

火针应用于静止期斑块型银屑病患者临床观察^{*}

孟会娟¹ 刘琼²

(1 北京市昌平区中西医结合医院皮肤科 北京 100096; 2 江西卫生职业学院 南昌 330052)

摘要:目的:研究火针治疗静止期斑块型银屑病的临床疗效。方法:选取静止期斑块型银屑病患者 45 例为研究对象,给予 NB-UVB 光疗和外用药(卤米松软膏、卡泊三醇软膏)外涂。以患者躯干中线分界,左侧靶皮损予火针治疗,为治疗组;右侧靶皮损为对照组。治疗 30 d,对比两组疗效、治疗前后银屑病面积与严重程度指数评分及治疗期间不良反应发生情况。结果:治疗组总有效率 97.8%、愈显率 71.1%,分别高于对照组的 80.0%和 44.4%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组治疗后银屑病面积与严重程度指数评分低于对照组($P<0.05$)。研究中有 2 例患者初期照光后皮肤轻度红斑,予暂停光疗,待红斑消退后调整光能量继续治疗;1 例患者在火针治疗时因紧张引起头晕,嘱平卧休息后缓解,继续完成治疗;3 例患者针刺火针后长时间沾水,针孔处继发感染,涂莫匹罗星软膏后感染痊愈,继续治疗。结论:采用火针治疗静止期斑块型银屑病患者,能显著提高疗效,安全性高。

关键词:斑块型银屑病;静止期;火针;光疗

中图分类号:R758.63

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.028

银屑病为免疫相关的慢性、复发性、炎症性、系统性皮肤病。本病发病率高,缠绵难愈,给患者的身心健康带来严重不良影响。斑块型银屑病的皮损多为境界清楚的斑块,基底暗红,局部浸润肥厚,表面鳞屑较厚,病程较长,是最常见的类型,约占 90%^[1],亦是难治类型。目前中医和西医的治疗各有利弊,但长期系统用药不良反应增加,故加强外治疗法很有必要。本研究对 45 例静止期斑块型银屑病患者,在 NB-UVB 照射和外涂药治疗基础上增加火针疗法,通过自身对照观察火针治疗静止期斑块型银屑病的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取北京市昌平区中西医结合医院皮肤科门诊 2018 年 3 月~2019 年 3 月接诊的静止期斑块型银屑病患者 47 例为研究对象,男 30 例,女 17 例,治疗期间 1 例女性患者因疼痛敏感退出,1 例男性患者因不能定期照光退出,最终 45 例患者完成研究。患者年龄 23~67 岁,平均(38.6±11.3)岁;病程 1~30 年,平均(14.2±9.5)年。病例采用自身对照的研究方法,以患者体表中线为分界,左侧躯体皮损为治疗组,右侧躯体皮损为对照组。治疗前两组靶皮损的面积、严重程度和分布区域比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:符合《临床皮肤病学》^[2]和 2018 简版《中国银屑病诊疗指南》^[3]中静止期斑块型银屑病诊断标准,并具备以下条件:(1)患者的皮损分布左右比较对称,皮损面积不超体表面积的 50%,近两周无新皮损出现者;(2)年龄 18~70 周岁者;(3)自愿参与本研究,并能配合完成治疗者。排除标准:(1)合并心脏病、糖尿病(血糖未有效控制)及其他严重疾病者;(2)凝血功能异常者;

(3)近期接受过糖皮质激素、维 A 酸类及免疫抑制剂等药物治疗者;(4)患白内障、皮肤癌、光敏感等不适合光照者;(5)不能耐受针刺疼痛者;(6)孕妇或哺乳期女性。

1.3 治疗方法

1.3.1 靶皮损的选择和分组 入组病例先选定靶皮损作为观察目标。选择方法:以患者躯干正中中线为分界,于左侧躯体和右侧躯体分别选取严重程度和面积接近的皮损作为靶皮损(颈部以上皮损除外),同时做好位置记录。单侧躯体的靶皮损面积不超出体表的 3%。左侧躯体的靶皮损入治疗组,右侧躯体的靶皮损入对照组。

