

评阅号:SZ20200614012

分类号: R29  
单位代码: 10760

密级: 公开  
学号: 107602170399



新疆医科大学

XinJiang Medical University

# 硕士学位论文

THESIS OF MASTER DEGREE

中医硕士专业学位 (学历教育)

论文题目: 火针联合维医常规治疗对咸味黏液质型慢性湿疹的疗效观察

研 究 生 古力散·吐迪

指 导 教 师 热孜万古丽·乌买尔 副教授

专业学位论文领域 民族医学

研 究 方 向 皮肤病维医诊治

研 究 起 止 时 间 2018年12月-2019年12月

所 在 学 院 维吾尔医学院

2020年3月

# 火针联合维医常规治疗对咸味黏液质型慢性 湿疹的疗效观察

研 究 生 古力散·吐迪

---

指 导 教 师 热孜万古丽·乌买尔 副教授

---

专 业 学 位 领 域 民族医学

---

研 究 方 向 皮肤病维医诊治

---

2020年3月

**Observation on the curative effect of fire needle plus  
Traditional Uyghur Medicine conventional treatment on  
salty Belgham type chronic eczema**

**A Dissertation Submitted to  
Xinjiang Medical University  
In Partial Fullfillment of the Requirements  
for the Degree of  
Master of Medicine**

**By  
Gulxan Turdi**

**Uyghur Medicine ( dermatology )**

**Dissertation Supervisor: (A.P. Rezwangul Omar)**

**March,2020**



中英文缩略词对照表

英文缩写	英文全名	中文译名
<b>BASO</b>	<b>Basophil</b>	嗜碱性粒细胞
<b>DLQI</b>	<b>Dermatology Life Quality Index</b>	皮肤病生活质量
<b>E</b>	<b>Erythema</b>	红斑
<b>EASI</b>	<b>Eczema Area and Severity Index</b>	皮损面积及皮损严重程度
<b>Ef</b>	<b>Effusion/scab</b>	渗出/结节
<b>EOS</b>	<b>Eosinophil</b>	嗜酸性粒细胞
<b>Ex</b>	<b>Excoriation</b>	鳞屑
<b>I</b>	<b>Induration/papulation</b>	硬肿/丘疹
<b>L</b>	<b>Lichenoification</b>	肥厚苔癬化
<b>TUM</b>	<b>Traditional Uyghur Medicine</b>	维医学

# 目 录

摘 要 .....	1
ABSTRACT .....	3
前 言 .....	5
研究内容与方法 .....	7
1 研究内容 .....	7
1.1 研究对象 .....	7
1.2 诊断标准 .....	7
1.3 纳入标准 .....	7
1.4 排除标准 .....	7
1.5 剔除标准 .....	7
1.6 终止标准 .....	8
2 治疗方案 .....	8
2.1 治疗方法 .....	8
2.1.1 内服药物治疗 .....	8
2.1.2 外用药物治疗 .....	8
2.1.3 非药物治疗 .....	8
2.2 治疗顺序 .....	9
2.3 调养及护理 .....	9
3 观察内容 .....	9
3.1 一般记录项 .....	9
3.2 基本资料 .....	9
3.3 安全性观察指标 .....	9
3.4 疗效性观测指标 .....	9
4 量化标准 .....	9
4.1 症状分级量化指标 .....	9
4.2 疗效评价标准 .....	11
5 统计学方法 .....	11
结 果 .....	12
讨 论 .....	18
小 结 .....	25

致 谢 .....	26
参考文献.....	27
附 录 .....	31
综 述 .....	34
攻读硕士学位期间发表的学术论文 .....	38
导师评阅表.....	39

# 火针联合维医常规治疗对咸味黏液质型慢性湿疹的疗效

## 观察

研究生：古力散·吐迪 导师：热孜万古丽·乌买尔 副教授/主任医师

## 摘要

**目的：**运用火针联合维医常规疗法治疗对咸味黏液质型慢性湿疹的皮损面积及皮损严重度、瘙痒程度、生活质量评分、维医证候评分及实验室指标变化水平及不良反应，在临床工作中评价并探讨火针联合维医常规治疗对咸味黏液质型慢性湿疹的临床疗效及安全性，为本疗法的应用提供临床依据。**方法：**本课题选取 2018 年 12 月至 2019 年 12 月自治区维吾尔医医院符合纳入标准、排除标准的 80 例咸味黏液质型慢性湿疹患者，随机分组为治疗组 40 例，对照组 40 例。治疗组予维医常规治疗（内服和外用药物治疗、非药物治疗）的基础上加火针疗法。对照组予维医常规治疗（内服和外用药物治疗、非药物治疗）。两组均治疗  $21\pm 3$  天，观察并记录两组治疗前后维医证候、EASI、瘙痒程度、DLQI 等 4 个方面进行评分，及对血清嗜酸性粒细胞百分比（EOS）、嗜碱性粒细胞百分比（BASO）进行化验观察。疗程结束后针对各项评分、理化指标及安全性指标进行治疗前后对比和观察不良反应，从而判定疗效。**结果：**根据纳入标准入选的 80 例患者中，两组各脱落 1 例，最终有效病例为 78 例。两组受试者的基本资料，即年龄、性别、职业、婚姻状况及病程等方面比较差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），两组具有可比性。（1）两组的总有效率分别为治疗组：痊愈 9 例，显效 21 例，有效 8 例，无效 1 例，总有效率 97.44%；对照组：痊愈 4 例，显效 18 例，有效 13 例，无效 4 例，总有效率 89.74%，经秩和检验， $Z=-256$ ， $P=0.027$ ，两组总疗效差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），说明治疗组疗效优于对照组。（2）两组在维医证候评分进行比较，治疗后较治疗前比较，治疗组和对照组分别均有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗后两组组间比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。（3）两组在治疗后进行 EASI 评分比较，两组组内及组间比较均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。（4）两组在治疗后进行瘙痒评分比较，两组组内比较有统计学差异（ $P<0.01$ ），组间比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。（5）两组进行 DLQI 评分比较，两组组内比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；组间比较差异也有统计学意义（ $P<0.05$ ）。（6）两组在总积分值进行比较，两组组内比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；组间比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。（7）两组患者检测血清嗜酸性粒细胞百分比及嗜碱性粒细胞百分比并进行对比，血清 EOS 组间及对照组组内比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗组组内比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；血清 BASO 进行组间和组内比较差异

无统计学意义 ( $P>0.05$ )。(8) 治疗过程中两组未见明显不良反应, 安全性比较好。

**结论:** 采用火针联合维医常规治疗对咸味黏液质型慢性湿疹患者, 能有效改善皮损及全身症状, 其疗效优于维医常规治疗组, 未见明显不良反应, 奠定临床上推广应用。

**关键词:** 火针, 慢性湿疹, 咸味黏液质, 疗效观察

# Observation on the curative effect of fire needle plus Traditional Uyghur Medicine conventional treatment on salty Belgham type chronic eczema

Postgraduate: Gulxan Turdi      Supervisor: A.P. Rezwangul Omar

## Abstract

**Objective:** Using fire needle combined with TUM therapy to treat the area and severity of skin lesions, the degree of pruritus, the quality of life score, the Uyghur medical syndrome score and the influence of laboratory index change level and adverse reactions in patients with salty mucous chronic eczema. To observe and explore the clinical efficacy of fire needle combined with Traditional Uyghur medicine (TUM) conventional treatment program of salty Belgham type chronic eczema, so as to provide clinical basis for this therapy. **Methods:** from December 2018 to December 2019, 80 patients with salty Belgham type chronic eczema meeting the inclusion criteria and exclusion criteria in Traditional Uyghur Medical Hospital of Xinjiang Uyghur Autonomous region were randomly selected and divided into treatment group (n = 40) and control group (n = 40). The treatment group was treated with fire needle plus conventional treatment program of TUM (Oral and external medicine treatment, physical therapy), and the control group was treated with TUM only (Oral and external medicine treatment, physical therapy). The lesion area, lesion severity index, pruritus score, dermatosis quality of life score and TUM syndromes score were carried out in the two groups, and the serum eosinophil percentage (EOS) and basophil percentage (BASO) were detected. After  $20 \pm 3$  days of treatment, the physical and chemical indexes and scores of the two groups were compared before and after treatment to determine the curative effect. **Results:** among the 80 patients included according to the shedding criteria, there was 1 case in each of the two groups, and the final qualified case was 78 cases. There is no statistical significant difference in the general data of the patients, such as age, gender, career, marital status and course of disease between the two groups ( $P > 0.05$ ), but there is still comparability between the two groups. (1) at the end of the treatment, the total effective rates of the two groups were as follows: there was

9 cured cases , 21 markedly effective cases , 8 effective cases, and 1 ineffective case in the treatment group, and the total effective rate was 97.44%; in the control group, 4 cases were cured, 18 cases were markedly effective, 13 cases were effective, 4 cases were ineffective, and the total effective rate was 89.74%. The difference was statistically significant by rank sum test ( $P < 0.05$ ), indicating that the treatment group had better efficacy than the control group. (2) The two groups were compared in the scores of TUM syndromes, compared with the treatment group and the control group before treatment ( $P < 0.05$ ), with statistical significance. after treatment, the two groups were compared ( $P > 0.05$ ), the difference was not statistically significant. (3) at the end of the treatment, the EASI scores of the two groups were compared after treatment ( $P < 0.05$ ). There is statistically significance between the two groups. (4) at the end of the treatment, the pruritus scores of the two groups were compared after treatment, there is significant difference between the two groups ( $P < 0.01$ ), and there is significant difference between the two groups ( $P < 0.05$ ). (5) at the end the treatment, the DLQI scores of the two groups were compared before and after treatment, and there is significant difference between the two groups after treatment. (6) at the end of the treatment, the total scores of the two groups after treatment were compared, and there is significant difference between the two groups before and after treatment ( $P < 0.05$ ), and between the two groups after treatment ( $P < 0.05$ ). (7) at the end of the treatment, the percentage of serum eosinophil and basophil were detected and compared between the two groups. There is no significant difference in serum EO% between groups and within the control group, but there is significant difference in the treatment group before and after treatment. There is no significant difference in serum BAEO% between groups and within groups. (8) there were no adverse event in the two groups during the treatment showing relative safety of the program.

**Conclusion:** Treating salty mucous type chronic eczema with fire needle combined with TUM therapy can effectively improve skin lesions and systemic symptoms. Its curative effect is better than that of TUM treatment group. There are no obvious adverse reactions and it is laid out for clinical application.

