

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2019.02.010

中图分类号: R 246.7 文献标志码: A

# 揸针围刺辅助治疗肝经郁热型蛇串疮疗效观察

朱璇璇<sup>1△</sup>, 段培蓓<sup>1✉</sup>, 吴常征<sup>2</sup>( <sup>1</sup>南京中医药大学附属医院护理部, 江苏南京 210000; <sup>2</sup>南京中医药大学连云港附属医院神经内科 )

**[摘要]** 目的: 观察揸针围刺辅助西药治疗与单纯西药治疗肝经郁热型蛇串疮的疗效差异。方法: 将 60 例肝经郁热型蛇串疮患者采用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 30 例。两组患者均给予盐酸伐昔洛韦分散片 (每次口服 0.3 g, 每日 2 次)、甲钴胺片 (每次口服 0.5 mg, 每日 3 次)、维生素 B<sub>1</sub> (每次口服 10 mg, 每日 3 次), 连续 15 d。观察组同时根据疱疹的面积, 在疱疹周围 1 cm 处进行埋针, 两个揸针间隔 3 cm。每 3 天埋针 1 次, 每次留针 48 h, 休息 1 d, 共治疗 5 次 (15 d)。评估两组患者治疗前后疱疹评价指标 (止疱时间、结痂时间、脱痂时间)、视觉模拟量表 (VAS) 评分、血清免疫相关因子 [免疫球蛋白 G (IgG)、免疫球蛋白 M (IgM) 和免疫球蛋白 A (IgA)] 和血清炎症反应相关因子 [白细胞介素 4 (IL-4)、白细胞介素 17 (IL-17)、肿瘤坏死因子  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 和转化生长因子  $\beta$ 1 (TGF- $\beta$ 1)] 指标变化。结果: 观察组的止疱时间、结痂时间及脱痂时间均短于对照组 (均  $P < 0.05$ )。两组治疗后 VAS 评分均较治疗前降低 (均  $P < 0.05$ ), 治疗后组间比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 但观察组 VAS 评分治疗前后差值高于对照组 ( $P < 0.05$ )。两组治疗后血清免疫相关因子 IgG、IgM 和 IgA 含量均较治疗前升高 (均  $P < 0.05$ ), 且观察组治疗后血清 IgG、IgM 和 IgA 含量均高于对照组 (均  $P < 0.05$ )。两组治疗后炎症反应相关因子血清 IL-4、IL-17、TNF- $\alpha$  和 TGF- $\beta$ 1 水平均较治疗前降低 (均  $P < 0.05$ ), 且观察组治疗后血清 IL-4、IL-17、TNF- $\alpha$  和 TGF- $\beta$ 1 水平均低于对照组 (均  $P < 0.05$ )。结论: 揸针围刺辅助西药治疗肝经郁热型蛇串疮优于单纯西药治疗, 起效快、镇痛效果好, 可改善血清免疫相关因子, 减轻炎症反应。

**[关键词]** 蛇串疮, 肝经郁热; 揸针; 围刺; 西药治疗; 血清免疫相关因子; 炎症反应相关因子

## Efficacy of assisted treatment of thumb-tack acupuncture with surrounding needling method for herpes zoster of stagnated heat in liver meridian

ZHU Xuan-xuan<sup>1△</sup>, DUAN Pei-bei<sup>1✉</sup>, WU Chang-zheng<sup>2</sup> (<sup>1</sup>Department of Nursing, the Affiliated Hospital of Nanjing University of TCM, Nanjing 210000, Jiangsu Province, China; <sup>2</sup>Department of Neurology, Lianyungang Affiliated Hospital of Nanjing University of TCM)

**ABSTRACT Objective** To compare the efficacy difference between thumb-tack acupuncture with surrounding needling method plus medication and medication alone for herpes zoster (HZ) of stagnated heat in liver meridian type.

