

# 电针联合中药塌渍对血虚风燥型中重度特应性皮炎皮肤屏障功能的影响

吉勤,牛相来\*

新疆医科大学第一附属医院中医诊疗中心,新疆 乌鲁木齐 830054

**摘要** 目的:探讨电针联合中药塌渍对血虚风燥型中重度特应性皮炎(AD)患者皮肤屏障功能的影响。方法:选取2020年4月—2024年10月新疆医科大学第一附属医院中医诊疗中心针灸推拿科收治的96例AD患者病例资料,随机分为对照组和观察组,每组48例,对照组采用西医治疗,观察组在此基础上加用电针联合中药塌渍治疗,比较两组治疗前后特应性皮炎积分(SCORAD)评分、皮肤屏障功能指标、免疫功能治疗,并比较治疗后临床疗效及随访6个月复发率、不良反应发生率。结果:治疗后,两组角质层含水量、皮脂含量、白细胞介素-2(IL-2)比治疗前明显提升( $P < 0.05$ ),SCORAD各项评分、经皮水分丢失量(TEWL)、嗜酸性粒细胞(EOS)、血清免疫球蛋白E(IgE)、白细胞介素-4(IL-4)比治疗前明显下降( $P < 0.05$ ),观察组改善幅度更明显( $P < 0.05$ )。观察组的总有效率为97.92%(47/48),对照组总有效率为81.25%(39/48),观察组明显高于对照组( $P < 0.01$ );随访6个月,观察组的复发率为16.67%(8/48),对照组复发率为56.25%(27/48),观察组明显低于对照组( $P < 0.01$ );观察组不良反应发生率为4.17%(2/48),低于对照组的16.67%(8/48),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:血虚风燥型中重度AD患者采用电针联合中药塌渍的治疗效果明显,优于单用西医治疗,能有效缓解症状,改善皮肤屏障和调节免疫功能,预防复发。

**关键词** 特应性皮炎;血虚风燥;电针;中药塌渍;皮肤屏障;免疫功能

中图分类号:R275.9;R758.29

文献标识码:A

文章编号:1002-2392(2026)05-0087-06

DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.260103

特应性皮炎(Atopic dermatitis, AD)是一种迁延性、炎症性的慢性皮肤病,常与哮喘、过敏性鼻炎合并发病,多发于婴幼儿期,常年反复发作,可迁延至成年期。目前研究指出,AD的病因复杂,是环境、遗传等多种因素共同作用的结果<sup>[1]</sup>。国内外目前仍未有可根治的确切手段,患者病情反复发作、迁延难愈,发病时伴有瘙痒、皮损等症状,对日常生活和睡眠质量均造成不同程度的影响。西医治疗AD主要以抗组胺类、免疫抑制剂、激素类药物为主,还包括红光、臭氧、电磁波等物理治疗,可缓解患者症状,但药物治疗复发率高,且存在肝肾损害等副作用;物理治疗虽相对安全,但费用较高,同时远期复发率较高<sup>[2]</sup>。近年来研究发现,中医外治法对控制AD病情有明显作用,中医学将

AD纳入“四弯风”的范畴,认为先天禀赋不足、胎毒遗热、脾胃失调所致,以血虚风燥证最多见,外加饮食不节、外感六邪,脾虚湿盛,则郁热、生风,迁延不愈直至青少年甚至成人期后,常年发作,表现为瘙痒干燥、干性皮疹;中医认为当以健脾益胃、养血润燥、祛湿驱风为治则<sup>[3-4]</sup>。本研究探讨血虚风燥型AD患者采用电针联合中药塌渍的治疗效果及对皮肤屏障的影响,现总结如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2020年4月—2024年10月新疆医科大学第一附属医院中医诊疗中心针灸推拿科收治的96例AD患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组48例。对照组男31例,女17例;年龄19~38岁,平均年龄( $26.54 \pm 3.87$ )岁;病程3~8年,平均病程( $6.29 \pm 0.81$ )年;按严重程度分为中度34例,重度14例;观察组男32例,女16例;年龄17~37岁,平均年龄( $26.62 \pm 3.82$ )岁;病程3~10年,平均病程( $6.34 \pm 0.85$ )年;按严重程度分为中度35例,重度13例;两组一般资料

