

# 揸针围贴对带状疱疹患者急性疼痛与焦虑的影响

朱璇璇, 吴常征

(南京中医药大学连云港附属医院, 江苏 连云港 222000)

**摘要:** 目的 观察揸针围贴疗法对带状疱疹患者急性疼痛与焦虑情绪的影响。方法 选取 2017 年 2 月—2018 年 2 月就诊于南京中医药大学连云港附属医院神经内科及皮肤科门诊的急性带状疱疹患者 60 例。通过随机数字表法分为观察组( $n=30$ )、对照组( $n=30$ )。对照组给予常规抗病毒联合营养神经药物治疗; 观察组在对照组基础上给予揸针围贴治疗, 每 3 天埋针 1 次, 5 次为 1 个疗程, 运用疼痛视觉模拟量表、焦虑自评量表于治疗前、后评价两组患者的疼痛、焦虑情况。结果 两组患者治疗后的疼痛及焦虑评分均低于治疗前, 且观察组治疗后疼痛及焦虑总分低于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 两组患者治疗后的疼痛开始缓解时间、疼痛持续时间, 比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 揸针围贴疗法可改善带状疱疹患者急性期疼痛和焦虑状态, 值得临床推广应用。

**关键词:** 带状疱疹; 急性疼痛; 焦虑; 揸针; 围贴

中图分类号: R248

文献标识码: A

DOI: 10.3969/j.issn.1009-8399.2019.06.013

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神经炎症和皮肤病变<sup>[1]</sup>。每年每一千人中有 3.4~4.82 例带状疱疹患者, 其中 80 岁以上的患者可达 11 例/1000 人<sup>[2]</sup>。早期神经痛和皮肤症状是带状疱疹最主要的临床表现, 严重影响患者的生活质量。相关研究发现, 疼痛作为主观感受及情感体验, 会使患者产生焦虑、忧郁等不良情绪, 且对患者的治疗效果造成不良影响<sup>[3]</sup>。因此, 缓解患者疼痛程度, 改善负面情绪, 调节心理状态, 对提高 HZ 患者生活质量十分重要。皮内针疗法作为祖国医学的一种外治手法, 对治疗疼痛具有良好的临床治疗效果<sup>[4-5]</sup>。本研究通过揸针围贴干预在改善带状疱疹患者的急性疼痛与焦虑状态方面取得了一定的效果, 现报道如下。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 选取 2017 年 2 月—2018 年 2 月就诊于南京中医药大学连云港附属医院神经内科及皮肤科门诊的急性带状疱疹患者 60 例。纳入标准: ①符合带状疱疹中医诊断标准<sup>[6]</sup>及西医诊断标准<sup>[7]</sup>; ②年龄 18~75 岁; ③疱疹出现 1~7 d 内, 且未经过抗病毒治疗或镇痛治疗; ④视觉模拟量表评分 $\geq 4$ 分; ⑤自愿参加本

研究, 并签署知情同意书。排除标准: ①病灶在头面部或会阴部等不宜施针之处; ②妊娠期或哺乳期妇女; ③1 月内使用过皮质类固醇激素或免疫抑制剂; ④瘢痕体质; ⑤合并严重的心、脑、肝、肾疾病或全身多脏器功能衰竭, 伴有糖尿病、血友病、易出血倾向等; ⑥存在沟通交流障碍。采用随机数字表法分为观察组( $n=30$ )、对照组( $n=30$ )。观察组中男 18 例、女 12 例, 年龄 20~74 岁, 平均(47.2 $\pm$ 13.4)岁, 病程 1~7 d, 平均(3.9 $\pm$ 1.6) d, 病位在胸背 19 例、腰腹 11 例; 对照组中男 16 例、女 14 例, 年龄 19~71 岁, 平均(44.1 $\pm$ 15.3)岁, 病程 1~6 d, 平均(3.7 $\pm$ 1.7) d, 病位在胸背 17 例、腰腹 13 例, 两组患者、性别、年龄、病程、病位分布比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究经医院伦理委员会审核通过。

