

- 2016, 32(4): 38-41.
- [3] 林海. 甲钴胺与银杏叶联合治疗神经性耳鸣疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(24): 5889-5890.
- [4] 世界中医药学会联合会中医耳鼻喉口腔科专业标准审定委员会, 中华中医药学会耳鼻喉科分会. 耳鸣严重程度评估与疗效评定参考标准[J]. 世界中医药, 2008, 3(2): 71.
- [5] 黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1033-1037.
- [6] 熊大经. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2008: 51-54.
- [7] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第1辑[S]. 1993: 314-316.
- [8] 赵燕平. 中药治疗神经性耳鸣 110 例临床观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2011, 35(2): 181-182.
- [9] 张科源, 张树林. 自拟通宁散治疗神经性耳鸣 60 例临床分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(8): 917-918.
- [10] 宗敏茹, 李红艳, 李乐, 等. 银杏叶提取物联合高压氧治疗神经性耳鸣的疗效观察[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2014, 21(3): 195-196.
- [11] 戈言平. 银杏叶提取物序贯治疗耳鸣 60 例临床观察[J]. 中国中医药科技, 2011, 18(2): 149-150.
- [12] 陈可冀. 血瘀证与活血化瘀治疗的研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2005, 3(11): 10-12.
- [13] 倪志军, 纪小美, 马文波, 等. 综合疗法治疗神经性耳鸣 80 例疗效观察[J]. 山东中医杂志, 2012, 31(8): 565-566.
- (责任编辑: 吴凌)

中药辨证施治联合加巴喷丁治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察

张玉松, 文钦生, 李洁儿

广州中医药大学附属新会中医院, 广东 江门 529100

[摘要] 目的: 观察中药辨证施治联合加巴喷丁胶囊治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效。方法: 将 70 例带状疱疹患者随机分为 2 组各 35 例; 对照组采用西医常规治疗, 治疗组在常规治疗的基础上施加中药辨证施治; 观察和比较 2 组临床疗效, 疼痛改善情况, 应用止痛药物次数、加巴喷丁用量及不良反应发生情况。结果: 总有效率治疗组 91.43%, 明显高于对照组 71.43%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分均较治疗前下降, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$, $P < 0.05$); 与对照组比较, 治疗组 VAS 评分更低, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。与对照组比较, 治疗组应用止痛药物次数及加巴喷丁用量明显少于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗组不良反应总数是 24 例, 占 68.57%; 对照组不良反应总数是 28 例, 占 80.00%, 两者比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗组头晕、嗜睡、步态不稳例数少于对照组, 腹痛、腹泻例数多于对照组, 但差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 中药辨证施治联合加巴喷丁治疗带状疱疹后遗神经痛, 可以明显改善疼痛症状和提高治疗效果, 减少止痛药物及加巴喷丁的应用。

[关键词] 带状疱疹后遗神经痛; 辨证施治; 龙胆泻肝汤; 除湿胃苓汤; 瓜蒌红花甘草汤; 柴胡疏肝散; 加巴喷丁; 止痛药物次数

[中图分类号] R752.1*2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 05-0147-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.05.039

Clinical Observation of Syndrome Differentiation and Treatment of Chinese Medicine Combined with Gabapentin for Herpes Zoster Neuralgia

ZHANG Yusong, WEN Qinsheng, LI Jie'er

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of syndrome differentiation and treatment of Chinese medicine

[收稿日期] 2017-11-02

[作者简介] 张玉松 (1974-), 男, 副主任医师, 主要从事神经内科疾病临床工作。

combined with gabapentin for herpes zoster neuralgia. **Methods:** Divided 70 cases of patients with herpes zoster into the control group and the treatment group randomly, 35 cases in each group. The control group was given routine treatment of western medicine, while the treatment group was additionally given syndrome differentiation and treatment of Chinese medicine based on the routine treatment. Observed and compared the clinical effect, improvement of pain, number of application of analgesic drugs, amount of gabapentin and occurrence of adverse reaction in two groups. **Results:** The total effective rate was 91.43% in the treatment group, being evidently higher than 71.43% in the control group, difference being significant ($P < 0.05$). After treatment, Visual analogue scale (VAS) of in two groups were decreased when compared with those before treatment, differences being significant ($P < 0.01$, $P < 0.05$). Compared with the control group, VAS in the treatment group was much lower, difference being significant ($P < 0.01$). Compared with the control group, the number of application of analgesic drugs and amount of gabapentin in the treatment group were obviously less than those in the control group, differences being significant ($P < 0.01$). The total number of adverse reaction was 24 in the control group, account for 68.57%, while the total number of adverse reaction was 28 in the treatment group, account for 80.00%, difference being insignificant ($P > 0.05$). The cases of dizziness, sleepiness and gait instability in the treatment group were less than those in the control group, while the cases of abdominal pain and diarrhea were more than those in the control group, differences being insignificant ($P > 0.05$). **Conclusion:** The therapy of syndrome differentiation and treatment of Chinese medicine combined with gabapentin for herpes zoster neuralgia can significantly improve the pain symptoms, promote the curative effect, and reduce the application of analgesics drugs and gabapentin.