收稿日期:2024-11-14 修回日期:2025-08-27

基金项目:新疆维吾尔自治区自然科学基金面上项目(2022D01C493)

作者简介:吉勤(1992-),女,硕士,住院医师,研究方向:针灸治疗皮肤病。

\*通信作者:牛相来(1972-),男,硕士,副主任医师,研究方向:针灸治疗皮肤病。

比较差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。本研究经新疆医科大学第一附属医院伦理审批通过 (批件号: IACUC-20230831-04)。

## 1.2 诊断标准

西医诊断标准参考《中国特应性皮炎诊疗指南 (2020 版)》<sup>[5]</sup> 中的 Williams 标准, 以皮肤瘙痒为主要标准; 次要标准包括: ①具有全身皮肤干燥多年病史; ②屈侧湿疹史 (集中于四肢伸侧、前额/面颊部); ③屈侧受累史, 以腘窝、足踝、颈部 (集中于面颊部)、肘窝为常见分布部位; ④合并过敏性鼻炎或哮喘病史; 同时满足主要标准和  $\geq 3$  条次要标准, 可诊断。病情严重程度参考特应性皮炎积分 (Scoring atopic dermatitis index, SCORAD) 评分, 0 ~ 24 分为轻度, 25 ~ 50 分为中度,  $> 50$  分为重度。

中医辨证标准参考《中西医结合皮肤性病学》<sup>[6]</sup> “四弯风”和血虚风燥证, 主症: 多年病史, 四肢、躯干常有继发抓痕, 呈慢性苔藓样病变, 常见位于肘窝、腘窝, 结节性痒疹肉眼可见, 皮肤干燥。次症: 面色苍白, 难忍瘙痒, 夜寐难安, 多见形瘦, 大便偏干。舌脉: 舌质偏淡, 苔薄白, 脉弦细。

## 1.3 纳入与排除标准

### 1.3.1 纳入标准

①符合 AD 西医诊断标准; ②符合血虚风燥证的中医辨证标准; ③ SCORAD 评分  $\geq 25$  分; ④临床表现为手、足、面部等皮肤非特异性炎性改变; ⑤特异性免疫球蛋白 E (Immunoglobulin E, IgE) 水平明显升高; ⑥肝肾功能无异常; ⑦意识清晰。

### 1.3.2 排除标准

①近 1 个月内曾接受过系统的免疫抑制剂、激素药物、抗组胺药物等治疗者; ②近 1 周内曾接受过红光、臭氧、外用糖皮质激素等治疗者; ③凝血功能异常者; ④皮肤严重皮损, 针灸禁忌证者; ⑤晕针者; ⑥处于哺乳期或孕期。

## 1.4 治疗方法

### 1.4.1 对照组

采用西医治疗, 睡前口服盐酸西替利嗪 (鲁南贝特制药, 批准文号: H20000379, 规格: 10 mg/片), 1 次/d, 每次 1 片; 外用他克莫司软膏 [安斯泰来制药 (中国), 国药准字 J20060031, 规格: 10 g: 10 mg/支]; 并采用保湿剂全身涂抹。

### 1.4.2 观察组

在上述基础上加用电针联合中药塌渍治疗。组方: 鸡血藤、丹参、土茯苓、当归各 48 g, 地肤子、金银花各 32 g; 装入纱布袋后, 统一由药房代煎, 取药汁

200 mL 左右, 水温控制在 38 ~ 42 °C, 用纱布浸润药液后热敷于患处, 再用保鲜膜包裹, 隔天治疗 1 次, 每次 30 min, 隔日治疗 1 次。

电针治疗, 选主穴: 双侧血海、合谷、阴陵泉穴、曲池。患者取平卧位, 局部消毒穴位皮肤后, 采用华佗牌, 规格为 0.25 mm  $\times$  40.00 mm 一次性无菌针灸针, 对穴位进针得气后, 连接电子针治疗仪 (华佗牌 SDZ-II 型), 刺激参数设置为直流电, 初始电流强度设定为 0.1 mA, 之后以 0.1 mA 为梯度逐步递增, 直至患者能耐受的最大强度, 最大输出电流不得超过 0.9 mA; 电针仪治疗频率初期以 1 Hz 低频刺激为宜, 持续 5 min, 之后切换至 2 Hz 频率, 维持 10 min, 最后 10 min 选用 5 Hz 频率。取疏密波, 成对连接电极, 如同侧阴陵泉、血海, 同侧合谷、曲池。隔天治疗 1 次, 每次留针 30 min。

