

物的研究进展[J]. 医学综述, 2022, 28(12): 2351-2356.

[24] 王强珍. 血清 MIP-1 β 、TRACP-5b 和 FGF-23 检测对绝经后骨质疏松患者发生骨折的预测价值[J]. 检验医学与临床, 2023, 20(1): 36-40.

[25] 童磊, 贾锋, 范丽, 等. 膝关节滑液白细胞介素 1 β 、白细胞介素 17、前列腺素 E2 含量与老年膝骨关节炎预后的关系研究[J]. 中医正骨, 2022, 34(1): 33-36; 40.

[26] 李文雯, 胡业华, 杨倩, 等. 宣痹健膝汤内服联合经筋刺法治疗膝骨关节炎临床研究[J]. 河北中医, 2024, 46(7): 1107-1111.

[27] 李艳, 王巧芸, 黄伟. 温针齐刺法治疗风寒湿痹型膝骨性关节炎患者的疗效及对血清 TNF- α 、IL-1 β 水平的影响[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(11): 25-29.

[28] 陈天鑫, 张智龙, 杨胜平, 等. 穴位注射治疗老年膝骨性关节炎疗效及对血清 IL-6、PⅢNP、TNF- α 的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(22): 3140-3143.

中医特色疗法对痰瘀痹阻证多发性骨髓瘤周围神经病变患者的临床疗效

黎耀¹, 古学奎¹, 黄凤蕊²
(1. 广州中医药大学第一附属医院血液科, 广东省中医临床研究院, 广东 广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院药学部, 广东省中医临床研究院, 广东 广州 510405)

摘要: **目的** 探究中医特色疗法对多发性骨髓瘤周围神经病变患者的临床疗效。**方法** 150 例患者随机分为汤剂组、汤剂熏洗组和针药熏洗组, 每组 50 例, 3 组采用常规治疗, 同时汤剂组给予桃红四物汤合涤痰汤加减, 汤剂熏洗组在汤剂组基础上加用特色熏洗方, 针药熏洗组在汤剂熏洗组基础上加用针刺, 疗程 14 d。检测临床疗效、中医证候评分、神经传导速度 (正中神经、腓总神经 SNCV、MNCV)、生化指标 (CXCL1、CXCR2)、生存质量 (FACT/GOG-Ntx 评分)、不良反应发生率变化。**结果** 针药熏洗组总有效率高于汤剂组和汤剂熏洗组 ($P<0.05$)。治疗后, 3 组中医证候评分、生化指标降低 ($P<0.05$)、神经传导速度加快 ($P<0.05$), 以针药熏洗组更明显 ($P<0.05$); 治疗后 8 周, 3 组 FACT/GOG-Ntx 评分降低 ($P<0.05$), 以针药熏洗组更明显 ($P<0.05$)。3 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 中医特色疗法能安全有效地改善痰瘀痹阻证多发性骨髓瘤周围神经病变患者神经传导速度及临床症状, 提高预后生存质量, 其作用机制可能与调控 CXCL1/CXCR2 通路相关。

关键词: 桃红四物汤; 涤痰汤; 特色熏洗方; 针刺; 常规治疗; 多发性骨髓瘤周围神经病变; 中西医结合疗法; CXCL1
中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2025)07-2465-05
doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.07.056

多发性骨髓瘤是一种以骨髓单克隆浆细胞大量增生为主要病理表现的血液肿瘤疾病, 目前临床主要通过化疗手段控制病情^[1-2], 然而化疗可能引发多发性骨髓瘤周围神经病变, 表现为肢体疼痛、麻木等症状, 严重者可导致瘫痪, 影响患者的生活质量^[3]。目前, 西药对多发性骨髓瘤周围神经病变仅能通过甲钴胺、叶酸等药物进行辅助缓解, 而中西医结合疗法成为相关研究的热点^[4-6]。多发性骨髓瘤在中医中归属于“骨痹”“骨瘤”范畴, 其根本病机为肾精虚损, 肾主骨生髓, 肾精亏虚则骨髓失充, 乃发骨痹, 而并发之症可以“痹症”“血痹”论治, 后天之本受先天所养, 故肾气亏虚则脾失健运, 气血津液难以输布全身, 久则气滞而生瘀血, 与痰湿互结而阻滞脉络, 使四肢无血可荣,

