

# 督灸治疗风寒型慢性荨麻疹临床疗效及细胞因子的影响

李上云<sup>1</sup>

(沈阳市第七人民医院皮肤科, 沈阳, 110003)

[摘要]目的 观察督灸治疗风寒型慢性荨麻疹患者的临床效果及对细胞因子的影响。方法 选取2022年1月至2023年1月沈阳市第七人民医院皮肤科门诊收治的80例风寒型慢性荨麻疹患者作为研究对象,按照随机数字表法分为西药组(40例)与中医组(40例),中医组采用督灸疗法治疗,西药组采用口服盐酸左西替利嗪片治疗,比较两组患者治疗前后的荨麻疹活动性评分(UAS)、细胞因子(IL-4、IL-18、IL-31)、临床疗效和复发率。结果 治疗2个疗程后,中医组的总有效率高于西药组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后2、4、6个月,中医组的复发率低于西药组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。中医组患者治疗后的UAS评分、细胞因子水平低于治疗前,且均低于西药组治疗后,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 督灸疗法治疗慢性荨麻疹临床疗效肯定,复发率低,减低体内细胞因子(IL-4、IL-18、IL-31)值得临床推广。

[关键词]督灸; 风寒型慢性荨麻疹; IL-4; IL-18; IL-31。

慢性荨麻疹属于皮肤变态反应性疾病,发病率达0.5%~1.0%<sup>[1-2]</sup>,以反复发作的风团伴瘙痒、伴或不伴血管性水肿为临床特征,每周发作大于2次,且病程持续6周以上。目前西医治疗慢性荨麻疹多以抗组胺药物为主,严重者可配合生物制剂、免疫抑制剂等治疗,不能解决全部问题,易致病情反复,且药物副作用及药物价格对患者造成新的困扰。近年来中医疗法治疗慢性荨麻疹取得一定成果<sup>[3]</sup>,本研究运用督灸治疗风寒型慢性荨麻疹取得良好疗效。

## 资料与方法

1.1 一般资料 选取2023年1月至2023年12月沈阳市第七人民医院皮肤科门诊收治的80例风寒证慢性荨麻疹患者作为研究对象,按照随机数字表法分为西药组和中医组,每组40例。西药组中,男15例,女25例;荨麻疹发生时间8~24周,平均 $(14.23 \pm 0.7)$ 周;年龄18~62岁,平均 $(34.8 \pm 4.6)$ 岁。中医组中,男19例,女21例;荨麻疹发生时间9~26周,平均 $(15.38 \pm 0.8)$ 周;年龄18~60岁,平均 $(32.7 \pm 3.8)$ 岁。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 入选标准

诊断标准:中医诊断符合风寒型荨麻疹<sup>[4]</sup>。发病迅速,可见白色风团,遇冷后病情加重,常发生于冬季,舌苔薄白、脉浮紧。慢性荨麻疹诊断标准参照《中国荨麻疹诊疗指南(2018版)》<sup>[5]</sup>制定标准,即自发性风团和(或)血管性水肿,每天发作或间歇发作,持续时间大于6周。

纳入标准:①中医辨证为风寒型并符合慢性荨麻疹诊断标准;②性别不限,年龄18~65岁;③入组前1个月未使用免疫抑制剂或激素类药物,1周内未使用抗组胺药物;④试验受试患者知情并自愿签署知情同意书。

排除标准:①哺乳期妇女、妊娠期妇女;②有传染性疾病、合并严重心脑血管疾病及其他皮肤病患者;③合并严重肝、肾等器官功能不全及其他免疫相关疾病;④入组前1月内接受免疫抑制剂或激素类药物治疗、1周内接受抗组胺药物治疗的患者。

