

闪火灸“火郁发之”配合局部围刺治疗带状疱疹急性期临床观察

罗高俊 黄香红 赵忠辉 张佳丽
湘潭市中医医院 湖南湘潭 411100

【摘要】目的 探讨闪火灸配合局部围刺治疗带状疱疹急性期的疗效。**方法** 将 60 例带状疱疹急性期患者随机分为闪火灸配合局部围刺组和西药组, 每组 30 例。**结果** ①治疗 1 疗程结束后与治疗前比较疗效, 两组均取得较好疗效, 两组治疗后疗效比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明闪火灸配合局部围刺组疗效优于西药组。②治疗 1 疗程后两组患者疼痛持续时间和疼痛程度与治疗前比较, $P < 0.05$, 差异有统计学意义, 说明在缓解患者疼痛程度以及缩短患者疼痛持续时间方面两组均有疗效, 但闪火灸配合局部围刺组疗效优于西药组。**结论** 闪火灸配合局部围刺治疗带状疱疹急性期疗效优于西药组。

【关键词】 带状疱疹; 急性期; 闪火灸; 局部围刺; 火郁发之

【中图分类号】 R246

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2018) 03-140-03

带状疱疹是由水痘原发感染后水痘-带状疱疹病毒进入皮肤的感觉神经末梢, 临床可见密集成簇的水疱聚集一处或数处, 沿神经走向, 呈带状分布, 局部灼热剧痛, 疼痛剧烈而顽固, 是临床上一种常见病多发病^[1]。相当于中医学“蛇串疮”, “缠腰火丹”等范畴, 发病机制^[2]为带状疱疹病毒通过皮肤的感觉神经末梢侵入到脊神经后根的神经节细胞内, 长期在那里呈休眠状态, 当人体正常免疫功能下降时, 带状疱疹病毒可被激活, 并在感觉神经末梢快速增殖并损坏皮肤组织和细胞, 使其产生急性炎症、出血、坏死, 导致出现剧烈的神经痛, 疱疹消退后仍可长期遗留自发性疼痛, 痛觉异常, 痛觉敏感或感觉改变的带状疱疹后神经痛。患者情绪低落, 寝食难安,

生活质量低, 所以在疾病早期的正确及时处理至关重要。笔者在临床中对 60 例带状疱疹急性期患者分别采用闪火灸配合局部围刺治疗 (治疗组)、西药治疗 (对照组) 的方法治疗该病, 并对疗效进行了对比分析, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例均为本院针灸科门诊患者, 共 60 例, 均符合带状疱疹诊断标准。采用随机数字表法将 60 例患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 30 例。两组患者性别、年龄、病程等经统计学处理均无明显差异, 具有可比性。(见表 1)

表 1: 两组均衡性比较

组别	例数	性别		年龄 (岁)			病程 (d)		
		男	女	最小	最大	平均	最小	最大	平均
治疗组	30	20	10	13	65	46.58±17.23	1	7	3.85±1.58
对照组	30	19	11	15	66	47.15±16.31	1	6	4.05±1.18

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准: 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中“蛇串疮”的诊断标准制定: (1) 皮损为绿豆大小的疱疹, 集簇成群, 基底泛红, 多为单侧分布, 排列成带状。严重者可出血性或坏疽性损害。(2) 疱疹出现前后, 可有皮肤烧灼感或针刺感, 偶伴有低热、乏力等症状。(3) 疼痛感明显, 可有难以忍受的急性期剧痛或缠绵难愈的后遗神经痛。

1.2.2 西医诊断标准: 参照《临床诊疗指南·皮肤病与性病分册》^[4]中带状疱疹的诊断标准制定: (1) 发疹前可有低热、乏力、全身不适、淋巴结肿大、食欲不振、大便不畅等症状。(2) 最早出现的症状往往是沿受损神经支配区的烧灼或针刺样疼痛感, 1-4 天后病变区域的皮肤出现红斑及水疱。

