闪罐结合非索非那定治疗急性荨麻疹疗效观察及对炎症因子、免疫因子及变态反应水平的影响

王燕，宋霞璐，周增民

兰溪市人民医院皮肤科，浙江 兰溪 321100

［摘要］**目的：**观察闪罐疗法联合非索非那定治疗急性荨麻疹的临床疗效及对炎性因子、免疫细胞及变态反应水平的影响。**方法：**选取2023年10月—2024年10月兰溪市人民医院皮肤科门诊治疗的100例急性荨麻疹患者，按随机数字表法分为对照组、研究组各50例。对照组口服盐酸非索非那定片治疗，研究组在对照组治疗基础上行闪罐疗法。2组均治疗1周，比较2组临床疗效，以及治疗前后炎症因子［肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、白细胞介素-4（IL-4）、白细胞介素-6（IL-6）］、免疫因子［总免疫球蛋白E（tIgE）、分泌型免疫球蛋白E（sIgE）、嗜酸性粒细胞阳离子蛋白（ECP）］、变态反应指标［活化T细胞趋化因子（CCL5）、单核细胞趋化蛋白-1（MCP-1）］水平的变化。**结果：**研究组总有效率为94.00%（47/50），对照组为82.00%（41/50），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组血清TNF-α、IL-4、IL-6水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且研究组3项指标水平均低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组tIgE、sIgE、ECP水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且研究组3项指标水平均低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组CCL5、MCP-1水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且研究组2项指标水平均低于对照组（$P<0.05$）。**结论：**闪罐疗法与非索非那定联合治疗急性荨麻疹可有效减轻炎症反应和变态反应，改善机体免疫功能，从而提高临床疗效。

［关键词］急性荨麻疹；闪罐；非索非那定；炎症因子；免疫因子；变态反应

［中图分类号］R758.24 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）10-0093-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.10.017

Observation on Curative Effect of Flash Cupping Combined with Fexofenadine on Acute Urticaria and Its Effects on Levels of Inflammatory Factors, Immune Factors, and Allergic Reactions

WANG Yan, SONG Xialu, ZHOU Zengmin

Department of Dermatology, Lanxi People's Hospital, Lanxi Zhejiang 321100, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of flash cupping therapy combined with Fexofenadine in the treatment of acute urticaria and its effects on the levels of inflammatory factors, immune cells, and allergic reactions. **Methods:** A total of 100 cases of patients with acute urticaria who visited the dermatology outpatient clinic at Lanxi People's Hospital from October 2023 to October 2024 were selected and divided into the control group and the study group according to the random number table method, with 50 cases in each group. The control group was given the oral administration of Fexofenadine Hydrochloride Tablets, and the study group was additionally treated with flash cupping therapy based on the treatment of the control group. Both groups were treated for one week. The changes in inflammatory factors [tumor necrosis factor-α (TNF-α), interleukin-4 (IL-4), interleukin-6 (IL-6)], immune factors [total immunoglobulin E (tIgE), secretory immunoglobulin E (sIgE), eosinophil cationic protein (ECP)], and allergic

［收稿日期］2024-09-24
［修回日期］2025-01-27
［基金项目］金华市中医药科学技术项目（2024LC09）
［作者简介］王燕（1983-），女，主治医师，E-mail：18066220316@163.com。

reaction indicators [chemokine ligand 5 (CCL5), monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1)] before and after treatment as well as the clinical effects were compared between the two groups. **Results**: The total effective rate in the study group was 94.00% (47/50), compared to 82.00% (41/50) in the control group, with a significant difference between the two groups ($P<0.05$). After treatment, the levels of TNF-α, IL-4, and IL-6 in serum in the two groups were reduced when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the levels in the study group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the levels of tIgE, sIgE, and ECP in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), with the study group showing lower levels than the control group ($P<0.05$). After treatment, the levels of CCL5 and MCP-1 in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the study group had lower levels than the control group ($P<0.05$). **Conclusion**: The combination of flash cupping therapy and Fexofenadine in the treatment of acute urticaria can effectively reduce inflammatory and allergic reactions, improve immune function, and thereby improve clinical effect.

