

火针联合咪喹莫特乳膏治疗多发性跖疣的临床疗效观察

张如月 王金娜 李天举

郑州人民医院皮肤科 河南 郑州 475000

【摘要】目的 火针联合 5%咪喹莫特乳膏用于多发性跖疣的临床疗效分析。方法 登录郑州人民医院皮肤科门诊系统, 随机选取 56 例就诊于 2025 年 1 月至 2025 年 12 月期间的多发性跖疣患者, 采用随机分类法分为 2 组, 其中常规组 28 例、联合组 28 例。常规治疗组 28 例外用咪喹莫特乳膏。联合组在外用药膏基础上再次联合火针治疗。两组共接受治疗 8 周。比较两组治疗后总有效率、两组疣体个数、面积、疼痛程度评分, 不良反应发生情况、复发率。结果 治疗 8 周后, 联合组总有效率 (96.42%) 显著优于常规治疗组 (71.42%) ($P<0.05$)。联合组患者疣体数目、面积、疼痛评分较常规组比较明显下降 ($P<0.05$)。治疗后 3 个月后, 联合组复发率比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 联合组复发率 (3.7%) 低于常规组 (40%)。结论 火针联合咪喹莫特乳膏治疗扁平疣方案操作便捷, 疣体清除迅速, 复发风险低, 不良反应轻微, 具备较高临床应用价值。

【关键词】多发性跖疣; 火针; 临床疗效;

跖疣是由人乳头瘤病毒 (human papilloma virus) 感染引起, 大多数为 HPV-1 型感染引起的皮肤科常见的足部慢性增生性皮肤病^{[1][2]}。感染的病毒在破损的皮肤黏膜上增殖复制, 导致皮肤上皮细胞过度增生和角化。足底是跖疣的好发部位, 与足底结构易受摩擦压迫、外伤后皮肤破损、汗出较多有关。本病伴有足底挤压痛, 易反复发作, 且迁延难愈、影响站立行走等日常生活。跖疣的治疗较为困难。目前西医针对跖疣的治疗以局部外用药、口服药物和激光、冷冻、微波等疗法为主要治疗手法。超声治疗仪^[3]在多发性跖疣的治疗上也取得良好的效果。但对于多发性跖疣, 常伴有局部免疫缺陷^[4], 故具有传染性较强, 疣体较多、病程较长等特点, 单一手段治疗过程较痛苦, 花费较大, 且常不能将疣体彻底清除干净, 复发率高。因此仍需探索一种合理、有效的治疗方法。中医对跖疣描述较早, 在《外科正宗》属的“牛程蹇”, 认为本病病机为气血枯滞, 足底磨损, 外染毒邪, 毒淤蕴结于肌肤而生。本病寻求中医治疗的患者较多, 目前传统治疗在跖疣的治疗上已经丰富多彩, 掌跖疣中医药外治法研究进展中, 统计二十年来中药内服、外洗或浸泡、针灸、耳针、耳穴压豆等疗法的应用为疣的治疗提供理论与实践依据^[5-6]。其中外洗疗法因操作简单, 无疼痛, 易被患者接受, 郭顺^[7]等学者对中药外泡组方做了详细探讨, 但每个疗法具有独特的临床价值, 单一治疗有局限性。为寻求高效、不良反应少、低复发的治疗手段, 本研究采用火针联合咪喹莫特乳膏治疗 56 例多发性跖疣患者, 取得良好的临床疗效, 疗效满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月至 2025 年 12 月, 共 56 例在郑州人民医

院治疗的多发性跖疣病人。随机分成联合组患者 28 例, 其中有男性患者 13 例, 女性患者 15 例, 患病年龄 18 ~62 岁, 平均 (33.28±9.45) 岁; 病程 6 个月~24 月, 平均 (11.25±4.28) 月。常规组共 28 例, 男 14 例, 女 14 例, 发病年龄 20~60 岁, 平均 (32.78±9.28) 岁; 病程 8 个月~20 月, 平均 (11.18±3.5) 月。2 组患者的性别、年龄和病程等有可比性 (均 $P>0.05$)。

