



•综合医学•

围刺结合刺络放血治疗带状疱疹后遗神经痛

唐璐 (怀化市中医院针灸科 湖南怀化 418000)

摘要:目的 探讨围刺结合刺络放血治疗带状疱疹后遗神经痛。方法 将2015年4月至2017年4月期间入住本院的120例带状疱疹后遗神经痛患者按照随机数字表法分为对照组与观察组,各为60例。对照组患者采用伐昔洛韦+VB1治疗,观察组在此基础上采用围刺结合刺络放血治疗。比较两组患者治疗前后VAS评分及ES评分、治疗前后血清CRP、P物质以及IFN- γ 水平、疱疹治疗情况、治疗前后NIHSS及Barthel评分、治疗前后CIVIQ评分。结果 (1)两组患者治疗后VAS评分及ES评分均分别显著低于本组治疗前(P均<0.05~0.01),且观察组患者治疗后VAS评分及ES评分均分别显著低于对照组患者治疗后(P均<0.05);(2)两组患者治疗后血清CRP、P物质以及IFN- γ 水平均分别显著小于本组治疗前(P均<0.05~0.01),且观察组患者治疗后上述指标水平也均分别显著小于对照组患者治疗后(P均<0.05);(3)观察组止泡时间、止痛时间、结痂时间以及脱痂时间(P均<0.05);(4)两组患者治疗后NIHSS评分均显著低于治疗前(P<0.05~0.01),两组患者治疗后Barthel评分均显著高于治疗前(P<0.05),且两组患者治疗后上述评分差异也均具有统计学意义(P<0.05);(5)两组患者治疗后CIVIQ评分均显著高于护理前(P<0.05),观察组患者治疗后CIVIQ评分显著高于对照组治疗后(P<0.05)。结论 围刺结合刺络放血治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效显著,可有效缓解患者疼痛症状,改善炎症状态以及提高患者生活质量水平,应在临床中进行推广。

关键词:带状疱疹后遗神经痛 围刺 刺络放血疗法 NIHSS评分 ES评分 VAS评分 CIVIQ评分

中图分类号: R978.69

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187(2017)17-238-02

带状疱疹属于临床上较为常见的一种病症,主要是水痘-带状疱疹病毒对神经节以及皮肤进行侵犯之后,顺着周围神经的病毒性皮肤疾病,主要包括两种临床症状,即:群集化分布的疱疹以及神经痛两种,对患者的生活质量产生了极大的影响^[1]。目前,西药属于该症的常规治疗方法,但是该治疗方法效果往往无法达到预期效果,对疾病的临床康复极为不利。近年来,临床上提出了中医药用于该病的治疗之中,取得了非常理想的临床效果,价格较低,且受到了患者的普遍接受以及一致青睐,尤其是刺络放血能够对局部病毒进行清除与清理,能够促进免疫细胞发挥清除病毒的功效,从而有效改善患者的预后状况以及提高患者的生活质量,刺络治疗则是造成负压,促使毛细血管出现破裂现象,在毛细血管之中形成淤血,在淤血被吸收过程中,组织会再生以及修复等,以有效缓解病痛以及缩短病程等方面^[2-4]。本研究主要采用临床对照的方法,着重探讨了围刺结合刺络放血治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效,现作如下报道:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2015年4月至2017年4月期间入住本院的120例带状疱疹后遗神经痛患者按照随机数字表法分为对照组与观察组,各为60例。两组患者一般资料见表1所示。经对比,两组带状疱疹后遗神经痛患者在性别、年龄、病程以及发病部位方面的差异均无统计学意义(P均>0.05),具有可比性。

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数(n)	男/女	年龄(岁)	病程(年)	发病部位		
					躯干	头面部	四肢部
对照组	60	34/26	47.70±10.02	2.67±0.56	18	23	19
观察组	60	31/29	48.12±10.89	2.73±0.61	20	22	18