Keywords: Herpes zoster neuralgia; Syndrome differentiation and treatment; Longdan xiegan tang; Chushi Weiling tang; Gualou Honghua Gancao tang; Chaihu Shugan Powder; Gabapentin; Number of analgesic drugs

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒感染引起的急性疱疹性皮肤病,常突然发生,皮肤上出现红斑、丘疹或丘疱疹,累累如串珠,排列成带状,沿一侧周围神经分布区出现,局部刺痛或伴淋巴结肿大^[1]。西医主要是采用抗病毒、营养神经、止痛等方法治疗,但这些方法对带状疱疹所导致的神经痛效果并不理想。笔者近些年来采用中药辨证施治联合加巴喷丁治疗带状疱疹后遗神经痛取得较好的疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①所有病例均符合《皮肤性病学》^[2]中关于带状疱疹诊断标准;②神经痛明显者,疼痛评分[采用视觉模拟评分法(VAS)评分] ≥ 4 分;③年龄 > 18 岁;④近3周末接受免疫抑制剂药物或抗病毒药物治疗。

1.2 排除标准 ①伴随严重感染;②颈椎病、糖尿病、恶性肿瘤等疾病引起神经痛;③有严重的心、肝、肺、肾、造血系统、内分泌系统等原发性疾病者;④近期接受免疫抑制剂治疗或者其他抗病毒药物治疗;⑤伴随自身免疫性疾病;⑥妊娠期或哺乳期女性;⑦对此次使用药物过敏或不能耐受者;⑧严重精神障碍者;⑨临床资料不全。

1.3 一般资料 观察病例为2012年8月—2017年8

月在本院神经内科住院的患者,共75例,随机分为2组。由于少数患者对所使用药物过敏或不能耐受等原因,在治疗和观察过程中被剔除,最终纳入资料分析的患者,共70例,每组各35例。治疗组男19例,女16例;年龄33~97岁,平均 (69.7 ± 13.4) 岁;病程1天~24月;合并有高血压17例,糖尿病3例。对照组男13例,女22例;年龄38~92岁,平均 (73.6 ± 11.9) 岁;病程1天~22月;合并有高血压13例,糖尿病2例。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。另外,治疗组35例患者按照中医辨证分型,其中肝经火盛型10例,脾经湿热型6例,肝郁气滞型6例,湿瘀互结型8例,气阴两虚型5例。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。即所有病例均常规给予B族维生素营养神经,并给予加巴喷丁胶囊(派汀,江苏恒瑞医药股份有限公司,国药准字H20030662,规格:每粒0.1g),口服,首日每次0.2g,每天2次;第2天每次0.2g,每天3次;根据神经痛程度逐渐加量,最多服用0.6g,每天3次。如急性期疱疹未结痂者予抗病毒治疗,疼痛难忍者应用止痛药物(非甾体类抗炎药物或麻醉性止痛类药物)