以上治疗均以 4 周为 1 个疗程, 共治疗 8 周。

## 1.5 观察指标

### 1.5.1 症状评分

治疗前后采用 SCORAD 评分比较症状严重程度, 分别是皮损严重程度 (B)、瘙痒及睡眠 (C)、皮损面积 (A), 皮损严重程度 (B) 根据 6 个临床特征打分, 包括剥蚀、干燥、结痂/渗出、丘疹/水肿、痒疹/苔藓样、颜色加深/红斑, 按无、轻、中、重度依次计为 0、1、2、3 分, 总分 0 ~ 18 分; 瘙痒及睡眠 (C), 采用视觉模拟评分法 (Visual analogue scale, VAS) 评分, 以 10 刻度直尺, 患者根据过去 3 d 的瘙痒与睡眠感受主观打分, 0 分为无影响, 10 分为严重影响; 以量尺测量并计算皮损面积 (A), 以 1% 皮损面积计为 1 分, 100 分为上限; 计算公式为 SCORAD 评分 =  $A/5 + 7B/2 + C$ 。总分在 0 ~ 103 分, 得分越高, 代表症状越严重<sup>[7]</sup>。

### 1.5.2 皮肤屏障功能

治疗前后采用多功能皮肤测试仪 (上海涵飞医疗器械, 德国 CK-MPA10), 对患者的经皮水分丢失量 (Transepidermal waterloss, TEWL)、角质层含水量、皮脂含量进行测定, 湿度控制在 55%, 室温控制在 20 ~ 25 °C, 患者保持皮肤处于无化妆品、护肤品的自然状态 25 min。

### 1.5.3 免疫功能指标

治疗前后留取静脉血样本 5 mL, 经离心半径 10 cm, 离心 15 min, 转速 3 000 r/min, 分离出上层血清, 采用全自动化学发光免疫分析仪 (苏州长光华医生物医学工程, AE-240 型), 采用酶联免疫吸附法, 试剂盒由上海钰森生物技术提供, 检测血清嗜酸性粒细胞 (Eosinophils, EOS)、免疫球蛋白 E (IgE)、白细胞介素 - 2 (Interleukin - 2, IL - 2)、白细胞介素 - 4 (IL - 4) 水平。

1.5.4 不良反应

观察并记录治疗期间患者不良反应。

1.6 疗效评价标准

参考《24个专业105个病种中医诊疗方案(试行)》<sup>[8]</sup>,结合SCORAD评分的减分率,制定疗效标准,治愈:SCORAD评分的减分率≥90%,躯体症状消失;显效:SCORAD评分的减分率为60%~89%,躯体症状显著消减;有效:SCORAD评分的减分率在20%~59%,躯体症状有所消减;无效:SCORAD评分的减分率<20%,躯体症状未见明显消减。总有效率=治愈率+显效率+有效率。随访6个月,SCORAD评分再次恢复至≥25分为复发标准。

表 1 两组 AD 患者治疗前后 SCORAD 评分比较(  $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 例数 | 瘙痒与睡眠        |                            | 皮损严重程度       |                            | 皮损面积         |                             |
|-----|----|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------|--------------|-----------------------------|
|     |    | 治疗前          | 治疗后                        | 治疗前          | 治疗后                        | 治疗前          | 治疗后                         |
| 观察组 | 48 | 14.39 ± 2.23 | 6.09 ± 1.18 * <sup>△</sup> | 10.33 ± 2.05 | 4.28 ± 1.03 * <sup>△</sup> | 35.44 ± 5.35 | 13.24 ± 3.16 * <sup>△</sup> |
| 对照组 | 48 | 14.58 ± 2.37 | 8.86 ± 1.65 *              | 10.55 ± 2.12 | 6.71 ± 1.73 *              | 36.14 ± 5.39 | 18.34 ± 4.69 *              |

