

神经性皮炎发病机制及中医外治法研究进展

肖 淳

云南省中医药大学第一临床医学院, 云南 昆明

收稿日期: 2025年4月28日; 录用日期: 2025年5月21日; 发布日期: 2025年5月30日

摘 要

神经性皮炎以阵发性皮肤瘙痒及苔藓样皮损为主要特征, 其发病与神经精神因素、免疫与内分泌机制异常紧密相关。中医理论认为, 该病多由风、热、湿、虫邪侵袭肌肤, 加之情志内伤、血燥风毒所致。本文综述了神经性皮炎(慢性单纯性苔藓)的中西医研究进展, 探讨了该病的病因病机、发病机制及中医外治法在该病治疗中的应用与疗效, 旨在总结神经性皮炎的中西医治疗进展, 为临床提供科学依据, 并展望未来的研究方向。

关键词

神经性皮炎, 发病机制, 中医外治

Research Progress on the Pathogenesis of Neurodermatitis and Its External Treatment in Traditional Chinese Medicine

Chun Xiao

The First Clinical Medical College of Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Kunming Yunnan

Received: Apr. 28th, 2025; accepted: May 21st, 2025; published: May 30th, 2025

Abstract

Neurodermatitis is primarily characterized by paroxysmal cutaneous pruritus and lichenoid skin lesions, and its onset is closely related to neuropsychiatric factors, as well as abnormalities in immune and endocrine mechanisms. According to traditional Chinese medicine (TCM) theory, the disease often results from the invasion of the skin by wind, heat, dampness, and parasitic pathogens, combined with emotional trauma and blood dryness with wind toxin. This paper reviews the research progress in both western medicine and TCM on neurodermatitis (lichen simplex chronicus),

exploring its etiology, pathogenesis, and the application and efficacy of TCM external therapies in its treatment. The aim is to provide a scientific basis for clinical practice, and propose future research directions.

Keywords

Neurodermatitis, Pathogenesis, External Treatment in Traditional Chinese Medicine

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

神经性皮炎，又名慢性单纯性苔藓，因其皮损状如牛项之皮，故中医称之为“牛皮癣”，也称“摄领疮”或“刀癣”。该疾病的典型临床表现为阵发性皮肤瘙痒，常于肘膝关节、颈部等部位出现丘疹与红斑，皮损区域呈片状分布，表面粗糙如苔藓，且伴有干燥、增厚等特征性改变。神经性皮炎发病率估计占全世界总人口的 12% [1]，尤以 20~40 岁青壮年多发。神经性皮炎患者往往伴随有焦虑、紧张不安以及情绪波动较大等精神心理层面的异常表现，而精神神经因素通常导致病情易反复发作并逐渐加重，对患者的整体生活质量构成了显著影响 [2]。现代社会节奏加快、压力增大，焦虑人群增多，致使神经性皮炎发病率近年呈上升趋势，因此近年来对白癜风防治的研究变得愈发重要。

2. 中医病因病机

中医经典古籍对于其病因病机有着多维度的阐释。如《医宗金鉴·外科心法要诀》有载：“牛皮癣，状如牛领之皮，厚而硬，好发于颈项、肘窝、骶尾等处。此症之起，多因风热湿邪，侵及肌表，郁滞日久，风邪亢盛，则化生虫邪，故瘙痒无已”，明确指出牛皮癣是由风热湿邪侵袭皮肤所致，邪气相互搏结，郁久化热，热盛生风，风盛则化为虫，虫邪扰动肌肤，故而瘙痒不止；《诸病源候论》则言：“此乃游风侵袭肌肤，遇寒则身痛，逢热则瘙痒”，又云：“夏日切勿露面而卧，露水侵面，致面皮增厚，易生癣疾”，总括风邪游走肌肤遇寒热而致病，且皮厚易摩擦之处易发癣疾；《外科正宗·顽癣》载：“顽癣乃风、热、湿、虫四者为患，发之大小圆斜不一，干湿新久之殊……此等总皆血燥风毒克于脾、肺二经”，认为牛皮癣的发病与风、热、湿、虫邪有关，多因血燥风毒侵袭脾、肺二经，提出此病与脾肺二脏密切相关；《外科正宗·纽扣风》篇则载：“纽扣风皆由风湿凝聚生疮，久则瘙痒如癣，不治则沿项背”，此论提出风湿侵袭肌肤、搏于气血而致病，且若失治误治，则病程缠绵难愈。由此可见，古代医家针对该病症的病因与病机之论述是多方面的，且论述深度持续拓展。外因强调风、热、湿、虫邪的致病作用，内因则强调脾、肺二经之间的紧密关联，营血失和，气血凝滞为其主要病机；此外还明确指出了物理摩擦刺激对该病症产生所具有的关键性影响。

