

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2022.03.009

桂枝汤脐疗治疗慢性荨麻疹临床观察

李国香 蔡连艳

山东省青州市中医院皮肤科, 山东青州 262500

摘要 **目的** 观察桂枝汤脐疗治疗慢性荨麻疹(chronic urticaria, CU)的疗效。**方法** 选择 CU 患者 110 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 55 例。对照组给予依巴斯汀片口服,观察组在对照组基础上联合桂枝汤脐疗。治疗 4 周后,比较 2 组患者临床症状评分、血清炎症指标及临床疗效。**结果** 治疗后,2 组瘙痒程度、风团数量及直径、发作频率、持续时间等各项临床症状评分,血清 CRP、IL-4、IL-17 指标水平均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且观察组均明显低于对照组($P < 0.05$);观察组治愈率为 65.45%,明显高于对照组的 38.18%($P < 0.05$)。**结论** 桂枝汤脐疗治疗 CU 可减轻患者症状,降低血清炎症因子水平,提高治愈率。

关键词 桂枝汤;脐疗;慢性荨麻疹

中图分类号 R758.24;R275 **文献标志码** A

荨麻疹是多种因素诱发的皮肤、黏膜暂时性水肿,表现为瘙痒、风团等症状,治疗不当易反复发作。如病程超过 6 周、每周发作 2 次以上,则称为慢性荨麻疹(chronic urticaria, CU)。CU 发病机理尚不清楚,抗组胺药物治疗虽然有效,但停药后容易反复。中药汤剂治疗 CU 效果显著,但汤剂苦涩难咽且疗程较长,对患者依从性是很大的考验^[1]。因此,探寻患者容易接受的中药给药方式成为临床亟需解决的问题。鉴于此,本研究采用桂枝汤制备的脐疗粉治疗 CU,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 3 月—2020 年 11 月本院收治的 CU 患者 110 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 55 例。对照组男 20 例,女 35 例;年龄 19~65 岁,平均(36.51±4.43)岁;病程 2~25 个月,平均(10.13±2.43)个月;其中过敏体质者 6 例。观察组男 19 例,女 36 例;年龄 18~65 岁,平均(36.82±4.70)岁;病程 3~26 个月,平均(10.09±2.38)个月;其中过敏体质者 7 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本课题经本院伦理委员会审核通过(伦审 2019-03-01)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①西医诊断符合《中国荨麻疹诊疗指南(2014 版)》^[2]中 CU 诊断标准;②中医诊断符合《中

医病证诊断疗效标准》^[3]中风寒束表型的临床表现,症见风团色淡,瘙痒,遇冷则重,得暖则减,或恶风寒;舌质淡、苔白,脉浮紧;③年龄 18~65 岁;④自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准:①1 周内曾应用抗组胺药物,4 周内曾应用糖皮质激素及免疫抑制剂;②物理性荨麻疹;③严重全身性疾病;④对本研究药物成分有过敏史者;⑤脐疝及脐部皮肤损伤者;⑥妊娠、哺乳期女性;⑦依从性差,不能按疗程系统治疗者。

1.3 治疗方法

对照组给予依巴斯汀片(江苏联环药业有限公司,国药准字 H20040119)口服,10 mg/次,1 次/d。

观察组在对照组基础上联合桂枝汤脐疗。具体方法:药用桂枝、白芍、大枣各 3 g,甘草 2 g,均为颗粒剂;生姜 10 g,以杵臼捣为泥,并与上述颗粒剂调为糊状。患者取仰卧位,以脐为中心铺成直径约 3 cm 的药饼,电磁波治疗仪(TDP)照射 20 min 后用无菌敷贴覆盖,24 h 后清除脐疗粉,1 次/d,隔日治疗 1 次。2 组均治疗 4 周后评价疗效。

