

成都中医药大学

Chengdu University of Traditional Chinese Medicine



(针灸推拿学院)

二〇二一届硕士研究生学位论文

火针结合耳穴贴压治疗慢性湿疹的临床研究

**Clinical Observation on Treatment of Chronic Eczema by
Fire Needle Combined with Auricular Point Sticking**

研究生姓名： 万思敏

指导教师： 黄蜀 主任中医师

学科专业： 专业学位针灸推拿学

二〇二一年五月

学位论文

火针结合耳穴贴压治疗慢性湿疹的临床研究

Clinical Observation on Treatment of Chronic Eczema by Fire
Needle Combined with Auricular Point Sticking

万思敏

指导教师姓名： 黄蜀 主任中医师

申请学位级别： 硕士 专业名称： 针灸推拿学

论文提交时间： 2021年5月 论文答辩时间： 2021年6月

二〇二一年五月

中文摘要

目的:

本研究通过比较火针结合耳穴贴压（治疗组）与外用地奈德乳膏（对照组）对慢性湿疹患者临床疗效及复发情况的影响，以期为临床治疗慢性湿疹提供依据。

方法:

本临床研究将符合纳入标准的 72 例患者，随机分成治疗组和对照组各 36 例。对照组外用地奈德乳膏，治疗组采用火针结合耳穴贴压治疗。两组均治疗 21 天，其中火针为每周治疗 1 次，耳穴贴压每周 2 次。对比两组治疗前后 EASI 评分、瘙痒评分、皮肤病生活质量积分（DLQI）、焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）评分及治疗后 3 月的复发情况。以上收集结果使用 SPSS24.0 统计软件进行分析。

结果:

1. 治疗前两组的性别、年龄、病程、皮损分布、EASI 评分、瘙痒评分、DLQI 评分、SAS 评分、SDS 评分等基线资料比较一致，具有可比性（ $P>0.05$ ）。

2. 皮损改善和瘙痒改善方面：两组治疗后的 EASI 评分均较治疗前下降，组内比较 $P<0.05$ ，组间比较治疗组皮损改善优于对照组， $P<0.05$ ；两组治疗后的瘙痒评分均较治疗前下降，组内比较 $P<0.05$ ，组间比较治疗组优于对照组， $P<0.05$ 。

3. 生活质量改善和焦虑抑郁改善方面：两组治疗后的 DLQI 评分均较治疗前下降，治疗组评分低于对照组，组间比较 $P<0.05$ ；两组患者治疗后的 SAS 评分、SDS 评分均较治疗前下降，组间比较 $P<0.05$ 。

4. 治疗组总有效率为 93.93%，对照组总有效率为 82.35%， $P<0.05$ ，差异具有统计学意义。

5. 两组痊愈患者治疗后 1 月、2 月内复发情况比较均无统计学差异（ $P>0.05$ ），治疗后 3 月复发情况比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

结论:

1. 火针结合耳穴贴压及外用地奈德乳膏治疗慢性湿疹均有效，安全。火针结合耳穴贴压在改善慢性湿疹患者临床症状、缓解瘙痒方面更有优势，且火针结合耳穴贴压能更好地改善患者焦虑抑郁水平、提高患者生活质量。

2. 火针结合耳穴在控制复发方面较外用地奈德乳膏更优。

关键词: 慢性湿疹 火针 耳穴贴压 临床疗效观察

ABSTRACT

Objective:

This study compared the effects of fire needle therapy combined with auricular point sticking (treatment group) and topical Desonide cream (control group) on the clinical efficacy and recurrence of patients with chronic eczema, in order to provide a basis for the clinical treatment of chronic eczema.

Methods:

In this clinical study, 72 patients who met the inclusion criteria were randomly divided into two groups. 36 cases in the treatment group and 36 cases in the control group. The treatment group was treated with fire needle therapy combined with auricular point sticking; the control group was treated with desonide cream. Both groups were treated for 21 days, among which fire needle therapy was treated once a week, auricular point sticking was applied twice a week. The EASI score (Eczema area and severity index), pruritus score, DLQI score (Dermatology life quality index), SAS score (Self- Rating Anxiety Scale)、SDS score (Self- Rating Depression Scale)and recurrence 3 months after treatment were compared between the two groups. The above results were analyzed by SPSS24.0 statistical software.

Results:

1. The comparison of gender, age, course of disease, skin lesion distribution, EASI score, pruritus score, DLQI score, SAS score, and SDS score between the two groups before treatment was not statistically significant and comparable ($P > 0.05$).

2. The EASI scores of the two groups after treatment were lower than those before treatment, $P < 0.05$, the treatment group was better than the control group, $P < 0.05$; The pruritus score of the two groups after treatment decreased compared with that before treatment, $P < 0.05$, the treatment group was better than the control group, $P < 0.05$.

3. The DLQI scores of the two groups after treatment were lower than before treatment, the scores of the treatment group were lower than those of the control

group, $P < 0.05$. After treatment, the SAS score and SDS score of the two groups were lower than before treatment, and the comparison between the groups was $P < 0.05$.

4. The total effective rate of the treatment group was 93.93%, and the total effective rate of the control group was 82.35%, $P < 0.05$, the difference was statistically significant.

5. There was no statistically significant difference in the recurrence between the two groups of recovered patients within 1 month and 2 months after treatment ($P > 0.05$), and the difference in recurrence within 3 months after treatment was statistically significant ($P < 0.05$).

Conclusion:

1. Fire needle therapy combined with auricular point sticking and desonide cream are effective and safe. Fire needle therapy combined with auricular point sticking has more advantages in improving clinical symptoms, relieving itching, reducing anxiety and depression, and improving quality of life.

2. Fire needle therapy combined with auricular point sticking is better than desonide cream in controlling recurrence.

Keywords: Chronic eczema, Fire needle , Auricular point sticking, Clinical observation

中英文缩略词表

英文缩略词	英文全称	中文名称
DLQI	Dermatology Life Quality Index	皮肤病生活质量指数
EASI	Eczema Area and Severity Index	湿疹面积和严重指数
NB-UVB	Narrow-band Ultraviolet B	窄谱短波紫外线
SAS	Self- Rating Anxiety Scale	焦虑自评量表
SDS	Self- Rating Depression Scale	抑郁自评量表
UVA	Ultra Violet A	长波紫外线
UVB	Ultra Violet B	短波紫外线

目录

中文摘要.....	I
ABSTRACT.....	III
中英文缩略词表.....	V
目录.....	VI
引言.....	1
临床研究.....	3
1 研究对象.....	3
1.1 研究对象来源.....	3
1.2 诊断标准.....	3
1.3 纳入标准.....	3
1.4 排除标准.....	4
1.5 中止试验标准.....	4
1.6 剔除标准.....	4
1.7 脱落标准.....	4
1.8 剔除与脱落病例的处理.....	5
2 研究方法.....	6
2.1 技术路线图.....	6
2.2 样本量估计.....	7
2.3 随机方法.....	7
2.4 盲法.....	7
2.5 对照.....	7
2.6 试验器材及药物准备.....	7
2.7 治疗方案.....	8
2.8 观察指标及评价.....	9
2.9 伦理学原则.....	12

2.10 数据处理与统计.....	12
4 研究结果.....	13
4.1 病例完成情况.....	13
4.2 研究基线情况分析.....	13
4.3 疗效分析.....	16
4.4 痊愈患者复发率比较.....	20
4.5 不良反应及安全性分析.....	20
4.6 脱落情况分析.....	21
讨论.....	22
1 研究背景.....	22
2 现代医学对慢性湿疹的认识.....	24
3 中医对本病的认识.....	27
3.1 病因病机.....	27
3.2 治疗现状.....	28
4 本研究试验设计.....	29
4.1 对照组治疗方案的选择.....	29
4.2 治疗组治疗方案的选择.....	29
5 本试验结果分析.....	35
5.1 基线资料比较结果分析.....	35
5.2 EASI 评分比较.....	36
5.3 瘙痒评分比较.....	36
5.4 DLQI 评分、SAS 评分、SDS 评分比较.....	36
5.5 总体疗效结果比较.....	37
5.6 随访情况分析.....	37
5.7 安全性分析.....	37
结论.....	38
问题与展望.....	39

致谢.....	40
参考文献.....	41
附件 1: 综述.....	49
附件 2: 中国新九分法.....	55
附件 3: 瘙痒评分.....	56
附件 4: 皮肤病生活质量量表 (DLQI)	57
附件 5: 焦虑自评量表 (SAS)	58
附件 6: 抑郁自评量表 (SDS)	59
附件 7: 在读期间公开发表的学术论文.....	60
附件 8: 申明及授权书.....	61

引言

慢性湿疹是一种常见的慢性复发性皮肤病，常由急性或亚急性湿疹迁延而来，以皮损浸润性暗红斑、粗糙肥厚、有不同程度的苔藓样变为主要表现，可伴有丘疹、鳞屑、色素沉着，常自觉有明显瘙痒^[1]。该病病程较长，反复发作，严重影响患者身心健康及生活质量，社会心理因素在本病病程中交互影响，患者常表现出较高的焦虑和抑郁水平^[2]，且随着时间延长，患者的焦虑抑郁水平也随之增加^[3]。

慢性湿疹患病率高，带来的卫生经济负担严重，且在世界范围内发病情况呈上升趋势。据流行病学调查提示，丹麦湿疹的年患病率为 10%^[4]，美国湿疹的发病率为 10.7%^[5]，在我国一般人群患病率为 7.5%^[6]，而北京地区手部湿疹患病率高达 10.46%^[7]。2002 年美国有研究显示^[8]直接付款人在湿疹上每年的花费估计为 9 亿到 38 亿美元不等。全球疾病负担研究^[9]表明，2010 年全球前 50 流行的疾病中，湿疹位列其中，成为疾病负担重要来源。慢性湿疹在湿疹中占比高，国内研究^[10]显示湿疹患者中高达 61.43%为湿疹慢性期。由此可见慢性湿疹的流行率高，带来的经济负担严重。

西医认为本病发病确切原因尚不清楚，一般认为是多种内在、外在因素相互作用而导致，与变态反应有一定关系^[1]。西医治疗本病主要目的在于控制症状、减少复发、提高患者生活质量。治疗上首先避免刺激性和潜在的过敏原。药物治疗包括糖皮质激素、抗组胺药、钙调神经磷酸酶抑制剂、免疫抑制剂等。其中首选外用糖皮质激素制剂^[11]。针对本病选择高效价和中等效价的局部皮质类固醇进行治疗。皮质类固醇有抗炎、抗过敏、免疫抑制作用，针对慢性湿疹疗效肯定，短期内使用可改善症状，但长期疗效不佳，易出现减敏和耐药，且停药后易复发，反复长期使用甚至引起局部皮肤萎缩、毛细血管扩张等不良反应^[12]。光疗是治疗慢性湿疹有效的辅助治疗选择，但是对于光疗的适用情况目前还没有统一标准^[13]。因此针对本病，寻找一种安全有效且易于推广的治疗方法十分必要。

慢性湿疹在传统医学中早有记载，属于“湿疮”、“血风疮”等范畴。中医认为本病是由于腠理不固，风湿热邪浸淫肌肤，内里脏腑失和，二者合而为病，致使经络阻滞，血失濡养而发病，局部肌肤甲错，病邪胶固深伏，迁延难愈。中医治疗本病有中药内服、外用及针灸治疗等，皆有一定疗效。但中药内服药效由内达外，难以快速

消除慢性期湿疹肥厚的皮损。中药外治虽作用直接，但受皮肤屏障功能和渗透介质的影响而作用有限^[14]。针灸疗法中火针结合耳穴贴压有明显优势，针对本病的疾病特点，协同作用能更好地取效。

火针治疗慢性湿疹疗效独特，近年来已被广泛应用于慢性湿疹的治疗。火针治疗慢性湿疹直接作用于皮损，借“火”之力取效，力量雄劲，可祛邪止痒，通行温散，软坚散结。现代研究显示火针点刺慢性湿疹局部皮损，能促进血液循环^[15]，减轻炎症反应，同时火针高温可直接使苔藓化的病变组织灼伤坏死，坏死物作为一种刺激原，促进组织再生修复恢复正常^[16]。所以火针能有效改善皮损肥厚苔藓化。患者的焦虑抑郁情绪在火针治疗的同时配合耳穴贴压能得到有效改善^[17]，情绪疏导又能提高慢性湿疹的疗效^[18]。且耳穴贴压能持续刺激，改善睡眠^[19]，抑制瘙痒^[20]。两者协同增效，共同发挥免疫调节作用，改善 Th1/Th2 细胞平衡，改善皮损和瘙痒，阻断“瘙痒-搔抓-苔藓化”的恶性循环，降低远期复发率。在实际临床中也观察到，火针结合耳穴贴压治疗本病疗效满意，但相关研究少，且易忽视患者情绪的影响。故本课题治疗组采用火针结合耳穴贴压，对照组外用地奈德乳膏，以 EASI 评分量表、瘙痒评分量表、DLQI 评分量表作为观测指标，并以 SAS 评分、SDS 评分评价患者焦虑抑郁水平。探讨火针结合耳穴贴压治疗慢性湿疹的安全性、有效性以及复发情况，为临床推广运用提供依据。

临床研究

1 研究对象

1.1 研究对象来源

课题受试者为 2019 年 12 月至 2021 年 1 月于四川省第二中医医院皮肤科就诊的慢性湿疹患者及课题自主招募的患者。

1.2 诊断标准

参照第 4 版《中国临床皮肤病学》^[21]和《湿疹诊疗指南》^[11]中的诊断标准，具体如下：

- (1) 多由急性、亚急性期发展而来，也可慢性起病，病程长，呈反复发作；
- (2) 多对称发病，局限或泛发。好发于手足、小腿、肘窝、乳房、外阴、肛周等部位；
- (3) 皮损呈多形性，皮损浸润性暗红斑、伴丘疹、抓痕、鳞屑，局部皮肤肥厚粗糙，有不同程度苔藓样变、色素沉着，急性发作时有明显渗出；
- (4) 自觉瘙痒明显。

1.3 纳入标准

同时具备以下条件者，方可纳入本次研究。

- (1) 符合慢性湿疹的诊断标准；
- (2) $18 \leq \text{年龄} \leq 65$ 岁；
- (3) 病程 3 个月及以上；
- (4) 皮损总面积小于 6% 体表总面积，皮损呈肥厚、苔藓化改变者；
- (5) 签署知情同意书并配合者。

