

针刺加穴位放血对湿疹患者 T 淋巴细胞亚群的影响

徐佳, 谢倩 (深圳市第二人民医院针灸科, 广东 深圳 518026)

摘要:目的 观察针刺加穴位放血与西药治疗湿疹的疗效差异,并探讨针刺加穴位放血对湿疹患者血中 T 淋巴细胞亚群(CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺)的影响。**方法** 将 62 例湿疹患者按就诊顺序随机分为针刺加穴位放血组(治疗组)和西药组(对照组),治疗组按辨证分型的方法分为 3 型,采用针刺加穴位放血疗法。对照组口服西药盐酸西替利嗪。共治疗 6 周,观察 2 组患者临床疗效及治疗前后血中 T 淋巴细胞亚群水平的变化。**结果** 2 组总有效率分别为 83.9% 和 58.1%,治疗组优于对照组($P < 0.05$);治疗组治疗后 CD4⁺ 水平上升($P < 0.01$),CD8⁺ 水平下降($P < 0.01$),CD4⁺/CD8⁺ 上升($P < 0.01$),优于对照组($P < 0.01$)。**结论** 针刺加穴位放血治疗湿疹明显优于西药治疗,并能够调整患者血中 T 淋巴细胞亚群水平,恢复人体的免疫稳定。

关键词: 针刺; 穴位放血; 湿疹; T 淋巴细胞亚群

中图分类号: R245.31⁺2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-0482(2013)04-0390-03

Effects of Acupuncture and Acupoint Bloodletting on T Cell Subsets in Patients with Eczema

XU Jia, XIE Qian

(The Second People's Hospital of Shenzhen in Guangdong Province, Shenzhen, 518026, China)

ABSTRACT: OBJECTIVE To observe the differences of curative effects between acupuncture and acupoint bloodletting and western medicine and to explore the effects on T cell subsets(CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺) in patients with eczema of acupuncture and acupoint bloodletting. **METHODS** According to visiting sequence, 62 patients with eczema were randomly divided into acupuncture and acupoint bloodletting group(treatment group) and western medicine group(the control group). Treatment group was divided into three types in the method of dialectical classification with acupuncture and acupoint bloodletting therapy while control group taken Cetirizine Hydrochloride orally. After 6 weeks' treatment, the clinical curative effects of the two groups were observed. In addition, T cell subsets levels in the treatment group were tested before and after treatment. **RESULTS** The total effective rates of treatment group and control group were 83.9% and 58.1% respectively, the former being better than the latter($P < 0.05$). CD4⁺ level in treatment group increased after treatment($P < 0.01$), CD8⁺ decreased($P < 0.01$) and CD4⁺/CD8⁺ increased($P < 0.01$). **CONCLUSION** The western medicine is obviously inferior to acupuncture and acupoint bloodletting therapy which can regulate T cell subsets levels in eczema patients' blood and help recover the immune stability of human body.

KEY WORDS: acupuncture; acupoint bloodletting; T cell subsets

湿疹是一种常见病、多发病。笔者将 62 例湿疹患者按就诊顺序随机分为针刺加穴位放血组(治疗组 31 例)和西药组(对照组 31 例),观察临床疗效,并研究其 T 淋巴细胞亚群(CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺)的数值变化,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

62 例患者来自 2009 年 7 月至 2012 年 8 月本院针灸科及皮肤科门诊。按照随机数字表法分为治

疗组及对照组。治疗组 31 例,其中男 16 例,女 15 例;年龄最大 53 岁,最小 18 岁;病程最长 5 a,最短 3 个月。对照组 31 例,其中男 18 例,女 13 例;年龄最小 19 岁,最大 58 岁;病程最长 6 a,最短 4 个月。2 组一般资料比较差别无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择标准

1.2.1 中医诊断标准

根据 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病

证诊断疗效标准》^[1]中有关湿疹的诊断标准:①常反复发作,时重时轻,有阵发性瘙痒;②皮损境界清楚,有肥厚浸润,表面粗糙或呈苔藓样变,呈褐红或褐色,常伴有丘疹痂皮、抓痕,倾向湿润变化。

1.2.2 中医辨证标准^[2]

1) 湿热内蕴证。起病急,病程短,见于急性湿疹,皮肤潮红焮热,肿胀,有丘疹、水疱及糜烂,渗出多,瘙痒明显;伴发热、口干、心烦、便秘,小便黄赤,舌红,苔黄或白,脉弦滑数。

