

针灸联合活血祛风外洗方治疗 2 型 糖尿病合并慢性湿疹的临床研究

罗力 刘春茹 余耀和 龙舒妮

(广州新海医院, 广东 广州 510300)

〔摘要〕 **目的:** 观察针灸联合活血祛风外洗方辨证治疗 2 型糖尿病合并血瘀风燥证慢性湿疹患者的疗效。**方法:** 选取广州新海医院 2019 年 1 月至 2020 年 12 月期间收治的 70 例 2 型糖尿病合并血瘀风燥证慢性湿疹患者, 采用随机数字表分为对照组和观察组, 各 35 例。所有患者均进行降糖等基础治疗, 对照组采用口服依巴斯汀片联合外涂糠酸莫米松乳膏西医常规治疗, 观察组采用针灸联合活血祛风外洗方治疗。分别观察两组患者治疗前后的湿疹面积及严重程度指数 (EASI) 评分、瘙痒程度视觉模拟评分法 (VAS) 评分、空腹血糖 (FPG)、餐后 2 h 血糖 (2h PG); 记录患者的药物不良反应。**结果:** 治疗后两组患者的 EASI 评分均有不同程度降低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 但组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后两组患者的瘙痒程度 VAS 评分均有不同程度降低, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后两组患者的 FPG、2h PG 较治疗前均无明显变化, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者治疗总有效率为 80.00%, 与对照组的 85.71% 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者不良反应发生率为 0.00%, 低于对照组的 17.14%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 针灸联合活血祛风外洗方治疗 2 型糖尿病合并血瘀风燥证慢性湿疹疗效良好, 且不良反应少。

〔关键词〕 2 型糖尿病; 慢性湿疹; 针灸; 血瘀风燥证; 活血祛风外洗方

〔中图分类号〕 R 587.1; R 758.23 **〔文献标识码〕** B

Clinical Study of Acupuncture Combined with Huoxue Qu Feng External Washing Prescription in Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus Complicated with Chronic Eczema

LUO Li, LIU Chun-gu, YU Yao-he, LONG Shu-ni

(Guangzhou Xinhai Hospital, Guangdong Guangzhou 510300)

〔Abstract〕 **Objective** To observe the efficacy of acupuncture combined with Huoxue Qu Feng external washing prescription in the treatment of patients with type 2 diabetes mellitus and chronic eczema with blood stasis and wind dryness syndrome. **Methods** 70 patients with type 2 diabetes mellitus and chronic eczema with blood stasis and wind dryness syndrome were selected from January 2019 to December 2020 in Guangzhou Xinhai Hospital. They were divided into control group and observation group by random number table, with 35 cases in each group. All the patients were given basal treatment such as hypoglycemia, and the control group was treated with oral Ebastine Tablets combined with Mometasone Furoate Cream, while observation group was treated with acupuncture combined with Huoxue Qufeng external washing formula. The eczema area and severity index (EASI), pruritus VAS score, fasting blood glucose (FPG) and 2-hour postprandial blood glucose (2hPG) were observed before and after treatment; adverse drug reactions were recorded. **Results** After treatment, the EASI score of the two groups were lower than that before treatment ($P < 0.05$) and there was no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). After treatment, the pruritus VAS of the two groups were lower than that before treatment ($P < 0.05$), and pruritus VAS of observation group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). Two groups had no significant difference in FPG and 2hPG before and after treatment ($P > 0.05$). The total effective rate of the observation group was 80.00%, while that of control group was 85.71%, the difference was not statistically significant ($P > 0.05$). The incidence of side effect in the observation group was 0.00%, while that in control group was 17.14%, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture combined with Huoxue Qu Feng external washing prescription is effective in treating type 2 diabetes mellitus and chronic eczema with blood stasis and wind dryness syndrome, with low side effects.

