

# 针灸结合西医药物治疗老年带状疱疹的疗效探讨

程慧芳, 刘清林, 李建荣, 方明, 阮云焱

(红安县人民医院康复科, 湖北 黄冈 438400)

【摘要】目的 探讨针灸联合西医药物治疗老年带状疱疹的临床疗效、症状消失时间、视觉模拟量表 (VAS) 疼痛评分及安全性。

方法 选取红安县人民医院 2021 年 4 月至 2022 年 9 月收治的 80 例老年带状疱疹患者, 以随机数字表法分为两组, 对照组 (40 例, 泛昔洛韦分散片联合甲钴胺胶囊治疗), 观察组 (40 例, 在对照组的基础上联合针灸疗法)。两组患者均持续治疗 10 d, 观察比较两组患者临床疗效和止痛、止疱、结痂、脱痂时间, 治疗前后 VAS 疼痛评分、血清  $\beta$ -内啡肽 ( $\beta$ -EP)、P 物质 (SP) 水平的变化及治疗期间并发症的发生情况。结果 观察组患者总有效率高于对照组; 与对照组比, 观察组患者止痛、止疱、结痂、脱痂时间更短; 与治疗前比, 治疗后两组患者 VAS 疼痛评分、血清 SP 水平呈降低趋势, 观察组较对照组更低; 治疗后两组患者血清  $\beta$ -EP 水平升高, 观察组较对照组更高; 观察组患者并发症总发生率低于对照组 (均  $P < 0.05$ )。结论 针灸联合西医药物治疗老年带状疱疹, 可以增强临床疗效, 减轻患者疼痛, 促进症状消退, 减少并发症的发生, 安全性较高。

【关键词】针灸; 带状疱疹; 泛昔洛韦; 甲钴胺; 老年; 神经痛; 视觉模拟量表

【中图分类号】R752.1+2

【文献标识码】A

【文章编号】2096-3718.2024.02.0072.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2024.02.024

带状疱疹是以神经痛、簇集性水疱、红斑等为主要临床表现的常见感染性皮肤病, 不仅会影响睡眠、心理健康, 也容易引起听力障碍、角膜炎、脑膜炎、皮肤溃疡等疾病, 故需尽早治疗。临床上采用泛昔洛韦分散片联合甲钴胺胶囊对老年带状疱疹患者进行抗病毒、消炎、止痛等治疗, 重在保护局部、缩短病程、预防继发感染, 但药物治疗易增加肝、肾功能障碍, 且对疾病引起的神经疼痛治疗效果不佳<sup>[1-2]</sup>。带状疱疹在中医中属“蛇串疮”“腰缠火丹”范畴, 因体内火毒湿热之邪蕴盛、气血瘀滞而成, 而气血运行受阻, 不通则痛, 老年患者大多正气不足, 阴津亏损, 气阴亏虚, 筋脉散养, 又体现了“不通则痛”的特点, 因此中医治疗多以清热解毒、凉血活血、化瘀止痛为主。近年来, 针灸等中医外治法因兼具治疗成本低、起效快、并发症少等优点, 故逐渐得到推广。根据中医理论, 针灸调和气血, 平衡阴阳, 达到止痛的效果, 还可改善局部组织的营养状态, 促进组织修复, 加快疱疹愈合, 提高机体免疫力, 增强机体对病毒的抵抗力<sup>[3]</sup>。鉴于此, 本研究旨在分析针灸结合药物治疗老年带状疱疹患者对其临床疗效、症状缓解及并发症发生情况的影响, 现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取红安县人民医院 2021 年 4 月至 2022 年 9 月收治的 80 例老年带状疱疹患者, 以随机数字表法分为两组。对照组 (40 例) 患者中男性 24 例, 女性

16 例; 年龄 60~83 岁, 平均  $(71.75 \pm 3.90)$  岁; 病程 2~5 d, 平均  $(3.56 \pm 0.51)$  d; 观察组 (40 例) 患者中男性 23 例, 女性 17 例; 年龄 61~81 岁, 平均  $(70.84 \pm 4.26)$  岁; 病程 2~7 d, 平均  $(3.52 \pm 0.60)$  d。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 组间具有可比性。纳入标准: ①西医符合《带状疱疹中国专家共识》<sup>[4]</sup> 中的相关诊断标准; ②中医符合《蛇串疮中医诊疗指南 (2014 年修订版)》<sup>[5]</sup> 中“蛇串疮”的诊断标准; ③年龄 60 周岁及以上; ④出现成簇的粟粒至绿豆大小的水疱; ⑤有显著神经痛。排除标准: ①皮疹局部合并真菌、细菌感染; ②泛发性带状疱疹、眼带状疱疹、内脏带状疱疹等特殊类型; ③合并造血、循环、呼吸系统严重疾病; ④对本研究涉及药物过敏; ⑤精神、智力、沟通障碍; ⑥无法耐受针灸; ⑦近 1 个月使用免疫抑制剂、皮质类固醇激素; ⑧合并其他皮肤疾病; ⑨凝血功能障碍; ⑩疱疹局部有严重感染。本研究经红安县人民医院医学伦理委员会批准, 且患者均已签署知情同意书。