1.3.2 治疗方法 每位患者均予 NB-UVB 光疗和药物外涂,治疗组的靶皮损增加火针治疗。火针每 5 天治疗 1 次,若与光疗重叠时排在照光之前。NB-UVB(SIGMA SS-09 型光疗仪)照射起始剂量为 0.5~0.7 MED,每周 3 次,每次递增前次剂量的 10%~20%,若有红斑反应暂停或减少剂量。外涂卡泊三醇软膏和卤米松软膏(澳美制药),每日各 1 次。嘱患者靶皮损涂药要均匀,两组皮损用药量一致(可以指尖单位计量),并轻柔按摩以促进药物吸收。患者治疗 30 d 后评定疗效。

1.3.3 火针操作方法 治疗组患者采取舒适体位并暴露治疗部位,然后对靶皮损碘伏消毒。选用稍细的火针,右手持针,左手拿酒精灯,将火针的针尖烧至由红变白时,垂直、快速、准确地刺入,进针深度依皮损的厚度调整(深度不超出皮损基底部),针刺点要分布均匀(通常间隔 0.5~1.0 cm),结束后再予碘伏消毒,嘱患者当日不沾水,每 5 天治疗 1 次。若治疗过程中针孔继发感染,及时抗感染治疗。若有红斑面积扩大则暂停治疗,待皮损稳定 2 周后继续治

^{*} 基金项目:江西省卫计委科技计划项目(编号:20167255)

疗。

1.4 观察指标 于治疗前、治疗后观察并记录靶皮损的面积、红斑、鳞屑、浸润情况,参照银屑病面积与严重程度指数(PASI)^[9]标准评分。靶皮损面积的分级评分标准:0分=无皮损或仅见色素沉着;1分=4~50 cm²;2分=50~100 cm²;3分=100~150 cm²;4分=150~200 cm²;5分=200~250 cm²;6分=250~300 cm²。红斑、鳞屑和浸润的评分标准均按4级评分:0分=无;1分=轻度;2分=中度;3分=重度。PASI积分=(红斑分+鳞屑分+浸润分)×面积分。

1.5 疗效标准 以 PASI 积分下降率评价疗效。积分下降率=治疗前后 PASI 积分差值 / 治疗前 PASI 积分×100%。痊愈:积分下降率≥90%;显效:60%≤积分下降率<90%;好转:30%≤积分下降率<59%;无效:积分下降率<30%。愈显率=痊愈率+显效率,总有效率=愈显率+好转率。

1.6 统计学分析 应用 SPSS20.0 软件进行统计学处理。计量资料符合正态分布,用 *t* 检验;计数资料满足方差齐性检验,用 χ^2 检验。*P*<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 PASI 积分比较 治疗前,两组 PASI 积分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗后,治疗组 PASI 积分低于对照组,治疗前后 PASI 积分差值大于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组 PASI 积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	治疗前后 PASI 积分差值
治疗组	45	20.3±8.7	6.4±4.8	13.3±3.6
对照组	45	21.5±9.6	11.2±5.7	8.4±4.5
<i>t</i>		0.62	4.32	5.70
<i>P</i>		0.54	<0.001	<0.001

2.2 两组临床疗效比较 治疗组愈显率和总有效率均高于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较							
组别	<i>n</i>	痊愈(例)	显效(例)	好转(例)	无效(例)	愈显率(%)	总有效率(%)
治疗组	45	9	23	12	1	71.1	97.8
对照组	45	4	16	16	9	44.4	80.0
χ^2						6.56	7.2
<i>P</i>						0.01	0.007

2.3 不良反应发生情况分析 本研究有 2 例患者初期照光后皮肤轻度红斑,予暂停光疗,待红斑消退后调整光能量继续治疗;1 例患者在火针治疗时因紧张引起头晕,嘱平卧休息后缓解,继续完成治疗;3

例患者针刺火针后长时间沾水,针孔处继发感染,涂莫匹罗星软膏后感染痊愈,继续治疗。

3 讨论

斑块型银屑病是寻常型银屑病中最常见的类型,部分皮损因病程较久或经多种药物治疗无效,皮损浸润更深,增生更厚,长期顽固不动,治疗上非常棘手。目前治疗斑块型银屑病的西药主要有维 A 酸类、免疫抑制剂、类固醇皮质激素、生物制剂等。系统应用维 A 酸和免疫抑制剂可获得一定临床效果,但长期应用肝肾毒性等不良反应大,复发率高。因斑块皮损较肥厚可影响外用药的透皮吸收,故外用药物的疗效有限。近年来,多种针对细胞炎症介质的生物制剂在临床得到广泛应用,效果较好,但价格昂贵。因此寻找安全、有效、价廉的治疗方案仍是顽固型银屑病治疗的研究方向。