诱发肢体麻痹之症, 故主要病机为痰瘀痹阻^[7]。中药汤剂口服在改善多发性骨髓瘤周围神经病变症状已取得一定临床效果^[8], 如桃红四物汤为活血祛瘀之佳方, 涤痰汤能豁痰清热, 利气补虚, 二方合用, 补气养血为主, 化痰祛瘀为重; 特色熏洗方外用可使药物分子直达病灶, 发挥缓解病情的作用, 临床治疗糖尿病具有确切疗效^[9]; 针刺能修复周围神经损伤, 其机制涉及多种信号通路^[10]。本研究以桃红四物汤合涤痰汤加减、特色熏洗方及针刺联合的中医特色疗法治疗多发性骨髓瘤周围神经病变患者, 旨在探究其临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2020 年 4 月至 2021 年 9 月就诊于广州中

医药大学第一附属医院的 150 例多发性骨髓瘤周围神经病变患者，随机数字表法分为汤剂组、汤剂熏蒸组和针药熏蒸组，每组 50 例。3 组一般资料见表 1，可知差异无统计

学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。研究经医院伦理委员会批准 (批号 k-2023-074)。

表 1 3 组一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=50$)

组别	性别/例		平均年龄/岁	多发性骨髓瘤类型/例			DS 分期/例		周围神经病变分级/例		
	男	女		IgG 型	IgA 型	轻链(κ/λ)型	Ⅱ期	Ⅲ期	1 级	2 级	3 级
汤剂组	24	26	58.1±8.6	27	14	9	16	34	13	26	11
汤剂熏蒸组	21	29	56.9±8.2	31	11	8	19	31	11	30	9
针药熏蒸组	27	23	57.6±8.4	28	16	6	15	35	16	21	13

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 (多发性骨髓瘤相关周围神经病变) 参照《多发性骨髓瘤周围神经病变诊疗中国专家共识》^[11]，感觉神经检查、运动神经检查、自主神经相关检查及神经电生理检查结果中 1 项或多项异常，即可确诊。

1.2.2 中医 (痰瘀痹阻证) 参照《中药新药临床研究指导原则》^[12]，患肢麻木、蚁行感、胫胝感，疼痛伴憋胀不适，或痛觉消失，患肢末端肿胀，发凉怕冷，口黏纳差；舌体胖大，质黯或淡胖，苔白腻，脉弦滑。

1.3 纳入标准 ①符合“1.2”项下诊断标准；②年龄 18~70 岁；③预计生存期≥6 个月；④周围神经病变分级 1~3 级；⑤患者及其家属了解本研究，签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①伴随重度脏器功能损伤；②合并其他恶性肿瘤；③合并严重传染病；④伴随精神障碍；⑤存在脊髓损伤史；⑥合并营养障碍、遗传性、外伤性疾病及糖尿病致周围神经病变；⑦对本研究药物过敏。

1.5 治疗手段 3 组给予常规治疗，包括甲钴胺片 (海南斯达制药有限公司，H20050997，0.5 mg/片)，每天 3 次，每次 0.5 mg；叶酸片 (广州白云山光华制药有限公司，H44020019，5 mg/片) 口服，每天 1 次，每次 5 mg，疗程 14 d。

汤剂组在常规治疗基础上加用桃红四物汤合涤痰汤加减口服，组方药材党参 20 g，桃仁、熟地、红花、法半夏、竹茹、枳实、菖蒲各 15 g，当归、川芎、白芍、陈皮、胆南星、甘草各 10 g，水煎取汁 400 mL，分早晚 2 次温服，同时每天以 3 L 温水倒入恒温足浴箱，加热至 55~60 ℃时熏蒸 5~10 min，待水温降至 40 ℃左右且耐受时双足浸没于水中，维持温度于 40 ℃浸泡 30 min，每天 1 次，疗程 14 d。

