

烧棉法配合放血疗法 治疗带状疱疹神经痛44例临床观察

齐红梅,郭建军

(湖南省中医药研究院附属医院,湖南 长沙,410006)

[摘要] 目的:观察烧棉法配合放血疗法治疗带状疱疹神经痛的临床疗效。方法:将88例带状疱疹神经痛患者随机分为2组各44例,治疗组采用烧棉法结合放血疗法治疗,对照组采用常规西药治疗。结果:总有效率治疗组为90.9%,对照组为70.5%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组止疱时间及VAS评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:采用烧棉法配合放血疗法治疗带状疱疹神经痛有较好的临床疗效。

[关键词] 带状疱疹神经痛;烧棉法;放血疗法

[中图分类号] R275.921⁺.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.06.046

带状疱疹(HZ),属于中医学“缠腰火丹”“蛇串疮”范畴。是一种急性疱疹性皮肤病,因感染水痘-带状疱疹病毒所致。临床表现为皮肤出现密集型簇状小水泡,沿一侧周围神经呈带状分布,常伴有剧烈的神经痛和局部淋巴结肿大。神经痛是HZ所产生的并发症之一,病情较重,病程较长,后遗神经痛(PHN)发病率较高,严重影响了患者的生活质量。西医药物主要有抗病毒、营养神经、止痛等,但疗效及安全性尚值得评估^[1-2]。笔者采用烧棉法配合放血疗法治疗带状疱疹神经痛患者44例,收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 88例均为我院针灸科住院患者,按照随机数字表法分为2组各44例。治疗组中,男24例,女20例;年龄37~68岁,平均 (53.91 ± 5.44) 岁。对照组中男25例,女19例;年龄36~67岁,平均 (52.53 ± 5.06) 岁。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

1.2.1 西医诊断标准 符合《皮肤性病学》^[3]中带状疱疹的诊断标准。

1.2.2 中医诊断标准 符合《中医病证诊断疗效标准》^[4]中“蛇串疮”的诊断标准。

1.3 纳入标准 (1)符合上述中西医诊断标准;(2)患者知情同意,签署知情同意书;(3)疱疹发生时间小于4d,未经过任何药物、物理方法止痛治疗。

1.4 排除标准 (1)特殊类型的带状疱疹;(2)容易晕针、药物过敏的患者;(3)合并严重心脑血管疾病;(4)恶性肿瘤、精神病、有出血倾向;(5)妊娠、哺

乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用烧棉法结合放血疗法治疗。将医用脱脂棉撕扯得尽量薄,使棉絮有重叠之处,根据疱疹皮损面积的大小,将所有的疱疹处分别均匀覆盖上棉絮后,逐一点火烧棉,1s的时间内棉絮就会完全烧尽,之后用软棉球轻轻地将灰烬处理干净。再以75%乙醇常规消毒所有的疱疹处,左手舒张皮肤,右手以一次性使用无菌注射针头快速多次点刺患处,每针间隔0.5cm左右,深度为3~5mm,每个罐口面积内点刺6~7针,用负压拔罐器迅速抽吸拔罐,视病患面积不同每次拔1~3罐(待出血量超过3mL且血液未凝固时释放疼痛最显著处罐体负压,小心倾斜罐体,用吸管吸取3mL血液注入试管待检,然后再次拔罐),留罐3~5min,总出血量10mL后起罐。若患者病灶面积大且夜晚疼痛到无法入睡,医者应依要求为患者再次行针以缓解疼痛。

2.2 对照组 采用常规西药治疗。阿昔洛韦注射液0.25g静脉滴注,每天1次;甲钴胺0.5mg口服,每天3次;加巴喷丁胶囊口服,剂量自300mg/d(晚上1次)起,第2天600mg(中午、晚上各1次),第3天900mg(早、中、晚各1次)。第4天开始根据患者服药后疼痛的缓解程度,服用维持量。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定。治愈:皮疹消退,临床体征消失,无疼痛后遗症;好转:皮疹消退约30%,疼痛明显减轻;无效:皮疹消退不足30%,仍有疼痛。

3.2 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件进行

统计分析,计数资料用 χ^2 检验,计量资料的组间对比用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 90.9%,对照组为 70.5%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	44	26	14	4	90.9 ^a
对照组	44	21	10	13	70.5