<sup>1</sup> 李上云,沈阳市第七人民医院,110003,15502449021,lishangyun1973@126.com

1.3 方法 西药组口服盐酸左西替利嗪片（重庆华邦制药有限责任公司，15片，5mg/片）每次5mg，每日一次。30d为一疗程，共服用2个疗程。中医组患者接受督灸治疗联合。（1）督灸。①督灸药粉：荆芥、防风、肉桂、吴茱萸、白芷、羌活、姜黄、地肤子、徐长卿、白鲜皮等中药按比例配伍超微粉碎备用。②姜泥制作：准备生姜2kg，洗净切块，用粉碎机粉碎后挤去部分姜汁，制成干湿适度的姜泥，备用。③操作方法：受试者裸背俯卧于治疗床上；用75%酒精棉球沿夹脊穴（从大椎到腰阳关）进行常规消毒，共消毒3遍。将督灸粉均匀地撒于施术部位；放置督灸架，将姜泥依次督灸架上，并按压紧实呈上窄下宽的梯形姜墙，用拇指在姜墙中央压出一凹槽；最后在姜墙上自上而下叠加放置橄榄形艾炷，将艾炷三等分，于上、中、下等分处点燃，任其自然燃灭，此为督灸一壮；如此连灸三壮。待艾炷完全燃尽后移除艾灰及姜泥，用温热的湿毛巾清洁背部残留督灸粉，督灸结束。每10天治疗一次，3次一个疗程，共治疗2个疗程。

#### 1.4 观察指标

比较两组患者治疗前后的荨麻疹活动性评分（urticaria activity score, UAS）、细胞因子水平，于治疗后评估两组的临床疗效，随访6个月观察复发情况。

①UAS评分：通过瘙痒程度和风团数目评分（0~6分）判定症状严重程度，评分越高，症状越严重<sup>[6]</sup>。②临床疗效：按照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>评估疗效。疗效指数 = (治疗前荨麻疹活动性评分 UAS 积分 - 治疗后 UAS 积分) / 治疗前 UAS 积分 × 100%。显效：疗效指数 > 60%；有效：疗效指数为 30% ~ 60%；无效：疗效指数 < 30%。总有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%。③复发率：随访期6个月，试验结束后每2个月对患者进行电话随访，患者1周内出现大于2次的风团或瘙痒发作即判定为复发，复发率 = 康复后复发例数 / 总有效例数 × 100%。④细胞因子：IL-4、IL-18、IL-31。

#### 1.5 指标测定

1.5.1 检测方法：采用 ELISA 法测定，试剂盒由美国 Molecular Devices 公司提供，其操作严格按照试剂盒使用说明进行。

1.5.2 标本的收集与处理：于清晨空腹时采集两组肘部静脉血 3 ml，置入离心管内，静置 30min 后 3000r/min 离心 10min 分离血清，随后提取血清装于 EP 管内，置入 -80℃ 环境内保存以备进行 IL-4、IL-18、IL-31 水平的检测。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析，计量资料用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，两组间比较采用 t 检验；计数资料用率表示，组间比较采用  $\chi^2$  检验，以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后 UAS 评分的比较

治疗前，两组患者的风团数量、瘙痒程度及总分比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；治疗后两组的风团数量、瘙痒程度及总分均低于治疗前，且中医组风团数量、瘙痒程度及总分均低于西药组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )（表1）。

表1 两组患者治疗前后 UAS 评分的比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	风团数量	瘙痒程度	总分
西药组 (n=40)			
治疗前	6.23 ± 1.19	6.58 ± 0.95	12.74 ± 2.11
治疗后	2.98 ± 0.85	3.17 ± 0.92	6.06 ± 0.87
t 值	6.87	7.21	10.46
p 值	<0.01	<0.01	<0.01
中医组 (n=40)			
治疗前	5.97 ± 0.89	6.24 ± 0.91	12.39 ± 1.96
治疗后	1.28 ± 0.52	2.34 ± 0.73	3.54 ± 0.62
t 值	7.872	8.963	13.975
p 值	<0.01	<0.01	<0.01
t 组间治疗后比较值	5.461	6.791	9.812
p 组间治疗后比较值	<0.01	<0.01	<0.01