现代医家在充分汲取古代医家理论精髓并加以传承的基础之上，于临床诊疗实践过程中针对神经性皮炎的发病机理展开了更为深入、全面的完善与丰富工作，并且特别强调了情绪刺激是引发该病症的一项重要诱因。赵炳南教授作为中医皮外科大家指出情志内伤如长期精神紧张等，致肝气郁结化火伤阴而生风，加重病情；孙占学 [3] 教授将其内因主要归结为肝郁化火、脾虚血燥、痰凝血瘀，外因归结为物理摩擦刺激，认为二者共同作用，而情志因素亦不可忽视，尤其在发作期肝郁化火表现显著；白彦萍 [4] 教授基于“治风先治血”理论指出神经性皮炎病因病机与风邪致病、血分失调紧密相关，同时情志因素作

为重要诱因加剧了内风生成与血分失衡，共同导致皮肤瘙痒等症状。

3. 西医发病机制

神经性皮炎的西医发病机制尚不明确，涉及多重因素，目前普遍认为其发病机制主要包括神经精神因素、免疫与内分泌机制的异常、皮肤屏障功能障碍等方面。

3.1. 神经精神因素

神经精神因素在神经性皮炎的发病机制中扮演着至关重要的角色。研究表明，神经性皮炎患者常伴有焦虑、紧张及失眠等心理状态[5]，这些心理因素不仅作为疾病的诱因，还通过一系列生理机制加剧病情进展——神经焦虑状态可加速超敏反应，促进皮肤树突状细胞迁移至淋巴结，从而强化 T 细胞介导的细胞免疫，导致局部皮肤出现慢性炎症和苔藓样变[6]；此外神经功能紊乱引发的大脑皮层功能失调，会导致神经内分泌失调，释放儿茶酚胺、乙酰胆碱和组织胺等介质，直接作用于皮肤，诱发并加剧瘙痒感[7]，形成“瘙痒-搔抓”的恶性循环，进一步加重皮肤损害。李玉萍[8]等针对 107 例神经性皮炎患者展开了一项系统性的心理学评估研究。研究团队采用标准化心理评估工具，包括负性生活事件量表(涵盖七项具体事件)、焦虑自评量表(SAS)以及抑郁自评量表(SDS)，对患者进行了多维度的心理状态评估，为确保评估结果的客观性研究者将神经性皮炎患者的评估数据与健康志愿者群体(同样采用七项负性生活事件评估)及中国人群常模数据进行了严谨的统计学比对分析，研究结果显示，在负性生活事件发生率方面，神经性皮炎组有 34.4% 的患者在近一年内经历过重大负性事件，显著高于健康志愿者组的 16.1%，该差异具有统计学意义($P < 0.05$)；进一步分析心理量表评分发现，神经性皮炎患者的 SDS 抑郁量表得分与 SAS 焦虑量表得分，与中国常模数据比较均呈现显著性差异(P 值均 <0.01)，表明该患者群体存在明显的焦虑抑郁倾向。上述结果提示，神经性皮炎患者群体中不良精神心理因素的暴露水平显著高于普通人群，且这种心理应激状态可能通过神经-内分泌-免疫网络的多级调控机制，参与疾病的发生发展过程，强调了在临床诊疗实践中需重视患者精神心理状态的评估与干预。

