

中西医结合 治疗泛发性带状疱疹 1 例

谭 瑶¹, 王军文², 刘 宁²,

涂明星¹, 刘艳红¹, 张 波¹

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第二附属医院,
湖南 长沙, 410005)

[关键词] 泛发性带状疱疹; 中西医结合疗法; 验案

[中图分类号] R275.921+.2 [文献标识码] B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.03.036

带状疱疹是由一种以局部皮肤出现红斑、水疱, 并伴疼痛为特点的病毒性皮肤病, 并累及身体单侧及单个神经节。泛发性带状疱疹为带状疱疹中较为少见的一种类型, 由病毒经血行播散所致, 常有皮损范围较大、累及多个神经节段的特点, 部分患者可伴有神经、内脏系统损害。笔者采用中西医结合方法治疗 1 例, 效果满意, 现介绍如下。

患者, 男, 76 岁, 因“右侧面部、颈部、胸背部起红斑水疱伴疼痛 3d”就诊。自诉就诊前 3d 无明显诱因自觉右侧面部、颈部出现牵扯样疼痛, 未予以重视。后疼痛部位开始出现针尖大小的丘疹水疱, 疼痛剧烈, 自服“大青叶颗粒”“湿毒清胶囊”等药物后症状无明显改善, 且皮疹范围扩大至右侧胸背部, 疼痛难忍, 夜间尤甚, 并伴有颈部、肩部酸胀不适, 活动时加剧。既往有陈旧性肺结核病史, 否认高血压、糖尿病、脑血管疾病及精神病等病史。舌暗、苔黄腻, 脉弦。辅助检查: 入院随机血糖 13.4mmol/L, 血压 152/95mmHg。专科检查: 右侧面部、颈部、前胸部、背部可见片状红斑, 其上覆盖簇集状绿豆至黄豆大小丘疹、丘疱疹, 疱壁紧张, 疱液清亮, 部分经搔抓后破溃, 伴少量渗出, 局部皮肤潮红, 皮损呈带状分布, 边界清楚, 未过正中线, 触痛(+). 诊断: 泛发性带状疱疹。

入院初期(1~2d)。予以实验室检查, 免疫检测提示: 免疫球蛋白 IgG 17.5g/L, 免疫球蛋白 IgA 496g/L。糖化血红蛋白 8.0%。结核菌涂片检查: 结核抗体(±)。心电图示: 1) 窦性心动过速; 2) 左前分支阻滞; 3) V1、V2、V3、V4 导联可见异常 Q 波; 4) T 波改变。胸片示: 左上肺陈旧性肺结核? 请结合病史。24h 动态心电图示: 1) 窦性心动过速; 2) 多发室性早搏, 可见成对室性早搏; 3) 异常 Q 波, 请结合临床; 4) 心率变异性重度降低。血常规、尿常规、大便常规 + 隐血试验、凝血常规正常, 肝肾功能、血脂常规、多肿瘤

标志物、血沉、C-反应蛋白、电解质、心肌酶均无明显异常。近 2d 监测血压及血糖, 结果显示患者收缩压波动在 155~160mmHg, 舒张压波动在 90~100mmHg, 空腹血糖波动在 7.4~14.6mmol/L, 餐后 2h 血糖波动在 12.0~20.3mmol/L。根据监测结果补充诊断: 高血压病, 2 型糖尿病。治疗上, 中医治以清肝泻火、凉血解毒为法, 方选龙胆泻肝汤加减^[1]。西医予 0.9% 氯化钠注射液 250ml + 阿昔洛韦粉针 0.5g 静脉滴注(2 次/d) 以抗病毒, 口服甲钴胺分散片(0.5mg × 3 次/d) 营养神经。外治予以疱疹液抽取术释放疱疹, 缓解局部水疱肿胀不适, 0.9% 氯化钠注射液 500ml + 硫酸庆大霉素 16 万 U 外敷患处(10min × 1 次/d), 莫匹罗星软膏外用以抗感染, 炉甘石洗剂外涂患处以清热收敛。经上述治疗后, 患者皮损水疱基本干涸破溃, 部分水疱结痂。另予以口服左旋氨氯地平(2.5g × 1 次/d) 以控制血压, 口服盐酸二甲双胍片(0.25g × 3 次/d) 以控制血糖。

