

当归饮子联合敷脐疗法治疗血虚风燥型慢性自发性荨麻疹的疗效评价及对 IgE、C3、C4 水平的影响

宋晓莉 张晓明

宁波市镇海区中医医院，浙江宁波，315200；

摘要：目的：观察分析对血虚风燥型慢性自发性荨麻疹患者实施当归饮子联合敷脐疗法治临床效果和应用价值。方法：选择院内就诊的 120 例血虚风燥型慢性自发性荨麻疹患者（样本纳入例数：120 例；样本纳入时间：2022 年 8 月至 2023 年 12 月），按随机数表随机分为对照组（西药组）、治疗 I 组（西药联合当归饮子）、治疗 II 组（西药联合当归饮子、敷脐疗法）各 40 例。分别在治疗前、第 2 周、第 4 周进行疗效积分评定，同时在治疗前、后进行 IgE、C3、C4 的检测，客观评定治疗方案对相关免疫因子的影响，分析治疗效果。结果：治疗 II 组的治疗总有效率最高，其次是治疗 I 组，对照组的总有效率最低，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。治疗 II 组的 C3 水平、C4 水平最高，其次是治疗 I 组，对照组最低；治疗 II 组的 IgE 水平最低，其次是治疗 I 组，对照组最高，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：当归饮子与当归饮子联合敷脐疗法治临床均可以有效改善血虚风燥型慢性自发性荨麻疹患者 IgE、C3、C4 水平，具有良好的治疗效果，相比单一当归饮子治疗，联合用药疗效更好，有较高应用价值。

关键词：血虚风燥；慢性自发性荨麻疹；当归饮子；敷脐疗法；治疗效果

DOI:10.69979/3029-2808.24.6.002

慢性自发性荨麻疹是皮肤科多发病常见病，病情严重，顽固难愈，对患者生活质量造成严重影响，给家庭和社会带来经济负担，是一个社会公共健康问题^[1-2]。其病因复杂，病机不明确，目前单纯抗组胺药物治疗不理想，二三四线药物因副作用及价格因素临床使用受限，寻求多渠道、多靶点的治疗方案成为中西医学研究的趋势^[3-5]。故本研究针对血虚风燥型慢性自发性荨麻疹患者实施当归饮子联合敷脐疗法治临床效果进行探讨。

1 对象与方法

1.1 对象

选择院内就诊的 120 例血虚风燥型慢性自发性荨麻疹患者（样本纳入例数：120 例；样本纳入时间：2022 年 8 月至 2023 年 12 月），按随机数表随机分为对照组（西药组）、治疗 I 组（西药联合当归饮子）、治疗 II 组（西药联合当归饮子、敷脐疗法）各 40 例。其中对照组（ $n=40$ 例）：性别：男性、女性分别 18 例、22 例；年龄均值（ 32.15 ± 4.29 ）岁；治疗 I 组（ $n=40$ 例）：性别：男性、女性分别 17 例、23 例；年龄均值（ 32.47 ± 4.11 ）岁；治疗 II 组（ $n=40$ 例）：性别：男性、女性分别 16 例、24 例；年龄均值（ 31.97 ± 4.35 ）岁。均

遵循自愿原则加入，了解并愿意参与本次研究。基线资料各项指标比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

对照组（西药组）：选择地氯雷他定片口服，每次 5mg，每晚 1 次。

治疗 I 组（西药联合当归饮子）：地氯雷他定片用法同上。同时予生地黄 15g、当归 10g、川芎 10g、白芍 12g、黄芪 12g、（制）何首乌 6g、防风 6g、荆苏 6g、白蒺藜 9g、甘草 3g，日一剂，共煎药液约 200ml（由本院统一代煎）分早晚两次饭后半小时服。

治疗 II 组（西药联合当归饮子、敷脐疗法）：地氯雷他定片、当归饮子用法同上。同时予中药敷脐，敷药制法：黄芪、白术、防风各等份，中药打粉机打成粉末，80 目过筛，每 3g 分装为一袋，嘱患者每晚药粉加适量温水混匀成丸，纳入脐部，敷贴封包，次日起床后去除。

1.3 观察指标

采用计分法记录治疗前、治疗后第 2、4 周及停药后两周的瘙痒程度、风团大小、风团数量及划痕情况给予 4 级标准评分。计算症状积分下降指数将治疗效果分

为治愈、显效、好转、无效 4 级。检测 IgE、C3、C4 水平，1 月后疗程结束后再次检测，对比治疗前后各免疫因子水平变化。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 软件对数据进行统计学分析，使用 t 和 χ^2 对应表示计量数据、计数数据， $P < 0.05$ 比较存在统计学差异。

