

● 针灸推拿研究 ●

# 基于“病甚取输”理论针刺联合中药治疗慢性自发性荨麻疹临床研究\*

秦悦思<sup>1</sup>, 汪丽君<sup>2</sup>, 李天星<sup>2</sup>, 杨峥茹<sup>2</sup>, 蒋莎莉<sup>1</sup>, 何艳<sup>3</sup>, 苏红<sup>1,△</sup>

(1. 成都市中西医结合医院, 四川 成都 610041; 2. 成都中医药大学, 四川 成都 610075; 3. 四川大学华西医院龙泉医院, 四川 成都 610100)

**摘要:** 目的: 基于“病甚取输”理论, 观察针刺与发病时间对应的“输穴”联合中药治疗慢性自发性荨麻疹(CSU)的临床疗效。方法: 采用多中心、随机、对照的研究方法, 将99例CSU患者分为A组(中药组)、B组(基础取穴+中药组)和C组(基础取穴+输穴+中药组), 每组各33例, 治疗周期均为4周。对三组患者进行7日荨麻疹的活动度评分(UAS7)、瘙痒模拟视觉评分(VAS)、慢性荨麻疹生活质量问卷(CU-Q2oL), 比较各组的临床疗效。结果: 治疗后, A组、B组、C组总有效率分别为63.33% (19/30)、80.00% (24/30)、90.32% (28/31), 组间差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。C组在UAS7评分、瘙痒VAS评分、CU-Q2oL评分改善方面均优于A组与B组; 治疗后, C组患者血清P物质(SP)、白介素31(IL-31)水平降低显著优于A组与B组( $P<0.05$ )。结论: 针刺与发病时间对应的“输穴”联合中药治疗CSU, 能显著缓解患者瘙痒症状, 改善患者生活质量, 可能与下调血清SP、IL-31, 调节神经-炎症-免疫相关, 该疗法临床疗效确切。

**关键词:** 慢性自发性荨麻疹; 病甚取输; 针药结合

中图分类号: R 246.7 文献标志码: A 文章编号: 1000-3649 (2023) 09-0186-06

**Study on the Clinical Efficacy for Acupuncture Combined with Traditional Chinese Medicine in the treatment of Chronic Spontaneous Urticaria Based on the Theory of “Taking Shupoints when the Disease is Aggravated” / QIN Yuesi<sup>1</sup>, WANG Lijun<sup>2</sup>, LI Tianxing<sup>3</sup>, et al// (1. Chengdu Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Chengdu Sichuan 610041, China; 2. Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan 610075, China)**

**Abstract:** Objective: To observe the clinical effect of acupuncture combined with traditional Chinese medicine on chronic spontaneous urticaria (CSU) based on the theory of “taking shupoints when the disease is aggravated”. Methods: Using a multi-center, randomized, controlled study method, 99 patients with CSU were divided into Group A (Traditional Chinese Medicine

\* 基金项目: 四川省科技厅自然科学基金青年基金(编号: 23NSFSC5347); 成都市卫健委医学科研课题(编号: 2020004)。作者简介: 秦悦思, 主治医师, 医学博士, 研究方向: 皮肤病的临床与基础研究, E-mail: 103074948@qq.com; △ 通讯作者: 苏红, 主任中医师, 研究方向: 皮肤病临床研究, E-mail: shcdmm@126.com。

[13] Marik J, Hulka J. Luteinized unruptured follicle syndrome: a subtle cause of infertility [J]. Fertil Steril, 1978, 29 (3): 270-274.

[14] Tamura H, Takasaki A, Taniguchi K, et al. Changes in blood-flow impedance of the human corpus luteum throughout the luteal phase and during early pregnancy [J]. Fertil Steril, 2008, 90 (6): 2334-2339.

[15] 朱青, 刘俊霞, 刁英, 等. 卵泡发育不良的临床分析 [J]. 中华妇产科杂志, 1998 (10): 24-26.

[16] 吴阳, 熊桀, 游卉, 等. 尤昭玲辨治未破裂卵泡黄素化综合征的临床经验摘要 [J]. 中华中医药杂志, 2019, 34 (11): 5187-5189.

[17] 夏桂成主编. 中国妇科理论与实践 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 88-89.

[18] 牛小露, 许小凤. 从心-肾-子宫轴论治未破裂卵泡黄素化综合征 [J]. 中医学报, 2021, 36 (06): 1176-1179.

[19] 曾倩, 李若薇, 魏世胤, 等. 读经典诠释杨家林教授生殖轴理论 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2015, 17 (12): 2543-2546.

[20] 黄建琴, 陈宏亮, 张婷婷, 等. 针刺联合补肾活血方治疗肾虚血瘀型排卵障碍性不孕的临床研究 [J]. 上海中医药杂志, 2022, 56 (06): 55-58.

