

观察针灸联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹的临床疗效

王 倩

海东市乐都区中医院皮肤科 810799

【摘要】目的 分析探讨针灸联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹的临床效果。**方法** 选取 2018 年 5 月至 2020 年 5 月期间 30 慢性荨麻疹患者作为研究对象,按照治疗方法不同分为对照组和观察组,每组 15 例患者。对照组口服药物治疗,观察组在对照组基础上加用针灸治疗,治疗结束后,观察两组患者的治疗有效率及 1 个月后复发率。**结果** 两组患者均治疗 4 周,治疗后观察组治疗有效率明显高于对照组,两组数据对比差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);观察组 1 个月后复发率明显低于对照组,差异存在显著性 ($P < 0.05$)。**结论** 对慢性荨麻疹患者采用药物联合针灸治疗具有显著的临床效果,促进患者恢复,降低复发率,具有临床推广价值。

【关键词】 针灸;依巴斯汀;慢性荨麻疹

【中图分类号】 R246.7 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2095-7165 (2020) 06-074-02

慢性荨麻疹是一种常见的皮肤病,其临床表现为皮肤突然出现瘙痒,随之出现大小不等的红色或苍白色风团,孤立或散在,周围绕以红晕或潮红,皮损逐渐扩大,融合成片,数分钟或数小时后水肿减轻风团变为红斑,并逐渐消失,持续时间一般不超过 24 小时,皮损骤起骤消,反复发生,消退后不留痕迹,慢性荨麻疹是指上述皮损反复发作超过六周以上者,皮损时多时少,反复发作,长达数月或数年之久,给患者带来了巨大痛苦^[1]。因此,慢性荨麻疹应尽早治疗,减轻患者痛苦,然而由于该疾病发病机制过于复杂,过敏原难以确定,因此治疗起来较为困难。西医在治疗慢性荨麻疹上以消除诱因为主要原则,以降低患者症状为主,所使用的药物多是抗组胺药物,然而患者停止用药后容易复发。随着中医学的发展,临床研究发现,采用针灸疗法治疗慢性荨麻疹存在重要优势,本文将针对针灸联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹的临床效果进行分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取自 2018 年 5 月至 2020 年 5 月期间 30 例慢性荨麻疹患者作为研究对象,入选标准:所有患者相关诊断均符合慢性荨麻疹的诊断标准;所有患者对本次实验均在知情并同意情况下参与;所有患者能按时复诊。排除标准:排除物理性荨麻疹,排除妊娠及哺乳期女性患者;排除对所选药物过敏的患者;排除一个月内使用过免疫抑制剂的患者;排除患有严重心、脑、肝、肾疾病或多脏器衰竭的患者。组中 16 例为男性,14 例为女性,年龄介于 21-58 岁之间,平均年龄 (33.4 ± 2.3) 岁;病程范围 6 周-5 年,平均病程 (2.7 ± 0.6) 年;依据治疗方法不同分为对照组和观察组,每组 15 例患者。统计分析两组患者的

一般资料未见显著性差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组采取单一药物治疗,具体方法:所选药物为西班牙艾美罗医用药物工业有限公司生产的依巴斯汀,规格为:10mg*10s,每天晚上口服 1 片,连续用药 4 周为一个疗程。

观察组则在对照组基础上加用针灸治疗,具体方法^[2]为:常规针灸疗法,结合患者症状,辨证取穴,患者取坐位,选风池穴、合谷穴、曲池穴、三阴交、血海、足三里等主穴常规消毒,以毫针刺刺穴位,行提插捻转等手法,得气后留针 30 分钟,连续治疗 4 周为一个疗程。治疗结束后观察对比两组患者的治疗效果及复发率。

1.3 效果判定

治疗后,患者荨麻疹症状全部消失,疗效指数超过 90% 视为痊愈;治疗后,患者临床症状基本缓解,疗效指数在 60%-89% 之间的视为显效;治疗后,患者临床症状得到缓解,疗效指数在 20%-59% 之间的视为好转;患者经过治疗临床症状未得到任何改善视为无效。总有效率 = 痊愈率 + 显效率 + 好转率。在患者治疗结束后随访 1 个月,观察两组患者的复发情况。

1.4 统计学分析

统计学分析文中各项数据,当 $P < 0.05$ 时表示差异具有统计学意义。

2 结果

治疗后,观察组总有效率明显高于对照组,差异存在显著性 ($P < 0.05$),经过 1 个月的随访发现,观察组复发率明显低于对照组,两组数据对比差异具有统计学意义 ($P < 0.05$),详见表 1。

表 1: 两组患者治疗有效率及复发率对比

组别	例数	无效	好转	显效	痊愈	总有效率	复发率
对照组	15	4 (26.67)	2 (13.33)	3 (20.00)	6 (40.00)	73.33	7 (46.67)
观察组	15	1 (6.67)	2 (13.33)	2 (13.33)	10 (66.67)	93.33	3 (20.00)
P						<0.05	<0.05

