

火针配合刺络拔罐 治疗急性期带状疱疹疗效观察

朱兴龙 田有坤

(云南省宣威市中医医院针灸科, 云南 宣威 655400)

摘要:目的 火针配合刺络拔罐治疗急性期带状疱疹临床疗效。方法 将 68 例急性期带状疱疹患者随机分为两组,按就诊顺序随机分为火针+刺络拔罐组(治疗组)及刺络拔罐组(对照组)各 34 例。在入选时对两组患者的疼痛度(视觉模拟评分, VAS)作评估,观察两组患者治疗后疼痛强度(VAS)积分、综合疗效。结果 治疗组疼痛强度的缓解明显优于对照组($P<0.01$);治疗组综合疗效痊愈率明显优于对照组($P<0.01$)。结论 火针配合刺络拔罐治疗急性期带状疱疹疗效显著,优于刺络拔罐,是一种较理想的综合治疗方法,能明显提高临床疗效。

关键词:带状疱疹;火针;刺络拔罐

中图分类号: R 752.1⁺2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2015)01-0054-03

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.01.021

带状疱疹是由水痘——带状疱疹病毒(varicella-zoster virus, VZV)引起的,以沿单侧周围神经分布的簇集性小水疱为特征,常伴有明显的神经痛^[1],严重影响患者生活质量。此病毒一般潜伏在脊髓后根神经元中。当机体抵抗力低下时,病毒可再次生长繁殖,并沿神经纤维移至皮肤,使受侵犯的神经和皮肤产生激烈的炎症。皮疹一般有单侧性和按神经节段分布的特点,有集簇性的疱疹组成,并伴有疼痛。中医学称之为“缠腰火丹”“火带疮”“蛇丹”等,是临床上一种多发性疾病。目前临床上单一的治疗方法难以达到很好疗效,笔者自 2013 年以来采用火针加刺络拔罐治疗,取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 入选病例为 2013 年 4 月~2014 年 4 月我科住院及门诊治疗的带状疱疹患者 68 例,均符合国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[2]中带状疱疹的诊断标准,且既往均无糖尿病和神经病变症状,无神经阻滞禁忌证。根据患者就诊顺序,随机分为治疗组(火针+刺络拔罐)34 例和对照组(刺络拔罐)34 例,治疗组男性 21 例、女性 13 例,年龄最小的 25 岁、最大的 74 岁,病程最短的为 1 天,最长的 21 天;对照组男性

18 例、女性 16 例,年龄最小 26 岁、最大 79 岁,病程最短的为 1.5 天,最长 24 天。两组患者性别、年龄、病程等资料经统计学处理,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 中医诊断《中医病证诊断疗效标准》^[2]中“蛇串疮”诊断标准拟定:①皮损为绿豆大小的水疱,簇集成群,疮壁较紧张,基底色红,常单侧分布,成带状排列,严重皮损可表现为出血性,或可见坏疽性损害;②皮损发于面部,病情往往较重;③皮疹出现前,常先有皮肤刺痛或烧灼感,可伴周身轻度不适、发热;④疼痛明显,可有难以忍受的剧痛或皮疹消退后遗疼痛。

1.3 西医诊断参照 《Cecil Textbook of Medicine》中带状疱疹的诊断标准拟定:①先兆症状为身体一侧的疼痛、刺痛、或灼烧感,多局限于身体的特定部位。疼痛和灼烧感可非常强烈;②皮损多沿脊神经根分布,常累及几个紧密相邻的皮区;③脐窝状水疱,有时为出血性水疱或脓疱,成簇、紧密、基底潮红,深入皮肤,有渗出,疱壁较硬,水疱出现后,可继而出现红斑。

1.4 纳入标准 ①符合带状疱疹诊断标准;②年龄 18~70 岁;③发病至初诊期间,未经过抗病毒和止痛治疗;④知情同意治疗安排;⑤患者依从性

好,能完成治疗疗程。

1.5 排除标准 ①带状疱疹的特殊类型,包括眼、耳带状疱疹、内脏带状疱疹、脑膜带状疱疹、泛发性带状疱疹、无疹型带状疱疹;②妊娠或哺乳期妇女;③过敏体质及对多种药物过敏者;④疤痕体质者;⑤合并严重的心血管、脑血管、肝、肾、造血系统等原发性疾病或全身衰竭者,糖尿病、恶性肿瘤、精神病患者,结缔组织病、血友病患者,有出血倾向的患者;⑥病情危重,难以对治疗的有效性和安全性作出确切评价者;⑦1 月内应用过皮质类固醇激素或免疫抑制剂。