**Methods** According to random number table method, 60 patients with HZ of stagnated heat in liver meridian type were randomly divided into an observation group and a control group, 30 cases in each one. All the patients were treated with oral valaciclovir hydrochloride dispersible tablets (0.3 g per time, twice per day), mecobalamin tablets (0.5 mg per time, three times a day) and vitamin B<sub>1</sub> (10 mg per time, three times a day) for 15 days. In addition, the patients in the observation group were treated with thumb-tack acupuncture at area 1 cm outside the herpes, with an interval of 3 cm between thumb-tack needles. The thumb-tack acupuncture was given once every 3 days, retained for 48 h, with an interval of 1 day between treatments, and totally 5 treatments were given. The index of herpetic evaluation (stopping time of herpes, scarring time, decrustation time), visual analogue scale (VAS), serum immune-related factors (IgG, IgM, IgA) and serum inflammatory factors (IL-4, IL-17, TNF- $\alpha$ , TGF- $\beta$ 1) were observed before and after treatment in the two groups.

**Results** After treatment, the stopping time of herpes, scarring time, decrustation time in the observation group were shorter than those in the control group (all  $P < 0.05$ ). Compared before treatment, the VAS score in the two groups were reduced after treatment (both  $P < 0.05$ ), and no significant difference was observed between the two groups ( $P > 0.05$ ), but the difference before and after treatment in the observation group was superior to that in the control group ( $P < 0.05$ ).

✉通信作者: 段培蓓, 主任护师。E-mail: dpb.58@163.com

△朱璇璇, 南京中医药大学硕士研究生, 现就职于南京中医药大学连云港附属医院治未病中心。E-mail: 984333051@qq.com

Compared before treatment, the levels of serum immune-related factors IgG, IgM, IgA were increased in the two groups after treatment (all  $P < 0.05$ ), and the levels in the observation group after treatment were higher than those in the control group (all  $P < 0.05$ ). Compared before treatment, the levels of serum inflammatory factors IL-4, IL-17, TNF- $\alpha$ , TGF- $\beta$ 1 were reduced in the two groups after treatment (all  $P < 0.05$ ), and the levels in the observation group after treatment were lower than those in the control group (all  $P < 0.05$ ). **Conclusion** The thumb-tack acupuncture with surrounding needling method plus medication have the advantages of rapid onset and analgesic effect for HZ of stagnated heat in liver meridian type, which could also improve serum immune-related factors and reduce inflammatory reaction.

**KEYWORDS** herpes zoster (HZ), stagnated heat in liver meridian type; thumb-tack acupuncture; surrounding needling method; medication; serum immune-related factors; inflammatory factors

蛇串疮又称带状疱疹 (herpes zoster, HZ) 是一种病毒性皮肤病, 由水痘-带状疱疹病毒侵犯周围神经及皮肤引起的神经炎性反应和皮肤病变。病理机制为潜伏的病毒复活, 损伤其寄宿的颅神经节、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<sup>[1-2]</sup>。流行病学显示, 带状疱疹的年发病率约为每 1000 人有 3.4~4.8 例, 其中 80 岁以上的患者年发病率可达每 1000 人 11 例<sup>[3]</sup>。在人的一生中有 25%~30% 的几率罹患 HZ, 而 80 岁以上的人群却有 50% 罹患 HZ<sup>[4-6]</sup>。蛇串疮属于急性皮肤病, 早期的神经和皮肤症状严重影响患者的生活质量, 给患者及家属带来困扰。针灸疗法作为中医学的一种疗法, 对治疗肝经郁热型蛇串疮具有良好的临床治疗效果<sup>[7]</sup>。揠针属于皮内针的一种, 通过浅表组织埋针改善临床症状并达到 24 h 持续治疗的效果<sup>[8]</sup>。本研究采用揠针围刺辅助西药治疗肝经郁热型蛇串疮, 并与单纯西药治疗进行对比, 现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本研究 60 例肝经郁热型蛇串疮患者均来源于 2017 年 2 月至 2018 年 2 月南京中医药大学附属医院皮肤科及神经科门诊。按随机数字表法将患者随机分为观察组和对照组, 每组 30 例。观察组, 男 18 例, 女 12 例; 年龄 20~74 岁, 平均 (47±13) 岁; 病程最短 1.5 d, 最长 7 d, 平均 (3.9±1.6) d; 发病部位: 胸部 21 例、腰腹部 9 例。对照组, 男 16 例, 女 14 例; 年龄 19~71 岁, 平均 (44±15) 岁; 病程最短 1 d, 最长 6.5 d, 平均 (3.7±1.7) d; 发病部位: 胸部 19 例、腰腹部 11 例。经统计学分析, 两组患者性别、年龄、病程、发病部位一般资料比较, 差异均无统计学意义 (均  $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 诊断标准