1.2 治疗方法 对照组患者口服泛昔洛韦分散片 (浙江永宁药业股份有限公司, 国药准字 H20090007, 规格: 0.25 g/片) 治疗, 0.25 g/次, 3 次/d; 口服甲钴胺胶囊 (台湾泛生制药厂股份有限公司, 国药准字 HC20140014, 0.5 mg/粒) 治疗, 0.5 mg/次, 3 次/d。观察组患者在对照组的基础上联合针灸疗法: ①选穴: 主穴为夹脊穴、阿是穴, 依据辨证选取配穴, 即: 脾虚湿蕴证 (选取内庭、隐白)、肝经郁热证 (选取大敦、行间)、气滞血瘀

证（选取三阴交、血海），均为患侧取穴。②器具：一次性无菌针灸针（贵州安迪药械有限公司，规格：针体直径0.12~0.80 mm，针体长度5~200 mm）、艾炷、医用棉签、络合碘消毒液。③操作：取侧卧位，内庭〔直刺0.5~0.8寸（1寸=3.33 cm）〕、行间（直刺0.5~0.8寸）、隐白（顺经斜刺0.3~0.5寸）、大敦（顺经斜刺0.3~0.5寸）采用0.25 mm×25 mm毫针，得气后内庭、行间、大敦实施捻转泻法9次，隐白实施捻转补法9次；三阴交（直刺0.8~1.2寸）、血海（直刺0.8~1.2寸）采用0.30 mm×40 mm毫针，得气后实施提插泻法9次；阿是穴采用0.30 mm×40 mm毫针，距皮损边缘0.5 cm处向皮损中心区域进针0.5~1.2寸；夹脊穴采用0.30 mm×50 mm毫针（或0.30 mm×40 mm毫针），结合体型体质直刺0.5~1.5寸，手法为平补平泻；另外，每间隔1个夹脊穴予以温针灸，艾炷直径1.8 cm、长1.5 cm，每次每穴灸1壮，注意用硬纸片预防烫伤，留针30 min，1次/d。10 d为1个疗程，两组患者均持续治疗1个疗程。

**1.3 观察指标** ①临床疗效。于治疗后评估两组患者疗效，痊愈：瘙痒消失，无渗液，疱疹全部结痂或大部分脱落，疼痛完全或基本消退；显效：瘙痒明显减轻，无渗液，超过70%的疱疹结痂并部分脱落，疼痛明显改善；有效：瘙痒有所减轻，渗液减少，50%~70%的疱疹结痂，有小部分脱落，疼痛有所改善；无效：瘙痒、渗液等症状加重或无好转，疱疹无明显消退，疼痛缓解不明显<sup>[4]</sup>。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。②症状消失时间。观察统计治疗后两组患者止痛、止疱、结痂、脱痂时间。③疼痛评分。分别于治疗前后评估两组患者疼痛程度，采用视觉模拟量表（VAS）疼痛评分<sup>[6]</sup>，以数字0~10代表0~10分评估疼痛感，分值降低提示疼痛感减轻。④血清指标。分别于治疗前后采集患者空腹静脉血5 mL，离心（3 000 r/min，15 min）提取血清，应用酶联免疫吸附法检测β-内啡肽（β-EP）、P物质（SP）水平。⑤并发症。记录两组患者治疗过程中发生的内耳功能障碍、局部细菌感染、带状疱疹后神经痛的情况。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS 23.0统计学软件分析数据，计数资料以〔例（%）〕表示，采用 $\chi^2$ 检验；计量资料经

S-W法检验符合正态分布，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用独立 $t$ 检验，治疗前后比较采用配对 $t$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 观察组患者总有效率高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 两组患者临床疗效比较〔例（%）〕						
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	16(40.00)	8(20.00)	7(17.50)	9(22.50)	31(77.50)
观察组	40	26(65.00)	6(15.00)	6(15.00)	2(5.00)	38(95.00)
$\chi^2$ 值						5.165
$P$ 值						<0.05