[21] 文怡, 任爱玲, 邓琳雯. 耳穴联合温盒灸治疗肾阳虚型排卵障碍性疾病的探讨 [J]. 湖南中医杂志, 2013, 29 (02): 72-73.

[22] 李菲, 田景振, 王建筑, 等. 直肠给药系统的研究进展 [J]. 中成药, 2019, 41 (05): 1115-1118.

[23] 周春慧, 韩晓璐, 李蒙, 王增明, 李春梅, 王向涛, 郑爱萍. 基于直肠给药系统的研究和最新进展 [J]. 药学研究, 2022, 41 (02): 107-112.

[24] Macygin KMC, Kulstad E, Mokszycki RK, et al. Evaluation of the Macy Catheter: a rectal catheter for rapid medication and fluid administration [J]. Expert Rev Med Devices, 2018, 15 (6): 407-414.

[25] 曾倩, 王田平, 夏宛廷, 等. 助孕 I 号方对肾虚血瘀模型大鼠孕早期子宫内膜蜕膜化形态学的影响 [J]. 中华中医药杂志, 2018, 33 (02): 708-711.

(收稿日期 2023-01-16)

group), Group B (basic acupuncture points + Traditional Chinese Medicine group), Groups C (basic acupuncture points + shupoints + Traditional Chinese Medicine group), and 33 cases in each group, with a 4-week treatment period. Urticaria activity score over 7 days (UAS7), pruritus Visual Analogue Scale (VAS), and a chronic urticaria quality of life questionnaire (CU-Q2oL) were performed in the three groups to compare the clinical efficacy of each group. Results: After the treatment, the total effective rates of the three groups were 63.33% (19/30, group A), 80.00% (24/30, group B), and 90.32% (28/31, group C), respectively. And the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). Group C showed better improvement in UAS7 scores, pruritus VAS scores, and CU-Q2oL scores than Group A and Group B. After treatment, the levels of serum substance P (SP) and interleukin-31 (IL-31) levels were reduced in Group C patients ( $P < 0.05$ ). Conclusion: The treatment of CSU by acupuncture at "shupoints" related to the time of onset, combined with traditional Chinese medicine, could significantly relieve patients' pruritus symptoms, improve their quality of life, which may be related to down-regulate serum SP and IL-31, regulating nerve-inflammation-immunity. The clinical efficacy of this therapy is confirmed.

**Keywords:** Chronic spontaneous urticaria; Taking shupoints when the disease is aggravated; Acupuncture combined with traditional Chinese medicine

慢性自发性荨麻疹 (Chronic spontaneous urticaria, CSU) 是一种常见的瘙痒性皮肤病,肥大细胞脱颗粒是其发病的重要驱动环节,其特征为反复出现的风团和/或血管水肿<sup>[1]</sup>。CSU 属于中医“瘾疹”范畴,“风、湿”是本病的核心病机。除口服中药外,针刺治疗荨麻疹已有悠久的历史,国内外针灸病谱发现,慢性荨麻疹属于针灸治疗的优势病种,在循证等级中属 I 级针灸病谱<sup>[2]</sup>,在中医时间医学的背景下,针对瘾疹时起时消、发作具有昼夜节律的临床特点,笔者从中医文献中提炼出“病甚取输”的针刺方法,旨在客观评价针刺与发病时间对应的“输穴”联合中药文氏疏风除湿汤治疗 CSU 临床疗效,为进一步拓展中医外治的内涵,也为开展荨麻疹的时间相关科学研究及治疗提供新的思路。

## 1 资料与方法

1.1 诊断标准 西医诊断参照 EAACI/GA<sup>2</sup> LEN/EDF/WAO 荨麻疹诊疗指南 (2018 年版)<sup>[3]</sup> 及中国荨麻疹诊疗指南 (2018 版)<sup>[4]</sup>。中医诊断参考《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>。

1.2 纳入标准 符合上述诊断,年龄在 18~65 岁之间者;发病有明显时间节律,且在夜间至清晨 (7:00 PM 至次日 5:00 AM) 好发者;接受本治疗前 1 个月内未用过糖皮质激素、免疫抑制剂、生物制剂等治疗者;签署知情同意书,自愿接受并配合治疗、检查、观察者。

1.3 排除标准 合并有心脑血管、呼吸、血液等严重系统性疾病者;合并精神性疾病者;合并恶性肿瘤者;合并感染,和 (或) 合并喉头水肿等危及生命的全身症状者;怀孕或哺乳期妇女,以及近期内内生育要求的育龄女性;由明显的诱发因素导致的荨麻疹,即诱导性荨麻疹患者;过敏体质及瘢痕体质者。

1.4 一般资料 纳入 99 例于 2020 年 11 月~2021 年 11 月在成都市中西医结合医院 (60 例)、成都中医药大学附属医院 (27 例)、四川大学华西医院龙泉医院 (12 例) 就诊的 CSU 患者。采用中央随机,将上述符合条件的患者,随机分配至三个组别,分别是 A