**Key words:** fire needle, chronic eczema, salty Belgham type, curative effect observation

## 前 言

湿疹（eczema）是由内外因素共同引起的炎症性皮肤病<sup>[1]</sup>，其皮损具有对称性、反复性、多形性和易渗出倾向性等特点<sup>[2]</sup>。急性及亚急性湿疹反复发作未愈而转为慢性湿疹，表现为局部皮肤色素沉着、棕红色或灰色、表面粗糙、肥厚或结痂，个别有不同程度的苔藓样变，从而严重影响患者的生活质量<sup>[3-4]</sup>。据相关研究显示，在英国、美国等发达国家中本病在成人的患病率为2~3%左右，儿童的患病率达到15~20%左右；我国患病率约为7.5%，在近30年来，发病率逐渐升高<sup>[5-6]</sup>。关于湿疹的病因及发病机理上有多种理论，即由遗传因素、感染、神经精神因素、内分泌失调、饮食失调及环境变化等因素而引起的。目前，临床上西医对于湿疹的治疗仍以对症为主，其中系统治疗采用抗生素、糖皮质激素、免疫抑制剂及抗组胺类药物等<sup>[7]</sup>。但这些药物副反应大并药物依赖、停药易复发等问题<sup>[8]</sup>。糖皮质激素是针对该病的首选药物，对于急性发作性湿疹此类治疗方法有积极作用，但对于慢性湿疹应用此类药物的效果不是很乐观。有研究表明，慢性湿疹患者使用西药进行治疗，较易使其出现皮疹、水肿、关节痛等不良反应，甚至可能影响患者人格特征、情绪状态、生活质量等<sup>[9-12]</sup>。

湿疹在中医学中主要类属于“湿疮”之病<sup>[13]</sup>。大部分文献显示，中医学治疗慢性湿疹的临床疗效显著，复发率较低。该病在维医学统称为水疮病（湿疹），维医学认为湿疹是由各种内外环境及不良生活习惯的影响下，体内的正常体液质在“质量”和“数量”上发生异常变化，失去正常体液质的分解、成熟、物质代谢、运输、溶解、加工等功能，使异常体液质未能排除体外，沉淀在皮肤组织内，破坏局部皮肤的循环，导致体内异常体液质分泌过盛，从而引起的结构损伤性疾病。湿疹（水疮病）致病因素由蓝色胆液质、腐败血液质、咸味黏液质、异常沉液质等四种异常体液质所引起的。按辨证分型，以咸味黏液质型湿疹最为多见<sup>[14]</sup>。其发病机理是在长期内外环境及不良生活习惯的影响下，体内的正常体液质平衡失调导致体内异常黏液质分泌过盛，使局部组织血运缓慢，刺激皮下组织异常增生，缓慢局部组织吸收力、减弱捏住力，增强排泄力而在皮肤表面表现的炎症反应。

该病控制瘙痒症状是治疗的关键<sup>[15]</sup>，瘙痒导致抓挠和睡眠障碍，导致焦虑或抑郁等心理状态增加压力而加重湿疹<sup>[16]</sup>。维医学治疗该病疗效较好、较安全、不良反应少、使用方便及复发率低等特点，治疗上一般采取内外同治的综合性疗法。多名医生从事临床工作上发现对该病进行维医常规治疗后，患者的临床疗效有所提高并归纳经验提出了“湿疹维医诊疗指南”，并在临床工作上得到了认可应用。现代研究证明，针灸疗法各个医学界广泛应用，尤其是皮肤病上具有优势，且临床研究显示火针在治疗慢性湿疹的疗效确切。本研究是火针联合维医常规治疗对咸味黏液质

型慢性湿疹患者进行治疗，根据导师在临床上发现火针疗法对皮肤病的疗效较好，尤其是对银屑病、过敏性皮炎、湿疹等以瘙痒为突出的皮肤病止痒作用较为显著。火针疗法是将粗细针在火上烧红后，迅速刺上人体的皮损处和一定穴位的特殊疗法<sup>[17]</sup>。火针治疗湿疹的原理是，一方面直接刺激病灶，改善局部血液循环，促进新陈代谢，加速皮损的修复，另一方面能良好的调节体内免疫环境<sup>[18-19]</sup>。在近年的研究结果显示，在以应用火针疗法治疗慢性湿疹方面取得一定进展。现主要通过传统的常规治疗联合火针疗法治疗，观察并探讨治疗后维医证候、皮损状况、瘙痒程度及生活质量的改善情况、安全性及实验室指标的变化等情况。同时与对照组比较，评价火针联合维医常规治疗对咸味黏液质型慢性湿疹临床疗效及不良反应，从而今后更为深入研究并奠定基础，进一步明确其有效性及安全性。

## 研究内容与方法

### 1 研究内容

#### 1.1 研究对象

两组病例均来源于 2018 年 12 月至 2019 年 12 月期间自治区维吾尔医医院皮肤科住院的确诊为咸味黏液质型慢性湿疹患者，随机分为治疗组 40 例、对照组 40 例。

#### 1.2 诊断标准

##### 1.2.1 西医诊断标准

慢性湿疹西医诊断标准参照《皮肤性病学》2013，张学军主编，第 8 版，人民卫生出版社。

- a. 皮损增厚、浸润、色素沉着，多形性、表面粗糙，苔藓样变；
- b. 好发于手足及四肢屈侧部位，皮损呈对称性；
- c. 病程不规则，常反复发作；
- d. 剧烈瘙痒。

##### 1.2.2 维医证候诊断标准

参照 2008 年出版的《湿疹维医诊疗指南》。

#### 1.3 纳入标准

- a. 符合西医诊断标准的慢性湿疹患者；
- b. 符合维医证候诊断标准的咸味黏液质型湿疹患者；
- c. 年龄在 18~65 岁的患者人群，性别不限；
- d. 病程 6 月及以上患者；
- e. 同意签署知情同意书的患者。

#### 1.4 排除标准

- a. 急性、亚急性湿疹患者；
- b. 其他证型异常体液质患者；
- c. 妊娠或哺乳期妇女，酗酒及吸毒者；
- d. 合并其他严重疾病者，如心、脑血管疾病、糖尿病、肝肾功能重度异常者及精神神经病患者等；
- e. 近两周内使用过抗组胺类药物或外用过激素类药物者；
- f. 有明显继发感染者；
- g. 外阴及肛周湿疹患者；
- h. 疤痕体质患者及易出血性疾病患者。

#### 1.5 剔除标准

- a. 研究过程中，受试者依从性差，影响疗效评价者；
- b. 治疗期间应用治疗方案外药物，而影响疗效评价者；

c. 不愿继续进行临床研究，向主管医生提出退出研究者或失访者。

## 1.6 终止标准

a. 研究中发生严重安全性问题应及时终止；

b. 研究中发现治疗效果太差，甚至无效，不具有临床价值，继续进行下去会延迟患者的有效治疗；

c. 在研究中有重大偏差，再继续下去难以评价治疗效果。

## 2 治疗方案

### 2.1 治疗方法

对照组行维医常规治疗（内服药物治疗、外用药物治疗、非药物治疗、调养及护理）。

治疗组在维医常规治疗的基础上加用火针疗法。

#### 2.1.1 内服药物治疗

材料（院内制剂）：咸味黏液质成熟剂：规格：100mL/瓶；复方菝葜蜜膏：规格：100mg/瓶；咸味黏液质清除剂：规格：100mL/瓶；复方四河地锦草蜜膏：规格：100mg/瓶；复方四河土茯苓蜜膏：规格：100mg/瓶；复方菝葜丸：规格：0.3g/丸。

成熟阶段：咸味黏液质成熟剂：100ml，一日三次，口服。

复方菝葜蜜膏：10g，一日三次，口服。

清除阶段：咸味黏液质清除剂：50ml，一日三次，口服。

专用药物阶段：复方四河地锦草蜜膏：10g，一日三次，口服。

复方四河土茯苓蜜膏：10g，一日三次，口服。

复方菝葜丸：5-7片，一日三次，口服。

#### 2.1.2 外用药物治疗

洗剂：外用，湿敷于患处1次/日。

地锦草露剂（新药制字 M20041585）：外用，湿敷于患处2~3次/日。

玫瑰花油（新药制字 M20041602）：外用，涂抹于患处2~3次/日。

复方骨髓软膏（院内制剂）：外用，涂抹于患处2次/日。

#### 2.1.3 非药物治疗

##### 对照组

局部红光治疗，一日一次。

##### 治疗组

（1）局部红光照射，一日一次。

（2）火针疗法，隔三天一次。

**取穴：**阿是穴。**火针（具体操作）：**首先操作者按皮损部位选用适当的火针，用碘伏棉球消毒患处，将针身烧红火焰上，迅速刺入局部皮损处，深度不超过皮损基底部，从皮损外到内，针距间隔1cm左右，直至整个皮损，手法宜轻，随即出针，

出针后如出血不要马上止血，让其自然流出少许血液后用干棉球按压止血，点刺深度为5~7mm。然后取配穴常规消毒，用火针垂直点刺15—20mm。

**注意事项：**部分患者对火针可能存在恐惧心理，操作前应做好心理指导；注意用火安全，避免烧伤；火针后一般不需要特殊处理，避免搔抓及24小时内沾水。如出现晕针、出血、折针、感染等意外情况时，应采取相关处理措施。

## 2.2 治疗顺序

第一阶段服用成熟剂：同时进行局部红光照射并服用复方菝葜蜜膏。

第二阶段服用清除剂：此阶段停止其他口服药物，妇女患者经期停用。

第三阶段同时服用专用药，外用药物治疗及其他疗法。

总疗程：20±3天为一个疗程。

## 2.3 调养及护理

劳逸适度，养成良好的生活习惯，格外注意个人卫生；避免感冒及搔抓皮损；饮食宜清淡、易消化、低蛋白性食物。避免烟酒、浓茶、咖啡和鱼、马肠子、辣椒等加重病情的饮料和食物。给予相应的心理疏导和支持，提高患者对湿疹的知识或治疗，避免精神压力。

## 3 观察内容

观察内容包括患者基本资料，安全性指标，疗效性观测指标及临床试验中的不良反应等情况。

### 3.1 一般记录项

患者姓名、出生日期、民族、就诊日期、联系电话、住院号、住院天数。

### 3.2 基本资料

性别、年龄、职业、婚姻状况、病程、发病部位。

### 3.3 安全性观察指标

(1) 生命体征：T,R,P,BP；

(2) 血、尿、大便常规检查；

(3) 肝功能（ALT）、肾功能（BUN、Cr）和心电图等生理指标。

### 3.4 疗效性观测指标

湿疹维医证候评分、皮损面积及严重度指数（EASI值）、瘙痒症状（自觉症状）、生活质量评分（DLQI）、嗜酸性粒细胞百分比（EOS）及嗜碱性粒细胞百分比（BASO）。

## 4 量化标准（见附件1）

### 4.1 症状分级量化指标

#### 4.1.1 湿疹面积和皮损严重度评分标准（表1）

部位	EASI 分值计算
头/颈部 [H]	$(E+D+M+L) \times \text{面积} \times 0.1$
上肢/腋外侧/手部[UL]	$(E+D+M+L) \times \text{面积} \times 0.2$
躯干/腋中/腹股沟部[T]	$(E+D+M+L) \times \text{面积} \times 0.3$
下肢/臀部/足部[LL]	$(E+D+M+L) \times \text{面积} \times 0.4$

由表 1 可知，每位湿疹患者的 EASI 计算公式如下：

$$\text{EASI} = (\text{Eh} + \text{Dh} + \text{Mh} + \text{Lh}) \times h_{\text{面积}} \times 0.1 + (\text{EuL} + \text{DuL} + \text{MuL} + \text{LuL}) \times uL_{\text{面积}} \times 0.2 + (\text{Et} + \text{Dt} + \text{Mt} + \text{Lt}) \times t_{\text{面积}} \times 0.3 + (\text{Ell} + \text{Dll} + \text{Mll} + \text{Lll}) \times ll_{\text{面积}} \times 0.4$$

**皮损面积：**无皮疹记 0 分；皮损面积<10%记 1 分；10%-19%记 2 分；20%-49%记 3 分；50%-69%记 4 分；70%-89%记 5 分；90%-100%记 6 分；部位：头颈=10%；上肢=20%；躯干=30%；下肢=40%；