1.2 诊断标准 参考《中西医结合皮肤病学》中关于带状疱疹后遗神经痛的临床诊断标准,主要包括如下几个方面的内容:(1)急性带状疱疹痊愈之后,疼痛时间持续在1个月以上或者既往存在急性带状疱疹发病史;(2)存在显著地按神经支配区域分布的痛感以及触觉异常等方面的现象;(3)疼痛的性质主要包括闪电状发作疼痛或者持续性灼烧疼痛等;(4)患病区域内存在显著的神经受损样其他不适症状,如蚁行感以及痒等;(5)出现不良的心理情绪反应,或者睡眠障碍等症。

1.3 纳入标准 (1)年龄最小者为35岁,最大者为70岁;(2)符合带状疱疹后遗神经痛的诊断标准,带状疱疹在治愈之后,依然存在持续以及长时间的疼痛在1个月以上;(3)VAS评分均在5分以上;(4)均对本研究治疗方案知情,且取得患者本人及其家属同意。

1.4 排除标准 (1)不符合带状疱疹后遗神经痛的诊断标准;(2)处于妊娠期或者哺乳期的女性;(3)并发严重的心脑血管疾病以及肝肾功能受损者;(4)排除糖尿病、高血压、恶性肿瘤、血液病等疾病患者。

1.5 治疗方法 对照组:本组患者采用常规西药治疗,具

体方法为:伐昔洛韦(珠海润都制药股份有限公司生产,国药准字H20066857号),300mg/次,2d/次,VB1 100mg/次,3次/d,在用药过程中,应注意确保患者皮肤的干净整洁。观察组:在上述治疗的基础上,采用围刺结合刺络放血治疗,具体方法如下:患者取坐位,将患处完全暴露,将经消毒处理后的梅花针针刺阿是穴,局部渗血之后,选取合适玻璃罐快速于刺络部位,进行按拔,留罐时间在5~10min,出血量为3~5mL,取罐之后,使用碘伏液进行消毒处理。围刺灸法:取阿是穴,在该穴位皮肤边缘外侧2cm处进针,针尖朝向皮损中心区域,呈15°沿着皮下围刺,针距1~2cm,针刺入后留针时间为0.5h,1次/d。

1.6 观察指标 (1)比较两组患者治疗前后疼痛程度以及患者心理情绪评分,前者采用VAS评分方法进行评价,分值从0~10分范围内变化,VAS评分越高,表明患者疼痛程度越大;患者心理情绪采用ES评分方法进行评价,分值也是从0~10分范围内变化,ES评分越高,表明患者心理情绪及反应差^[5-6]。(2)比较两组患者止泡时间、止痛时间、结痂时间以及脱痂时间等方面的差异。(3)常规检测末梢血以及疱疹局部血液,采用酶联免疫吸附法(ELISA法)对患者血清CRP、P物质以及IFN- γ 水平。(4)神经功能缺损与日常生活能力评分。两组患者均于治疗前后进行评分,由专业的医护人员按照NIHSS与Barthel量表进行评分^[7]。(5)生活质量评分方法^[8]。采用生活质量评价量表(CIVIQ):包括社会活动、精神心理、体能以及疼痛4个方面的评分维度,共计20个分项,每个项目分值从1~5分取整评分,总分为100分,分值越高,患者生活质量越佳。

1.7 统计学方法 采用SPSS18.0软件对数据进行分析,治疗前后VAS评分、ES评分、止泡时间、止痛时间、结痂时间以及脱痂时间、血清CRP、P物质以及IFN- γ 水平、NIHSS与Barthel评分、CIVIQ评分均以“ $\bar{x} \pm s$ ”的形式表示,其他数据均以“n(%)”的形式表示;对比分别采用t检验及 χ^2 检验;以P<0.05,表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后VAS评分及ES评分对比 两组患者治疗后VAS评分及ES评分均分别显著低于本组治疗前(P均<0.05~0.01),且观察组患者治疗后VAS评分及ES评分均分别显著低于对照组患者治疗后(P均<0.05),见表2:

表2 两组患者治疗前后VAS及ES评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	时间	VAS评分	ES评分
对照组(n=60)	治疗前	7.29±1.89	5.77±1.28
	治疗后	3.65±1.22*	3.01±1.10*
观察组(n=60)	治疗前	7.18±1.80	5.75±1.22
	治疗后	2.45±1.02***#	1.62±0.56***#

注意:*P<0.05,**P<0.01,vs本组治疗前;#P<0.05,vs对照组治疗后。

2.2 两组患者治疗前后血清CRP、P物质以及IFN- γ 水平对比 两组患者治疗后血清CRP、P物质以及IFN- γ 水平均分别显著小于本组治疗前(P均<0.05~0.01),且观察组患者治疗后上述指标水平也均分别显著小于对照组患者治疗后(P均<0.05),见表3:

表3 两组患者治疗前后血清CRP、P物质以及IFN- γ 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP(mg/L)	P物质(pg/mL)	IFN- γ (ng/L)
----	----	-----------	------------	----------------------



对照组 (n=60)	治疗前	23.89±3.87	84.34±9.02	74.00±10.22
	治疗后	8.35±2.01**	46.67±4.56*	59.99±8.27*
观察组 (n=60)	治疗前	24.03±3.92	84.03±9.11	73.87±10.03
	治疗后	5.77±1.02**#	36.77±3.33**#	51.19±8.03**#

注意: *P<0.05, **P<0.01, vs 本组治疗前; #P<0.05, vs 对照组治疗后。

2.3 两组疱疹治疗情况对比 观察组止泡时间、止痛时间、结痂时间以及脱痂时间 (P均<0.05), 见表4:

表4 两组疱疹治疗情况比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	止泡时间	止痛时间	结痂时间	脱痂时间
对照组 (n=60)	4.99±0.57	7.02±1.34	7.49±1.65	14.33±3.38
	3.89±0.34	5.70±1.08	6.25±1.18	11.57±2.75
观察组 (n=60)	3.728±0.042	4.459±0.034	3.038±0.045	4.041±0.040

2.4 两组患者治疗前后 NIHSS 及 Barthel 评分对比 两组患者治疗后 NIHSS 评分均显著低于治疗前 (P<0.05~0.01), 两组患者治疗后 Barthel 评分均显著高于治疗前 (P<0.05), 且两组患者治疗后上述评分差异也均具有统计学意义 (P<0.05), 见表5:

表5 两组患者护理前后 NIHSS 及 Barthel 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	NIHSS 评分	Barthel 评分
对照组 (n=60)	治疗前	20.29±3.22	56.67±10.23
	治疗后	16.18±2.56*	65.65±12.38*
治疗组 (n=60)	治疗前	20.09±3.20	57.03±10.82
	治疗后	11.13±1.86**#	80.09±15.54**#

注: *P<0.05, **P<0.01, vs 本组治疗前; ΔP<0.05, vs 对照组治疗后。

2.5 两组患者治疗前后 CIVIQ 评分对比 两组患者治疗后 CIVIQ 评分均显著高于护理前 (P<0.05), 观察组患者治疗后 CIVIQ 评分显著高于对照组治疗后 (P<0.05), 见表6:

表6 两组患者治疗前后 CIVIQ 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组 (n=60)	62.11±5.45	73.38±6.66*
观察组 (n=60)	61.08±5.12	82.27±6.79*
t 值	0.892	3.782
P 值	0.334	0.039