组、B 组、C 组,每组各 33 例。本研究已通过成都市中西医结合医院伦理委员会审批 (2020 年 KT 第 052 号),患者均自愿参与并签署知情同意书。

1.5 治疗方法 A 组:予以“文氏疏风除湿汤”口服治疗,药物组成:南沙参 20g,苏叶 15g,忍冬藤 30g,炒白术 15g,茯苓 20g,紫荆皮 20g,牡丹皮 15g,龙骨 20g,合欢皮 15g,甘草 6g。用法用量:采用免煎颗粒 (各个中心中药房提供),用 100mL 开水冲服,每日 3 次,连续口服 4 周。B 组:在 A 组口服中药基础上,依据《瘾疹 (荨麻疹) 中医治疗专家共识》<sup>[6]</sup> 推荐,针刺曲池、血海、足三里、三阴交,为基础取穴方案。C 组:在 B 组的基础上,依据“病甚取输”原则,根据患者夜间发作的特定时间,选择这一时间段脏腑气血开旺之经脉上的“输穴”。具体方法:戌时 (19~21 时),取手厥阴心包经“输穴”:大陵;亥时 (21~23 时),取手少阳三焦经“输穴”:中渚;子时 (23~1 时),取足少阳胆经“输穴”:足临泣;丑时 (1~3 时),取足厥阴肝经“输穴”:太冲;寅时 (3~5 时),取手太阴肺经“输穴”:太渊。治疗方法中输穴均取双侧,定位参照中华人民共和国国家标准 (GB/T12346-2006)《腧穴名称与定位》<sup>[7]</sup>。操作方法:患者采取仰卧位,常规消毒后针刺,进针得气后行平补平泻法,提插频率 60~90 次/分;进针深度及角度:曲池穴,直刺 0.5~1 寸;血海穴,直刺 1~1.5 寸;足三里穴,直刺 1~1.5 寸;三阴交穴,直刺 1~1.5 寸;大陵穴,直刺 0.3~0.5 寸;中渚穴,直刺 0.3~0.5 寸;足临泣穴,直刺 0.5~0.8 寸;太冲穴,直刺 0.5~0.8 寸;太渊穴,避开桡动脉,直刺 0.3~0.5 寸;留针期间每隔 10 钟行针 1 次,共留针 30 分钟。每周针刺 3 次,隔日 1 次,3 次为 1 个疗程,共治疗 4 个疗程。针灸针选用华佗牌一次性无菌针灸针 (苏州医疗用品厂有限公司):规格分别为  $\phi 0.30 \text{ mm} \times 25 \text{ mm}$  及  $\phi 0.30 \text{ mm} \times 40 \text{ mm}$ 。

## 1.6 观察指标

1.6.1 疗效性指标 (1) 7 日荨麻疹活动性评分 (UAS7)<sup>[8]</sup>。对 7 日内慢性荨麻疹患者的风团数量和

瘙痒程度 2 个主要的体征和症状进行活动评分。分别用 0~3 分评定风团发作数量和瘙痒严重程度，每日评分为 0~6 分，UAS7 评分是由连续 7 日 UAS 评分相加的总和所得，最低分为 0 分，最高分为 42 分，分值越大，症状越严重。(2) 瘙痒视觉模拟评分 (VAS)，由患者在长度为 10cm 的直观模拟刻度尺上标出瘙痒轻重的位置，从而对瘙痒情况进行评价。分值越大，瘙痒程度越严重。(3) 慢性荨麻疹患者生活质量问卷 (CU-Q2oL)<sup>[9-10]</sup>。采用中文版 CU-Q2oL，问卷共包含 23 个条目，由患者自我报告过去 14 日内 CSU 对患者健康相关的生活质量的影响，使用 Likert 5 级评分法，通过对原始得分的线性变换，量表得分范围为 0~100 分，分值越高，疾病对患者影响越大。(4) UAS7 评分与 CU-Q2oL 评分的相关性分析。利用 Pearson 相关系数，度量对应时间节点 UAS7 评分与 CU-Q2oL 评分的线性相关程度。UAS7 与 CU-Q2oL 相关性越高，说明慢性荨麻疹患者症状与患者生活质量内部一致性越高，症状越重，生活质量越差。

1.6.2 实验室指标 从 B 组与 C 组中各随机选取 10 例患者，治疗前后采集外周血标本进行相关免疫指标检测。同时招募 10 例年龄、性别匹配的健康人群作为健康对照组，采用酶联免疫吸附法 (ELISA) 检测治疗前后的血清总 IgE、SP、MrgprX2、IL-31 水平，采用血液细胞分析仪检测嗜碱性粒细胞绝对值数量。