1.2 选择标准

1.2.1 纳入标准

符合《皮肤性病学》中跖疣的诊断标准 [8]; 其中疣体的数量≥3 个, 未接受其它治疗, 年龄在 18~62 岁。

1.2.2 排除标准

(1) 已经接受冷冻、激光等方案治疗者; (2) 处于妊娠期、哺乳期女性; (3) 患有严重心脑血管、血液系统、糖尿病等基础疾病; (3) 精神病、依从性差, 不配合规定治疗者。

1.3 治疗方法

①常规组多发性跖疣的患者单用 5%咪喹莫特乳膏 (国药准字 H20040285) 外用治疗, 每周三次 (隔日应用), 每于临睡前使用一次, 将药膏薄涂在疣体的表面, 轻轻按摩, 使药膏渗入, 涂抹完药物将双手洗净。②联合组, 在外用药膏基础上联合火针操作: 选择合适体位, 消毒皮损区域, 持粗火针 (苏镇械备 20190240) 进行治疗。治疗前, 部分疼痛不耐受患者给予利多卡因注射液局部麻醉于皮损区域。持笔式握针柄, 在酒精灯外焰火烧针至针头红亮发白, 垂直将针头快速刺入跖疣, 进针有落空感后再快速出针, 据疣体大小多少决定进针次数, 治疗结束待血痂脱落后, 行下次治疗, 2 周一次, 共治疗 8 周。治疗 48 小时内避免接触水。

1.4 判断标准

(1) 参照《中医病证诊断疗效标准》[8] 皮损全部消退, 没有新发为治愈。皮损消退 70%为显效。皮损在 30%~70%区间消退为有效。皮损不变或消退小于 30%为无效。有效率=(治愈+显效+有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。(2) 临床症状评分^[9], 从包括疣体个数、皮损大小面积、疼痛的程度方面评估。疣体个数: 0 个 0 分, 1-3 个为 2 分, 4-6 个为 4 分, 7-9 个 6 分, 10 个以上 8 分。皮损大小面积: 无皮损 0 分, 0-1.0cm² 面积为 2 分, 1.0-4.0cm² 之间为 4 分, 4.0-9.0cm² 为 6 分, ≥ 9.0 为 cm² 为 8 分。疼痛程度: 无疼痛为 0 分, 轻度挤压痛, 可承受 2 分, 中度挤压痛, 难以承受 4 分, 重度挤疼痛, 无法走路为 6 分。疼痛程度极重, 影响生活行为为 8 分。评分高, 临床症状重。(3) 不良的反应发生情况: 治疗后皮肤及周边出现瘙痒、烧灼、疼痛、肿胀、出血、感染、溃疡等。(4) 复发率, 观察治疗 3 月后, 随访跖疣复发率。

1.5 统计学方法

运用 SPSS 26.0 处理数据。计量资料符合正态分布用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间用独立样本 t 检验, 组内用配对样本 t 检验; 计数资料以 (%) 表示, 采取 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 联合组和常规组临床疗效比较

联合组总有效率 (96.42%) 高于常规组 (71.42%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。如下表。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
常规组	28	0	8	12	8	20 (71.42)
联合组	28	4	8	15	1	27 (96.42) ※
χ^2						4.76
P						0.029

注: 与常规组比较, # $P < 0.05$ 。

2.2 临床症状评分比较

治疗前, 常规组与联合组评分比较无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 2 两组患者临床症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	疣体数目		皮损面积		疼痛积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	28	3.85 $\pm$ 1.20	2.35 $\pm$ 0.9*	3.85 $\pm$ 1.53	2.50 $\pm$ 0.88*	4.42 $\pm$ 3.183	2.92 $\pm$ 1.67*
联合组	28	4.0 $\pm$ 1.33	1.78 $\pm$ 1.13*	3.92 $\pm$ 4.48	1.85 $\pm$ 1.32*	4.64 $\pm$ 3.188	2.07 $\pm$ 1.48*
t 值		0.420	-2.043	0.177	-2.137	0.431	-2.023
P 值		0.670	0.046	0.86	0.037	0.669	0.048