Keywords: Acute urticaria; Flash cupping; Fexofenadine; Inflammatory factors; Immune factors; Allergic reactions

急性荨麻疹是常见皮肤疾病，临床表现为皮肤出现大小不一、形状不规则的风团、红斑，有瘙痒性，具有起病急、消退快，消退后不留痕迹的特征，可反复发作，严重影响患者的生活质量。现代免疫学认为，急性荨麻疹系过敏原诱发的皮肤黏膜水肿反应，其发病机制在于肥大细胞释放组胺等炎症介质，促使血管扩张、渗透性增加，形成风团。本病发病过程复杂，涉及抗原识别、免疫细胞活化等环节[1]。目前，西医临床针对急性荨麻疹多采用抗组胺药以抑制免疫反应、减少炎症介质释放，如非索非那定。闪罐疗法是一种中医外治疗法，具有调和气血、疏通经络、祛风散邪、清热除湿之功效。本研究应用闪罐疗法联合非索非那定治疗急性荨麻疹，观察其临床疗效及对患者炎症反应、免疫功能及变态反应水平的影响，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《中国临床皮肤病学(上下册)》[2]急性荨麻疹相关标准。急性发作，病程<6周，临床症状可见水肿型红斑、瘙痒，可伴血管性水肿 、发热、腹痛腹泻、关节痛。

1.2 辨证标准 参考《中西医结合皮肤性病学》[3]风热型、风寒型、胃肠湿热型、气血两虚型等相关辨证标准。风热型：风团色红，灼热瘙痒，发病急骤，伴恶寒，咽喉肿痛；或遇热加重，得冷则减轻，舌质红、苔薄黄，脉浮数。风寒型：风团色白或淡红，遇冷或风吹则加重，得暖则减，舌淡红、苔薄白，脉浮紧或缓。胃肠湿热型：风团发生时伴有恶心、呕吐、脘腹疼痛、腹胀、腹泻或大便结燥等症状，舌红、苔黄腻，脉滑数。气血两虚型：风团色淡红，反复发作，但病程短，伴有神疲乏力、失眠多梦，劳累后复发加剧，舌质胖淡、苔薄，脉濡细。

1.3 纳入标准 符合急性荨麻疹诊断及上述中医辨证分型；年龄18～60岁；2周内未使用抗生素、免疫抑制剂、激素、抗组胺类药物；签署知情同意书。

1.4 排除标准 妊娠或哺乳期妇女；患肿瘤、血液系统疾病；慢性荨麻疹；伴有严重感染；对相关药物过敏；精神障碍者。

1.5 一般资料 选取2023年10月—2024年10月兰溪市人民医院皮肤科门诊诊治的100例急性荨麻疹患者，按随机数字表法分为对照组与研究组各50例。对照组男21例，女29例；平均年龄(45.68±6.87)岁；平均病程(1.38±0.43)周；中医辨证分型：风热型27例，风寒型11例，胃肠湿热型7例，气血两虚型5例。研究组男23例，女27例；平均年龄(46.73±7.11)岁；平均病程(1.53±0.54)周；中医辨证分型：风热型24例，风寒型16例，胃肠湿热型4例，气血两虚型6例。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本项研究严格遵循科研伦理原则，并已获得兰溪市人民医院伦理委员会审核批准(批件号：20241023009)。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服盐酸非索非那定片(浙江万晟药业有限公司，国药准字H20060149)，每次60 mg，每天2次，治疗持续1周。

2.2 研究组 在对照组基础上结合闪罐治疗。闪罐治疗流程：准备拔罐器材(拔罐器、乙醇棉球、镊子、消毒液)；患者取合适体位，点燃乙醇棉球在拔罐器内旋转制造负压，迅速将拔罐器扣在选定穴位上，确保密封，随后反复快速拔起再扣上拔罐器，形成闪罐效果。治疗过程中宜调整闪罐时间，观察患者反应及皮肤变化，若出现异常反应立即停止，并妥善处理。完成治疗后清洁并消毒拔罐部位。风热型：主穴取神阙穴，配穴取大椎穴、曲池穴、合谷穴；风寒型：主穴取神阙穴，配穴取风门穴、肺俞穴；胃肠湿热型：主穴取神阙穴，配穴取天枢穴、中脘穴、足三里穴；气血两虚型：主穴取血海穴，配穴取三阴交穴、风市穴。治疗持续1周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①实验室指标。于治疗前后抽取患者空腹静脉血5 mL，以3 000 r/min，半径10 cm离心10 min分离血清，采用酶联免疫吸附法检测以下指标。炎症因子：肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、白细胞介素-4(IL-4)、白细胞介素-6(IL-6)水平；免疫因子：总免疫球蛋白E(tIgE)、分泌型免疫球蛋白E(sIgE)、嗜酸性粒细胞阳离子蛋白(ECP)水平；变态反应指标：活化T细胞趋化因子(CCL5)、单核细胞趋化蛋白-1(MCP-1)水平。②临床疗效。