(3) 病损区域常为一个神经支配区, 好发部位是肋间神经、臂丛神经及坐骨神经等。(4) 疱疹为红斑上簇集性粟粒至绿豆大小水疱, 疱液澄清, 疱壁紧张。(5) 疱疹呈单侧带状分布, 一般不越过躯体正中线。(6) 头面部及眼睑部带状疱疹除外。

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 围刺治疗: 所有患者均先接受局部围刺, 具体操作如下: 患者裸露患处, 对疱疹出现的部位及疼痛感明显的部位皮肤常规消毒。用 1.5 寸的毫针从该部位呈环状以 15° 角斜刺进针。针数多少取决于患处及疼痛面积大小, 每针相距 1 寸左右, 进针要快, 进针 1 寸左右。得气后行捻转泻法, 留针 30min。每日 1 次, 7 日为 1 疗程。病变部位在胸胁部, 针刺时应注意避免进针过深, 引起气胸, 发生意外。

2.1.2 闪火灸治疗: 患者围刺后休息 30min 后行闪火灸治疗, 具体操作如下: 左手拿纸巾, 右手用持物钳夹住棉花球, 蘸乙醇后点燃。将火苗甩至病灶局部, 重复多次, 直至皮肤

干燥、变色。每日 1 次, 7 日为 1 疗程。

2.2 对照组

常规西医治疗: 泛昔洛韦片, 每次口服 250mg (饭前服), 每日 3 次, 甲钴胺片, 0.5mg/ 次, 每日 3 次, 7 日为 1 疗程。维生素 B1 片 20mg, 每日 3 次口服; 阿昔洛韦软膏患处适量外涂, 每日 1 次。

3 结果

3.1 总体疗效评定

参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]制定。治愈: 皮疹消退, 临床体征消失, 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 30%, 疼痛未减轻。

3.2 疼痛情况

观察比较 2 组临床症状变化, 记录疱疹结痂及脱痂时间, 采用疼痛视觉模拟法 (VAS)^[6]对两组治疗前及治疗 1、2、3 周后疼痛情况进行评分, 并对两组患者进行安全性监测。

3.3 统计学处理

统计分析采用统计软件 SPSS19.0 处理, 所有统计结果由计算机输出。根据资料的分布和性质, 计量资料用 t 检验, 计数资料用卡方检验, 等级资料用 Ridit 分析法对两组组内、组间各项指标进行对比分析。

3.4 结果分析

3.4.1 疗效比较 (见表 2)

表 2: 总体疗效比较

例数 n		疗效			有效率 %
		治愈	好转	无效	
治疗组	30	16	12	2	93.33
对照组	30	12	14	4	86.67

经秩和检验, $P < 0.05$, 表明治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义。

3.4.2 疼痛程度及疼痛持续时间比较 (见表 3)

表 3: 疼痛程度比较

治疗时间	疼痛程度积分		疼痛持续时间积分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	3.12±2.21	0.96±1.02	2.80±2.16	0.58±1.04
对照组	3.10±2.04	1.75±1.62	3.12±2.15	1.21±1.18
P 值	0.805>0.05	0.021<0.05	0.623>0.05	0.005<0.05

研究结果显示, 两组患者治疗后疼痛程度积分相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 表明治疗组疼痛减轻程度优于对照组。两组患者治疗后疼痛持续时间积分相比有显著差异 ($P < 0.05$), 表明治疗组疼痛持续时间少于对照组。