汤剂熏洗组在常规治疗基础上加用桃红四物汤合涤痰汤加减及特色熏洗方，前者组成及用法用量均同汤剂组；后者组方药材苍术、毛冬青各 30 g，僵蚕、川芎、法半夏各 20 g，甘草 15 g，煎成水剂后倒入恒温足浴箱，温水补足至 3 L，加热至 55~60 ℃后熏蒸 5~10 min，待药液温度降至 40 ℃左右且耐受时双足浸没于药液中，维持 40 ℃浸泡 30 min，每天 1 次，疗程 14 d。

针药熏洗组在常规治疗基础上加用桃红四物汤合涤痰汤加减、特色熏洗方及针刺，前两者组成及用法用量均同于汤剂熏洗组；后者依据《经穴名称与定位》准确选取三

阴交、足三里、阳陵泉、阴陵泉、手三里、血海、膈俞、合谷、曲池穴，针具选取 28 号 2 寸针 (0.35 mm×50 mm)，其中膈俞、合谷穴直刺进针 15~25 mm，曲池穴直刺进针 30~80 mm，其余穴位直刺进针 25~40 mm，得气后行泻法，留针 30 min，每天 1 次，5 次后休息 2 d，疗程 14 d。

1.6 指标检测

1.6.1 中医证候评分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[12]，将肢体麻木、疼痛不适、末端肿胀、肢寒畏冷、口黏纳差等证候根据无、轻度、中度、重度，分别评为 0、1、2、3 分。

1.6.2 神经传导速度 采用 NDI-094 型肌电图仪 (宁波富尔医疗科技有限公司) 测定正中神经、腓总神经的感觉神经传导速度 (SNCV)、运动神经传导速度 (MNCV)。

1.6.3 生化指标 抽取 3 组患者清晨空腹静脉血各 3 mL，Microfuge 16 型离心机 (美国贝克曼库尔特有限公司) 3 600 r/min 常温离心 10 min，取血清，-80 ℃冷冻，采用酶联免疫吸附试验^[13]检测 CXC 趋化因子配体 1 (CXCL1)、CXC 趋化因子受体 2 (CXCR2) 水平，严格按照相关试剂盒 (武汉默沙克生物科技有限公司) 说明书操作。

1.6.4 生存质量 治疗后 4、8 周进行随访，采用肿瘤患者神经毒性评估量表 (FACT/GOG-Ntx)^[14]，包含全身无力、肌肉抽搐、关节疼痛等 11 项目，每项 0~4 分，总分 0~44 分，分值越低，生活质量越高。

1.6.5 不良反应发生率 治疗期间，记录 3 组不良反应发生情况，计算其发生率。

1.7 疗效评价 参照《多发性骨髓瘤中西医结合诊疗专家共识》^[11]，①显效，肢体麻木等症状显著缓解，周围神经毒性评级为 0 级或降低≥2 级，中医证候评分降低≥75%；②有效，肢体麻木等症状稍有改善，周围神经毒性评级降低 1 级，30%≤中医证候评分降低≤74%；③无效，主要症状未变化，中医证候评分降低<30%。总有效率= [(显效例数+有效例数) / 总例数] ×100%。

1.8 统计学分析 通过 SPSS 25.0 软件进行处理，计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验；符合正态分布的计量资料以 ($\bar{x}\pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 t 检验，同组治疗前后比较采用配对样本 t 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

剂组 ($P<0.05$)，见表 2。

2.1 临床疗效

针药熏蒸组总有效率高于汤剂熏蒸组和汤

表 2 3 组临床疗效比较 [例 (%), $n=50$]

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
汤剂组	14(28.00)	23(46.00)	13(26.00)	74.00
汤剂熏蒸组	21(80.00)	19(80.00)	10(20.00)	80.00
针药熏蒸组	26(52.00)	21(42.00)	3(6.00)	94.00 ^{#△}

