

针灸治疗带状疱疹后遗神经痛 32 例临床观察

张恩雨¹, 张玉莲², 周 军¹

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193;

2. 天津中医药大学第二附属医院, 天津, 300150)

[摘要] 目的: 观察针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效。方法: 将 64 例带状疱疹后遗神经痛患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 32 例, 治疗组采用针灸治疗, 对照组单用针刺治疗。结果: 总有效率治疗组为 93.75%, 对照组为 87.50%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组 NRS 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 针灸治疗带状疱疹后遗神经痛疗效优于单纯针刺治疗。

[关键词] 带状疱疹后遗神经痛; 针刺治疗; 艾灸

[中图分类号] R275.921⁺.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.01.034

带状疱疹后遗神经痛 (postherpetic neuralgia, PHN) 是带状疱疹皮疹愈合后连续 1 个月以上的疼痛, 以沿一侧周围神经分布的簇集状水疱并伴显著神经痛为特征的病毒性皮肤病, 发病率与年龄呈正相关, 以中老年和体质虚弱者居多。笔者 (除第 2 作者) 跟随张玉莲导师采用针灸治疗带状疱疹后遗神经痛 32 例, 取得较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 10 月至 2018 年 2 月天津中医药大学第二附属医院针灸科门诊患者 64 例, 随机分为 2 组。治疗组 32 例中, 男 15 例, 女 17 例; 年龄 25 ~ 55 岁; 病程 2 个月至 1 年。对照组 32 例中, 男 13 例, 女 19 例; 年龄 23 ~ 60 岁; 病程 1 个月至 9 个月。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《带状疱疹后遗神经痛诊疗中国专家共识》^[1] 制定。1) 有明确的疱疹史, 疱疹消失后遗留疼痛持续 1 个月及以上; 2) 皮损及周围皮肤呈瘙痒性、刀割样、针刺样、烧灼样、电击样间歇性和慢性疼痛; 3) 伴有情志不畅和睡眠障碍; 4) 局部遗留瘢痕和色素沉着。

2 治疗方法

2.1 对照组 单用针刺治疗。取穴: 皮损局部、百会、印堂、内关、足三里、阳陵泉、合谷、太冲。痛甚加水沟; 面部疱疹疼痛加局部围刺; 季肋间神经痛加支沟; 脾虚湿蕴加阴陵泉; 气滞血瘀加行间、血海; 肝肾阴虚加三阴交、太溪; 睡眠障碍加神门。操作: 常规消毒后, 以华佗牌 1.5 寸毫针沿皮损局部

朝疱疹方向斜刺 25° ~ 30°, 每针间距 1 寸, 以得气为度。合谷、支沟、阳陵泉用华佗牌 40 ~ 50mm 毫针直刺, 进针 1 寸施以提插泻法; 百会、印堂用捻转补法; 内关、太冲、血海、阴陵泉用捻转泻法; 三阴交、足三里、太溪用提插补法, 留针 30min。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加艾灸治疗。针刺后以 2cm 左右艾条插于针柄上, 点燃施灸, 每次选穴 3 ~ 5 个。

2 组均每天 1 次, 14 次为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 采用疼痛数字评价量表 (NRS) 进行疼痛评分。疼痛评分尺上有 0 ~ 10 共 11 个数字, 表示疼痛的不同程度, 0 分为无痛; 1 ~ 3 分: 轻微疼痛; 4 ~ 6 分: 中度疼痛; 7 ~ 10 分: 剧烈疼痛。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2] 拟定。治愈: 疼痛完全消失且在 2 个月之内无复发; 显效: 疼痛明显好转但偶有发作; 有效: 疼痛较前减轻, 但仍然存在; 无效: 疼痛无改善。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组 93.75%, 对照组为 87.50%, 组间比较, 差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	10 (31.25)	11 (34.38)	9 (28.12)	2 (6.25)	30 (93.75) ^a
对照组	32	9 (28.13)	9 (28.12)	10 (31.25)	4 (12.50)	28 (87.50)

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

3.3.2 2 组治疗前后 NRS 评分比较 2 组 NRS 评

分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后 NRS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	32	6.56 ± 2.15	2.13 ± 1.84 ^{ab}
对照组	32	6.41 ± 2.20	2.69 ± 2.04 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.01$ 。