表 2 三组患者不同时间节点 UAS7 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	基线	第 1 周	第 2 周	第 3 周	第 4 周
A 组	30	29.20±5.73	27.07±5.82	25.07±7.64	21.10±5.00*	18.97±5.15**
B 组	30	29.43±5.35	27.23±4.52	23.40±3.79	20.27±4.96*	16.33±5.57**#
C 组	31	30.94±5.74	27.60±5.61	23.07±5.28	18.90±3.94***	13.90±4.46***▲

注：与基线比较，\* $P < 0.05$ ，\*\* $P < 0.01$ ，与 A 组比较，# $P < 0.05$ ，## $P < 0.01$ ，与 B 组比较，▲ $P < 0.05$

2.3 瘙痒 VAS 评分比较 三组患者分别于基线、第 1 周、第 2 周、第 3 周、第 4 周共 5 个时间节点进行瘙痒 VAS 评分，如表 3 所示。自入组第 2 周至入组第 4 周，A 组 VAS 评分较基线下降，具有统计学差

表 3 三组患者不同时间节点瘙痒 VAS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	基线	第 1 周	第 2 周	第 3 周	第 4 周
A 组	30	8.00±0.87	7.57±0.97	6.93±1.11*	6.07±1.23*	5.33±1.18*
B 组	30	8.23±0.90	7.47±1.41*	6.47±1.57*	5.83±1.42*	4.90±1.35*
C 组	31	8.23±1.22	7.47±1.17*	6.33±1.09*	5.00±1.29*	3.70±1.29***▲▲

注：与基线比较，\* $P < 0.05$ ，\*\* $P < 0.01$ ，与 A 组比较，## $P < 0.01$ ，与 B 组比较，▲▲ $P < 0.01$

2.4 CU-Q2oL 评分比较 三组患者分别于基线、第 2 周、第 4 周共 3 个时间节点进行 CU-Q2oL 评分，如表 4 所示，治疗后三组均较基线下降，具有统计学差异 ( $P < 0.05$ )。第 4 周时，与基线相比，三组评分均减少，组间差异具有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。C 组改善趋势优于 A 组，从第 4 周开始表现出统计学差异 ( $P < 0.05$ )；C 组改善趋势略优于 B 组，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

1.7 统计分析 采用 SPSS26.0 统计软件进行数据分析。计数资料以 n (%) 表示，采用  $\chi^2$  检验；计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，多样本均数间比较采用单因素方差分析，重复测量数据采用多变量检验分析。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 基线比较 因自行退出、失访等原因未完成研究的患者共 8 例 (A 组 3 例，B 组 3 例，C 组 2 例)，最终纳入统计共 91 例。三组患者在年龄、性别、病程等情况比较无差异 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。如表 1 所示。

表 1 三组患者基线比较

组别	n	性别(男/女)	年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	病程(月, $\bar{x} \pm s$ )
A 组	30	14/16	33.93±11.57	21.27±23.79
B 组	30	10/20	34.63±10.26	19.63±22.49
C 组	31	11/20	37.29±10.98	22.71±40.63

2.2 UAS7 评分比较 三组患者分别于基线、第 1 周、第 2 周、第 3 周、第 4 周共 5 个时间节点进行 UAS7 评分。如表 2 所示，在入组第 3 周时，与基线相比，三组评分均减少，组间差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；在入组第 4 周时，与基线相比，三组评分均减少，具有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。C 组改善趋势优于 A 组，从第 3 周开始表现出统计学差异 ( $P < 0.01$ )，并在第 4 周差异更加明显；C 组改善趋势优于 B 组，从第 4 周开始表现出统计学差异 ( $P < 0.05$ )。

异 ( $P < 0.05$ )；自入组 1 周至入组 4 周，B 组和 C 组 VAS 评分整体较基线下降，具有统计学差异 ( $P < 0.05$ )。C 组改善趋势优于 A 组与 B 组，均从第 4 周开始表现出统计学差异 ( $P < 0.01$ )。

表 4 三组患者不同时间节点 CU-Q2oL 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	基线	第 2 周	第 4 周
A 组	30	40.37±8.97	34.10±6.27*	31.37±7.65**
B 组	30	40.23±9.58	33.07±6.78*	28.33±8.19**
C 组	31	40.87±9.52	31.40±6.95*	25.00±7.45***

注：与基线比较，\* $P < 0.05$ ，\*\* $P < 0.01$ ，与 A 组比较，## $P < 0.01$

2.5 UAS7 评分与 CU-Q2oL 评分相关性分析 将三

组患者对应时间节点的 UAS7 评分以及 CU-Q2oL 评分进行相关性分析, Pearson 相关系数  $\gamma$  为 0.485,  $P < 0.01$ 。 $\gamma$  在 0.4~0.7 区间, 提示两者呈中等强度正相关。如表 5 所示。