4 讨论

西医认为带状疱疹是由于感染带状疱疹病毒引起的, 皮肤疱疹和疼痛是本病的主要症状, 疼痛可发生在出疹前后, 疼痛剧烈并顽固, 令患者彻夜难眠, 饮食锐减, 严重影响患者的工作和生活^[7]。祖国医学认为本病属于“缠腰火丹”“蛇串疮”等范畴, 李国燕^[8]认为本病多由肝脾内蕴湿毒, 复感邪毒, 湿热邪毒熏蒸皮肤而循经外溢所致, 肌表经络受损, 阻滞不通, 不通则痛。姜必丹^[9]以棉花灸治疗带状疱疹取“火郁发之”之意, 以火攻火, 以热引热, 火能燥湿, 使湿热火毒随火而解, 消肿化瘀而止痛。《素问·六元政纪大论》“木郁达之, 火郁发之, 土郁夺之, 金郁泄之, 水郁折之”, “火郁发之”来源于运气学说的五郁理论, 既为五郁指导性治则, 也是五脏郁发疾病治法之一^[10]。火郁是指在某种原因作用下使邪热伏于体内, 氤氲而成内热毒邪, 热毒之邪不得升散和外达而致病; 发之就是顺应火性, 运用宣散、升举、轻扬、疏通、外泄等治法, 使郁火发越于外^[11]。我们根据多年临床经验认为, 带状疱疹是湿热或热毒蕴积体内, 郁久成火毒而致。从火郁辨证, 与心郁、肝郁、脾郁有关, 郁久成火毒而致病。

带状疱疹患者因正气减少, 免疫力降低而发病。本研究之闪火灸疗法通过腧穴将火热直接导入人体, 这种被导入的火热, 通过腧穴经脉, 激发人体内在经气, 从而鼓动气血运行, 温壮脏腑阳气以扶正。闪火灸所传递的热能可使局部血管扩张, 加速代谢, 加快细胞的再生和修复, 降低末梢神经的兴奋性达到解痉止痛^[12]。同时通过热刺激人体腧穴腠理而开启经脉络脉之外门, 给邪以出路。火郁发之疗法通过其独特的开门驱邪之法, 在借火助阳, 鼓舞经脉脏腑阳气的同时又可以直接排出有形之邪。

闪火灸还具有“以热引热”之意, 郁积于体表的火热之毒与闪火灸的火热相互联系。借助火力强开腠理皮肤, 用温热之力吸引出郁积体表的热毒, 使毒热外泄。对于病变局部的疱疹, 是气血壅滞, 火热之邪郁而生毒, 火郁发之疗法就是借助火热之力, 强开其门, 用温热之力吸引出病灶内的热毒, 使壅滞的火毒直接外泄; 同时借助火热阳气温通经脉, 助血气运行血气行则火毒之邪随之消散, 使得长期聚集于病变局部的毒邪排除体外。闪火灸还可以起到独特的生肌敛疮的疗效, 具有温通经络, 益气活血, 可得使疮口周围瘀滞的血液因疏通而加速消散, 病灶组织周围的营养得到补充, 从而可以促进组织再生长, 加快疮口愈合。

本研究还配合围刺法进行治疗, 众所周知, 针灸的镇痛效应目前已经得到公认, 有研究发现^[13-14], 针灸镇痛时脑和脊髓中枢的 5-羟色胺 (5-HT) 水平升高, 而中枢外周的 5-HT 含量减少, 而且内啡肽参与了针刺镇痛过程, 针刺能提高内啡肽含量, 从而增大机体镇痛的力度。围刺能够改善脏腑经络组织器官的血液循环, 使病损部位气血运行通畅, 从而改善局部神经营养功能^[15]。围刺法是古代扬刺法的发展, 即以

皮损处为中心, 在其周围使针尖全部指向病损中央进行针刺。这种方法不仅可以封闭病邪、阻断病毒传导, 而且针刺直接作用在局部, 又能调和局部气血, 使气血得通, 瘀滞得散, 具有活血、消肿、止痛之功效^[16], 即“通而不痛”。此外围刺法还有促进疱疹结痂和加快疱液吸收的作用^[17]。在皮损表面进行围刺不仅可活血祛湿, 使瘀血与湿热从皮肤而解, 又因其刺激范围广而能影响多脏腑经络的功能, 从而使各脏腑与经络之间能更好地发挥调节作用。围刺还可通过局部的刺激, 改善体液循环, 以激发整体的免疫应答, 通过自身的免疫功能来杀死带状疱疹病毒^[18]。