2 结果

2.1 三组患者疗效对比

对照组、治疗 I 组、治疗 II 组患者治疗前的瘙痒程度 (2.23 ± 0.51 、 2.25 ± 0.49 、 2.21 ± 0.50)、风团大小 (2.31 ± 0.66 、 2.27 ± 0.59 、 2.33 ± 0.62)、风团数量 (2.15 ± 0.47 、 2.20 ± 0.50 、 2.23 ± 0.46)、划痕情况 (2.07 ± 0.44 、 2.11 ± 0.46 、 2.13 ± 0.42)；对照组、治疗 I 组、治疗 II 组患者治疗后第 2 周的瘙痒程

度 (1.81 ± 0.35 、 1.64 ± 0.44 、 1.37 ± 0.50)、风团大小 (1.79 ± 0.41 、 1.59 ± 0.38 、 1.38 ± 0.34)、风团数量 (1.77 ± 0.35 、 1.62 ± 0.34 、 1.40 ± 0.36)、划痕情况 (1.72 ± 0.41 、 1.59 ± 0.33 、 1.34 ± 0.31) 对照组、治疗 I 组、治疗 II 组患者治疗后第 4 周的瘙痒程度 (1.32 ± 0.35 、 1.10 ± 0.33 、 0.97 ± 0.35)、风团大小 (1.33 ± 0.36 、 1.02 ± 0.32 、 0.85 ± 0.30)、风团数量 (1.29 ± 0.42 、 1.07 ± 0.33 、 0.84 ± 0.29)、划痕情况 (1.27 ± 0.39 、 1.01 ± 0.28 、 0.79 ± 0.30) 对照组、治疗 I 组、治疗 II 组患者停药后两周的瘙痒程度 (1.17 ± 0.45 、 0.92 ± 0.45 、 0.78 ± 0.30)、风团大小 (1.10 ± 0.41 、 0.89 ± 0.37 、 0.74 ± 0.29)、风团数量 (1.05 ± 0.38 、 0.88 ± 0.35 、 0.77 ± 0.27)、划痕情况 (1.12 ± 0.34 、 0.86 ± 0.31 、 0.70 ± 0.32)。治疗 II 组的治疗总有效率最高，其次是治疗 I 组，对照组的总有效率最低，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 三组患者疗效对比 [%，(n)]

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	治疗总有效率
对照组	40	20.00 (8/40)	37.50 (15/40)	15.00 (6/40)	22.50 (11/40)	72.50 (29/40)
治疗 I 组	40	25.00 (10/40)	42.50 (17/40)	17.50 (7/40)	15.00 (6/40)	85.00 (34/40)
治疗 II 组	40	32.50 (13/40)	45.00 (18/40)	17.50 (7/40)	5.00 (2/40)	95.00 (38/40)
χ^2/P 对照组与治疗 I 组结果对比	-	-	-	-	-	$\chi^2=4.669$ $P=0.031$
χ^2/P 对照组与治疗 II 组结果对比	-	-	-	-	-	$\chi^2=18.599$ $P=0.000$
χ^2/P 治疗 I 组与治疗 II 组结果对比	-	-	-	-	-	$\chi^2=5.556$ $P=0.018$

2.2 三组患者治疗前后的免疫因子水平对比

对照组、治疗 I 组、治疗 II 组患者治疗前的 IgE 水平 (19.33 ± 1.45 、 19.37 ± 1.42 、 19.30 ± 1.44) mg/L、C3 水平 (0.95 ± 0.18 、 0.96 ± 0.17 、 0.94 ± 0.18) g/L、C4 水平 (0.31 ± 0.10 、 0.32 ± 0.11 、 0.30 ± 0.11) g/L；对照组与治疗 I 组结果对比 (t_{IgE} 水平=0.097， $P_1=0.923$ ； t_{C3} 水平=0.252， $P_2=0.801$ ； t_{C4} 水平=0.410， $P_3=0.682$)；对照组与治疗 II 组结果对比 (t_{IgE} 水平=0.092， $P_1=0.926$ ； t_{C3} 水平=0.009， $P_2=0.992$ ； t_{C4} 水平=0.688， $P_3=0.493$)；治疗 I 组与治疗 II 组结果对比 (t_{IgE} 水平=0.228， $P_1=0.819$ ； t_{C3} 水平=0.503， $P_2=0.616$ ； t_{C4} 水平=0.801， $P_3=0.425$)。