注：与汤剂组比较，[#] $P<0.05$ ；与汤剂熏蒸组比较，[△] $P<0.05$ 。

2.2 中医证候评分

治疗后，3 组中医证候评分降低 ($P<0.05$)；与汤剂熏蒸组比较，针药熏蒸组降低更明显 ($P<0.05$)；与汤剂组比较，针药熏蒸组、汤剂熏蒸组降低更明显 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 3 组中医证候评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$, $n=50$)

组别	肢体麻木		疼痛不适		末端肿胀		肢寒畏冷		口黏纳差	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
汤剂组	2.41±1.62	1.42±1.41 [*]	2.48±0.87	1.28±0.87 [*]	2.42±1.14	1.39±0.76 [*]	2.40±1.23	1.31±0.73 [*]	2.01±1.52	1.04±0.87 [*]
汤剂熏蒸组	2.43±1.56	0.98±1.09 ^{**#}	2.41±1.07	0.87±0.63 ^{**#}	2.41±1.21	1.08±0.49 ^{**#}	2.37±1.19	0.82±0.47 ^{**#}	1.87±1.47	0.86±0.65 ^{**#}
针药熏蒸组	2.36±1.47	0.67±0.38 ^{**#△}	2.43±1.04	0.57±0.44 ^{**#△}	2.46±1.17	0.87±0.37 ^{**#△}	2.33±1.24	0.54±0.34 ^{**#△}	1.93±1.24	0.42±0.37 ^{**#△}

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与汤剂组治疗后比较，[#] $P<0.05$ ；与汤剂熏蒸组治疗后比较，[△] $P<0.05$ 。

2.3 神经传导速度

治疗后，3 组神经传导速度加快 ($P<0.05$)；与汤剂熏蒸组比较，针药熏蒸组加快更明显 ($P<0.05$)；与汤剂组比较，针药熏蒸组、汤剂熏蒸组加快更明显 ($P<0.05$)，见表 4。

表 4 3 组神经传导速度比较 (m/s, $\bar{x}\pm s$, $n=50$)

组别	正中神经-SNCV		正中神经-MNCV		腓总神经-SNCV		腓总神经-MNCV	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
汤剂组	37.65±2.86	44.36±3.16 [*]	41.34±2.14	44.56±2.47 [*]	40.07±3.48	42.07±3.61 [*]	36.54±4.05	41.07±3.48 [*]
汤剂熏蒸组	38.03±2.97	47.36±3.16 ^{**#}	40.76±2.07	48.72±2.53 ^{**#}	39.07±3.58	44.64±3.68 ^{**#}	35.84±4.13	43.29±3.57 ^{**#}
针药熏蒸组	37.54±2.82	53.77±3.67 ^{**#△}	40.67±2.03	55.08±2.66 ^{**#△}	41.98±3.67	47.26±3.87 ^{**#△}	36.81±4.31	46.64±3.86 ^{**#△}

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与汤剂组治疗后比较，[#] $P<0.05$ ；与汤剂熏蒸组治疗后比较，[△] $P<0.05$ 。

2.4 生化指标

治疗后，3 组血清 CXCL1、CXCR2 水平降低 ($P<0.05$)，以针药熏蒸组更明显 ($P<0.05$)，见表 5。

表 5 3 组生化指标比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=50$)

组别	CXCL1/(ng·mL ⁻¹)		CXCR2/(pg·mL ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
汤剂组	10.49±2.36	7.22±2.04 [*]	182.79±15.07	136.46±14.13 [*]
汤剂熏蒸组	10.78±2.27	6.46±1.92 [*]	179.79±13.33	132.07±12.43 [*]
针药熏蒸组	11.04±2.19	5.51±1.83 ^{**#△}	181.86±15.24	126.62±8.46 ^{**#△}

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与汤剂组治疗后比较，[#] $P<0.05$ ；与汤剂熏蒸组治疗后比较，[△] $P<0.05$ 。

2.5 不良反应发生率

3 组不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 6。

表 6 3 组不良反应发生率比较 [例 (%), $n=50$]