注: 与对照组比较, *P<0.05。

3 讨论

祖国医学认为, 带状疱疹后遗神经痛属“痛痹”的范畴。发病机理为: 病邪侵袭日久、久病入络、经脉阻滞。老年患者气血两虚、正气虚弱, 无力祛邪外出, 邪留于内, 瘀阻经脉, 加剧疼痛症状。国外有研究者发现, 带状疱疹的神经损伤属于炎症脱髓鞘性改变, 该病变过程是完全可逆的, 且认为带状疱疹后遗神经痛的发生与脊髓后神经纤维损伤存在密切的关联性, 临床治疗难度较大。老年带状疱疹后遗神经痛患者由于其自身抵抗力较弱, 神经修复水平低下, 神经阻滞修复速度慢, 极易导致后遗神经痛的产生, 而且持续的时间较长^[9]。

目前, 西医治疗方案主要采取的是抗病毒药物联合 VB 进行综合性治疗, 然而在该方案的实际应用过程之中, 往往存在药物吸收效率低下以及不良反应发生率高等方面的情况, 对患者的临床治疗依从性产生了不良影响, 且无法将堆积于身体之中的病毒进行清理, 无法达到预期的疗效^[10]。中医学理论普遍认为, 带状疱疹多数属于肝经郁热、情志内伤及脾虚生湿之后, 湿毒邪蕴结于皮肤而造成的, 急性期患者一旦不采取及时、有效的治疗方式, 则极易导致严重的神经疼痛后遗症的产生。目前, 在对机体细胞免疫因子研究过程中发现, 正常条件下, 人体内的 Th1/Th2 细胞因子处于平衡的条件下, 完成对人体的免疫调节效果, Th1 细胞介导炎症反应以及组织受损过程, Th2 细胞介导的机体体液免疫与持续感染、免疫应答等存在密切的关联性。二者一旦出现失衡, 那么机体抵御外界侵袭的免疫力则大大下降, 病毒复制以及增殖将会直接产生^[11]。P 物质则是同伤害性刺激相关的神经肽物质, 炎症反应发作的时候多种炎症介质会促使神经末梢释放大量的 P 物质, 从而导致患者发生机体疼痛感。P 物质还会进一步对巨

噬细胞与淋巴细胞产生刺激性作用, 从而促使其释放出大量的炎症因子, 形成级联反应, 从而加剧了机体的炎症损伤程度。而且, 它还对脊髓背角敏感度具有极强的诱导效果, 从而导致神经疼痛的敏感阈值水平显著降低^[12]。

本研究观察组采用围刺结合刺络放血疗法对带状疱疹后遗神经痛进行治疗, 刺血能够促使机体之中的 HSP-70 蛋白水平的升高, 使得 SOD 活性的提升, 对 H⁺ 在机体之中的堆积具有较好的抑制性作用, 从而使得 NO 水平显著下降, 阻止神经毒性以及保护脑组织。此外, 刺络放血疗法还能够使得机体各类的神经病理学疼痛具有缓解性效果, 从而对脑神经组织产生保护性作用, 拔罐则是基于罐具采取抽吸罐内空气产生负压, 让罐具有吸附在体表部位的一种治疗方法, 经针刺放血之后进行负压可以使得机体新陈代谢速度加快, 从而有效规避新陈代谢废物与损伤性因子发生大量的堆积, 从而促使受损组织完全恢复健康。阿是穴又可以称之为“不定穴”, 无固定位置或者固定的名称, 主要是以压痛点或者其他反应点作为实际的针刺位置。本研究主要选择的是局部皮损周围进针, 实施刺络治疗, 从而发挥调和气血, 达到缓解疼痛以及减少水疱数量等方面的功效。通过局部围刺的方法进行多针浅刺, 不仅能够发挥清热泻火的效果, 而且还具有多向疏通经络、气血等方面的功效, 从而大大通则不痛的目的。基于此方法, 能够很好地对神经损伤进行阻断, 阻碍了邪气扩散, 疏通局部静脉, 使得患者营卫通畅。与此同时, 围刺疗法还能够有效提升机体血清中的 IgG 水平, 从而有效提高了机体的免疫功能, 发挥抗炎止痛, 让神经中的痛觉纤维传导阻滞, 缓解了机体的疼痛感觉^[13]。本研究结果显示: 两组患者治疗后血清 CRP、P 物质以及 IFN-γ 水平均分别显著小于本组治疗前 (P 均<0.05~0.01), 且观察组患者治疗后上述指标水平也均分别显著小于对照组患者治疗后 (P 均<0.05), 此结果提示: 围刺结合刺络放血疗法能够有效缓解患者机体内的炎症反应。两组患者治疗后 NIHSS 评分均显著低于治疗前 (P<0.05~0.01), 两组患者治疗后 Barthel 评分均显著高于治疗前 (P<0.05), 且两组患者治疗后上述评分差异也均具有统计学意义 (P<0.05), 此结果提示, 观察组中使用的方法能够很好地改善患者的神经功能以及日常生活能力。两组患者治疗后 CIVIQ 评分均显著高于护理前 (P<0.05), 观察组患者治疗后 CIVIQ 评分显著高于对照组治疗后 (P<0.05), 此结果提示, 观察组患者生活质量改善程度更为显著, 与相关文献报道结果相符^[14]。