入院中期(3~5d)。入院第 3 天, 患者血压、血糖控制良好。自诉疼痛性质不稳定, 夜间加重, 夜寐因疼痛而欠安。于原治疗方案加予睡前口服普瑞巴林胶囊(75mg × 1 次/d), 加予维生素 B₁₂ 注射液肌内注射(1ml × 1 次/d), 同时配合威伐光治疗照射局部皮损(20min × 1 次/d) 深部以抗炎止痛。另改硫酸庆大霉素为自拟带状疱疹外洗方湿敷患处, 处方: 马齿苋 30g, 侧柏叶 20g, 紫草 20g, 金银花 20g, 地榆 20g, 大黄 20g。用法: 高温煎煮去渣, 以纱布浸洗外敷患处, 每天 1 次。第 5 天, 患者疼痛明显缓解, 颈部、肩部无明显酸胀不适, 皮疹水疱大部分结痂, 伴少量脱屑, 停用阿昔洛韦静脉滴注药物及普瑞巴林胶囊。

入院后期(6~7d)。入院第 6 天, 患者经治疗后病情大有改善, 疼痛、酸胀等症状基本消失, 局部皮疹已大部分结痂、消退, 留有浅褐色及淡红色色素沉着。舌苔黄腻较前明显改善, 改龙胆泻肝汤加减为桃红四物汤加减以活血化瘀^[2], 继续照射威伐光, 治疗 2d 后出院。嘱患者出院后继续服用中药 5 剂, 及营养神经、控制血压、血糖等药物。

按语:泛发性带状疱疹多发于老年、恶性肿瘤及免疫功能低下者, 该病可同时累及多个神经节, 病情严重、发展迅速, 严重者可出现全身泛发性皮疹, 合并肺、脑疾病, 甚至死亡^[3]。其治疗主要以抗病毒、营养神经为主, 严重者可联用止痛药、激素、免疫调节剂等。但该病大部分患者基础疾病较多、体质较差, 大量联合用药易造成病情加重、免疫异常、内分泌紊乱等毒副作用, 中医药在改善带状疱疹症状、控制病情发展等方面均有一定疗效, 中西医联合治疗泛发性带状疱疹可进一步增强临床疗效。

本案为老年患者, 体质较弱, 有陈旧性肺结核

病史,且合并高血压病、2型糖尿病等。针对该患者,在早期抽取疱液后便进行了足量抗病毒、抗感染、营养神经等治疗。根据其舌、脉象,辨证为肝经郁热证,方选带状疱疹经验方之龙胆泻肝汤以清肝泄热。炉甘石洗剂外用具有消炎清热、收敛作用,可有效减缓皮疹不适^[4]。此外,经入院持续监测发现,患者有高血压病及2型糖尿病,给予相关药物控制。入院中期,遂予以自拟带状疱疹外洗方湿敷,配合威伐光治疗。自拟外洗方中马齿苋、侧柏叶、金银花可清热解毒、凉血,紫草、地榆以解毒敛疮,大黄逐瘀涤热,并通过外敷与皮疹直接接触,有利于药效发挥,促进局部破溃结痂愈合。威伐光可减少炎症物质,对带状疱疹皮疹结痂、消退具有良好的协同作用^[5]。治疗后期,患者皮疹大部分已恢复,查舌可见湿热之象大减,此时治疗应以活血化瘀为主。故方改桃红四物汤加减以活血养血、化瘀止痛,使血络经脉畅通,以减少带状疱疹后遗神经痛等并发症的发生。

本例患者经过中西医结合治疗后取得了满意临床疗效,因此在临床应用时,不必拘泥于相同方药,需辨证后施行具体治疗方案。值得注意的是,该患者长期未监测自身健康状况,疏忽病情,由于高血压病、糖尿病等内科疾病与带状疱疹息息相关,因此对于年龄较大的患者,务必要系统、全面、有针对性地筛查病因,避免因漏诊而延误疾病的治疗。