〔Key Words〕 Type 2 diabetes mellitus; Chronic eczema; Acupuncture; Blood stasis and wind dryness syndrome; Huoxue Qu Feng external washing prescription

〔收稿日期〕 2021 - 07 - 01

〔基金项目〕 广东省中医药局科研项目资助课题 (20212194)

〔作者简介〕 罗力, 男, 副主任医师, 主要研究方向是中医学。

糖尿病合并皮肤病变是糖尿病患者容易忽视, 错失最佳治疗时机的常见并发症^[1]。在临床上发现糖尿病患者常被以湿疹为主的皮肤损伤困扰, 因糖尿病患者免疫力低下, 若抓挠破损极难愈合并容易伴发真菌及细菌感染, 往往缠绵难愈, 容易复发, 严重影响患者的生命健康, 所以糖尿病合并湿疹的治疗不容小觑。目前西医以糖皮质激素外用制剂以及口服抗组胺药治疗为主^[2], 但对于慢性湿疹患者长期使用激素制剂会引起毛细血管扩张、色素沉着、皮肤褶皱以及继发真菌、细菌感染等不良反应, 抗组胺药亦会引起嗜睡、乏力、胃肠道不适、头痛、头晕等不良反应。因此, 寻求临床疗效好、适合长期使用且不良反应少的治疗方案具有现实意义。针灸辨证治疗结合中药外治法作为我国中医特色治疗, 笔者前期采用此疗法治疗 2 型糖尿病合并慢性湿疹取得了良好的疗效并未见明显不良反应, 有望弥补西药治疗的不足。为了探讨针灸联合活血祛风外洗方治疗糖尿病合并血瘀风燥证慢性湿疹的疗效, 笔者选取 70 例在本院接受治疗的 2 型糖尿病合并血瘀风燥证慢性湿疹患者进行临床随机对照观察, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2019 年 1 月至 2020 年 12 月期间收治的 70 例 2 型糖尿病合并血瘀风燥证慢性湿疹患者, 采用随机数字表分为对照组和观察组, 各 35 例。对照组男性 16 例, 女性 19 例; 年龄 32~69 岁, 平均 (51.09 ± 8.32) 岁; 糖尿病病程 1~22 年, 平均 (9.72 ± 4.36) 年; 慢性湿疹病程 5 个月~3.5 年, 平均 (1.91 ± 0.86) 年。观察组男性 14 例, 女性 21 例; 年龄 37~69 岁, 平均 (50.91 ± 8.57) 岁; 糖尿病病程 15 个月~20 年, 平均 (9.26 ± 4.17) 年; 慢性湿疹病程 5 个月~4 年, 平均 (2.03 ± 1.04) 年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 $(P > 0.05)$, 具有可比性。本研究已经过本院伦理委员会批准, 伦理审查号: GZXH 伦理审查(项)2019005, 本研究所有患者皆知情同意本研究。

1.2 诊断及辨证标准

1.2.1 2 型糖尿病的诊断标准 参考 2020 年版《中国 2 型糖尿病防治指南》^[3]中 2 型糖尿病诊断标准。

1.2.2 慢性湿疹的诊断标准 参考《皮肤性病学》^[4]中慢性湿疹的诊断标准制定。

1.2.3 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5], 符合血瘀风燥证的诊断标准。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准 (1) 所有患者都与 2 型糖尿病合并血瘀风燥证慢性湿疹有关的诊断标准相符; (2) 愿意配合治疗、随访。

1.3.2 排除标准 (1) 具有重型心脏、肝脏、肾脏、肺部、脑部等功能型障碍的患者; (2) 入组前 2 周曾接受过糖皮质激素、免疫抑制剂等药物治疗者; (3) 妊娠期与哺乳期患者; (4) 具有重型传染病、恶性肿瘤等免疫系统严重破坏的患者及精神病症等主观意识异常的患者。

1.4 方法

1.4.1 基础治疗 两组患者均合理选用降糖药物, 保持血糖平稳, 使空腹血糖(fasting plasma glucose, FPG) $\leq 7.0 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 餐后 2 h 血糖(2-hour postprandial blood glucose, 2h PG) $\leq 10.0 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。进行糖尿病知识宣教, 提高其治疗依从性, 保证治疗措施的良好贯彻执行, 保持饮食控制及合理运动。

1.4.2 对照组 采用依巴斯汀片(西班牙艾美罗医用药物工业有限公司, 批准文号 H20140855) 10 mg, 口服, 1 次 $\cdot \text{d}^{-1}$, 糠酸莫米松乳膏(拜耳医药(上海)有限公司, 国药准字 H19991418) 适量外涂患处, 1 次 $\cdot \text{d}^{-1}$ 。

