

# 威伐光联合针刺治疗带状疱疹后遗神经痛的 临床观察

刘丽

**摘要 目的:** 观察威伐光联合针刺治疗带状疱疹后遗神经痛(PHN)的疗效。**方法:** 将符合纳入标准的PHN患者96例随机分为针刺组32例,给予常规取穴针刺加皮损局部围刺治疗;威伐光组31例,给予单纯威伐光治疗;联合组33例,给予常规取穴针刺加皮损局部围刺联合威伐光治疗。比较治疗前后3组视觉疼痛模拟量表(VAS)评分、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)及疗效。**结果:** 治疗后,3组VAS评分均低于同组治疗前( $P<0.05$ ),且联合组低于其他2组( $P<0.05$ );除“催眠药物”因子外,3组PSQI及其他6个因子得分均低于同组治疗前( $P<0.05$ ),且联合组低于其他2组( $P<0.05$ );联合组的总有效率高于其他2组( $P<0.05$ )。**结论:** 威伐光联合常规取穴针刺加皮损局部围刺治疗PHN的疗效优于单纯使用其中一种治疗手段。

**关键词** 疱疹后神经痛;针刺;威伐光;联合治疗

中图分类号 R741;R741.05;R745 文献标识码 A DOI 10.16780/j.cnki.sjssgncj.2018.08.006

作者单位

湖北省中西医结合  
医院康复科

武汉 430000

收稿日期

2017-12-21

通讯作者

刘丽

575749351@qq.

com

**Clinical Observation of Water-filtered Infrared-A Combined with Conventional Acupuncture in Treatment of Post-Herpetic Neuralgia** LIU Li. Department of Rehabilitation, Hubei Provincial Hospital of Integrated Chinese & Western Medicine, Wuhan 430000, China

**Abstract Objective:** To observe the curative effect of water-filtered infrared-A (wIRA) combined with acupuncture in the treatment of post-herpetic neuralgia (PHN). **Methods:** Ninety-six patients with PHN who met the recruitment criteria were randomly divided into three groups. The acupuncture group consisted of 32 patients with PHN and was treated by conventional acupoint acupuncture and surrounded acupuncture. The wIRA group consisted of 31 patients with PHN and was treated by only wIRA. The combination group consisted of 33 patients with PHN and was treated by conventional acupoint acupuncture and surrounded acupuncture combined with wIRA. Evaluations before and after treatment in the 3 groups were obtained by the visual analogue scale (VAS) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). **Results:** The 3 groups of patients all showed a decrease in VAS and PSQI scores after treatment ( $P<0.05$ ); furthermore, the combination group showed a larger decrease than the other 2 groups ( $P<0.05$ ). The scores of PSQI and those of 6 other factors (excluding the “sleep medication” factor) after treatment were lower than those before treatment in all 3 groups ( $P<0.05$ ), with scores in the combination group being lower than those of the other 2 groups ( $P<0.05$ ). The combination group showed a higher overall effectiveness rate than the other 2 groups ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Combining wIRA with conventional acupoint acupuncture and surrounded acupuncture for the treatment of PHN is more effective than using either method alone.

**Key words** post-herpetic neuralgia; conventional acupoint acupuncture; water-filtered infrared-A; combination therapy

带状疱疹后遗神经痛(post-herpetic neuralgia, PHN)是带状疱疹皮肤损害痊愈4~6周后患者遗留的持续性隐痛,伴阵发性剧痛<sup>[1]</sup>。是带状疱疹患者最常见的慢性并发症,也是最常见的感染后神经痛。属中医学“蛇丹愈后痛”的范畴,疼痛性质为跳痛、灼痛、牵扯痛及放射痛为主,疼痛时间长,且昼轻夜甚。部分患者还伴有痛觉超敏,表现为穿衣、拥抱等即可诱发剧烈疼痛,严重影响睡眠及生活质量。经过一般药物治愈后的带状疱疹患者,约10%~30%遗留PHN,

