引用: 谷倩芸, 段宏霓, 申科文, 李敏, 张兼, 梁智群. 中西医结合四联疗法治疗肝经郁热型大面积带状疱疹 40 例[J]. 湖南中医杂志, 2023, 39(8): 18-21.

中西医结合四联疗法 治疗肝经郁热型大面积带状疱疹 40 例

谷倩芸¹, 段宏霓², 申科文¹, 李敏¹, 张兼³, 梁智群¹

(1. 湘潭医卫职院附属医院, 湖南 湘潭, 411100;

2. 湘潭市中医医院, 湖南 湘潭, 411100;

3. 顺天堂大学大学院, 日本 东京, 1138421)

[摘要] 目的: 观察中西医结合四联疗法(口服龙胆泻肝汤、患部散刺放血、穴位注射并配合静脉滴注阿昔洛韦)治疗肝经郁热型大面积带状疱疹的临床疗效。方法: 将 80 例肝经郁热型大面积带状疱疹患者随机分成 2 组, 每组各 40 例。治疗组采用中西医结合四联疗法治疗, 对照组采用西医常规抗病毒方案(阿昔洛韦静脉滴注、双氯芬酸钠缓释片口服)治疗; 疗程均为 10 d。比较 2 组治疗前后视觉模拟量表(VAS)评分、临床症状评分, 评定综合疗效, 治疗结束后 2 个月随访统计后遗神经痛的发生率。结果: 总有效率治疗组为 92.50%(37/40), 对照组为 77.50%(32/40), 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 2 组 VAS 评分、临床症状评分均较治疗前降低($P < 0.01$), 且治疗组低于对照组($P < 0.01$)。后遗神经痛发生率治疗组为 12.50%(5/40), 对照组为 32.50%(13/40), 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 中西医结合四联疗法治疗肝经郁热型大面积带状疱疹效果优于西医常规治疗。

[关键词] 带状疱疹; 中西医结合疗法; 龙胆泻肝汤; 散刺放血; 穴位注射; 阿昔洛韦

[中图分类号] R275.921⁺.2 **[文献标识码]** A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.08.005

Clinical effect of integrated traditional Chinese and Western medicine therapy combined with quadruple therapy in treatment of extensive herpes zoster with stagnated heat of the liver meridians: An analysis of 40 cases

GU Qianyun¹, DUAN Hongni², SHEN Kewen¹, LI Min¹, ZHANG Jian³, LIANG Zhiqun¹

(1. The Affiliated Hospital of Xiangtan Medicine & Health Vocational College, Xiangtan 411100, Hunan, China;

2. Xiangtan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xiangtan 411100, Hunan, China;

3. Juntendo University, Tokyo 1138421, Japan)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of integrated traditional Chinese and Western medicine therapy combined with quadruple therapy (oral administration of Longdan Xiegan decoction, scattered needling and exsanguination at the lesion, acupoint injection, and intravenous drip of acyclovir) in the treatment of extensive herpes zoster with stagnated heat of the liver meridians. Methods: A total of 80 patients with extensive herpes zoster with stagnated heat of the liver meridians were randomly divided into treatment group and control group, with 40 patients in each group. The patients in the treatment group were given integrated traditional Chinese and Western medicine therapy combined with quadruple therapy, and those in the control group were given conventional Western medicine antiviral therapy (intravenous drip of acyclovir and oral administration of diclofenac sodium sustained-release tablets); the course of treatment was 10 days for both groups. The two groups were compared in terms of Visual Analogue Scale (VAS) score and clinical symptom score before and after treatment, overall response was evaluated, and follow-up was performed at 2 months after the end of treat-

ment to observe the incidence rate of postherpetic neuralgia. Results: There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [92.50% (37/40) vs 77.50% (32/40), $P < 0.05$]. After treatment, both groups had significant reductions in VAS score and clinical symptom score ($P < 0.01$), and the treatment group had significantly lower scores than the control group ($P < 0.01$). There was a significant difference in the incidence rate of postherpetic neuralgia between the treatment group and the control group [12.50% (5/40) vs 32.50% (13/40), $P < 0.01$]. Conclusion: Integrated traditional Chinese and Western medicine therapy combined with quadruple therapy has a better clinical effect than conventional Western medicine treatment in the treatment of extensive herpes zoster with stagnated heat of the liver meridians.