(1) 西医诊断标准: 参照《皮肤性病学》<sup>[9]</sup>中有关带状疱疹的诊断标准, ①先兆症状为身体一侧的

疼痛、刺痛或灼烧感, 局限于身体的特定部位, 疼痛和灼烧感可非常强烈; ②皮损沿脊神经根分布, 常累及几个紧密相邻的皮区; ③脐窝状水疱, 有时为出血性的水疱或脓疱, 成簇, 紧密, 基底潮红、深入皮肤, 有渗出, 疱壁较硬, 水疱出现后可随之出现红斑。

(2) 中医诊断标准: 参照中华中医药学会皮肤科分会的《蛇串疮中医诊疗指南 (2014 年修订版)》<sup>[10]</sup>对蛇串疮的辨证分型, 属于肝经郁热证: 水疱初起皮疹潮红, 疱疹如粟粒, 密集分布呈带状, 灼热疼痛, 伴有口苦咽干, 烦渴, 纳呆, 小便黄赤, 大便干结或稀烂不畅; 舌质红、苔黄腻, 脉弦滑。

### 1.3 纳入标准

①符合中医及西医诊断标准者; ②年龄 18~75 岁者; 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 (VAS) 评分  $\geq 4$  分者; ⑤自愿参加本研究并签署知情同意书者。

### 1.4 排除标准

①病灶在头面部或会阴部等不宜施针者; 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瘢痕体质者; 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、易出血倾向疾病的患者。

### 1.5 剔除及脱落标准

①剔除试验中新发现的不符合纳入标准或符合排除标准者; ②剔除未按照试验方案接受相应的治疗者; ③临床资料不全或患者依从性差, 影响评价指标者作为脱落处理; ④发生严重不良事件或并发症, 不宜继续接受治疗者作为脱落处理; ⑤因各种原因试验中途退出治疗、失访的病例也作为脱落处理。

## 2 治疗方法

### 2.1 观察组

(1) 揠针围刺治疗: 根据疱疹的面积, 在疱疹周围 1 cm 处进行埋针。操作: ①疱疹部位位于上肢的

患者取坐位,双手平放胸前;躯干及下肢的患者取健侧卧位。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%氯化钠棉球清洁疱疹处,若疱皮破损,用碘附棉球消毒后,再用乙醇棉球消毒皮损周围皮肤,待干。④采用一次性无菌揸针(日本清铃株式会社生产,规格为 0.2 mm × 0.9 mm),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,操作时动作宜轻柔。每 3 天埋针 1 次,每次留针 48 h,休息 1 d,5 次为一疗程,每日需复诊评估病情,治疗 1 个疗程后,于第 15 天评价疗效。

注意事项:①埋针时,应注意避开体表浅血管,以患者无痛感、不影响活动为原则;②若患者有不适的感觉如过度瘙痒等,可随时自行取针,为患者讲解一般的无菌操作知识;③指导患者应用分散注意力的方法,减轻疼痛、促进睡眠;④选择纯棉贴身衣服,避免抓挠、挤压和冷热刺激等。