**皮损严重程度：（0=无，1=轻度，2=中度，3=重度）**（1）皮疹红斑（E）：无红斑可见记 0 分；呈淡红色记 1 分；红色记 2 分；暗红色记 3 分；（2）丘疹/水肿/浸润（D）：无水肿或丘疹、浸润记 0 分；水肿或丘疹、浸润很少记 1 分；有明显的丘疹、浸润记 2 分；水肿严重记 3 分；（3）脱屑（M）：无脱皮记 0 分；有轻度表皮剥失记 1 分；有明显的表皮剥失记 2 分；有严重表皮剥失记 3 分；（4）苔癣化（L）：无苔癣化记 0 分；有轻度苔癣化记 1 分；有明显苔癣化记 2 分；有严重苔癣化记 3 分；

#### 4.1.2 瘙痒程度评分标准

（1）正常：无任何程度瘙痒。0 分；（2）轻度：偶有或不明显。1 分；（3）中度：经常有或明显，搔抓引起轻度继发皮损。2 分；（4）重度：不间断或难以忍受，搔抓引起明显继发皮损。3 分；

#### 4.1.3 皮肤病生活质量评分标准（见附件 2）

问卷评价皮肤病生活质量（Dermatology Life Quality Index）DLQI<sup>[20]</sup>由英国威尔士大学医学院 FinlayAY 和 KhanGK 教授指定。皮肤病生活质量指数采用了简单的 10 个问题组成，每个问题组成了四个答案及相应的分值。每个问题都采用了 4 级计分法（0 分=没有、1 分=轻微、2 分=严重、3 分=极其严重），对于患者生活质量的影响极其药物疗效进行评价。

DLQI 总分是每个问题评分相加而得出，最高分 30 分，最低分 0 分；

**总积分值：**EASI 积分值、瘙痒积分值和 DLQI 积分值的总和值即总积分值，两组患者治疗前和治疗后记录并计算总分，疗程结束后以尼莫地平法（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%评价疗效。

#### 4.1.4 湿疹维医证候评分标准（见附件 3）

证型判断：主症两条以上必备，次症症状百分比占 60% 以上；

计算公式：总百分比：出现症状次数/总症状次数×100%。

（治疗前总百分比-治疗后总百分比）/治疗前总百分比×100%。

#### 4.1.5 理化指标

两组患者治疗前后在本院化实验室进行血常规检查，读取嗜酸性粒细胞百分比、嗜碱性粒细胞百分比前后对比观察。

### 4.2 疗效评价标准

根据 2015 年中国中医药信息杂志发布的《维药新药治疗湿疹临床研究指导原则(草案)》。

总积分=瘙痒程度分值+皮损面积及皮损严重度分值+DLQI 分值

计算公式为：[（治疗前积分-治疗后积分）÷治疗前积分]×100%

痊愈：皮损完全消退，痒感消失，积分值减少≥95%；

显效：皮损明显消退，痒感明显减轻，95%>积分值减少≥70%；

有效：皮损有所消退，痒感有所改善，70%>积分值减少≥50%；

无效：皮损及痒感同前或加重，积分值减少不足 50%；

总有效率：（临床痊愈例数+显效例数+有效例数）/本组总病例数×100%。

## 5 统计学方法

采用均数±标准差或中位数（四分位间距）等指标进行数值变量的描述，对分类变量报告各分类频次及比例。组间差异的比较：连续性变量根据正态性及方差齐性的情况选用两独立样本 t 检验或秩和检验；二分类变量及无序多分类变量采用 $\chi^2$  检验或 Fisher 确切概率法，有序多分类变量采用秩和检验。组内差异的比较：连续性变量根据正态性及方差齐性的情况选用配对 t 检验；选取检验水准为 0.05，当  $P \leq 0.05$  时为差异有统计学意义。应用 SPSS23.0 统计软件进行分析获得结果数据。

## 结 果

### 1 基本资料

本研究纳入病例共 80 例，随机分为治疗组 40 例，对照组 40 例。治疗组脱落 1 例，治疗组患者强烈要求出院而退出试验；对照组脱落 1 例，患者家里出事要求出院；两组各脱落率 2.5%，总脱落率 5%。最终采集完成研究的治疗组 39 例，对照组 39 例。两组病例采集情况及两组患者性别、年龄、职业、婚姻状况、病程等情况见下列表。

#### 1.1 两组患者病例采集情况。（见表 2）

表2 病例采集情况

Table 2 Collection of cases

分组	入选病例 (n)	采集病例 (n)	脱落病例 (n)	脱落率 (%)
对照组	40	39	1	2.5
治疗组	40	39	1	2.5

#### 1.2 两组基本资料比较

治疗组与对照组的基本资料比较结果显示，两组性别、年龄、职业、婚姻状况、病程比较差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，两组具有可比性。（详见表 3）

表 3 两组患者基本资料比较

Table 3 Comparison of basic data between the two groups

分组	性别 (男/女)	年龄 (岁)	职业 (体/非)	婚否 (已/未)	病程 (月)
对照组	12/27	44.00±12.24	4/35	34/5	62.92±83.03
治疗组	20/19	41.56±13.28	9/30	6/33	61.15±67.91
统计值	3.391	0.842	2.308	0.106	0.103
<i>P</i> 值	0.066	0.402	0.129	0.745	0.918

#### 1.3 两组患者发病部位比较

由表 4 及图 1 可看出，湿疹患者发病部位中，上肢(治疗组 32.18%，对照组 34.83%)和下肢（治疗组 31.03%，对照组 32.58%）占的比例最多。（见表 4、图 1）

表 4 两组患者发病部位分布

Table 4 Distribution of the incidence of the two groups of patients

分组	上肢 (%)	下肢 (%)	躯干 (%)	头部 (%)	合计 (%)
对照组	31 (34.83)	29 (32.58)	15 (16.85)	14 (15.74)	89 (100)
治疗组	28 (32.18)	27 (31.03)	21 (24.14)	11 (12.65)	87 (100)
合计	59	56	36	25	176

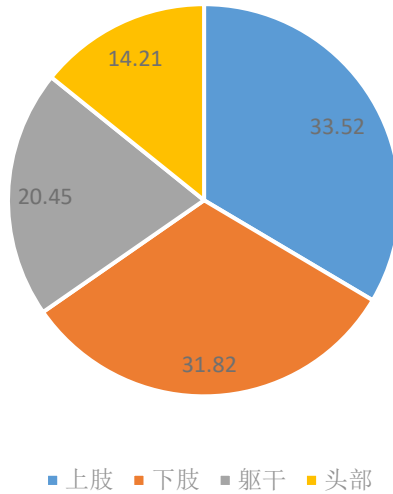


图1 两组患者发病部位分布图 (%)

Figure 1 Distribution of the incidence of the two groups of patients (%)

## 2 疗效观察

### 2.1 两组患者维医证候评分比较

组内比较: 经配对 t 检验得出, 治疗组和对照组治疗前后分别比较均 ( $P < 0.05$ ), 差异有显著性差异, 提示两组在治疗前后的维医证候均有所改善。

组间比较: 经两独立样本 t 检验得出, 治疗前和治疗后两组比较差异不具有统计学意义 ( $P = 0.341 > 0.05$ ), 提示两组在改善维医证候方面无差异。(详见表 5)

表 5 两组维医证候评分比较

Table 5 Comparison of the scores of Uyghur doctors

分组	例数	维医证候评分		组内比较		组间比较	
		治疗前	治疗后	t	P	t	P
对照组	39	62.18 ± 13.60	9.62 ± 10.52	19.580	<0.001	0.958	0.341
治疗组	39	66.35 ± 14.67	7.55 ± 8.38	22.120	<0.001		

## 2.2 两组患者 EASI 评分比较

组内比较: 经配对  $t$  检验得出, 治疗组和对照组治疗前后分别比较均 ( $P < 0.05$ ), 差异有统计学意义, 提示治疗组和对照组在治疗后 EASI 比治疗前均有所改善。

组间比较: 经两独立样本  $t$  检验得出, 治疗前两组比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗后两组比较差异有统计学意义 ( $P = 0.001 < 0.05$ ), 提示治疗组在改善 EASI 方面的疗效优于对照组。(详见表 6)

表 6 两组 EASI 评分比较

Table 6 Comparison of EASI score between the two groups

分组	例数	EASI 评分		组内比较		组间比较	
		治疗前	治疗后	t	P	t	P
对照组	39	15.18 ± 9.76	5.67 ± 4.73	8.646	<0.001	3.696	<0.001
治疗组	39	15.92 ± 9.39	2.27 ± 3.26	11.768	<0.001		

## 2.3 两组患者瘙痒评分比较

组内比较: 经配对  $t$  检验得出, 治疗组和对照组治疗前后分别比较均 ( $P < 0.05$ ), 差异有统计学意义, 提示治疗组和对照组在治疗后瘙痒程度均比治疗前有所改善。

组间比较: 经两独立样本  $t$  检验得出, 治疗前两组比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗后两组比较差异有统计学意义 ( $P = 0.001 < 0.05$ ), 提示治疗组在改善瘙痒程度方面优于对照组。(详见表 7)

表 7 两组瘙痒评分比较

Table 7 Comparison of itching scores between the two groups

分组	例数	瘙痒评分		组内比较		组间比较	
		治疗前	治疗后	t	P	t	P
对照组	39	2.49 ± 0.60	1.26 ± 0.72	14.336	<0.001	3.926	<0.001
治疗组	39	2.41 ± 0.64	0.64 ± 0.67	16.557	<0.001		

## 2.4 两组患者 DLQI 评分比较

组内比较: 采用配对  $t$  检验得出, 治疗组和对照组治疗前后分别比较均 ( $P < 0.05$ ), 差异有统计学意义, 提示治疗组黄软对照组在治疗后 DLQI 评分比治疗前均有所改善。

组间比较: 经两独立样本  $t$  检验得出, 治疗前两组比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗后两组比较差异有统计学意义 ( $P = 0.001 < 0.05$ ), 提示治疗组更好的改善 DLQI。(详见表 8)

表 8 两组 DLQI 评分比较

Table 8 Comparison of DLQI scores between the two groups

分组	例数	DLQI 评分		组内比较		组间比较	
		治疗前	治疗后	t	P	t	P
对照组	39	11.31±5.14	4.85±3.36	14.565	<0.001	4.009	<0.001
治疗组	39	12.08±5.41	2.26±2.23	13.402	<0.001		

## 2.5 两组患者总积分值比较

组内比较：经配对 t 检验得出，治疗组和对照组治疗前后分别比较均 ( $P<0.05$ )，差异有显著性差异，提示两组在治疗后的总积分值比治疗前均有降低。

组间比较：经两独立样本 t 检验得出，治疗前两组比较差异不具有统计学意义 ( $P>0.05$ )，治疗后两组比较差异有统计学意义 ( $P=0.001<0.05$ )。(详见表 9)

表 9 两组总积分值比较

Table 9 Comparison of the total points of the two groups

分组	例数	总积分评分		组内比较		组间比较	
		治疗前	治疗后	t	P	t	P
对照组	39	28.98±11.18	11.78±6.74	15.301	<0.001	4.917	<0.001
治疗组	39	30.41±10.99	5.17±4.99	18.248	<0.001		

