

伤阴,化燥生风,郁结肌肤,使局部肌肤失养,多由急性肛门湿疹反复发作转化而来,临床表现及病理变化甚为复杂,体弱者,精血渐衰,加之渗水日久,伤阴耗血,遂更致阴虚。故治疗宜滋阴渗湿、疏风止痒为主。滋阴渗湿方中以生地黄、玄参、丹参、当归滋阴养血和营,补阴血之不足,防渗利诸药之伤阴;茯苓、泽泻利湿健脾,祛湿邪之有余,制滋补诸品之腻滞,使湿去而无伤阴之弊,阴复而无助湿之嫌;白鲜皮、祛湿止痒;蝉蜕、防风、银柴胡有祛风止痒。合而为剂,共奏滋阴养血、祛风除湿止痒之效。配合利多卡因局部封闭,能阻断皮肤感觉神经,亚甲蓝可逆性阻断神经末梢传导,具有良好的止痒止痛效果,可防止搔抓增加皮损或渗出,有利于促进病损部位皮肤细胞的修复。黄连膏具有抗菌消炎,消肿止痛,可减轻

局部水肿,改善创面微循环。观察表明,肛周封闭结合中药治疗慢性肛门湿疹疗效优于单纯西医治疗,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 王春仙,王存洁. 中西医结合治疗原发性肛门瘙痒症 86 例[J]. 中国民间疗法, 2003, 11(2): 8.
- [2] 王森. 浅谈肛门湿疹的治疗[J]. 中国民族民间医药, 2009, 18(9): 60.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 278.

(责任编辑:冯天保)

中西医结合治疗带状疱疹后遗神经痛 63 例疗效观察

兰卫明, 雷镇海, 麻乐乐, 毛伟明

景宁畲族自治县人民医院, 浙江 景宁 323500

[摘要] 目的: 探讨中西医结合医治带状疱疹后遗神经痛的临床效果。方法: 将 126 例患者随机分为 2 组各 63 例, 对照组采用阿昔洛韦片、阿昔洛韦软膏、布洛芬缓释胶囊治疗, 研究组在对照组的基础上加用金铃芍甘汤进行治疗, 观察比较 2 组临床疗效、疼痛缓解程度及不良反应情况。结果: 总有效率研究组为 96.83%, 对照组为 84.13%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后研究组 VAS 评分比对照组显著降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。不良反应率研究组为 3.18%, 对照组为 14.29%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗带状疱疹后遗神经痛, 可增强疗效, 降低患者的疼痛强度, 且副反应少。

[关键词] 带状疱疹后遗神经痛; 中西医结合疗法; 金铃芍甘汤; 疼痛强度

[中图分类号] R752.1⁺1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0228-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.109

带状疱疹后遗神经痛主要指因带状疱疹而引发的皮损病状已彻底消退, 但受干扰的神经区域仍存在锥刺样、电击样或烧灼样等持续性疼痛。笔者采用中西医结合疗法对带状疱疹后遗神经痛患者进行治疗, 取得了理想的效果, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《性病的诊断与防治》^[1]中关于带状疱疹后遗神经痛相关标准。

1.2 排除标准 ①合并其他性病者; ②合并其他皮肤病患者; ③严重心肝肾等脏器疾病患者。

1.3 一般资料 观察病例均为 2011 年 2 月—2014 年 3 月在

本院就诊的带状疱疹后遗神经痛患者, 共 126 例, 男 73 例, 女 53 例; 年龄 39~80 岁, 平均(60.06±5.01)岁; 病程 2 月~1 年; 临床表现: 电击样痛 24 例, 烧灼样痛 38 例, 锥刺样痛 52 例, 其它类型疼痛 12 例。随机将患者分为对照组、研究组各 63 例。2 组患者病程、年龄、疼痛类型等一般资料上比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 对照组采用阿昔洛韦片、阿昔洛韦软膏、布洛芬缓释胶囊、甲波尼龙片或复方甘草酸二铵进行治疗。予阿昔洛韦片, 每次 0.2 g, 每天 5 次, 口服; 维生素 B₁ 片, 每次

[收稿日期] 2014-10-15

[作者简介] 兰卫明 (1978-), 男, 主治医师, 研究方向: 心脑血管方向。

20 mg, 每天3次, 口服; 布洛芬缓释胶囊, 每次0.3 g, 每天2次, 口服; 阿昔洛韦软膏, 每天6次, 适量外涂。上述药物均持续使用14天。对于重症患者, 可加用甲波尼龙片或复方甘草酸二铵进行治疗: 甲波尼龙片每次30 mg, 早晨顿服, 持续使用5天; 复方甘草酸二铵150 mg加入10%葡萄糖注射液250 mL中进行静脉滴注, 每天1次, 持续使用5天。

