



火针联合壮医药线点灸治疗带状疱疹临床观察

李小连 (广西省钦州市浦北县中医医院 535300)

摘要：目的 探讨火针联合壮医药线点灸治疗带状疱疹临床观察。**方法** 择取2021年1-12月我院带状疱疹50例为研究对象，依据随机抽签法将其分为两组，对照组和研究组，每组各25例。对照组予以中药外洗治疗，研究组予以火针联合壮医药线点灸治疗。比较两组治疗疗效、体征消失时间。**结果** 研究组治疗总有效率92.00%高于对照组72.00% ($P < 0.05$)。研究组治疗后疼痛消失时间、皮损修复时间、结痂时间均低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 火针联合壮医药线点灸治疗带状疱疹效果显著，提升治疗疗效，缩短体征消失时间，利于病症好转，值得推广。

关键词：火针；壮医药线点灸；带状疱疹；治疗疗效；体征消失时间

中图分类号：R752.12 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187 (2022) 05-001-02

带状疱疹俗称“蛇串疮”、“缠腰蛇”等，是由“水痘-带状疱疹”病毒感染而引起的一种累及神经和皮肤的疱疹性皮肤病，主要好发于胸背、颈肩部、腰部等部位，会有明显的刺痛、灼热、瘙痒等临床症状，在以往的治疗中采取西药治疗，虽然取得一定的治疗效果，但是长时间服用药物，容易导致患者出现多种不良反应^[1-2]。随着，中医学的发展以及成熟，越来越多的中医治疗方案被应用在临床中。本研究择取2021年1-12月我院带状疱疹50例为研究对象，探讨火针联合壮医药线点灸治疗带状疱疹临床观察。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

2021年1-12月我院带状疱疹50例为研究对象，依据随机抽签法将其分为两组，对照组和研究组，每组各25例。对照组男14例，女11例，年龄(38-58)岁，平均年龄(48.02±3.87)岁。研究组男15例，女10例，年龄(35-60)岁，平均年龄(47.52±3.19)岁。

1.2 方法

对照组予以中药外洗治疗，研究组予以火针联合壮医药线点灸治疗。操作如下：

1.2.1 中药外洗治疗

主要配方：金银花、蒲公英、苍耳子、丹皮、延胡索、野菊花各30g，上药取水2000ml，煮至1500ml药液熏洗患处，每日1剂，每日1次。

1.2.2 火针联合壮医药线点灸治疗

准备好酒精灯、打火机、药线、毫针、消毒液、消毒干棉球等，患者一般选用坐位或卧位，充分暴露穴位、部位，力求舒适，避免使用强迫体位。选择穴位：曲池、内关、血海、足三里及疱疹周围，充分暴露上述穴位、部位，进行常规消毒。(1)药线点灸操作手法共计4步：①整线：把壮医药线取出，因药线经浸泡后常已松散，故取出后还需把药线搓紧，方法是用两手的食指和拇指分别固定药线的两端，再以相反方向把药线拧紧。②持线：用右手食指和拇指持药线的线端部，并露出线头1-2cm。③点火：将露出的线段在灯火上点燃，如有火焰必须扑灭，只需线头有圆珠状炭火星即可，明火、条火、径火均不宜用。④施灸：将有圆珠状炭火星线段对准穴位，顺应拇指的屈曲动作，拇指指腹稳重而敏捷地将有圆珠状炭火星线头直接点按于穴位上，点按角度应在30°-60°，一按火灭即起为一壮。先点灸以上穴位，后灸疱疹周围，根据患者有无疱疹溃烂采取不同针灸法。有丘疱疹未溃者，在周围灸4-5壮，在灸丘疹中央1壮；有丘疱疹已溃者，单灸4-5壮。

1次/天，7天一个疗程。(2)壮医药线点灸结束后，再进行火针治疗，操作者左手拿着酒精灯，靠近针刺的穴位或部位，右手握笔式持针，将针尖针体伸入火焰，根据针刺需要深度决定针体烧红的长度，针一定要烧通红发白为度，快速且精准地刺入穴位，再迅速拔针，全程操作需要约半秒。如是疱疹周围，则沿疱疹边缘每隔1cm针刺一处，把疱疹针刺包围，再在疱疹范围内针刺。如有疱液则用消毒干棉球挤出疱液。治疗周期为每日一次，疗程为5-10天。

