

针刺治疣的评价与体会*

中国医学科学院皮肤病研究所 苏敬泽

广东省高州县人民医院 涂均成

病毒所致的疣是皮肤常见病之一。其治疗方法甚多,可举出众多不同的治法,但多发性、顽固疣的治疗目前尚未解决,现用方法多数无效或效果不稳定,不少是疼痛的,有些则是危险的^(1~4)。作者为寻求一种适用于各种病人,既简单、安全,又无感染及瘢痕形成的治疣法,自1978年9月至1983年1月间采用针刺治疗病毒性疣119例,临床效果显著。现报告如下:

临床资料

一般认为疣的自愈率为4%,而Massing等(1961年)报告在2个月内有11%的疣可自愈。故本文选择119例病期均在2个月以上的患者作研究治疗对象,完成观察者90例,其中获痊愈者87例。后者计男59例,女28例;年龄最小者7岁,最大者67岁,16岁以下10例,16~35岁69例,36~60岁7例,60岁以上1例;病期最长25年,最短2月余,多数在半年~4年之间。疣数最多者537个,体积最大者 $1.5 \times 2 \times 0.7$ 厘米³,最小者1厘米³。分布数量依次为小腿、手、足及跖,个别于头皮、颈、口唇和股部。过去曾外用腐蚀剂及5-Fu软膏7例,冷冻治疗8例,手术切除2例,艾灸2例,其他为电灼、刮除、疣底部注射药物及内服中药未效或在原位复发者。

针刺方法和效果

一、针刺方法

常规消毒局部,取0.5~1寸银针,选母疣(多发疣中最先发或体积最大者)于其平面横、直径交点垂直进针,术者左手捏紧疣基底

部使至苍白,以减轻针刺痛。快速进针至疣底部后,随即重力快速捻转30次,同时提插。然后提针至疣与皮肤表面交界处,使针尖在疣内绕一周扩大针孔,迅速出针放血1~2滴,完成“开阖”补泻的泻针手法。最后消毒皮肤,用干棉球压迫止血即可。椭圆或欠规则之疣可沿其平面最大长径,于疣体与皮面交界处加刺一针,穿透对侧,施同样手法。4天后复针一次,以后每15天复针一次。共四次。治疗完成后观察3个月以上作疗效判定。

二、临床效果

完成4次针刺,再观察3个月者判断疗效:疣体完全消失者为痊愈;疣体存在超过3个月,不论大小均判无效。针治结果:90例中痊愈87例(96.7%),皮疹完全消失,皮纹及皮色恢复正常外观,不留任何痕迹,其中寻常疣74例,跖疣8例,扁平疣5例;3例无效,应患者要求改用其他方法。

临床观察到多数病人于治疗的第20天左右皮损消退,少数超过2个月;扁平疣消退最快,可在十余天内痊愈。个别病人因路途关系,仅接受治疗1~2次,2月后也见痊愈。少数病人求愈心切,除正规治疗外自己加针,发现多次针刺对加速痊愈有一定益处。

据临床观察母疣消退有以下三种形式:①患者多在针治后4~6天内病损处有紧缩或轻微痒、痛感,随后觉疣体基部收缩,表面出现针尖大小的点状血栓,疣体失去生机而变干燥,角化物易被刮除或整体剥离,留下色素减退斑;②疣体慢慢变平、消失,恢复正常肤

* 本文为作者在广东湛江医学院皮肤病研究室的资料

色及皮纹;③ 仅见2例于针刺后,疣基底形成瘀血,自然干枯后剥离之,露出正常新生皮肤。子疣可在母疣出现点状血栓之同时出现血栓,但多无外观变化而逐渐变平消失,最后皮纹、肤色恢复正常而痊愈。

本文所有病例在治疗中均未发生继发感染,痊愈过程中未并发任何症状。56例随访2年以上,仅4例发现新疣,但未见在原位复发者。

三、典型病例

男患者,23岁,医学生。病期5年余。1982年10月22日就诊。左手掌有寻常疣5个,右手6个,近觉扩大并瘙痒。左掌病损处曾冷冻治疗2次,每次冷冻后不久均在旧瘢痕边缘复发,手术切除一次亦复发,致左掌大鱼际肌处皮损呈乳头状,高起5~7毫米,形欠规则。对其最大的2个疣进行针刺治疗。1983年1月14日复查,全部皮损变平坦,遗留粗糙面,内可见点状血栓。1月24日随访,右手皮损消失,恢复正常皮纹,左手大鱼际肌处疣体消退,但留有旧手术瘢痕。1985年10月随访无新发疣。