## 2.6 两组患者血清 EOS 比较

组内比较：经配对 t 检验得出，治疗组治疗前后比较有显著性差异 ( $P<0.05$ )；对照组治疗前后比较差异无统计学意义 ( $P=0.179>0.05$ )，提示治疗组可降低血清 EOS。

组间比较：经两独立样本 t 检验得出，治疗前和治疗后两组比较差异均不具有统计学意义 ( $P>0.05$ )，提示两组间无显著差异。(详见表 10)

表 10 两组血清 EOS 比较

Table 10 Comparison of serum EOS between the two groups

分组	例数	血清 EOS		组内比较		组间比较	
		治疗前	治疗后	t	P	t	P
对照组	39	4.34±3.96	3.98±4.02	1.37	0.179	1.150	0.254
治疗组	39	4.27±2.77	3.16±1.92	4.915	<0.001		

## 2.7 两组患者血清 BASO 比较

组内比较：经配对 t 检验得出，治疗组和对照组治疗前后分别比较均差异无统计

学意义 ( $P>0.05$ )。

组间比较: 经两独立样本  $t$  检验得出, 治疗前好治疗后两组比较差异均不具有统计学意义 ( $P>0.05$ )。(详见表 11)

表 11 两组血清 BASO 比较

Table 11 Comparison of serum BASO between the two groups

分组	例数	血清 BASO		组内比较		组间比较	
		治疗前	治疗后	t	P	t	P
对照组	39	0.62±0.55	0.47±0.52	1.73	0.189	0.256	0.799
治疗组	39	0.45±0.31	0.45±0.29	-0.045	0.964		

## 2.8 两组患者治疗前后总疗效比较

由表 12 可知, 治疗后治疗组和对照组比较均有显著性差异 ( $P<0.05$ ), 说明火针疗法对湿疹患者改善皮损情况及瘙痒程度、提高生活质量等方面比对照组具有优势。(详见表 12)

表 12 两组总疗效比较

Table 12 Comparison of the total efficacy of the two groups

分组	无效 (%)	有效 (%)	显效 (%)	痊愈 (%)	总有效率 (%)	Z	P
对照组	4 (10.3)	13 (33.3)	18 (46.2)	4 (10.3)	89.74	-2.216	0.027
治疗组	1 (2.6)	8 (20.5)	21 (53.8)	9 (23.1)	97.44		

## 3 安全性分析

### 3.1 实验室指标观察

两组实验室指标治疗前比较 ( $P>0.05$ ), 差异无统计学意义; 治疗后比较 ( $P>0.05$ ), 差异均无统计学意义。对照组治疗前后比较所有实验室指标 ( $P>0.05$ ), 差异不具有统计学意义; 治疗组治疗前后比较所有实验室指标 ( $P>0.05$ ), 差异仍无统计学意义。(详见表 13)

表 13 两组治疗前后实验室指标比较

Table 13 Comparison of laboratory indexes between the two groups before and after treatment

变量	治疗前		治疗后	
	对照组	治疗组	对照组	治疗组
WBC	6.29±1.65	6.66±2.14	6.27±1.68	5.97±1.44
RBC	4.38(4.09,4.81)	4.61 (4.28,5.11)	4.39(4.08,4.78)	4.76(4.21,5.12)
Hb	129.0(120.0,143.0)	140.0(127.0,156.0)	127.0(118.0,141.0)	130.0(122.0,156.0)

PLT		251.00±75.96	250.51±59.86	258.13±78.78	243.95±58.88
ALT		23.33±18.74	27.28±13.97	23.13±15.63	23.71±10.29
BUN		4.60(3.26,5.80)	3.60(4.31,5.20)	4.60(3.26,5.57)	4.20(3.50,5.00)
Cr		55.0(43.90,63.60)	59.30(51.00,71.10)	53.0(45.00,65.00)	60.90(51.00,76.00)
尿蛋白	-	38 (97.44)	39 (100)	38 (97.44)	39 (100)
	+	1 (2.56)	0 (0.0)	1 (2.56)	0 (0.0)
尿红细胞	-	39 (100)	39 (100)	39 (100)	39 (100)
	+	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
尿白细胞	-	38 (97.44)	39 (100)	38 (97.44)	39 (100)
	+	1 (2.56)	0 (0.0)	1 (2.56)	0 (0.0)
大便潜血	-	39 (100)	39 (100)	39 (100)	39 (100)
	+	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
心电图	异常	5 (12.8)	5 (12.8)	7 (18)	3 (7.7)
	正常	34 (87.2)	34 (87.2)	32 (82)	36 (92.3)

注：与对照组相比\* $P < 0.05$ ；与治疗前相比 $^{\wedge}P < 0.05$ 。

### 3.2 不良事件/反应观察

本研究进行过程中两组均未见明显感染、瘙痒加重、皮损面积扩大或加重等不良反应，治疗组也未出现晕针、呕吐、恶心、折针等不良事件及反应。

## 讨 论

### 1 现代医学对湿疹的认识概述

湿疹（eczema）是一种具有渗出倾向的，由多种内外因素引起的皮肤炎症性变态反应。皮损为多形性、对称分布，通常呈大面积片状，严重者泛发于全身，病程较长，易反复发作，剧烈瘙痒为特点。好发于面、手、前臂、小腿、足等与外界环境多接触的外露部位，肘、膝部湿疹的发生率较低<sup>[21-23]</sup>。据统计该病在发达国家中成人和儿童中的发病率约为 10%和 30%，由于经济发展及外部环境急剧变动，发展中的国家内发病率有上升的趋向<sup>[24]</sup>。

湿疹根据其临床特点、病程、皮损及全身症状可分为急性、亚急性及慢性湿疹。急性湿疹皮损特点为以小丘疹、渗出、糜烂为主；亚急性湿疹的皮损特点为又有丘疱疹渗出又伴有少许鳞屑及轻度浸润；急性和亚急性湿疹反复发作，则发展为慢性湿疹。临床上慢性湿疹较多见，以明显浸润和肥厚、剧烈瘙痒为特点。慢性湿疹的病程较长，是属于顽固性湿疹，受到刺激物就急性发作，早治疗可防止病情加重<sup>[25]</sup>。湿疹主要与机体的慢性感染病灶、内分泌紊乱、血液循环障碍、神经精神因素、遗传等内部因素和生活环境、饮食习惯、接触吸入物、化妆品、化学物品等外部因素密切相关，一些物理和化学因素的刺激并精神因素均可引起或加重病情。很多学者认为<sup>[26]</sup>，湿疹的发病中免疫机制起着重要作用；慢性期湿疹患者棘细胞过度增生、角化过度，常伴有巨噬细胞、细胞因子（CK）、嗜酸性粒细胞（EOS）和肥大细胞的增多有关<sup>[27]</sup>。邓丹琪<sup>[28]</sup>的研究结果示，湿疹患者的细胞免疫功能和免疫调节功能受到影响。该病给患者带来心理和社会经济压力，治疗上常以常规治疗为基础的难以治愈的慢性病<sup>[29]</sup>。

目前西医学治疗多以抗炎、止痒为原则。根据中国湿疹诊疗指南<sup>[30]</sup>，现代医学对于湿疹的治疗概括为系统药物治疗、外用药物治疗及物理治疗。1. 系统药物治疗：目的在于抗炎、止痒，可用抗组胺药<sup>[31]</sup>（如扑尔敏、氯雷他定、西替利嗪、依巴斯汀、依匹斯汀等），镇静安定剂等，一般不宜使用糖皮质激素，有镇静作用的抗组胺药可有效地阻断“瘙痒-搔抓”的恶性循环<sup>[32]</sup>。急性期<sup>[33]</sup>可用钙剂、维生素 C、硫代硫酸钠等，有继发感染时加用抗生素。2. 外用药物治疗：急性期湿疹可用糖皮质激素霜剂，渗出者可用 3%硼酸溶液冷湿敷，渗出减少后可用糖皮质激素乳剂、糊剂，为防止及控制继发感染可加用抗生素；慢性期可选用软膏、硬膏、涂膜剂或糖皮质激素等。糖皮质激素能降低毛细血管通透性、对抗表皮细胞增生，具有抗炎、抗过敏等作用<sup>[34]</sup>。3. 物理疗法：红光治疗，紫外线照射、冷冻等。

多数湿疹患者为过敏体质，在治疗过程中常选用抗组胺或激素类药物，随着时

间的推移易发展为顽固性湿疹，不适当使用及滥用该类型药物容易引起毛细血管扩张、皮肤萎缩甚至病情复发而导致患者生活质量下降<sup>[35-37]</sup>。所以在医学界进一步挖掘副作用低、安全性较高的治疗方法是必要的。

## 1 中医学对湿疹的认识概述

### 2.1 病名及病因病机

湿疹是现代医学的病名，中医学所谓浸淫疮、旋耳疮、绣球风、弯风等均属于本病范围<sup>[38]</sup>。现代中医专家们对湿疹的认识大多认为是以体虚为本，风湿热邪为标的发病机制<sup>[39]</sup>。湿疹发病与心、脾、肺、肝密切相关，病机多因卫外不固、风邪侵袭、湿热壅于肌表，致病因素不离湿、热、风<sup>[40]</sup>。湿疹在维医学统称为“水疮病”，其发生发展与“体液质”密切相关，体液质的异常改变是其关键病机之一。即体液质是指在自然界四大物质（火、气、水、土）和人体气质的影响下，以各种营养物质为原料，通过肝脏的正常功能产生的胆液质、血液质、黏液质、沉液质等四种体液质。它们在人体的整个生命活动中，一边消耗一边不断的补充，保持体内的平衡，把人体保持于正常生理状态，反之处于病理状态。体液质分为正常体液质和异常体液质。正常体液质保持人体原有的正常状态和作用，参与人体整个生命活动，它根据自己的位置或分布、色、味、属性及作用等分为正常胆液质（属性为干热性）、正常血液质（属性为湿热性）、正常黏液质（属性为湿寒性）和正常沉液质（属性为干寒性）。

维医学认为湿疹（水疮病）致病因素有腐败血液质、蓝色胆液质、咸味黏液质、异常沉液质，其中咸味黏液质型湿疹多见于亚急性、慢性期湿疹。正常黏液质性属寒，位于全身，具有以本身的湿及成分中的营养物质，在自己的影响范围内营养机体，湿润和软化全身，当人体营养不足和脱水时，其可具有补充血液质的作用。它还有以本身流动作用，把营养物质输送到体内各个部位及把废物排出体外。黏液质本身的湿性能调节胆液质和沉液质的干性，本身的湿寒性能防止胆液质的干热性，并以本身的寒性能调节血液质和胆液质的热性。咸味黏液质是黏液质里混入低温的胆液质而形成异常黏液质，咸味黏液质属性为偏干热、味咸、色，多在引起皮肤病中起着主要作用。该病由长期内（遗传因素、精神神经因素、内分泌功能失调）和外（环境、社会、生活习惯、职业、气候、药物及化学物品、饮食等）因素的共同作用下，人体内的正常体液质在“质量”和“数量”上产生异常变化，进而引起体内异常体液质分泌过盛，在局部组织内沉淀，使局部组织血液循环缓慢，刺激皮下组织异常增生，缓慢局部组织吸收力，减慢捏住力，增强排泄力而下降局部皮肤的自然力，破坏局部皮肤完整性而重度影响人体外表、心理健康及生活质量的一种皮肤病，临床上常以红斑、丘疹、水泡、渗出、糜烂、鳞屑、结痂、瘙痒等症状为主。