1.3 观察指标

(1)两组治疗疗效比较：分为：显效：(治疗后效果佳，无任何疼痛感)、有效：(治疗后效果良好，疼痛感显著改善)和无效：(治疗后效果差，疼痛感显著)3个版块，总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。(2)两组体征消失时间比较，包括疼痛消失时间、皮损修复时间、结痂时间。

1.4 统计学方法

采用SPSS22.0软件处理，计数资料行 χ^2 检验，采用n(%)表示，计量资料行t检验，采用($\bar{x} \pm s$)表示， $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗疗效比较

研究组治疗总有效率92.00%高于对照组72.00% ($P < 0.05$)，见表1。

表1：两组治疗疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	25	13 (52.00)	10 (40.00)	2 (8.00)	23 (92.00)
对照组	25	6 (24.00)	12 (48.00)	7 (28.00)	18 (72.00)
χ^2					5.993
P					0.019

2.2 两组体征消失时间比较

研究组治疗后疼痛消失时间、皮损修复时间、结痂时间均低于对照组 ($P < 0.05$)，见表2。

表2：两组体征消失时间比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	疼痛消失时间	皮损修复时间	结痂时间
研究组(n=25)	3.58±0.28	5.27±0.33	3.08±0.21
对照组(n=25)	14.99±0.32	12.74±0.32	9.75±0.43
t	6.983	6.017	4.779
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

带状疱疹是指疱疹I型病毒复发性发作后导致的神经发

(下转第3页)



组的不良反应相比,差异无统计学意义($p>0.05$)。

3 讨论

近些年来,随着饮食结构的改变,生活习惯的变化,急性格林巴利综合征的患者越来越多,此种疾病不仅影响患者的身心健康,甚至危及生命安全。急性格林巴利综合征是一种急性起病、以损害神经根和外周神经为主的病变,多伴有脑脊液蛋白-细胞分离为主要特征的综合征。急性格林巴利综合征是一种患者自身机体的免疫机制出现异常而引起的周围神经病变,进而导致患者出现髓鞘损伤以及轴索变性等病变,进而影响患者的身心健康^[2]。大剂量的丙种球蛋白静脉滴注治疗是临床上的常用手段,可通过中和超抗原、自身抗体,影响巨噬细胞功能,进而改善临床症状。临床上,对于急性格林巴利综合征多采取丙种球蛋白静脉注射的免疫疗法,能够通过免疫抗体 IgG 来中和体内致病抗原,减少患者的神经损伤。此外,丙种球蛋白能够阻断单核细胞和巨噬细胞的产生,进而减少炎症反应的出现,同时阻断补体的结合,既发挥免疫调节功能,同时发挥免疫替代作用。在急性期,大剂量使用丙种球蛋白能够明显减轻异常免疫反应对自身的损伤。相比于大剂量的丙种球蛋白单独治疗,联合糖皮质激素的使用能够有效抗炎,减少机体产生的非特异性反应,帮助髓鞘尽早的恢复,进而改善传导功能^[3]。

糖皮质激素是临床上常见的一种免疫抑制剂,主要在肝脏中代谢,其药理作用包括对糖类、脂类、蛋白质以及水和电解质代谢的影响,抗炎作用、免疫抑制和抗过敏作用、抗休克作用,应用于急性期格林-巴利综合征患者能够诱导淋巴细胞 DNA 降解,影响淋巴细胞的物质代谢,减少淋巴细胞中 RNA 聚合酶的活力和 ATP 的生成量,同时能够诱导免疫细胞的凋亡^[4],进而缓解免疫反应的过度激活,同时减少多种炎症介质和细胞因子对神经髓鞘的损害,同时大剂量的甲泼尼龙能够起到稳定细胞膜减轻髓鞘的作用^[5]。因此,将大剂量