60岁以上的老年患者中PHN发病率达50%~75%<sup>[2]</sup>。笔者采用威伐光联合常规取穴针刺加皮损局部围刺的方法治疗PHN,取得一定疗效,报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2016年1月至2017年3月,我院康复科、针灸科门诊及住院收治的PHN患者96例,按随机数字表法将患者随机分为3组:针刺组32例,男15例,女17例;年龄

21~61岁,平均(46.91±13.88)岁;病程3~15个月,平均(9.9±3.7)月;给予常规取穴针刺加皮损局部围刺治疗。威伐光组31例,男16例,女15例;年龄22~70岁,(46.65±14.34)岁;病程4~19个月,平均(11.1±4.25)月;给予单纯威伐光治疗。联合组33例,男20例,女13例;年龄21~68岁,平均(47.91±13.94)岁;病程4~17个月,平均(11.2±4.1)月;给予威伐光联合常规取穴针刺加皮损局部围刺治疗。3组一般资料差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究通过本院伦理委员会批准,且患者均签署知情同意书。

## 1.2 诊断、纳入及排除标准

本研究PHN的诊断参照《中西医结合皮肤病学》<sup>[3]</sup>和国际疼痛协会(IASP)规定的慢性疼痛的时间标准。

本研究纳入标准:①均符合PHN诊断标准;②PHN患者疱疹消退后,仍伴有疼痛且疼痛持续 $>30$  d;③患者意识清晰,能够与医生正常交流;④入组患者没有采取任何止痛治疗;⑤没有可导致躯体疼痛的其他疾病;⑥同意接受研究组安排,依从本研究的各种治疗方法。

本研究排除标准(符合其中一项即排除):①晕针、瘢痕体质及有出血倾向者;②非疱疹性神经疼痛;③心、脑、肾等方面有严重疾病的患者;④带状疱疹病毒感染急性期且疱疹尚未消退者;⑤哺乳期或妊娠期妇女;⑥泛发型带状疱疹、脑膜带状疱疹等特殊类型的带状疱疹患者;⑦针刺治疗区内有皮损或其他皮肤病患者;⑧心脏有支架或戴起搏器者;⑨未按规定治疗、资料不全、治疗效果和安全性判断受到影响者。

脱落标准(符合其中一项即为“脱落”):①未能根据此临床研究设计方案完成测试,有明显干预因素影响疗效判定者;②患者在治疗过程中依从性差,或不能进行随访者。

## 1.3 治疗

1.3.1 针刺组治疗方法 所用针具为一次性无菌针灸针(贵州安迪药械有限公司),规格为0.25×25 mm和0.30×40 mm。取穴为双侧血海、足三里、三阴交及病损局部。针刺部位以75%医用酒精常规消毒后,选取双侧血海和足三里,采用指切进针法,进针1~1.5寸,行提插捻转法至得气;以病损局部为中心,在其边缘约0.5 cm处,以15°平刺进针,进针0.5~1寸,每针相距0.5寸左右,针尖方向均朝向病损局部,行平补平泻手法,行针时宜有较强的得气感,刺激量以患者能耐受为度,留针30 min,连续治疗10次为1疗程,共治疗3个疗程。

1.3.2 威伐光组治疗方法 皮损局部威伐光治疗。所用治疗仪为威伐光wIRA光治疗系统(德国TMHydrosunTM公司)。具体方法:治疗仪光源距离相应皮损局部30 cm,20 min/次,1次/d,连续治疗10次为1疗程,共治疗3个疗程。

1.3.3 联合组治疗方法 患者先行针刺治疗(方法同针刺组),针刺结束后行威伐光治疗(方法同威伐光组)。针刺和威伐光治疗均为1次/d,连续治疗10次为1疗程,共治疗3个疗程。

## 1.4 观察指标

1.4.1 疼痛评价指标 采用视觉模拟评定法<sup>[4]</sup>(Visual Analogue Scale, VAS)对患者的疼痛强度进行评定:记录观察点前24 h内最痛点。用长为10 cm的VAS标尺,以100 mm标识,其正面有0~100之间的游动标尺,背面有0~100的数字。0表示不痛,100表示患者能够想象的最大疼痛强度,让患者在游动标尺之间标出自己疼痛的位置,观察者立即读出背面的数字并做记录。