1.4 观察指标与疗效判定标准

临床症状评分采用欧洲荨麻疹评分标准^[4],评价内容包括瘙痒程度,风团数量、直径,发作频率,持续时间等,每项分值 0~3 分,分值越高表示症状越严重。采用酶联免疫吸附法检测患者血清炎症指标,包括 C 反应蛋白(C reactive protein, CRP)、白介素-4(interleukin-4, IL-4)、白介素-17(interleukin 17, IL-17)水平。

根据疗效指数评价 2 组临床疗效,疗效指数 = [(治疗前总积分 - 治疗后总积分)/治疗前总积分] × 100%^[5]。治愈:疗效指数 > 90%;显效:60% ≤ 疗效指数 ≤ 90%;好转:30% ≤ 疗效指数 < 60%;无效:疗效指数 < 30%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 24.0 统计学软件进行数据分析,计量资料符合正态分布以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验;计数资料以率 (%) 表示,采用 χ^2 检验;等级资

料比较采用秩和检验,经 Z 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床症状评分比较

治疗后,2 组瘙痒程度、风团数量及直径、发作频率、持续时间等各项临床症状评分均较治疗前明显降低 ($P < 0.05$),且观察组均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者临床症状评分比较 ($n=55$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	瘙痒程度	风团直径	风团数量	发作频率	持续时间
对照组	治疗前	2.41 ± 0.45	2.13 ± 0.55	2.19 ± 0.57	2.34 ± 0.77	2.39 ± 0.62
	治疗后	1.78 ± 0.31*	1.82 ± 0.41*	1.46 ± 0.40*	1.59 ± 0.41*	1.52 ± 0.39*
观察组	治疗前	2.37 ± 0.43	2.24 ± 0.51	2.21 ± 0.61	2.29 ± 0.70	2.31 ± 0.53
	治疗后	0.87 ± 0.26* [△]	1.16 ± 0.25* [△]	0.84 ± 0.26* [△]	0.89 ± 0.22* [△]	0.92 ± 0.21* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$;与对照组比较[△] $P < 0.05$

2.2 2 组血清炎症指标水平比较

治疗后,2 组 CRP、IL-4、IL-17 指标水平均较治疗前明显降低 ($P < 0.05$),且观察组上述指标均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组临床疗效比较

治疗后,观察组治愈率为 65.45%,明显高于对照组的 38.18% ($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组患者血清炎症指标水平比较 ($n=55$, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP(mg/L)	IL-4(ng/L)	IL-17(ng/L)
对照组	治疗前	13.41 ± 2.45	10.11 ± 1.53	45.29 ± 5.57
	治疗后	8.78 ± 0.61*	4.89 ± 0.83*	33.48 ± 3.41*
观察组	治疗前	13.90 ± 2.49	10.24 ± 1.62	46.21 ± 5.62
	治疗后	4.12 ± 0.56* [△]	2.26 ± 0.65* [△]	23.89 ± 2.86* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$;与对照组比较[△] $P < 0.05$

表 3 2 组患者临床疗效比较 ($n=55$, 例, %)

组别	治愈	显效	好转	无效	总有效率
对照组	21(38.18)	16(29.09)	9(16.36)	9(16.36)	46(83.64)
观察组	36(65.45) [△]	13(23.64)	2(3.64)	4(7.27)	51(92.73)

与对照组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

CU 全球患病率约 0.5%~1%,女性多于男性^[6]。目前认为,CU 发病主要与食物、药物、物理刺激、精神因素以及全身性疾病有关,发病机制包括变态反应、自身免疫反应等^[7]。研究^[8-9]发现,CU 的发病与 Th1、Th2 细胞失衡密切相关,Th2 细胞介导血清 IL-4、IL-17 等炎症因子水平升高,而炎症反应进一步刺

激肝脏合成 CRP 等相关因子。因此,血清 CRP、IL-4、IL-17 等炎症因子水平可反映人体免疫应激反应,与 CU 的发生发展密切相关;上述炎症因子水平的变化常作为评价 CU 治疗效果的参考指标。