精神因素在神经性皮炎的发病机制中发挥着至关重要的作用。它不仅是疾病发生的重要诱因，更是影响疾病预后和治疗效果的关键因素之一。因此，在神经性皮炎的治疗过程中，应充分考虑患者的心理状态和精神因素，采取综合治疗措施，以期达到更好的治疗效果[5]。

3.2. 免疫与内分泌机制

在免疫及内分泌调节机制方面，神经性皮炎局部皮肤组织慢性炎症性病理改变与反复的免疫反应激活有密切关系，朗格汉斯细胞与 $CD4^+$ 辅助性 T 淋巴细胞在这一病理过程中发挥着核心作用：精神性应激因素可诱导朗格汉斯细胞的异常活化，这一过程不仅直接引发受损皮肤区域出现瘙痒症状，还协同外界机械性刺激因素进一步加剧局部炎症反应，导致炎症细胞因子水平显著升高，表皮角质形成细胞受炎症信号调控而呈现过度增殖状态，进而促使表皮层出现角化过度与真皮层纤维化的病理改变，最终演变为典型的皮肤苔藓样变； $CD4^+$ 辅助性 T 淋巴细胞在角质化异常增生的同时，亦通过分泌多种促炎介质持续参与炎症级联反应，进一步放大炎症效应[9]。此外，诸如 5-羟色胺和 P 物质等瘙痒介质在瘙痒信号传导通路中占据重要地位，它们负责将瘙痒感觉从外周神经系统传递至中枢神经系统[10] [11]。

还有学者提出甲状腺功能异常可能与该疾病的发生发展存在关联。刘坚[12]等选择了 80 例神经性皮炎患者作为观察组，并与 40 例健康体检者(对照组)通过采集早晨空腹血并分离血清，采用化学发光法检测游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)、游离甲状腺素(FT4)以及超敏促甲状腺素(sTSH)的水平进行对比分析；同时，还利用体外放射免疫法测定了甲状腺球蛋白抗体(TGAb)、甲状腺微粒体抗体(TMAb)、甲状腺过氧化

物酶抗体(TPOAb)和促甲状腺素受体抗体(TRAb)的阳性率。研究结果显示, 观察组中 FT3 和 FT4 的水平轻度升高, 而 sTSH 的水平则降低, 与对照组相比差异显著。此外, 观察组中 TGAbs、TMAbs、TPOAb 和 TRAb 的阳性率也均高于对照组。统计学分析进一步证实了这些差异的显著性($P < 0.05$)。基于以上研究结果, 研究得出结论: 神经性皮炎的发病原因中可能涉及自身免疫性因素, 或者神经性皮炎本身可能引发甲状腺功能的病变, 但其确切的发病机制仍有待进一步深入研究。

3.3. 皮肤功能障碍

皮肤屏障主要由角质层、结构脂质和表皮脂质构成, 对于维持皮肤健康起着至关重要的作用。作为人体首道生理屏障, 皮肤具有有效阻隔各类过敏原及有害物质入侵的重要功能。然而, 在神经性皮炎患者中, 皮肤屏障功能往往受损。基于这一病理特征, 现代临床诊疗方案中已将修复皮肤屏障功能作为改善神经性皮炎症状的重要治疗策略, 通过重建表皮脂质屏障、恢复角质层完整性等干预措施, 可有效缓解皮肤炎症反应和临床症状。