1.4.2 匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)<sup>[5]</sup> 此表共包含18个条目评分(由7个成分组成:A睡眠质量、B入睡时间、C睡眠时间、D睡眠效率、E睡眠障碍、F催眠药物、G日间功能障碍);PSQI总分=成分A+成分B+成分C+成分D+成分E+成分F+成分G,所得分值越低,表示患者的睡眠质量越好。

1.4.3 临床疗效的判断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>和《临床疾病诊断依据治愈好转标准》<sup>[7]</sup>制定评价标准。VAS评分下降率%=[(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分]×100%;VAS评分下降率100%为“痊愈”,80%≤VAS评分下降率<100%为“显效”,20%≤VAS评分下降率<80%为“有效”;VAS评分下降率<20%为“无效”。总有效率%=(痊愈+显效+有效人数)/总人数×100%。

## 1.5 统计学处理

采用SPSS 19.0软件处理数据。计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用独立样本均数 $t$ 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 治疗前后VAS变化

治疗前,3组VAS评分差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,3组VAS评分均低于同组治疗前( $P<$

0.05),且联合组低于其他2组( $P<0.05$ ),见表1。

### 2.2 治疗前后PSQI变化

治疗前,3组PSQI差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,除“催眠药物”因子外,3组PSQI及其他6个因子得分均低于同组治疗前( $P<0.05$ ),且联合组低于其他2组( $P<0.05$ ),见表2。

### 2.3 疗效及不良反应

治疗后,联合组的总有效率高于其他2组( $P<0.05$ ),见表3。3组在治疗中及治疗后都没有出现明显的不良反应。

## 3 讨论

PHN的病因多为正气不足、阳气虚衰、阴血不足或瘀血阻络,在临床中多表现为虚实夹杂,即虚瘀并存。年老体弱和多病久病的患者,其脏腑功能较为低下,如果患带状疱疹久治不愈,则会更加伤及其气血,导致阳气亏虚、阴血不足,正气衰微、络虚不荣。PHN的治疗方法较多,如针灸治疗、电针联合经皮神经电刺激治疗、方氏头皮针结合体针治疗、威伐光照射联合胸椎旁阻滞治疗等,但效果并不太理想。本研究采用威伐光联合常规取穴针刺加皮损局部围刺的治疗方法,兼顾了针刺的通络止痛功效和威伐光的抗炎作用,疗效显著。

威伐光是把卤素光源产生的光经过威伐(water-filtered infrared-A, wIRA)系统过滤,对皮肤易产生热效应的光被大幅滤掉,保留一种患者能够耐受且极具治疗价值的高能量光波。该光波能够轻松穿透人体皮下7 cm进行深层治疗,它包含了大部分的红外光波段和部分可见光的波段。威伐光能够减轻致痛物质对人体的刺激,并减少炎症反应,减轻患者疼痛感。

针灸治疗本病以“通”为法,以清热利湿、益气养血、活血祛瘀止痛为主<sup>[9]</sup>。针刺足三里可资助后天、扶助正气;血海可健脾养血、滋阴息风;三阴交为脾经腧穴,且与肝经和肾经相交,针刺可滋阴养血、祛瘀通络。围刺又称“豹文刺”,由内经的“扬刺”发展而来的。湿热邪毒侵及机体局部时或久病伤及气血时遵循前人“急则治其标”、“宛陈则除之,邪盛则虚之”的原则,采用围刺针法,在疱疹局部治疗中加强了经脉间的横向联系,沟通局部各经络和皮部的联系,使局部气血旺盛,经气充盈,达到行气活血、疏通经络、调畅经气而止痛的功效。围刺可调动自身中枢释放能量物质,提高机体免疫力,起到消炎、止痛之效<sup>[10]</sup>。