## 2.2 两组患者临床疗效的比较

中医组患者的治疗总有效率高于西药组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ) (表 2)。表 2 两组患者临床疗效[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
西药组	40	11 (27.5)	15 (37.5)	14 (35)	26 (65)
中医组	40	21 (52.5)	14 (35)	5 (12.5)	35 (87.5)
$\chi^2$ 值					4.536
P 值					<0.01

## 2.3 两组患者复发情况的比较

治疗后 2、4、6 个月中医组的复发率均低于西药组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ) (表 3)。

表 3 两组患者复发情况的比较[n (%)]

组别	例数	治疗后 2 月	治疗后 4 月	治疗后 6 月
----	----	---------	---------	---------

西药组	26	8 (30.7)	18 (69.2)	21 (80.7)
中医组	35	2 (5.7)	4 (11.43)	8 (22.85)
$\chi^2$ 值		6.13	9.54	22.82
P 值		0.029	0.009	<0.001

#### 2.4 两组患者治疗前后血 IL-4、IL-18、IL-31 含量比较

两组患者的 IL-4、IL-18、IL-31 含量比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后中医组的 IL-4、IL-18、IL-31 含量均低于治疗前, 且中医组 IL-4、IL-18、IL-31 含量均低于西药组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。西药组患者治疗前后血 IL-4、IL-18、IL-31 含量比较无显著性差异 ( $P > 0.05$ ), 表明盐酸左西替利嗪对降低慢性荨麻疹患者血 IL-4、IL-18、IL-31 含量的作用不显著 (表 4)。

表 4 两组治疗前后患者血 IL-4、IL-18、IL-31 含量比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	IL-4(ng/L)	IL-18 (pg/mL)	IL-31 (ng/L)
西药组 (n=40)			
治疗前	182.56±62.14	72.82±38.23	30.5±3.41
治疗后	167.45±71.02	69.82±36.41	27.59±2.20#
t 值	1.29	2.81	1.67
p 值	> 0.05	> 0.05	> 0.05
中医组 (n=40)			
治疗前	178.74±56.42	71.96±37.87	28.2±2.63
治疗后	105.62±38.73	58.30±13.58	19.79±1.84
t 值	5.94	8.37	4.29
p 值	<0.05	<0.05	<0.05
t 组间治疗后比较值	4.98	7.36	9.812
p 组间治疗后比较值	<0.05	<0.05	<0.05

### 3 讨论

慢性荨麻疹发病机制复杂, 目前尚未完全明确, 认为肥大细胞活化, 释放组胺和其他促炎递质以及组胺释放因子 (histamine-releasing factor, HRF) 活化, 激活肥大细胞脱颗粒而诱发过敏反应<sup>[8]</sup>是本病发生的核心。肥大细胞脱颗粒释放组胺、蛋白酶、血小板激活因

子和细胞因子、花生四烯酸代谢物，从而引起血管舒张、血管通透性及腺体分泌增加、平滑肌收缩等，产生皮肤、黏膜、呼吸道等一系列过敏症状。本试验使用盐酸左西替利嗪片为《中国荨麻疹诊疗指南（2022版）》推荐第二代组胺H1受体阻断药，可高度选择性拮抗H1受体，能够阻滞嗜酸性粒细胞的趋化性和肥大细胞化学递质的释放，从而起到抗变态反应作用。本研究中，西药组和中医组均能有效控制慢性荨麻疹临床症状，但中医组显著优于西药组；中医组临床总有效率也高于西药组。表明督灸疗法能更有效地改善慢性荨麻疹临床症状，抑制机体过敏反应。