(2)西药治疗:采用常规抗病毒联合营养神经药治疗,盐酸伐昔洛韦分散片(丽科分,湖北科益药业股份有限公司生产,0.15 g/片,国药准字:H0050096),每次口服 0.3 g,每日 2 次,连续口服 15 d;甲钴胺片(博可保,海南斯达制药有限公司生产,0.5 mg/片,国药准字:H0050997),每次口服 0.5 mg,每日 3 次,连续口服 15 d;维生素 B<sub>1</sub>(维福佳,华中药业股份有限公司生产,10 mg/片,国药准字:H2020611),每次口服 10 mg,每日 3 次,连续口服 15 d。每日需复诊评估病情,于第 15 天评价疗效。

## 2.2 对照组

采用常规西药治疗,所用药物、频次、疗程等均同观察组。

## 3 疗效观察

### 3.1 观察指标

(1)疱疹指标评价:主要观察止疱的时间、结痂的时间、脱痂的时间。以出现疱疹作为起始时间。①止疱时间:水疱不再继续增多所需的时间。②结痂时间:结痂时间=(皮肤结痂面积÷皮损总面积)×100%,皮肤结痂面积超过全部皮损面积 50%需要的时间。③脱痂时间:皮肤结痂完全脱落所需的时间。

(2)视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评分:使用一条 10 cm 长的游动标尺,两端分别以“0”和“10”计数,代表无痛和剧痛,患者在首次治疗前、末次治疗后分别用笔根据疼痛强度在线段上划出相

应的点,从起点至记号处的距离为疼痛评分。

(3)血清免疫相关因子及炎症反应相关因子指标:分别在治疗前后,空腹抽取肘静脉血 3~5 mL,肝素钠抗凝,由南京中医药大学附属医院检验科检测血清免疫相关因子免疫球蛋白 G (immunoglobulin G, IgG)、免疫球蛋白 M (immunoglobulin M, IgM) 和免疫球蛋白 A (immunoglobulin A, IgA) 含量(试剂盒由南京建成生物科技公司提供)及血清炎症反应相关因子白细胞介素 4 (interleukin 4, IL-4)、白细胞介素 17 (interleukin 17, IL-17)、肿瘤坏死因子(tumor necrosis factor  $\alpha$ , TNF- $\alpha$ )和转化生长因子  $\beta$ 1 (transforming growth factor  $\beta$ 1, TGF- $\beta$ 1)的含量(试剂盒购于上海生工技术有限公司提供),严格按说明书操作。

### 3.2 统计学处理

采用 SPSS 23.0 软件进行统计处理,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内比较采用配对样本  $t$  检验,组间比较采用两独立样本  $t$  检验;计数资料采用百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

### 3.3 治疗结果

#### (1)两组患者疱疹指标比较

观察组的止疱时间、结痂时间及脱痂时间均短于对照组(均  $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组肝经郁热型蛇串疮患者止疱、结痂、脱痂时间比较 ( $\bar{d}, \bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 止疱时间                      | 结痂时间                      | 脱痂时间                       |
|-----|----|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 观察组 | 30 | 3.72 ± 1.98 <sup>1)</sup> | 5.86 ± 2.04 <sup>1)</sup> | 11.32 ± 4.15 <sup>1)</sup> |
| 对照组 | 30 | 5.03 ± 2.03               | 7.05 ± 2.37               | 14.25 ± 5.17               |

注:与对照组比较,<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

#### (2)两组患者治疗前后 VAS 评分比较

两组患者治疗前 VAS 评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),组间具有可比性。两组治疗后 VAS 评分均较前降低(均  $P < 0.05$ ),治疗后组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),但观察组 VAS 评分治疗前后差值高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组肝经郁热型蛇串疮患者治疗前后 VAS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 治疗前         | 治疗后                       | 治疗前-治疗后                   |
|-----|----|-------------|---------------------------|---------------------------|
| 观察组 | 30 | 7.08 ± 1.49 | 2.75 ± 1.71 <sup>1)</sup> | 4.75 ± 0.61 <sup>2)</sup> |
| 对照组 | 30 | 6.93 ± 1.47 | 3.74 ± 1.67 <sup>1)</sup> | 3.46 ± 0.78               |

注:与本组治疗前比较,<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ;与对照组治疗前后差值比较,<sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。