3.2 统计学方法 应用SPSS26.0统计学软件进行数据分析。计量资料符合正态分布者以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验，本组治疗前后比较采用配对样本t检验；计数资料以百分比(%)表示，组间比较采用χ^2检验；以$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中外荨麻疹诊疗指南比较分析》[4]中荨麻疹活动度评分标准，从5个维度进行综合评价。①风团数量分布(0～5分)，0分：无风团；1分：少量风团，分布局限；2分：中等量风团，分布较广；3分：大量风团，广泛分布；4分：风团融合成片，几乎遍布全身；5分：极大量风团，全身性，伴有明显肿胀。②风团持续时间(0～4分)，0分：无风团；1分：风团持续数小时；2分：风团持续数小时至半天；3分：风团持续半天至1天；4分：风团持续超过1天。③风团复发频率(0～3分)，0分：无复发；1分：偶尔复发，每周少于1次；2分：经常复发，每周1至数次；3分：频繁复发，几乎每天或更频繁。④瘙痒程度(0～3分)，0分：无瘙痒；1分：轻微瘙痒，可以耐受；2分：中度瘙痒，影响日常活动；3分：剧烈瘙痒，难以忍受。⑤伴随症状(0～3分)，0分：无伴随症状；1分：轻微伴随症状，如轻微头痛、乏力；2分：中度伴随症状，如发热、关节痛；3分：严重伴随症状，如喉头水肿、呼吸困难等。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。治愈：疗效指数≥90%；显效：60%≤疗效指数＜90%；有效：30%≤疗效指数＜60%；无效：疗效指数＜30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后，研究组总有效率为94.00%，对照组为82.00%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	50	21(42.00)	12(24.00)	8(16.00)	9(18.00)	41(82.00)
研究组	50	26(52.00)	19(38.00)	2(4.00)	3(6.00)	47(94.00)
χ^2值						4.593
P值						0.032

4.3 2组治疗前后炎症因子水平比较 见表2。治疗前，2组血清TNF-α、IL-4、IL-6水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组TNF-α、IL-4、IL-6水平均较治疗前降低($P<0.05$)，且研究组3项指标水平均低于对照组($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x}\pm s$) pg/mL

组别	时间	例数	TNF-α	IL-4	IL-6
对照组	治疗前	50	48.27±4.73	42.77±5.56	8.57±2.56
	治疗后	50	33.12±3.58①	29.63±4.24①	5.63±1.24①
研究组	治疗前	50	46.93±4.92	41.72±5.43	8.72±2.43
	治疗后	50	22.32±3.53①②	17.26±4.38①②	4.26±1.38①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$。

4.4 2组治疗前后免疫因子水平比较 见表3。治疗前，2组血清tIgE、sIgE、ECP水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组tIgE、sIgE、

ECP水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且研究组3项指标水平均低于对照组（$P<0.05$）。

表3 2组治疗前后免疫因子水平比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	时间	例数	tIgE(AU/mL)	sIgE(μg/mL)	ECP(ng/mL)
对照组	治疗前	50	225.49±35.89	62.27±7.25	18.25±2.71
	治疗后	50	197.25±24.27①	53.18±5.34①	15.63±2.84①
研究组	治疗前	50	217.64±38.42	60.33±7.47	17.22±3.13
	治疗后	50	167.33±21.89①②	41.27±4.18①②	11.23±2.48①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$。

4.5 2组治疗前后变态反应指标比较 见表4。治疗前，2组血清CCL5、MCP-1水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组CCL5、MCP-1水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且研究组2项指标水平均低于对照组（$P<0.05$）。

表4 2组治疗前后变态反应指标比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	CCL5(ng/mL)		MCP-1(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	63.17±2.47	50.25±2.27①	462.36±61.47	345.18±35.24①
研究组	50	62.64±2.69	40.58±2.14①	470.25±67.56	241.35±34.57①
t值		1.026	21.918	0.611	14.873
P值		0.305	<0.001	0.541	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

5 讨论

急性荨麻疹是一种累及皮肤黏膜的过敏性疾病，若失于治疗则易迁延成慢性。本病发病机理较为复杂，发病机制在于过敏反应的触发与免疫系统失衡的协同作用。首次遭遇过敏原，机体可产生特异性的IgE抗体致敏肥大细胞或嗜碱性粒细胞；再次接触相同过敏原时，IgE抗体迅速激活致敏细胞，诱发脱颗粒反应，释放组胺等关键炎症介质，促使血管异常扩张、通透性激增，形成局部水肿，呈现出荨麻疹的典型体征。现代医学治疗急性荨麻疹多通过免疫抑制和抗组胺等治疗手段，虽能暂时缓解症状，但其停药后易复发。近年来，非索非那定在急性荨麻疹治疗上取得良好疗效，其能选择性地阻断受体，从而抑制组胺的释放，发挥强大的抗组胺作用；同时兼具良好的抗炎作用，对于缓解急性荨麻疹引起的瘙痒、红肿等症状具有显著效果。