[Keywords] herpes zoster; integrated traditional Chinese and Western medicine therapy; Longdan Xiegan decoction; scattered needling and exsanguination; acupoint injection; acyclovir

带状疱疹是一种病毒感染型皮肤病^[1],临床症状以局部剧烈刺痛和发热为主,并伴随皮疹萌出。调查显示,本病在亚太地区的一般人群中中年发病率为(3~10)/1000人^[2]。在50岁以上的人群中,每年有一百多万新患者就诊^[3-4]。中医学根据发病部位、临床表现将其命名为“甃带疮”“缠腰火丹”等。本病病机多为情志不畅、气机失调;或邪气内壅,毒邪扩散;或肝火热盛,湿热蕴阻肌肤;治以清肝驱邪、祛湿止痛为主。本研究收集40例肝经郁热型大面积带状疱疹患者,行中西医结合四联疗法治疗,取得了满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2022年3月至2023年3月于湘潭卫医职院附属医院就诊的80例肝经郁热型大面积带状疱疹患者作为研究对象,按照随机数字表法将其分为治疗组与对照组,每组各40例。治疗组中,男14例,女26例;年龄32~85岁,平均(57.10±1.76)岁;发病部位:躯干32例,四肢8例;病程2~10 d,平均(4.95±2.17) d。对照组中,男22例,女18例;年龄32~85岁,平均(55.21±1.09)岁;发病部位:躯干36例,四肢4例;病程3~17 d,平均(5.20±2.02) d。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《临床诊疗指南——皮肤病与性病分册》^[5]中的相关诊断标准。患者发病前可有乏力、低热、食欲下降等全身症状,患处皮肤自觉灼痛、常先出现潮红斑,继之红斑上出现簇集水疱,皮损沿神经根呈带状分布,以身体一侧多见。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]拟定肝经郁热证的辨证标准。主症:皮损鲜红,灼热刺痛;次症:口苦咽干,烦躁易怒,便干溲

黄,舌质红、苔黄,脉弦、滑或数。具备主症和至少2项次症即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1) 皮损以红斑、水疱为主,局部皮肤无脓疱;无细菌感染症状;2) 出疹在10 d以内,就诊前未行其他治疗;3) 疱疹面积>全身面积的2.0% (约2个手掌面积);4) 疼痛视觉模拟量表(VAS)评分 ≥ 4 分(自觉疼痛明显,甚至难以忍受)。

1.4 排除标准 1) 患有传染病、严重心脑血管疾病、慢性肾脏病、肿瘤,凝血功能异常或因其他疾病正在服用激素或免疫抑制剂者;2) 怀孕期或哺乳期妇女;3) 有严重精神疾病。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用中西医结合四联疗法治疗。具体如下:1) 内服龙胆泻肝汤加减。药物组成:龙胆草10 g,栀子6 g,黄芩10 g,木通10 g,泽泻15 g,车前子15 g,柴胡10 g,甘草5 g,当归15 g,生地黄10 g,牡丹皮15 g,赤芍15 g,没药6 g,砂仁10 g,山楂15 g。每天1剂,水煎服。2) 散刺放血。疱疹皮损处使用5 ml注射器针头行散刺放血。针刺部位进行常规消毒后在疱疹周围每针间隔1~2寸不等进行点刺放血,每次放血量为5~7 ml,每天1次。3) 穴位注射。选取丰隆、肝俞,予以维生素B₁₂与维生素B₁各1 ml行穴位注射,每天1次。4) 西医常规抗病毒治疗。予以注射用阿昔洛韦(辅仁药业集团有限公司,批准文号:国药准字H20068119,规格:0.25 g/支)0.5 g加入250 ml 0.9%氯化钠注射液静脉滴注,每天2次。

2.2 对照组 采用西医常规抗病毒治疗。阿昔洛韦(辅仁药业集团有限公司,批准文号:国药准字H20068119,规格:0.25 g/支)0.5 g加入250 ml 0.9%氯化钠注射液静脉滴注,每天2次;口服解热镇痛药:双氯芬酸钠缓释片(珠海润都制药股份有限公司,批准文号:国药准字H20066985,规格:0.1 g/片)口服,

0.1 g/次,每天1次。

2组疗程均为10 d。若入组患者伴有冠心病、高血压病、高脂血症、慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退症等基础疾病,则需给予相应治疗。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)疼痛程度。采用VAS评分评估患者疼痛程度。在10 cm的标尺上标注0~10分,0分为无痛,10分为剧烈疼痛^[7]。2)临床症状评分。参照《中医病证诊断疗效标准》^[6],采用带状疱疹皮损评分标准评估患者皮损症状。丘疹:0分为无丘疱疹,1分为丘疱疹<25个,2分为丘疱疹≥25个、≤50个,3分为丘疱疹>50个;糜烂:0分为无糜烂,1分为有1~3处糜烂或糜烂直径<5 mm,2分为4~6处糜烂或糜烂直径≥5 mm、≤10 mm,3分为糜烂处>6处或糜烂直径>10 mm;皮肤颜色:0分为肤色正常,1分为皮肤淡红,2分为中度渗出,皮肤潮红、中度肿胀,3分为重度渗出,皮肤明显潮红、肿胀。3)带状疱疹后神经痛发生率。参照《带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识》^[8],于治疗结束后2个月通过电话或门诊随访统计带状疱疹后神经痛(即皮疹愈合后持续1个月及以上的疼痛)的发生率。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]制定。显效:皮疹结痂或大部分结痂,疼痛消失或疼痛明显减轻,VAS评分<3分,临床症状评分≤1分;有效:皮疹部分结痂,疼痛减轻,VAS评分在3~7分,临床症状评分2~3分;无效:皮疹基本无结痂,疼痛未减轻,甚至加重,VAS评分>7分,临床症状评分>3分。