1.4.3 观察组 采用针灸联合活血祛风外洗方治疗。

(1) 针灸主穴: 血海、曲池、风市、委中、合谷、膈俞、三阴交。辨证选穴: 兼有脾虚湿重者加足三里、阴陵泉; 兼有湿热者加大椎、隐白、内庭; 兼有气滞者加太冲、内关。足三里、阴陵泉、三阴交采用补法; 大椎、曲池、风市、隐白、合谷、内庭采用泻法; 其余穴位采用平补平泻法。每隔 3 d 施针 1 次。(2) 活血祛风外洗方: 地肤子 30 g, 蛇床子 30 g, 当归 20 g, 川芎 20 g, 白藓皮 30 g, 苦参 30 g, 荆芥 20 g, 白蒺藜 20 g, 徐长卿 30 g, 野菊花 30 g, 土茯苓 30 g。中药外洗方由本院中药房提供, 每日 1 剂, 水煎取汁 2000 mL, 药汁浸润毛巾后温敷, 每次 30 min, 每日 2 次。

1.4.4 疗程 两组均连续治疗 4 周。治疗期间糖尿病治疗方案同前。嘱避免如热水烫洗、搔抓、过度清洗以及其他敏感物质等对皮损处的各种人为刺激。禁食海鲜、虾蟹等易致敏性食物。

1.5 观察指标

(1) 瘙痒程度视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)^[6], 以 10 cm 标尺为准, 刻度 0 为无瘙痒, 10 为极度瘙痒, 由患者自行评定。(2) 实验室指标, 患者治疗前后 FPG、2h PG。(3) 不良反应情况, 观察记录两组患者治疗期间发生的药物相关性不良反应事件。(4) 湿疹面积及严重程度指数(eczema area and severity index, EASI)^[7]评分, 湿疹面积(8 岁以上): 将全身分为头颈、上肢、躯干、下肢 4 个部分分别记分。以手掌面积为体表面积 1% 估算, 中国新九分法换算成所占该部位的比例计分。皮损面积占各部位面积的比例分值为 0~6 分, 即: 0 分为无皮疹, 1 分为 $< 10\%$, 2 分为 $10\% \sim 19\%$, 3 分为 $20\% \sim 49\%$, 4 分为 $50\% \sim 69\%$, 5 分为 $70\% \sim 89\%$, 6 分为 $90\% \sim 100\%$, 见表 1。

表1 EASI 评分表

部 位	EASI 分值
头 / 颈 (H)	(E + I + Ex + L) × 面积比例分值 × 0.1
上肢 (UL)	(E + I + Ex + L) × 面积比例分值 × 0.2
躯干 (T)	(E + I + Ex + L) × 面积比例分值 × 0.3
下肢 (LL)	(E + I + Ex + L) × 面积比例分值 × 0.4

注: E 为红斑, I 为硬肿 (水肿) 或丘疹, Ex 为表皮剥脱, L 为苔藓化, 根据各类型皮损严重程度分为 4 级, 分别记为 0~3 分; EASI (总) = EASI (H) + EASI (UL) + EASI (T) + EASI (LL); EASI - 湿疹面积及严重度指数

1.6 疗效评价标准

疗效判定标准根据国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[5]。(1) 临床痊愈: 临床症状、体征消失或基本消失, EASI 评分减少 ≥ 95%; (2) 显效: 临床症状、体征明显改善, 95% > EASI 评分减少 ≥ 70%; (3) 有效: 临床症状、体征均有好转, 70% > EASI 评分减少 ≥ 50%; (4) 无效: 临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, EASI 评分减少不足 50%。总有效率 = (临床痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.7 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者治疗前后 EASI 评分比较

治疗前两组患者的 EASI 评分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后两组患者的 EASI 评分均有不同程度降低, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05); 但组间比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 EASI 评分比较 (*n* = 35, $\bar{x} \pm s$, 分)

组 别	治疗前	治疗后
对照组	14.83 ± 2.32	6.24 ± 2.14 ^a
观察组	15.01 ± 2.16	6.18 ± 2.27 ^a

与同组治疗前比较, ^a*P* < 0.05

注: EASI - 湿疹面积及严重度指数

2.2 两组患者治疗前后瘙痒程度 VAS 评分比较

治疗前两组患者的瘙痒程度 VAS 评分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后两组患者的瘙痒程度 VAS 评分均有不同程度降低, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后瘙痒程度 VAS 评分比较 (*n* = 35, $\bar{x} \pm s$, 分)