本研究在针刺的基础上联合威伐光对PHN进行治疗,取得较好疗效,国内尚比较少见。但本研究为小样本、单中心研究,要得到确切结论,尚需进一步研究。

表1 3组治疗前后VAS值比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	治疗前	第1疗程	第2疗程	第3疗程
针刺组	32	7.03±1.75	5.81±0.93 <sup>①②</sup>	4.97±1.03 <sup>①②</sup>	3.59±1.32 <sup>①②</sup>
威伐光组	31	7.26±1.69	5.51±1.29 <sup>①②</sup>	4.84±1.04 <sup>①②</sup>	3.48±1.32 <sup>①②</sup>
联合组	33	6.08±1.31	4.96±0.13 <sup>①</sup>	4.15±1.02 <sup>①</sup>	2.56±1.44 <sup>①</sup>

注:与治疗前比较,<sup>①</sup> $P<0.05$ ;与联合组比较,<sup>②</sup> $P<0.05$

表2 3组治疗前后PSQI比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	时间	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率
针刺组	32	治疗前	2.64±0.75	2.92±0.58	2.91±0.74	2.87±0.64
		治疗后	1.49±0.74 <sup>①②</sup>	2.02±0.51 <sup>①②</sup>	2.32±0.35 <sup>①②</sup>	2.17±0.36 <sup>①②</sup>
威伐光组	31	治疗前	2.31±0.35	2.56±0.12	2.84±0.35	2.59±0.22
		治疗后	1.32±0.99 <sup>①②</sup>	2.21±0.86 <sup>①②</sup>	2.18±0.77 <sup>①②</sup>	2.17±0.63 <sup>①②</sup>
联合组	33	治疗前	2.52±0.78	2.89±0.63	2.87±0.88	2.95±0.51
		治疗后	0.85±0.45 <sup>①</sup>	1.73±0.32 <sup>①</sup>	1.85±0.13 <sup>①</sup>	1.89±0.36 <sup>①</sup>

组别	时间	睡眠障碍	催眠药物	日间功能障碍	PSQI
针刺组	治疗前	2.35±0.37	0.73±0.54	2.04±0.95	16.46±1.76
	治疗后	1.75±0.72 <sup>①②</sup>	0.64±0.55	1.35±0.64 <sup>①②</sup>	11.74±1.57 <sup>①②</sup>
威伐光组	治疗前	2.17±0.12	0.57±0.23	2.01±0.53	15.05±1.39
	治疗后	1.69±0.90 <sup>①②</sup>	0.41±0.67	1.36±0.72 <sup>①②</sup>	11.34±1.16 <sup>①②</sup>
联合组	治疗前	2.35±0.74	0.67±0.57	2.07±0.98	16.32±1.58
	治疗后	1.26±0.44 <sup>①</sup>	0.52±0.36	1.08±0.25 <sup>①</sup>	9.18±1.24 <sup>①</sup>

注:与治疗前比较,<sup>①</sup> $P<0.05$ ;与联合组比较,<sup>②</sup> $P<0.05$

表3 3组疗效比较

组别	例数	痊愈 /例	显效 /例	有效 /例	无效 /例	总有效 率/%
针刺组	32	1	8	10	13	63.33 <sup>①</sup>
威伐光组	31	2	8	10	11	64.52 <sup>①</sup>
联合组	33	5	10	11	7	78.79

注:与联合组比较,<sup>①</sup>P<0.05

### 参考文献

- [1] Tajima K, Iseki M, Inada E. The effects of early nerve blocks for prevention of postherpetic neuralgia and analysis of prognostic factors[J]. Masui, 2009, 58: 153-159.
- [2] Chidiac C, Bruxelles J, Daures JP, et al. Characteristics of patients with herpes zoster on presentation to practitioners in France[J]. Clin Infect Dis, 2001, 33: 62-69.