的丙种球蛋白和糖皮质激素联合应用能够有效缓解患者的临床症状,从根本上减轻髓鞘的病理改变,进而改善临床症状,同时缩短四肢肌力的恢复时间^[6]。另外,在本次试验中,两组患者在采取相应的治疗措施外,均统一接受常规治疗,即采用呼吸机辅助呼吸,同时给予抗生素、维生素、能量合剂、改善微循环的药物等,根据患者的呼吸情况,必要时给予气管插管。在实验结果方面,采取大剂量丙种球蛋白的基础上联合糖皮质激素相比于采取大剂量丙种球蛋白单独治疗的患者的治疗效果更好,治疗的总体有效率更高,同时四肢肌力恢复时间更短,住院时间相比更低,具有统计学意义($p<0.05$)。

综上所述,相比于大剂量丙种球蛋白单独使用,大剂量使用丙种球蛋白的基础上联合糖皮质激素治疗急性格林巴利综合征患者可明显提高疗效,改善临床症状恢复时间,减少四肢肌力恢复时间,值得临床推广。

参考文献

- [1] 耿娜,张金彪,仲伟斌,等.大剂量丙种球蛋白静脉注射治疗急性期格林-巴利综合征的临床疗效[J].中国医学创新,2021,12(32):65-68.
- [2] 段金平,DUANJinping.丙种球蛋白联合甲泼尼龙冲击治疗急性格林-巴利综合征的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2022,16(4):458-460.
- [3] 姜颖,赵欢.甲泼尼龙联合丙种球蛋白治疗急性格林巴利综合征的临床效果[J].实用临床医药杂志,2020,21(9):179-180.
- [4] 赵秀梅,康宏,李敏丽.观察丙种球蛋白治疗格林-巴利综合征的效果[J].中国医药指南,2021,15(9):127-128.
- [5] 姜如海.激素联合丙种球蛋白治疗格林巴利综合征的临床效果[J].中国医药指南,2021,15(5):57-57.
- [6] 何雪桃,王丽娟,陈洁玲,等.大剂量丙种球蛋白治疗吉兰-巴雷综合征相关因素分析[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2022,21(1):9-11.

(上接第1页)

炎的一种皮肤疾病,发作时常伴有剧烈的刀割痛、灼痛、刺痛等不良表现^[3-4]。在现代医学认为带状疱疹的发病机制可能与周围神经发病机制与中枢神经发病机制有关系。其中周围神经发病机制是指周围神经受到病毒感染,而导致神经功能发生明显的生理性变化,从而出现神经损伤。

本研究显示,研究组治疗总有效率 92.00% 高于对照组 72.00% ($P<0.05$)。研究组治疗后疼痛消失时间、皮损修复时间、结痂时间均低于对照组 ($P<0.05$)。由此可知采取火针联合壮医药线点灸治疗有效提高治疗效率,缓解疼痛。在中医上认为带状疱疹患者的发病机制是因情志不遂,饮食失调,以致脾失健运,湿浊内停,郁而化热,湿热搏结,兼感毒邪而发,予以患者重要穴位火针联合壮医药线点灸治疗,可有效促进血液循环,加速毒素排出体外,缓解患者病痛抑制炎症因子。二者有机结合能够进一步提高治疗效率,提高患者舒适度,缩短治疗疗程。

综上所述,火针联合壮医药线点灸治疗带状疱疹效果显著,提升治疗疗效,缩短体征消失时间,利于病症好转,值得推广。

参考文献

- [1] 潘波洋,陈甜,雷龙鸣.壮医药线点灸配合脐内环穴针刺治疗带状疱疹后遗神经痛临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2020,35(1):486-489.
- [2] 庞瑞康,范郁山.朱璉抑制 I 型针法结合壮医药线点灸治疗急性期带状疱疹的临床研究[J].中国针灸,2021,41(6):608-612.
- [3] 蒋香玉,粟胜勇,母叶,等.调气法针刺结合壮医药线点灸治疗带状疱疹后遗神经痛 47 例[J].中国针灸,2021,41(1):65-66.
- [4] 刘大平.火针为主治疗带状疱疹 65 例[J].吉林中医药,2006,26(7):37.
- [5] 黄瑾明,宋宁,黄凯.《中国壮医针灸学》,南宁,广西民族出版社,2010.
- [6] 冯玉山.范郁山.壮医药线点灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究进展[J].湖南中医杂志,2017,(7):219.
- [7] 粟春生.壮医药线点灸配合火针治疗带状疱疹 60 例[J].中国民族医药杂志,2014,(5):2-3.