李芳梅[13]等将 70 例局限性神经性皮炎受试者采用随机数字表法将其均分为试验组与参照组各 35 例, 参照组采用糠酸莫米松乳膏进行局部外用治疗, 试验组则实施壮医药线点灸疗法, 两组疗程均设定为 4 周。通过对比两组临床疗效, 评估治疗前后皮损面积评分、皮损严重程度评分、瘙痒程度评分、皮肤病生活质量指数(DLQI)量表评分, 以及经表皮水分流失量(TEWL)、角质层含水量(MMV)、皮损处 pH 值等皮肤屏障功能相关指标, 同时监测并记录两组治疗期间的不良反应发生情况; 研究结果显示, 试验组总有效率达 88.57%, 显著优于参照组的 74.29% ($P < 0.05$); 且治疗后两组受试者瘙痒程度评分、皮损面积评分、皮损严重程度评分、DLQI 量表评分、TEWL 及 pH 值均较治疗前下降, 且试验组下降幅度更为显著($P < 0.05$); 同时两组 MMV 值均较治疗前上升, 试验组上升幅度亦显著高于参照组($P < 0.05$); 在安全性方面, 试验组不良反应发生率为 8.57%, 略低于参照组的 11.43%, 但组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。综上所述壮医药线点灸法在治疗局限性神经性皮炎方面表现出色, 不仅能够有效修复皮损、缓解瘙痒症状, 还能显著改善皮肤屏障功能, 进而提升患者的生活质量, 其疗效明显优于糠酸莫米松乳膏。

4. 中医外治法研究进展

中医外治法如针刺、火针、梅花针、灸法等, 在神经性皮炎的治疗中展现出了独特的优势, 中医外治法不仅能够有效缓解神经性皮炎的症状, 且具有调节脏腑的功能以改善机体的内环境, 从根本上减少疾病的复发。这些疗法以其便捷、廉价、安全、有效、副作用小的特点, 近年来受到广泛关注。

4.1. 普通针刺疗法

普通针刺疗法能够根据神经性皮炎患者的具体病情和体质特点进行辨证施治并选取穴位, 运用提插捻转等手法, 刺激经络, 调节气血运行, 有祛风止痒、调和营卫的效果。针灸疗法在治疗神经性皮炎时, 能够迅速缓解瘙痒、减轻皮损, 且疗效持久; 通过调节人体经络气血, 平衡阴阳, 从根本上改善患者的体质, 增强机体免疫力, 减少疾病的复发。现代医学方面来看, 针刺治疗神经性皮炎的作用机制主要包括调节炎症因子分泌, 抑制炎症反应; 调节免疫因子平衡, 增强免疫功能; 影响神经递质释放, 改善情绪状态; 以及可能影响信号通路蛋白表达, 减轻炎症反应。这些机制共同作用[14]。因此其疗效更为全面和深入。

王晓燕[15]将 130 例神经性皮炎患者依据就诊先后顺序随机划分为治疗组、中药调理组及西药治疗组, 治疗组中 52 例患者予体针与梅花针的联合治疗; 中药调理组 46 例患者予开具中药方剂进行水煎服用治疗; 西药治疗组 46 例患者予西可韦、维生素 B1、维生素 B6 及谷维素等药物进行口服治疗。结果治

疗组的疗效优于中药调理组及西药治疗组，且治疗过程中未出现不良反应。说明体针配合梅花针治疗神经性皮炎具有可靠疗效，且操作安全、简便易行。

4.2. 火针疗法

火针疗法是一种将特殊材料制成的针具在火上烧红后，迅速刺入人体穴位和一定部位的针灸疗法，具有散寒除湿、助阳补虚、升阳举陷、消癥散结、生肌排脓、除麻止痉、祛痛止痒等作用。现代医学研究表明，火针疗法具有促进局部皮肤微循环与新陈代谢的显著作用，能够加速受损神经的修复进程，并有效缓解瘙痒症状[16]。

向晓晴[17]等选取 60 例患者随机分为治疗组与对照组各 30 例，治疗组采用火针联合疏风软膏，对照组仅用疏风软膏，治疗 14 天、28 天后，两组 DLQI、VAS 及皮损评分均较治疗前降低(P 均 <0.05)，且治疗组以上三项评分均明显低于对照组(P 均 <0.05)；治疗组总有效率 86.7%，高于对照组的 76.7% (23/30)，统计学差异显著($P < 0.05$)。得出结论火针联合疏风软膏可以有效缓解局限性慢性单纯性苔藓患者瘙痒程度，缩小皮损面积，缓解焦虑程度。