1.4 排除标准

凡符合下列任何一条者，予以排除。

- (1) 慢性湿疹急性发作有渗出、糜烂者；
- (2) 皮损破溃合并感染者，或皮损不符合本病者；
- (3) 面部、乳房、外阴、肛周部慢性湿疹患者；
- (4) 妊娠及哺乳期妇女；
- (5) 合并有肝肾功能不全，心脑血管系统疾病，糖尿病，血液循环系统病变，自身免疫性疾病，传染病，急性感染，恶性肿瘤等严重疾患，精神疾病患者；
- (6) 治疗前1个月内使用过皮质类固醇激素或免疫调节类制剂，2周内口服过抗组胺类药物；
- (7) 试验前2周内行针灸、耳穴贴压等中医治疗或参加任何临床研究者；
- (8) 已知对地奈德乳膏无效或过敏者以及对本疗法不耐受者。

1.5 中止试验标准

凡符合下列任意一条者，应中止试验。

- (1) 试验过程中受试者出现严重不良反应或意外情况，不宜继续参加者；
- (2) 研究中途受试者出现病情恶化或可能危及生命的情况，需采取紧急措施者。

1.6 剔除标准

凡符合下列任意一条者，予以剔除。

- (1) 病例已进入试验后发现不符合标准者；
- (2) 试验资料收集不全影响疗效及安全性判定者；
- (3) 研究期间受试者不配合或未遵守研究要求，如合并用药或更换治疗方案者。

1.7 脱落标准

凡符合下列任意一条者，归为脱落病例。

- (1) 中途失访或个人原因而退出试验者；
- (2) 因试验中止的病例。

1.8 剔除与脱落病例的处理

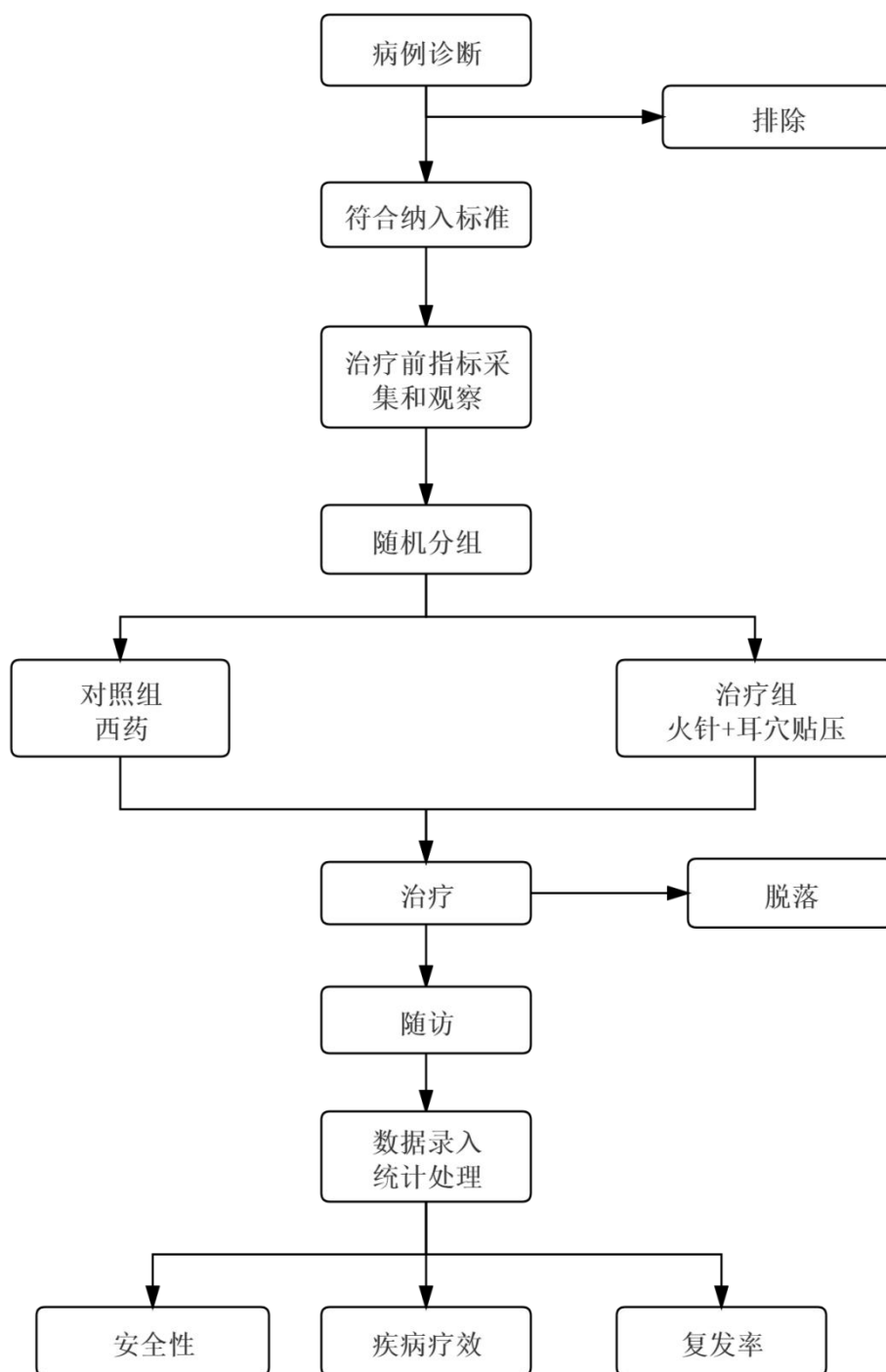
(1) 当受试者脱落时，研究者应及时联系受试者并询问缘由，并记录最后一次治疗时间，完成所能完成的评估项目。

(2) 试验期间因不良反应、治疗无效而退出试验者，研究者应根据受试者实际情况采取相应措施，并如实填写病例报告表。

(3) 剔除及脱落例数超出预计样本量的 20%，当增补同数目患者。

2 研究方法

2.1 技术路线图



2.2 样本量估计

根据既往文献资料, 预计治疗组有效率为 91%, 对照组的有效率为 78%, 运用两样本率估算样本公式^[22]:

$$N=[2(\mu_{\alpha}+\mu_{\beta})^2\cdot p(1-p)]/(p_2-p_1)^2$$

设 $\alpha=0.05$, $\beta=0.2$, 查表 $\mu_{0.05}=1.65$, $\mu_{0.2}=0.84$, p_2 、 p_1 分别为 0.91、0.78, $p=(p_1+p_2)/2$, 经计算 $n\approx 96$, 因课题经费及时间等原因, 选取最小样本量 60 人, 考虑 20% 脱失, 选取样本量 72 人, 其中对照组以及治疗组各 36 人。

2.3 随机方法

使用 SPSS24.0 统计软件制作分组随机表, 比例 1:1, 将纳入的合格受试者随机分配为火针结合耳穴贴压组和西药组。根据随机表填写随机分配卡并用不透光的牛皮信封密封, 信封上标注编号。合格受试者按顺序启封。

2.4 盲法

鉴于治疗的特殊性以及研究条件的限制, 该课题无法做到双盲。但在课题实施过程中对评估者、统计者、治疗者实行三分离原则。

2.5 对照

本研究课题疗效评价采用自身前后对照和组间平行对照。

2.6 试验器材及药物准备

2.6.1 治疗组器材

火针(环球牌, 苏州针灸用品有限公司生产, 规格: 0.6mm/0.8 mm×50 mm 单头火针), 王不留行耳穴贴(河北贺氏医疗器械有限公司生产, 规格: 600 贴/盒), 酒精灯, 医用棉签, 聚维酮碘, 75%酒精, 镊子, 打火机。

2.6.2 对照组药物

地奈德乳膏（商品名：力言卓，生产批号：国药准字 H20060725，生产企业：重庆华邦制药有限公司，规格：15g/支/盒）。

2.7 治疗方案

2.7.1 分组及治疗

- （1）治疗组：火针点刺肥厚苔藓化皮损，耳穴贴压选取的耳穴。
- （2）对照组：外用地奈德乳膏。

2.7.2 耳穴定位

参照《中华人民共和国国家标准耳穴名称与部位》（GB/T 13734—92）选取耳穴肺、脾、内分泌、肾上腺、风溪。

肺（CO₁₄）：在心、气管区周围处，即耳甲 14 区；

脾（CO₁₃）：在 BD 线下方，耳甲腔的后上部，即耳甲 13 区；

内分泌（CO₁₈）：在屏间切迹内，耳甲腔的底部，即耳甲 18 区；

肾上腺（TG_{2P}）：在耳屏游离缘下部尖端，即耳屏 2 区后缘处；

风溪（SF_{1,2i}）：在耳轮结节前方，指区与腕区之间，即耳舟 1、2 区交界处。

2.7.3 治疗组

（1）火针操作方法：操作时嘱患者取舒适体位，充分暴露皮损，碘伏消毒完毕后，操作者一手持酒精灯，一手持火针于酒精灯外焰上加热针尖至发红白亮，然后对准皮损快速垂直刺入，迅速出针。从皮损边缘开始围刺，直至整个施术部位，点刺完毕后再次消毒。（刺入深度以不超过皮损基底部为度，每针间距据皮损肥厚程度而定，约 0.5~1.0 cm，火针规格依皮损部位和肥厚度选择）。

（2）耳穴贴压操作方法：用 75%酒精消毒耳廓后，用镊子将王不留行耳穴贴固定于选定的耳穴上。嘱患者每天按压 3 次，每次每穴按压 1 分钟，按压力度以产生胀痛感为度。选单侧耳穴，双耳交替，3 天更换。

2.7.4 对照组

用药方法：取适量地奈德乳膏在皮损区域均匀薄层的涂抹并缓和摩擦，每日 2 次，治疗 3 周。

2.7.5 疗程及评价

所有受试者均接受 21 天的治疗，如未 21 天痊愈的患者则停止治疗。治疗组：每周火针治疗 1 次，共治疗 3 周；耳穴贴压每周 2 次，每 3 天更换贴压，双耳交替进行，共治疗 3 周。对照组：外用药物疗程为 3 周。评价时间：治疗前、治疗结束、治疗后 1 月、2 月、3 月。

2.7.6 质量控制与质量保证

(1) 试验的操作者均由具备国家执业中医师资格的医师进行操作，于试验前经过统一培训考核，熟悉试验流程。

(2) 在患者自愿的前提下，建立良好的沟通渠道，向患者进行宣教，从医疗质量、就诊服务等方面提高患者的依从性。

2.7.7 不良事件的处理

(1) 晕针：立即停止操作，使患者平卧休息；轻者饮用温开水或葡萄糖水，重者指掐人中，艾灸百会、气海、足三里等穴，必要时予补液抗休克等综合治疗。

(2) 感染：立即停止治疗。轻微感染者，予夫西地酸乳膏局部外涂；感染严重者，系统抗感染治疗。

(3) 过敏：若耳穴贴压后或外用地奈德乳膏后，出现过敏反应，应立即停止治疗，症状轻者可不予处理，症状严重者予以抗过敏对症治疗。

2.8 观察指标及评价

2.8.1 一般观察项目

年龄、性别、病程，过敏史、用药史、既往患病史、生命体征等。

2.8.2 疗效观察指标

2.8.2.1 皮损的 EASI 评分

参照《湿疹面积及严重度指数评分法》^[23]中的改良的 EASI 评分法进行评价,即对皮损红斑(E)、丘疹(I)、表皮剥脱/鳞屑(Ex)、肥厚苔藓化(L)、渗出/结痂(Ef)共五项体征进行评价。该评分根据皮损所在部位占人体体表总面积的不同,计算公式略有差别,具体见表 1:

表 1 各部位皮损 EASI 分值计算方法

部位	EASI 分值计算方法
头颈	$(E+I+Ex+L+Ef) \times \text{面积} \times 0.1$
上肢	$(E+I+Ex+L+Ef) \times \text{面积} \times 0.2$
躯干	$(E+I+Ex+L+Ef) \times \text{面积} \times 0.3$
下肢	$(E+I+Ex+L+Ef) \times \text{面积} \times 0.4$

(1) 皮损面积评分

皮损面积计算按患者单手掌的面积占体表面积 1%来估计皮损面积大小,再按中国新九分法(见附件 2)换算成其所占该部位的比例来计分。皮损面积占所在部位面积的百分比计为 0~6 分,即:

- 0 分: 无;
- 1 分: 占比 < 10%;
- 2 分: 10% ≤ 占比 < 20%;
- 3 分: 20% ≤ 占比 < 50%;
- 4 分: 50% ≤ 占比 < 70%;
- 5 分: 70% ≤ 占比 < 90%;
- 6 分: 90% ≤ 占比 ≤ 100%。

(2) 皮损各体征严重程度评分

将 EASI 中各项体征的严重程度分为无、轻、中、重四级。分级方法根据 Berth-Jones 在 SASSAD 中拟定的评分法^[24]界定。

- 0 分=无,此体征仔细观察后也不能确定;

1 分=轻，此体征存在，但需仔细观察才能见到；

2 分=中，此体征可立即看到；

3 分=重，此体征非常明显。

注：以上各种体征的分值之间可计 0.5 分。

2.8.2.2 瘙痒评分

参照《中药新药临床研究指导原则》^[25]及既往学者的标准^[26]，对患者的瘙痒程度、瘙痒持续时间、瘙痒发作频率三个项目进行评分并计算总分，各项目分为 0-3 分，总分为 0-9 分，具体见附件 3。

2.8.2.3 皮肤病生活质量评价指标（DLQI 评分）

本研究将 DLQI 量表^[27]作为评定慢性湿疹生活质量的测评工具。

2.8.2.4 焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）

本研究采用 SAS 及 SDS 量表评定患者的焦虑、抑郁的程度。

2.8.3 总体疗效评价

参照尼莫地平法^[25]，疗效指数=（治疗前综合积分-治疗后综合积分）/治疗前综合积分×100%。综合积分=皮损的 EASI 评分+瘙痒评分。总有效率=临床痊愈率+显效率+好转率。具体疗效评定标准如下（表 2）：

表 2 疗效评定标准

疗效等级	疗效判定
临床痊愈	皮损全部或基本消退，瘙痒全部或基本消失，积分值减少≥95%
显效	皮损大部分消退，瘙痒明显减轻，95%>积分值减少≥70%
好转	皮损部分消退，瘙痒有所改善，70%>积分值减少≥50%
无效	皮损消退不明显，瘙痒未见明显减轻，积分值减少不足 50%