组 别	治疗前	治疗后
对照组	6.83 ± 1.62	4.66 ± 1.70 ^b
观察组	6.97 ± 1.51	3.80 ± 1.57 ^{bc}

与同组治疗前比较, ^b*P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^c*P* < 0.05

注: VAS - 视觉模拟评分法

2.3 两组患者治疗前后血糖情况比较

治疗前两组患者的 FPG、2h PG 比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后两组患者的 FPG、2h PG 较治疗前均无明显变化, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血糖情况比较 (*n* = 35, $\bar{x} \pm s$, mmol · L⁻¹)

组 别	时 间	FPG	2h PG
对照组	治疗前	5.78 ± 0.57	8.19 ± 0.92
	治疗后	5.75 ± 0.60	8.22 ± 0.94
观察组	治疗前	5.80 ± 0.56	8.23 ± 0.90
	治疗后	5.78 ± 0.54	8.25 ± 0.89

注: FPG - 空腹血糖; 2h PG - 餐后 2 h 血糖

2.4 两组患者的治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 80.00%, 与对照组的 85.71% 比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05), 见表 5。

表 5 两组患者的治疗总有效率比较 (*n* = 35, 例)

组 别	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效 / <i>n</i> (%)
对照组	1	4	25	5	30(85.71)
观察组	2	5	21	7	28(80.00)

2.5 两组患者的不良反应情况比较

观察组患者不良反应发生率为 0.00%, 低于对照组的 17.14%, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 6。

表 6 两组患者的不良反应情况比较 (*n* = 35, 例)

组 别	嗜睡	疲倦	头痛	局部皮肤萎缩	总发生 / <i>n</i> (%)
对照组	2	2	1	1	6(17.14)
观察组	0	0	0	0	0(0.00) ^d

与对照组比较, ^d*P* < 0.05

3 讨 论

糖尿病高血糖状态极易引起糖尿病周围神经的损伤、微循环障碍等, 导致皮肤组织的修复能力不断下降, 从而引发患者伴发湿疹, 并表现为慢性病变, 缠绵难愈, 且易反复发作。血糖持续较高的状态和晚期糖基化终末产物是湿疹最常见机制^[8]。由于湿疹引起患者皮肤瘙痒等不适, 连续性瘙痒容易影响患者的睡眠质量, 使其情绪波动较大, 进而加重了血糖与湿疹的双重病情, 糖尿病患者的血糖升高对患者的皮肤和身体其他重要器官进一步损害, 由此形成恶性循环, 所以糖尿病合并湿疹病情迁延日久, 难以根治, 如何有效治疗糖尿病合并湿疹在临床上应得到重视。

中医药在治疗糖尿病合并慢性湿疹上有其独特的思维和方式。湿疹常出现在糖尿病患者后期, 中医认为消渴病程日久, 阴虚燥热, 热灼津伤, 血黏成瘀, 阻滞筋脉^[9], 津液滞行, 炼津成痰; 或脾虚失于运化, 水湿内生, 聚而化痰, 郁久而致生痰毒, 痰毒痹阻经络^[10]。痰毒停于机体, 既可直接耗伤阴液, 使津气亏损, 痰毒郁久又可化火, 阴不敛阳, 风邪内生, 所以阴虚燥热与痰瘀互结生风互为因果, 血瘀风

燥贯穿糖尿病合并湿疹始终,使糖尿病合并湿疹病情较普通湿疹病情更复杂,且缠绵难愈,容易复发。

本研究以活血祛风、祛湿润燥止痒为治法,采用针灸联合活血祛风外洗方治疗 2 型糖尿病合并血瘀风燥证慢性湿疹,充分发挥了中医特色治疗的优势。针灸主穴:曲池、风市、合谷、血海、委中,具有活血祛风、祛湿止痒之功效,配合膈俞、三阴交以养血和营,润燥止痒。在此基础上再根据兼杂证进行辨证选穴:兼有脾虚湿重者加阴陵泉、足三里,此两穴分别属于胃、脾经之合穴,为健脾除湿之要穴;兼有湿热者加泻大椎、隐白、内庭以清热解毒、祛湿止痒;兼有气滞者加太冲、内关以行气导滞。针灸辨证选穴施针体现了中医辨证论治的优势。活血祛风外洗方中地肤子配蛇床子可燥湿祛风止痒为君药;当归配川芎活血养血、润燥祛风为臣;佐以白鲜皮、苦参清热燥湿止痒,荆芥、白蒺藜、徐长卿加强祛风止痒之功效;配以野菊花、土茯苓清热解毒杀虫为使。全方共奏活血祛风、祛湿解毒、润燥止痒之功效。