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$

治疗后, 两组疣体数目、皮损面积及疼痛程度评分下降且低于常规组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 不良反应发生情况

治疗过程中, 联合治疗组 1 例出现灼伤, 1 例皮肤肿胀, 不良反应发生率为 7.14%。常规治疗组 1 例出现烧灼不适, 不良反应发生率为 3.57%。2 组比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.352$, $P = 0.553$)。

2.4 3 个月后复发情况

联合组 (3.7%) 明显低于单用常规组 (40%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组多发性跖疣患者复发情况比较 [例 (%)]

组别	例数	复发	未复发	复发率
常规组	28	8	20	8 (40%)
联合组	28	1	27	1 (3.7%) ※
χ^2				4.766
P				0.029

注: 与常规组比较, # $P < 0.05$ 。

3 讨论

跖疣是皮肤科常见的良性赘生物, 其发病与摩擦、外伤、自身免疫力下降、不良的卫生习惯等密切相关。足底跖疣主要表现为增多增厚的角质丘疹或斑块, 表面粗糙, 损害深入真皮, 形成毛细血管小血栓, 导致正常皮肤纹路小时及皮损处形成小黑点。多发性跖疣皮损数量多, 常融合成片, 多在机体免疫调节功能紊乱或治疗不当后发病^[11]。《灵枢·经脉篇》指出疣的病因与外邪有关。现代医学总结^[12]多发性跖疣的病因病机为患者气血枯滞, 肌肤不润, 足底磨损, 外感风热毒外邪趁虚而入, 毒淤蕴结于肌肤而生。治则宜清热解毒、养血活血散结。邢继华^[13]等用清热解毒、腐蚀赘疣的清疣汤外洗直达皮肤, 治疗热毒蕴结型跖疣已取得良好疗效。本研究采用火针联合咪喹莫特乳膏膏疗法治疗多发性跖疣, 为临床提供治疗方法。

咪喹莫特是一种人工合成的非核苷类异环咪唑啉胺类药物, 为小分子免疫调节剂, 具有较强的抗病毒、抗肿瘤作用, 被称为免疫反应调节剂的新型化合物中的第一个^{[11][14]}。研究表明, 咪喹莫特可诱导 INF- α 的产生, 它被认为是细胞内抵抗病

病毒感染的主要天然防御机制,可抑制受感染角质形成细胞中的病毒繁殖并保护邻近的角质形成细胞免受病毒感染.其发挥作用主要通过^[15]机体天然免疫和适应性免疫的激发达到抗病毒作用,另外咪喹莫特还可产生针对 HPV 感染细胞的细胞毒性效应,促使疣体消退,在达到消杀病毒的同时减少对于组织的损伤,是皮肤科常见的治疗病毒性疣的药物^{[1][15]}。

明代《针灸大成》记载燔针是火针的别称,有解肌排毒功效。火针借助火力,把针头烧红发白后,利用针灸手法,迅速刺入局部病变或特定的腧穴上,后快速拔出。火针疗法在已经广泛应用于皮肤科疾病,并形成基本共识^[17]。中医学认为,火针具刺入后调动人体阴阳,散寒通络祛湿,软坚化痰散结,调和人体气血,达到“扶正祛邪”效果。火针借助热力引出,使毒淤邪气从表而解。研究显示^[18],火针的温热刺激,可促进局部血液循环,降低体内炎症因子的水平,改善机体免疫功能。

葛美群^[19]等研究表明,火针直达疣体,破坏疣体底部血供,血管痉挛、收缩,疣体细胞缺血缺氧后坏死、脱落。坏死的病毒疣细胞作为抗原释放,刺激新的免疫反应产生,可起到持续抗疣作用。故火针治疗多发性跖疣可直达病灶,烧灼疣体^[20],其优势在于可明显降低激光热损害带来的感染、多发溃疡,愈合留疤等不良反应,且中医治疗较西药治疗不良反应小,安全性高,患者接受度高。

本研究利用火针联合咪喹莫特乳膏治疗,火针对疣体造成热损伤,咪喹莫特乳膏使病变区域表皮恢复正常,起到调节角质化作用,同时激活皮肤免疫反应,从而达到清除 HPV 的作用。二者联合抗病毒同时破坏血供,减少复发,达到消除疣体的目的。另外。火针为中医外治法,简便易行,安全,不良反应少,复发率低,值得临床推荐。