2.8.4 复发评价

(1) 对治疗结束后临床痊愈的患者进行复发评价。痊愈患者在随访观察期间皮损

积分超过治疗后积分考虑为复发。记录其复发时间及各项评分变化。

(2) 随访时间点为：疗程结束后 1 月末、2 月、3 月末，共 3 次。

2.8.5 安全性评价

发现不良反应时，研究者首先进行相应处理。并按照以下分级，结合病情，判断是否需要中止试验，严重者 24 小时内上报相关部门。详细记录不良事件的相关情况，并评定其与治疗的相关性。最后评价两组的安全性，具体分级如下：

- 1 级：安全，无任何不良反应。
- 2 级：比较安全，有轻度不良反应，不需任何处理可继续完成试验。
- 3 级：有安全性问题，有不良反应，经相关处理后可继续完成试验。
- 4 级：因不良反应中止试验进程。

2.9 伦理学原则

本研究严格遵循伦理学相关原则进行试验，并已通过四川省第二中医医院伦理委员会的医学伦理审查（科 202011-18-07 号）。

2.10 数据处理与统计

2.10.1 统计软件

本研究采用数据统计软件 IBM SPSS24.0 对最终的数据进行统计与分析。

2.10.2 数据统计分析的内容

本研究的统计分析内容包含课题基本完成情况、基线资料、治疗前后量表评分（EASI 评分、瘙痒评分、DLQI 评分、SAS 评分、SDS 评分）、综合疗效评价及复发情况、安全性评价等方面。

2.10.3 数据统计分析方法

对统计数据进行正态性及方差齐性检验，计量资料数据如果符合正态分布，以均

数±标准差 ($\bar{X} \pm S$) 表示, 组内比较用配对 t 检验, 组间比较用两独立样本 t 或校正 t 检验; 若计量资料为非正态分布, 数据以中位数 (四分位值) 表示, 即 P50 (P25,P75), 组间比较用非参数 Mann-Whitney U 检验, 组内比较用 Wilcoxon 秩和检验。若数据为计数资料中的等级资料则用非参数检验, 非等级计数资料和分类资料则用卡方检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 时表明差异存在统计学意义。

3 研究结果

3.1 病例完成情况

本次试验总计纳入病例数 72 例, 实际完成病例数 67 例, 其中治疗组脱失 3 例, 对照组脱失 2 例, 总计脱失 5 例, 脱失率为 6.94% (小于 10%), 具体情况见表 3。

表 3 课题完成情况

组别	入组 (例)	完成 (例)	脱失 (例)	脱失率 (%)
治疗组	36	33	3	8.33%
对照组	36	34	2	5.56%
合计	72	67	5	6.94%

3.2 研究基线情况分析

3.2.1 性别比较

表 4 两组性别比较情况

组别	男	女	总计 (例)	χ^2	P
治疗组	14	19	33	0.742	0.389
对照组	18	16	34		

由表可知, 经卡方检验, 得到 $P=0.389>0.05$, 说明两组性别无统计学差异。

3.2.2 年龄比较

表 5 两组年龄情况比较 ($\bar{X} \pm S$)

	治疗组 (N=33)	对照组 (N=34)	统计值	P
年龄 (岁)	44.85 ± 10.76	45.18 ± 11.08	t=-0.123	0.903

结果显示：两组年龄比较用 t 检验，差异无统计学差异 ($P=0.90>0.05$)，具有可比性。

3.2.3 病程及病程分布情况比较

表 6 两组病程比较 P50 (P25,P75)

	治疗组 (N=33)	对照组 (N=34)	统计值	P
病程 (年)	2.17 (1.42,4.00)	2.00 (1.17,4.00)	Z=-0.641	0.522

表 7 病程分布情况比较

病程 (例)	治疗组 (N=33)	对照组 (N=34)	χ^2	P
病程 ≤ 1 年	5	7	0.544	0.909
1 年 < 病程 ≤ 2 年	11	12		
2 年 < 病程 ≤ 3 年	5	5		
病程 > 3 年	12	10		

结果显示：两组病程比较用 Mann-Whitney U 检验，无统计学差异 ($P=0.52>0.05$)。两组病程分布情况经卡方检验后显示差异无统计学意义 ($P=0.91>0.05$)，具有可比性。

3.2.4 皮损分布情况比较

表 8 皮损分布情况比较

分组	皮损分布 (例)			χ^2	<i>P</i>
	上肢	躯干	下肢		
治疗组 (N=33)	14	10	16	0.500	0.779
对照组 (N=34)	17	8	16		

结果显示：两组患者皮损部位分布情况比较用卡方检验，无统计学差异，具有可比性 ($P>0.05$)。

3.2.5 皮损面积、EASI 评分比较

表 9 皮损面积、EASI 评分比较 P50 (P25,P75)

	治疗组 (N=33)	对照组 (N=34)	<i>Z</i>	<i>P</i>
皮损面积	1.00 (1.00,2.00)	1.00 (1.00,2.00)	-0.230	0.818
EASI 评分	3.20 (1.80,4.60)	3.00 (1.95,4.05)	-0.050	0.960

结果显示：两组治疗前皮损 EASI 评分比较用 Mann-Whitney U 检验，无统计学差异，具有可比性 ($P>0.05$)。

3.2.6 瘙痒评分及瘙痒等级情况比较

表 10 瘙痒评分比较 P50 (P25,P75)

	治疗组 (N=33)	对照组 (N=34)	<i>Z</i>	<i>P</i>
瘙痒评分	7.00 (6.00,7.00)	7.00 (5.00,8.00)	-0.078	0.938

表 11 瘙痒等级情况比较

分组	瘙痒等级 (例)			<i>Z</i>	<i>P</i>
	轻度	中度	重度		
治疗组 (N=33)	0	13	20	-0.482	0.630
对照组 (N=34)	1	14	19		

结果显示：两组治疗前瘙痒评分、瘙痒等级分布比较均用 Mann-Whitney U 检验，

均无统计学差异，具有可比性 ($P>0.05$)。

3.2.7 SAS 评分、SDS 评分、DLQI 评分比较

表 12 SAS 评分、SDS 评分和 DLQI 评分比较 ($\bar{X} \pm S$)

	SAS 评分	SDS 评分	DLQI 评分
治疗组 (N=33)	57.70±5.19	56.97±5.22	15.61±3.91
对照组 (N=34)	56.91±4.49	56.76±4.61	15.09±3.64
统计值	$t=0.662$	$t=0.171$	$t=0.561$
	$P=0.510$	$P=0.865$	$P=0.577$

结果显示：两组受试者治疗前 SAS 评分、SDS 评分、DLQI 评分组间比较用 t 检验，无统计学差异，具有可比性 ($P>0.05$)。

3.3 疗效分析

3.3.1 组内比较

3.3.1.1 治疗前后两组皮损面积比较

表 13 治疗前后两组皮损面积比较 P50 (P25,P75)

	治疗前	治疗后	Z	P
治疗组 (N=33)	1.00 (1.00,2.00)	1.00 (1.00,1.00)	-3.771	0.000
对照组 (N=34)	1.00 (1.00,2.00)	1.00 (1.00,1.00)	-3.051	0.002

结果显示：两组治疗前后皮损面积组内比较用 Wilcoxon 秩和检验，有统计学差异 ($P<0.05$)，说明两组治疗后都能改善皮损面积。

3.3.1.2 治疗前后两组 EASI 评分比较

表 14 治疗前后两组 EASI 评分比较 P50 (P25,P75)

	治疗前	治疗后	Z	P
治疗组 (N=33)	3.20 (1.80,4.60)	0.80 (0.20,1.20)	-4.970	0.000
对照组 (N=34)	3.00 (1.95,4.05)	1.20 (0.55,1.65)	-5.015	0.000

结果显示：两组患者治疗前后，皮损 EASI 评分组内比较用 Wilcoxon 秩和检验，有统计学差异 ($P < 0.05$)。

3.3.1.3 治疗前后两组瘙痒评分比较

表 15 治疗前后两组瘙痒评分比较 P50 (P25,P75)

	治疗前	治疗后	Z	P
治疗组 (N=33)	7.00 (6.00,7.00)	1.00 (0.00,2.00)	-5.057	0.000
对照组 (N=34)	7.00 (5.00,8.00)	2.00 (1.00,4.00)	-5.111	0.000

结果显示：两组患者治疗前后，瘙痒评分组内比较用 Wilcoxon 秩和检验，有统计学差异 ($P < 0.05$)。

3.3.1.4 治疗前后两组 DLQI 评分比较

表 16 治疗前后两组 DLQI 评分比较 P50 (P25,P75)

	治疗前	治疗后	Z	P
治疗组 (N=33)	16.00 (13.00,18.00)	3.00 (3.00,6.00)	-5.024	0.000
对照组 (N=34)	15.00 (12.00,17.50)	5.00 (4.00,8.00)	-5.093	0.000

结果显示：两组患者治疗前后，DLQI 评分组内比较用 Wilcoxon 秩和检验，有统计学差异 ($P < 0.05$)。

3.3.1.5 治疗前后两组 SAS、SDS 评分比较

表 17 治疗前后两组 SAS 评分、SDS 评分比较 ($\bar{X} \pm S$)

	SAS 评分		SDS 评分	
	治疗组	对照组	治疗组	对照组
治疗前	57.70±5.19	56.91±4.49	56.97±5.22	56.76±4.61
治疗后	41.30±5.75	46.32±4.70	40.39±7.53	45.09±5.01
<i>t</i>	25.459	15.671	21.030	15.589
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000	0.000

结果显示：两组患者治疗前后，SAS、SDS 评分组内比较用 *t* 检验，有统计学差异 ($P < 0.05$)。

3.3.2 组间比较

3.3.2.1 治疗后 EASI 评分比较

表 18 治疗后 EASI 评分比较 P50 (P25,P75)

	治疗组 (N=33)	对照组 (N=34)	<i>Z</i>	<i>P</i>
EASI 评分	0.80 (0.20,1.20)	1.20 (0.55,1.65)	-2.227	0.026

结果显示：治疗后两组 EASI 评分比较用 Mann-Whitney U 检验，有统计学差异 ($P < 0.05$)。

3.3.2.2 治疗后瘙痒评分比较

表 19 治疗后瘙痒评分比较 P50 (P25,P75)

	治疗组 (N=33)	对照组 (N=34)	<i>Z</i>	<i>P</i>
瘙痒评分	1.00 (0.00,2.00)	2.00 (1.00,4.00)	-2.351	0.019

结果显示：治疗后两组瘙痒评分比较用 Mann-Whitney U 检验，有统计学差异 ($P < 0.05$)。

>0.05)。

3.3.2.2 治疗后 DLQI 评分比较

表 20 治疗后 DLQI 积分比较 P50 (P25,P75)

分组	DLQI 积分	Z	P
治疗组 (N=33)	3.00 (3.00,6.00)	-2.528	0.011
对照组 (N=34)	5.00 (4.00,8.00)		

结果显示：治疗后两组 DLQI 积分比较用 Mann-Whitney U 检验，有统计学差异 ($P < 0.05$)。

3.3.2.3 治疗后 SAS、SDS 评分比较

表 21 治疗后 SAS、SDS 评分比较 ($\bar{X} \pm S$)

分组	SAS 评分	SDS 评分
治疗组 (N=33)	41.30 ± 5.75	40.39 ± 7.53
对照组 (N=34)	46.32 ± 4.70	45.09 ± 5.01
统计值	$t = -3.917$ $P = 0.000$	$t = -2.995$ $P = 0.004$

结果显示：治疗后两组 SAS、SDS 评分比较用 t 检验，有统计学差异 ($P < 0.05$)。

3.3.3 总体疗效比较

表 22 两组总体疗效比较

	疗效 (例)				总有效率 (%)	愈显率 (%)	Z	P
	痊愈	显效	好转	无效				
治疗组 (N=33)	13	13	5	2	93.93	78.79	-2.481	0.013
对照组 (N=34)	6	12	10	6	82.35	52.94		

注：用 Mann-Whitney U 检验。

结果显示：治疗组总有效率为 93.93%，对照组总有效率为 82.35%， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。

3.4 痊愈患者复发率比较

表 23 两组痊愈患者复发率比较

分组	治疗后 1 月		治疗后 2 月		治疗后 3 月	
	复发	未复发	复发	未复发	复发	未复发
治疗组 (N=13)	0	13	1	12	3	10
对照组 (N=6)	1	5	3	3	5	1
统计值	$P=0.316$		$P=0.071$		$P=0.041$	

注：用 Fisher 确切概率法检验。

结果显示：治疗后 1 月、2 月的复发例数比较无统计学差异 ($P > 0.05$)。治疗 3 月的复发例数比较有统计学差异 ($P < 0.05$)。

3.5 不良反应及安全性分析

表 24 不良反应事件比较

	发生不良事件	无不良事件	χ^2	P
治疗组	3	30	0.001	0.972
对照组	2	32		

注：用连续校正卡方检验。

治疗组有 1 例患者不能耐受火针治疗，已作为脱落病例处理，属 2 级安全事件。有 1 例患者在火针点刺后出现局部皮肤的红肿，考虑为点刺稍过密，未予处理，观察 2 天后，局部红肿消退，属 2 级安全事件。有 1 例患者皮损局部火针点刺后出现暂时性的瘙痒加剧，未予处理，观察 24 小时后瘙痒明显减轻。对照组有 2 例患者出现局部轻微刺激，未予处理，观察 2 天后，患者刺激感逐渐消失，故继续接受治疗，属 2 级安全事件。经检验两组不良反应发生率无统计学差异， $P > 0.05$ 。故本研究选择的药物与

治疗方法安全。

3.6 脱失情况分析

治疗组脱落 3 例，1 例患者不耐受火针疼痛中途退出；1 例患者因工作原因，无法安排时间继续接受治疗；1 例患者接受 1 次治疗后自觉瘙痒改善不按照治疗标准治疗。对照组脱落 2 例，1 例因治疗过程中合并用药，不服从治疗方案而退出；1 例因治疗两周后效果不佳而放弃，自行停药退出。两组脱失情况比较如表，经分析两组脱失情况差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 25 两组脱失情况比较

组别	完成 (%)	脱失 (%)	χ^2	P
治疗组	33 (91.67%)	3 (8.33%)	<0.01	1.00
对照组	34 (94.44%)	2 (5.56%)		