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.3.2 2 组止疱时间及 VAS 评分比较 2 组治疗后止疱时间及 VAS 评分比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组止疱时间及 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	止疱时间(d)	VAS 评分(分)
治疗组	44	1.22 ± 0.95 ^a	2.85 ± 0.51 ^a
对照组	44	2.06 ± 0.57	5.92 ± 1.37

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

烧棉法,又称贴棉灸法、棉花灸法、棉灸法。用灸法治疗热证,古代文献中颇为盛行。《医学入门》载:“虚者灸之,使火气以助元阳也;实者灸之,使实邪随火气而发散也。热者灸之,引郁热之气外发,火就燥之义也。”《素问·六元正纪大论》载有“火郁发之”的治疗原则。中医学认为,带疱疹多由湿热毒邪互相搏结、壅滞肌肤为患。病性多属实证、热证。治疗以疏肝泻火、祛湿通络止痛为法。根据中

医同气相求、以热引热理念,采用在疱疹皮损处施以烧棉法,外热引内热,使火热毒邪借势散去,以达到治病求本的目的。

放血疗法可疏通经络气血,调整脏腑功能,可泄热解毒而病愈,达到“开门祛邪”的效果^[5]。相较于西药治疗,针灸治疗带状疱疹神经痛的优势在于:针灸可刺激神经-体液调节系统,帮助提高机体的疼痛阈值、强化机体免疫功能,同时也有利于调节血管的舒缩活动及皮肤温度变化^[6],帮助改善局部血液循环,促进炎性因子、致痛物质的加速清除。

采用烧棉法配合放血疗法治疗带状疱疹神经痛操作简单、效果确切,可有效缩短治疗时间,最大程度地减轻带状疱疹神经痛,安全可靠。

参考文献

[1] Pickering G. Antiepileptics for postherpetic neuralgia in the elderly; current and future prospects [J]. Drugs Aging, 2014, 31 (9): 653-660.

[2] Fan H, Yu W, Zhang Q, et al. Efficacy and safety of gabapentin 1800mg treatment for post-herpetic neuralgia; a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Clin Pharm Ther, 2014, 39 (4): 334-342.

[3] 张学军. 皮肤性病学(8 版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013.

[4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994:192.

[5] 闫兵,王玲,刘永锋. 刺络放血治疗急性大面积带状疱疹 1 例[J]. 实用中医药杂志, 2014, 30(8): 783.

[6] 刘元华,杨运宽,陈洪沛,等. 不同针灸方法治疗带状疱疹 RCT 临床研究镇痛效应观察[J]. 时珍国医国药, 2013, 24 (1): 164-166. (收稿日期:2017-05-29)

(上接第 90 页)

临床上慢性咽炎主要由风热邪毒侵犯,或风寒外袭,入里化热,致使热邪内结、炼液为痰,日久终致气血瘀阻、余毒滞留咽喉而为病。如《古今医统大全·卷六十五》载:“喉痹之病,属痰属火属风三者而已,……病喉痹多起饮酒太过,辛辣肥甘之毒,郁积壅滞,为痰生热,热生风。”咽喉部经络分布复杂,是脏腑经络气血上荣清窍的通道,有赖于脏腑经络气血的濡养以维持其功能活动。咽部刺营疗法,一方面可疏通咽喉局部脉络,使咽喉部经络气血运行畅利,则可促进咽喉功能恢复正常;另一方面,亦可使壅滞于咽喉的余毒得以随营血外出,从而达到治疗目的。

综上所述,咽部刺营疗法能明显改善慢性咽炎患者临床症状,是一种安全、有效、简单易行且经济的治疗方法,值得在临床上推广运用。

参考文献

[1] 田道法. 中西医结合耳鼻咽喉科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2005:130.

[2] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2016:317-319.

[3] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2016:129.

[4] 谢强,张桥保. 学习魏稼教授刺营治疗咽科急性炎症经验的体会[J]. 江西中医药, 1992, 23(2): 7-10.

[5] 刘新垣. 白细胞介素-2 研究:从基础到临床[J]. 中国肿瘤生物治疗杂志, 1995(3): 165-174.

[6] Jones EY, Stuart DI, Waiker NPC, et al. Structure of tumor necrosis factor[J]. Nature, 1989(338): 225.

[7] 张喜平,李宗芳,程琪辉,等. 恶性肿瘤、创伤及炎症患者血清 TNF- α 、IL-6 和 sIL-2R 含量的比较[J]. 陕西医学杂志, 2002(1): 19-21. (收稿日期:2017-11-08)