综上所述, 围刺结合刺络放血治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效显著, 可有效缓解患者疼痛症状, 改善炎症状态以及提高患者生活质量水平, 应在临床中进行推广。

参考文献

- [1] 田浩, 田永静, 王兵, 等. 刺血拔罐对带状疱疹后遗神经痛患者血清 P 物质的影响 [J]. 中国针灸, 2013, 33 (8): 678-681.
- [2] 崔长弘. 带状疱疹流行病学特征及预防策略研究现状 [J]. 疾病监测, 2013, 28 (12): 1030-1034.
- [3] 周定军, 杜念念. 围刺配合叩刺拔罐法治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察 [J]. 湖北中医杂志, 2013, 35 (1): 36-37.
- [4] 徐聪, 赵刚. 中西医结合治疗带状疱疹临床效果评价 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17 (12): 155-157.
- [5] Gewandter JS, Dworkin RH, Turk DC, et al. Research design considerations for chronic pain prevention clinical trials: IMMPACT recommendations [J]. Pain, 2015, 156 (7): 1184-1197.
- [6] Aleksander S, Marko K, Janko K, et al. Prevention of post-herpetic neuralgia using transcutaneous electrical nerve stimulation [J]. Centere Euro Jour Med, 2014, 127 (9-10): 369-374.
- [7] 许芸, 谭凌玲, 汪凯, 等. 带状疱疹患者血液中细胞因子、T 淋巴细胞亚群、STAT3 功能评估及鼠神经生长因子的干预效果 [J]. 海南医学院学报, 2016, 22 (13): 1350-1353.
- [8] 赵爱霞. 中西医结合治疗老年带状疱疹后遗神经痛 37 例疗效观察 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 3 (5): 263.
- [9] 王小丽, 张芙蓉, 许爱秀. 芒针配合红光照射治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2016, 35 (1): 23-24.
- [10] 韦强, 孙玉, 徐思达. 皮肤滚针联合药物对鸡冠毛毛细血管作用的实验观察 [J]. 中华医学美容美容杂志, 2014, 20 (4): 291-294.
- [11] Kempf W, Meylan P, Gerber S, et al. Swiss recommendations for the management of varicella zoster virus infections [J]. Swiss Med Wkly, 2007, 137 (17-18): 239-251.
- [12] 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.
- [13] 王岫岩, 张佳宾. 邪国利刺络拔罐治疗带状疱疹 42 例临床观察 [J]. 针灸临床杂志, 2002, 18 (9): 29.
- [14] 王凯忠, 梁凤勇. 刺络拔罐结合围刺法治疗带状疱疹急性期疗效观察及作用机制分析 [J]. 四川中医, 2017, 35 (6): 193-195.