- [3] 边天羽, 俞锡纯. 中西医结合皮肤病学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1996: 208-211.
- [4] 毛祖豪, 周洗苒, 吴中, 等. 四联围针皮下注射与加巴喷丁治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2013, 20: 106-108.
- [5] Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research[J]. Psychiatry Res, 1989, 28: 193-213.
- [6] 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: 118.
- [7] 中国人民解放军总后勤部卫生部. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[S]. 北京: 人民军医出版社, 1998: 281.
- [8] 陈伟清, 杨敏. 方氏头皮针结合体针治疗带状疱疹后遗神经痛临床疗效评价[J]. 中国医学创新, 2016, 13: 25-28.
- [9] 马莹莹, 张科, 冉文菊, 等. 围刺合实按灸治疗带状疱疹后遗神经痛2例[J]. 中医临床研究, 2015, 7: 38-39.
- [10] 蒋亚文, 余衍亮. 针刺阿是穴镇痛39例[J]. 江西中医药, 2008, 39: 50-51.

(本文编辑:唐颖馨)

(上接第394页)

BMALL是一种相对良性的神经肌肉疾病,通常进展缓慢,预后尚可。但也不乏预后不佳的案例报道,如单肢肌萎缩可能演变为弥漫性致命的运动神经元病,即使经过十多年的临床稳定<sup>[15]</sup>。

综上,BMALL是一种罕见的神经肌肉疾病,目前国内外相关报道较少。通过报道本案例及对相关文献的整理分析,能为以后正确识别和诊疗该病提供依据。

### 参考文献

- [1] Riggs JE, Schochet SS. Benign focal amyotrophy Variant of chronic spinal muscular atrophy[J]. Arch Neurol, 1984, 41: 678-679.
- [2] Uncini A, Servidei S, Delli Pizzi C, et al. Benign monomelic amyotrophy of lower limb: report of three cases[J]. Acta neurologica Scandinavica, 1992, 85: 397-400.
- [3] Di Muzio A, Delli Pizzi C, Lugaesi A, et al. Benign monomelic amyotrophy of lower limb: a rare entity with a characteristic muscular CT[J]. J Neurol Sci, 1994, 126: 153-161.
- [4] De Freitas MR, Nascimento OJ. Benign monomelic amyotrophy: a study of twenty-one cases[J]. Arq Neuropsiquiatr, 2000, 58: 808-813.
- [5] Guglielmo GD, Brahe C, Di Muzio A, et al. Benign monomelic amyotrophies of upper and lower limb are not associated to deletions of survival motor neuron gene[J]. J Neurol Sci, 1996, 141: 111-113.

- [6] Nalini A, Gourie-Devi M, Thennarasu K, et al. Monomelic amyotrophy: clinical profile and natural history of 279 cases seen over 35 years (1976-2010)[J]. Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener, 2014, 15: 457-465.
- [7] 曾抗, 赖宽, 陈平姣. 硬皮病的治疗及进展[J]. 实用医院临床杂志, 2013, 10: 21-26.
- [8] Milhorat TH, Capocelli AL Jr, Anzil AP, et al. Pathological basis of spinal cord cavitation in syringomyelia: analysis of 105 autopsy cases[J]. J Neurosurg, 1995, 82: 802-812.
- [9] 王嵘, 邱勇, 蒋健. 脊髓空洞症发病机制和治疗进展[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2007, 17: 934-936.
- [10] Azulay JP, Attarian S, Boucraut J, et al. Lower motor neuron disease and signs of dysimmunity[J]. Rev Neurol (Paris), 2000, 156: 372-379.
- [11] Weiss MD. IgM antibodies to N-acetylgalactosaminyl GD1a in benign monomelic amyotrophy of the lower limb[J]. J Neurol Sci, 2005, 235: 33-36.
- [12] Hamano T, Mutoh T, Hirayama M, et al. MRI findings of benign monomelic amyotrophy of lower limb[J]. J Neurol Sci, 1999, 165: 184-187.
- [13] 喻绪恩, 王训, 韩咏竹, 等. 良性单侧下肢萎缩的临床特点[J]. 临床神经病学杂志, 2012, 25: 235-237.
- [14] 刘茂, 张旻, 张苏明, 等. 139例肌萎缩侧索硬化患者临床特点[J]. 神经损伤与功能重建, 2015, 10: 31-35.
- [15] Moglia C, Calvo A, Cammarosano S, et al. Monomelic amyotrophy is not always benign: a case report[J]. Amyotroph Lateral Scler, 2011, 12: 307-308.

(本文编辑:唐颖馨)