



· 论 著 ·

电针夹脊穴联合腕踝针治疗急性期带状疱疹的临床观察

朱明月¹ 杨玉平^{2*} 苏秀贞² (1 山东中医药大学 山东济南 250355 2 潍坊市中医院 山东潍坊 261041)

摘要: **目的** 通过比较电针夹脊穴联合腕踝针与单纯西药治疗对急性期带状疱疹相关指标的影响, 观察电针夹脊穴联合腕踝针对急性期带状疱疹的临床疗效。**方法** 选取急性期带状疱疹患者70例, 分为单纯西药治疗为对照组, 西药加电针夹脊穴联合腕踝针治疗为观察组, 对比两组的临床指标, 分析两组临床疗效。**结果** 观察组各项临床观察指标均优于对照组, 且各项指标差异有统计学意义, 即 $P < 0.05$ 。**结论** 电针夹脊穴联合腕踝针治疗急性期带状疱疹临床疗效优于单纯西药组治疗。

关键词: 电针夹脊穴 腕踝针 急性期 带状疱疹

中图分类号: R246.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 14-006-03

基金项目: 该课题为潍坊市中医药科技发展计划项目, 编号: 2007年(第一类)第007号

带状疱疹^[1]是由水痘-带状疱疹病毒引起的, 以局部神经受累及其所支配的皮肤、黏膜上发生疱疹或丘疱疹并伴明显神经痛为主要表现的急性疱疹性病毒性皮肤病。该病好发于冬春两季, 该病毒初次感染常是儿童时期, 表现为水痘或隐性感染, 但此病毒会长期潜伏于脊髓后根神经节, 一旦机体免疫力低下时可再次发病, 常表现为带状疱疹。普通人群中的发病率为10%-20%, 45岁以下人群发病率低于1%^[2], 约50%的带状疱疹发生在60岁以上的人群, 而在85以上的人群中约50%的人可能发生带状疱疹^[3]。随着年龄的增大, 发病率增高, 发病程度也加重, 其严重影响患者的生活质量, 如睡眠质量下降, 食欲不振等。西药治疗主要是消炎、止痛、预防感染、营养神经等, 虽有一定疗效, 但其成本高, 副作用大, 易损害肝肾功, 患者依从性差, 且易出现后遗神经痛。针灸具有疏通经络, 扶正祛邪, 调理全身的作用, 并且针灸还具有有良好的镇痛作用, 还可以避免西药带来的副作用, 成本低, 疗效显著, 具有明显优势, 易被患者接受。

1 研究方法

1.1 病例来源

全部病例均来源于潍坊市中医院针灸科及皮肤科门诊确诊的急性期带状疱疹患者, 纳入70例患者。

2 病例选择

2.1 诊断标准

2.1.1 西医诊断标准: 根据2006年中华医学会编著, 人民卫生出版社出版的《临床诊疗指南·皮肤病与性病分册》制定。(1) 发疹前可有疲倦、低热、全身不适、食欲不振等前驱症状;(2) 患处有神经痛, 皮肤感觉过敏;(3) 好发部位是肋间神经、三叉神经、臂丛神经及坐骨神经支配区域的皮肤;(4) 皮疹为红斑上簇集性粟粒至绿豆大小水泡, 疱液常澄清;(5) 皮疹常单侧分布, 一般不超过躯体中线;(6) 病程有自限性, 约2-3周, 愈后可留色素沉着, 发生坏死溃疡者可能留疤痕;(7) 头面部带状疱疹可累及眼耳部, 引起疱疹性角膜结膜炎或面瘫等。

2.1.2 中医诊断标准: 根据中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断标准》(ZY/T001.8-94) 蛇串疮的诊断标准制定。(1) 皮损多为绿豆大小的水泡, 簇集成群, 疱壁较紧张, 基底色红, 常单侧分布, 排列呈带状。严重者, 皮损可表现为出血性, 或可见坏死性损害。皮损发于头面部者, 病情往往较重。(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。

作者简介: 朱明月, 女, 1992.01一, 汉族, 山东中医药大学针灸推拿学院2016级硕士研究生, 研究方向: 针灸临床。

* 通讯作者: 杨玉平, 副主任中医师。

2.2 纳入标准

以下每一项均需符合:(1) 年龄在25-75岁之间;(2) 发病部位位于躯干部;(3) 符合上述带状疱疹的诊断标准;(4) 出现疱疹在7天之内, 且未经治疗者;(5) 同意加入本临床研究, 签署知情同意书, 完全服从本课题研究人员者。