参考文献:

- [1] 任蕴霖. 异维 A 酸联合咪喹莫特乳膏治疗多发性跖疣的临床疗效观察 [D]. 浙江中医药大学, 2024. DOI:10.27465/d.cnki.gzzyc.2024.000438.
- [2] 明星, 李秀琴, 董强, 等. 寻常疣和跖疣 HPV 型别及与临床特征关系的差异性 [1]. 中国皮肤性病杂志, 2020, 34(11): 1233—1237.
- [3] 梁凤英. 泡疣洗剂联合超声治疗仪治疗多发性跖疣 37 例 [J]. 中医研究, 2011, 24(11): 50—51.
- [4] 裴宇, 董洁. 中药浸泡疗法联合点阵激光、免疫调节剂治疗多发性跖疣临床研究 [I]. 河北中医, 2018, 40(9): 1348—1351.
- [5] 陈冬笋. 掌跖疣中医药外治法研究进展 [J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(8): 90—92.
- [6] 张艳华, 朱凤贤. 针刺配合耳穴压豆法治疗寻常疣跖疣 48 例 [J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28(12): 751.
- [7] 郭顺, 陈力, 魏跃钢. 多发性跖疣中药外泡组方思路探析 [J]. 中医研究, 2014, 27(1): 5—6.
- [8] 张学军, 郑捷. 皮肤性病学 [M]. 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 64.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社, 1995: 64.
- [10] 陈小娥, 刘兴无, 周红, 等. 胸腺法新联合中药祛疣方局部温泡治疗多发性跖疣临床疗效观察 [J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2016, 15(5): 297—298.
- [11] 王友发, 汤红峰, 胡勇等. 中药温热浸泡联合 CO2 激光治疗多发性跖疣 30 例疗效观察 [J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(6): 9—11.
- [12] 张蓉, 李燕妮, 闫小宁, 刘满军, 张彩晴. 解毒祛疣汤联合干扰素局部封闭对多发性跖疣患者血清 IFN- γ 和 TGF- β 水平的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(8): 1529—1532, 1515.
- [13] 邢继华, 邢继霞. 清疣汤外洗治疗热毒蕴结型跖疣 100 例 [J]. 中医研究, 2013, 26(10): 22—24.
- [14] Stern PL, van der Burg SH, Hampson IN, et al. Therapy of human papillomavirus-related disease [J]. Vaccine, 2012, 30(Suppl 5): F71—F82.
- [15] 朱建建, 龙剑, 李昕等. 皮肤灵口服液联合外用咪喹莫特乳膏 及他扎罗汀凝胶治疗扁平疣疗效观察 [J]. 中国社区医师, 2020, 36(10): 96—97.
- [16] 丁小洁, 熊心猜, 王亚琴. 咪喹莫特对尖锐湿疣皮损 朗格汉斯细胞的影响 [J]. 实用皮肤病学杂志, 2014, 7(3): 182—184.
- [17] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会特色疗法学组. 火针在皮肤科应用专家共识 [J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2019, 18(6): 638—641.
- [18] 李领娥, 杨素清. 皮肤病火针疗法 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 16, 165, 174.

- [19]葛美群, 张伟, 尹琪. 火针联合卡介菌多糖核酸治疗多发性跖疣的临床疗效及其安全性[J]. 临床合理用药杂志, 2020 (13) 24: 84-85.
- [20] 张晨芳, 周萍, 李斯斯, 等. 火针治疗寻常疣的临床研究[J]. 中国现代药物应用, 2023, 17(20): 173-176. DOI:10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2023.20.047.
- [21]李凤春, 许教雄, 何仁亮, 等. 梅花针叩刺联合他扎罗汀、咪喹莫特乳膏治疗多发性跖疣的疗效观察[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2024, 31(09):595-601.

作者简介: 张如月 (1997—), 女, 汉族, 河南省, 研究生, 郑州人民医院, 住院医师, 瘢痕疙瘩。