## 2.2 维医学对咸味黏液质型慢性湿疹的治疗

湿疹因具有反复发作、严重影响生活质量为特点，而目前医学界上治疗依然是难题。经过多年的临床实践，维医学治疗该疾病方面形成了以规范、系统性为特点的治疗方案。治疗本病一般采用综合性疗法，即包括口服药物治疗、外用药物治疗、非药物治疗、调护及忌口等。口服药物主要是以成熟剂、清除剂及专用药物为主。药物治疗时首先对患者进行维医辨证分型，根据体液分型给予相应的成熟剂，并同时对患者进行心理引导并给予忌口治疗。嘱患者保持良好的心理状态，饮食方面以清淡、消化、高蛋白饮食为主，避免烟酒、浓茶、咖啡、马肠子、烤肉、辣椒、瓜子、哈密瓜、苹果、葡萄、鱼海鲜类、牛肉、鸡肉等辛辣及刺激性食物。本课题主要以咸味黏液质型湿疹患者进行治疗，咸味黏液质型湿疹在临床上常以成熟及清除异常体液质、消除炎症、清血通阻、润肤止痒为治疗原则进行治疗。运用常规治疗使异常体液质平衡继而恢复各脏器的功能状态，从而恢复机体自然力（免疫力）的功效，达到减少皮损、提高生活质量是治疗湿疹的目的<sup>[41]</sup>。治疗上第一阶段给予咸味黏液质成熟剂的同时给予复方菝葜蜜膏。咸味黏液质成熟剂由小茴香、青香茅、菟丝草、菊苣子、菊苣根、茴芹果、地锦草、大麦、龙胆、天山堇菜、茴香根皮、刺糖、红枣、破布木果、玫瑰花（瓣）等 15 种生药组成。方中小茴香、茴香根皮、青香茅、龙胆、菟丝草等具有成熟异常黏液质，清脑安神，散气通络，补胃除胀等作用。红枣可清血排毒，除疹止痒。破布木果生湿生热、通利二便。天山堇菜、刺糖、菊苣子、玫瑰花（瓣）开通肝阻，祛风消炎。复方菝葜蜜膏以清血消炎为主。第二阶段，机体出现咸味黏液质成熟的表现，即脉象、巩膜、舌质、舌苔、大小便、睡眠等次症恢复正常后，以清除致病体液质给予咸味黏液质清除剂，清除剂即具有较强的刺激性和兴奋性，使体液质平衡，从而恢复机体的自然力（免疫力），缓解症状而治疗湿疹。方中铁线蕨、红葡萄、茴芹果、番泻叶、罗望子、黄诃子、甘草、无花果干、玫瑰花（瓣）、刺糖、清泻山扁豆、盒果糖等 12 种生药组成。方中红葡萄性湿热，滋补全身、生血生辉、通阻软便。铁线蕨：消炎解毒、通尿通经；罗望子：清除异常胆液质的热性、清血消炎、清热补胃；黄诃子：生干生寒、清除异常胆液质、清热补脑、清热除郁、凉血；罗望子、番泻叶：开通阻塞、爽心悦志、散气止痛；刺糖：润肠通便、肥体强身。玫瑰花：润肤生辉、祛风消炎。盒果糖：生干生热、清除异常黏液质、燥湿退肿、祛寒解郁；无花果干：生湿生热、滋补消炎、爽心悦志。在这个阶段，停用其他药物治疗及外用治疗。第三阶段给予专用药物治疗，常用的药物以复方四诃地锦草蜜膏、复方四诃土茯苓蜜膏、复方菝葜丸为主。复方四诃地锦草蜜膏由地锦草、黄诃子、中亚诃子、毛诃子、余甘子（制）、番泻叶、玫瑰花（瓣）、无核葡萄干、巴旦仁油、蜂蜜等生药组成，以清血消炎、润肤止痒之功效。复方土茯苓蜜膏由土茯苓、黄诃子、毛诃子、余甘子、番泻叶等生药组成，以清血消炎之功效；复方菝葜丸祛风消炎的作用。上述维成药具有清血消炎、

润肤止痒、促进局部皮肤血液循环的作用。最后在此药物的基础上给予洗剂、地锦草露、玫瑰花油、巴旦仁油、复方骨髓软膏及红光治疗等。洗剂由薄荷，甘草，蜀葵子，蜀葵花，没食子，石榴皮，黄连，芫荽子等药物煎熬而成。方中蜀葵子、蜀葵花、芫荽子、薄荷、黄连清热消肿，甘草生湿止痒，石榴皮燥湿固涩，没食子祛腐愈伤之功效。玫瑰花油，巴旦仁油以消炎、止痒、润肤；复方骨髓软膏组方以马齿苋、牛骨髓、化石粉、玫瑰花油等药物粉碎后，与白凡士林搅拌而制备。方中马齿苋抗炎解热，玫瑰花油具有抗过敏、止痒，牛骨髓可改善皮肤血液循环、营养皮肤、润肤之功效。地锦草露清热消炎、祛风消炎之作用。红光治疗：红光治疗仪对患处进行局部照射，将仪器距离患者皮肤(20-25) cm 左右，2 次/d，每次 15min。红光治疗<sup>[42-43]</sup>可加快细胞的新陈代谢而促进创面愈合，而提高机体免疫力，其有良好的穿透力，引起组织的血管扩张而加快血流，旺盛物质代谢，固起到吸收炎症和消肿作用,此外刺激皮肤的神经末梢而达到镇静目的。维医学以药物治疗、非药物治疗及特色治疗及饮食忌口疗法为一体的综合治疗方法为主。对慢性、难治性、反复发作性为特征的疾病有着特色治疗作用，值得临床上进一步发展及优化。

### 3 对火针疗法的认识及作用机制

#### 3.1 对火针的认识

火针疗法是祖国传统医学的组成部分之一，火针最早可追溯到春秋战国时期又被称为焮刺、燔针或烧针，属于温通疗法，针借火力，胜于气针，以热治寒、火郁发之，集温灸、针刺于一身。火针疗法是将针体烧红，然后刺入人体穴位或皮损部位，从而达到祛除疾病的一种针刺方法<sup>[44-45]</sup>。火针的选穴原则是<sup>[46]</sup>根据不同病症、不同部位、患者不同体质选取相应腧穴和不同规格的火针：细火针多用于面部、额部等皮肤薄嫩的部位及年老体弱、儿童等耐受力差的患者，中粗和粗火针多用于四肢躯干部皮肤丰厚、肌肉坚实处或皮肤焦化严重的部位。

火针疗法是在针刺法和直接灸法的基础上产生的一种治疗方法，是在我国应用广泛，现已广泛应用于内、外、妇、儿、骨伤、五官科等，尤其是多用于皮肤科，皮肤科 50 多种疾病上应用，各种皮损、瘙痒、疼痛、溃疡等，均以取阿是穴为主。火针疗法在治疗皮肤病的过程中，由于副作用较小，疗程短、疗效较好等优点越来越受到广泛的关注<sup>[47-49]</sup>。

#### 3.2 火针治疗慢性湿疹机制的中医学认识

目前临床上常用的不同针灸方法，在治疗慢性湿疹上取得了较大的进展。针刺部位中加“皮损处”是皮肤科的操作规范，其独特之处就在于对皮损的局部治疗，通过火针的温热之性，打开孔窍使邪气从体表腠理而解，从而达到调节脏腑、活血经气等作用<sup>[50]</sup>，临床经验表明<sup>[51]</sup>，与化学药物替代疗法相比，火针疗法所需时间更少。火针疗法治疗湿疹上通过加热的针体刺激穴位，根据火针<sup>[52-53]</sup>“开门驱邪”、“以热引

热”及温通气血、破滞化湿的原理，体内无形之风邪与有形之痰浊湿邪可被引出体外。火针具有消肿止痛、活血祛瘀，清热止痛作用之外，患者在治疗过程中既能感受到痛感又能感觉到温热刺激而分散患者注意力，能起到心理上的安慰等双重作用。火针疗法的应用范围进一步扩大到许多内外失调，而对某些病证有其显著的功效<sup>[54-55]</sup>，临床研究发现火针治疗慢性湿疹，能活血化瘀、通经活络、清热除湿、祛风除湿，从而消除肿物，适用于治疗气滞血瘀型的顽固性瘙痒症。并具有对机体损伤小、简单易行的特点<sup>[56-58]</sup>，值得在临床推广应用。

#### 4 火针治疗慢性湿疹机理的现代医学研究进展

慢性湿疹虽然在表现皮肤表面上，但是它使患者带来心理、生活上的压力和烦恼，尤其是瘙痒对患者带来的压力极大。故临床上止痒为机关重要，好多研究证明火针止痒作用显著。火针对湿疹的作用机制：（1）改善局部组织血液循环：火针提供的热量通过神经调节可促进局部微循环，加强炎症和代谢产物的吸收，而达到抗炎作用<sup>[59]</sup>。（2）激活机体的应激性反应：从火针的治病机制来看，可能引起肌纤维断裂、出血等微小组织损伤而，激活免疫反应的作用<sup>[60]</sup>。（3）调节内分泌-免疫：火针的刺激可改善 Th1 细胞及降低 Th2 细胞功能，改善患者 Th1 和 Th2 的平衡，缓解病情恶化程度<sup>[61]</sup>。侯加运<sup>[62]</sup>等用火针围刺治疗慢性湿疹，认为其机理是火针可直接刺激病灶，改善局部组织血液循环，促进局部循环和新陈代谢，从而使湿疹局部的水肿、充血、渗出明显改善，加速湿疹组织的修复。王国兴<sup>[63]</sup>用火针治疗慢性湿疹，总有效率达 90.63%。黄蜀等<sup>[64]</sup>运用火针疗法治疗慢性湿疹 35 例，治疗组总有效率 92.5%。贾海玲<sup>[65]</sup>等运用火针治疗慢性湿疹 60 例，治疗组总有效率为 93.3%，优于对照组，火针治疗慢性湿疹疗效。周小勇<sup>[66]</sup>等研究观察发现火针治疗对慢性湿疹的止痒效果、起效时间、维持时间均优于卤米松治疗。

火针疗法对慢性湿疹的作用机制不仅改善局部血液循环，而缩短治疗时间，加强局部组织免疫功能，抗血小板聚集炎症因子，阻断体内炎症因子而达到消炎止痛目的。经火针治疗后促进并提高对外周血（中性粒细胞）的吞噬功能，白细胞和血小板计数恢复到正常范围内。

#### 5 火针联合维医常规疗法治疗慢性湿疹的研究结果分析及优势

本研究为火针联合维医常规疗法治疗对咸味黏液质型慢性湿疹的疗效观察，亦在验证火针联合维医常规治疗咸味黏液质型慢性湿疹的安全性和有效性，规范火针联合维医常规疗法治疗湿疹的操作及评价方法。

根据试验纳入和排除标准，收集病例 80 例，因患者个人原因而治疗组及对照组各脱落 1 例，总脱落率 5%。本研究共采集符合纳排标准的 78 例患者，其中治疗组 39 例，男性 20 例，女性 19 例，年龄最小 19 岁，最大 64 岁，平准年龄  $41.56 \pm 13.28$  岁，从事体力劳动者 9 例，非体力劳动者 30 例，已婚 33 例，未婚 6 例，病程最短 7 月，