2.3 排除标准

出现以下任何一项者均需排除:(1) 不符合以上纳入标准者;(2) 属于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、带状疱疹后遗神经痛等;(3) 病变位于头面与四肢者;(4) 合并严重的心脑血管、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、传染性疾病、与出血倾向者;(5) 妊娠、哺乳期妇女, 吸毒、酗酒者;(6) 局部创伤后, 系统性红斑狼疮、淋巴瘤、白血病以及长期接受皮质激素、免疫抑制剂和放射治疗的病人;(7) 长期服用或接受其他药物治疗以及采取综合治疗者;(8) 易过敏体质或对多种药物过敏者;(9) 病情危重者。

2.4 剔除标准

(1) 符合入选标准, 并且已经分组, 但因各种原因未实施治疗的患者;(2) 自行加服影响疗效药物者;(3) 不服从研究人员安排者。

2.5 脱落标准

(1) 观察中自然脱落、失访者;(2) 治疗过程中依从性差, 发生严重不良反应, 不宜继续接受试验者;(3) 自行退出者。

3 研究方法

3.1 一般情况

对比各组年龄、皮损面积(cm^2)、病程(d)、基本生命体征, 每组中中医证候分型人数, 采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)疼痛量表进行疼痛强度评分。(经比较每项差异无统计学意义 $P > 0.05$, 具有可比性。)

3.2 病例分组

将本课题符合纳入标准的70例患者采用随机分组法分为35例电针夹脊穴联合腕踝针组和35例单纯西药治疗组。

3.3 治疗方法

两组均给予(1) 抗病毒: 选用泛昔洛韦分散片(江苏晨牌药业有限公司, 批号:130401; 规格为0.25x6粒)口服, 0.25g/次, 3次/日, 连用7天。(2) 营养神经: 维生素B1 0.1g; 维生素B12 0.5g; 每日3次, 口服, 7天为1个疗程, 治疗2个疗程。

3.3.1 对照组: 西药治疗组。

盐酸曲马多缓释片100mg/次, 每日1次, 口服, 7天为1个疗程, 治疗2个疗程。

3.3.2 观察组: 电针夹脊穴联合腕踝针。

(1) 电针夹脊穴: 根据患者病变所在部位的神经节段,



选取患侧与病变部位相对应的夹脊穴(病变相应神经节段及上下各一节段)。患者右侧或左侧卧位(根据病变部位选择),常规消毒后,选用0.25mm×40mm毫针,呈70~80°角向脊柱方向针刺夹脊穴,针刺深度为15~25mm,捻转得气后,病变相应神经节段之上下各一节段夹脊穴接LH202H型韩氏穴位刺激仪(HAMS),采用直流电,选疏密波,频率为100HZ,2~5mA,刺激强度以患者耐受为度,留针30min,每日1次,7天为1个疗程,治疗2个疗程。(2)腕踝针:背部取上6区,疱疹未过腋后线加取上5区,疱疹至腋中线加取上4区;疱疹至腋前线加取上3区;疱疹至前正中中线旁开1.5寸加取上2区;疱疹至前正中中线加取上1区。腰部取下6区,疱疹未过腋后线加取下5区,疱疹至腋中线加取下4区;疱疹至腋前线加取下3区;疱疹至前正中中线旁开1.5寸加取下2区;疱疹至前正中中线加取下1区。患者取坐位或卧位,针刺前嘱患者放松肌肉,穴位皮肤常规消毒,选用0.25×40mm毫针。医者以押手固定在进针点下部,右手拇指在下,食中指在上夹持针柄,针与皮肤呈15°~30°角快速刺入皮下,然后将针体贴近皮肤表面,针体沿皮下表层刺入,以针下有松软感为宜,不捻针,如患者有酸麻胀重等感觉时,说明针刺入筋膜下层,进针过深,须将针退至皮下,重新沿真皮下刺入,刺入长度以漏出针身2mm为宜,针柄用医用胶布固定,留针2小时。每日1次,7天为一个疗程,治疗2个疗程。

3.3.3 毫针选择:北京中研太和医疗器械有限公司的一次性无菌针灸针,规格:0.25×40,1.5寸。

3.4 疗效评价指标

3.4.1 观察指标:采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)疼痛量表进行疼痛强度评分,观察并记录疼痛开始缓解时间(d),镇痛持续时间(min),疼痛消失时间(d),疱疹止疱时间(d),结痂时间(d),脱痂时间(d),并于治疗结束后的第15天,第30天、60天、90天随访,随访时观察后遗神经痛的发生率等。