注：两组脱失率均未达到 20%，故不补充受试者。

讨论

1 研究背景

1.1 慢性湿疹患病率高，带来的卫生经济负担严重

慢性湿疹是临床常见的皮肤顽固性疾病，其流行率高，带来的卫生经济负担严重。在不同国家和地区，湿疹患病率存在差异但总体表现为高患病率，并且随着工业化的推进，湿疹发病率逐年上涨。流行病学调查提示，丹麦湿疹的年患病率高达 10%^[4]，美国湿疹的发病率为 10.7%^[5]，瑞典成年人中手湿疹年患病率为 15.8%^[28]。在国内亦有人进行过流行病学调查，我国一般人群患病率为 7.5%^[6]，北京地区手部湿疹患病率达 10.46%^[7]。湿疹在世界范围内发病情况呈上升趋势，产生巨大的卫生经济负担。2002 年美国有研究显示^[8]直接付款人在湿疹上每年的花费估计为 9 亿到 38 亿美元不等。2010 年全球疾病负担研究^[9]显示，2010 年全球前 50 流行的疾病中，湿疹位列其中，湿疹的全球患病数为 229,761,000，成为疾病负担重要来源。慢性湿疹常由急性或亚急性湿疹发展而来，在湿疹中占比较高。国内一多中心横断面调查显示湿疹患者中高达 61.43%为湿疹慢性期^[10]。由此可见慢性湿疹的患病率高，带来的卫生经济负担严重。

1.2 慢性湿疹病情顽固，严重影响患者身心健康

随着现代“生物-心理-社会医学模式”的转化，人们也逐渐意识并重视到心理、社会因素在慢性湿疹疾病过程中的影响。研究显示慢性湿疹皮损累及部位最多的为小腿、上肢和手这些外露部位^[10]。慢性湿疹皮损除了反复发作伴明显瘙痒影响患者的生活质量外，皮损显露于外，局部色素沉着、粗糙肥厚、苔藓化的毁容性改变使患者极易产生自卑、焦虑、抑郁、失眠等不良反应，而患者焦虑抑郁情绪又会进一步加重病情，如此恶性循环，给患者的人际交往、工作生活产生了极大影响。并且随着病程的延长，患者的抑郁焦虑程度也会增加^[3]。皮肤疾病是导致普通人群缺勤的最常见的职业健康问题，会降低患者的生产劳动力^[29]。一项

在 13 个欧洲国家皮肤科门诊患者中进行的多中心研究^[30]结果显示, 湿疹患者与抑郁和焦虑相关性最高。德国研究显示慢性湿疹患者表现出较高的抑郁焦虑值和较低生活质量评分。Capucci S^[31]等比较了慢性手湿疹和其他慢性疾病对生活质量的影 响, 结果表明慢性手湿疹患者的生活质量无效和丧失与肝炎或癌症等其他慢性 疾病相似或更高。国内研究也显示本病患者有明显的焦虑、抑郁情绪, 并与皮 损及瘙痒严重程度密切相关^[32]。因此, 慢性湿疹被归于身心疾病范畴, 其有效的 治疗和复发的控制亟待解决。

1.3 慢性湿疹复发率高, 临床治疗困难

糖皮质激素制剂是治疗本病的首选药物。但存在药物减敏、耐药、副作用及 停药后复发等客观问题。最近的一项研究显示, 大约 50%的慢性手湿疹患者对皮 质类固醇激素无反应^[33]。且慢性湿疹反复发作, 部分患者可能选择自购激素类药 物进行涂擦, 未到医院进行规范化治疗, 导致临床上难治性湿疹越来越多。针对 该部分患者, 有研究者使用强效类激素制剂卤米松联合凡士林进行湿包^[34], 有研 究者使用同位素 ^{90}Sr - ^{90}Y 敷贴器进行放射治疗^[35], 或是直接采用手术的方式对局 限性病灶进行切除^[36]。患者能从这些方法中受益, 但风险相对较大。并且慢性湿 疹患者的焦虑抑郁状态在临床中得到愈来愈多关注, 但针对此问题并未有相关的 规范化方案。而临床常用的抗焦虑药物又有头昏、乏力的副作用, 且长期用药带 来药物依赖或撤药症状等问题。因此慢性湿疹患者寻求安全有效的疗法十分必要。 中医疗法治疗慢性湿疹安全有效, 中药口服虽能改善症状, 但难以快速取效, 且 中药剂量及具体处方的中药难以规定。中药外治经皮渗透发挥作用, 但受皮肤 屏障功能和渗透介质的影响而作用有限^[14]。火针结合耳穴贴压有明显优势, 针对 本病的疾病特点, 协同作用能更好地取效。

1.4 火针疗法结合耳穴疗法治疗慢性湿疹协同增效, 疗效显著

火针刺法又称为“焮刺”, 经过不断的应用实践以及火针针具的改良, 火针 疗法适应病种不断扩展, 适用于痤疮、带状疱疹、湿疹、白癜风、扁平疣等多种 皮肤病^[37]。火针尤其在抑制角质形成细胞增生, 改善肥厚病变上有比其他针灸疗

法更好的治疗效果。临床上也报道火针在角化异常和增生异常的皮肤病中有确切疗效，如慢性湿疹^[38]、疣^[39]、脂溢性角化^[40]、神经性皮炎^[41]等。因此火针治疗慢性湿疹能有效改善肥厚苔藓化皮损，改善瘙痒。而慢性湿疹患者的情绪因素在整个病程中有不可忽视的作用，社会心理因素与病情严重程度交互影响。耳穴贴压疼痛轻微，且能方便患者进行持续性刺激，临床研究显示耳穴疗法能有效降低受试者焦虑抑郁程度^[42]，并且能够改善睡眠^[19]，抑制瘙痒^[20]。针对慢性湿疹这类反复性皮肤问题有良好的治疗效果。两者协同增效，共同发挥免疫调节作用，改善皮损和瘙痒。因此火针结合耳穴贴压能更好地应对患者的皮损情况，瘙痒和焦虑抑郁情绪，值得临床推广。在以往的研究中，并未对火针结合耳穴贴压治疗的同时，评价患者的焦虑抑郁情况，故本研究在评价时，以 SAS、SDS 评分进行评定焦虑抑郁水平。

2 现代医学对慢性湿疹的认识

2.1 病因及发病机制

目前本病发病确切原因及机制尚不清楚，一般认为本病的发生是多种内外因素相互作用而导致，与变态反应有关，少数患者可能由迟发型超敏反应介导^[1]。

机体内因包括社会心理因素、皮肤屏障功能障碍，免疫功能异常以及系统性疾病等。外因如，环境或食品中的过敏原、刺激物、微生物、气候条件变化等均可引发或加重本病。其发病病因复杂，基因和环境因素都可能会激发和加重本病。上皮屏障功能异常导致皮肤更容易受到环境刺激物和过敏原的伤害。皮肤作为人体最大器官，有许多基本功能，如触觉、微生物屏障绝缘、紫外线防护、维生素 D 合成、温度调节等。角质层，富含蛋白质细胞，角质细胞和富含脂质的细胞间结构域在物理屏障形成中十分重要。角质层提供的密封不仅可以提供皮肤防水功能，还可以防止微生物、化学物质、及其他危险的毒素的侵入。当这层屏障损坏时，皮肤的健康就会受到影响。且使皮肤更容易受到环境刺激物的损害^[29]。慢性湿疹由于外界的各种因素的刺激和机体免疫功能异常等因素相互作用，最终导致表皮角化过度，棘层肥厚明显等改变。

在慢性湿疹发病机制中，免疫功能异常、皮肤屏障功能障碍、微生物作用、社会心理因素等均参与其中，是多因素相互作用而发病。本病的皮肤损伤是由于皮肤内抗原特异性 T 淋巴细胞的激活，从而导致炎症性细胞因子的产生和细胞凋亡对角质形成细胞的破坏^[43]。Th1 和 Th2 两个亚群所介导的免疫紊乱，IFN- γ 、IL-2、IL-4 等细胞因子水平失调在其中发挥重要作用^[44]。同时 Th1 和 Th2 细胞因子的失衡还可以促进 IgE 介导的超敏反应，这都在疾病发展中起作用^[45]。

2.2 西医治疗现状

2.2.1 病因治疗

避免刺激性和潜在的过敏原，避免搔抓及过度清洁，注意皮肤防护，保持规律作息。

2.2.2 药物治疗

药物治疗主要包括系统用药及局部外用药。系统用药包括抗组胺药、维生素 C、葡萄糖酸钙、抗生素、免疫抑制剂等。其中第二代非镇静抗组胺药物为临床常用药，如依巴斯汀、氯雷他定等。通常一种抗组胺药如达不到满意效果或产生耐受，则增加剂量或者更换或联合用药。但抗组胺药止痒效果多不佳且停药后易反复^[38]。急性发作合并感染者应用抗生素，而在未感染的病灶中使用经验性抗生素是存在争议的。局部用药包括外用糖皮质激素制剂、钙调神经磷酸酶抑制剂、角质松解剂和保湿剂等。糖皮质激素外用制剂是治疗本病的一线用药^[11]。针对本病选择高效价和中等效价的局部皮质类固醇进行治疗。皮质类固醇具有抗炎、抗过敏、免疫抑制等作用，临床疗效肯定，但长期使用疗效不佳，易出现减敏和耐药。最近的一项研究显示，大约 50% 的慢性手湿疹患者对皮质类固醇激素无反应^[33]。长期使用后停药后易复发，且易引起局部皮肤萎缩、毛细血管扩张等不良反应^[12]。

2.2.3 物理治疗

光疗是治疗慢性湿疹有效的辅助治疗选择，可以单独使用，也可以在严重的

情况下与皮质类固醇联合使用。过去和近年来,针对慢性湿疹的各种光疗法已经进行了测试,显示出光疗是比较有效的资源。但是,对于光疗的适用情况目前还没有统一标准^[13]。

紫外线疗法包括长波紫外线(UVA)、短波紫外线(UVB)和窄谱中波紫外线(NB-UVB)治疗。最近的实验研究证明UVB具有能调节细胞因子水平从而发挥免疫调节作用,能够使IL-5、IL-13和IL-31表达降低,诱导T细胞凋亡及减少细胞凋亡树突状细胞。UVB治疗也被证明是能有效的减少金黄色葡萄球菌在皮肤中的定植。UVA-1光疗更深地渗透到真皮中,并诱导间质胶原酶和细胞因子,导致硬化的皮肤变软^[46]。NB-UVB能损伤DNA并通过激活死亡受体诱导表皮T淋巴细胞凋亡,也抑制细胞因子和Th1的释放导致Th2开关的响应^[47]。因此紫外线疗法治疗慢性湿疹是有效的。

针对慢性湿疹患者,程琼^[48]等采用NB-UVB治疗24次后,有效率为82.4%。王瑞^[49]等用NB-UVB治疗20~30次后,有效率为76.09%。两组患者治疗均需隔日1次。所以紫外线疗法治疗有局限性,起效较慢,治疗周期长,且紫外线疗法照射剂量无统一标准,且其适用的情况目前还没有统一标准。

激光治疗包括308nm准分子激光、CO₂激光等。308nm准分子激光通过诱导病理性T淋巴细胞凋亡发挥作用。杨晶^[50]等用308nm准分子激光治疗,每周2次,治疗5~10次,有效率为82.53%。CO₂激光通过烧灼病变组织而起效,但治疗后伤口愈合时间长,且瘢痕体质者禁用。308nm准分子激光较NB-UVB治疗效果更快^[51],目前主要应用于白癜风、银屑病的治疗。应用于慢性湿疹并不广泛。

液氮冷冻能剥脱肥厚角质层,但冷冻后局部易并发水疱、出血、感染等。放射治疗不作为常规治疗。

2.2.4 心理治疗

慢性湿疹病发于表,反复难愈,皮损有碍美观,且预后常遗留色素沉着,造成患者心理负担重。本病发生发展与社会心理因素交互影响。

皮肤病是涉及精神和皮肤相互作用的疾病^[52]。两者之间的相关性是一个高度

复杂的关系。心理皮肤病主要分为三类：心身（心理生理）疾病，原发性精神病和继发性精神病。心身疾病是一种皮肤病，可因情绪压力而加重或恶化。情绪压力可加重许多慢性皮肤病，如荨麻疹、湿疹、银屑病、痤疮、脂溢性皮炎、特应性皮炎、斑秃、心因性紫癜、酒渣鼻、非典型疼痛综合征和多汗。原发性精神疾病是指引起各种皮肤变化的精神疾病，如拔毛癖、皮肤炎、神经性疾病、寄生虫病妄想和畸形恐惧症。这些症状包括焦虑、强迫性和抑郁症状以及病理性妄想或皮肤幻觉。继发性精神障碍是由于某种毁容性皮肤病引起的心理痛苦，如丧失自信、焦虑和社交恐惧症。这类疾病包括牛皮癣、慢性湿疹、各种鱼鳞病样综合征、鼻赘、多发性神经纤维瘤、严重痤疮和其他美容性皮肤损害。因此慢性湿疹既是一种心身疾病，又可带来继发性精神障碍，使患者感到焦虑、抑郁、自卑。因此，在治疗本病时控制其焦虑抑郁水平则显得十分重要，且研究发现在药物治疗同时，情绪疏导可提高慢性湿疹的疗效^[18]。

综上，西医治疗本病首选抗组胺药及外用皮质类固醇激素制剂。但存在药物耐药、及停药易复发等弊端。这给临床治疗带来了问题，而大多其他辅助治疗并不能完全解决这个问题。并且在慢性湿疹的治疗中，应关注患者心理情绪，降低其焦虑抑郁水平有助于病情的改善。

3 中医对本病的认识

3.1 病因病机

慢性湿疹在传统医学中归于“湿疮”、“浸淫疮”、“血风疮”等范畴，又根据发病部位不同而命名各异，如“旋耳疮”、“脐疮”、“四弯风”、“绣球风”等。《外科正宗·血风疮》曰：“血风疮，乃风热，湿热，血热三者交感而生。发则瘙痒无度，破流脂水，日渐沿开。”指出本病为风、湿、热邪侵袭肌表，搏结气血而生。《外科真铨》记载“无故掌心燥痒起皮，甚则枯裂微痛者，名掌心风，由脾胃有热，血燥生风，不能荣养肌肤而成。”指出了慢性湿疹瘙痒、干燥、脱屑等临床表现，阐释了本病由于脾胃有热，燥热伤津，生化乏源，且久病耗伤阴血，血虚风燥，肌肤失于濡养，致使肌肤甲错。《诸病源候论》则指出本

病乃本虚标实之证，腠理不固是为本虚，脏腑有热，兼外感风寒湿邪是为标实，脏腑有热，热结肌肉，经络阻滞，病邪胶固故病久不愈。故本病辨证分型有湿热蕴肤、血虚风燥、脾虚湿困等证^[53]，常以养血活血、清热除湿、健脾化湿为治则^[54]。慢性湿疹皮损特点为肥厚粗糙、脱屑干燥，且病程日久，在其治疗中核心应始终围绕调理脾胃，养血润肤^[53]。