表 5 UAS7 评分与 CU-Q2oL 评分相关性

	UAS7	CU-Q2oL
UAS7	1	
CU-Q2oL	0.485**	1

表 6 实验室指标比较 ( $n=10, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	血清总 IgE (KIU/L)	SP (pg/ml)	MrgprX2 (ng/ml)	IL-31 (ng/ml)	嗜碱性粒细胞绝对值
健康组	—	44.37±55.92	13.40±4.90	0.50±0.20	4.08±1.70	0.04±0.02
B 组	治疗前	149.11±113.95*	44.08±14.94**	3.25±2.74**	23.82±9.47**	0.03±0.02
	治疗后	151.74±156.86	33.04±14.82	2.36±0.90	21.75±9.21	0.03±0.01
C 组	治疗前	182.24±130.93*	56.36±22.52**	2.83±1.91**	32.22±14.24**	0.01±0.01**
	治疗后	175.082±113.55	35.71±17.28#	2.46±1.87	21.31±11.68#	0.03±0.01#

注:与健康组比较,\* $P < 0.05$ ,\*\* $P < 0.01$ ,与C组治疗前比较,# $P < 0.05$

### 3 讨论

CSU 发病机制目前还不完全清楚,但皮肤肥大细胞仍被公认为是主要效应细胞,其被异常激活和脱颗粒,释放组胺及相关炎症介质(如细胞因子等)<sup>[1]</sup>,西医治疗策略主要是针对肥大细胞的靶向治疗,包括稳定肥大细胞膜、抗 IgE 及其受体的治疗,拮抗肥大细胞信号通路活化、抗组胺及抗炎治疗等<sup>[11-12]</sup>。中医药治疗 CSU 优势突出,针刺是外治特色疗法之一。越来越多的现代研究表明针刺治疗慢性荨麻疹的机制可能与调节免疫、调节神经递质传导相关<sup>[13]</sup>。《灵枢·顺气一日分为四时》:“病时间时甚者,取之输”,意为疾病有时缓解、有时加重,当取五输穴中的“输穴”<sup>[14]</sup>。CSU 发病有明显时间节律,时作时止,故符合“病时间时甚者”范畴,以此为理论基础,提炼“病甚取输”理论用于慢性荨麻疹的针灸疗法。

“输穴”首见《灵枢·九针十二原》“所注为输”,张景岳<sup>[15]</sup>认为“注,灌注也。输,输运也。脉注于此而输于彼,其气渐盛也。”因此,针刺输穴,可畅通经气运行,符合 CSU 慢性期“邪留肌腠,气血不畅”的病机。另外,《难经·六十八难》曰:“输主体重节痛”,认为输穴对应五行属土<sup>[16]</sup>,病在脾土,脾主肌肉、四肢。慢性荨麻疹的风团从皮肤病理显示为真皮浅层水肿,此为水湿外溢于局部肌肤,不得宣散所致<sup>[17]</sup>,输穴虽主痛症,但“痒为痛之渐,痛为痒之极”,不通则为痒痛,推而广之,与慢性荨麻疹瘙痒的临床特征及病程日久、邪滞经络的病机亦相吻合。此法考虑到 CSU 夜间好发,夜间发病则针刺不便,故有别于既往按时取穴,将重心转移在发病时间上,推断出该时辰对应十二经脉上的输穴,如戌时(19~21时)加重,则取手厥阴心包经“输穴”大陵,弱化操作时间,选择非夜间而相对固定的时间进行针刺,临床操作更加便捷,也

注:\*\* $P < 0.01$

2.6 各组实验室指标比较 与健康组比较, B 组和 C 组总 IgE、MrgprX2、SP、IL-31 均升高,嗜碱性粒细胞绝对值降低,差异均存在统计学差异( $P < 0.05$ )。在总 IgE、MrgprX2 水平方面, B 组和 C 组两组治疗前后比较无统计学差异( $P > 0.05$ );在 SP、IL-31 水平方面, C 组治疗后,较前呈下降趋势( $P < 0.05$ );在嗜碱性粒细胞绝对值方面, C 组治疗后,较前呈上升趋势( $P < 0.05$ )。如表 6 所示。

增加了患者的依从性。既往研究<sup>[18-19]</sup>以“病甚取输”理论指导临床针刺仅局限于个案报道,多用于具有时间节律的疾病(如神经性疾病、过敏性疾病、疼痛性疾病)的治疗,因此本研究通过前瞻性的临床试验证实,该理论指导 CSU 临床应用疗效确切。

“文氏疏风除湿汤”全方以参苏饮、四君子汤、银花甘草汤、文氏简化消风散加减化裁而来,以南沙参、苏叶共为君药,扶正疏通腠理而祛邪。南沙参集养阴清胃、益气化痰于一体,药性温和,针对瘾疹病程日久,后期阴虚之病机可养阴以复正气。忍冬藤、茯苓、白术共为臣药,忍冬藤清热通络、疏风止痒,能宣通营卫,清透疏达,深入经络,与君药寒热并用共奏祛邪之功;苦温之白术与甘淡之茯苓相须为用,针对“脾恶湿”的生理特点,使健脾祛湿之功显著,与君药南沙参相配取“四君子”和中之意,使湿邪生化乏源,助正气渐复;紫荆皮、牡丹皮,龙骨、合欢皮共为佐药,紫荆皮活血行气,牡丹皮凉血散瘀,合欢皮疏肝解郁,配以重镇潜阳之龙骨,神自安则痒自消。甘草为使药,调和诸药,另可益气健脾、解毒。全方寒热并用,攻补兼施,共奏疏通腠理、健脾除湿、祛风止痒之功。