3.3 统计学方法 采用SPSS 26.0软件分析。计量资料中正态分布者以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,非正态分布者以中位数四分位数[M(QR)]表示,计数资料以率(%)表示;根据资料不同类型采用参数/非参数检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为92.50%,对照组为77.50%,组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表1)

3.4.2 2组治疗前后VAS评分比较 2组治疗前VAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后2组VAS评分均较治疗前下降,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表2)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	25(62.50)	12(30.00)	3(7.50)	37(92.50)
对照组	40	17(42.50)	14(35.00)	9(22.50)	31(77.50)
Z值					-2.006
P值					0.045

表2 2组治疗前后VAS评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
治疗组	40	7.80±1.13	2.55±1.06	27.964	<0.01
对照组	40	7.42±1.03	3.35±1.02	24.053	<0.01
t值		1.543	-3.472		
P值		0.127	0.001		

3.4.3 2组治疗前后临床症状评分比较 2组治疗前临床症状评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后2组临床症状评分均较治疗前下降,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表3)

表3 2组治疗前后临床症状评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
治疗组	40	7.33±0.69	1.50±0.67	52.860	<0.01
对照组	40	7.32±0.76	1.92±0.82	30.280	<0.01
t值		-0.025	98.660		
P值		0.980	<0.01		

3.4.4 2组后遗症神经痛发生率比较 治疗组5例出现后遗症神经痛,发生率为12.50%;对照组13例出现后遗症神经痛,发生率为32.50%;2组比较,差异有统计学意义($Z=-6.178, P<0.01$)。

4 讨论

带状疱疹是一种以皮肤损伤伴持续神经病理性疼痛为主症的急性疱疹型皮肤病。通常认为潜伏于脊髓后根神经节或颅神经节内的水痘-带状疱疹病毒在机体免疫能力下降时被激活并复制从而导致发病,因此该病好发于老年人和机体免疫力低下的人群。西医对于带状疱疹的治疗尚无特效药,一般采用抗病毒^[9-11]、激素^[12-13]、营养神经^[14-15]、止痛^[16-17]、物理治疗^[18-19]等常规疗法,在处理大面积带状疱疹患者时有用药周期较长、效果不佳、后遗症神经痛高发的缺点。

本研究采用中西医结合四联疗法,通过口服中药龙胆泻肝汤加减、行患部散刺放血、穴位注射配合静脉滴注抗病毒药物阿昔洛韦,旨在缓解带状疱疹急性期剧痛、减小皮损范围、缩短皮损愈合时间及降低后遗症神经痛发生率。龙胆泻肝汤出自《医方集解》,功能清泻肝胆实火、清利肝胆湿热。方中龙

胆草泻肝胆实火兼除湿热;黄芩、栀子协助龙胆草泻肝胆实火;木通、泽泻、车前子清利湿热,引湿热从小便排出;生地黄、当归滋阴养血;柴胡疏肝理气,为引经药,引诸药入肝胆经;甘草调和诸药。本研究加用赤芍、牡丹皮清热凉血,没药活血止痛,砂仁、山楂健脾益气。此方泻中有补,泻火而不伤阴,驱邪而不伤正,全方共奏清肝泻火止痛功效。现代医学研究表明龙胆泻肝汤可提高机体的免疫力,增强抗病毒能力,提高疼痛阈值,具有镇痛作用^[20]。肝经郁热型患者属于火郁证的表现,张介宾言:“发,发越也,凡火郁之病……不宜蔽遏,故当因其势而解之、散之、升之、扬之,如开其窗,如揭其被,皆谓之发”。发为顺应特性,运用宣散、升举、轻扬等治法,使郁火外出。放血疗法有清泻热毒的功效,通过针刺放血,使伏于体内之热邪得以发泄,达到脏腑阴阳调和、疼痛缓解的目的。研究显示,放血疗法运用于带状疱疹急性期可抑制炎症过度反应、促进炎症消退,促使人体恢复内环境稳态,恢复正常生理功能^[21]。肝俞穴为足太阳膀胱经穴位,是肝之背俞穴,具有清肝理气之效;丰隆穴为足阳明胃经穴位,可祛湿化痰、通络止痛;通过穴位注射可清肝健脾,并可增强祛湿止痛的功效。有研究表明,B族维生素能保护神经元不受特定的损害,同时维生素B₁、维生素B₁₂对神经炎症、变性等所致的神经性疼痛均有不同程度的改善作用^[22],因此本研究在注射药物上选用维生素B₁、维生素B₁₂。在此联合疗法之上配合静脉滴注抗病毒药物阿昔洛韦,以期通过中西医结合疗法达到更好的疗效。