3.4.2 综合疗效评价:参考《中医病证诊断疗效标准》中关于带状疱疹的疗效标准判定疗效。治愈:皮损消退,临床体征消失,无后遗神经痛发生。好转:皮损消退约30%,疼痛明显减轻。无效:皮损消退不足30%,仍有疼痛。

3.5 统计学处理

观察结束后,对数据进行总结。所有数据均采用SPSS22.0软件进行统计学分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$),计量资料采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。 $P < 0.01$ 为有显著性差异。

4 临床疗效

4.1 两组治疗后VAS疼痛量表评分比较($\bar{x}\pm s$)

两组治疗后VAS评分均下降,观察组评分下降较明显,观察组评分为2.6±1.8,对照组评分为4.7±2.1,观察组较对照组VAS评分下降明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.2 两组疼痛开始缓解时间、镇痛持续时间和疼痛消失时间比较($\bar{x}\pm s$)

观察组疼痛开始缓解时间、镇痛持续时间和疼痛消失时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)见表1。

表1:两组疼痛开始缓解时间、镇痛持续时间和疼痛消失时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	疼痛开始 缓解时间(d)	镇痛持续 时间(min)	疼痛消失 时间(d)
观察组	34	7.35±2.53*	289.25±105.13*	15.25±8.37*
对照组	33	9.80±3.87	160.63±103.71	24.13±9.49

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

4.3 两组疱疹止疱时间、结痂时间和脱痂时间比较($\bar{x}\pm s$)
观察组止疱时间、结痂时间和脱痂时间均短于对照组,

差异有统计学意义($P < 0.05$)见表2。

表2:两组疱疹止疱时间、结痂时间和脱痂时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	止疱时间(d)	结痂时间(d)	脱痂时间(d)
观察组	34	4.15±1.62*	7.56±1.92*	15.41±6.21*
对照组	33	6.13±1.43	9.67±2.61	20.72±8.37

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

4.4 后遗神经痛发生:见表3

表3:后遗神经痛发生情况

组别	例数	第30天	第60天	第90天
观察组	34	3*	2*	1*
对照组	33	7	5	5

*与对照组比较 $P < 0.05$,差异有统计学意义。

4.5 综合疗效评价

观察组愈合19例,对照组愈合13例;观察组好转14例,对照组愈合15例;观察组无效1例,对照组无效5例;总有效率观察组为97.1%,对照组为84.8%,两组比较,差异有统计学意义,具有可比性($P < 0.05$)见表4。

表4:综合疗效评价

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率
观察组	34	19	14	1	97.1%*
对照组	33	13	15	5	84.8%

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

5 讨论

带状疱疹属于中医学中“蛇串疮”“缠腰火丹”“蛇丹”“蜘蛛疮”等范畴,本病多因风火之邪客于少阳、厥阴经脉,郁于皮肤;或因情志内伤,肝经郁热,热溢皮肤;或脾虚生湿,感染毒邪,湿热火毒蕴结肌肤而成。毒邪稽留血分发为红斑,湿热困于皮肤则发为水疱,气血阻于经络则疼痛。针灸治疗带状疱疹效果显著。针刺具有调和气血,协调阴阳,通络止痛,抗御病邪的作用。

夹脊穴位于足太阳膀胱经与督脉之间,督脉又为阳脉之海,夹脊穴具有沟通两经,调节两经经气乃至全身之阳气的作用,从而达到通调脏腑经络的目的,使气血阻滞得通,正气得助。根据神经痛与疱疹均是受累神经节与对应皮节区呈节段性分布这一神经解剖学理论,用在带状疱疹后遗神经痛治疗上,取相应之华佗夹脊穴能起到调节脏腑功能的作用^[4]。加上电针可以加强针刺对夹脊穴神经的刺激,使痛觉纤维传导阻滞,提高机体痛阈,对局部神经末梢释放化学介质,提高机体全身免疫功能,使病变组织结构及神经血管临近组织产生良性反应,从而达到消除炎症反应及镇痛效应^[5]。

腕踝针的优点有:选穴少,易操作,镇痛作用明显。腕踝针可通过神经系统、调高痛阈、改变离子通道、生物力学原理、低中枢神经等方面对镇痛起作用,镇痛效果明显^[6]。《素问·皮部论》说:“凡十二经络脉者,皮之部也”。腕踝针是把人体分为六区,基本与十二皮部相一致;针刺任一区,便能激起所对应部位的反应,即能使对应区域内病症起到治疗作用。