本研究将 UAS7 作为主要疗效指标,同时将 UAS7 的最小重要差异(MID)纳入参考, MID 被认为是具有临床意义 UAS7 分数改变的最小阈值<sup>[20]</sup>。本研究将 UAS7 评分的 MID 预估为 7~8 分,与 Mathias 等<sup>[21]</sup>研究的估计值 9.5~10.5 分相比略低。三组患者在 4 周观察期中 UAS7 均呈下降趋势,第 4 周与基线比较,三组 UAS7 评分分别减少 10.23 分、13.10 分、17.04 分,超过 MID 的预制区间,说明三组治疗均有效。随时间推移,中药联合针刺输穴在及时效果及持续疗效方面均优于单纯中药组。同时,本研究选择了 CU-Q2oL 评价 CSU 患者生活质量,相比于通用的皮肤病生活质量量表(DLQI),中文版 CU-Q2oL

针对 CU 评估更加全面,能涵盖影响生活质量严重的睡眠和心理问题;对疾病活动度的变化具有一定的敏感性,且该量表具有较强的可操作性。相关研究指出<sup>[22]</sup>,CU-Q2oL 评分一定程度上能有效反映 CSU 患者不同的疾病活动度。本研究发现 CU-Q2oL 与 UAS7 呈中等强度的正相关,症状体征与患者生活质量密切相关,症状体征轻,生活质量越好,与上述研究结果相似。

肥大细胞和嗜碱性粒细胞均能导致荨麻疹患者免疫失衡、炎症级联反应激活等共同作用参与荨麻疹的发病,这两种细胞表面均表达高亲和力 IgE 受体 FcεRI,释放组胺、SP、IL-31 等致炎因子<sup>[23-24]</sup>。重度慢性荨麻疹患者 MrgprX2 在皮肤肥大细胞上高表达,SP 可能与 IgE 介导的信号传导串扰增强过敏反应有关,即通过非组胺依赖性受体 MrgprX2 介导人类皮肤肥大细胞激活参与慢性荨麻疹发病<sup>[25-27]</sup>。IL-31 通过皮肤感觉神经元的神经敏化,将瘙痒信号传递给更高阶神经元,在诱导和维持瘙痒中发挥重要作用<sup>[28]</sup>。本研究发现 CSU 患者存在非 IgE 途径,如 MrgprX2 受体高表达,与先前研究一致<sup>[26]</sup>。输穴组可显著下调 CSU 患者血清 SP、IL-31 的表达,提高嗜碱性粒细胞绝对值,可能与调节神经-炎症-免疫相关。

综上所述,本研究发现在“病甚取输”理论指导下,采用针刺输穴联合中药治疗 CSU 疗效确定,能显著改善患者荨麻疹瘙痒症状、减少风团发作,提高患者生活质量。C 组(中药+基础取穴+输穴干预)在 UAS7 评分、瘙痒 VAS 评分、CU-Q2oL 评分等方面,下降趋势更明显,疗效更具优势。本次研究仅选取 3 家单位患者纳入研究,今后仍需扩大样本量、延长观察周期,以进一步验证结论,并探索评估更客观、更具有特异性的荨麻疹疗效评价指标。关于针刺输穴的临床内涵及作用机制有待开展基础研究进一步验证。

#### 参考文献

[1] Church M K, Kolkhir P, Metz M, *et al.* The role and relevance of mast cells in urticaria [J]. *Immunol Rev*, 2018, 282 (1): 232-247.

[2] 黎波,杜元灏,熊俊,等.皮肤病症循证等级针灸病谱研究[J].*中医杂志*,2010,51(07):616-620.

[3] Zuberbier T, Aberer W, Asero R, *et al.* The EAACI/GA<sup>2</sup> LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria [J]. *Allergy*, 2018, 73 (7): 1393-1414.

[4] 中华医学会皮肤性病学分会荨麻疹研究中心.中国荨麻疹诊疗指南(2018版)[J].*中华皮肤科杂志*,2019,52(01):1-5.

[5] 国家中医药管理局编.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:219.

[6] 瘾疹(荨麻疹)中医治疗专家共识[J].*中国中西医结合皮肤性病学杂志*,2017,16(03):274-275.

[7] Yao Q, Zhang X, Mu Y, *et al.* Bloodletting therapy for treating patients with chronic urticaria: A systematic review and meta-analysis protocol [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2019, 98 (7): e14541.