讨 论

一、针刺治疣的评价

病毒性疣的传统治疗方法有药物腐蚀、刮除、手术切除、电灼、局部药物注射、冷冻、激光及放射治疗,晚近尚有人试用疫苗、X线、超声波、中草药内服或注射、磁疗、免疫增强剂及免疫抑制剂和光动力灭活疗法等,但疗效均不确切,常有治疗反应、继发感染,有后遗症,或受治疗条件限制,有些甚至是危险的。本文采用针刺法,90例患者中87例完全痊愈不留痕迹,痊愈率达96.7%,美容效果也显然优于目前的种种方法。本疗法经济方便,操作简单,对单发及多发疣、顽固疣和多种疗法无效之疣均有效。治疗后患者即可从事日常工作,不需包扎和换药,无感染之虞。单次治疗时间短,愈后可完全恢复正常皮肤外观,美容效果佳。本组失败病例少,即使无效者并不影响改用其他方法。作者认为针刺治疣值得推荐为治

疣的首选方法。据目前临床观察,本法主要缺点是针刺时患者感觉疼痛,尤以甲下疣及跖疣者更为明显。另外,治疗全程时间较长,不能看到立竿见影的效果,致使部分患者中断治疗。但多数接受过其他治疗而术前用过局麻及接受过冷冻者均反映短暂的毫针刺痛,远比医用6号针头的刺痛或冷冻后解冻时之疼痛易于忍受。因此作者认为无必要在针刺前使用局麻药。

二、针刺治疣的原理初探

作者在组织学上观察到发展中的寻常疣有特殊的血液供应,暂称之为“疣营养血管”。针刺后,此血管发生栓塞及出血,同时真皮上、中部有片状的淋巴细胞为主的炎性浸润,尤其在血管周围。同时疣表皮底部细胞有变性、坏死及湿疹样的改变,炎症浸润亦可涉及表皮⁽⁶⁾。文献报道自然消退的扁平疣及寻常疣中亦发现有上述现象,认为这种炎症性病理反应对某些疣的消退有作用。此组织学特征类似于皮肤迟发型过敏反应中所见,提示为一种细胞免疫反应^(6~8)。免疫方面,作者曾对部分病例在针刺前及针刺治愈后各作了OT和PHA皮试、末梢淋巴细胞计数、淋巴细胞转化试验、免疫球蛋白及补体C₃测定以作比较。发现上述各项细胞免疫指标针刺治愈后较针刺前明显提高,但IgA及C₃无显著变化⁽⁵⁾,说明免疫机制在本疗法中有重要作用。Thivolet等⁽⁹⁾发现,某些病人血清中有非特异性抗疣细胞抗体,主要属IgM型。由于病程的早晚和疣的类型不同,这种抗体可以是IgM、IgG或IgA;起初为IgM,以后出现IgG,治愈后IgM抗体消失,而IgG抗体持续存在多年。此与作者所见相近。另外,作者于施用泻针手法时,在显微镜下直视疣表面及同指之甲皱微循环均见血管收缩,血液流速改变⁽⁵⁾。何氏报道针刺之补法可出现血管舒张反应,而泻法则出现血管收缩反应,使血管的容积脉搏降低⁽¹⁰⁾,与作者所见相吻合。另有报道针刺增加丙、乙种球蛋白,使体内产生大量抗体或致IgG增加,对体液中的各解素及调理性素也有影响^(11~13),针刺可使白细胞数

增加,并增强网状内皮系统的吞噬功能,提高淋巴细胞转化率,并能调节T细胞亚群的百分率,增强细胞免疫功能^(14,15)。对针刺的免疫原理,有作者认为非免疫原性的针刺,可能是通过有关经络和神经一体液,激活机体的防卫系统,或通过对人体组织化学免疫释放而起作用^(16~18)。