2) 脾虚湿盛证。病程已久,多见于亚急性湿疹,皮损处红肿,水疱减轻,渗液不多,表面粗糙,有脱屑、瘙痒,伴纳呆脘闷,便溏,舌边有齿痕,苔白腻,脉滑或沉缓。

3) 血虚风燥证。病程漫长,多见于湿疹慢性期,皮损处表面干燥,肥厚粗糙,色暗,或呈苔藓样变,关节部位可有皲裂,伴有脱屑、抓痕、血痂及色素沉着,偶见有渗出和糜烂。自觉瘙痒,以夜间及情绪紧张时为甚。乏力头昏,舌淡红少苔,脉细。

1.2.3 排除标准

①不符合湿疹的诊断标准;②合并有严重的心脏病、糖尿病、肝肾功能异常;③有出血性疾病,或皮肤有出血倾向的;④孕妇及哺乳期妇女;⑤精神病患者;⑥不能配合及坚持治疗者。

2 方法

2.1 治疗方法

1) 治疗组。采用针刺及穴位放血疗法。主穴:大椎,曲池,合谷,风市,三阴交,阿是穴。配穴:湿热内蕴型:阴陵泉,陶道,肺俞;脾虚湿盛型:脾俞,胃俞;血虚风燥型:膈俞,肝俞,血海。湿热用泻法,其余用平补平泻法,1周5次。针刺治疗后,选上述主穴及配穴行三棱针点刺出血,再加拔罐,每次每穴出血量 0.5 mL,隔 3 日 1 次,每周 2 次,共 6 周。

2) 对照组。口服盐酸西替利嗪(苏州东瑞制药有限公司),每次 10 mg,每日 1 次,共 6 周。

各组患者治疗期间均忌鱼腥、虾蟹、酒类、咖啡

及辛辣等刺激食物。

2.2 检测方法

于治疗前及治疗 6 周后,各采集患者外周静脉血 2 mL 置于抗凝管中,加入 20 ng/mL 的肝素 50 μ L 抗凝。采用 EPICSXL4CLR 型流式细胞分析仪,贝克曼·库尔特试剂盒(批号:6607073)免疫标识技术测定 CD4⁺, CD8⁺ 水平。

2.3 统计学处理

采用 SPSS13.0 统计软件,计数资料采用秩和检验,计量资料采用 *t* 检验。

3 结果

3.1 疗效标准

对患者治疗前和治疗 6 周后皮损消退的程度和皮损及自觉症状的积分,进行评价和计算有效率。

$$\text{有效率} = \frac{\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}}{\text{治疗前积分}} \times 100\%$$

临床痊愈为皮损全部消退,瘙痒症状消失,疗效率达 100%;显效为皮损大部分消退,瘙痒症状明显减轻,疗效率达 70% 以上;有效率为皮损部分消退,瘙痒症状有所改善,疗效率达 30% 以上;无效为皮损消退不明显,瘙痒未见改善或反见恶化,或疗效未达有效标准。

皮损及自觉症状以积分变化计算疗效,皮损及自觉症状评分标准评价如表 1。

3.2 2 组患者治疗前后的皮损积分情况

结果见表 2。

3.3 2 组临床疗效情况对比

结果见表 3。

3.4 2 组治疗前后 T 淋巴细胞亚群指标的变化

结果见表 4。

4 讨论

湿疹的病因和发病机制尚未完全明确。一般认为是由各种内外因素相互作用导致发病。目前其免疫学发病机制日益受到重视。

表 1 皮损及自觉症状评分标准

体征、症状	0 分	1 分	2 分	3 分
红斑	无	暗红	红	鲜红
丘疹	无	少许	中等	密集多数
浸润肥厚	无	比正常皮肤稍厚	中等	浸润肥厚明显
苔藓化	无	少许	中等	苔藓化明显
瘙痒症状	无	瘙痒轻	令人烦恼但不影响工作	瘙痒难忍影响工作

表 2 2 组治疗前后皮损积分情况($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	31	12.13±2.21	4.28 ± 1.57 ^{△*}
对照组	31	11.98±2.38	6.59 ± 1.83

注:与同组治疗前比较, * * $P < 0.01$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

表 3 2 组临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率 %
治疗组	31	8	7	11	5	83.9
对照组	31	2	4	12	13	58.1

注:2 组比较, $u = 2.24, P < 0.05$ 。

表 4 2 组患者治疗前后 T 淋巴细胞亚群指标的比较情况($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	CD4 ⁺ / %	CD8 ⁺ / %	CD4 ⁺ / CD8 ⁺
治疗组	治疗前	31	21.78±3.12	33.58±6.24	0.79±0.28
	治疗后	31	28.65±4.06 ^{△*}	25.32±5.12 ^{△*}	1.28±0.31 ^{△*}
对照组	治疗前	31	20.98±2.85	34.12±5.94	0.81±0.22
	治疗后	31	21.56±2.682	32.05±3.142	0.89±0.242