物), 共用药 1 周。

2.2 治疗组 在常规治疗的基础上加用中药辨证施治: ①肝经火盛型: 清肝泻火、清热利湿, 予龙胆泻肝汤加减; ②脾经湿热型: 清热除湿、健脾利水, 予除湿胃苓汤加减; ③肝郁气滞型: 疏肝解郁、行气止痛, 予柴胡疏肝散加减; ④湿瘀互结型: 化湿祛瘀、通络止痛, 予四妙散合瓜蒌红花甘草汤加减; ⑤气阴两虚型: 益气养阴、通络止痛, 予生脉散合桃红四物汤加减。随证适当加入搜剔通络之品, 如地龙、全蝎、蜈蚣、僵蚕等。共服 1 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 疼痛改善评价及其它情况观察, ①采用 VAS 评价疼痛改善情况, 评分最高 10 分, 评分越高疼痛越明显; ②应用止痛药物次数及加巴喷丁用量; ③不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 等级资料及计数资料用例数(*n*)和百分率(%)表示, 采用 Ridit 分析和 χ^2 检验; 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 *t* 检验, 2 组总体方差不齐则进行 *t'* 检验; 使用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]拟定。痊愈: 患者疼痛完全消失, 局部感觉恢复正常, 疗效指数 $\geq 95\%$ 。显效: 患者疼痛基本缓解, 偶尔伴有疼痛不适, 但不影响睡眠, 疗效指数为 70%~95%。有效: 患者疼痛有所改善, 会时常影响睡眠, 疗效指数为 30%~70%。无效: 患者疼痛未得到缓解, 疗效指数 $< 30\%$ 。疗效指数 = (治疗前症状积分 - 治疗后症状积分) / 治疗前症状积分 $\times 100\%$ 。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 91.43%, 明显高于对照组 71.43%, 2 组比较, $u = 2.11$, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	35	10(28.57)	14(40.00)	8(22.86)	3(8.57)	32(91.43) ^①
对照组	35	7(20.00)	8(22.86)	10(28.57)	10(28.57)	25(71.43)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后疼痛 VAS 评分比较 见表 2。治疗前, 2 组疼痛 VAS 评分比较, $t = 0.14$, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 2 组疼痛 VAS 评分均较治疗前下降, $t'_{\text{治疗组}} = 8.78$, $t'_{\text{对照组}} = 3.06$, 差异均有统计学

意义($P < 0.01$, $P < 0.05$); 与对照组比较, 治疗组疼痛 VAS 评分更低, 2 组比较, $t = 6.47$, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 2 2 组治疗前后疼痛 VAS 评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗组	35	7.00 \pm 1.66	4.06 \pm 1.08 ^{①③}
对照组	35	7.05 \pm 1.38	6.02 \pm 1.43 ^②

与治疗前比较, ① $P < 0.01$, ② $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ③ $P < 0.01$

4.4 2 组应用止痛药物次数及加巴喷丁用量比较 见表 3。与对照组比较, 治疗组应用止痛药物次数及加巴喷丁用量明显少于对照组, $t_{\text{止痛药物}} = 9.54$, $t_{\text{加巴喷丁用量}} = 3.28$, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表 3 2 组应用止痛药物次数及加巴喷丁用量比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	<i>n</i>	止痛药物(次)	加巴喷丁用量(粒)
治疗组	35	2.85 \pm 1.01 ^①	55.12 \pm 7.53 ^①
对照组	35	5.01 \pm 0.88	61.22 \pm 8.01

与对照组比较, ① $P < 0.01$

4.5 2 组不良反应发生情况比较 见表 4。治疗组不良反应总数是 24 例, 占 68.57%; 对照组不良反应总数是 28 例, 占 80.00%, 两者比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗组头晕、嗜睡、步态不稳例数少于对照组, 腹痛、腹泻例数多于对照组, 但差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表 4 2 组不良反应发生情况比较 例(%)

组别	<i>n</i>	头晕	嗜睡	腹痛	腹泻	步态不稳	不良反应总数
治疗组	35	7(20.00)	2(5.71)	6(17.14)	7(20.00)	2(5.71)	24(68.57)
对照组	35	10(28.57)	5(14.29)	4(11.43)	5(14.29)	4(11.43)	28(80.00)

5 讨论

带状疱疹是由潜伏在人体感觉神经节的水痘-带状疱疹病毒再激活引起的皮肤感染, 当机体抵抗力下降时, 潜伏的病毒被激活, 沿感觉神经轴索下行, 在该神经支配区域的皮肤产生水疱, 同时受累神经发生炎症、坏死, 产生神经痛^[4], 故临床上好发于老年人和免疫力低下者, 本研究中年龄 ≥ 60 岁者有 55 例, 高达 78.57%, 符合本病发病特点。临床上本病患者的主要痛苦为神经痛, 可表现为灼痛、钻痛、刺痛、蚁咬感、刀割样疼痛、电击样疼痛等, 疼痛常伴随皮疹同时出现, 也可发生在皮疹出现前, 皮损消退后也可遗留顽固性神经痛, 常持续数月, 甚至更长时间

间,严重影响生活质量,故患者常以神经痛为主诉就诊于神经科。目前,西医主要采用非甾体类抗炎药、三环类抗抑郁药及麻醉性止痛类药物进行治疗,但副作用大,对胃肠道刺激明显,停药后疼痛易复发,且易产生药物依赖性。