本观察结果显示,治疗后治疗组与对照组VAS评分以及临床症状评分均有下降,且治疗组评分低于对照组,综合疗效总有效率治疗组高于对照组,且患者患后遗神经痛的发生率更低,提示中西医结合四联疗法与西医常规疗法均能缓解带状疱疹患者疼痛以及临床症状,而中西医结合四联疗法的疗效优于西医常规治疗。综上所述,中西医结合四联疗法可有效缓解带状疱疹患者疼痛、加速患部愈合、减少后遗神经痛的发生率,切实提高综合疗效,值得临床推广应用。

参考文献

[1] WANG Y, QI J, CAO H, et al. Immune responses to varicella-zoster virus glycoprotein eformulated with poly (lactic - co - glycolic acid) nanoparticles and nucleic acid adjuvants in mice [J]. Virol

Sin, 2021, 36(1):122-132.

- [2] ARGOFF CE. Review of current guidelines on the care of postherpetic neuralgia [J]. Postgrad Med, 2011, 123(5):134-142.
- [3] RAMPAKAKIS E, POLLOCK C, VUJACICH C, et al. Economic burden of herpes zoster (“culebrilla”) in latin america [J]. Int J Infect Dis, 2017, 58:22-26.
- [4] FORBES HJ, THOMAS SL, SMEETH L, et al. A systematic review and meta-analysis of risk factors for postherpetic neuralgia [J]. Pain, 2015, 157(1):30-54.
- [5] 中华医学会. 临床诊疗指南——皮肤病与性病分册 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2006.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京:南京大学出版社, 1994.
- [7] 宗行万之助. 疼痛的估价——用特殊的视觉模拟评分法作参考(VAS) [J]. 疼痛学杂志, 1994, 2(4):153.
- [8] 带状疱疹后遗神经痛诊疗共识编写专家组. 带状疱疹后遗神经痛诊疗中国专家共识 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(3):161-167.
- [9] 郭宏, 扈瑞平, 马艳华, 等. 水痘-带状疱疹病毒的致病机制与防治 [J]. 内蒙古医科大学学报, 2021, 43(2):210-213, 217.
- [10] 李兰娟, 陈亚楠. 阿昔洛韦软膏治疗带状疱疹临床疗效分析 [J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(6):45-46.
- [11] 王玉虎, 杜卫琪. 甲泼尼龙联合甲钴胺、阿昔洛韦治疗带状疱疹临床效果分析 [J]. 华北理工大学学报:医学版, 2020, 22(5):403-407.
- [12] 黄峥. 泼尼松龙联合阿昔洛韦治疗老年带状疱疹的效果 [J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(4):809-811.
- [13] 陈婷婷, 赖应庭, 谢四荣. 复方倍他米松注射液联合泛昔洛韦胶囊、普瑞巴林胶囊治疗带状疱疹的临床疗效观察 [J]. 中国现代医生, 2020, 58(36):103-106, 110.
- [14] 葛鑫, 潘启红, 江从军, 等. 伐昔洛韦配合甲钴胺治疗带状疱疹的效果观察 [J]. 海峡药学, 2020, 32(4):186-187.
- [15] 韦淑珍. 老年性带状疱疹药物治疗效果对比分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(27):173-174.
- [16] 曹丽娟. 加巴喷丁治疗带状疱疹病毒感染后神经痛疗效与安全性研究 [J]. 当代医学, 2021, 27(16):89-91.
- [17] 彭程. 加巴喷丁联合多塞平治疗带状疱疹神经痛的临床效果 [J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(13):114-116.
- [18] 杨颖江, 李萌萌, 林志秋. 半导体激光照射联合聚维酮碘湿敷治疗带状疱疹疗效观察 [J]. 中国美容医学, 2020, 29(12):36-39.
- [19] 朱海平. 利多卡因凝胶联合半导体激光治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2021, 43(4):521-523.
- [20] 周春巧, 文君, 陈宇. 龙胆泻肝汤的药理作用及其临床应用研究进展 [J]. 临床合理用药, 2018, 11(33):180-181.
- [21] 汪晓露, 原爱红, 原理. 刺络拔罐放血疗法作用机理与临床应用研究进展 [J]. 新中医, 2020, 52(3):136-138.
- [22] 林子一. 穴位注射治疗带状疱疹后遗神经痛的 META 分析 [D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学, 2021.

(收稿日期:2023-07-17)

[编辑:徐琦]