3.2 治疗现状

3.2.1 中药内服

慢性湿疹的治疗中，常常采用口服中药汤剂。医家多在辨证论治的基础上^[55]，拟方药治之，以调整脏腑功能，祛风除湿，养血润肤。中药处方多为成方加减或自拟方药。针对脾虚湿蕴型本病，谭强^[56]等予健脾除湿汤加减治疗，可改善皮损和瘙痒，下调 IgE、IL-4 水平。针对血虚风燥型本病，王晶晶^[57]等用自拟养血祛风汤治疗，能改善症状积分；姜群群^[58]等则用滋阴祛风汤进行治疗，疗效显著，治疗组 CD4+、CD4+/CD8+值升高更明显。因此内服中药治疗慢性湿疹有效^[59]，但本病发于表，且病程长，反复发作，局部皮损浸润增厚，以表皮角化过度、棘层肥厚明显为改变，内服中药虽能改善瘙痒，控制症状，但难以快速消除肥厚皮损，且长时间口服中药患者常难以坚持。

3.2.2 中药外治

中药外治可直接作用于皮损局部，直达病所，且无口服用药的诸多不良反应，在临床治疗中应用颇多。中药外治方法多样，主要包括中药熏蒸、中药溻渍、中药涂擦及热熨疗法^[60]，剂型有汤剂、膏剂、油剂、散剂、霜剂等。中药外治能缓解瘙痒，减少皮损，改善皮肤状态，其主要通过中药的经皮渗透而发挥作用。但皮肤屏障功能和渗透介质是影响药物渗透的关键因素^[61]。霍仕霞^[62]等研究结果显示高良姜素可以透过小鼠和大鼠的完整皮肤，但是透过量远低于去角质层皮肤和真皮层皮肤。而慢性湿疹患者皮损病理表现为角化过度，棘层肥厚明显，真皮浅层毛细血管壁增厚，所以其皮肤结构的改变会影响中药的透过量。且外用中药多

为复方制剂，制剂的基质配方不同亦是影响药物渗透的重要因素。所以中药外治虽然简单而直接，但是药物选择、治疗作用的局限也是客观存在的^[14]。

3.2.3 针灸治疗

针灸治疗本病是在中医理论指导下，或直接作用于皮损或刺激腧穴，从而起到疏通经络、调和气血、促使皮损修复的目的。针灸治疗慢性湿疹方法多样，包括火针^[63]、耳穴贴压^[64]、梅花针^[65]、毫针刺^[66]、自血疗法^[67]、艾灸^[68]、穴位埋线^[69]、穴位注射^[70]、穴位敷贴^[71]、刮痧疗法等^[72]，均显示出较好疗效。一项对针灸治疗慢性湿疹的系统评价和荟萃分析结果显示，针刺可能是一种能够减轻瘙痒强度的有效疗法，并且在减轻 EASI 评分和改善患者的总体症状方面可能比传统药物更有效。且针灸对于慢性湿疹患者是一种安全的治疗方法^[73]。其中火针治疗慢性湿疹独具特色，临床应用越来越纯熟，由于其良好的治疗效果，目前慢性湿疹已作为火针治疗的推荐病种之一^[74]。在临床工作实践中我们观察到火针对肥厚性皮损有比其他针灸疗法更好的治疗效果，且起效快，能够快速消除肥厚性皮损^[75]。而慢性湿疹患者由于疾病的特殊性常常有较高的抑郁焦虑水平，伴失眠、食欲不佳，在临床上火针治疗的同时配合耳穴贴压不仅能改善患者情绪，且能调整脏腑功能，协同增效。

4 本研究试验设计

4.1 对照组治疗方案的选择

根据《湿疹诊疗指南》^[11]，慢性湿疹首选糖皮质激素外用制剂，故选用地奈德乳膏作为对照药物。

4.2 治疗组治疗方案的选择

4.2.1 火针源流

火针古称燔针、白针、烧针，火针刺法称为“焮刺”^[76]。《黄帝内经》最早

记载火针疗法，当时称为大针、燔针。《灵枢》载：“燔刺者，刺燔针则取痹也。”“燔刺者，刺寒急也，热则筋纵不收，无用燔针。”可见在《内经》中火针疗法适用于痹症、寒证等。晋代陈延之《小品方》首次提出“火针”一词，并且火针使用上突破了《内经》中仅限于治疗寒证的局限，用以治疗附骨疽、石痈等。唐代孙思邈在《千金要方》中将火针疗法的适应症拓展到治疗外科的疮疡疔肿。之后《针灸聚英》、《针灸大成》中亦有记载火针治疗痈疽发背等，随着后世火针疗法的不断应用与实践，以及近代火针针具的改良，火针疗法适应病种不断拓展，包括皮肤科、外科、妇科、五官科等，而其中在皮肤科、外科应用最多^[77]。皮肤病作为火针的优势病种之一，近年发展迅速。目前火针在皮肤病中的应用颇为广泛^[37]。火针治疗慢性湿疹的临床研究近年来也开展较多，结果显示火针对肥厚性皮炎有比其他针灸疗法更好的治疗效果，且起效快，能够快速消除肥厚性皮炎^[75]。

4.2.2 耳穴源流

中医学认为耳与机体的五脏六腑、经络气血、四肢百骸之间关系密切。早在《灵枢》中提到“耳，宗脉之所聚。”“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上注于面而走空窍。其精阳气上走于目而为睛。其别气走于耳而为听。”可见，十二经脉均直接或间接联络于耳。耳又与脏腑关系密切，《厘正按摩要术》在前人论述的基础上进一步将耳背分属五脏。因此基于这些中医理论，耳穴诊治疾病由来已久，《灵枢·五邪》取耳间青脉治疗邪犯肝脏，两邪疼痛。《针灸大成》取耳尖治疗眼生翳膜等等。耳穴发展到近代在1956年，法国医生P.Nogier提出了42个耳穴点和形如胚胎倒置的耳穴分布图，之后在此基础上，大量的研究探讨了耳穴的定位分布、功能主治以及作用机制。目前对耳穴的作用机制从神经学说、神经体液学说、全息生物学说等多方面都做了相关的机制研究，为临床耳穴治病的提供了更丰富理论依据。目前耳穴疗法广泛应用于失眠、痛症、胃肠功能障碍、高血压等方面。临床研究显示耳穴疗法能有效降低受试者焦虑抑郁程度^[42]，改善失眠^[19]，抑制瘙痒^[20]，协调免疫^[78]，且耳穴贴压疼痛感较弱，方便患者进行持续性刺激，针对慢性湿疹这类反复性皮肤问题有良好的治疗效果。

4.2.3 耳穴贴压的选穴及方义

耳穴疗法包括埋针疗法、割治疗法、放血疗法等多种方法。耳穴贴压疗法因其无痛、安全、方便的特点应用范围广泛。本研究选取王不留行籽贴压，王不留行，性味苦平，能清热燥湿，且功擅活血通经，通利血脉。切中慢性湿疹久病入络、局部气血壅滞，脉道不利的疾病特点。

本研究主要选取耳穴肺、脾、内分泌、肾上腺、风溪。慢性湿疹病发于表，肺主皮毛，肺穴可宣发肺卫之气，祛风解表止痒；脾能运化水湿，促进气血生化，使肌肤得以濡养。慢性湿疹为本虚标实之证，取肺、脾既可散在表之邪，又可助气血生化，内外皆治。内分泌穴镇静安神，可调节内分泌，平衡阴阳，抗过敏，助眠；肾上腺穴可调节机体免疫，又可清热解毒，抗过敏；风溪穴能散风除湿、止痒消肿，三穴可共奏镇静安神，抗过敏、调节免疫之效。

4.2.4 火针结合耳穴贴压治疗慢性湿疹的中医理论依据

火针疗法借“火”之力而取效，集毫针激发经气、艾灸温阳散寒的能效于一身。在慢性湿疹的治疗中有开门祛邪，行气活血，破瘀散结，以热引热等作用。

4.2.4.1 疏泄腠理，开门祛邪

《针灸聚英》言：“盖火针大开其孔，不塞其门，风邪从此而出”“若风寒湿之气在于经络不出者，宜用火针以外发其邪”。慢性湿疹由于腠理不固，风湿热邪浸淫肌肤而为病。火针针具较一般毫针粗，借火之力，疾入疾出，可开其门户，因势利导，疏风透热除湿，使郁结体表之风、湿、热邪从表而解。且慢性湿疹早期治疗若过用寒凉之法，可能造成湿热火毒之邪凉遏冰伏，不利于邪气的排出。火针温通，可祛邪外达，使得邪去正安。

4.2.4.2 祛风除湿，透邪止痒

慢性湿疹患者常伴有明显瘙痒，中医认为“风动则痒”，火针不仅可开门祛邪，除外风以止痒；还可通过通络活血之功，息内风以止痒，即祖国医学“治风先治血，血行风自灭”之意。且湿邪浸淫肌肤，阻遏阳气，脉络不通，郁而发痒。火针温通，振奋阳气，通络除湿，使郁解痒止。火针治疗慢性湿疹可透气散郁，

疏风除湿，通络止痒，明显改善患者的瘙痒症状。

4.2.4.3 行气活血，破瘀散结

火针之功，一为行气，二为发散。慢性湿疹病程迁延日久，反复难愈，造成局部气血壅滞，湿热痰瘀胶固难解，非火针之力难以拔除。《景岳全书》云：“凡大结大滞者，最不易散，必欲散之，非借火力不能速也。”《针灸聚英》提出：“破瘤坚积结瘤等，皆以火针猛热可用”。慢性湿疹局部皮损浸润性暗红斑，粗糙肥厚，是为气血博结，痰瘀交阻，且病程日久，气血痰瘀胶固顽伏。火针力量雄劲，有拔山之功，局部速刺，借火热之性，激发经气，振奋阳气，起通行温散之功。一则通畅病变局部郁滞的血气，使气机通畅，瘀血得散，气血来复，腠理肌肤得养而燥除风熄，瘙痒自止。二则火针可直接破坏顽固病灶，疏通腠理，软坚散结。对痰、瘀、湿等病理产物聚集所形成的肿物、硬结、肥厚苔藓有较好的治疗作用。

4.2.4.4 火郁发之，以热引热

《素问》提出“火郁发之”。《红炉点雪》中也言：“热病得火而解，犹暑极反凉，犹火郁发之之义”。慢性湿疹的发病中，疾病日久，局部血虚气郁，腠理不固，外兼风湿热邪，局部可形成湿热与火热毒邪缠绵，致使皮损暗红，脱屑。火针同气相求，利用其温热效应作用于局部，在温通经络、行气活血的同时，以热引热、祛邪外出，从而使得热清、毒解^[79]。火郁得解，患处暗红斑可逐渐好转。

综上，火针疗法借“火”之力，直达病所，可直接疏泄腠理，祛邪外出，拔毒外泄；又可借其温热之性，通行血脉，使气血来复，体表腠理得养而燥除风熄，瘙痒自止。耳穴通过穴位的刺激，传导感应，调整脏腑功能。慢性湿疹病发于表，肺主皮毛，肺穴可宣发肺卫之气，助火针祛邪解表止痒；脾穴运化水湿，促进气血生化，濡养肌肤。慢性湿疹为本虚标实之证，取肺、脾既可散在表之邪，又可助气血生化，内外皆治。

4.2.5 火针结合耳穴贴压治疗慢性湿疹的现代理论依据及优势

慢性湿疹治疗重点在于改善皮损，改善瘙痒，降低复发，提高患者生活质量。

社会心理因素在疾病中的影响目前也受到越来越多关注。皮质类固醇制剂和抗组胺药临床有效，但存在药物减敏、耐药、副作用及停药后复发等客观问题。在临床实践中我们观察到火针结合耳穴贴压有协同增效，降低复发的效果。且操作简便，费用低廉。

现代多项研究证明，火针能明显改善血液循环、促进消炎。研究证实火针可以改善甲襞微循环^[80]。火针作用能提高血管内皮生长因子含量^[81]，增加 6-酮-前列腺素 F1 α 的含量^[82]，从而促进局部微血管的增生，改善血液循环。同时，火针点刺后能促使皮损内的炎症物质向外排泄，减轻炎症反应，并且火针高温对局部还有杀菌的作用。在实际操作中，我们也观察到火针点刺局部皮损时，火针的针尖能带出炎性物质，随着这些炎性物质的排出，患者的瘙痒程度就能得到一定程度的缓解，即时效果明显。随着治疗时间延长，火针所能带出的炎性物质逐渐减少，患者的皮损则逐渐好转。耳穴贴压通过整体调节也能发挥抗炎作用。曾永保^[83]等对 2 型糖尿病大鼠耳迷走神经分布区穴位进行电针，发现能抑制 TNF- α 、CRP、IL-6 等炎症因子水平、从而改善糖尿病脑微血管炎症病变。所以火针结合耳穴贴压能协同发挥抗炎作用。

火针具有促进组织修复，减少表皮厚度的作用。火针可直接使病变组织灼伤坏死。坏死物作为一种刺激原，促进周围健康组织细胞的再生修复，重新恢复正常^[16]。且火针治疗能抑制角质形成细胞的增殖，减少表皮厚度^[84]。因此火针能有效消除本病肥厚的皮损，促进皮肤修复。在临床中也可以观察到火针点刺局部皮损后，针孔处会结痂，针孔间隙中肿胀的组织会脱水变瘪，痂壳脱落后肥厚的皮损则会变薄。

火针有较好的止痒效果，近年来应用于多种瘙痒性皮肤病的治疗中，如急慢性湿疹、神经性皮炎、结节性痒疹、老年性皮肤瘙痒、带状疱疹的后遗瘙痒等。目前研究表明火针止痒的机制可能为火针可以烧伤甚至炭化皮损中的神经纤维，减缓和阻断神经传导，从而减轻瘙痒^[85]。火针作用后还可以通过降低炎症反应而产生止痒作用。临床中患者接受火针治疗后在短时间内就能使瘙痒得到一定程度的缓解，即时效果明显。

火针在治疗慢性湿疹中，能减轻局部炎症，促进肥厚皮损的脱落。在临床观

察中,我们发现随着皮损及瘙痒的好转,患者焦虑抑郁情绪能逐渐缓解,但火针治疗为1周1次,治疗的间隙内患者仍有此困扰伴随失眠,情绪及瘙痒的影响使患者可能搔抓皮损出现刺激反应。耳穴贴压疼痛轻微、安全、方便,粘贴后患者能每日对耳穴进行持续地刺激,依从性好。两者协同作用能够更有效地调整患者脏腑功能,镇静,抑制瘙痒。