表 3 两组肝经郁热型蛇串疮患者治疗前后血清炎症反应相关因子比较 (mg/L,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 时间  | IL-4                             | IL-17                            | TNF- $\alpha$                    | TGF- $\beta$ 1                   |
|-----|----|-----|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 观察组 | 30 | 治疗前 | 36.12 $\pm$ 4.46                 | 44.13 $\pm$ 5.26                 | 71.89 $\pm$ 6.41                 | 27.79 $\pm$ 4.35                 |
|     |    | 治疗后 | 21.37 $\pm$ 3.85 <sup>1)2)</sup> | 31.52 $\pm$ 4.63 <sup>1)2)</sup> | 52.36 $\pm$ 5.31 <sup>1)2)</sup> | 16.17 $\pm$ 3.54 <sup>1)2)</sup> |
| 对照组 | 30 | 治疗前 | 35.44 $\pm$ 4.63                 | 42.65 $\pm$ 5.12                 | 71.44 $\pm$ 6.35                 | 27.37 $\pm$ 4.13                 |
|     |    | 治疗后 | 28.14 $\pm$ 4.12 <sup>1)</sup>   | 37.16 $\pm$ 4.65 <sup>1)</sup>   | 61.58 $\pm$ 5.64 <sup>1)</sup>   | 23.65 $\pm$ 3.87 <sup>1)</sup>   |

注:与本组治疗前比较,<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

### (3) 两组患者治疗前后炎症反应相关因子比较

两组患者治疗前外周血清炎症反应相关因子 IL-4、IL-17、TNF- $\alpha$  和 TGF- $\beta$ 1 水平比较,差异均无统计学意义(均  $P > 0.05$ ),组间具有可比性。两组治疗后血清 IL-4、IL-17、TNF- $\alpha$  和 TGF- $\beta$ 1 水平均较前降低(均  $P < 0.05$ ),且观察组血清 IL-4、IL-17、TNF- $\alpha$  和 TGF- $\beta$ 1 水平均低于对照组(均  $P < 0.05$ )。见表 3。

### (4) 两组患者治疗前后血清免疫相关因子比较

两组患者治疗前血清免疫相关因子 IgG、IgM 和 IgA 含量比较,差异均无统计学意义(均  $P > 0.05$ ),组间具有可比性。两组治疗后血清 IgG、IgM 和 IgA 含量均较治疗前升高(均  $P < 0.05$ ),且观察组治疗后血清 IgG、IgM 和 IgA 含量均高于对照组(均  $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组肝经郁热型蛇串疮患者治疗前后血清免疫相关因子比较 (mg/L,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 时间  | IgG                              | IgM                             | IgA                             |
|-----|----|-----|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 观察组 | 30 | 治疗前 | 8.36 $\pm$ 1.23                  | 1.55 $\pm$ 0.56                 | 0.22 $\pm$ 0.08                 |
|     |    | 治疗后 | 16.15 $\pm$ 2.52 <sup>1)2)</sup> | 2.26 $\pm$ 0.24 <sup>1)2)</sup> | 0.43 $\pm$ 0.04 <sup>1)2)</sup> |
| 对照组 | 30 | 治疗前 | 8.34 $\pm$ 1.13                  | 1.13 $\pm$ 0.52                 | 0.28 $\pm$ 0.03                 |
|     |    | 治疗后 | 12.03 $\pm$ 2.26 <sup>1)</sup>   | 1.85 $\pm$ 0.41 <sup>1)</sup>   | 0.36 $\pm$ 0.02 <sup>1)</sup>   |