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

2.2 两组皮肤屏障功能指标变化

治疗前,两组皮肤屏障功能各项指标差异均无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,观察组角质层含水量、

1.7 统计学方法

通过SPSS 23.0统计学软件分析收集数据,SCORAD评分、皮肤屏障功能、免疫指标等计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ )表示,行 $t$ 检验进行;疗效及复发的计数资料采用率(%)表示,行 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 SCORAD 评分比较

治疗前,两组SCORAD各项评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,观察组SCORAD各项评分明显低于治疗前与对照组( $P < 0.05$ )。见表1。

皮脂含量均高于治疗前和对照组( $P < 0.05$ ),TEWL低于治疗前和对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

表 2 两组 AD 患者治疗前后皮肤屏障功能指标比较(  $\bar{x} \pm s$  )

| 组别  | 例数 | 角质层含水量/%    |                             | TEWL/[g/(m <sup>2</sup> ·h)] |                             | 皮脂含量/(μg/cm <sup>2</sup> ) |                              |
|-----|----|-------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|
|     |    | 治疗前         | 治疗后                         | 治疗前                          | 治疗后                         | 治疗前                        | 治疗后                          |
| 观察组 | 48 | 6.73 ± 0.82 | 22.92 ± 3.93 * <sup>△</sup> | 29.25 ± 4.16                 | 15.63 ± 2.01 * <sup>△</sup> | 66.08 ± 7.69               | 89.96 ± 10.16 * <sup>△</sup> |
| 对照组 | 48 | 6.95 ± 0.83 | 13.91 ± 2.01 *              | 29.42 ± 4.11                 | 22.61 ± 3.35 *              | 66.25 ± 7.53               | 82.85 ± 9.38 *               |

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

2.3 两组免疫功能指标变化

治疗前,两组免疫功能指标差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,观察组免疫功能指标EOS、IgE、

IL-4低于治疗前和对照组( $P < 0.05$ ),IL-2高于治疗前和对照组( $P < 0.05$ )。见表3。

表 3 两组 AD 患者治疗前后免疫功能指标变化(  $\bar{x} \pm s$  )

| 组别  | 例数 | EOS( × 10 <sup>9</sup> /L) |                            | IgE/(IU/mL)   |                             | IL-2/(ng/L)  |                             | IL-4/(ng/L)  |                             |
|-----|----|----------------------------|----------------------------|---------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|
|     |    | 治疗前                        | 治疗后                        | 治疗前           | 治疗后                         | 治疗前          | 治疗后                         | 治疗前          | 治疗后                         |
| 观察组 | 48 | 0.63 ± 0.06                | 0.31 ± 0.03 * <sup>△</sup> | 165.60 ± 4.42 | 78.34 ± 2.83 * <sup>△</sup> | 43.25 ± 2.23 | 50.06 ± 1.22 * <sup>△</sup> | 15.88 ± 1.45 | 11.39 ± 1.59 * <sup>△</sup> |
| 对照组 | 48 | 0.61 ± 0.05                | 0.48 ± 0.04 *              | 166.64 ± 4.43 | 87.67 ± 3.22 *              | 43.31 ± 2.19 | 46.83 ± 2.41 *              | 15.91 ± 1.48 | 13.50 ± 1.36 *              |

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

2.4 两组临床疗效比较

总有效率方面,观察组显著优于对照组( $P < 0.01$ )。见表4。

表 4 两组 AD 患者临床疗效比较[例(%)]

| 组别         | 例数 | 治愈        | 显效        | 有效       | 无效       | 总有效       |
|------------|----|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 观察组        | 48 | 24(50.00) | 17(35.42) | 6(12.50) | 1(2.08)  | 47(97.92) |
| 对照组        | 48 | 14(29.17) | 19(39.58) | 6(12.50) | 9(18.75) | 39(81.25) |
| $\chi^2$ 值 |    |           |           |          |          | 7.144     |
| $P$ 值      |    |           |           |          |          | 0.008     |