耳穴贴压能改善患者焦虑抑郁状态。慢性湿疹患者的焦虑抑郁状态在临床中得到关注,但针对此问题并未有相关的规范化方案。而临床常用的抗焦虑药物又有头昏、乏力的副作用,且长期用药带来药物依赖或撤药症状等问题。耳穴贴压安全有效,针对患者焦虑抑郁情绪有显著的疗效,且无药物的相关副作用。Michalek-Sauberer A^[86]等的研究发现,耳针疗法能有效降低受试者的焦虑抑郁程度。De Lorent L^[17]等采用耳针治疗焦虑症和重度抑郁症,结果显示耳针治疗可在整个治疗周期内显著降低紧张感,焦虑和愤怒、攻击性。耳穴贴压在改善情绪的同时能有效改善患者睡眠^[19]。慢性湿疹患者焦虑抑郁状态的改善有助于疗效的提高及生活质量的提高。

耳穴贴压能有效改善瘙痒。在慢性湿疹的恢复中,搔抓会阻止湿疹的愈合,因此破坏瘙痒-搔抓循环是湿疹治疗的重要一环。Kesting^[87]等对健康受试者应用组胺后进行电耳针治疗,结果显示电耳针可有效减轻组胺引起的瘙痒。闫翠娜等^[20]对维持性血液透析患者进行耳穴贴压,结果显示耳穴贴压能降低组胺含量,改善瘙痒。闻永等^[88]的研究采用耳穴贴压风溪、肾上腺、对屏尖、肺、脾、肛门等耳穴治疗慢性肛周湿疹,能够有效改善皮损,抑制瘙痒,远期效果良好。

慢性湿疹局部皮损肥厚,干燥,可能出现皮肤皲裂而疼痛,耳穴贴压能改善疼痛。且临床中观察到随着疾病的好转,患者肥厚皮损的变薄,火针点刺时疼痛感会增加,但都在患者耐受范围内,配合耳穴贴压能有效缓解火针的疼痛感,这也能提高患者的依从性。Arner B K^[89]等的研究显示耳针可显著降低慢性疼痛患者的疼痛严重程度评分和失眠严重指数评分。其止痛作用机制可能为耳穴刺激后提高了体内 β -内啡肽水平和降低内皮素-1水平有关^[90]。

慢性湿疹的发病过程中,Th1细胞和Th2细胞亚群分化失衡引起的免疫功能紊乱在其中发挥重要作用^[91],表现为Th2细胞功能亢进,IL-4、IL-5水平升高,

IFN- γ 、IL-2 水平降低^[92]。火针和耳穴贴压均有免疫调节作用。李茜^[38]等研究证明,火针治疗慢性湿疹可降低 IL-4 水平,升高 IFN- γ 水平。林国华^[93]等研究也显示火针治疗能降低 IL-4、IL-10 的水平,升高 IL-2、IFN- γ 的水平,调整 Th1/Th2 的平衡。汪秀梅^[78]等采用耳穴贴压显著降低慢性湿疹患者 IL-4 水平,升高 IL-2、IFN- γ 水平,改善 Th1/Th2 细胞平衡。因此两者协同能调节免疫功能,减轻瘙痒,改善皮损。

因此,火针局部点刺可加速病变组织微循环,消炎杀菌,促进肥厚皮损的脱落修复。耳穴贴压能够有效改善焦虑抑郁状态,抑制瘙痒,减少心理情绪对病情的恶性影响。两者协同调节免疫,促进慢性湿疹的恢复,改善瘙痒,控制复发。两者结合能从多方面对慢性湿疹产生治疗作用,且疗效显著。

5 本试验结果分析

5.1 基线资料比较结果分析

本课题通过对基线资料的统计分析,两组患者的性别、年龄、病程及皮损部位均具有可比性。本课题最终纳入慢性湿疹患者共 67 例,其中女性为 35 人,男性为 32 人,女性略高于男性,这与流行病学调查一致^[94]。其中治疗组男性 14 人、女性 19 人,对照组男性 18 人、女性 16 人,经检验后显示两组的性别构成具有可比性, $P < 0.05$ 。本研究受试者年龄符合正态分布,年龄跨度为 20—65 岁,治疗组平均年龄为 44.85 ± 10.76 岁,对照组平均年龄为 45.18 ± 11.08 岁,经统计检验后,两组年龄情况显示差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组病程跨度为 0.42—10 年,治疗组病程 $2.17(1.42, 4.00)$,对照组病程 $2.00(1.17, 4.00)$,这与慢性湿疹多由急性湿疹发展而来,病程较长有关,观既往研究慢性湿疹的平均病程多在 5—7 年,本次研究病程稍有下降可能与人们对慢性湿疹的认知程度及关注程度较前上升以及本研究对皮损面积有限制相关。皮损分布部位多集中在四肢,可能是由于手部暴露于外,并且经常接触化学刺激物或致敏原,下肢则可能是与静脉压增高,静脉淤血及炎症因子释放等相关。一项对慢性湿疹的全国多中心横断面研究^[10]结果显示,皮损累及最多的四个部位为小腿、上肢、手和大腿。

这与本研究结果一致。

5.2 EASI 评分比较

EASI 评分是针对受试者红斑、丘疹、鳞屑、肥厚苔藓化、渗出/结痂及皮损面积等做出的综合评价。研究结果提示，两组治疗后 EASI 评分均低于治疗前，组内比较 $P < 0.05$ ，说明两组均能改善患者的皮损；两组进行治疗后组间比较，治疗组优于对照组， $P < 0.05$ ，说明治疗组疗效优于对照组，火针结合耳穴贴压的疗效更佳。

5.3 瘙痒评分比较

瘙痒评分主要针对慢性湿疹的瘙痒程度、持续时间、发作频率进行评价。纳入的受试者瘙痒较明显。两组的瘙痒评分在治疗后均较治疗前下降，组内比较 $P < 0.05$ ；两组进行治疗后组间比较，治疗组优于对照组， $P < 0.05$ 。说明两组治疗均能改善患者的瘙痒评分，火针结合耳穴贴压疗效优于对照组，火针结合耳穴贴压改善瘙痒疗效更佳。

5.4 DLQI 评分、SAS 评分、SDS 评分比较

DLQI 评分是对皮肤病患者日常生活、社交、工作等多方面的评价。由于慢性湿疹患者皮损显露于外，其毁容性的改变常常使患者在平时生活，社交等方面产生尴尬，且患者害怕他人的有色评价，由此带来抑郁焦虑等不良情绪反应。本次试验受试者均表现出较低生活质量分值。经比较在治疗后，火针结合耳穴贴压能更好地改善患者生活质量分值。SAS 评分、SDS 评分通过 20 个项目对患者进行焦虑、抑郁的评定。本次课题中纳入的受试者表现出轻中度焦虑抑郁值。慢性湿疹之所以归属于身心疾病，其不良情绪也会影响患者的皮损严重程度。比如患者除了瘙痒的原因外也会不自主地搔抓皮损，或是去撕扯干燥的脱皮，从而刺激或加重病变。在试验过程中我们观察到火针结合耳穴贴压治疗时，患者的情绪能逐渐改善，并且这种改善能有助于疗效的发挥。对比试验结束后评分，火针结合

耳穴贴压治疗能有效降低患者的焦虑抑郁评分，改善患者生活质量。

5.5 总体疗效结果比较

经尼莫地平法计算后，痊愈、显效、好转、无效的病例，对照组分别为 6 例，12 例，10 例，6 例，总有效率为 82.35%；治疗组分别为 13 例，13 例，5 例，2 例，总有效率为 93.93%，两组比较差异有统计学意义， $P < 0.05$ ，说明治疗组的有效率高于对照组，火针结合耳穴贴压疗效更佳。

5.6 随访情况分析

本课题两组痊愈患者复发结果显示：两组痊愈患者治疗后 1 月、2 月内复发情况比较无统计学差异（ $P > 0.05$ ），治疗后 3 月两组复发情况则显示出差异（ $P < 0.05$ ）。

根据试验结果可知，两组痊愈患者在随访 3 月内均有复发，在治疗后 2 月两组的复发情况尚未表现出差异，随着随访时间延长，治疗后 3 月两组复发情况则体现出差异， $P < 0.05$ 。这与郑勇^[95]研究结果一致。说明火针结合耳穴贴压组能减少患者复发，在远期复发率控制上优于西药对照组。慢性湿疹病程长，其难点在于控制复发，本次试验由于是小样本课题，试验时间有限，故有待后续研究进行更长时间的随访观察。

5.7 安全性分析

本课题共有不良反应 5 例。治疗组有 1 例患者皮损局部火针点刺后瘙痒短暂加剧，未予处理，观察 24 小时后瘙痒明显减轻，考虑为火针治疗后振奋阳气，气血来复，邪正相争，所以出现短时间瘙痒加剧的现象，已提前告知患者相关情况，患者有了心理预期能比较好的接受。有 1 例患者在火针点刺后出现局部皮肤的红肿，考虑为点刺稍密，未予处理，观察 2 天后，局部红肿消退。对照组有 2 例患者出现局部轻微刺激，未予处理，后刺激感逐渐消失。经检验比较两组不良反应发生率， $P > 0.05$ ，两组差异无统计学意义。故本研究治疗方法安全。

结论

1. 火针结合耳穴贴压及外用地奈德乳膏治疗慢性湿疹均有效，安全。火针结合耳穴贴压在改善慢性湿疹患者临床症状、缓解瘙痒方面更有优势，且火针结合耳穴贴压能更好地改善患者焦虑抑郁水平、提高患者生活质量。
2. 火针结合耳穴在控制复发方面较外用地奈德乳膏更优。

问题与展望

该临床试验存在的不足：

(1) 由于时间、经费等限制，样本量较小，且病例来源单一，可能致使结果不具有代表性。

(2) 本试验疗效评价以受试者皮损情况，瘙痒情况作为疗效观察指标，未设立客观的血清学检查或皮肤仪器检查作为评价指标，故可能导致试验结论欠缺科学性。

(3) 由于目前慢性湿疹的辨证分型没有统一标准，本试验主要根据临床大多数情况选取的治疗方案。

(4) 由于经费及时间有限，未能设置单纯火针组或耳穴贴压组做对比，无法更好地体现出火针结合耳穴贴压的优势。

(5) 本试验患者仅治疗 4 次，随访时间为治疗后第 1 至 3 月，治疗及随访观察周期较短。

今后研究工作的展望：

(1) 开展多中心、大样本试验。

(2) 开展客观的血清学检测，皮肤仪器检查，选取合适慢性湿疹的血清学指标或皮肤客观指标进行疗效评价。

(3) 对慢性湿疹患者进行辨证分型，依据分型的不同制定更详细的诊疗方案，可能会取得更好疗效。

(4) 在后续的研究中设置单独火针组、耳穴贴压组，使试验设计更加严谨。

(4) 增加治疗时间、延长随访观察周期。

致谢

在成都中医药大学的三年硕士研究生生涯即将结束，在临别之际，特别想感谢在工作、学习、生活中给予我关心的每一位老师、朋友、同学、家人。

衷心感谢我的导师黄蜀主任中医师，在跟师期间，黄老师教了我许多中医治疗皮肤病的理论知识，指导我进行规范化的针灸实践操作，引导我如何更好地将中医辨证思维与皮肤病相联系，并在临床中给予大量的锻炼机会。黄老师对中医的热爱、精湛的医术，渊博的学识，豁达的心态是我终生学习的榜样。

感谢四川省第二中医医院皮肤科陈纯涛老师在我规培学习时的热心帮助以及在我课题的准备、实施、完成过程中的支持和建议。

感谢在四川大学华西医院轮转学习过的所有科室的每一位带教老师、上级医师对我的关心和教诲以及在临床工作中的帮助。

还要感谢我的家人多年来对我的付出、帮助及鼓励，感谢同学、朋友、师弟师妹的陪伴与帮助。

最后，真挚地感谢评审论文和参加答辩的各位老师，感谢你们在论文评审和答辩过程中提出的宝贵意见！

参考文献

- [1] 李若瑜, 陆前进. 皮肤病学与性病学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2013: 109-112.
- [2] Treudler R, Zeynalova S, Riedel-Heller S G, et al. Depression, anxiety and quality of life in subjects with atopic eczema in a population-based cross-sectional study in Germany[J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020, 34(4): 810-816.
- [3] 张玉环, 钟珊珊, 张玉琬, 等. 心理社会因素与慢性湿疹的临床研究[J]. *中国中西医结合皮肤性病学杂志*, 2008(01): 5-9.
- [4] Mollerup A, Veien N K, Johansen J D. Chronic hand eczema-self-management and prognosis: a study protocol for a randomised clinical trial[J]. *BMC Dermatol*, 2012, 12: 6.
- [5] Hanifin J M, Reed M L. A population-based survey of eczema prevalence in the United States[J]. *Dermatitis*, 2007, 18(2): 82-91.
- [6] 路雪艳, 李邻峰, 尤艳明. 丽水市社区人群皮肤病流行病学调查及危险因素分析[J]. *中国麻风皮肤病杂志*, 2008(09): 692-694.
- [7] 王鑫, 杨明川, 石晓东, 等. 三甲医院皮肤科门诊手部湿疹患者横断面多中心调查[J]. *实用皮肤病学杂志*, 2019, 12(02): 65-67.
- [8] Ellis C N, Drake L A, Prendergast M M, et al. Cost of atopic dermatitis and eczema in the United States[J]. *J Am Acad Dermatol*, 2002, 46(3): 361-70.
- [9] Hay R J, Johns N E, Williams H C, et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions[J]. *J Invest Dermatol*, 2014, 134(6): 1527-1534.
- [10] 王鑫, 石晓东, 高飞, 等. 湿疹慢性期多中心横断面调查分析[J]. *临床皮肤科杂志*, 2020, 49(01): 10-13.
- [11] 李邻峰, 高兴华, 顾恒, 等. 湿疹诊疗指南(2011年)[J]. *中华皮肤科杂志*, 2011(01): 5-6.