附 典型病案

陈某,男,53岁。以“右侧胸肋至肩背部窜痛1周”为主诉,于2017年9月2日就诊于天津中医药大学第一附属医院针灸科门诊。病史:患者2017年8月底由于情志不畅,右侧胸肋至肩背出现红斑、黄豆大小水疱呈带状分布,于外院行刺血拔罐治疗1周后疱疹消退,遗留神经痛,疼痛难忍,遂就诊于我院针灸科门诊。现症:神清,精神可,无头晕、头痛,右侧胸肋至肩背部疱疹及周围区域出现烧灼样疼痛,痛觉敏感,纳差,寐欠安常痛醒,心烦喜怒,大便不爽,小便尚可,口苦,舌红,苔黄腻,左手脉弦细,右手脉沉而无力。西医诊断:带状疱疹后遗神经痛;中医诊断:蛇丹愈后痛。证属邪留正虚、气滞血瘀。取穴:皮损局部、百会、水沟、内关、足三里、阳陵泉、太冲、合谷,配以神门、支沟、阴陵泉、血海、三阴交、太溪。患者左侧卧位,常规消毒,以上述针法加艾灸治疗,每次留针30min,每天1次,治疗5次后患者自述睡眠症状有所改善,疼痛略减轻。治疗14次,即1个疗程后,疼痛可以忍受,情绪舒畅,大便转为正常。治疗2个疗程后疼痛消失,睡眠正常,基本痊愈。

按语:患者年老体虚,在选用主穴百会、印堂、内关、皮损局部、足三里、阳陵泉的基础上,加上水沟止痛开郁;神门宁心安神;支沟行气活血止痛;阴陵泉健脾祛湿;三阴交、太溪滋肾养肝,共奏调神扶正、行气止痛之功。

4 讨 论

PHN 目前尚无良好的治疗方法,现代医学常用药包括阿片类药、三环类抗抑郁药、抗癫痫类药、麻醉药、神经营养药和非甾体抗炎药等,长期使用有诸多不良反应^[3]。抗病毒止痛药及营养神经的药只能暂时缓解症状,消炎药对胃肠道有明显的刺激,可引起黏膜糜烂和溃疡出血及水杨酸反应^[4]。针刺配合艾灸培元固本,治疗 PHN 疗效确切且毒副作用小。百会、印堂调神导气,使气至病所,祛邪外出;足三里、三阴交补脾益气,补后天之不足;太溪滋肾养阴,以补先天之不足;不通则痛,取皮损局部围刺以通利经气;内关为心包经络穴,泻之可调胸中之气;辅以太冲、血海调畅厥阴之气;人中与肝经

会于巅顶并与手足三阳相会,能调节诸经脉之气,使经络气机通畅、气血调和,沟通上下阴阳,为止痛要穴^[5];阴陵泉健脾祛湿,阳陵泉为胆经下合穴,可清泻胆经之火;支沟为三焦经穴,可调畅三焦之气,行气活血止痛;合谷配太冲,一阴一阳,一血一气,开四关总调一身阴阳之出入离合。

本观察结果表明,针刺治疗 PHN 能显著减轻患者的疼痛感,改善睡眠质量和调畅患者的情绪,针对其病机为“邪恋正衰,气滞血瘀”的特点治以调神扶正、行气活血法,邪正兼顾,祛邪而不伤正,治疗效果显著。配合艾灸温通局部气血,促进病损处血液循环,消瘀散结,通络止痛。此外,本病情志因素占主导,应嘱咐患者保持心情愉悦,调控情绪。

参考文献

- [1] 于生元,万有,万琪,等.带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识[J].中国疼痛医学杂志,2016,22(3):161-167.
- [2] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国中医药出版社,2002:383.
- [3] 钟杰雄.刺络疗法治疗带状疱疹神经痛 40 例的临床研究[J].中国实用医药,2016,11(22):153-154.
- [4] 杨白燕.敷灸配合针刺治疗周围性面瘫 67 例[J].中国中医急症,2005,14(6):582.
- [5] 张旭玲.临床应用水沟穴举隅[J].中国针灸,1996,25(5):31-32.

(收稿日期:2018-04-11)

“老寒腿”的运动疗法(二)

(续第65页)2)干洗双腿。端坐在硬板床上,

两腿伸直,双手由大腿根部挤压,按摩至足踝部后,再反向挤压,按摩回至大腿根部。每天数十次,可以有效促进血液循环,减轻疼痛和僵硬感。3)甩腿蹬腿。一手扶着墙壁或树干,抬起一腿前后踢动,左右摆动。也可以仰卧在硬板床上,两腿做蹬车动作,都能使下肢关节肌肉得到锻炼。4)扭动双膝。取站势,双腿并拢,屈膝微下蹲,双手放在双侧膝盖上;顺时针方向揉动15下,再反时针方向揉动15下,反复交替揉动,能有效缓解下肢乏力、膝关节疼痛。5)仰卧抬腿。仰卧在床上,腿微曲,抬高离床面约15°,刚开始保持1~3min即可。一段时间后,争取保持10min左右,每天进行2~3次,可充分锻炼膝关节。6)直身跪坐。跪坐时,腰杆直立,挺胸、挺腰、挺腹,两手向后伸,臀部尽量向后坐,最好能接触到脚后部。可以锻炼腿部肌肉,促进血液循环。一般可选在晨起后、晚睡前,两膝跪在床上练习。(http://www.cntcm.com.cn/xueshu/2018-12/12/content_54097.htm)