2.5 两组随访 6 个月复发率比较

随访6个月的复发率方面,观察组明显低于对照组( $P < 0.01$ )。见表5。

表 5 两组 AD 患者随访 6 个月复发率比较

| 组别         | 例数 | 复发/例 | 未复发/例 | 复发率/%  |
|------------|----|------|-------|--------|
| 观察组        | 48 | 8    | 40    | 16.67  |
| 对照组        | 48 | 27   | 21    | 56.25  |
| $\chi^2$ 值 |    |      |       | 16.232 |
| $P$ 值      |    |      |       | 0.000  |

2.6 两组不良反应发生率比较

与对照组比较, 观察组不良反应总发生率更低 ( $P < 0.05$ ), 见表 6。

表 6 两组 AD 患者不良反应发生率比较[例( % )]

| 组别         | 例数 | 局部疼痛    | 感染      | 晕针      | 不良反应总发生  |
|------------|----|---------|---------|---------|----------|
| 观察组        | 48 | 1(2.08) | 0(0.00) | 1(2.08) | 2(4.17)  |
| 对照组        | 48 | 2(4.17) | 3(6.25) | 3(6.25) | 8(16.67) |
| $\chi^2$ 值 |    |         |         |         | 4.019    |
| $P$ 值      |    |         |         |         | 0.045    |

3 讨论

近年来, 临床对 AD 的病因及发病机制认识不断深入, 治疗手段、种类日益丰富, 但仍无法有效根治。西医仍以糖皮质激素为首选的 AD 外用制剂, 通过强效抗炎效果达到迅速缓解症状的目的, 但长期使用激素容易引起皮肤色素沉淀、皮肤变薄、毛发增生等副作用; 生物制剂是传统药物无效后的备选, 近年来信号转导通路调节药物逐步应用于临床并得到疗效认可, 如 JKA 抑制剂、磷酸二酯酶抑制剂、芳香烃受体激动剂等, 但停药后容易复发, 长期疗效不能令人满意<sup>[9]</sup>。相关研究<sup>[10]</sup>指出, 刺络拔罐、中药塌渍、针刺等中医外用法对 AD 病情的控制、缓解及减少复发方面有着一定的作用, 以减少激素药物的使用, 为治疗 AD 提供了更多参考方案。

中医理论认为, 血虚风燥与“心火亢盛、痰湿脾虚为标, 肾虚、血虚为本”联系紧密。肾虚会导致气血生化无源, 血虚加重, 血虚不能濡养肌肤, 易生内风, 从而引发皮肤干燥、瘙痒等风燥症状。脾虚不能运化水湿, 痰湿内生, 蕴久化热, 进一步损耗阴血, 使得血虚风燥更严重; 心火亢盛则易耗伤阴液, 加剧血虚状态, 风邪乘虚而入, 肌肤失养, 风燥症状加剧。血虚风燥型特异性皮炎, 患者先天禀赋不足, 或后天饮食不节、劳伤过度, 导致肾虚、血虚, 在此基础上, 脾虚痰湿内生、心火亢盛, 内外因相互作用, 最终致使血虚风燥证形成, 皮肤出现苔藓样病变、干燥瘙痒等症状。此类患者往往先天之本不足, 外加后天饮食不节, 脾胃失调, 湿热内生, 日益脾虚则致血虚, 气血生化失养, 阴血不足, 复感外邪入体, 邪毒蕴于肌肤腠理; 气血与风热湿邪搏结, 气血不和日益加重, 湿毒血瘀郁于肌肤不散; 血虚日久生内热, 化燥生风, 灼伤阴津, 阴津不足则无法濡养肌肤, 而至缠绵不愈, 故此证多为血虚风燥之证<sup>[11-12]</sup>。患者从发病至病情迁延, 脾虚贯穿始终, 脾胃功能虚弱, 气血生化失源, 引起皮肤干燥、瘙痒、脱屑<sup>[13-14]</sup>。病情呈全身性、慢性迁延性、复杂多变性, 经年发作, 对患者的生活、学习、睡眠均造成明显影响, 长期的治疗

导致经济、身体、心理均承受较大的负担, 患者容易焦虑、不安、烦躁, 从而又加重脾虚, 病情愈加反复, 形成恶性循环<sup>[15]</sup>。故中医认为当以调和脾胃、滋阴补肾、养血润燥为治则。

