

围刺联合益气养阴、活血化瘀中药复方治疗老年性带状疱疹后遗神经痛患者 46 例

雷进功 许庆强

【摘要】 目的 研究围刺联合益气养阴、活血化瘀中药复方对老年性带状疱疹后遗神经痛的临床疗效。**方法** 选择 2013 年 2 月~2015 年 12 月在本院进行诊治的老年性带状疱疹后遗神经痛患者 92 例,随机分为两组,每组 46 例。对照组给予吲哚美辛、维生素 B₁ 和甲钴胺治疗;观察组给予围刺联合益气养阴、活血化瘀中药复方治疗。治疗 2 个疗程后,观察两组的疗效,采用视觉类比评分法评估两组患者的睡眠和疼痛程度,采用汉密顿焦虑量表(hamilton depression scale, HAMD)评估患者焦虑症状的严重程度。**结果** 观察组的治疗有效率为 91.30%,明显高于对照组的 67.39%,且差异有统计学意义;治疗后两组的睡眠评分均明显升高($P<0.05$),疼痛评分均明显降低($P<0.05$),且观察组的睡眠和疼痛评分改善程度均明显优于对照组($P<0.05$);治疗后两组的汉密顿焦虑量表评分均明显降低($P<0.05$),且观察组的降低幅度明显优于对照组($P<0.05$)。**结论** 围刺联合益气养阴、活血化瘀中药复方对老年性带状疱疹后遗神经痛的疗效显著,能有效缓解患者的疼痛和焦虑症状,改善睡眠,具有较高的临床应用价值。

【关键词】 围刺; 益气养阴; 活血化瘀; 带状疱疹后遗神经痛

【中图分类号】 R275.9 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.01.030

作者单位: 718000 榆林,陕西省绥德县中医医院皮肤科(雷进功);陕西省中医医院皮肤科(许庆强)

作者简介: 雷进功(1968-),本科,副主任医师。研究方向:中医皮肤。E-mail:leiyingong_196804@medicine360.net

带状疱疹后遗神经痛是指带状疱疹的皮损虽已完全治愈,但仍有部分病毒潜伏在神经节内引起剧烈、持续,且较为顽固的慢性难治性综合性疼痛^[1],由水痘—带状疱疹病毒感染引起。中医上属“蛇串疮”“缠腰火丹”“蜘蛛疮”的范畴,中医辨证属正虚邪恋,是由饮食不节、湿浊停滞、脾失健

运、蕴化湿热、肝郁气滞、搏结肌肤而发^[2]。带状疱疹后遗神经痛在老年人中的发病率尤其高,严重影响患者的日常生活、睡眠和心理健康^[3]。目前临床上的各种治疗方法效果均不理想,本研究采用围刺联合益气养阴、活血化瘀中药复方对老年性带状疱疹后遗神经痛进行治疗,取得了较为满意的疗效,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选择 2013 年 2 月~2015 年 12 月于本院进行诊治的老年性带状疱疹后遗神经痛患者 92 例,按随机数字表法分为两组。观察组 46 例,男 31 例,女 15 例;年龄 60~81 岁,平均(68.32±6.31)岁;病程 2 个月~1 年,平均(3.61±1.52)个月;发病部位位于头面部 21 例、四肢 5 例、躯干部 20 例。对照组 46 例,男 30 例,女 16 例;年龄 60~80 岁,平均(67.26±4.53)岁;病程 1 个月~1 年,平均(2.98±1.65)个月;发病部位位于头面部 22 例、四肢 6 例、躯干部 18 例。本研究获得本院伦理委员会的批准,两组的基线资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

(1)符合《中医病证诊断疗效标准》^[4]中带状疱疹后遗神经痛的诊断标准;(2)年龄>60 岁;(3)局部无明显外伤史;(4)同意配合治疗,可以完成疗程者;(5)患者意识清醒,生命体征平稳;(6)患者均签署知情同意书。

1.3 排除标准

(1)合并有皮肤病、局部外伤、风湿病;(2)哺乳期或妊娠期妇女;(3)合并有严重的心、脑、肝、肾疾病者;(4)严重免疫缺陷者;(5)存在严重的凝血机制障碍者;(6)不能配合治疗者。