电针夹脊穴联合腕踝针治疗急性期带状疱疹可以有效消除炎症,缓解患者疼痛,改善患者生活质量,疗效优于单纯西药治疗。

参考文献

- [1] 张红星,杨运宽,林国华.带状疱疹(M).中国医药科技出版社.2010.01.
- [2] Svcoft F T, Lveedham-Gvreen M E, Bvrrat-Mwui r w Y, et al. A Study of Singals and the development of postherpetic neuralgin in gast London [J]. J Med virol, 2003, 70(1): 24-30.

(下转第11页)



缘距离的预后干扰。研究发现, 无论 I、II、III 期的食管胃结合部癌, 上切缘距离 $\geq 5\text{cm}$, $3\text{--}5\text{cm}$, $2\text{--}3\text{cm}$, $1\text{--}2\text{cm}$ 之间均无明显生存差异。

根据国际抗癌协会的指南, 胃癌的治愈性手术标准是彻底切除原发肿瘤和周围淋巴结, 不残留任何肉眼和镜下的残存癌细胞, 所以切缘无癌细胞浸润是胃癌治愈性手术的前提。如果在治愈性手术后出现切缘局灶的复发, 患者的转归会很差, 大部分患者会在诊断后的一年内死亡, 平均存活时间仅为 8.7 个月, 美国外科医师学院统计, 残端癌细胞阴性的胃癌患者 5 年存活率为 35%, 而残端癌细胞浸润阳性的患者只能达到 13%^[8]。因此, 努力争取食管胃结合部癌的上切端癌残留阴性对于患者预后至关重要。

对于切缘已无癌细胞浸润, 切缘是否距离肿瘤越远越好? 对于食管胃结合部癌的经腹手术, 切除食管下端距离过长可能导致消化道重建困难以及术后吻合口并发症率增高。所以近年来, 已有学者指出, 只要切缘无癌细胞浸润, 那么在术后病理检查中无论切缘距离肿瘤的远近均对患者的 5 年生存率无任何影响。国外 Ohe 等研究结果均发现上切缘距离不是影响胃癌生存的独立危险因素, 上切缘距离对复发形式的影响无显著差异^[9]。

当然, 亦有学者提出不同观念。Kim 等发现在肿瘤病灶位于胃上部者中上切缘小于 2cm 增加复发风险, 另有研究证实上切缘小于 3cm 降低胃癌患者生存率^[10]。但上述研究中的不良预后可能是肿瘤本身恶性浸润或切缘肿瘤残留导致。

虽然本研究的结果提示只要切缘无癌细胞浸润, 上切缘距离肿瘤的远近对食管胃结合部患者的生存并无影响, 但这一结论仍需大数据的进一步验证。当然, 在这其中, 努力确保切缘无癌细胞浸润至关重要, 术中冰冻以及合理的吻合手法仍是其中的关键因素。

4 结论

Siewert II/III 型食管胃结合部腺癌在根治性切除前提下, 若上切缘无癌细胞浸润, 则上切缘距离肿瘤的距离对患者的生存并无影响。

参考文献

[1] Dolan K, Walker S J, Sutton R, et al. New classification of oesophageal and gastric carcinomas[J]. British Journal of Surgery,

2001, 88(3):477-477.

[2] Hasegawa S, Yoshikawa T, Cho H, et al. Is adenocarcinoma of the esophagogastric junction different between Japan and western countries? The incidence and clinicopathological features at a Japanese high-volume cancer center.[J]. World Journal of Surgery, 2009, 33(1):95-103.

[3] Siewert J. Carcinoma of the cardia: Carcinoma of the gastroesophageal junction-classification, pathology and extent of resection[J]. Disease of the Esophagus, 1996, 9(3):173-182.

[4] Yoshida M, Ohtsu A, Boku N, et al. Long-term survival and prognostic factors in patients with metastatic gastric cancers treated with chemotherapy in the Japan Clinical Oncology Group (JCOG) study[J]. Japanese Journal of Clinical Oncology, 2004, 34(11):654-659.

[5] Bai J G, Lv Y, Dang C X. Adenocarcinoma of the Esophagogastric Junction in China According to Siewert's Classification[J]. Japanese Journal of Clinical Oncology, 2006, 36(6):364-367.