本研究在常规西医治疗上, 加用电针联合中医塌渍治疗, 结果显示观察组总有效率为 97.92%, 显著优于对照组的 81.25%; 观察组随访 6 个月的复发率为 16.67%, 明显低于对照组的 56.25%, 提示中西医结合方案明显提升疗效, 且有效预防远期复发。结果还显示, 治疗后两组角质层含水量、皮脂含量皆比治疗前明显提升, SCORAD 各项评分、TEWL 比治疗前明显下降, 观察组改善幅度更显著, 且不良反应少; 提示中西医结合方案在改善临床症状和皮肤屏障功能方面有明显的优势。本研究使用的中药塌渍组方中, 以丹参为君药, 丹参既可活血又可凉血, 可祛瘀止痛, 现代药理研究指出<sup>[16]</sup>, 丹参可改善心脏功能, 增强心肌收缩力, 扩血管和抗血栓形成, 还有促进组织再生和修复的作用, 可抑制过度增生的纤维母细胞; 当归、鸡血藤为臣药, 当归既能补血又能活血, 可调经止痛, 鸡血藤可活血通络, 祛瘀生新, 二者合用, 具有补血、活血之功; 土茯苓、地肤子、金银花为佐使, 土茯苓可健脾益胃、利水祛湿, 地肤子可祛湿止痒、清热解毒, 金银花可疏风散热、清热解毒; 现代药理学研究指出<sup>[17-18]</sup>, 地肤子、金银花均有较强的杀菌消炎的作用; 诸药合用, 共奏清热利湿、祛风润燥、健脾养血、止痒消炎的作用。中药塌渍有助于打开毛孔, 深层清洁皮肤内的化妆品、护肤品、药物等残留和污垢, 还能起到高效、迅速补水的作用, 保持肌肤水润光泽; 通过雾化粒子, 可促进皮肤的有氧代谢, 改善皮肤血液循环, 加快皮损的愈合和肌肤新生; 中药塌渍的过程中, 可以维持稳定的药物浓度, 释放出消炎、镇痛的药物成分, 起到缓解临床症状的作用<sup>[19]</sup>。本研究统计结果还显示, 两组 IL-2 比治疗前明显提升, EOS、血清 IgE、IL-4 比治疗前明显下降, 观察组改善幅度更显著, 提示观察组方案还能有效改善免疫功能。过敏原再进入皮肤黏膜屏障后, 会刺激产生大量的 IgE, 进而促使肥大细胞或嗜碱性粒细胞脱颗粒作用, 释放出大量的组胺等介质, 引起 AD 相关症状, 进而引起皮肤渗透屏障受损, 过度激活 Th2, 导致变态反应, IL-2 和 IL-4 作为活化的淋巴细胞分泌因子, 会参与调控 Th1/Th2, 因此 Th2 型细胞过度活化, 体液免疫应答失衡, AD 患者表现出明显的 IL-2 和 IL-4 水平异常, 且异常程度与 AD 皮损进程密切相关<sup>[20-21]</sup>。相关研究<sup>[22]</sup>指出, 中药塌渍的方式, 通过高效的药物渗透作用, 能有助抗敏、调节肌肤免疫功能。

另外,现代中医学认为<sup>[23]</sup>,电针对AD患者有一定的疗效,本研究通过选择血海、合谷、阴陵泉穴、曲池诸穴,其中血海穴乃脾经生血聚集之地,有运化脾血、助气血生化的作用;合谷穴属阳明大肠经,有清热解毒、活血通络、调经止痛之效;阴陵泉穴属太阴脾经,能清热利湿、滋阴补肾、活血通络、健脾益气之效;曲池穴乃大肠经湿气聚集之地,能利水祛湿、解表散热、消肿止痛、疏风止痒;诸穴合同,可收健脾理气、祛风除湿、清热解毒、润燥止痒、益肾养血之功,加以电针,可进一步刺激穴位功效,达到调和气血、加快消除红肿热痛、瘙痒等症状<sup>[24-25]</sup>。中医学认为,相同功效的治疗手段可叠加治疗效力,因此中药塌渍联合电针治疗,可增强健脾、益肾、迅速消除相关症状的作用<sup>[26]</sup>。