参考文献

- [1] 施伟,赵金胜,杨梅,等. 龙胆泻肝汤治疗带状疱疹29例[J]. 中国中医药杂志,2013,11(18):50-52.
- [2] 李化冰. 桃红四物汤加减治疗带状疱疹后遗神经痛42例[J]. 基层医学论坛,2012,16(34):4593-4594.
- [3] ODOM RB. 安德鲁斯皮肤病学[M]. 9版. 北京:科学出版社,2001:486-487.
- [4] 雷学东. 复方炉甘石洗剂的制备及治疗皮肤疾病的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志,2011,4(20):68-69.
- [5] 黄淑雅. 威伐光联合伐昔洛韦治疗带状疱疹疗效观察[J]. 中国实用医药,2014,9(20):149-150.

第一作者:谭瑶,女,2017级硕士研究生,研究方向:中医外科学(皮肤性病方向)

通讯作者:王军文,男,教授,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中医外科皮肤性病、艾滋病的中西医研究, E-mail:1074581311@qq.com

(收稿日期:2019-04-18)

中西医结合治疗 急性泛发型发疹性脓疱病1例

刘娜¹ 指导 黄蜀²

- (1. 成都中医药大学,四川 成都,610075;
2. 四川省第二中医医院,四川 成都,610031)

[关键词] 急性泛发型发疹性脓疱病;中西医结合疗法;针刺疗法;验案

[中图分类号] R275.931 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.03.037

急性泛发型发疹性脓疱病(acute generalized exanthematous pustulosis, AGEP)是以浅表性、无菌性小脓疱(直径<5mm),同时可伴有水疱、大疱、紫癜或靶形皮损为特征的一种非毛囊性脓疱性皮肤病,临床极为少见。本病治疗方法单一而局限,极少有中医治疗该病的报道。近期笔者在四川省第二中医医院皮肤科规培期间跟师收治该病患者1例,并采用西药、中药及针灸联合的方法治疗,效果显著,现介绍如下。

黄某,女,19岁,因“上半身弥漫性潮红伴密集小脓疱2d”于2018年12月4日入院。2d前,患者因感冒后服用“头孢”“阿莫西林”等药物后,出现下颌红斑伴轻微瘙痒不适,未予重视,随后患者自觉面部出现散在红斑,其上覆盖密集的黄色粟粒状脓疱,就诊于当地医院,予以“地氯雷他定干混悬剂”“夫西地酸乳膏”等对症处理后,症状无明显缓解,且皮损逐渐扩展至上半身,遂至四川省第二中医医院皮肤科就诊。入院症见:患者面颈部、双上肢、前胸、后背呈弥漫性潮红,其上见凸出皮面密集粟粒状黄色脓疱,面部轻微肿胀伴瘙痒,可见散在黄色痂壳,局部皮温稍高,口渴欲饮,纳差寐差,小便黄,大便黏腻。查体:T 37.5℃,P 89次/min,R 20次/min,BP 110/78mmHg。专科检查:面颈部、双上肢、前胸、后背呈弥漫性潮红,其上见凸出皮面的密集粟粒状黄色脓疱,面部轻微水肿,可见散在黄色痂壳,局部皮温稍高,未呈浸润性发展趋势,局部未见抓痕及血痂、渗出等,双侧颈部淋巴结未扪及肿大,皮损总面积约400cm²。舌红、苔黄腻,脉濡数。血常规示:白细胞计数 $10.22 \times 10^9/L$,中性粒细胞绝对数 $8.31 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比81.30%,淋巴细胞百分比10.90%。尿常规、大便常规、凝血常规、肝肾功能、血脂、电解质等均未见明显异常。西医诊断:急性泛发型发疹性脓疱病。中医诊断:湿毒证。西医治疗:予地塞米松磷酸钠注射液1ml、维生素C注射液2g、葡萄糖酸钙注射液2g静脉滴注,1次/d,予以依巴斯汀10mg、酮替芬片1mg口服,1次/晚。中医治疗:予以五味消毒饮加减口服。处