注:与治疗前比较, * * $P < 0.01$;与对照组比较, $\Delta P < 0.01$ 。

T 淋巴细胞是机体免疫系统内功能最重要的一大细胞群,各个 T 淋巴细胞亚群相互作用,维持着机体正常的免疫功能,而不同的 T 淋巴细胞亚群的数量和功能发生异常时,可导致机体免疫紊乱,产生病理性变化^[3]。CD4⁺ T 细胞和 CD8⁺ T 细胞是两个重要的大亚群。正常状态下 CD4⁺ 和 CD8⁺ 细胞亚群保持着平衡状态,正常的免疫应答过程有赖于这两种 T 细胞的相互协作和相互制约^[4]。湿疹患者 T 淋巴细胞亚群的数量及功能异常,表现为失衡的状态,即 CD8⁺ T 细胞增多,CD4⁺ T 细胞减少,CD4⁺ 和 CD8⁺ 的比值减少^[5]。笔者在临床观察研究中也检测出,在患者外周静脉血中,或 CD4⁺ 减少,低于正常范围;或 CD8⁺ 增高,高于正常范围;均有 CD4⁺ 和 CD8⁺ 比值减少,即免疫失衡的表现,与一般的研究结果相符。

目前西医对湿疹无特效方法,临床上多采用抗组织胺药及皮质醇药。抗组织胺药主要用于 I 型变态反应性疾病,而湿疹大多是 IV 型变态反应性疾病,所以疗效欠佳。皮质激素类药物长期运用可导致骨质疏松、水肿、血糖升高等,副作用大,而且停药后易复发,有药物依赖性。

中医认为湿疹的“正气”与“邪气”互相作用的结果,禀性不耐,风热之邪入侵,湿热之邪蕴伏,郁于腠理而发,日久内耗阴血则血虚风燥。治疗方法遵循中医辨证论治“扶正驱邪”。通过针灸刺激体表的腧穴和经络,达到调节脏腑及其经络的平衡,激发运行气血的功能,使患者的皮肤恢复正常。“治风先治血,血行风自灭”。穴位放血的作用:其一,理血调气,血脉通畅迫使风邪无所存留,达到祛风止痒之效;其二,放出适量的血液,使风热湿毒随血而出;其三,放血使血行气道,促进循环,润养肌肤,针刺加穴位放血共达清热祛湿,健脾养血润燥之功效^[6]。

本研究结果表明针刺加放血疗法对湿疹患者失衡的 T 淋巴细胞亚群有明显的调节作用,可恢复人体的免疫稳定,是治疗湿疹的有效方法。另外,通过对针灸文献的初步查询发现,有关针刺加放血对湿疹患者外周静脉血中 T 淋巴细胞亚群含量变化进行研究的文章鲜见报道,而且在对针灸治疗湿疹机理的研究方面也还缺乏可靠的依据,因此提示我们可以循着从湿疹患者外周静脉血中的 T 淋巴细胞亚群的数据变化,开展系统的临床检测项目,找寻内在的规律性依据,通过深入研究以求揭示针刺加穴位放血治疗湿疹的机制。

参考文献:

[1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:146-147.
The State Administration of Traditional Chinese Medicine. The diagnostic and curative effect standard of traditional Chinese medicine[S]. Nanjing: Nanjing university press,1994:146-147.

[2] 李连生,白俊昆. 皮肤病针灸疗法[M]. 天津:天津科学技术出版社,1993:252.
Li LS, Bai JK. Acupuncture therapy on dermatosis[M]. Tianjin: The science and technology press of Tianjin,1993:252.

[3] 孙晖,林源. 图解生命科学新话题——过敏[M]. 北京:科学出版社,2006:56-62.
Sun H, Lin Y. New topic of life science with diagrams: Allergies[M]. Beijing: Science press,2006,56-62.

[4] 翁静,谢科,吴洁. 湿疹免疫学发病机制研究进展[J]. 健康必读, 2012,4(11):30.
Weng J, Xie K, Wu J. Research progress of immunology pathogenetic mechanism of eczema [J]. Gems Health, 2012,4(11):30.

[5] 后桂荣,曾杭,周再高. 湿疹患者 T 淋巴细胞亚群及自然杀伤细胞的检测意义[J]. 临床皮肤科杂志,2003,32(9):522.
Hou GR, Zeng H, Zhou ZG. The detection significance on T lymphocyte subsets and natural killer cells of Eczema patients [J]. J Clin Dermatol, 2003, 32(9), 522.

[6] 程爵堂,程功文. 刺血疗法治百病[M]. 北京:人民军医出版社,2009:8-9.
Cheng JT, Cheng GW. Bloodletting therapy for common diseases[M]. Beijing: People's military medical press, 2009:8-9.

(编辑:周建英)