2.2 研究组 在对照组治疗的基础上加用金铃芍甘汤进行治疗。金铃芍甘汤组成: 延胡索、瓜蒌、柴胡、当归、栀子、川楝子各6 g, 龙胆草15 g, 甘草、大青叶各20 g, 丹参25 g, 白芍35 g。每天1剂, 水煎2次, 每次取汁200 mL, 分早晚口服。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察患者的疗效、疼痛强度、胃部不适及腹泻等不良反应情况。疼痛强度采用视觉模拟评分法(VAS)进行测定。

3.2 统计学方法 应用软件包SPSS15.0对相关研究数据进行统计学分析, 计量资料行 t 检验, 计数资料行 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈: 治疗后症状消退, 随访半年无复发。显效: 症状明显改善, 但仍存在阵发性疼痛, 随访半年部分患者症状消失, 部分维持现状。有效: 症状有所改善, 随访半年仍维持现状。无效: 症状未减轻, 随访半年仍疼痛不减。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率研究组为96.83%, 对照组为84.13%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
研究组	63	39(61.90)	13(20.64)	9(14.29)	2(3.17)	61(96.83)
对照组	63	24(38.10)	9(14.29)	20(31.75)	10(15.87)	53(84.13)
χ^2 值	-	-	-	-	-	7.21
P值	-	-	-	-	-	<0.05

4.3 2组治疗前后VAS评分比较 见表2。治疗后研究组VAS评分较对照组显著降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后VAS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
研究组	63	7.92 ± 1.40	1.55 ± 1.05
对照组	63	7.77 ± 1.52	4.00 ± 1.23
t 值		2.78	0.02
P值		>0.05	<0.05

4.4 2组不良反应情况比较 见表3。不良反应率研究组为3.18%, 对照组为14.29%, 2组比较, 差异有统计学意义

($P < 0.05$)。

表3 2组不良反应情况比较 例(%)

组别	n	轻度腹泻	胃部不适	合计
研究组	63	2(3.17)	0(0.00)	2(3.18)
对照组	63	4(6.35)	5(7.94)	9(14.29)
χ^2 值	-	-	-	6.67
P值	-	-	-	<0.05

5 讨论

带状疱疹属于一种常见皮肤病, 发病率逐年上升。带状疱疹的发生机制与水痘-带状疱疹病毒密切相关, 临床主要症状为神经痛、水疱(条带状、沿神经分布)及红斑。其中水疱与红斑通常持续2~3周便可消退, 但神经痛少则持续数月, 多则持续数年, 对患者健康、工作危害极大^[1]。现代医学临床多应用营养神经、消炎及抗病毒等西药治疗本病。如患者皮损面积较大, 给予甲波尼龙片, 可使其神经水肿病状显著改善。复方甘草酸二铵属于一种甘草提取物, 临床效果类似于激素样药物, 可有效调节人体免疫功能, 改善神经水肿。莫征波等^[2]研究指出, 采用中西医结合疗法, 可使中药、西药相辅相成, 增强治疗效果, 达到治标治本之效。

带状疱疹属中医学缠腰火丹、蛇串疮等范畴。中医学认为, 带状疱疹后遗神经痛主要为湿热火毒之邪入侵机体, 留而不去, 久病入络、血瘀不畅、不通则痛。故在治疗中当以活血化瘀、清热利湿、通络止痛为主。金铃芍甘汤由大青叶、延胡索、龙胆草、柴胡、丹参、甘草、栀子、白芍、瓜蒌、当归等组成, 方中大青叶、栀子、龙胆草清热利湿; 川楝子、延胡索止痛理气; 甘草、白芍缓急止痛; 丹参、当归化瘀活血; 瓜蒌通络止痛; 柴胡理气散结。诸药合用, 共奏活血通络、理气止痛、清热利湿之效。

在本研究中, 研究组临床总有效率显著高于对照, 疼痛缓解程度也较对照组明显, 且不良反应率低, 表明中西医结合治疗带状疱疹后遗神经痛, 可增强疗效, 降低患者的疼痛强度, 减少不良反应, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 张晓东, 王德权. 性病的诊断与防治[M]. 北京: 人民军医出版社, 2006: 147-149.
- [2] 侧隐窝联合皮内给予复方倍他米松对老年人腰骶段带状疱疹后遗神经痛的疗效[J]. 郑州大学学报: 医学版, 2014, 15(2): 281-283, 284.
- [3] 莫征波, 周珉菲. 伐昔洛韦联合加巴喷丁治疗带状疱疹急性期神经痛的疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2010, 9(2): 116-117.

(责任编辑: 冯天保)