1.6 治疗方法

1.6.1 治疗组 ①患者卧位,暴露疱疹部位,疱疹部位及其四周常规消毒,左手持止血钳夹含 95 % 酒精棉球并点燃,右手拇食中指夹持火针(直径 1.2 mm)1 支,将针尖、针体烧至透红,然后快速点刺在疱疹部位,要求果断迅速地刺入,疾入疾出。深度达到疱疹底部为宜,先刺早发的疱疹,再刺新发的疱疹。②取无菌的三棱针快速对疱疹部位进行点刺出血,然后用灭菌后的玻璃火罐在三棱针点刺区拔罐,留罐 5 ~ 10 min,起罐后用灭菌干棉球清理拔出的组织液和血液。治疗每天 1 次,10 天一个疗程。

1.6.2 对照组 患者卧位,暴露疱疹部位,疱疹部位及其四周常规消毒,取无菌的三棱针快速对疱疹部位进行点刺出血,然后用灭菌后的玻璃火罐在三棱针点刺区拔罐,留罐 5 ~ 10 min,起罐后用灭菌干棉球清理拔出的组织液和血液。治疗每天 1 次,10 天一个疗程。

1.7 疗效观察指标

1.7.1 疼痛强度评价指标 疼痛强度采用视觉模拟评分法(VAS)法^[3]:0 分表示无痛,10 分表示剧痛。

1.7.2 疗效判定标准 参照国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》^[2]。痊愈:皮疹消退,临床症状消失,疼痛消失;好转:皮疹消退 30% 以上,疼痛明显减轻;无效:皮疹消退不足 10 %,疼痛未减轻。

1.8 统计方法 临床数据以均数标准差表示,治疗前后比较采用 *t* 检验,临床综合疗效痊愈率采用

卡方检验。应用 SPSS13.0 统计学软件进行数据统计。

2 治疗结果

2.1 治疗组及对照组两组 VAS 比较 两组治疗前 VSA 评分比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性;各组治疗后与治疗前对比有显著性差异($P<0.01$),说明治疗后患者疼痛均有明显改善;治疗后两组评分对比,有显著性差异($P<0.01$),说明治疗组疼痛缓解较对照组更为显著。见表 1。

表 1 治疗组与对照组疼痛改善情况比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗组	34	4.41±0.36	1.32±0.18 ^{①②}
对照组	34	4.56±0.36	1.44±0.20 ^①

①与治疗前比较 $P<0.01$;②与对照组比较 $P<0.01$ 。

2.2 综合疗效比较 两组综合疗效痊愈率比较,有显著性差异($P<0.01$),说明治疗组痊愈的患者更多。见表 2。

表 2 两组疗效比较

组别	<i>n</i>	痊愈	有效	无效	总有效(%)
治疗组	34	27 ^①	7	0	100.00
对照组	34	15	17	2	94.12

①与对照组比较 $P<0.01$ 。

3 讨论

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒感染引起的一种以沿周围神经分布的群集疱疹和以神经痛为特征的病毒性皮肤病。现代医学认为,带状疱疹多在人体免疫功能降低等各种诱发因素的作用下,感染水痘-带状疱疹病毒所致,病毒侵入皮肤的感觉神经末梢,当机体免疫力低下等诱发因素存在的情况下生长繁殖,侵犯神经节使之发炎、坏死,产生剧烈的神经痛^[4]。中医学认为带状疱疹多因情志不遂,血虚肝旺,脾失健运,湿热搏结,兼感毒邪交阻经络,凝结于肌肤、脉络而发为本病。带状疱疹宜早诊断、早治疗,以免延误时机,延病程形成疱疹后遗症。

治疗带状疱疹及其后遗症神经痛,目前西医方面主要以口服及外擦抗病毒药物、止痛药物及营养神经药物为主,辅以照射微波、红外线等物理治疗,但是临床疗程较长,不能较快帮助患者止痛,且药物的毒副作用较明显^[5]。中医治疗带状疱疹