- [12] 张颜, 黄蜀, 陈纯涛, 等. 火针加灸法联合窄谱中波紫外线治疗掌跖角化性湿疹的临床疗效观察[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(08): 846-848.
- [13] 章纬, 张虹亚. 慢性湿疹的非药物治疗研究进展[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2012, 11(01): 66-68.
- [14] 田昕, 李建春, 孙宏伟. 中药透皮吸收研究述要[J]. 中医药学刊, 2003(11): 1862-1865.
- [15] 张晓霞, 吴之煌, 董明霞. 火针疗法治病机理初探[J]. 北京中医, 2007(09): 576-578.
- [16] 吴峻, 沈蓉蓉. 火针治疗慢性软组织损伤的实验研究[J]. 中国针灸, 2002(01): 32-34.
- [17] De Lorent L, Agorastos A, Yassouridis A, et al. Auricular Acupuncture Versus Progressive Muscle Relaxation in Patients with Anxiety Disorders or Major Depressive Disorder: A Prospective Parallel Group Clinical Trial[J]. J Acupunct Meridian Stud, 2018, 9(4): 191-9.
- [18] 黄美卿, 黄佩珠, 林玉娟. 慢性湿疹的药物治疗及心理疏导[J]. 广东医学, 2005(05): 674-675.
- [19] 马剑然, 胡倩, 胡庆, 等. 基于神经电生理和导电量探讨耳穴电针对慢性失眠患者的影响[J]. 新疆医科大学学报, 2021, 44(01): 110-113.
- [20] 闫翠娜, 姚卫国, 刘桂珍, 等. 耳穴贴压治疗维持性血液透析患者瘙痒的临床疗效观察[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2020, 21(06): 512-514.
- [21] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 江苏科学技术出版社, 2009: 725.
- [22] 史周华, 何雁. 中医药统计学与软件应用[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 281.
- [23] 赵辨. 湿疹面积及严重度指数评分法[J]. 中华皮肤科杂志, 2004(01): 7-8.
- [24] Berth-Jones J. Six area, six sign atopic dermatitis (SASSAD) severity score: a simple system for monitoring disease activity in atopic dermatitis[J]. Br J Dermatol, 1996, 135 Suppl 48: 25-30.
- [25] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版

- 社, 2002: 295-298.
- [26] 唐苏为, 谢韶琼. 皮肤瘙痒程度评价方法进展[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2016, 30(01): 84-85.
- [27] 王晓玲, 赵天恩, 张喜芹. 简体中文版皮肤病生活质量指标信度和效度初探[J]. 中华流行病学杂志, 2004(09): 63-65.
- [28] Johannisson A, Pontén A, Svensson Prevalence, incidence and predictive factors for hand eczema in young adults - a follow-up study[J]. BMC Dermatol, 2013: 13-14.
- [29] Peate I. Eczema: causes, symptoms and treatment in the community[J]. Br J Community Nurs, 2011, 16(7): 324, 326-31.
- [30] Dalgard F J, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries[J]. J Invest Dermatol, 2015, 135(4): 984-991.
- [31] Capucci S, Hahn-Pedersen J, Vilsbøll A, et al. Impact of Atopic Dermatitis and Chronic Hand Eczema on Quality of Life Compared With Other Chronic Diseases[J]. Dermatitis, 2020, 31(3): 178-184.
- [32] 张玉琬, 李强, 钟珊珊, 等. 慢性湿疹患者焦虑和抑郁情绪的影响因素研究[J]. 天津医药, 2010, 38(02): 102-104.
- [33] Crane M M, Webb D J, Watson E, et al. Hand eczema and steroid-refractory chronic hand eczema in general practice: prevalence and initial treatment[J]. Br J Dermatol, 2017, 176(4): 955-964.
- [34] 徐薇, 李妍, 李邻峰. 湿包疗法治疗慢性难治性局限型湿疹的临床研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2018, 17(03): 193-199.
- [35] 唐真武, 肖国有, 黄江河, 等. ^{90}Sr - ^{90}Y 联合洁悠神治疗难治局限性慢性湿疹 59 例[J]. 中国现代医学杂志, 2014, 24(31): 96-99.
- [36] 赵亮, 李静. 手术治疗慢性难治性湿疹皮炎 6 例[C]. 2016 全国中西医结合皮肤性病学术年会, 2016: 1.
- [37] 张亚妮, 吕伟, 王珍珠, 等. 火针疗法治疗皮肤性病研究热点的聚类分析

- 及疾病谱研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(05): 385-390.
- [38] 李茜, 林诗雨, 李晶晶, 等. 岭南火针治疗慢性湿疹的疗效观察及对患者免疫功能的影响[J]. 河北中医, 2018, 40(04): 600-603.
- [39] 徐俊涛, 王莹, 王丽, 等. 贴麻后火针剥除术治疗寻常疣: 多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2021, 41(01): 67-70.
- [40] 张军弼, 余远遥, 陈少君. 火针治疗脂溢性角化病随机对照试验[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(04): 345-347.
- [41] 李琳婕. 火针配合复方氟米松软膏治疗神经性皮炎的效果观察[J]. 湖北中医杂志, 2016, 38(08): 53-54.
- [42] Klausenitz C, Hacker H, Hesse T. Auricular Acupuncture for Exam Anxiety in Medical Students—A Randomized Crossover Investigation[J]. PLoS One, 2016, 11(12): 168.
- [43] Hennino A, Vocanson M, Berard F, et al. [Epidemiology and pathophysiology of eczemas][J]. Rev Prat, 2006, 56(3): 249-57.
- [44] Eyerich K, Novak N. Immunology of atopic eczema: overcoming the Th1/Th2 paradigm[J]. Allergy, 2013, 68(8): 974-82.
- [45] David Boothe W, Tarbox J A, Tarbox M B. Atopic Dermatitis: Pathophysiology[J]. Adv Exp Med Biol, 2017, 1027: 21-37.
- [46] Rathod D G, Muneer H, Masood S: Phototherapy, StatPearls, Treasure Island FL: © 2021, StatPearls Publishing LLC., 2021.
- [47] Tintle S, Shemer A, Suárez-Fariñas M, et al. Reversal of atopic dermatitis with narrow-band UVB phototherapy and biomarkers for therapeutic response[J]. J Allergy Clin Immunol Pract, 2011, 128(3): 583.
- [48] 程琼, 张晓路, 宋琼. 窄波 UVB 治疗慢性湿疹疗效观察[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2012, 28(12): 902-903.
- [49] 王瑞, 王菲菲, 杨俊亚, 等. 窄谱中波 UVB 治疗老年慢性湿疹的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(03): 691-692.
- [50] 杨晶, 王娟, 李香梅, 等. 308 nm 准分子激光治疗慢性湿疹疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2017, 16(03): 234-235.

- [51] Hong S B, Park H H, Lee M H. Short-term effects of 308-nm xenon-chloride excimer laser and narrow-band ultraviolet B in the treatment of vitiligo: a comparative study[J]. J Korean Med Sci, 2005, 20(2): 273-8.
- [52] Šitum M, Kolić M, Buljan M. [PSYCHODERMATOLOGY] [J]. Acta Med Croatica, 2016, 70 Suppl 1: 35-8.
- [53] 战惠娟, 冯悦龙. 慢性湿疹的中医辨证思路浅析[J]. 黑龙江中医药, 2014, 43(03): 12-13.
- [54] 孙志高, 路军章, 周杉京, 等. 中医药治疗湿疹的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(08): 3617-3619.
- [55] 庞俊慧, 李金娥. 中医药治疗湿疹临床研究进展[J]. 新中医, 2011, 43(07): 120-122.
- [56] 谭强, 肖敏, 余倩颖, 等. 文氏健脾除湿汤加减治疗慢性湿疹(脾虚湿蕴证)疗效及对 IFN- γ 、IL-4、IgE 的影响[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(08): 1916-1918.
- [57] 王晶晶, 姚春海, 田凤艳, 等. 自拟养血祛风汤治疗血虚风燥型慢性湿疹的效果[J]. 中国医药导报, 2018, 15(09): 123-125+137.
- [58] 姜群群, 李美力, 刘卫兵. 滋阴祛风汤治疗血虚风燥型慢性湿疹疗效观察及对外周血淋巴细胞亚群的影响[J]. 新中医, 2015, 47(10): 78-80.
- [59] 徐玥瑾. 凉血消风饮治疗慢性湿疹的临床疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(12): 234-237.
- [60] 严瑶, 李芳梅, 祁希希, 等. 慢性湿疹的中医外治法研究进展[J]. 广西中医药大学学报, 2020, 23(04): 63-67.
- [61] 庞黎玲, 熊维政, 李磊, 等. 中药化学成分经皮渗透特性研究的现状与分析[J]. 中医学报, 2019, 34(04): 737-741.
- [62] 霍仕霞, 高莉, 彭晓明, 等. 高良姜素的体外透皮吸收特性研究[J]. 中国药房, 2017, 28(19): 2631-2634.
- [63] 刘茵, 朱炯. 火针治疗慢性湿疹临床疗效及患者 EASI、瘙痒评分、血清因子水平影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(05): 119-121.

- [64] 闻永, 李俊, 龙庆, 等. 耳穴贴压联合西药治疗慢性肛周湿疹临床观察[J]. 中国针灸, 2017, 37(06): 608-612.
- [65] 植翠崧, 林壬娇. 梅花针放血疗法治疗慢性湿疹患者的疗效观察与护理[J]. 中国实用医药, 2015, 10(18): 225-226.
- [66] 任莉萍. 针刺配合中药治疗慢性湿疹临床研究[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(20): 99-100.
- [67] 谢晓莉, 刘艳, 李军丽. 膻穴自血疗法用于慢性湿疹效果观察[J]. 山东医药, 2011, 51(39): 36.
- [68] 李斯朗, 向丽萍, 张予晋, 等. 四物消风散配合艾灸治疗慢性湿疹 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(02): 44-46.
- [69] 李煜, 陈岚, 程宏斌, 等. 穴位埋线联合当归饮子治疗慢性湿疹(血虚风燥型)的随机对照临床研究[J]. 成都中医药大学学报, 2018, 41(03): 46-48+97.
- [70] 战惠娟. 斯奇康曲池、手三里穴位注射治疗慢性湿疹 30 例[J]. 中国中医药科技, 2015, 22(03): 335-336.
- [71] 甘春梅. 穴位贴敷治疗慢性湿疹的临床效果分析[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(18): 86.
- [72] 李树香. 刮痧加刺络放血治疗慢性湿疹[J]. 中国针灸, 2011, 31(08): 737.
- [73] Jiao R, Yang Z, Wang Y, et al. The effectiveness and safety of acupuncture for patients with atopic eczema: a systematic review and meta-analysis[J]. Acupunct Med, 2020, 38(1): 3-14.
- [74] 火针在皮肤科应用专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(06): 638-641.
- [75] 韩琼. 火针治疗局限性肥厚性皮炎的临床随机对照试验[D]. 成都中医药大学, 2015.
- [76] 黄昌锦, 黄应杰, 陈楚云. 火针疗法的发展源流[J]. 中国针灸, 2013, 33(05): 455-458.
- [77] 李伯英, 贾春生, 王建岭, 等. 基于数据挖掘的灸法和火针疗法临床应用病种的对比研究[J]. 中国针灸, 2014, 34(11): 1093-1097.

- [78] 汪秀梅, 田利娟, 景福权, 等. 针刺联合耳穴贴压治疗慢性湿疹对炎症因子及 DLQI、EASI 评分的影响[J]. 光明中医, 2020, 35(04): 529-531.
- [79] 喻珮, 刘璐, 王一战, 等. 火针治疗热证的临床探讨[J]. 中国针灸, 2019, 39(12): 1357-1358.
- [80] 康新, 卓鹰. 火针治疗对类风湿关节炎患者甲襞微循环的影响[J]. 中国血液流变学杂志, 2007(03): 491-492.
- [81] 张丽蕊, 阎翠兰, 王玉浔, 等. 血管内皮生长因子在火针治疗褥疮小鼠创面中的表达及作用[J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(08): 606-608.
- [82] 吴峻, 喻海忠, 沈蓉蓉, 等. 火针治疗慢性软组织损伤实验研究生化检测报告[J]. 江苏中医药, 2003(04): 38-39.
- [83] 曾永保, 梅志刚, 王明智, 等. 耳针对糖尿病大鼠脑微血管炎症损伤保护作用机制研究[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(11): 2886-2889.
- [84] Wang Y, Fu J, Zhang L, et al. Acupuncture Needling, Electroacupuncture, and Fire Needling Improve Imiquimod-Induced Psoriasis-Like Skin Lesions through Reducing Local Inflammatory Responses[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2019, 2019: 4706865.
- [85] Haas S, Capellino S, Phan N Q, et al. Low density of sympathetic nerve fibers relative to substance P-positive nerve fibers in lesional skin of chronic pruritus and prurigo nodularis[J]. J Dermatol Sci, 2010, 58(3): 193-7.
- [86] Michalek-Sauberer A, Gusenleitner E, Gleiss A. Auricular acupuncture effectively reduces state anxiety before dental treatment--a randomised controlled trial[J]. Clin Oral Investig, 2012, 16(6): 1517-22.
- [87] Kesting MR, Thurmüller P, Hölzle F, et al. Electrical ear acupuncture reduces histamine-induced itch (alloknesis)[J]. Acta Derm Venereol, 2006, 86(5): 399-403.
- [88] 闻永, 李俊, 龙庆, 等. 耳穴联合中药坐浴及亚甲蓝封闭治疗慢性肛周湿疹 55 例临床观察[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2017, 31(03): 327-329+346.
- [89] Garner B K, Hopkinson S G, Ketz A K, et al. Auricular Acupuncture

for Chronic Pain and Insomnia: A Randomized Clinical Trial[J]. *Med Acupunct*, 2018, 30(5): 262-272.

[90] 沈秋萍. 耳穴穴注缓解癌痛的临床观察及机制研究[D]. 广州中医药大学, 2009.

[91] 刘文丽, 闫宁, 陈爱明. 枸地氯雷他定联合人胎盘组织液治疗慢性湿疹的疗效观察及对细胞因子的影响[J]. *中国中西医结合皮肤性病学杂志*, 2020, 19(06): 554-556.

[92] 刘静, 王昕. 润燥止痒胶囊、依巴斯汀片联合干扰素凝胶治疗慢性湿疹的疗效及对生活质量的影响[J]. *湖南中医药大学学报*, 2018, 38(10): 1173-1178.

[93] 林国华, 林丽珠, 张英, 等. 火针四花穴对晚期非小细胞肺癌化疗患者 Th1/Th2 免疫平衡和功能状态的影响[J]. *针刺研究*, 2019, 44(02): 136-139.

[94] Lakshmi C, Srinivas C R. Hand eczema: an update[J]. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2012, 78(5): 569-82.

[95] 郑勇. 火针结合艾灸治疗慢性湿疹的临床研究[D]. 成都中医药大学, 2015.