3 讨论

慢性荨麻疹是作为常见的皮肤疾病,其致病机理尚不明确,很多因素都可能导致患者产生慢性荨麻疹,受到多种因素的影响,患者皮肤黏膜呈现短暂时炎性充血,患者表现出诸多液体渗出问题,最终导致患处局部水肿。慢性荨麻疹患者出现皮疹块症状后,如果任意抓挠将会加重病情,然而由于每个人的体质不同,因此荨麻疹疾病症状表现也不尽相同。

西医认为治疗慢性荨麻疹中,应明确患者发病原因,再以此为依据选择有效的治疗方法,组胺类药物及免疫抑制剂已成为临床首选药物^[3]。依巴斯汀是一种组胺 H₁ 受体阻断剂,其在治疗慢性荨麻疹上效果显著,其主要通过抑制组胺释放,降低水中及炎性渗出达到治疗目的,具有药物作用时间长,不良反应少等特点。但是长时间使用

会出现停药后复发的问題。

中医认为慢性荨麻疹主要致病机制为卫表不固,营卫失调,气血不足,血虚化燥生风,本病因先天禀赋不耐,风邪乘虚侵袭所致;或因平素体虚,卫表不固,风寒风热之邪外袭客于肌表,致使营卫失调而发病;或因饮食失节,使胃肠积热,复感风邪,内不得疏泄,外不得透达,郁于皮毛肌腠之间而发病;也可因久病体虚,气血不足,血虚化燥生风,复感外风之邪而诱发。针灸治疗具有调整阴阳、扶正祛邪的作用,针刺曲池、血海、足三里、三阴交等穴位,可起到补气行血、清热解表、活血祛风、祛风止痒等作用^[4]。中医针灸疗法以整体观念对疾病进行辨证论治,将扶正,祛邪作为主治方向,标本同治,不仅具有较强的针对性,副作用也非常少,同时降低复发率。

(下转第 76 页)

2.3 治疗前后两组患者的疼痛程度对比

治疗前两组患者的疼痛评分没有显著的统计学差异 ($P>0.05$)，治疗后疼痛程度均由明显的缓解， $P<0.05$ ，具有明显的统计学差异，且观察组的临床体征评分低于对照组， $P<0.05$ 。见表 3。

表 3: 两组患者治疗前后的疼痛评分比较

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	p 值
对照组	25	3.20±0.70	1.56±0.86	6.71	$P<0.05$
观察组	25	3.0±0.70	0.96±0.67	10.42	$P<0.05$
t 值		1.22	2.52		
p 值		$P>0.05$	$P<0.05$		

2.4 治疗前后两组患者的生活质量评分对比

治疗前后两组患者的生活治疗评分没有明显的统计学差异 ($P>0.05$)，治疗后生活治疗均由明显的改善 $P<0.05$ ，具有明显的统计学差异，且观察组的生活质量评分明显高于对照组， $P<0.05$ 。见表 4。

表 4: 治疗前后两组患者的生活质量评分对比

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	p 值
对照组	25	32.96±4.59	41±5.85	5.28	$P<0.05$
观察组	25	33±5.12	47±5.89	5.94	$P<0.05$
t 值		0.28	1.17		
p 值		$P>0.05$	$P<0.05$		

2.5 两组患者治疗后的满意度调查

治疗后采用调查问卷的形式对患者的满意度进行调查，采用评分制，总分为 100 分，结果显示对照组的满意度评分为 85.6±5.01，观察组的满意度评分为 88.44±4.47，二者没有显著的差异，且 $P>0.05$ ，二者之间没有统计学差异。

3 讨论

由于年龄的增长以及身体机能的退化，加之长期的劳累以及外力压迫就会使得腰椎间盘突出，进而压迫神经而出现相应的临床症状。中医认为，腰痛的病因往往是由于外邪侵入脏腑经络导致经络受阻，瘀血内停或久病体虚、肾气亏耗等所引起的。现代研究表明，针灸可以促进人体局部血液循环，加速局部炎症物质的吸收，进而起到消除炎症、缓解疼痛的作用^[8]。

在我国的西南地区，山多湿度大，易冬天易患风寒、寒湿入骨之症。所以，刘氏先辈在古人的基础上不断发展，根据中医的扶阳理论，形成一套规范的外治法^[9]。

通过上述实验结果可以得出，两种治疗方法都可以取得不错的治疗效果，患者对于不同疗法的满意度也大致相当。但是刘氏刺熨疗

法通过梅花针以及火罐排毒，然后通过秘制的药片和药酒进行火熨的治疗方式，对患者临床体征以及疼痛的缓解，生活质量的提高方面均优于对照组，这说明刘氏刺熨疗法在治疗腰椎间盘突出症方面有着一些自己特有的优势。与单纯针灸不同，刘氏刺熨疗法同时还给予了药物和火熨的刺激，通过这样的方式，会进一步加速局部的机体代谢，改善血液循环，促进炎症因子的吸收，从而改善髓核与神经根的局部压迫关系^[10]。西南地区湿气重，腰痛患者也多为寒冷痛，刘氏火熨疗法所使用的秘制药片和药酒，通过火熨的方式进行治疗，契合中医理论中的扶阳理论，所以，对寒冷痛的患者采用刘氏火熨疗法的效果更加明显。