李杰^[19]认为围刺法可以促进局部气血调畅, 扶正祛邪; 还能阻断邪气对神经的进一步损害, 起到通则不痛的作用; 再借助灸火的温热刺激, 有以热引热, 消肿止痛的作用, 围刺加棉花灸两者合用可以提高人体免疫力, 促进局部血液循环, 阻止病毒对神经损害而止痛。刘毅、韩慧^[20-22]认为毫针围刺法具有激发经气, 疏通经络, 行气活血, 驱邪外出的功效, 可有效的限制皮损的范围, 防止邪毒扩散, 灸火的温热刺激更可以强化这种作用, 且有助于除湿止痛, 使皮损面迅速干燥, 疱疹消退, 缩短病程。

《医宗金鉴·外科心法要诀》曰: “七日以前形势未成, 不论阴阳当俱先灸之, 轻者使毒气随火而散, 重者拔下郁毒, 通微内外, 实良法也。”本研究采用闪火灸配合局部围刺治疗带状疱疹, 利用闪火灸的局部温热刺激, 有以热引热, 拔引郁毒止痛之功效。配合局部围刺治疗在急性期及时施用, 有提高人体免疫力, 调节气血, 通行血脉, 促进皮损部位气血运行, 经脉畅通, 达邪外出, 控制病情发展, 缩短病程, 提高疗效。并且闪火灸和围刺操作简单, 无毒副作用, 容易被患者所接受, 值得临床应用。

【参考文献】

- [1] 新培英. 免疫增强剂在皮肤病治疗中的应用 [J]. 中华皮肤科杂志, 1992, 25: 284.
- [2] 丁光迪. 诸病源候论校注 [M]. 北京: 人民卫生出版社. 2013, 7(1): 677.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 北京: 中国医药科技出版社. 2012: 259-260.
- [4] 中华医学会. 临床诊疗指南—皮肤病与性病分册 [M]. 北京: 人民卫生出版社. 2006: 2-4.
- [5] 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.
- [6] Van Roo JD, Lazio MP, Pesce C, et al. Visual Analog Scale (VAS) for Assessment of Acute Mountain Sickness (AMS) on Aconcagua [J]. Wilderness Environ Med, 2011, 22(1): 7-14.
- [7] 贾开红, 周晓卿. 刺络拔罐联合棉花灸治疗带状疱疹神经痛 15 例 [J]. 中医临床研究, 2014, 6 (24): 23-24.
- [8] 李国燕, 李德钦, 曾浪泉. 中药联合针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效分析 [J]. 中医临床研究, 2017, 9 (5): 86-87.
- [9] 姜必丹, 章薇, 刘伍立. 棉花灸结合针刺治疗带状疱疹 65 例临床观察 [J]. 中国医师杂志, 2002, 4(6): 661-662.
- [10] 郑亮, 冯进. 论“火郁发之” [J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(2): 11-13.
- [11] 曾均. 火郁治疗方法浅析 [J]. 光明中医, 2013, 28(6): 1229-1230.
- [12] 岳增辉, 何新群, 姜京明. 闪火灸法治疗带状疱疹的临床研究 [J]. 湖南中医药大学学报, 2009, 29 (5): 70-74.
- [13] 梁宜, 方剑乔. 5-羟色胺镇痛觉调制与针灸镇痛相关研究 [J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(8): 492.
- [14] 林清启. 针灸疗法联合阿普洛韦治疗老年带状疱疹的效果分析 [J]. 中外医疗, 2011, 30(35): 83-84.
- [15] 白伟, 季奎, 许广里. 局部围刺治疗带状疱疹疗效观察 [J]. 吉林中医药, 2007, 27(2): 44.