慢性风寒型荨麻疹主要是卫不固表、外感风寒、营卫失调而致。风寒邪气损伤卫阳，致腠理疏松，难以固密，则风寒之邪中人肌腠，搏结于皮肤之间，导致经络阻塞、气血壅滞，营卫不和，发为瘾疹。特点为遇冷病情则加重，遇热则有所缓解。清代外治大师吴师机在《理渝骈文》中指出：“外治之理，即内治之理；外治之药，即内治之药，所异者法耳。”督灸由中医传统外治疗法隔药灸创新而成，其在人体后背正中督脉大椎穴至腰俞穴施以隔药隔姜灸法，它融合经络、腧穴、中药、艾灸四方功效于一体，可以温阳气、益气血、散寒邪、强正气。督灸药粉中荆芥、防风祛风解表胜湿止痒；白鲜皮、地肤子、徐长卿祛风除湿、止痛、止痒，现代研究显示均镇静镇痛、抗变态反应等功效；肉桂、吴茱萸温中散寒理气；白芷、羌活辛温解表散寒，祛风胜湿；姜黄破血行气，其性走窜，诸药有效成分可借助艾灸热力及姜黄、生姜的辛散、走窜特性被人体吸收，由督脉行走全身经络，从而达到治疗效果。

IL-18为IL-1细胞因子家族成员，具有强大的诱生 $\gamma$ -干扰素能力。这种多效性细胞因子来源于单核/巨噬细胞、树突状细胞、角质细胞、朗格汉斯细胞和B细胞，可以激活T细胞和诱导辅助性T细胞反应。Kurt等<sup>[9]</sup>研究发现患者血清IL-18水平高于健康对照。IL-4是一种Th2型细胞因子，具有调节Th1/Th2型细胞因子平衡的作用。IL-4自身就是一种很强的诱导剂，可以刺激T细胞表达IL-4，因而IL-4可以导致已有Th1型细胞因子模式向Th2型细胞因子模式转化。Th1细胞产生的IFN- $\gamma$ 与Th2细胞产生的IL-4相互拮抗，抑制体内IgE生成，从而抑制I型变态反应的发生。L-31在瘙痒性皮肤病的重要作用已逐渐被认知，其过度表达与强烈的瘙痒行为、脱发和皮炎有关<sup>[10]</sup>。有关瘙痒性疾病肥大细胞增多症<sup>[11]</sup>的一项研究表明，高水平的IL-31与患者疾病活动性有着直接的相关性。本实验结果表明督灸可能通过降低血IL-4、IL-18、IL-31，调节细胞与体液免疫起到治疗作用。

## 参考文献

- [1]赵辩.中国临床皮肤病学[M].南京：江苏科学技术出版社，2017：783-785.
- [2]Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, et al.Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria.A GA2LEN task force report[J].Allergy, 2011, 66 (3) : 317-330.
- [3]张绍丹, 靳诗雨, 李瑞, 等.中医治疗慢性荨麻疹的进展[J].皮肤病与性病, 2023, 45 (4) : 33-36.
- [4]中华中医药学会皮肤科分会.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杂志, 2017, 16 (3) : 274-275.
- [5]中华医学会皮肤性病学会荨麻疹研究中心.中国荨麻疹诊疗指南（2018版）[J].中华皮肤科杂志, 2019, 52 (1) : 1-5.
- [6]李记泉, 刘白雪, 戴俭宇, 等.“形神共调”针法治疗慢性荨麻疹疗效观察[J].现代中西医结合杂志, 2022, 31 (23) : 3314-3317.
- [7]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京：中国医药科技出版社，2002：29.

---

[8]赵怡心, 雷霞, 黄显琼.组胺释放因子在慢性荨麻疹发病 中的作用[J].中国皮肤性病学杂志, 2023, 37 (6) : 617-619.

[9]KU R T E, AKTAS A, AKSU K, et al. Autologous serum skin test response in chronic spontaneous urticaria and respiratory diseases and its relationship with serum interleukin-18 level [J] . Arch Dermatol Res, 2011, 303(9): 643-649

[10] Dillon SR, Sprecher C, Hammond A, et al. Interleukin 31, a cytokine produced by activated T cells ,induces dermatitis in mice[J]. Nat Immunol,2004,5:752-760.

[11] Hartmann K,Wagner N,Rabenhorst A, et al. Serum IL-31 levels are increased in a subset of patients with mastocytosis and correlate with disease severity in adult patients. [J] Allergy Clin Immunol.2013,132:232-235.

中国中医药研究促进会皮肤与美容分会成立大会论文征集