本研究虽取得一定成果,但仍有不足。样本量较小,可能影响结果的普遍性,无法完全覆盖各类患者特征。研究设计上,缺少单独电针及中药塌渍对照组,难以清晰区分二者单独与联合治疗的效果差异与作用机制。且本研究仅从临床症状、体征改善情况等评价,在机制和疗效上不能够全面和完善的讨论。未来研究可扩大样本规模,设置多组对照深入探究,增加更全面的观察指标,如患者心理变化、疾病对社交的影响等,为临床治疗提供更完善的依据。

综上所述,血虚风燥型中重度AD患者采用电针联合中医塌渍的治疗效果明显,优于单用西医治疗,能有效缓解症状,改善皮肤屏障和调节免疫功能,预防复发。

## 参考文献:

- [1] 刘岩,凌琬茗,赵瑞雪,等. 特应性皮炎患儿血清长链非编码RNA母系表达基因3和微小RNA-23b-3p水平检测及意义[J]. 陕西医学杂志,2023,52(9):1245-1248,1253.
- [2] 来亚群,史小艳. 健脾渗湿法联合他克莫司治疗特应性皮炎疗效观察[J]. 陕西中医,2017,38(10):1445-1446.
- [3] 肖杰,赵霞. 养血祛风汤联合耳穴压豆治疗血虚风燥型特应性皮炎的临床疗效研究[J]. 新疆医科大学学报,2021,44(8):963-967.
- [4] 姚兆银,冯耀文,陈红柏. 针刺联合中药治疗血虚风燥型特应性皮炎患者的效果观察[J]. 华夏医学,2022,35(2):79-82.
- [5] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组特应性皮炎协作研究中心. 中国特应性皮炎诊疗指南(2020版)[J]. 中华皮肤科杂志,2020,53(2):81-88.
- [6] 李斌,陈达灿. 中西医结合皮肤性病学[M]. 3版. 北京:中国中医药出版社,2017:305-308.
- [7] 中华中医药学会. 中医皮肤科临床诊疗指南[M]. 北京:中国中医

药出版社,2020:47-57.

- [8] 国家中医药管理局医政司. 24个专业105个病种中医诊疗方案(试行)[M]. 北京:国家中医药管理局医政司,2011:306-311.
- [9] 朱东宁,安庆. 曲安奈德对特应性皮炎小鼠血清白细胞介素-33、白细胞介素-25、胸腺基质淋巴细胞生成素和Th1/Th2平衡影响的实验研究[J]. 陕西医学杂志,2023,52(1):7-11,27.
- [10] 池溢邈. 愈肤膏联合丁酸氢化可的松乳膏治疗儿童特应性皮炎(血虚风燥型)的疗效观察及安全性分析[D]. 成都:成都中医药大学,2022.
- [11] 朱璐,雷水生,刘清,等. 从肝脾论治成年女性特应性皮炎[J]. 陕西中医,2020,41(8):1139-1143.
- [12] 陈王丹,郑明明. 当归饮子联合火针治疗血虚风燥型特应性皮炎的临床观察及其对EOS、IgE水平影响的研究[J]. 江西中医药,2021,52(7):36-39.
- [13] 陈秀华,全小红,莫秀梅,等. 针药结合治疗血虚风燥型特应性皮炎的临床研究[J]. 中医杂志,2016,57(16):1384-1387,1392.
- [14] 刘一超,孙淑娜. 麦冬石斛洗剂治疗血虚风燥型特应性皮炎临床观察[J]. 山西中医,2023,39(3):47-48.
- [15] 王丽芬,叶建州,杨雪松. 健脾养血祛风汤治疗血虚风燥型特应性皮炎患者临床疗效及对患者皮肤屏障功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2018,24(13):178-182.
- [16] 马莹慧,王艺璇,刘雪,等. 丹参药理活性研究进展[J]. 吉林医药学院学报,2019,40(6):440-442.
- [17] 王红娟,武洋,王嘉玮,等. 地肤子药理作用研究现状[J]. 甘肃科技纵横,2021,50(8):98-100,111.
- [18] 张前熙. 金银花的药理作用及应用研究进展[J]. 山东化工,2023,52(3):121-122,126.
- [19] 李星子,郑建锋,刘娜,等. 电针联合中药熏蒸治疗特应性皮炎血虚风燥证的临床研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2023,22(6):519-522.
- [20] 陈信春,汪洋,陈志伟,等. 养血祛风汤治疗血虚风燥型特应性皮炎血清总IgE、IL-4、IL-5变化及疗效评价[J]. 中医药临床杂志,2017,29(1):125-127.
- [21] 张熾文,黄红,郭筱芳,等. 四物消风饮加味联合氯雷他定片治疗特应性皮炎血虚风燥证疗效及对患者Th1/Th2平衡的影响[J]. 陕西中医,2022,43(11):1540-1543.
- [22] 崔晗,张天博,曲韵,等. 宋艳丽教授基于“治风先治血”探讨芪归润燥方治疗血虚风燥型特应性皮炎的经验总结[J]. 中国医药导报,2023,20(11):131-135.
- [23] 耿敏,张慧敏. 夏氏当归止痒方治疗血虚风燥型成人特应性皮炎的疗效观察[J]. 辽宁中医杂志,2024,51(2):93-98.
- [24] 杨强,张跃营. 健脾祛风汤联合针刺治疗血虚风燥型特应性皮炎疗效及对患者皮肤屏障功能的影响[J]. 中国皮肤性病学杂志,2018,32(9):1070-1075.
- [25] 王红,吴霞,韩慧,等. 火针联合西药治疗血虚风燥型特应性皮炎的临床疗效观察[J]. 基层中医药,2022,1(6):44-49.
- [26] 刘云. 养血润燥法联合药浴治疗成人期特应性皮炎(血虚风燥证)临床疗效观察[D]. 南昌:江西中医药大学,2019.