**2.2 两组患者症状消失时间比较** 与对照组比，观察组患者止痛、止疱、结痂、脱痂时间更短，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$ ），见表2。

表2 两组患者症状消失时间比较（d， $\bar{x} \pm s$ ）					
组别	例数	止痛	止疱	结痂	脱痂
对照组	40	9.23±1.26	4.70±0.67	9.52±1.27	18.76±1.45
观察组	40	5.77±1.13	2.95±0.52	6.99±1.34	15.58±1.36
$t$ 值		12.929	13.050	8.667	10.117
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.3 两组患者VAS疼痛评分、β-EP、SP水平比较** 与治疗前比，治疗后两组患者VAS疼痛评分、血清SP水平呈均降低，观察组均更低于对照组；治疗后两组患者血清β-EP升高，观察组更高于对照组，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$ ），见表3。

**2.4 两组患者不良反应发生情况比较** 观察组患者并发症总发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表4。

3 讨论

老年人带状疱疹是一种常见的感染性疾病，是由水痘-带状疱疹病毒感染引起的，易发生年龄在50岁以上。带状疱疹发疹前伴有食欲减退、低热等不适；患处先有潮红斑，之后迅速出现呈簇状分布的丘疹，再变成水疱，疱

表3 两组患者VAS疼痛评分、β-EP、SP水平比较（ $\bar{x} \pm s$ ）							
组别	例数	VAS疼痛评分（分）		β-EP(ng/mL)		SP(ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	7.15±0.88	4.11±0.57*	47.70±4.49	72.75±7.63*	208.75±16.55	136.69±10.17*
观察组	40	7.10±0.79	2.28±0.26*	47.18±4.52	78.41±7.96*	209.25±14.38	115.50±9.44*
$t$ 值		0.267	18.474	0.516	3.247	0.144	9.658
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，\* $P<0.05$ 。VAS：视觉模拟量表；β-EP：β-内啡肽；SP：P物质。

• 73 •

表 4 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	内耳功能障碍	局部细菌感染	带状疱疹后神经痛	总发生
对照组	40	1(2.50)	2(5.00)	5(12.50)	8(20.00)
观察组	40	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50)	1(2.50)
$\chi^2$ 值					4.507
P 值					<0.05

液清澄，周围绕以红晕；皮损多出现在身体一侧，常伴有神经痛，年老体弱患者疼痛剧烈<sup>[7]</sup>。当前西医主要对老年带状疱疹患者进行抗病毒药物、镇痛药物等治疗，虽可缓解老年带状疱疹患者症状，但是存在呕吐、恶心等明显不良反应，容易影响患者的服药依从性。

中医认为，带状疱疹与正气虚弱（内因）、风湿热毒邪气侵袭人体（外因）有关，其病位在心、脾、肝、肾，湿热结聚、嗜食辛辣、肝火郁结等是临床病因，病机为火毒湿邪发为疱疹、溢于肌肤，病邪为郁火湿热；治疗时需要兼顾内外因应以清热解毒、凉血活血、化瘀止痛为主；常见证型主要包括脾虚湿蕴证、肝经郁热证、气滞血瘀证等<sup>[8]</sup>。本研究中，观察组患者总有效率高于对照组，止痛、止疱、结痂、脱痂时间更短，提示针灸联合西医药物治疗可以提高老年带状疱疹患者临床疗效，缩短症状消失时间。分析原因可能是，泛昔洛韦有明显的抗病毒活性，甲钴胺为神经营养类药物，可以促进神经轴突再生，改善轴突运输功能及神经传导速度，提高受损神经修复速度，针灸与两者联合治疗可以加快缓解带状疱疹相关症状<sup>[9]</sup>。观察组在西药治疗的基础上加用针灸疗法，其中通过刺激夹脊穴，可以调和营卫、振奋阳气、舒经通络，通过刺激阿是穴，可以拔毒祛瘀、敛疮止痛，而针对脾虚湿蕴证患者配合内庭、隐白，可以健脾祛湿，针对肝经郁热证患者配合大敦、行间，可以疏肝泻火解毒，针对气滞血瘀证患者配合三阴交、血海，可以通络止痛、活血化瘀；另外，通过结合针刺与艾灸，可以将热力与药力经针体传导至肌肤、经络，联合针灸疗法能够起到化瘀通络、补益气血阴阳、温经散寒、行气止痛等多种作用，可以使疱疹全部透发于体表，自行止疱结痂，缓解疼痛，从而治病求本、扶正祛邪<sup>[10]</sup>；因此，推测针灸联合药物治疗更有助于从不同机制发挥协同作用，取得满意疗效。