对照组、治疗 I 组、治疗 II 组患者治疗后的 IgE

水平 (14.21 ± 1.10 、 12.33 ± 0.97 、 10.11 ± 0.94) mg/L、C3 水平 (1.01 ± 0.10 、 1.15 ± 0.11 、 1.26 ± 0.14) g/L、C4 水平 (0.34 ± 0.06 、 0.38 ± 0.05 、 0.42 ± 0.05) g/L；对照组与治疗 I 组结果对比 (t_{IgE} 水平=8.065， $P_1=0.001$ ； t_{C3} 水平=5.733， $P_2=0.001$ ； t_{C4} 水平=3.255， $P_3=0.001$)；对照组与治疗 II 组结果对比 (t_{IgE} 水平=17.744， $P_1=0.001$ ； t_{C3} 水平=8.965， $P_2=0.001$ ； t_{C4} 水平=6.566， $P_3=0.001$)；治疗 I 组与治疗 II 组结果对比 (t_{IgE} 水平=10.341， $P_1=0.001$ ； t_{C3} 水平=3.875， $P_2=0.001$ ； t_{C4} 水平=3.574， $P_3=0.001$)。治疗 II 组的 C3 水平、C4 水平最高，其次是治疗 I 组，对照组最低；治疗 II 组的 IgE 水平最低，其次是治疗 I 组，对照组最高，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

当归饮子联合敷脐疗法治疗可以发挥中医药优势和中医外治特色,以中医整体观和辨证论治为理论基础,结合中医经络学说,内外同治,标本兼顾,以提高疗效,缩短病程,减少复发^[6-8]。针对个体禀赋差异,提出补益气血、扶正祛邪、调整阴阳的治则运用中医综合疗法,整合中西医治疗优势,提高临床疗效,从而为临床提供一种有效、经济的治疗方案^[9-10]。本研究结果显示,治疗 II 组的治疗总有效率最高,其次是治疗 I 组,对照组的治疗总有效率最低;治疗 II 组的 C3 水平、C4 水平最高,其次是治疗 I 组,对照组最低;治疗 II 组的 IgE 水平最低,其次是治疗 I 组,对照组最高。当归饮子、敷脐疗法均具有良好的治疗效果,有助于改善 IgE、C3、C4 水平。

综上所述,当归饮子与当归饮子联合敷脐疗法治疗均可以有效促进血虚风燥型慢性自发性荨麻疹患者症状改善。相比单一抗组胺药物、当归饮子治疗,联合用药疗效更好,有较高应用价值。有一定现实意义,值得推广。

参考文献

[1] 铁育华,黄楠,张维维,等. 荨麻汤联合刺络放血疗法治疗血虚风燥型慢性荨麻疹的临床疗效及对血浆 D-二聚体水平的影响[J]. 大医生,2023,8(9):90-93
[2] 李洁,丁波. 刺络放血联合消风散治疗血虚风燥型慢性荨麻疹的临床效果[J]. 中国社区医师,2023,39(28):62-64
[3] 陈贞,杨艳,范思雨. 当归饮子内服联合自拟润燥止痒方煎汤熏洗治疗血虚风燥型慢性湿疹的效果观察

[J]. 中国社区医师,2023,39(18):67-69
[4] 李钰,鄢德政,王飞虎,等. 针刺、刺血疗法配合药物治疗慢性自发性荨麻疹疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2023,42(3):268-273
[5] 刘坤,吴心力,王英丽. 当归饮子联合常规西药治疗血虚风燥型慢性荨麻疹临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2020,18(9):124-126
[6] 邹宇,吕欣桐,唐清体. 针灸联合自血疗法治疗慢性荨麻疹(血虚风燥型)效果及对 UAS 评分、外周血 T 淋巴细胞 STAT3 mRNA 表达水平的影响[J]. 中华中医药学刊,2019,37(7):1781-1784
[7] 袁兆毓,丁黎微,朱小涛. 膻穴自血疗法联合当归饮子汤与依巴斯汀片治疗血虚风燥型慢性荨麻疹患者的效果[J]. 中国民康医学,2021,33(22):116-118
[8] 刘欣颖,黄青,王雨晴,等. 当归饮子加味联合咪唑斯汀治疗血虚风燥型荨麻疹的疗效及对生活质量的影响[J]. 临床和实验医学杂志,2024,23(4):421-425
[9] 贾丽梅,姚云. 当归饮子加减联合火针治疗血虚风燥型慢性湿疹 35 例[J]. 中国中医药科技,2024,31(1):126-128
[10] 张慧. 消风敷脐贴联合氯雷他定治疗血虚风燥型慢性荨麻疹患者的效果[J]. 中国民康医学,2023,35(16):132-134
基金项目: 宁波市镇海区科学技术局医学科技计划项目
项目名称: 当归饮子联合敷脐疗法治疗血虚风燥型慢性自发性荨麻疹的疗效评价及对 IgE、C3、C4 水平的影响
项目编号: 2021013