综上所述，刘氏刺熨疗法对于治疗腰椎间盘突出症有着自己独有的优势，能够有效的缓解患者的临床症状以及疼痛，进一步改善患者的生活质量，特别是在西南地区，应该积极的推广和应用。

[参考文献]

[1] 白亚楠, 周丹. 腰椎间盘突出症古今针灸用穴规律初探 [J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43 (2): 373-376.
 [2] 周忠良, 苏国宏, 郑保主, 等. 针刺推拿联合臭氧注射融合术治疗腰椎间盘突出症的临床研究 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27(5):48-51.
 [3] 申玮红, 王凤兰. “刘氏刺熨疗法”立档技术研究 [C], 2014:97-100.
 [4] 李锋, 冯建书, 聂喜增. 骨科疾病诊断标准 [S]. 北京: 科学技术文献出版社, 2009:116-126.
 [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994:201.
 [6] 杨玉松, 侯钰, 王洪霞. 运动治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察 [J]. 按摩与康复医学, 2019(4):1-3.
 [7] 李菲菲, 王永泉, 元明慧. 骶髂关节调整在治疗腰椎间盘突出症中重要性的 Meta 分析 [J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(3):51-54.
 [8] 陈婷婷, 曾宪敏, 李安洪. 推拿联合针灸治疗腰椎间盘突出症的疗效及对相关炎症因子影响的临床研究 [J]. 贵阳中医学院学报, 2019, 41(1):36-41+46.
 [9] 刘光瑞, 刘文娟, 夏吉琳, 曾凡秀, 文迎春, 黄中菊, 郑学会, 何素香. 刘氏刺熨疗法——中医扶阳理论的外治法 [C]. 2013:134-135.
 [10] 徐蕴杰, 张云亮, 李鞠, 等. 自拟舒筋活血方熬制黑膏药贴敷治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的临床研究 [J]. 中国医药导报, 2019, 16(1):130-133.

(上接第 73 页)

实现补血滋润、养血调经的作用，与西医联合，能帮助患者调整内分泌，实现经期的持续稳定^[4]。本文结果显示，观察组的治疗总有效率高于对照组，且发生并发症的患者数少于对照组，差异明显，有统计学意义 ($P<0.05$)。综上所述，中西医的联合使用，能帮助患者恢复月经量，降低不良情况的发生率，值得应用。

[参考文献]

[1] 刘晓梅, 高淑兰, 徐丽杰, 等. 康妇炎胶囊联合屈螺酮炔雌醇

片 (II) 对超声引导下无痛人流术后患者阴道出血及感染的影响 [J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(12):121-122.

[2] 尹芳, 王燕, 方庆霞, 等. 陈瑞雪教授治疗复发性流产后月经过少的证治心得 [J]. 中国临床医生杂志, 2020, 48(2):248-250.

[3] 符琳鑫. 无痛人流术后口服优思明的临床效果分析 [J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(12):206-207.

[4] 张凯, 崔鑫, 林青. 宫腔观察吸引手术系统在无痛人流手术中的应用效果 [J]. 临床和实验医学杂志, 2019, 18(15):1660-1663.

(上接第 74 页)

本文研究结果显示，观察组采取药物联合针灸进行治疗，治疗后总有效率为 93.33%，对照组采取药物治疗，治疗总有效率为 73.33%，两组数据对比差异具有统计学意义 ($P<0.05$)，经过 30 天随访，观察组患者复发率为 20.00%，对照组复发率为 46.67%，组间对比差异存在显著性 ($P<0.05$)，充分表明，针灸联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹具有显著的临床效果，提高治疗有效率，降低复发率，值得临床推广使用。

[参考文献]

[1] 吕廷蓉, 应掌红. 依巴斯汀片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨麻疹的疗效评价 [J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(11):100-102.
 [2] 胡瑾瑾. 中西医结合治疗慢性荨麻疹疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2018, 40(06):848-850.
 [3] 王玖玲, 闵玮, 钱齐宏, 杨子良, 宋琳毅, 周乃慧, 王森森. 不同剂量依巴斯汀治疗慢性荨麻疹的临床效果观察 [J]. 中国社区医师, 2018, 34(33):85-86.
 [4] 张锐. 中医辨证联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹 86 例 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(11):164.