

揞针围刺治疗急性期带状疱疹患者的 疗效观察及护理

Clinical observation and nursing of treating acute herpes zoster using surrounding acupuncture with subcutaneous needling

朱璇璇

作者单位:222000 江苏连云港,南京中医药大学连云港附属医院治未病中心

ZHU Xuanxuan. Disease Prevention Center, Lianyungang Affiliated Hospital, Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, Lianyungang 222000, China.

【摘要】 目的 观察揞针围刺疗法治疗急性期带状疱疹的临床疗效。方法 收集 2017 年 2 月至 2018 年 2 月就诊于我院疼痛科及皮肤科门诊的急性期带状疱疹患者 60 例,将其随机分为观察组(30 例)和对照组(30 例),对照组给予常规护理,观察组则在对照组基础上运用揞针围刺疗法,比较 2 组止疱时间、结痂时间、脱痂时间及疼痛评分。结果 观察组止疱时间、结痂时间、脱痂时间均早于对照组($P < 0.05$);而 VAS 评分低于对照组($t = 2.269, P = 0.027$)。结论 揞针围刺疗法联合常规护理是治疗急性期带状疱疹的有效方法,可控制急性炎症,提高日常生存质量。

【关键词】 揞针;围刺;带状疱疹;急性期;护理

doi:10.3969/j.issn.1674-3768.2019.04.024

【Abstract】 **Objective** To observe the curative effect of treating acute herpes zoster using surrounding acupuncture with subcutaneous needling. **Methods** Sixty patients with herpes zoster admitted to our hospital between February 2017 and February 2018 were randomized into an observation group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). Both groups were given routine nursing, while the observation group was additionally provided with surrounding acupuncture with subcutaneous needling. The time of response, incrustation and decrustation, as well as the visual analogue scale (VAS) score were recorded and compared between the two groups. **Results** The time of response, incrustation and decrustation in the observation group were significantly earlier than that of the control group, and the VAS score of the observation group was significantly lower than that of the control group ($t = 2.269, P = 0.027$). **Conclusion** The combination of surrounding acupuncture with subcutaneous needling and routine nursing is an effective method for the treatment of acute herpes zoster. It can control acute inflammation and improve daily life quality.

【Key words】 Subcutaneous needling; Surrounding acupuncture; Herpes zoster; Acute phase; Nursing

带状疱疹(herpes zoster, HZ)是由水痘-带状疱疹病毒引起的皮肤、神经炎症反应的病毒性皮肤病。病理机制为潜伏的病毒复活,损伤其宿主的颅神经节、背根神经节及神经轴的自主神经节,发生神经炎性脱髓鞘改变^[1-2]。流行病学显示,带状疱疹的年发病率约为每 1 000 人有 3.4~4.8 例,其中 80 岁

以上的患者年发病率可达 11/1 000 人^[3]。人一生中有 25%~30% 的概率罹患 HZ,而 80 岁以上人群有 50% 罹患 HZ^[4-5]。现有研究证实^[3,6],随着年龄的增大,带状疱疹的发病率越高,且病情严重程度越剧烈。随着世界人口逐步老龄化,发病率逐年上升^[7]。临床上对于带状疱疹急性期的治疗以促进止

疱、结痂、止痛、防止后遗神经痛为主要目的。目前西医治疗急性期带状疱疹,多以抗病毒联合营养神经药物的基础上,使用止痛类药物、物理治疗等,但止痛药容易形成药物的毒副作用和成瘾性,物理治疗占用医疗空间,患者需保持一定的姿势也增加了不适感。近年来有文献^[8]显示,针灸疗法治疗急性期带状疱疹取得了较为满意的效果。而揸针作为针灸疗法的一类,因操作简便、安全、微痛、起效快、持续刺激等优势,被广泛应用于临床。现将揸针围刺治疗急性期带状疱疹的临床观察与护理报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2017 年 2 月至 2018 年 2 月就诊于我院疼痛科及皮肤科门诊的急性期带状疱疹患者 60 例作为研究对象。纳入标准:①符合中华中医药学会 2014 年修订《蛇串疮中医诊疗指南》^[9]及西医《皮肤性病学》^[10]带状疱疹诊断标准;②年龄 18~75 岁;③出现疱疹在 1~7 d 内,且未经过抗病毒治疗或镇痛治疗者;④视觉模拟量表(visual analogue scale/score, VAS)^[11]评分超过 4 分者;⑤自愿参加本研究并签署知情同意书者。排除标准:①病灶在头面部或会阴部等不宜施针处的患者;②妊娠期或哺乳期妇女;③1 个月内使用过皮质类固醇激素或免疫抑制剂者;④有癩痕体质者;⑤合并严重的心、脑、肝、肾疾病或全身多脏器功能衰竭者,以及伴有糖尿病、血友病、易出血倾向等的患者。按随机数字表法将患者分为观察组和对照组。2 组患者性别、年龄、病程、部位分布等一般资料上比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 2 组急性患者一般性资料比较