注:与本组治疗前比较,<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

## 4 讨论

蛇串疮作为皮肤科常见疾病,好发于中老年人,当机体功能退化,或有感染、肿瘤、免疫缺陷、缺血性病变时,人体免疫功能减退,潜伏于神经节内的水痘-带状疱疹病毒被重新激活,使受侵犯的神经节发生炎症反应及坏死,引发疱疹<sup>[11]</sup>。目前西医临床常采用抗病毒伐昔洛韦治疗,研究<sup>[12]</sup>发现,伐昔洛韦是一种核苷类似物,为阿昔洛韦前体物质,具有较高水溶性,口服后药物迅速吸收,血液中药物成分到达顶峰时间为 0.88 ~ 1.75 h,和阿昔洛韦相比生物利用度超出 2 ~ 4 倍。中医学称本病为“蛇串疮”“缠腰火丹”或“火带疮”等,其发病机制多为本虚标实,本虚为机体阳气虚弱,标实为寒、湿、热、毒等淫邪入

侵<sup>[13]</sup>;大量的临床实践也证实本病以肝经郁热、脾虚湿蕴、气滞血瘀证较为多见<sup>[14]</sup>。在年轻人当中,病因多为情志不畅,肝经疏泄失常,郁而化火;又复感火热毒湿之邪,则邪客于厥阴、少阳二经,出现红斑、水疱,疼痛<sup>[15]</sup>。中老年人多是由体弱内伤,正气虚损,血虚肝旺为本虚;又感染毒邪留滞经络为标实,久郁化热,热灼肌肤、脉络而发病<sup>[10]</sup>。中医治疗蛇串疮常以清热利湿解毒、理气活血止痛为原则处方遣药。近年来,中医治疗蛇串疮方法多样化,无论是内服汤药、针灸治疗或电针围刺、刺络拔罐等均具特色;而在众多传统疗法中,则以针灸疗法最为常用,疗效也较为满意<sup>[16-17]</sup>。本研究以针刺为核心环节,施用揠针围刺蛇串疮,改善局部气血运行、通经活络。

揠针疗法属于皮内针法的一种,是由《灵枢·官针》篇中所记载的“浮刺”针法演变而来;其针具头大而末锐,形如图钉样。《灵枢·小针解》曰:“浅浮之病不欲深刺也,深则邪气从之入。”可见浅刺法可用于治疗病位较浅的肌表疾病,针刺太深容易将邪气引入体内,加重病情。故病变局部以浅刺、浮刺为主,意在引邪外出,疏利气机。揠针,以浅刺、无针感和久留针(1~7 d)为特征。针体短、小、细,不会伤及内脏、神经干及大血管等,安全性较高,操作性强,同时具备动态留针、疗效累加、易于接受、起效迅速、安全微痛等优势<sup>[8]</sup>。揠针作为辅助疗法治疗蛇串疮具有一定的理论基础,其源于中医皮部理论和腧穴理论相结合的临床运用。通过十二经络“内连脏腑,外络肢节”的联系,使皮部、经络与脏腑构成表里内外、相互关联的有机整体,故针刺皮部可以疏通经络之阻滞,调节气血之逆乱,平衡阴阳之偏颇,恢复脏腑之功能,达到疏通经络气血、治疗疾病的目的。揠针浅刺可行卫气、通络脉,久留针能养卫阳,标本兼治,达到补气活血、消肿透疹、通络止痛之效<sup>[18]</sup>。腧穴为脏腑经络之气输注于体表的特殊部位,乃针灸施术之处,故于病变局部阿是穴行多针合围刺之,增强针刺刺激量,改善局部气血运行、通经活络<sup>[19-21]</sup>。现代医学认为,揠针镇痛作用是通过刺激皮下组织的

感受器,产生神经-免疫-内分泌反应释放活性物质,如腺苷、阿片类药物等,通过与感觉传入神经表面的相应受体结合,产生外周及中枢镇痛效应<sup>[22]</sup>。本研究以皮内针法配合局部围刺,能畅通气血、疏经通络,使郁积于肌肤之湿热毒邪迅速外散,并促进疱疹消退和结痂,加速缓解疼痛症状。

蛇串疮属于免疫失衡的急性感染性炎症反应,与体液免疫和细胞免疫相关。免疫球蛋白 IgG、IgA 及 IgM 是体液免疫的重要组成部分,与西医发病机制有密切的关系<sup>[23]</sup>。T 淋巴细胞介导的细胞免疫应答紊乱与蛇串疮疼痛的产生有关,T 淋巴细胞不同亚群合成和分泌 IL-4、IL-17、TNF- $\alpha$  和 TGF- $\beta$ 1 等细胞因子,作用于外周组织、引起疼痛反应<sup>[24-25]</sup>。