中医学认为,CU 属“风疹”“瘾疹”等范畴,以风寒束表型居多。流行病学研究发现,72% 的 CU 多于夜间发病^[10]。其病机为患者禀赋不足,卫气不固,营血不足,夜半卫气至虚,风寒直趋营血而发瘾疹。治宜

散寒祛风、调和营卫。本研究采用桂枝汤脐疗,方中桂枝散寒祛风,白芍养血和营,取“治风先治血”之义;大枣、生姜和胃健脾,使气血化生有源;甘草味甘,以缓瘾疹起病之急,并调和诸药;诸药相伍,共达调和营卫、安正祛邪之效。药理研究证实,桂枝汤具有抗炎、消肿,抑制毛细血管渗出等功效^[11];临床荟萃分析也证实,桂枝汤治疗 CU 临床疗效明显优于抗组胺药物^[12]。可见,无论药理还是临床研究都证实口服桂枝汤治疗 CU 有效。但以桂枝汤脐疗治疗 CU,给药方式改变后是否依然有效,则鲜有文献报告。

肚脐即中医之“神阙”穴,为先天之命蒂,居任脉,通达十二经脉、五脏六腑,为中医外治常用穴位。脐部组织疏松,神经、血管丰富,经脐给药可通过穴位刺激、经络感应、药物透皮等方式,发挥经络、神经体液调节及全息胚胎效应等作用,达到调和营卫、疏通经络及调节免疫的目的,从而减轻 CU 风团、瘙痒等症状。另外 TDP 产生的高热可温通经脉,促进药物吸收。本研究结果显示,治疗后,观察组瘙痒程度、风团数量、风团直径、发作频率、持续时间等症状评分均显著低于对照组;血清 CRP、IL-4、IL-17 水平亦显著低于对照组;而治愈率明显高于对照组;提示桂枝汤脐疗治疗 CU 可减轻患者症状,降低血清炎症因子水平,提高治愈率。

综上所述,桂枝汤脐疗治疗 CU 可有效改善患者临床症状,降低炎症因子水平,这为 CU 的治疗提供了简便、高效的中医外治方案。

参 考 文 献

[1] 包美美,朱延涛,许敏华. 中医药治疗慢性荨麻疹研究进展[J]. 新中医,2020,52(6):8-10.

[2] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组. 中国荨麻疹诊疗指南(2014 版)[J]. 中华皮肤科杂志,2014,47(7):514-516.

[3] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:265.

[4] Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA² LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update[J]. Allergy, 2014, 69(7):868-887.

[5] 包宗昭,李成林. 临床诊断及疗效判断的四级加权评分法介绍[J]. 中国临床药理学与治疗学,2000,5(2):164-166.

[6] Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA² LEN task force report[J]. Allergy, 2011, 66(3):317-330.

[7] 郭中华. 慢性荨麻疹患者生活质量的评价及影响因素分析[J]. 医学综述,2016,22(4):790-791,794.

[8] Yu Q, Lin W, Zhang J, et al. The association of Th17/Treg cells expression in peripheral blood and chronic spontaneous urticaria: a protocol of systematic review and meta-analysis [J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99(36):e22014.

[9] Bracken SJ, Abraham S, MacLeod AS. Autoimmune theories of chronic spontaneous urticaria[J]. Front Immunol, 2019, 10:627.

[10] 刘佳. 急性、慢性特发性荨麻疹的流行病学研究[D]. 昆明:昆明医科大学,2015.

[11] 王宏蔚,吴智兵,杨敏,等. 桂枝汤现代药理作用研究概况[J]. 江苏中医药,2020,52(12):85-89.

[12] 陆艾阳子,周祎然,高卉,等. 桂枝汤对照抗组胺类药物治疗慢性荨麻疹疗效的系统评价[J]. 中华中医药杂志,2017,32(7):3178-3182.

(收稿日期:2021-11-04)