综上所述,作者认为针刺治疗病毒性疣的原理是:发展中的疣,存在主要的营养血管,针刺深入疣底部真皮组织,施以捻转、提插及“开阖”补泻的泻针手法,使血管强烈收缩和机械性损伤,有力地破坏了疣营养血管主干,母疣因而失去营养供应。此作用亦通过神经一体液途径同时引起反射性血管收缩,影响到子疣的血液供应。其后疣体中血栓形成及细胞坏死,促使疣细胞性及疣病毒性抗原释放致血循环,刺激机体免疫系统产生较强的免疫反应。另一方面,针刺本身作为非抗原性刺激亦使机体细胞及体液免疫功能增强。两者作用的结果,产生对疣较强的免疫,最后母疣及子疣全部被排斥而临床痊愈。

三、治疗注意事项

作者体会以下几点治疗成功是重要的:

① 针刺母疣时必须取疣正中刺到基底部之真皮下层,正确运用泻针手法;② 至少针刺一个疗程(4次以上)及观察3个余月,以保证刺中营养血管主干的机率及等待免疫机制发生作用,切忌贸然中断治疗而作失败的结论;③ 术者针刺时尽可能捏紧疣的基底部,以减少疼痛,争取病者配合,完成治疗及观察。本组失败病例虽少,但究其失败原因可能是母疣过大,已经从中分裂变形,或“母疣”原非一个疣,实为邻近几个疣或母疣与子疣的融合;或者母疣曾经其他方法治疗,已改变了正圆形的外观,因而针刺时根本未刺中血管主干。作者认为各个疣之间可有分隔皮条或线纹可供辨认,不难找出真正母疣。或取其平面最长直径,沿之在疣体与正常皮肤交界处水平方向加刺一针,穿透对侧,可避免失败。

本文随访未见在原位复发病者,但有新发

疣者4例,估计是针刺治愈后产生的免疫力并不持久,而致易感者再次感染之故,但病例尚少,有待进一步观察。

参 考 文 献

- (1) Thivolet J, et al: Ann Dermatol Venered 105(3): 257, 1978.
- (2) Bekhor PS, et al: Australas J Dermatol 19(1):28, 1978.
- (3) Goucalves J (赵天恩摘): 国外医学参考资料 皮肤病学分册(1):42, 1977.
- (4) Domonkos AN; Andrew's Diseases of Skin. 6th ed, WB Saunders, London, P 55, 1977.
- (5) 苏敬泽等: 中华医学杂志 65(9):526, 1985.
- (6) Kassard S, et al: J Cutan Path 7(4):217, 1980.
- (7) 廖康煌(综述): 国外医学 皮肤病学分册 (1):4, 1979.
- (8) Schou M, et al: Acta Derm Venered (57):449, 1977.
- (9) Pringle WM, et al: Arch Dermatol 108 (1):79, 1973.
- (10) 何智明: 上海针灸 (2):19, 1983.
- (11) 全国中医经验针灸学术座谈会资料选编, 人民卫生出版社, 64页, 1959.
- (12) 西安市第四人民医院: 针麻腹式全子宫切除术的效果及客观指标的观察。内部资料, 1959.
- (13) 马振亚: 针刺对细胞免疫功能影响的实验观察。内部资料, 1981.
- (14) 新宾县医院外科: 辽宁医药(4):20, 1977.
- (15) 李维信等: 全国中医经验针灸学术座谈会资料选编。人民卫生出版社, 324页, 1979.
- (16) 肖少卿等: 中国针灸 3(4):1, 1983.
- (17) 冯建国: 中国针灸 1(3):5, 1981.
- (18) Kalimer M, et al: Annual Review of Pharmacology, P 177, 1975.

鸡内金猪膀胱相伍治疗 青少年遗尿有效

山东省栖霞县人民医院 刘士正

单味鸡内金或与猪膀胱相伍治疗 遗尿症出自明·方贤的《奇效良方》。笔者在二药的基础上加味治疗 16例 10~23岁遗尿者,效果较好。处方:新鲜猪膀胱一具,装入益智仁、乌药、小茴香各10克,用棉线将口扎紧。与鸡内金10克一起,砂锅文火煮至膀胱烂,倒出药渣,加入大青盐10克,早晚空腹分两次吃猪膀胱、喝汤。连服5剂为一疗程。一般一个疗程可获痊愈,若效不显著可再服一个疗程。