1.4 治疗方法

对照组:口服吲哚美辛,每次 25 mg,每天 2 次;口服维生素 B₁,每次 10 mg,每天 3 次;口服甲钴胺,每次 500 μg,每天 3 次。

观察组:选用 0.35 mm×25 mm 毫针,在距离皮损疼痛部位 0.5 cm 处,以 45°角斜刺进针,沿皮下进行围刺,每针相距 0.5 cm 左右,采用快速小角度小幅度捻转的平补平泻手法,留针 25~30 分钟,每天 1 次;并联合口服本院自拟的益气养阴、活血化瘀中药复方(方药组成:黄芪 30 g、白术 15 g、党参 15 g、麦冬 15 g、玄参 15 g、赤芍 15 g、当归 10 g、三七 10 g、川芎 10 g、红花 10 g、桃仁 10 g、柴胡 10 g)。每天 1 剂,水煎 400 mL,早晚分服,每次 200 mL。治疗 10 天为一疗程,两组均治疗 2 个疗程。

1.5 观察指标

疗效标准^[4]:(1)痊愈:疱疹基本消退,疼痛完全消失;(2)显效:疱疹明显消退,疼痛基本缓解;(3)有效:疱疹部分消退,疼痛有所减轻;(4)无效:疱疹未见消退,疼痛未见任何缓解。

分别与治疗前后采用视觉类比评分法^[5]评估两组患者

的睡眠和疼痛程度,记为 0~10 分,睡眠评分分数越高,表示睡眠越好;疼痛评分分数越高,疼痛程度越强;并采用汉密顿焦虑量表^[6]评估患者焦虑症状的严重程度,记为 0~56 分,评分≥29 分表示患者有严重焦虑;≥21 分表示患者有明显焦虑;≥14 分表示患者肯定有焦虑;≥7 分表示患者可能有焦虑;<7 分表示患者无焦虑症状。

1.6 统计学处理

采用 SPSS 15.0 软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,各指标数据均符合正态分布,睡眠和疼痛评分、汉密顿焦虑量表评分的组间对比用独立样本 t 检验,组内对比用配对样本 t 检验,组间率的比较用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组的有效率为 91.30%,明显高于对照组的 67.39%($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
对照组	46	11	12	8	15	67.39
观察组	46	16	17	9	4	91.30 ^a

注:与对照组相比,^a $P<0.05$ 。

2.2 两组患者睡眠和疼痛评分比较

治疗后两组患者的睡眠评分均明显升高($P<0.05$),疼痛评分均明显降低($P<0.05$),且观察组的睡眠和疼痛评分改善程度均明显优于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组睡眠和疼痛评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	睡眠评分	疼痛评分
对照组	46		
治疗前		1.43±1.52	7.62±1.45
治疗后		6.35±1.28 ^b	4.98±1.33 ^b
观察组	46		
治疗前		1.42±1.37	7.58±1.36
治疗后		9.51±1.53 ^{ab}	3.26±1.12 ^{ab}

注:与对照组相比,^a $P<0.05$;与治疗前相比,^b $P<0.05$ 。

2.3 两组患者汉密顿焦虑量表评分比较

治疗后两组患者的汉密顿焦虑量表评分均明显降低($P<0.05$),且观察组的降低幅度明显优于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组汉密顿焦虑量表评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	46	16.37±0.52	11.23±0.78 ^b
观察组	46	15.42±0.85	4.62±0.31 ^{ab}

注:与对照组相比,^a $P<0.05$;与治疗前相比,^b $P<0.05$ 。

2.4 不良反应发生情况

对照组出现 4 例发生恶心呕吐,胃脘部不适,改为饭后服药后症状得到缓解;观察组未发生不良反应。

3 讨论

带状疱疹是由水痘—带状疱疹病毒感染引起,此病毒具有较强的亲神经性,当机体感染后会长期存在于颅神经及脊神经的神经节中,在某种诱因的刺激下快速生长繁殖,使受侵犯的神经节出现炎症反应甚至坏死,引发神经痛^[7]。临床主要表现为皮损部位窜痛、灼痛、刺痛和刀割痛,且疼痛位置固定不移,经久不愈,发作频繁,严重影响患者的睡眠和精神状态^[8]。老年人因各组织器官功能均会出现不同程度的退化,神经组织的修复较为缓慢,易出现后遗症;同时老年人的免疫功能较为低下,潜伏在脊髓后根神经节中的病毒极易出现再活动^[9]。现代医学治疗带状疱疹后遗症主要以神经根阻滞、非甾体抗炎药、口服止痛药、阿片药类、减轻抑郁和焦虑为主,有较大的不良反应或依赖性,疗效均不理想,目前尚未找到一种起决定性作用长期治愈的治疗方法^[10]。