组别	恶心	腹泻	食欲降低	皮疹	总发生率/%
汤剂组	2(4.00)	3(6.00)	1(2.00)	0(0)	12.00
汤剂熏蒸组	4(8.00)	1(2.00)	1(2.00)	3(6.00)	18.00
针药熏蒸组	3(6.00)	1(2.00)	2(4.00)	1(2.00)	14.00

2.6 生存质量

治疗 4、8 周后，3 组 FACT/GOG-Ntx 评分降低 ($P<0.05$)；治疗 8 周后，与汤剂组比较，针药熏蒸组、汤剂熏蒸组时降低更明显 ($P<0.05$)；治疗 4、8 周后，与汤剂熏蒸组比较，针药熏蒸组降低更明显 ($P<0.05$)，见表 7。

表 7 3 组 FACT/GOG-Ntx 评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$, $n=50$)

组别	治疗前	治疗 4 周后	治疗 8 周后
汤剂组	18. 92±5. 76	16. 86±3. 17 *	15. 67±2. 12 *
汤剂熏蒸组	18. 34±5. 63	16. 47±2. 94 *	14. 15±1. 46 * #
针药熏蒸组	17. 88±5. 40	14. 04±1. 92 * #△	12. 66±0. 84 * #△

注：与同组治疗前比较,* $P<0.05$ ；与汤剂组治疗同一时间段后比较,# $P<0.05$ ；与汤剂熏蒸组治疗同一时间段后比较,△ $P<0.05$ 。

3 讨论

骨痹之症，以肾气亏虚为本，痰瘀互结、痹阻脉络为标，其治则以补气益肾、化痰祛瘀、行气活血为主。桃红四物汤合涤痰汤中桃仁与红花合用主司活血化瘀之效，川芎可助活血之职；当归补血活血，熟地温补血虚，滋养肾阴，合用可益肾养阴；白芍柔肝养血、党参健脾促运，合用养血生津；半夏燥湿化痰，合用陈皮、枳实，助燥湿消痰之效；胆南星清热化痰，合用竹茹，增强清热之效，合用石菖蒲助化痰燥湿之效，以甘草为使，助补气益中之效，调和药性，诸药合用共奏益气扶正、养阴生津、活血祛瘀之职。特色熏洗方中苍术走于四肢肌表而祛湿除痹，僵蚕祛风止痛，毛冬清热解毒、活血通脉，半夏外用可攻毒散结，诸药以热能携药物分子，开腠理而入经络，及时缓解下肢麻痹不仁之症。针刺法取三阴交，可养脾肝肾之阴；足三里可健脾促运，合用阴陵泉而助健脾燥湿之功，阳陵泉可疏肝利胆、舒筋活络，手三里可行气通腑，助通经活络之效，以血海调经统血，膈俞、合谷、曲池功助清热通脉、通络止痛之效，诸穴合用既能养阴益血、化湿祛瘀，助经脉通达而使气血可荣肢体。本研究结果显示针药熏蒸组总有效率更高，3 组中医证候评分降低，神经传导速度加快，以针药熏蒸组更明显。组方中红花黄色素具有确切改善机体神经传导速度的作用^[15]，熟地黄确能改善神经损伤^[16]，针刺足三里能有效改善周围神经病变疼痛^[17]，由此可见以桃红四物汤合涤痰汤加减口服联合特色熏洗方外洗及针刺等中医特色疗法能有效改善临床症状与神经传导速度。

研究指出 CXC 趋化因子家族 CXCL1 在周围神经病变所致神经病理性疼痛中具有抗伤害性作用^[18]，其相关信号轴 CXCL1/CXCR2 确有调控外周炎症或神经损伤致病理性疼痛的作用，为具有潜能的新型镇痛药物靶点^[19-21]。经 14 d 治疗后，3 组血清 CXCL1、CXCR2 水平降低，以针药熏蒸组更明显，考虑与组方中红花、当归及川芎中抑制神经炎症的活性物质相关^[22-24]，可能通过改善神经炎症反应，发挥调控 CXCL1/CXCR2 信号轴活性的作用。此外白芍总苷具有调控 IL-17 炎症相关靶点 CXCL1 水平的作用，可抑制银屑病角质形成细胞凋亡^[25]。由此提示，联合治疗确有调控 CXCL1/CXCR2 信号轴的作用。治疗后 4、8 周时，3 组 FACT/GOG-Ntx 评分降低，以针药熏蒸组更明显，提示基于西药治疗基础上运用中医特色疗法不会增加不良反应发生率，且有助于改善患者生存质量。