急性荨麻疹归属于中医学瘾疹、风疹等范畴。基于病邪特性与患者体质，中医学认为本病临床证型多以风热、风寒、胃肠湿热、气血两虚型为主；治疗根据不同中医证型，采用养血祛风、益气固表、清热解毒、利湿止痒等法[5]。闪罐疗法是拔罐疗法的一种独特形式，操作时将点燃的乙醇棉球在罐内短暂燃烧后迅速抽出，使罐内形成负压并立即吸附于人体特定部位，并迅速按下、再迅速吸拔操作，如此反复多次，直至局部皮肤充血为止。这种疗法以其快速、反复的拔起与落下（起罐与落罐）操作为特点，对局部皮肤、经络、穴位产生强烈的刺激作用，具有扶正祛邪、调和气血、疏通经络等功效[6]。根据中医辨证施治的原则，本研究针对不同证型选择不同的穴位进行闪罐治疗，其中风热型主穴取神阙穴调和气血、固本培元为基础；配穴取大椎穴、曲池穴、合谷穴发挥疏散风热、清热解毒等作用。风寒型亦取神阙穴以调和气血、固本培元为主穴；配穴取风门穴、肺俞穴发挥祛风散寒、宣肺解表的作用。胃肠湿热型取神阙为主穴，以调和脾胃之气；配穴取天枢穴、中脘穴、足三里穴，发挥清热利湿、调理胃肠等作用。气血两虚型取以血海为主穴，以养血润燥、祛风止痒；配穴取三阴交穴、风市穴，发挥滋阴养血、祛风润燥等作用。

IL-4、IL-6和TNF-α属于肥大细胞、嗜碱性粒细胞等效应细胞脱颗粒释放的炎症因子，可加剧机体过敏反应与炎症损伤[7]。tIgE作为介导过敏反应的关键抗体，其水平在荨麻疹患者中显著升高[8]。ECP作为嗜酸性粒细胞活化后的产物，其水平则反映了EOS的活化状态[9]。sIgE是针对特定过敏原的IgE抗体，当机体暴露于相应过敏原时，sIgE与肥大细胞和嗜碱性粒细胞表面的高亲和力IgE受体结合，导致这些细胞脱颗粒释放组胺等炎性介质，从而引发过敏反应。趋化因子如CCL5和MCP-1可激活T细胞、嗜酸性粒细胞和单核细胞等免疫细胞向炎症部位迁移，进一步加剧炎症反应，使荨麻疹症状加剧[10]。本研究结果显示，研究组总有效率高于对照组，且炎症指标（TNF-α、IL-4、IL-6）、免疫指标（tIgE、sIgE、ECP）、变态反应指标（CCL5、MCP-1）水平均低于对照组，提示闪罐疗法与非索非那定联合治疗急性荨麻疹可以有效减轻炎症反应和变态反应，改善机体免疫力，从而提高临床疗效。

综上所述，闪罐疗法联合非索非那定治疗急性荨麻疹临床疗效肯定，可有效减轻炎症反应和变态

反应，改善机体免疫功能，值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 陈煜嘉，黎静宜. 肥大细胞脱颗粒影响因素及对荨麻疹发病的影响[J]. 中国麻风皮肤病杂志，2024，40(6)：441-445.
[2] 赵辨. 中国临床皮肤病学(上下册)[M]. 2版. 南京：江苏凤凰科学技术出版社，2010：742-748.
[3] 李斌，陈达灿. 中西医结合皮肤性病学[M]. 4版. 北京：中国中医药出版社，2023.
[4] 刘丽娟，李邻峰. 中外荨麻疹诊疗指南比较分析[J]. 皮肤科学通报，2019，36(6)：642-646.
[5] 艾金凤，钟东君，康旭，等. 范瑞强辨治荨麻疹经验[J]. 广州中医药大学学报，2024，41(6)：1607-1611.
[6] 林启慧，王梦秋，苟春雁，等. 针刺联合循经叩刺闪罐法治疗重度贝尔麻痹25例[J]. 中国针灸，2023，43(9)：1033-1035.
[7] ARIAS Á，VICARIO M，BERNARDO D，et al. Toll-like receptors-mediated pathways activate inflammatory responses in the esophageal mucosa of adult eosinophilic esophagitis[J]. Clin Transl Gastroenterol，2018，9(4)：147.
[8] 赵怡心，雷霞，黄显琼. 组胺释放因子在慢性荨麻疹发病中的作用[J]. 中国皮肤性病学杂志，2023，37(6)：617-620.
[9] 梁高澎，宋志强. 急性荨麻疹住院患者437例回顾性分析[J]. 中国皮肤性病学杂志，2021，35(4)：424-429.
[10] 张恒坡，尹光文，郝伟丽，等. 急性荨麻疹80例实验室指标检测及相关分析[J]. 中国皮肤性病学杂志，2020，34(9)：1028-1032.

（责任编辑：冯天保，邓乔丹）