[8] Shahzad Mustafa S, Sánchez-Borges M. Chronic Urticaria: Comparisons of US, European, and Asian Guidelines [J]. *Curr Allergy Asthma Rep*, 2018, 18 (7): 36.

[9] Baiardini I, Pasquali M, Braidò F, *et al.* A new tool to evaluate the impact of chronic urticaria on quality of life: chronic urticaria quality of life questionnaire (CU-QoL) [J]. *Allergy*, 2005, 60 (8): 1073-1078.

[10] 于淼,陈玉迪,刘攀,等.中文版慢性荨麻疹生活质量问卷(CU-Q2oL)信效度验证[J].*中华皮肤科杂志*,2020,53(12):992-997.

[11] Radonjic-Hoesli S, Hofmeier K S, Micaletto S, *et al.* Urticaria and Angioedema: an Update on Classification and Pathogenesis [J]. *Clin Rev Allergy Immunol*, 2018, 54 (1): 88-101.

[12] Kolkhir P, Elich-Ali-Komi D, Metz M, *et al.* Understanding human mast cells: lesson from therapies for allergic and non-allergic diseases [J]. *Nat Rev Immunol*, 2022, 22 (5): 294-308.

[13] Carlsson C P, Wallengren J. Therapeutic and experimental therapeutic studies on acupuncture and itch: review of the literature [J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2010, 24 (9): 1013-1016.

[14] 郑佳昆,陈瑞,张慧.试论“病时间时甚者取之输”[J].*河南中医*,2019,39(11):1657-1660.

[15] (明)张介宾撰;李志庸主编.张景岳医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:1960.

[16] 于维涛,覃景春,庄礼兴.五输穴理论及其运用[J].*中医学报*,2018,33(12):2483-2485.

[17] 卢传坚,郭洁.基于发病特点探讨慢性荨麻疹的治疗法则[J].*中医杂志*,2017,58(15):1296-1298,1307.

[18] 曾伟.从“病时间时甚者,取之输”看针刺治疗时间性疾病[J].*上海针灸杂志*,2010,29(07):464-465.

[19] 陈三三,郭昉,吴彬,等.“病时间时甚者,取之输”在时间性病证中的应用[J].*山东中医杂志*,2018,37(06):445-447.

[20] Jauregui I, Gimenez-Arnau A, Bartra J, *et al.* Psychometric properties of the Spanish version of the once-daily Urticaria Activity Score (UAS) in patients with chronic spontaneous urticaria managed in clinical practice (the EVALUAS study) [J]. *Health Qual Life Outcomes*, 2019, 17 (1): 23.

[21] Mathias S D, Crosby R D, Rosén K E, *et al.* The minimal important difference for measures of urticaria disease activity: Updated findings [J]. *Allergy Asthma Proc*, 2015, 36 (5): 394-8.

[22] 孙振球,徐勇勇主编.医学统计学[M].北京:人民卫生出版社,2014:821.

[23] 谢苗苗,朱小飞.慢性自发性荨麻疹发病机制的研究进展[J].*免疫学杂志*,2023,39(04):354-360.

[24] Wang N, Wang J, Zhang Y, *et al.* Imperatorin ameliorates mast cell-mediated allergic airway inflammation by inhibiting MRGPRX2 and CamKII/ERK signaling pathway [J]. *Biochem Pharmacol*, 2021, 184: 114401.

[25] Deepak V, Komarow H D, Alblaiheh A A, *et al.* Expression of MRGPRX2 in skin mast cells of patients with maculopapular cutaneous mastocytosis [J]. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2021, 9 (10): 3841-3843. e1.

[26] Fujisawa D, Kashiwakura J, Kita H, *et al.* Expression of Mas-related gene X2 on mast cells is upregulated in the skin of patients with severe chronic urticaria [J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2014, 134 (3): 622-633. e9.

# 董氏奇穴疗法改善风痰上扰型后循环缺血性眩晕 临床疗效观察\*

刘军兵<sup>1</sup>, 邓学娟<sup>2,△</sup>, 何冠<sup>3</sup>, 陈蓉<sup>1</sup>, 任胜洪<sup>1</sup>, 仇奕<sup>1</sup>, 邓秀琴<sup>2</sup>, 李滔<sup>1</sup>, 柯绍兴<sup>1</sup>, 潘莎<sup>1</sup>

(1. 重庆市九龙坡区中医院, 重庆 400080; 2. 重庆市九龙坡区九龙社区卫生服务中心, 重庆 400081;

3. 重庆市中西医结合康复医院, 重庆 400015)