4.3. 梅花针疗法

梅花针，亦被称作“皮肤针”，其作用机制在于通过对浅表皮层实施刺激并产生渗透效应，进而实现穴位激活、经络疏通、瘀血消散与气血流畅、气机调达以及脏腑气血调和的医疗目标。现代医学研究已证实，梅花针疗法能够刺激神经末梢感受器，激发神经元活性，从而优化局部微循环状态并促进神经反射功能的提升[18]。在神经性皮炎的临床治疗中，梅花针既可独立运用，亦可与药物治疗或体针、艾灸、拔罐、穴位埋线、紫外线光疗等外治手段联合应用，以增强治疗效果。

陈曼珍等[19]将 60 例局限性神经性皮炎患者随机均分为对照组与治疗组，对照组采用卤米松局部涂搽及口服氯雷他定(0.1 mg)治疗，治疗组在对照组基础上增加梅花针叩刺皮损处及配穴治疗，两组治疗后均能改善局限性神经性皮炎的瘙痒度、皮损形态、面积和；观察组在瘙痒度、皮损面积的改变方面较对照组优越，差异有统计学意义($P < 0.05$)。面积改变方面相近，差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组疗效比较，治疗组总有效率 86.67%，对照组总有效率 56.67%，差异有统计学意义($P < 0.05$)，治疗组优于对照组。且治疗过程中两组均未出现不良反应，表明梅花针配合西药辨证治疗局限性神经性皮炎，能显著改善皮损形态及瘙痒程度，疗效优于单纯西药治疗。

4.4. 灸法

灸法作为一种传统治疗手段，系借助点燃之介质于人体体表形成温热效应以达治疗目的，在灸疗过程中，所生成的温热作用直接对局部组织进行刺激，能够激发阳气运行，促使邪气外散。艾灸的作用机制研究主要在于其光热效应及燃烧产物的特性，艾绒燃烧时产生的热效应，可有效促进局部血液循环；而艾叶燃烧后所生成的挥发性油类物质在附着于皮肤表面展现出抑菌与杀菌的双重功效[20]。治疗神经性皮炎常用的灸法包括艾灸、铺棉灸、灯草灸等。

解博[21]在针对神经性皮炎的临床研究中共纳入 31 例患者作为研究对象，并设立了铺棉灸治疗观察组，并与采用外用醋酸去炎松尿素软膏治疗的对照组进行对比，治疗结束后铺棉灸组在近期疗效中瘙痒、皮损及 DLQI 评分改善显著优于对照组($P < 0.05$)，远期疗效随访 1 月、2 月时仍维持稳定效果($P > 0.05$)，而对照组疗效随时间逐渐减弱($P < 0.05$)，且铺棉灸组远期症状改善及生活质量提升效果更佳($P < 0.05$)，其总有效率(93.55%)亦显著高于对照组(83.87%, $P < 0.05$)，最终证实铺棉灸疗法治疗局限性神经性皮炎的近期及远期疗效均优于醋酸去炎松尿素软膏外涂法，且远期疗效稳定。

5. 总结

神经性皮炎作为一种常见的慢性皮肤炎症疾病，以阵发性皮肤瘙痒及苔藓样皮损为主要特征，其发病与神经精神因素、免疫与内分泌机制异常、皮肤屏障功能障碍等密切相关。中医理论认为，该病多由风、热、湿、虫邪侵袭肌肤，加之情志内伤、血燥风毒所致，治疗上以疏风清热、养血止痒、调和营卫为主。

在治疗方面，中医外治法如针刺、火针、梅花针、灸法等展现了独特的优势。针刺疗法通过调节经络气血、平衡阴阳，达到祛风止痒的效果；火针疗法则能促进局部微循环，加速受损神经修复；梅花针疗法通过刺激浅表皮层，激活穴位，疏通经络，对神经性皮炎有显著疗效；灸法利用温热效应激发阳气，引邪外出，亦常用于治疗神经性皮炎。