加巴喷丁是一种新型抗癫痫药物,具有显著的抗惊厥作用,通过拮抗N-甲基-D-天冬氨酸(NMDA)受体、中枢神经系统钙通道、抑制外周神经及 γ -氨基丁酸(GABA)介导的传入通路,减少兴奋性的传入,有效作用于脊髓和大脑水平,多方面抑制兴奋性传入信号,达到缓解疼痛的目的,临床上,治疗带状疱疹后神经痛(PEN),可明显缓解患者的疼痛程度,提高治疗效果^[9],已成为临床医师公认的神经理论性疼痛的治疗药物,尤其在发作性疼痛患者治疗中具有良好效果^[6]。故本研究在带状疱疹发病初期即予加巴喷丁口服,并取得了较好的疗效。但临床中仍有部分患者使用加巴喷丁治疗的效果并不理想,有关研究显示,加巴喷丁对PEN的镇痛作用综合有效率仅为27.6%~33.3%^[7],且该药大量服用后容易出现头晕、嗜睡、腹痛、腹泻、步态不稳、皮疹等不良反应,均限制了该药的使用。

从本文研究结果可知,总有效率治疗组91.43%,明显高于对照组71.43%($P < 0.05$);2组治疗后VAS评分均较治疗前下降($P < 0.05$, $P < 0.01$),但治疗组VAS评分比对照组更低($P < 0.01$);治疗组应用止痛药物次数及加巴喷丁用量少于对照组(均为 $P < 0.01$)。结果表明,按照中医辨证给予带状疱疹后遗神经痛患者加用中药治疗可以明显改善疼痛症状和提高治疗效果。

中医学认为,带状疱疹的发生主要为情志内伤,肝气郁结,久而化火,肝经火甚而致;或因脾失健运,蕴湿化热,湿热搏结,外感邪毒;日久则气滞血瘀,阻遏经络。故多分为肝经火盛、脾经湿热、肝郁气滞3型,治疗以清热利湿、活血止痛为法,联合西药治疗能有效地缩短皮损处止疱、结痂及止痛时间,提高临床疗效,减少后遗神经痛发生率^[8]。笔者临床发现以上3型主要适合发病初期患者,但临床上很多患者来诊时已过发病初期,部分患者湿热之邪未消,瘀血已生,而成湿瘀互结之证,阻碍经络,络脉不

通,导致疼痛缠绵难愈,故予四妙散清热利湿,瓜蒌红花甘草汤化痰散结、通络止痛;另外本病多为年老体弱者,加之临床多用清热泻火利湿之品,耗气伤阴,而成气阴两虚之证,故予生脉散加减顾护正气、滋养阴液,桃红四物汤化瘀通络止痛。带状疱疹引起的神经痛,主要是络脉瘀阻和络脉绌急,治疗应以通络为原则,不但要清热活络、健脾除湿、活血消瘀,还要加入虫类搜剔络邪之品,以开结导滞,引药物直达病所^[9],故笔者在上述5个证型基础上常随证加入地龙、全蝎、蜈蚣、僵蚕等虫类药物搜剔通络。

本研究临床观察结果显示,采用中药辨证施治联合加巴喷丁治疗带状疱疹后遗神经痛,不但能够明显减少疼痛程度,提高临床疗效,还能减少止痛药物及加巴喷丁用量,减少头晕、嗜睡、步态不稳等不良反应。而治疗组腹痛、腹泻例数多于对照组,可能与应用清热泻火利湿的中药有关,但上述所有不良反应经过对症处理后均可消除。

[参考文献]

- [1] 李曰庆. 中医外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 164-166.
- [2] 吴志华. 皮肤性病学[M]. 5版. 广州: 广东科技出版社, 2006: 87.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 312-314.
- [4] 郑蓓洁, 朱紫瑜, 王祥瑞, 等. 带状疱疹的早期综合治疗[J]. 中国疼痛医学杂志, 2011, 17(5): 294-297.
- [5] 李魁. 加巴喷丁治疗带状疱疹后神经痛的疗效和药理解析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20(11): 128-130.
- [6] 沈建国, 胡哈峰. 中西医结合预防性治疗老年带状疱疹后遗神经痛临床观察[J]. 新中医, 2016, 48(5): 152-154.
- [7] 朱含章. 单唾液酸四己糖神经节苷脂联合硬膜外阻滞治疗带状疱疹后遗神经痛[J]. 河北医学, 2011, 17(10): 1365-1367.
- [8] 姜洮洮, 朱璞玉, 孙丽红. 中药联合阿昔洛韦等西药治疗带状疱疹的疗效观察[J]. 山西医药杂志, 2017, 46(14): 1725-1727.
- [9] 王栩芮, 张亚, 何晶, 等. 通络法在带状疱疹后遗神经痛诊治中的应用[J]. 新中医, 2014, 46(5): 247-248.

(责任编辑: 刘淑婷)