**摘要:** 目的: 客观分析后循环缺血性眩晕 (PCIV) (风痰上扰型) 患者首次运用董氏奇穴法治疗临床试验过程及疗效。方法: 随机选择 110 例双盲分为对照组和治疗组的 PCIV 风痰上扰型患者。监测患者基础疾病治疗情况, 包含调整血糖、血压、血脂、抗血小板聚集、稳定斑块等对症治疗, 同时中医个性化辨证施治指导患者饮食及运动 (八段锦) 调节防护。对照组以百会、双侧风池、双侧完骨、四神冲等穴位加普通电针治疗, 治疗组以镇静穴、正会穴、前会穴、后会穴、总枢穴、双侧支禹穴、双侧土禹穴、驹马三穴、灵骨穴、大白穴为主采取董氏针刺手法加电针治疗, 两组均治疗 14d 为一疗程。对比治疗前后经颅多普勒 (TCD) 检测 [左椎动脉血流速度 (LVA)、右椎动脉血流速度 (RVA)、椎基底动脉血流速度 (BA)、血管弹性指数 (RI)]、脑干听觉诱发电位 (BEAP) 参数变化情况, 以及两组中医眩晕症状评分、临床疗效、安全性和复发情况对比。结果: (1) 14d 治疗后, 两组经颅多普勒超声显示 Vm 在 LVA、RVA、BA 以及 RI 值较治疗前明显提高 ( $P < 0.01$ ), 治疗组中的 Vm 值提高率和 RI 值参数降低率明显优于对照组 ( $P < 0.05$ )。 (2) 两组患者 I、III、V 波的潜伏期和 I-III、III-V、I-V 波峰潜伏期指标值均较治疗前均得到改善, 客观反应脑干供血改善情况 ( $P < 0.05$ )。 (3) 治疗后, 治疗组无效率 5.6% (3/54), 对照组无效率 18.9% (10/53), 对照组无效率明显较高 ( $P < 0.05$ )。 (4) 两组治疗后, 临床症状两组较治疗前均有改善, 但治疗组中医眩晕症状积分改善更为突出 ( $P < 0.05$ )。 (5) 治疗后 3 个月随访患者的头晕目眩、恶心呕吐、耳鸣耳聋、倦怠乏力、汗出异常、发作频率与出院时对比, 评估两组患者症状复发率, 对照组复发率高于治疗组 ( $P < 0.05$ )。结论: 董氏奇穴疗法对于 PCIV 风痰上扰型患者, 可使患者脑干供血得到改善, 根本解决患者眩晕症状, 同时降低再次复发, 使患者生命安全和治疗效果得到保障, 提供临床治疗该病新思路。

**关键词:** 董氏奇穴疗法; 风痰上扰型; 后循环缺血性眩晕; 临床疗效

中图分类号: R 246.1 文献标志码: A 文章编号: 1000-3649 (2023) 09-0191-06

**Clinical Efficacy of Dong's Acupoint Therapy in Improving Wind-Phlegm Upward Disturbance Type of Posterior Circulation Ischemic Vertigo/LIU Junbing<sup>1</sup>, DENG Xuejuan<sup>2</sup>, HE Guan<sup>3</sup>, et al// (1. Jiulongpo District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 400080, China; 2. Jiulong Community Health Service Center, Jiulongpo District, Chongqing 400081, China; 3. Chongqing Combined Traditional Chinese and Western Medicine Rehabilitation Hospital, Chongqing 400015, China)**

**Abstract:** Objective: To objectively analyze the clinical trial process and draw a conclusion by using Dong's acupoint for the first time in the treatment of posterior circulation ischemic vertigo (wind-phlegm up-disturbance type). Methods: A total of 110 patients with PCIV wind-induced phlegm were randomly divided into control group and treatment group in double blind. Monitoring patients' basic disease treatment, including the adjustment of blood glucose, blood pressure, blood lipid, anti-platelet aggregation, plaque stabilization and other symptomatic treatment, and at the same time, individualized TCM syndrome differentiation treatment to guide patients diet and exercise (Baduanjin) regulation and protection. The control group was treated with Baihui, bilateral Fengchi, bilateral Wangu, and Sishenchong acupoints plus ordinary electroacupuncture, while the treatment group was treated with Dong's acupuncture method plus electroacupuncture, mainly with sedation acupoints, Zhenghui, Qianhui,

\* 基金项目: 重庆市科卫联合中医药科研项目 (编号: 2019ZY3278)。第一作者: 刘军兵, 医学学士, 中西医结合副主任医师, E-mail: 770851216@qq.com; △ 通讯作者: 邓学娟, 医学学士, 副主任医师, E-mail: 825817303@qq.com。

[27] Lyons D O, Pullen N A. Beyond IgE: Alternative Mast Cell Activation Across Different Disease States [J]. Int J Mol Sci, 2020, 21 (4).

leukin-31 Expression from Dermal Dendritic Cells to Activate Sensory Neurons and Stimulate Wound Itching [J]. Immunity, 2020, 53 (2): 371-383. e5.

[28] Xu J, Zanvit P, Hu L, et al. The Cytokine TGF- $\beta$  Induces Inter-

(收稿日期 2023-05-22)