组别	性别(例)		年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	病程 ($\bar{x}\pm s$,d)	部位(例)	
	男	女			胸背	腰腹
对照组($n=30$)	16	14	44±15	3.7±1.7	17	13
观察组($n=30$)	18	12	47±13	3.9±1.6	19	11
χ^2 值/ t 值	0.272		0.828	0.531	0.278	
P 值	0.602		0.411	0.597	0.598	

1.2 方法

2 组均给予药物治疗:阿昔洛韦片(丽珠集团丽珠制药厂生产,规格 0.2 g/片),每次口服 0.8 g,5 次/d,连续口服 14 d;甲钴胺片(弥可保,卫材中国药业有限公司生产,规格 0.5 g/片),每次服用 0.5 g,

3 次/d,连续口服 14 d;每日需复诊评估病情,于第 15 天评价疗效。

1.2.1 对照组

给予常规护理。①生活护理。指导患者穿宽松的棉质内衣,避免皮肤瘙痒时抓伤皮肤,患者皮肤要保持清爽状态;小水疱及其周围皮肤采用 0.5% 碘伏、75% 乙醇等涂抹,水泡较大的抽查疱内液体,水疱破裂渗液者采用 1% 庆大霉素溶液湿敷、涂抹抗病毒软膏等以控制局部创面^[12]。②饮食护理。带状疱疹急性期患者以清淡食物为主,以肉类、蛋类、新鲜蔬果、奶类等高蛋白、高热量、高维生素食物为主,严格忌口,勿食用辛辣、鱼腥、浓茶、烟、酒等。③心理护理。心理护理可缓解患者疼痛^[13-14],提高患者的生活质量^[15-16]。通过对患者进行有关疾病和疼痛相关知识的健康教育,正确恰当解答患者问题,纠正患者对疾病认识的偏差,提高其战胜疾病的信心。鼓励患者进行力所能及的爱好、习惯等活动,转移患者对疼痛的注意力减轻疼痛症状,提高患者心理承受力^[17]。通过分散患者注意力减轻疼痛聚焦^[18],让疼痛行为进行自我控制,以达到精神放松,忽视疼痛的感觉。暗示疗法是通过积极暗示患者来解除患者的焦虑等负面情绪,以减轻疼痛,增强镇痛疗效为目的。

1.2.2 观察组

在对照组的基础上,实施揸针围刺疗法。揸针围刺操作方法:①上肢疱疹的患者取坐位,双手平放胸前;躯干及下肢疱疹的患者取健侧卧位。②操作前术者清洗双手,注意无菌操作。③充分暴露疱疹部位,用 0.9% 氯化钠溶液棉球清洁疱疹处,若疱皮破损,用碘伏棉球消毒后,再用乙醇棉球消毒皮损周围皮肤,待干。④揸针自带胶布,用镊子尖端夹持住针柄,针尖对准皮损边缘约 1 cm 处,垂直按下,针距间隔 3 cm,操作时动作易轻柔。每 3 天埋针 1 次,每次留针 48 h,休息 1 d,每日需复诊评估病情,于第 15 天评价疗效。埋针时,注意避开体表浅血管,以患者无痛感、不影响活动为原则。若患者出现过度搔痒等不适,可随时自行取针,为患者讲解一般的无菌操作知识。

1.3 疗效观察

1.3.1 疱疹指标评价

主要观察止疱时间、结痂时间、脱痂时间。以出现疱疹作为起始时间,每日观察记录疱疹情况,①止疱时间(d):水疱不再继续增多所需的时间。②结痂

时间(d):即皮肤结痂面积/皮损总面积>50%需要的时间。③脱痂时间(d):皮肤结痂完全脱落所需的时间,脱痂时间=皮肤结痂完全脱落的日期-疱疹开始的时间。

1.3.2 疼痛指标评价

采用 VAS^[11] 对治疗前后疼痛程度进行观测记录。0 端代表“无痛”,10 端代表“最剧烈的疼痛”,从 0~10 依次划分为 10 等分。0 分为无痛;3 分以下属于轻度疼痛,能忍受;4~6 分属于中度疼痛,患者疼痛加剧并影响睡眠,但尚能忍受;7~10 分属于重度疼痛,患者疼痛强烈,能忍受,但影响睡眠、食欲。患者在首次治疗前、每次治疗后分别用笔根据自我感觉选择疼痛对应的分值。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行统计处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组疱疹指标比较