围刺可以阻断病毒的扩散,取皮损局部围刺使病变部位气血运行通畅,通表里、扶正祛邪、调和气血、改善神经营养功能、疏通局部经气、通畅经络,达到通则不痛的治疗效果;并且可以缓解肌肉痉挛,提高痛阈,从而缓解疼痛。现代医学认为其作用机制可能是通过增加病变组织的营养供应,提高机体新陈代谢能力,从而促进病变组织吸收炎性介质^[11]。联合采用本院自拟的益气养阴、活血化瘀中药复方,方中黄芪具益气、补虚、止汗之功效;白术健脾益气,燥湿利水;党参扩张血管,增强免疫力、降压,改善微循环;麦冬生津解渴、润肺止咳;玄参滋阴降火、清热凉血、解毒散结;赤芍清热凉血、活血祛瘀;当归调经止痛、补血和血、润燥滑肠;三七消肿定痛、散瘀止血;川芎活血祛瘀、祛风止痛;红花活血通经、散瘀止痛;桃仁润肠通便、活血祛瘀、止咳平喘;柴胡和解表里、疏肝升阳。诸药合用,能使血脉流畅,阴津充足,通则不痛。

本研究创新性地围刺与益气养阴、活血化瘀中药复方联合使用于老年性带状疱疹后遗症神经痛患者。结果发现,围刺联合益气养阴、活血化瘀中药复方对治疗老年性带状疱疹后遗症神经痛患者的疗效显著,其原因多为当归等活血化瘀类药物可提高机体的体液细胞免疫功能;黄芪等益气养阴类中药也可以明显提高机体的免疫功能,有助于神经组织的修复。与围刺相联合,发挥扶正祛邪、调节阴阳及疏通气血的作用。本研究结果表明,采用围刺联合益气养阴、活血化瘀中药复方能有效缓解患者的疼痛和焦虑症状,改善睡眠。中医学认为郁证与痛证之间可以相互影响,气郁和气滞均为疼痛之因。有研究表明,疼痛可严重影响患者的性格、情绪和社会关系,常伴随睡眠障碍、抑郁、疲劳和全身功能下降^[12]。

因此,在治疗带状疱疹后遗症神经痛时不仅要缓解患者的疼痛,还要重视改善焦虑症状和睡眠情况。

综上所述,围刺联合益气养阴、活血化瘀中药复方对老年性带状疱疹后遗症神经痛的疗效显著,能有效缓解患者的疼痛、焦虑症状,改善睡眠,具有较高的临床应用价值。

参 考 文 献

- [1] 高峰,朱紫嫣. 方平教授治疗带状疱疹后遗症神经痛经验中“补”法的应用[J]. 环球中医药, 2014, 7(5):367-369.
- [2] 李小潘,农小珍. 穴位按摩联合中药足浴对带状疱疹后遗症神经痛患者康复的影响[J]. 中国中医急症, 2014, 23(9):1714-1716.
- [3] Hadley G R, Gayle J A, Ripoll J, et al. Post-herpetic Neuralgia: a review[J]. Current Pain & Headache Reports, 2016, 20(3):165-176.
- [4] 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, 1994:144.
- [5] 赵英. 疼痛的测量和评估方法[J]. 中国临床康复, 2002, 6(16):2347-2349.
- [6] 汤毓华,张明园. 汉密顿焦虑量表(HAMA)[J]. 上海精神医学, 1984:25.
- [7] S Snedecor, L Sudharshan, J Cappelleri, et al. Systematic review and meta-analysis of pharmacological therapies for pain associated with post-herpetic neuralgia[J]. International Journal of Clinical Practice, 2014, 68(7):900-918.
- [8] Guedon JM, Zhang M, Glorioso JC, et al. Relief of pain induced by varicella-zoster virus in a rat model of post-herpetic neuralgia using a herpes simplex virus vector expressing enkephalin[J]. Gene Therapy, 2014, 21(7):694-702.
- [9] 孔宇虹,李元文,杨碧莲,等. 带状疱疹后遗症神经痛发病相关因素流行病学分析[J]. 环球中医药, 2014, 7(12):909-914.
- [10] Ing MR, Hellreich PD, Johnson DW, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation for chronic post-herpetic neuralgia[J]. International Journal of Dermatology, 2015, 54(4):476-480.
- [11] He GH, Ruan JW, Zeng YS, et al. Improvement in acupoint selection for acupuncture of nerves surrounding the injury site: electro-acupuncture with Governor vessel with local meridian acupoints[J]. Neural Regeneration Research, 2015, 10(1):128-135.
- [12] Kwilas AJ, Abdullah RA, Poklis JL, et al. Effects of the fatty acid amide hydrolase inhibitor URB597 on pain-stimulated and pain-depressed behavior in rats[J]. Behavioural Pharmacology, 2014, 25(2):119-129.

(收稿日期:2016-05-31)

(本文编辑:韩虹娟)