# Effects of Electroacupuncture Combined with Traditional Chinese Medicinal Fumigation on Skin Barrier Function in Moderate – to – Severe Atopic Dermatitis Patients with Blood Deficiency and Wind Dryness Pattern

Ji Qin, NIU Xianglai

*Traditional Chinese Medicine Diagnosis and Treatment Center, The First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi 830054, China*

**Abstract** Objective: To explore the effect of electroacupuncture combined with traditional Chinese medicine fumigation on skin barrier function in patients with moderate to severe atopic dermatitis (AD) of blood deficiency and wind dryness type. Method: Selected from April 2020 to October 2024, The case data of 96 AD patients admitted to the acupuncture and moxibustion and Massage Department of the First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University were selected, they were randomly divided into two groups, with 48 cases in each group. The control group received Western medicine treatment, while the observation group received electroacupuncture combined with traditional Chinese medicine fumigation treatment. The SCORAD score, skin barrier function indicators, immune function treatment before and after treatment were compared between the two groups, and the clinical efficacy and recurrence rate after 6 months of follow – up and adverse reaction incidence rate were also compared. Result: After treatment, the water content, sebum content, and interleukin – 2 (IL – 2) in the stratum corneum of both groups were significantly increased compared to before treatment ( $P < 0.05$ ). SCORAD scores, transcutaneous water loss (TEWL), eosinophils (EOS), serum immunoglobulin E (IgE), and interleukin – 4 (IL – 4) were significantly reduced compared to before treatment ( $P < 0.05$ ), and the improvement was more significant in the observation group ( $P < 0.05$ ). In terms of treatment efficiency, 97.92% in the observation group was significantly better than 81.25% in the control group ( $P < 0.05$ ); The therapeutic effect efficiency was better in the observation group at 97.92% compared to the control group at 81.25% ( $P < 0.05$ ); The recurrence rate after 6 months of follow – up was significantly lower in the observation group at 16.67% compared to the control group at 56.25% ( $P < 0.05$ ); The incidence of adverse reactions in the observation group (4.17%) was lower than that in the control group (16.67%) ( $P < 0.05$ ). Conclusion: The combination of electroacupuncture combined with traditional Chinese medicinal fumigation for treating moderate to severe AD patients with blood deficiency and wind dryness is more effective than using Western medicine alone. It can effectively alleviate symptoms, improve skin barriers, regulate immune function, and prevent recurrence.

**Key words** Atopic dermatitis; Blood deficiency and wind dryness; Electroacupuncture; Traditional Chinese medicine fumigation; Skin barrier; Immune function