

针刺支沟、阳陵泉结合梅花针叩刺治疗带状疱疹 32 例临床观察

张 音 李 威 蒋亚文

(苏州市中医医院针灸科, 江苏苏州 215009)

摘 要 目的:观察针刺支沟、阳陵泉结合梅花针叩刺治疗带状疱疹的临床疗效。方法:64 例患者随机分成治疗组及对照组各 32 例,治疗组采用针刺支沟、阳陵泉结合梅花针叩刺治疗,对照组行抗病毒药物治疗,12d 后观察疗效。结果:总有效率治疗组为 84.38%,对照组为 62.50%,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组治疗第 3、8、12 天的 VAS 止痛疗效比较(评分法),治疗组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:针刺支沟、阳陵泉结合梅花针叩刺治疗带状疱疹疗效优于抗病毒药物治疗。

关键词 带状疱疹 针刺疗法 梅花针 支沟穴 阳陵泉穴

中图分类号 R752.120.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2015)10-0056-02

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒引起的急性感染性皮肤病,其主要特点是沿着被侵犯的神经走行,呈束带状,单侧性疼痛。本病是皮肤科门诊常见病,发病率为 1.4%~4.8%^[1]。随着社会人口老龄化趋势的加剧,发病率呈逐渐上升的趋势。西医主要以抗病毒、营养神经、镇痛等治疗为主,但疗程较长,且常遗留神经痛及皮损,疗效欠理想^[2]。为寻求更好的治疗方案,笔者采用针刺支沟、阳陵泉穴结合梅花针叩刺治疗此病 32 例,并设抗病毒药物组 32 例作对照,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 64 例均为 2011 年 5 月~2014 年 5 月苏州市中医医院针灸科及皮肤科门诊的带状疱疹患者。按就诊顺序采用随机数字表法随机分为 2 组。治疗组 32 例:男 15 例,女 17 例;年龄(46.95 ± 3.42)岁;病程(1.13 ± 0.58)d。对照组 32 例:男 16 例,女 16 例;年龄(47.53 ± 3.19)岁;病程(1.14 ± 0.55)d。2 组患者一般资料经检验无显著性差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]中“蛇串疮”的诊断标准:(1)皮损多为绿豆大小的水疱,簇集成群,疱壁较紧张,基底色红,常单侧分布,排列成带状,严重者,皮损可表现为出血性,或可见坏疽性损害;(2)皮疹出现前,常先有皮肤刺痛或灼热感,可伴有周身轻度不适、发热;(3)自觉疼痛明显,可有难以

忍受的剧痛或皮疹消退后遗疼痛。

1.3 纳入标准 (1)符合以上诊断标准者;(2)发病在 3d 内者;(3)首次发病或带状疱疹复发但既往发病未留后遗症者;(4)年龄 18~80 岁者。

1.4 排除标准 (1)经检查证实患颅内动脉瘤、动静脉畸形、脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病者;(2)心肝肾造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病及其预后不良疾病、精神病患者;(3)有脑疝和上消化道出血等严重合并症者;(4)年龄 18 岁以下及 80 岁以上、妊娠和哺乳期妇女、晕针及拒绝针刺者;(5)严重关节畸形影响功能恢复者;(6)符合纳入标准,但治疗依从性差,影响疗效或安全性判断者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 (1)针刺:支沟、阳陵泉穴,常规针刺得气后留针 30min;(2)梅花针叩刺:疱疹带常规消毒,先叩刺疱疹带首、尾部,再叩刺中间部,以水疱破裂,疱内液体流出,周围皮肤充血或微出血为度。针刺及梅花针叩刺均每日 1 次,连续 5d,休息 2d 后行下 1 个疗程。

2.2 对照组 予泛昔洛韦 0.25g,3 次/d;维生素 B₁,3 次/d;甲钴胺胶囊 0.5mg,3 次/d。

2 组均于治疗 12d 后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》判定。治愈:皮疹消退,临床体征消失,无疼痛后遗症;好转:皮疹消退

约 30%,疼痛明显减轻;未愈:皮疹消退不足 30%,仍有疼痛。

3.2 辅助观察指标 疼痛视觉模拟量表(VAS)。

3.3 统计学方法 统计分析采用 SPSS13.0 软件进行处理分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,2 组样本均数的比较采用独立样本 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差别有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组临床疗效比较 见表 1。

表 1 治疗组、对照组临床疗效比较					例
组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率
治疗组	32	15	12	5	84.38%*
对照组	32	9	11	12	62.50%