本研究结果表明,两组治疗后 VAS 评分均较治疗前明显降低,差异有统计学意义,提示揞针围刺改善肝经郁热型蛇串疮疼痛较西药快。对于疱疹在止疱时间、结痂时间及脱痂时间的影响,观察组明显短于对照组,表明揞针围刺辅助治疗肝经郁热型蛇串疮还具有止疱快、结痂快等优点。观察组患者治疗后血清 IgG、IgA 及 IgM 水平均高于对照组,说明血清免疫球蛋白水平变化与蛇串疮及其病情活动有关。观察组患者血清炎症反应因子 IL-4、IL-17、TNF- $\alpha$  和 TGF- $\beta$ 1 水平均低于对照组,表明揞针围刺可以更好促进炎症反应的消除,缓解疼痛。

综上所述,揞针围刺作为一种辅助疗法治疗肝经郁热型蛇串疮科学有效、安全可行,可减轻疾病痛苦,提高生活质量,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]. 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] Gnaim JW Jr, Whitly RJ. Clinical practice. Herpes zoster[J]. N Engl J Med, 2002, 347(5): 340-346.
- [4] Oster G, Harding G, Dukes E, et al. Pain, medication use and health-related quality of life in older persons with postherpetic neuralgia: results from a population-based survey[J]. J Pain, 2005, 6(6): 356-363.
- [5] Robert W, Marie-José Alvarez-Pasquin, Marc Bijl, 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.
- [6] 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, 12(13): 586.
- [7] 彭唯娜, 刘志顺, 邓艳华, 等. 针灸治疗带状疱疹文献质量评价与施治规律探讨[J]. 中国针灸, 2008, 28(2): 147-150.
- [8] 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.
- [9] 张学军. 皮肤性病学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 65-67.
- [10] 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.
- [11] María DEV, M Felicitas DB, Ruth GP, et al. Sociodemographic characteristics and chronic medical conditions as risk factors for herpes zoster: a population-based study from primary care in Madrid (Spain) [J]. Hum Vaccin Immunother, 2014, 10(6): 1650-1660.
- [12] 邵伟, 伐昔洛韦治疗带状疱疹的有效性和安全性[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(13): 36-37.
- [13] 刘元华, 刘源才. 火针针刺带状疱疹模型动物“补火助阳”机制的探索性研究[J]. 时珍国医国药, 2017, 28(9): 2305-2306.
- [14] 杨惠妮. 带状疱疹中西医结合疾病特征及相关资料横断面研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2010.
- [15] 韩光, 周杰, 王晓娟, 等. 中医药治疗带状疱疹临床研究进展[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(30): 5935-5936.
- [16] 陈玉莲. 中医药治疗带状疱疹文献评价[D]. 广州: 广州中医药大学, 2009.
- [17] 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.
- [18] 黄泰铮. 揞针埋针疗法治疗背肌筋膜疼痛综合征的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [19] 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.
- [20] 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.
- [21] 邹魁, 张立明, 冯曼玲. 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.
- [22] 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.
- [23] Muthana SM, Xia L, Campbell CT, et al. Competition between Serum IgG, IgM, and IgA anti-Glycan antibodies[J]. PLoS One, 2015, 3(10): 118-126.
- [24] Chlibek R, Pauksens K, Rombo L, et al. Longterm immunogenicity and safety of an investigational herpes zoster subunit vaccine in older adults[J]. Vaccine, 2016, 34(6): 863-868.
- [25] Luchting B, Rachinger-Adam B, Heyn J, et al. Anti-inflammatory T-cell shift in neuropathic pain[J]. J Neuroinflammation, 2015, 12(1): 12-17.

(收稿日期: 2018-04-20, 编辑: 孟醒)