## 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 对照组采用常规抗病毒联合营养神经药物治疗, 指导患者清淡饮食、保持大便通畅, 鼓励参加文娱活动, 坚持适量的锻炼, 加强心理护理。

**1.2.2 观察组** 观察组在对照组基础上增加揸针围贴治疗, 具体操作方法: ①准备一次性无菌揸针(日本清铃株式会社生产, 规格 0.2 mm $\times$ 0.9 mm)、无菌镊子、医用乙醇、棉签、治疗盘、弯盘、屏风等; ②患者充分暴露疱疹部位, 若疱疹位于上肢则患者取坐位, 双手平放胸前, 若疱疹位于躯干及下肢则患者取健侧卧位; ③操作者清洗双手后用 0.9% 的 NaCl 棉球清洁患者疱疹处, 如果疱皮破损, 先用碘伏棉球消毒后, 再用乙醇棉球消

收稿日期: 2018-04-26

作者简介: 朱璇璇(1986—), 女, 主管护师, 硕士, 主要从事中医护理工作。

通信作者: 吴常征(1985—), 男, 主治医师, 硕士, 主要从事神经康复工作。E-mail: wcz3882@163.com

毒皮损周围皮肤,待干后,用镊子尖端夹持住针柄,针尖对准皮损边缘,在疱疹围周边约 1 cm 处,垂直按下,针距间隔 3 cm;④每 3 天埋针 1 次,每次留针 48 h 后休息 1 d,5 次为 1 疗程,每日需复诊评估病情,1 个疗程后评价疗效;⑤操作时注意无菌操作、动作轻柔;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;指导患者适当按揉揞针以加强疏通之力,提高疗效,若患者有过度搔痒等不适,可随时自行取针;指导患者应用分散注意力的方法减轻疼痛、促进睡眠;选择纯棉贴身衣服,避免抓挠、挤压和冷热刺激等;饮食上禁忌辛辣、烟酒、刺激之物,宜清淡饮食。

### 1.2.3 评价指标

1.2.3.1 疼痛评分 采用视觉模拟评分量表(Visual Analogue Scale, VAS)<sup>[8]</sup>评价患者疼痛程度。在疼痛标尺上有 1 条 10 cm 的横线,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。患者根据自我感觉选择疼痛对应的分值,得分越高表明患者的疼痛越强烈。研究人员在患者首次治疗前、末次治疗后予以疼痛评价,评价指标还包括,①疼痛缓解程度=[(首次治疗前 VAS 评分-末次治疗后 VAS 评分)÷首次治疗前 VAS 评分]×100%,0 表示完全没有缓解,100% 表示完全缓解;②疼痛开始缓解时间:从开始治疗至疼痛恒定减轻 30% 以上的时间;③疼痛持续时间:从开始治疗至疼痛完全消失的时间。

1.2.3.2 焦虑情况 研究人员采用 Zung<sup>[9]</sup>编制的焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)评价患者的焦虑状态。该量表共有 20 个条目,每个条目按 1~4 级评分,将 20 个条目得分相加所得总分乘以 1.25 后取整数得出标准分,分数越高则表明患者焦虑情绪越明显,其中 50~59 分为轻度焦虑、60~69 分为中度焦虑、>69 分为重度焦虑,该量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.879。

1.2.3.3 临床疗效 根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[10]</sup>中关于带状疱疹的疗效评定标准进行评定。痊愈:治疗后皮损恢复,临床症状和体征消失,无神经痛等后遗症;好转:治疗后皮损恢复  $\geq 30\%$ ,疼痛明显减轻;无效:治疗后皮损恢复  $< 30\%$ ,或基本无改善,患处仍有明显神经痛。总有效率=(痊愈+好转)/总数×100%。两组均由同一名主治医师进行临床疗效判定。

1.2.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件进行数据分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用  $t$  检验,计数资料采用百分率表示,组间对比采用  $\chi^2$  检验,以  $P <$

0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者治疗前后 VAS、SAS 评分的比较 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 VAS、SAS 评分的比较