综上所述，以桃红四物汤合涤痰汤加减口服联合特色

熏洗方外洗及针刺等中医特色疗法显示出促进神经传导速度改善、辅助西药缓解肢体麻木等临床症状，从而提升患者生存质量的效果。同时，研究发现中医特色疗法治疗发性骨髓瘤周围神经病变可能通过调控 CXCL1/CXCR2 信号通路发挥作用，这为未来研究提供了新的探索方向。

参考文献：

[1] Wang S F, Xu L, Feng J N, *et al.* Prevalence and incidence of multiple myeloma in urban area in China; a national population-based analysis[J]. *Front Oncol*, 2020, 9: 1513.

[2] Soekojo C Y, Chng W J. Treatment horizon in multiple myeloma[J]. *Eur J Haematol*, 2022, 109(5): 425-440.

[3] Vidisheva A P, Wang J, Spektor T M, *et al.* Safety of BTZ retreatment for patients with low-grade peripheral neuropathy during the initial treatment[J]. *Support Care Cancer*, 2017, 25(10): 3217-3224.

[4] 钟 宇,周延峰,王敬毅,等. 中西医结合治疗多发性骨髓瘤周围神经病变的研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2023, 37(8): 16-18.

[5] 于 源,陈丽娟,孙金芳. 中西医治疗化疗药物诱导周围神经病变临床研究进展[J]. 世界中医药, 2024, 19(9): 1348-1354.

[6] 何晓玉,马 薇,荣爱红,等. 中西医结合治疗不分泌型多发性骨髓瘤及其化疗相关周围神经病变验案[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(1): 84-88; 100.

[7] 何丹迪,王金环,张春宇,等. 孙伟正运用清解之法辨治多发性骨髓瘤经验[J]. 中医杂志, 2023, 64(24): 2500-2504.

[8] 刘永华,江锦红,章俏雷,等. “补肾活血”法预防硼替佐米治疗多发性骨髓瘤致周围神经病变的疗效观察[J]. 中华全科医学, 2020, 18(3): 374-376.

[9] 杨雪蓉,黄 俊,金桑懿,等. 穴位埋针联合中药熏洗治疗糖尿病周围神经病变临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(9): 173-177.

[10] 韩易言,马铁明. 针刺修复周围神经损伤相关信号通路的研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(8): 118-122.

[11] 中国医师协会血液科医师分会多发性骨髓瘤专业委员会. 多发性骨髓瘤周围神经病变诊疗中国专家共识(2015 年)[J]. 中华内科杂志, 2015, 54(9): 821-824.

[12] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.

[13] 赵慧咏,魏 昇,杨茗皓,等. 肿瘤相关巨噬细胞及其分泌的 CXCL1 对肝癌细胞系 Huh7 生物学行为的影响[J]. 安徽医科大学学报, 2023, 58(3): 398-404.

[14]

Calhoun E A, Welshman E E, Chang C H, *et al.* Psychometric evaluation of the functional assessment of cancer therapy/gynecologic oncology group-neurotoxicity (Fact/GOG-Ntx) questionnaire for patients receiving systemic chemotherapy[J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2003, 13 (6): 741-748.

[15]

何万辉, 简小兵, 王文英, 等. 红花黄色素对糖尿病大鼠神经传导速度的影响[J]. *中 成 药*, 2020, 42 (7): 1918-1920.

[16]

李赛菲, 袁培培, 魏亚新, 等. 熟地黄通过抑制自噬和铁死亡改善缺血性脑卒中大鼠神经功能损伤[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2024, 30(8): 26-33.