[6] Sasako M, Sano T, Yamamoto S, et al. Left thoracoabdominal approach versus abdominal-transhiatal approach for gastric cancer of the cardia or subcardia: a randomised controlled trial.[J]. Lancet Oncology, 2006, 7(8):644.

[7] Shin D, Park S S. Clinical importance and surgical decision-making regarding proximal resection margin for gastric cancer[J]. World Journal of Gastrointestinal Oncology, 2013, 5(1):4-11.

[8] Ahmedin Jemal DVM PhD, Bray F, Center M M, et al. Global cancer statistics[J]. Ca A Cancer Journal for Clinicians, 2011, 61(2):69-90.

[9] Ohe H J, Lee W Y, Hong S W, et al. Prognostic value of the distance of proximal resection margin in patients who have undergone curative gastric cancer surgery[J]. World Journal of Surgical Oncology, 2014, 12(1):296.

[10] Kim J H, Park S S, Kim J, et al. Surgical outcomes for gastric cancer in the upper third of the stomach[J]. World Journal of Surgery, 2006, 30(10):1870-1876.

(上接第 5 页)

其 25-(OH)₂D₃、血清钙的浓度较高, 且可维持在正常水平, 其对于血脂、体重及甲状腺素的影响较小, 表明采取 VD 滴剂胶囊治疗, 可提高并维持机体内钙离子浓度, 且文中数据亦提示, 为孕晚期的妇女摄入高剂量的钙, 可改善母婴情况, 有利于胎儿摄取充分的钙, 有利于改善分娩形式。且对于肥胖症孕妇早期常实施 VD 滴剂胶囊治疗, 其能够预防骨质疏松症、软骨病、佝偻病的发生, 促进胎儿骨骼发育和生长, 保证磷代谢和血钙的稳定性, 促使肠道对磷钙的吸收^[3], 其能够上调胰岛素 mRNA 的转录表达水平, 加速胰岛素 β 细胞分泌胰岛素, 抑制游离脂肪酸产生的作用, 调节血液中的钙浓度, 促进胰岛素分泌, 维持机体足够的维生素 D, 同时还能够预防妊娠期糖尿病的发生, 改善机体胰岛素抵抗状态, 降低空腹血糖, 调控胰岛素 β 细胞的凋亡和增殖, 减少钙离子水平, 促进胰岛素分泌, 最终提高整体疗效, 维持机体水电解质平衡,

控制孕妇体重^[4]。

总而言之, 对妊娠期糖尿病孕妇实施高剂量维生素 D₃ 治疗, 能够预防妊娠期糖尿病的发生率, 维持孕妇机体内 25-(OH)₂D₃ 平衡, 对于改善妊娠形式具有积极意义, 亦有利于妊娠结局。

参考文献

[1] 张黎明, 龙艳, 苏珂等. 维生素 D 对妊娠期糖尿病孕妇胰岛素敏感性及其视黄醇结合蛋白 4 的作用机制 [J]. 广东医学, 2014, 35(4):561-564.

[2] 宋鸿碧, 陆帆, 雷后康等. 维生素 D 血清水平与妊娠期糖尿病的相关性研究 [J]. 中国医药导报, 2015, 12(33):121-124.

[3] 华燕, 蒋成霞, 武金文等. 高剂量维生素 D 注射联合门冬胰岛素对妊娠期糖尿病孕妇胰岛素敏感性及其甲状旁腺激素水平的影响 [J]. 中国药业, 2014, 33(12):38-39, 40.

[4] 神雪, 杨祖菁, 张琳等. 孕妇维生素 D 缺乏与妊娠期糖尿病的相关性分析 [J]. 现代生物医学进展, 2015, 15(1):76-79, 113.

(上接第 7 页)

[3] Katz J, Cooper EM, Walther RR, et al. Acute pain in herpes zoster and its impact on health-related quality of life [J]. Clin Infect Dis, 2004, 39(3):342-348.

[4] 崔承斌, 王京京, 吴中朝. 从背俞穴与夹脊穴的关系论背俞

功能带 [J]. 中国针灸, 2005, 25(7): 483-486.

[5] 李娜, 付球, 袁健辉, 包烨华. 夹脊穴深刺加铺棉灸治疗急性期带状疱疹 30 例疗效观察 [J]. 浙江中医杂志, 2017, 52(11):839-840.

[6] 苟明琴. 毫火针结合腕踝针治疗急性期带状疱疹的临床研究 [D]. 成都中医药大学, 2015.