中缩短疗程,止痛效果好,且无毒副作用,越来越受到患者重视,其中包括针灸、拔罐、放血、穴位注射等方法^[6]。

火针疗法,古称“焮刺”“烧针”等,是将特制的针具用火烧红针体后,快速刺入人体一定的腧穴或部位^[7],从而达到防病治病目的的一种医疗方法。火针疗法具有针和灸的双重作用,既有针之刺激又有灸之温热刺激,直接快速地驱除滞于经脉的湿热火毒,使疼痛得到缓解,具有止痛快、疱疹干结快、不易留后遗症等优点。《医宗金鉴·外科心法要诀》曰:“轻者毒气随火气而散,重者拨引毒通彻内外。”其作用原理主要有以下几点:借火助阳、开门祛邪、以热引热^[8]。火针以热引热,以其温通之力,达开门泻邪之功^[9],使瘀滞和湿热邪毒得以充分外泻,从而经络得以疏通气血流畅。刺络拔罐可以通过泻除局部组织“恶血、恶毒”,从而达到祛除邪毒,解毒散肿止痛之功。火针联合刺络拔罐可增强外泻湿热邪毒,解毒散肿止痛之效。

本研究结果表明,火针配合刺络拔罐治疗急性期带状疱疹能明显提高临床疗效。因此,作者认为火针结合刺络拔罐治疗急性期带状疱疹疗效

肯定、简单、安全、有效,值得推广。

参考文献

- [1] 中华中医药学会. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55~56.
- [2] 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, 1994: 144.
- [3] 樊涛, 黄国志, 李义凯, 等. X 线定位与痛点定位体外冲击波治疗腰脊神经后支综合征的临床观察[J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26(5): 429~432.
- [4] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 300.
- [5] 樊玉华, 滕小慧, 赵文君. 改良火针配合刺络拔罐治疗带状疱疹临床疗效观察[J]. 河北医学, 2014, 20(3): 525~526.
- [6] 张少波, 宁海明. 带状疱疹后遗神经痛的针灸治疗进展[J]. 新中医, 2012, 44(11): 118~119.
- [7] 姜磊. 浅谈火针的古今发展及注意事项[J]. 针灸临床杂志, 2003, 19(9): 48.
- [8] 贺普仁. 火针的机理及临床应用[J]. 中国中医药, 2004, 2(10): 20~24.
- [9] 贺普仁. 针灸三通法临床应用[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2002: 100~150.

(收稿日期: 2014-07-25 编辑: 王益平)

(上接第 51 页)

程度。我们对膝 OA 患者给予玻璃酸钠注射配合三色敷药外用,二者具有协同治疗作用,使其内外结合,发挥最佳治疗效果。外源性玻璃酸钠膝关节内注射后迅速在病变软骨面形成屏障,同时增加润滑度,间接调节相关细胞因子,抑制软骨或滑膜分泌的基质金属蛋白酶及炎症介质而发挥很好的治疗作用。同时,外用三色敷药,药力通过皮肤、筋膜、肌肉,逐层渗透,有效缓解滑膜组织之炎症,使肿胀得以迅速消退,症状得到明显缓解。该方案着眼于病变局部,发挥中西医结合优势,具有起效快,副作用小,患者易于接受等优点,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 陈百成, 张静. 骨关节炎[J]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 18.
- [2] Holden DL, James SL, Arson RL, Slocum DB. Proximal tibial osteotomy in patients who are fifty years old or less: a long term follow up study[J]. J Bone Joint Su (Am),

1988, 70: 977~982.

- [3] 胡照明. 中国中医秘方大全[M]. 上海: 文汇出版社, 1999.
- [4] 张军, 孙树椿, 丁建中, 等. 通络止痛膏治疗膝关节病临床观察[J]. 中国骨伤, 2000, 13(7): 415~416.
- [5] 熊南山, 李建海. 氨基葡萄糖联合玻璃酸钠治疗膝骨性关节炎的疗效观察[J]. 中国医院药学杂志, 2014, 34(3): 221~224.
- [6] 王平, 古恩鹏, 曹阔喻. 活血化瘀膏对早中期膝骨性关节炎关节液 NO 和 MMP-13 的影响研究[J]. 天津中医药, 2010, 27(3): 192~193.
- [7] 赵敏辉. 石氏三色敷药治疗膝关节骨关节炎 140 例疗效分析[J]. 中成药, 2005, 27(7): 7~8.
- [8] 吴宁, 慕雪峰, 张宪发. 玻璃酸钠配合中药熏洗治疗膝关节炎 Meta 分析[J]. 激光杂志, 2012, 33(3): 55~57.
- [9] 徐凤和, 刘传圣. 玻璃酸钠注射联合密集型银质针导热治疗膝骨关节炎[J]. 中国疼痛医学杂志, 2012, 18(6): 331~335.

(收稿日期: 2014-06-06 编辑: 王益平)