本研究中，与治疗前比，治疗后两组患者 VAS 疼痛评分、血清 SP 水平呈降低趋势，观察组更低，治疗后两组患者血清  $\beta$ -EP 水平升高，观察组更高，提示针灸联合西医药物治疗可以尽快缓解老年带状疱疹患者疼痛感，分析原因可能是，针灸联合药物治疗具有协同增效作用，可以促进皮损愈合，尽快缓解疼痛感；同时针灸能够加速内源性阿片样肽等镇痛物质释放，促进血清  $\beta$ -EP 释放，增强外周

阿片受体敏感性，从而起到镇痛效果，对于内源性致痛物质具有抑制作用，并且还能调节离子通道，对于脊髓背角神经元细胞内信号转导通路亦有一定影响，也能通过干扰此通路而发挥镇痛效果<sup>[11-12]</sup>。本研究中，观察组患者并发症总发生率低于对照组，提示针灸联合西医药物治疗可以降低老年带状疱疹患者并发症发生率。表明药物治疗效果有限，容易影响病情康复，本次在观察组加用针灸疗法，该法具有改善微循环、抗炎抗病毒、增强免疫力等作用，能够加速皮损恢复；同时还可改善机体细胞物质与能量代谢，提高抗氧化、抗损伤能力；另外，也能增强细胞吞噬功能及机体防御能力；此外，亦能加快局部血流速度，加速疱液吸收，促进红肿消退及疱疹结痂<sup>[13]</sup>。

综上，针灸联合西医药物治疗可以提高老年带状疱疹患者整体疗效，尽快缓解疼痛，促进症状消退，减少并发症发生，安全性较高，具有推广价值。

参考文献

[1] 丁浩云, 李天举, 龙亭, 等. 脐针联合药物治疗带状疱疹神经痛的临床效果 [J]. 河南医学研究, 2021, 30(33): 6261-6264.

[2] 左振刚, 李宇, 崔晓雯, 等. 瓜蒌红花甘草汤联合超短波辅助治疗老年带状疱疹效果观察 [J]. 中国乡村医药, 2023, 30(3): 18-19.

[3] 郭洋, 李岩. 活血定眩汤联合针灸对椎动脉型颈椎病患者的临床疗效 [J]. 罕少疾病杂志, 2023, 30(4): 75-76.

[4] 中国医师协会皮肤科医师分会带状疱疹专家共识工作组. 带状疱疹中国专家共识 [J]. 中华皮肤科杂志, 2018, 51(6): 403-408.

[5] 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.

[6] 李文建. 分期针灸综合疗法对带状疱疹患者 VAS 评分及后遗神经痛发生率的影响 [J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(2): 26-28.

[7] 胡晗峰, 曾贵顺, 张美玲, 等. 清热祛瘀汤配合伐昔洛韦治疗老年带状疱疹急性期临床研究 [J]. 新中医, 2023, 55(1): 133-136.

[8] 梅慧, 纪春艳. 马拴全内外合治蛇串疮经验撷菁 [J]. 山东中医杂志, 2022, 41(8): 895-898.

[9] 李玉琴, 李全伟, 陈吉祥, 等. 腹针结合基础针刺法治疗带状疱疹的临床疗效 [J]. 保健医学研究与实践, 2022, 19(9): 43-46.

[10] 胡敏瑶, 贾宁, 杨嘉恩, 等. 浮针结合贺氏温通法治疗急性带状疱疹的疗效观察 [J]. 湖北中医杂志, 2023, 45(9): 43-45.

[11] 庞瑞康, 范郁山. 壮医药线点灸结合针刺治疗急性期带状疱疹疗效评价及其镇痛机制的探讨 [J]. 西部中医药, 2022, 35(8): 62-65.

[12] 任玲, 王时巧, 王媚. 如意金黄散联合针灸治疗急性带状疱疹的临床观察 [J]. 中国中医急症, 2020, 29(11): 2014-2016.

[13] 刘同心, 岳铭坤, 夏宇, 等. 针灸治疗带状疱疹的临床疗效及安全性系统评价和 Meta 分析 [J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42(5): 800-808.