最长 240 月，平准病程  $61.15 \pm 67.91$  月；对照组 39 例，男性 12 例，女性 27 例，年龄最小 18 岁，最大 63 岁，平均年龄  $44.00 \pm 12.24$  岁，从事体力劳动者 4 例，非体力劳动者 35 例，已婚 43 例，未婚 5 例，病程最短 6 月，最长 372 月，平均病程  $62.92 \pm 83.03$  月。经统计学检验，两组间性别、年龄、职业、婚姻状况及病程进行比较 ( $P > 0.05$ ， $P$  值分别于 0.066, 0.402, 0.745, 0.918)，均无明显差异，具有可比性。两组患者发病部位上无显著性差异，在 78 例患者中，治疗组 28 例 (32.18%)，对照组 31 例 (34.83%) 在上肢多见，治疗组 27 (31.03%)，对照组 29 例 (32.5) 在下肢多见。此结论与赵彤<sup>[67]</sup>的文献中显示，随着年龄的增加皮肤便开始逐渐老化，到达中老年时，皮肤的屏障功能逐渐下降。慢性湿疹的病程较长，多见于中老年患者并且老年人容易受外界的刺激，以从事办公室职员占的比例最多。梅雪岭<sup>[68]</sup>等文献中证明，发病部位上四肢占的比例最多，其次是头面部、躯干部等。与本研究结果结合分析，临床上的湿疹发病部位分布情况相吻合。性别上男女比例无明显差异，但女性患者以手部、足部为多见，男性患者以肘窝、膝窝多见，这可能与男女日常生活中从事的活动和职业有关。

对于研究疗效从研究结果看出治疗组有效率 97.44%，对照组有效率 89.74%，说明治疗组（火针联合维医常规治疗）疗效优于对照组（维医常规治疗），有显著性差异。本研究结束后两组患者 EASI 值、瘙痒评分、DLQI 评分及总积分值进行比较，研究结果显示：治疗组和对照组以 EASI 值、瘙痒评分、DLQI 评分及总积分值上组内比较，均有统计学意义，说明两组治疗方法均对上述的指标有一定的治疗效果；治疗后两组比较有统计学意义，治疗组改善上述症状方面优于对照组。维医学对疾病全面分析、常规的判断，针对不同的病情，采取相应的治疗措施。维医常规治疗法对慢性，疑、难、杂疾病具有良好的治疗效果，治疗疾病上以“表根慢急”为原则，从疾病本身来说，病因是根，症状是表；从疾病的发生先后循序来讲，则原发病为根，继发病为表。一般来说，“根”代表疾病过程中占主导地位 and 主导作用；维医学认为，异常体液质是“根”，给予成熟剂而达到成熟体内异常体液质的目的；继而给予清除剂，排除体内已成熟的异常体液质；经过成熟、清除阶段后人体恢复平衡状态，即患者脉象、巩膜、舌质、舌苔、大小便、睡眠、食欲等次症改善后，在此基础上加予主要药物治疗，以加强疗效。而“表”则是疾病中，由“根”相应产生的次要地位的症状，即红斑、丘疹、结痂、苔癣、瘙痒等。火针疗法是中医古代疗法，又在现代中医学中广泛应用。火针疗法经历了数千年的发展和积淀，已形成了一套较系统的理论体系，在临床运用均具备确切的疗效。维医常规治疗法主要针对治根的基础上影响到皮肤表面，火针疗法不仅以“表”起止痒、改善皮损状况作用，而调节内部各种免疫功能及免疫环境，另一方面对患者起心理作用而加强疗效。在一般情况下，慢则治本，适用于病势缓和的疾病。慢性湿疹表症不急，

治疗采用治根为主的基础上，对症治疗为辅的综合治疗。在临床实践中，表根同治对提高疗效，缩短病程，确有实际意义。

维医证候方面比较，治疗组和对照组治疗前后分别比较均有统计学意义，说明两组均能改善维医证候；治疗前和治疗后两组比较无差异，说明火针对改善维医证候上无显著作用；维医学认为该病的发病机理主要是与体液质有关，火针疗法与体液质之间无直接相关性。两组患者入院后 3 天内及出院前 3 天内检测血常规并进行对比，研究结果显示：血清 EOS 治疗前和治疗后两组比较和对照组治疗前后比较均无统计学差异，考虑可能是样本量小及疗程不足的缘故。治疗组治疗前后比较，有显著性差异，说明维医常规治疗结合火针治疗能有效的降低血清嗜酸性粒细胞百分比。治疗组和对照组血清 BASO 进行治疗前后分别比较和治疗前和治疗后两组比较无统计学意义；这说明嗜酸性粒细胞在湿疹发病机制上无直接相关性。

两组患者用药前后进行血、尿、大便常规，肝、肾功及心电图等安全性检测，治疗前后均未见明显异常。有些指标治疗前后有变化，对照组治疗前 5 例心电图异常，治疗后 7 例出现心电图异常，1 例谷丙转氨酶（ALT）升高。治疗组治疗后 2 例 ALT 升高。治疗后两组比较、对照组治疗前后比较、治疗组治疗前后比较均无统计学意义，并未出现明显不良反应，表明维医常规治疗和火针疗法安全性较高。综上，火针联合维医常规治疗法治疗咸味黏液质型湿疹，与维医常规治疗相比，疗效更佳，具有优势。

该研究主要是对于湿疹患者维医症候、皮损状况、瘙痒程度及患者生活质量上进行了临床评价，同时对火针疗法在临床上的作用机制方面进行了进一步探索。大量的研究证明，湿疹的发病中免疫因素起着重要作用，因而治疗过程中免疫抑制剂起着重要作用。从而，火针疗法能良性调节体内免疫环境及各种免疫因素。结合导师在临床上发现火针对慢性湿疹止痒、改善皮损方面疗效显著，现主要通过维医常规治疗联合用火针疗法为提高慢性湿疹的疗效提供依据。

## 6 不足之处

1. 本研究样本含量较少，仅有 78 例，对统计分析产生一定的偏差、代表性较差。

2. 由于时间的关系，本研究仅对咸味黏液质型患者进行研究。患者出院后未进行随访，有一定的局限性和未能准确的掌握患者的疗效及复发率。

在今后本研究基础上的研究工作上应增加样本含量，进一步扩展对本研究的深度并加强远期随访，掌握远期疗效；设计阳性对照或标准对照来减少误差，确定本疗法的确切治疗效果。

## 小 结

本研究对自治区维吾尔医医院皮肤科接受治疗的慢性湿疹 78 例咸味黏液质型患者进行火针联合维医常规治疗，并通过评估皮损面积及皮损严重度、瘙痒程度、生活质量、湿疹维医证候及各相关实验室指标治疗前后的水平变化，得出了如下的结论：

（1）火针联合维医常规治疗在改善皮损面积、瘙痒状况及 DLQI 方面，优于单纯维医常规治疗；但在改善维医证候，无明显差异。

（2）火针联合维医常规治疗降低血清嗜酸性粒细胞百分比（EOS）方面，优于单纯维医常规治疗。

## 致 谢

时间如水，三年的研究生生活一转眼就快要结束了。在这三年当中我收获了很多，成长了很多。首先我要衷心感谢我的导师热孜万古丽·乌买尔主任医师，感谢她在临床学习、工作及生活中的指导和帮助！感谢维吾尔医学院的买合苏木老师、库尔班老师及各位老师们的各个方面的指导和关怀。

感谢在临床实习过程中，自治区维吾尔医医院皮肤病区的工作人员及针灸科阿不力米提医生指导我完成本课题的前期准备工作，在病人收集、数据采集、处理数据的过程中得到了各位的大力支持和帮助。

同时所有关心和帮助我完成本课题的学长及同学们在此一并表示诚挚的谢意。

衷心感谢我的父母，每一通电话、每一句关心问候，他们为我完成学业给予充分理解和支持。

## 参考文献

- [1] Guo T P , Zhao L , Lin R , et al. A clinical review of acupuncture in treating eczema in the past decade in China[J]. *European Journal of Integrative Medicine*, 2010, 2(4):217.
- [2] 王宁. 庄国康教授治疗湿疹皮炎类皮肤病临床诊疗信息采集及经验挖掘分析[D]. 北京中医药大学, 2011.
- [3] 姚亚春. 中药湿敷治疗湿疹疗效观察[J]. *护理实践与研究*, 2012, 09(17):104-105.
- [4] 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(4):600-603.
- [5] uris A, Armyra K, Christodoulou C, et al. Quality of life, anxiety, depression and obsessive-compulsive tendencies in patients with chronic hand eczema[J]. *Contact Dermatitis*, 2015, 72(6) :367—370.
- [6] 布麦丽艳·艾买江. 湿疹的维医证候分类及其常规治疗对咸味黏液质分型的临床疗效观察[D]. 新疆医科大学, 2016.
- [7] 孙晓晖. 消风散治疗风热型湿疹临床疗效观察[J]. *湖北中医药大学学报*, 2015(5):83-85.
- [8] 欧阳冷星, 方鑫楷. 毫火针配合灸法治疗慢性湿疹疗效观察[J]. *上海针灸杂志*, 2017, 36(3):316-318.
- [9] 彭勇. 对慢性湿疹患者进行中医治疗的效果研讨[J]. *当代医药论丛*, 2019, 17(02):189-190.
- [10] 李庆贤, 种树彬, 周婉云, 等. 点阵激光联合氟米松治疗慢性湿疹的临床疗效观察[J]. *河北医学*, 2018, 24(4):664-667.
- [11] Aktaş B, Coban S, Altınbaş A, et al. Eosinophilic gastroenteritis associated with allergic asthma and atopic eczema[J]. *Chin Med J(Engl)*, 2014, 127(1):192.
- [12] 唐真武, 肖国有, 黄江河, 等. 90Sr-90Y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.
- [13] 唐忠芬. 中西医结合治疗湿疹疗效观察[J]. *现代诊断与治疗*, 2016, 27(10):1797-1798.
- [14] 布麦丽艳·艾买江, 斯拉甫·艾白. 湿疹的维吾尔医治疗[J]. *中国民族医药杂志*, 2014, 20(8):28-30.
- [15] 张怡, 刘颖, 汤园园, 等. 咪唑斯汀联合超分子水杨酸对湿疹患者外周血Th1/Th2细胞功能平衡的影响[J]. *中国药业*, 2018, 27(17):72-74.
- [16] Hon K L , Kung J S C , Wang M , et al. Clinical scores of sleep loss/itch and