综上所述，中医外治法在神经性皮炎的治疗中具有显著疗效和独特优势，值得在临床中进一步推广和应用。未来的研究应继续深入探索中医外治法的具体作用机制，以优化治疗方案，提高临床疗效。

参考文献

- [1] Charifa, A., Badri, T. and Harris, B.W. (2025) Lichen Simplex Chronicus. StatPearls Publishing.
- [2] Ferreira, B.R. and Misery, L. (2023) Psychopathology Associated with Chronic Pruritus: A Systematic Review. *Acta Dermato-Venereologica*, **103**, adv8488. <https://doi.org/10.2340/actadv.v103.8488>
- [3] 张萱, 马胜南, 孙占学. 孙占学分期论治局限性神经性皮炎经验[J]. 中医药导报, 2025, 31(3): 181-184.
- [4] 吴豆豆, 陈柏林, 蔡锐, 等. 基于“治风先治血”理论探讨白彦萍治疗皮肤瘙痒诸症的经验[J]. 上海中医药杂志, 2024, 58(11): 82-85.
- [5] 江善明, 吴艳华, 李其林, 等. 神经性皮炎的病因及发病机制研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(6): 205-207.
- [6] Chuh, A., Wang, W. and Zawar, V. (2006) The Skin and the Mind. *Australian Family Physician*, **35**, 723.
- [7] 黄林雪, 李利. 皮肤源性慢性瘙痒神经生理机制研究进展[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2015, 14(4): 265-269.
- [8] 李玉萍, 万永山. 精神因素影响神经性皮炎患者病情进展及治疗[J]. 医药论坛杂志, 2012, 33(8): 82-83.
- [9] 冯雪梅, 王宝涛, 胡玉敏, 等. 朗格汉斯细胞在神经性皮炎组织中的分布和 CD 40 分子表达[J]. 现代免疫学, 2006, 26(5): 373-376.
- [10] 黄建国, 黄朝崧, 龚启英, 等. 5-羟色胺与瘙痒[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(10): 1072-1074, 1082.
- [11] 杨闰平, 刘元林. 神经性皮炎局部皮损 P 物质的表达及辣椒碱软膏的疗效观察[J]. 转化医学杂志, 2012, 1(3): 161-163.
- [12] 刘坚, 张建团, 高小梅. 神经性皮炎患者甲状腺自身免疫性抗体及其功能状态的研究[J]. 山东医药, 2006, 46(10): 53.
- [13] 李芳梅, 黄云凤, 祁希希, 等. 壮医药线灸治疗局限性神经性皮炎疗效观察[J]. 广西中医药大学学报, 2025, 28(1): 9-12.
- [14] 臧亨利, 马育轩, 朱艺霞, 等. 针药结合干预神经性皮炎研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2024, 40(8): 104-108.
- [15] 王晓燕. 体针配合梅花针治疗神经性皮炎[J]. 云南中医学院学报, 2004, 27(3): 52-53.
- [16] 姚卫锋, 李士颖. 中医毫火针疗法的研究进展[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2016, 15(4): 258-260.
- [17] 向晓晴, 张金朋, 马天明, 等. 毫火针联合疏风软膏治疗局限性慢性单纯性苔藓疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(11): 1549-1551, 1555.
- [18] 巩育彤, 唐志坤. 梅花针治疗皮肤疾病临床研究进展[J]. 河北中医, 2022, 44(1): 171-176.
- [19] 陈曼珍, 王倩. 梅花针结合西药治疗局限性神经性皮炎的临床疗效观察[J]. 佛山科学技术学院学报(自然科学版), 2015, 33(5): 66-70.
- [20] 夏鸽, 李芳梅. 非药物外治法治疗神经性皮炎研究进展[J]. 河南中医, 2025, 45(1): 143-149.
- [21] 解博. 铺棉灸疗法治疗局限性神经性皮炎的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 太原: 山西中医药研究院, 2022.