附件 1：综述

针灸治疗慢性湿疹的临床研究进展

摘要：针灸治疗慢性湿疹或直接作用于皮损或通过腧穴刺激达到疏通经络、调和气血、通调脏腑，促使皮损修复的目的。目前临床治疗开展广泛，取得了较好的疗效。本文就近年来针灸治疗慢性湿疹的临床研究进行总结。

关键词：针灸疗法 慢性湿疹 临床研究进展

慢性湿疹是临床常见的皮肤顽固性疾病之一，是一种由多种内外因素综合作用引起的慢性炎症性皮肤病，多由急性、亚急性湿疹反复发作迁延而来，以皮损粗糙肥厚、有不同程度的苔藓样变为主要表现，伴有明显瘙痒，严重影响患者身心健康及生活质量。外用糖皮质激素制剂为其首选用药，短期内使用可改善症状，但长期疗效不佳，易出现减敏和耐药，且停药后易复发，反复长期使用甚至引起局部皮肤萎缩、毛细血管扩张等不良反应。近年来，临床上运用针灸治疗慢性湿疹的文献报道越来越多，众多临床观察也提示引入针灸手段干预的治疗效果会优于单纯的中药或西药治疗。针灸疗法多种多样，有火针、耳穴贴压、梅花针、毫针刺、自血疗法、艾灸、穴位注射、穴位敷贴等，以及由上述各种方法组合起来的综合疗法。现根据不同的针灸疗法，对近年来针灸治疗慢性湿疹的临床研究综述如下。

1 火针

火针治疗慢性湿疹独具特色，研究表明，慢性湿疹作为火针的推荐病种^[1]，目前临床报道越来越多。刘茵^[2]等将 66 例慢性湿疹患者随机分组，对照组给予盐酸西替利嗪片口服，治疗组加用火针治疗，结果治疗组有效率 90.9%，明显高于对照组的有效率 72.7% ($P < 0.05$)，治疗组患者治疗后的 EASI 评分、瘙痒评分下降较对照组更为显著 ($P < 0.05$)。血清中 EOS、IL-18、IgE 下降较对照组患者更为明显 ($P < 0.05$)。李茜^[3]等将 60 例慢性湿疹患者随机分组，治疗组予岭南火针治疗，对照组予氯雷他定片治疗，结果火针组总有效率 93.3%，对照组总有效率 73.3%，火针组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)，火针组 EASI、瘙痒 VAS、DLQI 评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。闫静^[4]将 62 例慢性湿疹患者随机分组，

治疗组采用火针治疗，对照组予地奈德乳膏外擦，结果显示治疗组总有效率 90.63%，显著高于对照组 62.50%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。火针疗法借“火”之力，强开其门，直达病所，既可拔毒外泄，疏散风邪，又可借其温热之性，通行血脉，除湿止痒，快速消除肥厚性皮损^[5]。

2 耳穴贴压

闻永^[6]等将 90 例慢性肛周湿疹患者随机分为耳穴贴压组和耳穴假压组。两组均采用口服盐酸左西替利嗪片，外涂丁酸氢化可的松乳膏，耳穴贴压组在此基础上采用耳穴贴压王不留行籽并按压，耳穴假压组选穴及胶布同耳穴贴压组，不粘贴王不留行籽及按压。结果显示耳穴贴压组的有效率明显高于耳穴假压组，复发率明显低于耳穴假压组 ($P < 0.05$)。表明耳穴贴压联合西药可以有效缓解慢性肛周湿疹的瘙痒症状，改善局部皮损，且复发率较低。汪秀梅^[7]等将 60 例慢性湿疹患者随机分组，对照组使用氯雷他定片联合糠酸莫米松乳膏治疗，治疗组使用针刺联合耳穴贴压疗法。结果治疗组的临床有效率高于对照组。治疗后，与对照组相比，治疗组的 DLQI、EASI 评分及 IL-4 水平显著降低，IL-2、IFN- γ 水平显著升高 ($P < 0.05$)。结论：针刺联合耳穴贴压可以显著减轻慢性湿疹患者的瘙痒程度和皮损面积，提高免疫功能。耳穴贴压操作简便，患者接受度高，治疗慢性湿疹临床疗效突出，远期效果良好，复发率低，安全性高。

3 梅花针

植翠崧^[8]等将 100 例慢性湿疹患者随机分组，治疗组采用梅花针放血疗法，对照组外用派瑞松，结果治疗组总有效率为 72%，明显高于对照组 48%，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。王晶^[9]等将 65 例慢性湿疹患者随机分组，对照组予口服西可韦片，外用肤疾宁，治疗组在此基础上联合梅花针叩刺，治疗后对比两组 1 周、2 周愈显率有显著性差异 ($P < 0.05$)。

4 毫针刺刺

任莉萍^[10]将 60 例慢性湿疹患者随机分组，对照组采用中药治疗，治疗组加用针刺治疗。结果治疗组总有效率为 86.7%，显著高于对照组 63.3%，组间临床疗效比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。赵琳^[11]将 68 例慢性湿疹患者随机分

组, 治疗组采用针刺结合刺络放血进行治疗, 对照组采用单纯针刺治疗。结果两组患者治疗后 EASI 分数比较差异有统计学意义, 治疗组有效率高于对照组, 差异有统计学意义。得出结论: 针刺结合刺络放血治疗慢性湿疹的疗效优于单纯常规针刺。谢凯^[12]等 40 例慢性湿疹患者随机分为治疗组 (针刺放血组) 和对照组 (针刺组), 结果治疗组治愈率、总有效率明显高于对照组, 且组间比较差异具有统计学意义, 说明针刺配合放血治疗慢性湿疹疗效优于单纯针刺治疗。

5 自血疗法

自血疗法是将人体静脉血抽出, 再选取穴位进行穴位注射回注体内。可诱导和激发自体免疫系统产生非特异性免疫作用, 从而产生非特异性脱敏、抗炎等综合协同作用。谢晓莉^[13]等将 111 例患者随机分为治疗组 68 例, 对照组 43 例, 对照组采用口服复方甘草酸苷片和外用复方薄荷脑软膏, 治疗组加用足三里、曲池穴自血疗法, 结果治疗组有效率为 91.18%, 对照组有效率 74.42%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。邓晶晶^[14]将 40 例患者随机分组, 治疗组予针刺联合穴位自血疗法治疗, 对照组予口服氯雷他定片和外用糠酸莫米松乳膏治疗。结果两组患者湿疹面积及严重度指数评分、瘙痒评分和皮肤病生活质量评分均较治疗前有改善 ($P < 0.05$)。

6 艾灸疗法

李斯朗^[15]等将 60 例慢性湿疹患者随机分组, 对照组予口服四物消风散加减联合羌月乳膏外涂, 治疗组加用艾灸神阙穴、三阴交穴。结果总有效率和复发率治疗组分别为 93.33%、33.33%, 对照组分别为 86.67%、53.85%, 两组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。郑耀庭^[16]等治疗血虚风燥型慢性湿疹患者, 治疗组 41 例运用针刺和艾灸治疗, 对照组 35 例口服依巴斯汀片。结果治疗组总有效率为 85.37%, 对照组为 45.71%, 两组比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。

7 穴位埋线

李煜^[17]等治疗血虚风燥型慢性湿疹 57 例, 治疗组予穴位埋线联合当归饮子治疗, 对照组单纯服用当归饮子治疗。结果治疗组总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

8 穴位注射

战惠娟^[18]治疗组采用穴位注射曲池和足三里斯奇康注射液,对照组口服防参止痒颗粒,结果总有效率和临床症状评分治疗组均优于对照组($P<0.05$)。

9 穴位敷贴

甘春梅^[19]将 80 例患者随机分组,对照组口服氯雷他定,治疗组神阙穴进行穴位敷贴,结果治疗组瘙痒缓解起效时间和治疗总有效率对比对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

10 刮痧疗法

李树香^[20]采用刮痧加刺络放血治疗慢性湿疹,在背部督脉及膀胱经进行刮痧治疗,再取上述部位和湿疹病变部位进行刺络放血,结果总有效率 91.7%。

11 小结

慢性湿疹病因复杂,病程长,易反复发作,单纯的西医治疗,短期可控制症状,但长期使用疗效不佳且易出现相关副作用。湿疹在中医学中归属于“湿疮”、“血风疮”等范畴。中医治疗本病有中药内服、外用及针灸治疗等,且收效颇佳。但中药内服药效由内达外,难以快速消除肥厚皮损,且长期口服中药难以坚持。中药外治虽作用直接,但受皮肤屏障功能和渗透介质的影响而作用有限^[21]。针灸治疗慢性湿疹方法多样,疗效较好,并具有操作简单、副作用小的特点。但目前大多数关于针灸治疗湿疹的临床报道缺乏作用机制的研究。同时欠缺循证医学证据,疗效评价标准不统一。因此,有待进一步规范研究方法,统一诊断疗效评价标准,为针灸疗法治疗湿疹提供确切的实验和临床依据。

参考文献

- [1] 火针在皮肤科应用专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(06): 638-641.
- [2] 刘茵, 朱炯. 火针治疗慢性湿疹临床疗效及患者 EASI、瘙痒评分、血清因子水平影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(05): 119-121.

- [3] 李茜, 林诗雨, 李晶晶, 等. 岭南火针治疗慢性湿疹的疗效观察及对患者免疫功能的影响[J]. 河北中医, 2018, 40(04): 600-603.
- [4] 闫静. 火针治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹的效果研究[J]. 智慧健康, 2018, 4(18): 90-91.
- [5] 韩琼. 火针治疗局限性肥厚性皮炎的临床随机对照试验[D]. 成都中医药大学, 2015.
- [6] 闻永, 李俊, 龙庆, 等. 耳穴贴压联合西药治疗慢性肛周湿疹临床观察[J]. 中国针灸, 2017, 37(06): 608-612.
- [7] 汪秀梅, 田利娟, 景福权, 等. 针刺联合耳穴贴压治疗慢性湿疹对炎性因子及 DLQI、EASI 评分的影响[J]. 光明中医, 2020, 35(04): 529-531.
- [8] 植翠崧, 林壬娇. 梅花针放血疗法治疗慢性湿疹患者的疗效观察与护理[J]. 中国实用医药, 2015, 10(18): 225-226.
- [9] 王晶, 万志杰. 梅花针联合肤疾宁治疗慢性湿疹疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2009, 25(08): 23-24+58.
- [10] 任莉萍. 针刺配合中药治疗慢性湿疹临床研究[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(20): 99-100.
- [11] 赵琳. 针刺结合刺络放血治疗慢性湿疹的临床观察[J]. 沈阳医学院学报, 2016, 18(02): 80-81.
- [12] 谢凯, 李海舟. 针刺配合放血治疗慢性湿疹临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2011, 30(10): 684-685.
- [13] 谢晓莉, 刘艳, 李军丽. 腧穴自血疗法用于慢性湿疹效果观察[J]. 山东医药, 2011, 51(39): 36.
- [14] 邓晶晶. 针刺联合穴位自血疗法治疗慢性湿疹的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(01): 15-18.
- [15] 李斯朗, 向丽萍, 张予晋, 等. 四物消风散配合艾灸治疗慢性湿疹 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(02): 44-46.
- [16] 郑耀庭, 李兴国. 针刺配合艾灸治疗血虚风燥型慢性湿疹的临床研究[J]. 云南中医中药杂志, 2013, 34(12): 65-66.
- [17] 李煜, 陈岚, 程宏斌, 等. 穴位埋线联合当归饮子治疗慢性湿疹(血虚风燥型)

- 的随机对照临床研究[J]. 成都中医药大学学报, 2018, 41(03): 46-48+97.
- [18] 战惠娟. 斯奇康曲池、手三里穴位注射治疗慢性湿疹 30 例[J]. 中国中医药科技, 2015, 22(03): 335-336.
- [19] 甘春梅. 穴位贴敷治疗慢性湿疹的临床效果分析[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(18): 86.
- [20] 李树香. 刮痧加刺络放血治疗慢性湿疹[J]. 中国针灸, 2011, 31(08): 737.
- [21] 田昕, 李建春, 孙宏伟. 中药透皮吸收研究述要[J]. 中医药学刊, 2003(11): 1862-1865.

附件 2：中国新九分法

部位		所占比例 (%)	
头部	头部	3	9
	面部	3	
	颈部	3	
双上肢	双上臂	7	18
	双前臂	6	
	双手	5	
躯干	躯干前	13	27
	躯干后	13	
	会阴	1	
双下肢	双臀	5	46
	双大腿	21	
	双小腿	13	
	双足	7	

附件 3：瘙痒评分

	0 分	1 分	2 分	3 分
瘙痒程度	无	隐约感觉痒，不需 用药，不影响日常 生活和睡眠	明显感觉痒，轻微 影响日常生活和睡 眠，尚可忍受	剧烈瘙痒，严重影 响日常生活和睡 眠，不能忍受
瘙痒时间	无	持续时间 $\leq 30\text{min}$	$30\text{min} < \text{持续时间}$ $\leq 2\text{h}$	持续时间 $> 2\text{h}$
瘙痒频率	无	偶尔瘙痒，每日搔 抓 ≤ 3 次	阵发性瘙痒，每日 搔抓 $\leq 4-6$ 次	持续性瘙痒，每日 搔抓 6 次以上

附件 4：皮肤病生活质量量表(DLQI)

此份问卷调查的目的是度量在过去一个星期里面，你的皮肤问题对你的生活影响有多大，请你在每一条问题的其中一个空格画√。

	3 分	2 分	1 分	0 分
	非 常 严重	严重	少些	无
1. 在过去一个星期里，你的皮肤瘙痒，酸痛，痛或者刺痛的程度怎样呢？				
2. 在过去一个星期里，你因为皮肤问题而产生尴尬或者太注意自己的程度怎样呢？				
3. 在过去一个星期里，你在上街购物，打扫屋子或者花园（院子）的时候，皮肤问题对你的影响有多大？				
4. 在过去一个星期里，你的皮肤问题对你选择衣服方面的影响有多大？				
5. 在过去一个星期里，你的皮肤问题对你的社交或者休闲生活的影响有多大？				
6. 在过去一个星期里，你的皮肤对你做运动造成的困难有多大？				
7. 您的皮肤问题在您工作或读书方面造成的问题有多大？				
8. 过去一个星期里，你的皮肤问题引起你同配偶或者同好朋友或者亲戚之间的问题有多大？				
9. 在过去一个星期里，你的皮肤问题引起性方面的困难有多大？				
10. 在过去一个星期里，皮肤护理带给你的问题有多大？譬如搞的屋子里很乱或者用了好多时间。				
积分总和：				