(下转第 145 页)

短于对照组, $P < 0.05$, 治疗前两组肌张力等级、卒中量表评分、肢体活动功能相近, $P > 0.05$; 治疗后针灸推拿组肌张力等级、卒中量表评分、肢体活动功能优于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述, 针灸推拿治疗脑卒中后肌张力增高的临床效果确切, 可有效恢复肌张力, 缩短疗程, 改善神经功能和肢体活动功能, 值得推广。

【参考文献】

- [1] 韩淑凯, 杜孝林, 李雯雯等. 表里两经推拿治疗脑卒中后上肢偏瘫痉挛状态 [J]. 针灸推拿医学 (英文版), 2017, 15(1):27-30
- [2] 苏剑清, 夏青, 董洪英等. 推拿治疗脑卒中后遗瘫期临床举隅 [J]. 按摩与康复医学, 2016, 7(15):29-30.
- [3] 兑振华. 脑卒中后肌张力增高中西医结合治疗进展 [J]. 西部中医药,

(上接第 141 页)

- [16] 张淑杰, 邹艳红. 针刺夹脊穴配合围刺治疗带状疱疹后遗神经痛. 针灸临床杂志, 2009, 25(2): 4-6.
- [17] 杨甲三. 针灸学. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 776.
- [18] 朱振富. 刺拇指节穴加围针治疗带状疱疹 38 例 [J]. 针刺研究, 2001, 26(1): 70.
- [19] 李杰. 围刺加棉花灸治疗带状疱疹后遗神经痛 38 例 [J]. 上海

(上接第 142 页)

- [3] 姜丽, 余兰彬, 徐国良, 张启云, 严小军, 王玉蓉. 天麻素和葛根素在大鼠体内联合应用的药动学研究 [J]. 中国中药杂志, 2015, 40(06):1179-1184.
- [4] 曾庆文. 针刺联合天麻白术汤治疗偏头痛急性发作的临床效果分析 [J]. 大家健康 (上旬版), 2016, 10(4):36-36.

(上接第 143 页)

【参考文献】

- [1] 卢华, 王美强, 谢健燕. 中西医结合治疗老年慢性阻塞性肺疾病急性发作期的疗效分析 [J]. 中国医药科学, 2015, 5(23):116-119.
- [2] 刘香玉, 李立群, 戈艳蕾, 等. 化痰哮喘汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作 (痰瘀伏肺证) 临床研究 [J]. 陕西中医, 2017, 38(1):453-454.

(上接第 146 页)

- [4] 李万湖, 董帅, 胡旭东. 多层螺旋 CT 血管造影对原发性肝癌动静脉瘘和肝外供血动脉评估价值 [J]. 中华肿瘤防治杂志, 2017, 24(11):755-758.

(上接第 147 页)

着细而短的纤维条带, 超声诊断很难准确判断, 而多排螺旋 CT 则有着很强的穿透性, 从而可以准确显示病灶, 具有很高的临床应用价值。

综上所述, 在脂肪肝合并肝脏结节性疾病诊断中, 采用多排螺旋 CT 有着较高的准确性, 具有重要的诊断价值, 值得在临床上推广。

【参考文献】

(上接第 148 页)

疫性胰腺炎进行病理分期, 为治疗提供依据。

综上所述, 通过 CT 和 MRI 影像均可以作为诊断自身免疫性胰腺炎的临床手段, 诊断的准确率高, 避免不必要的手术治疗, 值得临床中推广使用。

【参考文献】

- [1] 杨景震, 程超, 汪建华, 等. 自身免疫性胰腺炎的 $^{18}\text{F}\text{FDG}/\text{PET}-\text{CT}$ 全身影像分析 [J]. 医学影像学杂志, 2012, 22(7):1150-1151.
- [2] 刘绪明, 邱乾德, 李烁, 等. 自身免疫性胰腺炎的磁共振检查

2016, 29(9):146-149.

- [4] 张桂芳, 王骥, 曾军燕等. 头针配合平衡针刺法治疗脑卒中后肌张力增高的临床疗效 [J]. 卒中与神经疾病, 2017, 24(6):549-551, 554.
- [5] 胡玉荣, 彩霞. 蒙药忠伦-5 汤治疗脑卒中后肌张力增高研究 [J]. 亚太传统医药, 2016, 12(1):22-23.
- [6] 刘文举. 中医综合康复治疗脑卒中后肌张力增高患者的效果研究 [J]. 中外医学研究, 2017, 15(6):24-26.
- [7] 叶宝叶, 林宇, 康佳珺等. 十二井穴针刺配合康复对脑卒中后肌张力增高的临床观察 [J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(3):71-72.
- [8] 李作伟, 李平, Eudes Saturnin R é gis ITOUA 等. 泻阴补阳合巨刺针刺法治疗脑卒中后肌张力障碍 Ashworth 痉挛量表的临床疗效观察 [J]. 世界中医药, 2016, 11(2):315-319.