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组 VAS 评分比较 见表 2。

表 2 治疗组、对照组治疗前后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)					分
组别	例数	治疗前	第 3 天	第 8 天	第 12 天
治疗组	32	8.32 $\pm$ 1.05	6.32 $\pm$ 1.01*▲	5.02 $\pm$ 0.87*▲	3.01 $\pm$ 0.74*▲
对照组	32	8.33 $\pm$ 1.03	7.27 $\pm$ 1.05*	6.23 $\pm$ 1.23*	4.73 $\pm$ 1.02*

注:*与本组治疗前比较, $P < 0.05$;▲与对照组同期比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

带状疱疹属中医学“缠腰火丹”、“蜘蛛疮”、“火带丹”、“甑带疮”、“蛇丹”、“飞蛇丹”等范畴,俗称“缠腰龙”,一年四季都可发病,因其形似蛇,又名“蛇串疮”。如《医宗金鉴·外科心法》记载:“此证俗名蛇串疮,有干湿不同,红黄之异,皆如累累珠形。干者色红赤,形如云片,上起风栗,作痒发热。此属肝、心二经风火,治宜龙胆泻肝汤;湿者色黄白,水疱大小不等,作烂流水,较干者多疼,此属脾、肺二经湿热,治宜除湿胃苓汤。”又如《外科启玄·蜘蛛疮》记载:“此疮生于皮肤间与水窠相似,淡红且痛,五七个成堆,亦能荫干。”本病多为情志内伤,肝郁气滞,久而化火,肝经火毒,外溢肌肤而发;或饮食不节,脾失健运,湿邪内生,蕴而化热,湿热内蕴,外溢肌肤而生;或感染毒邪,湿热火毒蕴结于肌肤而成。年老体虚者,常因血虚肝旺,湿热毒盛,气血凝滞,以致疼痛剧烈,病程迁延。故疏肝健脾、清热利湿、理气活血、通络止痛成为其主要治疗原则。西医学认为:本病多因机体免疫功能,特别是细胞免疫功能低下,感染带状疱疹病毒所致,病变常累及局部神经节后根以及相应神经节段的皮肤^[4],是一种以神经痛为主要特征的皮肤病。有将近 30%~40% 的患者可后遗神经痛。疼痛发作时常使患者寝食不

安,或有焦虑和抑郁,个别的甚至有自杀意向,生活质量低下。缓解疼痛成为治疗本病的重要环节。

支沟为手少阳三焦经穴,可清热解毒,激发原气,气旺血充以调气理气,气机调畅则疼痛减轻。阳陵泉为足少阳胆经合穴,具有清泄肝胆湿热的作用。两穴相配能和解少阳而清热化湿、泻火解毒、通络止痛,共奏泻除阳经蕴毒郁热之功。梅花针为丛针浅刺法,是集合多支短针浅刺人体一定部位和穴位的一种针刺方法,是古代“半刺”、“浮刺”、“毛刺”等针法的发展。《素问·皮部论》说:“凡十二经络脉者,皮之部也。是故百病之始生也,必先于皮毛。”十二皮部与经络、脏腑联系密切,用梅花针叩刺皮部放血,通过刺激孙脉、络脉、经脉以调节脏腑功能,平衡阴阳,泻火解毒,通络止痛,使邪有出处,可缩短疗程,对防止后遗神经痛有较大作用。

西医学研究表明,针灸可以通过神经体液调节,使机体痛阈提高,免疫功能加强,同时可以促进内源性鸦片肽类物质的分泌,产生镇痛作用^[5]。大量临床资料证实,针灸治疗带状疱疹,相比较于药物治疗更具有优势,一方面能活血通络以消除水疱与红斑,另一方面能化瘀止痛,以防止疱疹消失后遗留的神经痛,且无不良反应。

本研究结果显示,治疗组疗效优于对照组,尤其是有很好的止痛效果。说明针刺支沟、阳陵泉穴结合梅花针叩刺可以加强清热利湿、泻火解毒、通络止痛的作用,能进一步提高治疗带状疱疹的疗效。当然如果病情复杂,则需要中西医结合综合治疗,方能得到更好的治疗效果。

参考文献

- [1] 邹宏军.穴位注射配合针刺治疗带状疱疹疗效观察.山东中医杂志,2010,29(11):773
- [2] 高阳,蔡志红.三棱针刺络拔火罐治疗带状疱疹后遗神经痛 128 例.中国现代药物应用,2007,1(11):3
- [3] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994:24
- [4] 曹周军.中西医结合治疗带状疱疹 42 例.湖南中医杂志,2010,26(5):83
- [5] 丁莉莉.带状疱疹的针灸治疗概析.按摩与康复医学,2012,1(3):84

第一作者:张音(1963—),女,本科学历,医学士,副主任中医师,从事针灸临床工作。zhangyin408@163.com

收稿日期:2015-06-29

编辑:华 由 王沁凯