[17]

马益琪, 胡群祺, 邵昭霞, 等. 电针对糖尿病周围神经痛大鼠脊髓背角缓激肽 B1 受体和磷酸化蛋白激酶 C 的影响[J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(3): 1668-1671.

[18]

姜保春, 高永静. 趋化因子及其受体: 神经病理性疼痛的潜在治疗靶点[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2020, 26 (11): 805-813.

[19]

Zhou L, Hu Y H, Li C Y, *et al.* *Levo-corydalmine* alleviates vincristine-induced neuropathic pain in mice by inhibiting an

NF-kappa B-dependent CXCL1/CXCR2 signaling pathway[J]. *Neuropharmacology*, 2018, 135: 34-47.

[20]

Cao L, Malon J T. Anti-nociceptive role of CXCL1 in a murine model of peripheral nerve injury-induced neuropathic pain[J]. *Neuroscience*, 2018, 372: 225-236.

[21]

Ni H D, Wang Y G, An K, *et al.* Crosstalk between NFκB-dependent astrocytic CXCL1 and neuron CXCR2 plays a role in descending pain facilitation[J]. *J Neuroinflammation*, 2019, 16(1): 1.

[22]

李 阳, 焦 扬, 牛 洁. 红花中的黄酮类化学成分及其药理作用研究进展[J]. *环球中医药*, 2024, 17(1): 137-143.

[23]

宋蔚宁, 刘树民, 王萌影, 等. 当归在神经退行性疾病中的研究进展[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2024, 30(14): 279-287.

[24]

邹 秘, 徐世军, 代 渊. 川芎活性成分改善神经退行性疾病药理研究进展[J]. *环球中医药*, 2022, 15 (8): 1497-1502.

[25]

张 莉, 布乃滨, 孙淑娜, 等. 白芍总苷对角质形成细胞炎症反应和凋亡的影响[J]. *山东中医药大学学报*, 2023, 47(4): 471-479.

润燥止痒胶囊联合常规治疗对血虚风燥证特应性皮炎患者的临床疗效

徐 蕾¹, 罗从容^{1*}, 唐普分², 张 敏³, 杨昌明³, 王 丽⁴
(1. 黔西南布依族苗族自治州人民医院皮肤科, 贵州 兴义 562400; 2. 安龙县人民医院皮肤科, 贵州 兴义 552400; 3. 黔西南布依族苗族自治州疾病预防控制中心, 贵州 兴义 562400; 4. 黔西南布依族苗族自治州人民医院检验科, 贵州 兴义 562400)

摘要: **目的** 探讨润燥止痒胶囊联合常规治疗对血虚风燥证特应性皮炎患者的临床疗效。**方法** 86 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 43 例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用润燥止痒胶囊, 疗程 8 周。检测临床疗效、中医证候评分、EASI 评分、SCORAD 评分、PP-NRS 评分、DLQI 评分、实验室指标 (IgE、EOS、CRP、IL-4、IL-6)、复发情况、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后 8 周, 观察组复发率低于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、EASI 评分、SCORAD 评分、PP-NRS 评分、DLQI 评分、实验室指标降低 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 润燥止痒胶囊联合常规治疗可安全有效地缓解血虚风燥证特应性皮炎患者皮肤瘙痒, 改善生活质量, 降低复发率。

关键词: 润燥止痒胶囊; 常规治疗; 特应性皮炎; 血虚风燥证; 瘙痒程度; 皮肤病生活质量指数; 复发

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2025)07-2469-04

doi: 10. 3969/j. issn. 1001-1528. 2025. 07. 057

收稿日期: 2025-03-21
作者简介: 徐 蕾 (1978—), 女, 副主任医师, 从事皮肤性病研究。Tel: 13985091012, E-mail: 13985091012@163.com
* 通信作者: 罗从容 (1968—), 女 (布依族), 主任医师, 从事中医皮肤科研究。E-mail: 454180631@qq.com