治疗后观察组的止疱时间、结痂时间及脱痂时间均明显早于对照组(表 2)。

表 2 2 组患者止疱、结痂、脱痂时间对比 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	止疱时间	结痂时间	脱痂时间
对照组(<i>n</i> = 30)	5.03 ± 2.03	7.05 ± 2.37	14.25 ± 5.17
观察组(<i>n</i> = 30)	3.72 ± 1.98	5.86 ± 1.62	11.32 ± 2.62
<i>t</i> 值	2.530	3.835	10.682
<i>P</i> 值	0.014	0.030	0.006

2.2 2 组 VAS 评分比较

治疗前,2 组患者 VAS 评分比较,差异无统计学意义;治疗后,观察组 VAS 评分低于对照组,见表 3。

表 3 2 组 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	治疗前	治疗后
对照组(<i>n</i> = 30)	6.93 ± 1.47	3.54 ± 0.79
观察组(<i>n</i> = 30)	7.08 ± 1.49	3.05 ± 0.76
<i>t</i> 值	0.220	2.269
<i>P</i> 值	0.826	0.027

3 讨论

带状疱疹常发于胸胁部及腰背部,因其外形如

蛇状,故中医学称之为“蛇串疮”“缠腰火丹”“蛇丹”等。带状疱疹的病机多因情志内伤或饮食失宜,导致肝络失和、气滞湿郁,日久化火,湿热火毒蕴结经络郁于肌肤,疹向外发,故见皮部红斑、疱疹成簇带状分布;毒邪阻滞经络,使局部气血运行不畅,经脉瘀滞,不通则痛^[19]。揠针作为皮内针的一种,通过在浅表组织埋针来改善临床症状,并达到持续针灸的治疗效果^[20]。而围刺法是在病变局部进行多针合围刺入,以痛点阿是为腧,通过增强针刺刺激量改善局部气血运行、通经活络^[21-24]。揠针围刺,不但可以阻断邪气,还可以进一步防止邪气的外延。由于揠针针体短、小、细不会伤及内脏、神经干及大血管等,安全性相对较高,揠针操作比较简单,只需要按住常规中医操作规范,医生和护士都可以操作。在治疗上还具有动态留针、效益积累;操作简便、疗效显著;刺法安全、易于接受;起效迅速、安全微痛等优势^[25]。

本研究结果中,治疗后,观察组 VAS 评分低于对照组,说明揠针围刺能改善带状疱疹的急性神经痛。观察组止疱时间、结痂时间及脱痂时间也早于对照组,表明揠针围刺具有止疱快、结痂快等优点。

综上所述,揠针围刺联合常规护理治疗急性期带状疱疹,是有一定的创新性和实用性的,而且因简便、安全、易行、无创等特点,可使患者从疾病的痛苦中尽快解脱出来,使社会效益最大化,值得临床应用推广。

参 考 文 献

- [1] Kim YJ, Lee CN, Lim CY, et al. Population-based study of the epidemiology of herpes zoster in Korea [J]. J Korean Med Sci, 2014, 29(12):1706-1710.
- [2] Bricout H, Perinetti E, Marchettini P, et al. Burden of herpes zoster-associated chronic pain in Italian patients aged 50 years and over (2009-2010): a GP-based prospective cohort study [J]. BMC Infect Dis, 2014 (14):637.
- [3] Johnson RW, Alvarez-Pasquin MJ, Bijl M, et al. Herpes zoster epidemiology, management, and disease and economic burden in Europe: a multidisciplinary perspective [J]. Ther Adv Vaccines, 2015, 3(4):109-120.
- [4] Studahl M, Petzold M, Cassel T. Disease burden of herpes zoster in Sweden-predominance in the elderly and in women-a register based study [J]. BMC Infect Dis, 2013(13):586.

[5] Yawn B, Gilden D. The global epidemiology of herpes zoster[J]. *Neurology*, 2013, 81(10):928-930.

[6] Li Q, Chen N, Yang J, et al. Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, 6(2):CD006866.

[7] Wertzman D, Shavit O, Stein M, et al. A population based study of the epidemiology of herpes zoster and its complications[J]. *J infect*, 2013, 67(5):463-469.

[8] Maggi S, Gabutti G, Franco E, et al. Preventing and managing herpes zoster: key actions to foster healthy aging[J]. *Aging ClinExp Res*, 2015, 27(1):5-11.

[9] 曾婧纯. 针灸治疗带状疱疹的网状 Meta 优化方案及随机对照研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.

[10] 陈可. 带状疱疹居家调养随身查[M]. 北京: 人民军医出版社, 2015:154.

[11] 吴夏波. 心理干预对带状疱疹后神经痛的影响研究[J]. *医疗装备*, 2015, 28(9):118-119.

[12] 林文玉, 雷启蓉, 周锡平. 护理干预在带状疱疹后遗神经痛中的应用研究[J]. *四川医学*, 2014, 35(7):896-898.

[13] 魏建梅, 张华秀. 心理干预对带状疱疹后遗神经痛患者疼痛的影响[J]. *实用临床医学*, 2014, 15(12):103-104.