中医学认为,银屑病的病机主要为血热内蕴、生风化燥、伤阴耗血、络阻血瘀、肌肤失养,血热证、血燥证、血瘀证是银屑病的基本证型^[9]。静止期斑块型多属血瘀证,病程日久,热伤气血,气血凝结,或热瘀互结,导致肌肤失养而发疹,症可见皮色暗红,皮损肥厚干燥,经久不退,中医治疗当以活血通络为主。对于血瘀型银屑病,中医有很多行之有效的外治法,如火针、针刺、走罐等。火针历史悠久,又称“焮针”,《千金要方》正式定名为“火针”。火针疗法是把针烧红后刺入穴位或皮损,具有直达病位、奏效迅速的特点,也有安全性高,不良反应小,操作简便的优势。火针的功效很多,不仅可温经通络、祛邪散寒、活血化瘀、软坚散结、去腐生肌^[5-6],而且可以热引热、引邪外出,达到祛邪通络的功效。以上功效正适用于静止期斑块型银屑病的治疗。现代医学研究认为,火针利用高温直接作用于病变内部,可快速消除或减轻组织充血、水肿、粘连、挛缩、缺血等病理变化^[9];可促进微循环,调节局部的免疫功能,抑制炎症介质的合成和释放,促使代谢物和炎症的吸收^[6-7]。黄蜀,张翠侠,胡素叶等^[7-9]医家报道,火针应用于斑块型银屑病的治疗,疗效显著。NB-UVB 光疗和卡泊三醇软膏、卤米松软膏的外涂均是银屑病的一线外治方法,临床上已经得到广泛应用。在本研究中,火针除了发挥本身的治疗功效,还可在肥厚皮损处形成微小损伤,不仅增加了皮损处的外用药物的浓度和透皮深度,而且有利于 NB-UVB 光的吸收,从而提高了临床疗效,缩短疗程。研究结果也显示,联合火针的治疗组比对照组皮损改善更明显,总有效率和愈显率均有显著提高。

(下转第 72 页)

2.3 两组血气指标对比 治疗后, 两组 PaO₂ 较治疗前升高, PaCO₂ 较治疗前降低, 研究组 PaO₂ 高于对照组, 差异具有统计意义 ($P<0.05$), 两组 PaCO₂ 组间比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组血气指标对比 (mm Hg, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	PaO ₂		PaCO ₂	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	30	49.55± 2.47	81.24± 2.47	63.98± 4.52	45.25± 3.25
对照组	30	50.12± 2.66	70.56± 5.36	64.03± 3.85	45.44± 3.56
t		0.860	9.912	0.047	0.830
P		>0.05	<0.05	>0.05	>0.05

2.4 两组 CRP 水平对比 治疗后, 两组 CRP 较治疗前降低, 且研究组低于对照组, 差异具有统计意义 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组 CRP 水平对比 (mg/L, $\bar{x} \pm s$)				
组别	n	治疗前	治疗后	
研究组	30	42.08± 3.87	5.22± 0.14	
对照组	30	42.11± 2.98	8.02± 0.85	
t		0.034	17.803	
P		>0.05	<0.05	

3 讨论

临床上 COPD 患者主要表现为咳嗽、气短、呼吸困难以及胸闷, 其中患者气流受限是该病的典型表现, 且呈进行性特征。中医认为慢性阻塞性肺疾病属于“肺胀病”的范畴, 肺脾肾气虚为本, 瘀血、水饮、浊痰为标, 主要类型为肺脾肾虚型以及痰瘀阻肺型, 有临床研究表明, 益气温阳、活血化癥法在慢阻肺疾病中的应用, 效果较为突出^[4-5]。COPD 急性加重期是一种呈进行性发展的呼吸道疾病, 患者在短期内会出现气短、喘息、咳嗽加重、痰量增加等症状^[6]。随着活血化癥治疗的开展, 能够有效纠正患者的气虚证, 同时使患者的肺功能得到改善, 发挥有效活血化癥功效, 促进血气运行, 加速痰液排出, 增强患者的自主呼吸能力。据不完全统计, 该病具有较强的复发性, 极易反复发作, 从而对患者身心健康造成严重影响, 并对患者家庭造成巨大的经济压力, 因此,