本研究表 3 数据显示,观察组止痒效果高于西药对照组,其中已有药理研究证明外用有效成分蛇床子素可通过修复皮肤屏障抑制 Akt 通路发挥消炎止痒的作用^[11],苦参和白鲜皮的乙醇提取物外用可显著抑菌、杀菌^[12]。中药外用发挥疗效主要是通过中药中分子结构较小的挥发油渗透皮肤,挥发油有很强的穿透性可将有效成分透过皮肤迅速吸收。表 6 数据显示观察组不良反应发生率较西药对照组低,方药中除土茯苓外用有较小的不良反应可能性之外,其他药物未见明显不良反应报道^[13],且科学规范控制用量和用法,可有效提高安全性,所以中药外治法在治疗皮肤疾病上具有不可替代的优势及作用。表 4 数据显示两组治疗均不会引起患者血糖的大幅波动,同时可排除血糖因素对湿疹疗效评价的干扰。

本研究以目前西医治疗糖尿病合并慢性湿疹的常规方案(抗组胺药联合外用糖皮质激素制剂)作为阳性对照药,表 2、表 5、表 6 数据显示针灸联合活血祛风外洗方能有效地减轻糖尿病合并血瘀风燥证慢性湿疹患者的临床症状,其总有效率与西医常规方案相当,且不良反应少。由于本研究病例来源于本院就诊患者,有样本量小、地域局限的不足,并且缺乏后期复发情况等进一步观察,下一步可合作多个研究点并

持续记录已愈患者复发情况。

〔参考文献〕

- (1) Macedo GD, Nunes S, Barreto T. Skin disorders in diabetes mellitus: an epidemiology and physiopathology review (J). *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2016, 8(1): 63.
- (2) 李邻峰,高兴华,顾恒,等. 湿疹诊疗指南(2011 年)(J). *中华皮肤科杂志*, 2011, 59(1): 5-6.
- (3) 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)(J). *中华糖尿病杂志*, 2021, 13(4): 315-409.
- (4) 张学军,郑捷. 皮肤性病学(M). 9 版. 北京:人民卫生出版社, 2018: 115-117.
- (5) 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, 2012.
- (6) 倪博然,赵进喜,黄为钧,等. 基于视觉模拟评分法探究中医临床疗效评价新方法(J). *中华中医药杂志*, 2021, 36(1): 288-292.
- (7) 赵辨. 湿疹面积及严重程度指数评分法(J). *中华皮肤科杂志*, 2004, 52(1): 7-8.
- (8) Gkogkolou P, Böhm M. Skin disorders in diabetes mellitus (J). *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology: JDDG*, 2014, 12(10): 847-865.
- (9) 张月娇,苏维广. 从“瘀”论治糖尿病周围神经病变研究简况(J). *实用中医内科杂志*, 2021, 35(5): 40-43.
- (10) 吴进,王子龙,张忠勇,等. 从郁、瘀、痰、浊论糖尿病微血管病变中医病因病机(J). *中医药临床杂志*, 2019, 31(11): 1997-1999.
- (11) 胡雪勤. 蛇床子素调节 Akt/ZO-3 信号通路修复皮肤屏障机制研究(D). 南京:南京中医药大学, 2020.
- (12) 吴长龙,魏琴,殷中琼,等. 四种中药乙醇提取物对常见皮肤癣菌的体外抗菌活性(J). *中国兽医科学*, 2010, 40(11): 1189-1193.
- (13) 王萍,方晓艳,魏珍珍,等. 基于数据挖掘的中药外用不良反应分析及思考(J). *中药药理与临床*, 2021, 37(1): 221-229.