[14] 刘海燕. 健康教育和心理护理对改善老年带状疱疹后遗神经痛患者生活质量的作用[J]. *中国医学创新*, 2016, 13(24):70-73.

[15] 张锦绣. 带状疱疹患者负性情绪护理干预效果分析. 中外医学研究, 2015, 13(24):95-96.

[16] Rafii F, Mohammadi-Fakhar F, Jamshidi Orak R. Effectiveness of jaw relaxation for burn dressing pain: randomized clinical trial[J]. *Pain Manag Nurs*, 2014, 15(4):845-853.

[17] 中华中医药学会皮肤科分会. 蛇串疮中医诊疗指南(2014 年修订版)[J]. *中医杂志*, 2015, 56(13):1163-1168.

[18] 高万露, 汪小海. 视觉模拟疼痛评分研究的进展[J]. *医学研究杂志*, 2013, 42(12):144-146.

[19] 张学军. 皮肤性病学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2016:65-67.

[20] 高寅秋, 李辛洁, 贾擎, 等. 皮内针疗法在疼痛治疗中的应用[J]. *北京中医药*, 2017, 36(4):373-375.

[21] 颜雪珍, 万欢, 李丹丹. 围刺配合电针治疗乳腺增生疗效观察[J]. *上海针灸杂志*, 2014, 33(3):228-230.

[22] 李绍康, 周德华, 王涵, 等. 围刺法治疗骶髂关节致密性骨炎临床研究[J]. *新中医*, 2014, 46(8):163-165.

[23] 邹魁, 张立明, 冯曼玲, 等. 针刺肾俞穴联合局部围刺治疗黄褐斑的疗效[J]. *武警医学*, 2016, 27(8):761-763.

[24] 师帅, 李雪岩, 李元, 等. 头穴围刺治疗脑出血颅骨摘除术后康复期患者 60 例临床观察[J]. *中国中医药科技*, 2015, 22(4):453-454.

[25] 吕中茜, 郭义. 反观中医临床提出“皮肤是人的第三大脑”[J]. *江西中医药*, 2016, 47(7):11-13.

(收稿日期:2018-04-09)

(上接 349 页) 皮肤的耐受性, 降低了损伤程度。研究结果表明, 夏季使用马齿苋湿敷能有效预防和治疗急性放射性皮肤损伤, 可提高患者的治疗依从性和舒适度, 减轻患者的痛苦, 保证放射治疗的顺利进行。使用马齿苋成本低、安全可靠, 无明显毒副作用, 对防治夏季鼻咽癌放射性皮炎有重要的临床意义, 值得推广和使用。

参 考 文 献

[1] 江妙玲, 吴碧娟, 吴晓玲, 等. 同步放化疗对鼻咽癌患者生存质量的影响探讨[J]. *中国临床护理*, 2015, 7(2):154-155, 158.

[2] 徐娟, 王淑云, 赵建琴, 等. 放射性皮炎的防护进展[J]. *齐鲁护理杂志*, 2010, 16(7):40-42.

[3] 黄金萍, 万诗燕, 洪鹰. 苦丁茶冰块含服预防夏季鼻咽癌放疗患者放射性口腔黏膜炎的效果观察[J]. *护理学报*, 2011, 18(9B):57-59.

[4] 陈三妹, 焦迎春, 唐四元, 等. 鼻咽癌放射治疗患者颈部皮肤护理干预效果比较[J]. *中华护理杂志*, 2013, 48(6):542-545.

[5] 刘小平, 刘锐, 苏进, 等. 三乙醇胺乳膏防治急性放射性皮炎的疗效观察[J]. *现代肿瘤医学*, 2014, 22(6):1441-1442.

[6] 侯炜, 周雍明, 石闻光, 等. 中药外用治疗急性放射性皮肤损伤临床观察[J]. *中国中医药信息杂志*, 2007, 14(8):70-71.

[7] 顾炜, 张家源. 放射性皮炎中医防治护理进展[J]. *中华现代护理杂志*, 2014, 20(23):2999-3001.

[8] 陈秀, 王孟云, 黄红蕾. 马齿苋对甘露醇注射液所致静脉炎的临床疗效[J]. *吉林医学*, 2014, 35(30):6697-6698.

[9] 刘蜀滇. 马齿苋外敷保护乳腺癌化疗静脉的护理[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2013, 11(17):145.

[10] 高春玲. 鲜马齿苋糊外敷预防化疗性静脉炎的临床研究[J]. *国际护理学杂志*, 2013, 32(2):249-251, 412.

[11] 闫玉娟. 马齿苋外敷预防女性化疗静脉损伤的护理研究[J]. *中国保健营养(中旬刊)*, 2013(7):410-411.

(收稿日期:2018-07-16)