(上接第 62 页)

综上所述, 采用火针治疗静止期斑块型银屑病疗效显著, 不良反应小, 与外用药和光疗联合应用可提高疗效、缩短疗程。该方法操作简单, 成本低, 值得临床推广应用。

参考文献

[1]赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京:江苏凤凰科学技术出版社, 2017.1104-1106.
[2]中华医学会皮肤性病学分会银屑病专业委员会.中国银屑病诊疗指南(2018 简版)[J].中华皮肤科杂志,2019,52(4):223-230.
[3]Schmitt J,Wozel G.The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis

做好该病治疗方法的有效探索, 推动治疗有效率的提升与优化, 已经成为医疗工作者的重要任务。相关研究表明, 中医益气活血化癥法在纠正气虚证的同时, 也能够对患者的肺功能进行改善, 活血化癥, 存进迟滞气血的运行, 扩张支气管小血管, 增强血氧供给, 使患者的自主呼吸能力得到提高^[7]。在中药方剂中, 炙甘草、陈皮健脾益气; 半夏、当归燥湿化痰; 赤芍、川芎、红花、桃仁散瘀止痛; 生地清热凉血; 桔梗行气祛痰; 炙甘草、陈皮健脾益气^[8], 诸药合用, 共奏活血化癥之效, 促进病情恢复。

本研究研究组总有效率高于对照组; 两组治疗后 FEV₁ 和 FEV₁ 占预计值百分比均有所提升, 且研究组高于对照组; 两组患者 PaO₂ 均有所上升, 且研究组高于对照组 ($P<0.05$); 两组治疗后 PaCO₂ 比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 两组患者 CRP 指标均有所降低, 且研究组低于对照组 ($P<0.05$)。综上所述, 在慢性阻塞性肺疾病患者治疗过程中, 为了有效促进治疗有效率的优化, 医疗人员在常规治疗基础上应积极做好活血化癥法的合理应用。

参考文献

[1]Ameen NM,Mohamed RSED,Mageed NIAE,et al.The metabolic syndrome in patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis,2016,65 (3): 593-596.
[2]张金兰,黄支隆,唐静.慢阻肺急性加重期合并 II 型呼吸衰竭采用无创正压机械通气不同通气模式治疗的疗效比较[J].名医,2020,86 (7):31,33.
[3]王双双.中西医结合治疗慢阻肺的疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(65):203,206.
[4]邓林淋,李肖肖.活血化癥法联合呼吸训练治疗慢阻肺急性加重期 40 例[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(13):83-85.
[5]王善博,史军.益气温阳与活血化癥法治疗慢阻肺的疗效分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(13):147-148.
[6]马波,王思恒,王善博.平喘止咳汤对慢阻肺急性加重期(AECOPD)的临床治疗价值观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,6(16): 182,186.
[7]陆敬宪,鲍林林.益气活血化癥法联合无创辅助通气治疗慢阻肺急性加重期呼吸衰竭的临床分析[J].中医临床研究,2017,9(29):32-34.
[8]张阳阳,孙琮,余其好,等.中西医结合治疗慢阻肺发作期 36 例[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(22):57-58.

(收稿日期: 2020-08-24)

[J].Dermatology,2005,210(3):194-199.
[4]中华中医药学会皮肤科分会.皮肤科分会银屑病中医治疗专家共识(2017 年版)[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2018,17(3):273-277.
[5]李领娥,邱洞仙.火针在皮肤附属器疾病、病毒性皮肤病治疗中的应用[J].中医外治杂志,2012,21(2):54-55.
[6]王敏磊,徐姗姗,郭成霖.火针结合脐针治疗神经性皮炎疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2019,29(5):397-399.
[7]黄蜀,陈纯涛,董亦秋,等.火针治疗静止期斑块型银屑病疗效观察[J].上海针灸杂志,2014,33(7):652-653.
[8]张翠侠,翟晓翔,尹新江,等.火针联合 308 nm 准分子激光治疗斑块型银屑病 50 例[J].福建中医药,2016,47(6):57-58.
[9]胡素叶,白艳秋,李领娥,等.火针联合银翘三黄膏治疗斑块型银屑病疗效分析[J].河北中医药学报,2018,33(2):37-39.

(收稿日期: 2020-07-23)