- antihistamine/topical corticosteroid usage for childhood eczema[J]. *British Journal of Dermatology*, 2016,175(5).
- [17] 阿力同古丽·肉孜. 69例中西医结合治疗老年湿疹患者疗效观察[J]. *中国保健营养* (下旬刊), 2012,22(1):413-414.
- [18] 杜跃健. 慢性湿疹患者生活质量影响因素及其与中医分型的关系[D]. 广州中医药大学, 2010.
- [19] 周三华. “脐周四针”治疗慢性湿疹的临床疗效观察[D]. 2016.
- [20] Finlay AY, Khan GK. *Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use*[J]. *Clinical & Experimental Dermatology*, 1994, 19(3):210.
- [21] 梅旭成, 侯凤玲. 精品肤专家软膏治疗湿疹的疗效观察[J]. *养生保健指南*, 2018,(37):265.
- [22] 苏亮, 黄芬梅, 郑超群. 吴茱萸外敷涌泉穴治疗高血压病临床研究[J]. *黑龙江医药*, 2019,32(05):1026-1028.
- [23] Ryoji T . *Clinical Characteristics, Treatments, and Prognosis of Atopic Eczema in the Elderly*[J]. *Journal of Clinical Medicine*, 2015, 4(5):979-997.
- [24] 杨志波, 段逸, 等. 湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识(2016年)[J]. *中国中西医结合皮肤性病学杂志*, 2018,17(2):89-91.
- [25] 武李莉. 300例湿疹患者的体质分型及中医证型研究[D]. 北京中医药大学, 2014.
- [26] 曹玥. 止痒汤治疗慢性湿疹临床疗效观察[D]. 成都中医药大学, 2011.
- [27] Banfield CC, Callard BE, Harper JL. *The role of cutaneous dendritic cells in the immuno-nopathogenesis of atopic dermatitis*[J]. *British J of Dermatology* 2001;144(5):940-946.
- [28] 邓丹琪, 冒长峙, 谢红, 等. 湿疹的皮肤试验及细胞免疫功能的观察[J]. *中国皮肤性病学杂志*, 1998(6):342-343.
- [29] 叶强. 自拟中药祛湿止痒方治疗湿热蕴结型慢性湿疹45例疗效观察[J]. *中国中医药科技*, 2016,23(3):316-317.
- [30] 李邻峰, 高兴华, 顾恒, 赵辨, 张建中. 湿疹诊疗指南(2011年)[J]. *中华皮肤科杂志*, 2011,44(01):5-6.
- [31] 陈秋贤. 防茄软膏治疗湿疹临床观察及实验研究[D]. 湖北中医药大学, 2014.
- [32] 张凡, 邹先彪. 解读英国2012年特应性皮炎诊疗指南[J]. *实用皮肤病学杂志*, 2013(01):29-31.
- [33] 李依纯. 刘青云医师治疗湿疹经验解析[D]. 北京中医药大学, 2013.
- [34] 肖碧环, 吴严, 孙艳, 等. 复方氟米松软膏治疗皮炎湿疹的系统评价[J]. *华西医*

- 学, 2014, 029(004):692-701.
- [35] 王丽坤,张焱. 中医药治疗湿疹的研究进展[J]. 中医研究, 2019,32(1):74-77.
- [36] 李彩彩,尹业辉,杨会生,等. 穴位自血疗法治疗慢性湿疹疗效与安全性的系统评价[J]. 中国中医基础医学杂志, 24(11):107-109+116.
- [37] 吴浩浪,陈晋广. 富血小板血浆联合中药治疗慢性湿疹的效果观察[J]. 中国当代医药, 2015,22(11):144-146.
- [38] 陈刚,陈斌. 一清胶囊联合氯雷他定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,2014,13(04):258-260.
- [39] 李依纯. 刘青云医师治疗湿疹经验解析[D]. 北京中医药大学,2013.
- [40] 杨雁歌,王玉妹,何科杰,李景,赖新生. 赖新生“通元”论治湿疹撷英[J]. 中国医药导报,2019,16(19):129-132.
- [41] 古丽米拉·卡德尔. 浅析湿疹的维吾尔医诊疗原则及用药用方[J]. 智慧健康,2019,5(35):157-158.
- [42] 马春梅,司佳薇,路霞,等. 高能红光联合药物治疗湿疹合并感染的疗效[J]. 宁夏医科大学学报, 2018, 40(09):68-70.
- [43] 刘美玲,马婷婷. 咪喹西林湿敷与红光照射对急性湿疹渗出期的治疗效果观察[J]. 辽宁医学杂志, 2016,30(5):55-56.
- [44] 喻珮,刘璐,王一战,赵洛鹏,王强强,李彬. 火针治疗热证的临床探讨[J]. 中国针灸, 2019,39(12):1357-1358.
- [45] 高俊虎,王博,田园,孟凡佳,张燕丽. 火针配合康复训练对网球肘的疗效及对炎症因子的影响[J]. 针灸临床杂志,2020,36(03):20-24.
- [46] 耿志国. 火针疗法初探[J]. 中国医疗前沿, 2010,5(04):9.
- [47] 龚旭伟. 火针疗法在皮肤病治疗中的应用[J]. 健康必读,2018,(18):36.
- [48] 沈甜,张彩荣,李忠仁. 火针的临床应用探讨[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(01):221-223.
- [49] Xing M,Yan X,Sun X,Wang S,Zhou M,Zhu B,Kuai L,Liu L,Luo Y,Li X,Li B. Fire needle therapy for moderate-severe acne: A PRISMA systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.[J]. Complementary therapies in medicine, 2019, 44:253-260.
- [50] 李超然,仇立波,张秦宏,郭玉怀,刘德柱,孙忠人. 火针疗法治疗皮肤病概况[J].山东中医杂志,2015,34(04):313-314.
- [51] 李艺濛. 中医皮肤科诊疗技术规范(火针、拔罐、放血、中药换药)的研制[D]. 2017.
- [52] Yue XY,Feng ZQ,Yu XY,Hu JM,He XJ,Shu S. Fire-needle acupuncture for upper

- limb spastic paralysis after stroke: Study protocol for a randomized controlled trial.[J]. Journal of integrative medicine, 2019, 017(003):167-172.
- [53] 焦召华, 高晖, 田苑, 等. 火针点刺联合三棱针刺络治疗慢性湿疹的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2015(06):24-28.
- [54] 刘保延. 火针[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1994:17-19.
- [55] Liu T,Zhu JP,Zhang QC. [Textual research on the fire needle and the fire needle therapy].[J]. Zhonghua yi shi za zhi (Beijing, China : 1980), 2016, 46(2):78-82.
- [56] 石庆荣, 丁谦. 火针治疗带状疱疹的临床观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(32):168-168.
- [57] 吕秀洁, 李晓洁, 莫亚峰, 等. 不同针刺疗法治疗皮肤瘙痒症的特色及研究进展[J]. 新中医, 2019, 51(12):208-211.
- [58] 王少松, 李彬. 火针围刺治疗上臂复发性韧带样纤维瘤1例[J]. 中医杂志, 2019, 60(24):2157-2158.
- [59] Luo Y, Kuai L, Song N, Ding X, Sun X, Luo Y, Ru Y, Hong S, Xing M, Zhou M, Li B, Li X. Efficacy and Safety of Fire Needle Therapy for Nodular Prurigo: A Quantitative Study.[J]. Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM, 2019, 2019:8797056.
- [60] 朱穗恒. 火针临床应用概况[J]. 针灸临床杂志(1):47-51.
- [61] Lin GH, Lin LZ, Zhang Y, Pei WY, Zeng JC, Zhao WX. [Influence of fire needle stimulation at Sihua acupoints on performance status and Th1/Th2 balance in the patients with advanced non-small cell lung cancer after chemotherapy].[J]. Zhen ci yan jiu : Acupuncture research, 2019, 44(2):136-9.
- [62] 侯加运, 易伟民, 陈柳丹. 火针围刺治疗慢性湿疹30例临床观察[J]. 中国民间疗法, 2014, 22(7):19-19.
- [63] 王国兴. 火针治疗慢性湿疹的临床疗效观察[D]. 成都中医药大学, 2011.
- [64] 黄蜀, 姚戎, 陈纯涛, 等. 火针治疗慢性湿疹的临床研究[J]. 四川中医, 2004, 022(012):86-87.
- [65] 贾海玲, 金泽. 火针治疗慢性湿疹临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2016(3):58-59.
- [66] 程杨, 周小勇, 曾宪玉, 等. 火针治疗亚急性、慢性湿疹临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(10):903-905.
- [67] 赵彤. 113名湿疹重复住院患者病例回顾性研究[D]. 辽宁中医药大学, 2018.
- [68] 梅雪岭, 王莉, 张蕊娜, 李邻峰. 特应性皮炎不同性别、年龄和发病部位聚集效应的临床研究[J]. 首都医科大学学报, 2019, 40(03):458-465.

## 附录

附件 1 慢性湿疹临床疗效观察表

临床疗效观察									
疗程部位		治疗前积分				治疗后积分			
		头部	上肢	躯干	下肢	头部	上肢	躯干	下肢
EASI 评分	皮损面积								
	红斑 (E)								
	丘疹/水肿/浸 润 (D)								
	脱屑 (M)								
	苔藓化 (L)								
	得分								
	合计								
瘙痒评分									
嗜酸性细胞百分比 (EOS)									
嗜碱性细胞百分比 (BASO)									
不良反应		<p style="text-align: center;">有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/></p> <p>如有不良反应，请详细记录发生时间、临床表现、处理经过及结果：</p>							

## 附件 2 皮肤病生活质量指数 (DLQI) 评分

	极其严重	严重	轻微	没有
1. 上 2 周内, 您是否有皮肤“瘙痒”或“疼痛”的感觉?				
2. 上 2 周内, 您是否因为皮肤问题而产生“尴尬”、“沮丧”、“难过”、“自卑”呢?				
3. 上 2 周内, 您的皮肤问题, 对您购物、打理家务造成的影响程度如何?				
4. 上 2 周内, 您的皮肤问题对您选择不同或特殊的衣服、鞋子造成的影响如何?				
5. 上 2 周内, 您的皮肤问题对您的社交、外出活动或娱乐造成的影响程度如何?				
6. 上 2 周内, 您的皮肤问题对您做体育运动造成的影响程度如何?				
7. 上 2 周内, 您的皮肤问题对您工作或者读书造成的影响程度如何?				
8. 上 2 周内, 您的皮肤问题对您和配偶或者好朋友、亲戚之间的关系造成的影响程度如何?				
9. 上 2 周内, 您的皮肤问题对您性生活造成的影响程度如何?				
10. 上 2 周内, 您的皮肤问题对您日常生活上的不便造成的影响程度如何?				
极其严重=3 分, 严重=2 分, 轻微=1 分, 无=0 分, 总分=各分项之和。				
<b>总分:</b>				

## 附件3 维医证候评分表

通过维医证候、体征、分级量化标准动态观察维医证候前后对比，（治疗前症状百分比－治疗后症状百分比）/治疗前症状百分比×100%

## 维医异常体液质分型症状表（治疗前）

分型 \ 症状	主症	次症	出现症状次数/总症状次数×100%	
咸味黏液质型	<input type="checkbox"/> 有渗出 <input type="checkbox"/> 有水泡 <input type="checkbox"/> 肥厚 <input type="checkbox"/> 苔藓化 <input type="checkbox"/> 裂痕	皮损较深结节 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 瘙痒比较严重 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 巩膜偏白发黄 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 脉宽硬慢 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	皮损肥厚 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 大便伴有偏软 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 苔黄偏白 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 小便颜色清 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
证型判断依据：主症至少两项必备，次症症状百分比至少达到 60%。				
体液质分型	正常 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 咸味黏液质型 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	评分：		

## 维医异常体液质分型症状表（治疗后）

分型 \ 症状	主症	次症	出现症状次数/总症状次数×100%	
咸味黏液质型	<input type="checkbox"/> 有渗出 <input type="checkbox"/> 有水泡 <input type="checkbox"/> 肥厚 <input type="checkbox"/> 苔藓化 <input type="checkbox"/> 裂痕	皮损较深结节 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 瘙痒比较严重 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 巩膜偏白发黄 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 脉宽硬慢 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	皮损肥厚 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 大便伴有偏软 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 苔黄偏白 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 小便颜色清 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
证型判断依据：主症至少两项必备，次症症状百分比至少达到 60%。				
体液质分型	正常 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 咸味黏液质型 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	评分：		