针灸杂志, 2006, 25(8): 32.

- [20] 刘毅, 郭秀丽, 杨昭凤. 棉花灸配合围刺法治疗肝经郁热型蛇串疮 36 例临床观察 [J]. 中医临床研究, 2014, 30(6): 14-15
- [21] 韩慧, 李杰国. 刺加棉花灸治疗带状疱疹 [J]. 中医药学刊, 2006, 24(3): 544-545
- [22] 刘毅, 郭秀丽, 杨昭凤. 棉花灸配合围刺法治疗肝经郁热型蛇串疮 36 例临床观察 [J]. 中医临床研究, 2014, 30(6): 14-15

[5] 徐敬武, 卢岚, 唐丽敏等. 阿托伐他汀片联合天麻泽泻方治疗高血压合并高血脂疗效观察 [J]. 河北医药, 2016, 38(22):3424-3426.

- [6] 高英, 景富春, 张军鹏等. 天麻素对功能性消化不良病人精神心理症状的效果 [J]. 青岛大学医学院学报, 2012, 48(6):488-490.
- [7] 蒲立佐. 老年高血压阴虚阳亢证应用天麻钩藤汤治疗的效果 [J]. 大家健康 (下旬版), 2017, 11(4):41.

[3] 陈永康. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作期的临床分析 [J]. 医药卫生:文摘版, 2016(6):242-242.

- [4] 喻照明, 李川海. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 66 例临床分析 [J]. 现代医药卫生, 2015(14):2189-2191.
- [5] 黄立平, 肖伦明. 中医治疗慢性阻塞性肺疾病的临床观察 [J]. 世界临床医学, 2017, 11(1):37-38.

[5] 陈国伟. 多层螺旋 CT 在原发性肝癌诊断中的应用研究 [J]. 现代医用影像学, 2015, 24(5):829-830.

- [6] 侯江平. 多层螺旋 CT (MSCT) 在肝癌经导管肝动脉化疗栓塞术 (TACE) 疗效分型、评估的应用价值研究 [J]. 当代医学, 2017, 23(10):27-29.

[1] 敬容, 李洁, 刘剑. 脂肪肝背景下肝脏结节性疾病行多排螺旋 CT 的诊断价值 [J]. 医药前沿, 2015, 6(9):47-48.

- [2] 郭水莲, 朱新进, 欧卫谦, 等. 多排螺旋 CT 对脂肪肝背景下肝脏结节性疾病的诊断价值分析 [J]. 现代医用影像学, 2015, 25(2):243-245.
- [3] 刘金军. 多排螺旋 CT 对脂肪肝背景下肝脏结节性疾病的诊断价值分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(32):6252.

[4] N. Agarwa, A. Basubramanyam. Viral mechanisms of adipose dysfunction: lessons from HIV-1 Vpr [J]. Adipocyte, 2015, 4(1):55-59.

表现特点 [J]. 中华内分泌代谢杂志, 2010, 26(9): 782-783.

- [3] 倪瑞军, 许顺良, 阮翎翔, 等. 自身免疫性胰腺炎的 MRI 表现研究 [J]. 中国临床医学影像杂志, 2011, 22(9): 631-632.
- [4] 刘焦枝, 李光, 刘波. 自身免疫性胰腺炎的 MRI 诊断 [J]. 放射学实践, 2012, 27(2): 195-196.
- [5] 陈雪, 张杰, 陈婧, 郭子皓, 李光, 郝建宇. 自身免疫性胰腺炎 11 例临床特征分析 [J]. 中国医刊. 2012(10)
- [6] 王静波, 向子云, 詹勇, 李巍, 蔡汉寿, 朱宇辉. 中国 CT 和 MRI 杂志. 2011(02)