组别	n	VAS 评分		SAS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	7.26±1.34	2.75±1.71	53.35±5.68	36.4±3.17
对照组	30	7.18±1.47	3.74±1.67	54.18±5.17	43.9±3.46
t 值		0.221	2.269	0.592	8.754
P 值		0.826	0.030	0.556	0.021

2.2 两组患者疼痛缓解程度、开始缓解时间与持续时间的比较 见表 2。

表 2 两组患者疼痛缓解程度、疼痛开始缓解时间与疼痛持续时间的比较

组别	n	疼痛缓解程度(%)	疼痛开始缓解时间	疼痛持续时间
观察组	30	83.67±13.43	4.35±2.65	10.56±7.32
对照组	30	84.13±14.62	7.47±1.92	14.67±4.56
t 值		0.701	5.222	2.611
P 值		0.486	0.001	0.013

2.3 两组患者治疗后临床疗效的比较 见表 3。

表 3 两组患者治疗后临床疗效的比较 [n(%)]

组别	n	痊愈	好转	无效	有效率
观察组	30	21(40.0)	6(13.0)	3(7.0)	27(90.0)
对照组	30	17(20.0)	9(6.5)	4(3.5)	26(86.6)
$\chi^2$ 值					0.320
P 值					0.860

## 3 讨论

3.1 带状疱疹急性疼痛和焦虑的发病机理 带状疱疹常发于胸胁部及腰背部,其神经病理性疼痛是引起患者痛苦的主要原因,而负性情绪与疼痛有密切相关性。据报道,大脑的情绪管理中枢与疼痛相关的脑区在结构上存在交叉,且焦虑的信号是通过脊髓下行神经纤维疼痛神经信号进行传导的,负性情绪使疼痛体验增强<sup>[11]</sup>。有研究显示,负性情绪的患者血液中免疫炎症因子浓度明显升高,炎症因子可以通过刺激大脑海马组织,导致促肾上腺皮质激素及抗利尿激素等释放增加,引起局部低灌注状态及微循环障碍,进而引起缺血、缺氧等一系列反应,影响某些蛋白的合成,最终引起患者的疼痛体验<sup>[12-13]</sup>。故焦虑与疼痛在病理生理机制中是通过神经传导和免疫炎症因子等反应相互影响的。因此,本研究以此为出发点,探讨通过揞针围贴来减缓疼痛,进而改善患者的焦虑情绪。

3.2 揠针围贴对带状疱疹患者急性疼痛的影响 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”针法演变而来的;其针具头大而末锐,形如图钉样,类似于《灵枢·九针十二原》中的“头大末锐”的鑱针,可疏利气机、以泻邪气。揠针,以浅刺、无针感和久留针(留置 1~7 d)为特征,其针体短、小、细,不会伤及内脏、神经干及大血管等,安全性较高,疼痛性小,操作简单,按照中医操作规范,护士医师都可以实施。揠针疗法将静态留针变为动态留针,传统留针时间一般为 30 min 左右,对患者的体位姿势有要求,年老不配合患者较难实现。而揠针可固定于腧穴 1~7 d,期间不受患者体位改变影响,通过持续刺激达到累积效应的作用。揠针的镇痛作用是通过刺激皮下组织的感受器,经神经-免疫-内分泌反应释放活性物质(如腺苷、阿片类药物等),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>[14]</sup>。针刺也可改善局部血液循环,能够活血通络、缓急止痛,促进炎症物质吸收,激活内源性啡样物质以减少疼痛<sup>[15]</sup>。局部围贴是在病变局部进行多针合围刺入,以痛点阿是穴为腧穴,通过多处增强针刺刺激量,以改善局部气血运行,达到通经活络、止痛的功效<sup>[16]</sup>。本研究中,对患者实施揠针围贴治疗后,两组 VAS 评分均较治疗前降低,而观察组的 VAS 评分、疼痛开始缓解时间、疼痛持续时间均低于对照组( $P$ 均 $<0.05$ ),说明揠针围贴可促进缓解带状疱疹急性期的疼痛症状。