## 综述

# 湿疹病因研究进展

古力散·吐迪 综述

热孜万古丽·乌买尔 审校

**摘要：**湿疹（eczema）具有多形性、对称性、剧烈瘙痒特征的皮损和渗出倾向的一种迟发型炎症反应。病因复杂并不明确，反复发病，转为慢性后迁延不愈。目前研究认为，湿疹是由内外因素的共同作用下引起并加重复发率，现就中（维）西医对该病的病因机制研究进展分析研究。

**关键词：**湿疹，病因病机，研究进展

## 1 西医湿疹发病机制研究

湿疹的发病原因很复杂，西医目前尚无其病因和发病机制确切定论，多认为该病的发生主要与内和外部因素有关<sup>[1-3]</sup>。

### 1.1 内在因素

所谓内在因素在湿疹的发病中起主要作用，即包括内环境的不稳定，即慢性消化系统疾病、精神神经因素、失眠、过度劳累、内分泌功能失调及新陈代谢改变、感染和遗传因素等。

（1）慢性消化系统疾病：肠道正常菌群失调是引起湿疹的主要因素<sup>[4]</sup>。（2）精神因素：现代医学家指出不良情绪可直接刺激中枢神经，紊乱神经递质和激素水平，导致人体免疫功能失调，所以治疗调节神志与增强免疫是一律重要，二者关联紧密，讨论神志因素对湿疹的治疗有肯定价值<sup>[5]</sup>。（3）内分泌功能失调及新陈代谢改变：Stephens CJM 等指出湿疹等炎性疾患在经前可呈周期性加重，其机制可能是皮肤血供增加，机体代谢率增高而患者的耐受性却降低，导致炎症及瘙痒的加重<sup>[6]</sup>。（4）感染因素：有学者 149 例湿疹患者进行研究，发现凝固酶阳性金黄色葡萄球菌感染是湿疹恶化的主要原因<sup>[7]</sup>。（5）遗传因素：经过研究双胞胎同时患有湿疹或同时不患病的几率高达 80% 以上。即使正常人也会因角蛋白微丝基因突变造成皮肤角质层受损，从而引起过敏反应<sup>[8]</sup>，这表明遗传因素也是发病中起重要作用。

### 1.2 外在因素

外在因素包括饮食、气候、接触过敏物也可引起并加重此病。

（1）饮食及生活习惯因素：进食辛、辣、燥等食物及鱼、虾等海产品、咖啡、牛羊肉、浓茶、吸烟饮酒及熬夜等，可诱发或加重湿疹，故饮食因素在湿疹的复发中起着重要的作用<sup>[9]</sup>。（2）气候及接触物：有研究表明，空气污染物及药物、化妆品、织物、肥皂、金属装饰品、日晒、搔抓各种混合物等接触过敏物与人体皮肤接触后，

可直接或携带其他有机化合物进入体内,引起氧化应激和炎症等反应,形成皮肤损伤<sup>[10]</sup>。总之,湿疹的病因是不确定的,个体间有所差异。

## 2 中医学对湿疹病因病机的认识

### 2.1 中医学对该病的认识

“湿疹”词是该病发展至今现代医学根据其发病原因及特点所进行的一个总结。因为传统医学关于湿疹的认知有一定的局限以及自我的封闭性,并没有赋予此类疾病一个统一的病名,根据本病的特点,包括皮损的形态学描述、好发部位、发病的病因病机,与古代文献相对照,将湿疹归结归“疮”、“癣”、“风”等多个疾病当中。脾失健运,湿热内蕴,湿热外发于皮肤,肌肤失养是导致本病的主要原因<sup>[11]</sup>。中医学认为湿疹的发生或虚或实,或内或外,可根据八纲、脏腑及六淫等多种方法进行分析<sup>[12]</sup>。徐宜厚<sup>[13]</sup>认为湿疹的病因主要分为3个方面,一为风湿热外邪致病,二为脾功能失调,与心、肝、肾相关,三为饮食不节。主要分为湿热证、血热证、湿阻证、血燥证。外因责之风、湿、热、虚、瘀,强调“风湿浸淫”、“火燥血短”、“血气结聚”<sup>[14]</sup>。内因以脾虚湿盛、脾经湿热所致<sup>[15]</sup>,还由禀赋不耐,饮食不节,或过食辛辣刺激,脾胃受损,失其健运,湿热内生并心、肝、脾、肺等脏腑的功能失调<sup>[16]</sup>。

### 2.2 维医学体液理论

#### 2.2.1 四种体液质异常导致湿疹(水疮病)

(1) 腐败血液质:因毒害物质或强烈的热度影响正常体液质而导致异常体液质过盛及沉积,阻滞血液正常运行而引起的。(2) 蓝色胆液质:某些有毒物质和致病体侵入正常胆液质里而引起本病,蓝色胆液质以本身破坏的性质,影响组织器官及下降皮肤的自然力(免疫力),刺激皮肤,促进毛细血管的通透性而导致本病。(3) 咸味黏液质:在长期内外环境或不良生活习惯的影响下体内正常体液质失衡,导致体内异常黏液质分泌过盛或高热量的胆液质混入正常黏液质,使局部组织血运环缓慢,刺激皮下组织异常增生,促进毛细血管的通透性而导致该病。(4) 异常沉液质:人体内的血液质、黏液质和胆液质,因过盛的热量使正常体液质丧失正常功能,从而变浓及沉积,剧烈刺激皮肤而缓慢局部组织血液循环,促进毛细血管的通透性而引起本病。

#### 2.2.2 湿疹(水疮病)的诱因

(1) 导致本病发生的食物(如牛肉、浓茶、咖啡、酒类、调料、鱼,虾,海鲜等海洋产品),吸入物,生活环境,动物毛皮及各种化学物质(如化妆品,肥皂,合成纤维等)所诱发加重。(2) 精神因素:精神紧张,失眠,过度疲劳,情绪变化及感染病灶,新陈代谢紊乱和内分泌功能失调也引起该病。(3) 遗传因素:在某种情况下有遗传。

维医学认为,人的机体与各种外界刺激物、工作环境均密切相关为一个整体,

故人在生长发育过程中将适应特定的生存环境和饮食习性，如上述环境发生突发性改变，将导致机体机能不适应而引起体液质紊乱而发生疾病。

### 3 结语

综上所述，从维医学角度来讲，异常体液质、生物精神因素、饮食及生活方式、内分泌功能失调及遗传因素等内外因素在湿疹病的发病学上有重要意义。对于湿疹的诊治，应采取综合治疗。患者积极治疗的同时，应尽可能的分析好自己的病情活动规律，早发现病情变化有关的诱发因素是提高疗效并避免病情波动及疾病复发的一个不可忽视的重要环节之一。现代医学表明，发现一种诱因比发现一种有效的治疗方法意义重大。随着医学的快速发展，早发现、早诊断、早治疗，提高临床疗效给湿疹患者带来希望。

## 参考文献

- [1] 邱阳. 苦参胶囊对湿热蕴肤型慢性湿疹患者的血清 Th1、Th2 细胞因子的水平影响[J]. 中国民康医学,2018,30(05):80-82.
- [2] 刘业惠,张文凤. 张文凤教授治疗慢性湿疹验案 1 则[J]. 中医临床研究,2018,10(09):66-67.
- [3] 王远志,蒙秉新,谭茜. 氯雷他定联合白芍总苷对慢性湿疹患者免疫功能及细胞因子的影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2018,17(01):9-11+18.
- [4] 田小雅,柏燕军,郎娜. 从脾胃论治婴幼儿湿疹[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2018,17(05):463-465.
- [5] 王盛义,田静. 82 例湿疹中医体质与证型相关研究[J]. 实用中医内科杂志,2015,29(12):3-5.
- [6] 李超. 茵陈蒿汤合五苓散治疗湿疹的疗效及影响因素的logistic回归分析[D].北京中医药大学,2014.
- [7] 嵯风麟,赵暎,李邻峰.全国多中心皮炎湿疹患者继发感染情况及其相关因素分析[J].临床和实验医学杂志,2019,18(10):1109-1112.
- [8] 宋月文. 湿疹的病因与治疗[J]. 中国城乡企业卫生,2017,32(06):25-26.
- [9] 白美蓉,李芳,徐雅婷,刘萍,周慧,周道娟. 饮食干预对慢性湿疹患者复发率的影响[J]. 皮肤病与性病,2017,39(03):216-217.
- [10] 刘昱彤,石春蕊,董继元,光奇,骆志成,郝群,武奕. 兰州地区主要空气污染物对湿疹日门诊人次的影响[J]. 中国皮肤性病学杂志,2018,32(11):1312-1318.
- [11] 张霞. 胃肠积热及相关因素与儿童湿疹的相关性病例对照研究[D]. 北京中医药大学,2018.
- [12] 王艳超. 辰巳四物汤治疗慢性湿疹的临床研究[D]. 黑龙江中医药大学,2018.
- [13] 李姝仪. 基于数据挖掘技术探究朱仁康治疗皮炎湿疹类皮肤病临床经验研究[D]. 北京中医药大学,2018.
- [14] 伍娅欣. 电针结合艾灸治疗慢性湿疹的临床观察及其对血清 IgE 的影响[D]. 西南医科大学,2019.
- [15] 周易芬. 以补脾阳为指导用火针配合针刺治疗慢性湿疹的疗效观察[D]. 广州中医药大学,2018.
- [16] 李茜,林诗雨,李晶晶,裴文娅,张永超,林国华. 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.

## 攻读硕士学位期间发表的学术论文

- [1] 吐提姑丽·阿布都西库尔,古力散·吐迪,热孜万古丽·乌买尔. 带状疱疹后神经痛中医病因学研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘杂志, 2020,20(07):144-145.
- [2] 古力散·吐迪,吐提姑丽·阿布都西库尔,热孜万古丽·乌买尔. 湿疹中医病因研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘杂志, 2020,20(09):199-200.

## 新疆医科大学硕士研究生学位论文

## 导师评阅表

研究生姓名	古力散·吐迪	学 号	107602170399
所在学院	维吾尔医学院	导师姓名	热孜万古丽·乌买尔
专 业	民族医学	研究方向	皮肤病维医诊治
论 文 题 目	火针联合维医常规治疗对咸味黏液质型慢性湿疹的疗效观察		

## 学术评语：

古力散同学在完成本课题“火针联合维医常规治疗对咸味黏液质型慢性湿疹的疗效观察”当中，查阅大量相关文献并综合分析和亲自经历过火针治疗的全过程，逐步明确了研究方向，不断提高了本人独立思考判断和研究能力。课题针对以咸味黏液质引起的慢性湿疹患者进行了研究，探讨并观察维医常规治疗的基础上加用火针疗法对湿疹患者皮损及生活质量的影响，并对理化指标进行比较，观察疗效，为临床提供了有益的参考。以课题研究方法和论文撰写，该同学具有较清晰的思维和扎实的理论基础，能够做到理论和实践相结合，在临床研究领域内有一定的参考价值。

同意该生提交学位论文，申请论文答辩。

指导教师签字：

2020年 6月 3日