3.3 揠针围贴对带状疱疹患者焦虑情绪的改善作用 焦虑症是一种最常见的精神障碍,中医学古籍无“焦虑症”之病名记载,但已有其类似症状记载,明代虞抟《医学正传》首先采用“郁证”作为病证名;张景岳提出“因郁而病”和“因病而郁”之说,认为精神因素在郁病发病中起着重要作用。而针法治疗在精神障碍的防治方面亦有不可忽视的作用<sup>[17]</sup>。焦虑症的主要病因病机是气机紊乱、脏腑阴阳气血失调,因此,在治疗方面应以调理气机及调和阴阳脏腑为则<sup>[18]</sup>。揠针疗法通过浅刺皮肤来激发卫气,发挥卫外固表、祛邪外出的作用;另一方面,通过留针以候气调气、调和气血阴阳平衡,从而达到治疗焦虑情绪的目的。本研究中,治疗前观察组与对照组 SAS 评分比较无统计学差异( $P>0.05$ ),且治疗后观察组 SAS 评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),这与上述研究结果一致。

#### 4 小结

揠针围贴对急性带状疱疹患者的疼痛缓解及焦虑情绪的改善有较好的效果,但研究周期短、样本量少、

未对患者的临床疗效进行长时间的追踪随访,且没有纳入护理服务满意度的前后对照研究,今后将进一步探讨揠针围贴的长长期效应。

#### 参考文献:

- [1] 李娟,索罗丹,赵丹,等.带状疱疹的流行病学研究进展[J].现代预防医学,2014,41(5):781-784.
- [2] GNANN J W JR, WHITLEY R J. Clinical practice. Herpes zoster [J]. N Engl J Med, 2002,347(5):340-346.
- [3] NICOLLS M R, HASKINS K, FLORES S C. Oxidant stress, immune dysregulation, and vascular function in type I diabetes [J]. Antioxid Redox Signal, 2007,9(7):879-889.
- [4] 王廷祥,陈益丹,娄国强.皮内针疗法对肝细胞癌患者经导管肝动脉化疗栓塞术后疼痛的影响[J].中医杂志,2015,56(23):2033-2035,2048.
- [5] 白岩,陈苏宁,陈丽荣,等.穴位埋针二白穴治疗混合痔术后疼痛[J].世界针灸杂志(英文版),2015,25(1):59-61.
- [6] 周冬梅,陈维文.蛇串疮中医诊疗指南(2014年修订版)[J].中医杂志,2015,56(13):1163-1168.
- [7] 张学军,郑捷.皮肤性病学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:68-69.
- [8] FLAHERTY S A. Pain measurement tools for clinical practice and research [J]. AANA J, 1996,64(2):133-140.
- [9] ZUNG W W. A rating instrument for anxiety disorders [J]. Psychosomatics, 1971,12(6):371-379.
- [10] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012:259-260.
- [11] 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 [2013-12-12]. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-13-586>.
- [12] JOHNSON R W, ALVAREZ-PASQUIN M J, 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.
- [13] WEITZMAN 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.
- [14] 李绍康,周德华,王涵,等.围刺法治疗髌膈关节致密性骨关节炎临床研究[J].新中医,2014,46(8):163-165.
- [15] 刘立安,马春燕,姜文.温针灸治疗老年性膝骨关节炎的临床观察[J].中国针灸,2003,23(10):579-580.
- [16] 朱琳怡,张子凤,傅育红,等.揠针疗法对断指再植术后患者疼痛的影响分析[J].上海护理,2018,18(6):9-12.
- [17] CHEN X L, XU K, LUO R H, et al. Electroacupuncture in treating depression: a randomized controlled study [J]. J Acupunct Tuina Sci, 2013, 11(1):42-45.
- [18] 白艳甫.腹针疗法治疗广泛性焦虑症疗效观察[J].上海针灸杂志,2014,33(1):29-30.

(本文编辑:龚礼敏)