

带痛方治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察

陈惠娟¹, 洪文¹, 成林平¹, 李兴², 江丽莹¹, 顾民华¹, 唐传其¹

1. 广州市东升医院, 广东 广州 510120; 2. 广东药学院附属第一医院, 广东 广州 510000

[摘要] 目的: 观察带痛方治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效。方法: 将确诊为带状疱疹后遗神经痛的患者 200 例, 按照随机数字表法分为对照组与观察组各 100 例, 对照组口服吲哚美辛片治疗, 观察组口服带痛方治疗, 采用疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 观察治疗效果。结果: 临床治疗总有效率观察组 89.0%, 对照组 72.0%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组 VAS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 不良反应发生率观察组 6.0%, 对照组 17.0%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 带痛方能有效治疗带状疱疹后遗神经痛, 不良反应少。

[关键词] 带状疱疹后遗神经痛; 带痛方; 疼痛; 视觉模拟评分法 (VAS)

[中图分类号] R752.1*2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 08-0164-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.08.049

Clinical Observation of Daitong Prescription for Post-herpetic Neuralgia

CHEN Huijuan, HONG Wen, CHENG Linping, LI Xing, JIANG Liying, GU Minhua, TANG Chuanqi

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Daitong prescription for post-herpetic neuralgia. Methods: Divided 200 cases of patients diagnosed with post-herpetic neuralgia into the control group and the observation group randomly according to random number table, 100 cases in each group. The control group was given indomethacin pills orally, while the observation group took the oral administration of Daitong prescription. Observed the curative effect by visual analogue scale (VAS). Results: The total effective rate was 89.0% in the observation group and 72.0% in the control group, difference being significant ($P < 0.05$). After treatment, VAS score in the observation group was lower than that in the observation group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions was 6.0% in the observation group and 17.0% in the control group, difference being significant ($P < 0.05$). Conclusion: The application of Daitong prescription can effectively treat post-herpetic neuralgia with a few adverse reactions.

Keywords: Post-herpetic neuralgia; Daitong prescription; Pain; Visual analogue scale(VAS)

带状疱疹(Herpes Zoster)是由水痘-带状疱疹病毒引起的急性感染性皮肤病, 多见于成人, 尤其是免疫力低下的人群^[1], 临床多表现为躯体单侧带状分布的成簇水疱疹。疱疹痊愈后少量病毒仍潜伏于脊神经根神经节或脑神经节中, 引起疼痛, 可长达数年^[2]。带状疱疹后遗神经痛(Postherpetic neuralgia, PHN)是带状疱疹常见后遗症, 其中约 69% 是老年人^[3], 治疗困难, 严重影响患者生活质量^[4]。为了探索中医药的疗效, 本研究选取气(阴)虚血瘀型 PHN 作为研究对象, 探讨其近远期疗效, 寻找有效的治疗方案, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《临床疼痛治疗技术》^[5]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]中的相关标准。①带状疱疹皮疹愈合后继续存在的疼痛, 患者主诉疼痛为紧束样疼痛、持续性烧

灼痛、刀割样疼痛等明显的神经受损后遗症状; ②经中医辨证诊断为气(阴)虚血瘀型的 PHN, 即疱疹消退后阵发性刺痛或窜痛持续存在, 入夜后加重, 舌黯, 苔白, 脉弦, 或兼有神倦气短, 纳差便溏, 舌淡脉涩缓; 或灼热隐痛, 口燥咽干, 五心烦热, 失眠盗汗, 脉细数。

1.2 纳入标准 年龄 18 周岁以上; 就诊前 1 周内未接受针对该病的针灸、药物治疗; 所有受试者均签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病的患者; ②患有精神疾病, 或认知功能障碍的患者; ③活动性溃疡病、溃疡性结肠炎病史的患者; ④血管神经性水肿或支气管哮喘者; ⑤对本实验所用药物过敏者; ⑥剔除记录不全或患者自动终止治疗者。

1.4 一般资料 观察病例 200 例均为 2016 年 7 月—2017 年

[收稿日期] 2017-12-22

[基金项目] 广东省中医药局课题 (20160426)

[作者简介] 陈惠娟 (1983-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗湿疹、痤疮、带状疱疹、银屑病等皮肤病。

10月本院中医皮肤科门诊患者,按随机数字表法分为2组各100例。对照组男43例,女57例;平均年龄(59.23±3.06)岁;平均病程(47.52±10.11)天;发病部位:胸背部34例,腰腹部34例,大腿臀部7例,头面部15例,上肢5例,肩部5例。观察组男42例,女58例;平均年龄(58.86±3.17)岁;平均病程(49.28±11.65)天;发病部位:胸背部33例,腰腹部34例,大腿臀部7例,头面部16例,上肢5例,肩部5例。2组临床资料经统计学处理,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 吲哚美辛片(消炎痛,规格:每片25 mg,青海大地药业有限公司生产,国药准字H63020147),每次1片,每天3次,饭后口服。

2.2 观察组 给予带痛方治疗,处方:郁金、延胡索、黄芪、丹参、白芍各30 g,炒酸枣仁、当归、熟地黄、三七各15 g,全蝎5 g,炙甘草10 g,川芎12 g。加减:余毒未清、大便秘结者,加大黄以泻热通便,导火下行;胃纳减少者,加鸡内金、谷芽以健脾消食;口干口苦者,加绵茵陈、栀子以清热利湿;口干潮热等阴虚明显者,可去川芎、当归,加太子参、沙参以益气养阴。引经药的运用:病在下肢加牛膝;病在胸背加枳壳;病在上肢加桑枝;病在头面部加白芷。上药加水1 000 mL,浸泡30 min,煎沸30 min后将药液滤出,重新加水600 mL煎煮,两次药液混合共约400 mL,分早、晚2次,饭后30 min温服。

2组均治疗4周,每周复诊1次,治疗4周后观察结果,评定疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①疼痛视觉模拟评分法(VAS):分别于治疗前、治疗4周时进行评分并记录。以长度为10 cm的标尺,每1 cm代表1分,0分为无痛,10分为剧痛,患者面对无刻度的一面,让患者取最能代表当时疼痛程度的部位;医生面对有刻度的一面记录疼痛程度,医生读出分数^[7],以上操作由固定医生完成。②不良反应情况:用药后询问并记录患者出现的不良反应及程度,详细记录不良反应的表现、发生时间、持续时间、药物相关性(无关、可能无关、可能相关、相关),采取的措施及转归等。不良反应发生率=不良反应发生例数/总病例数×100%。

3.2 统计学方法 所有数据采用Excel录入,由SPSS13.0软件系统进行统计。计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计量资料中组间比较如符合正态分布和方差齐性则采用独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对设计 t 检验;如不符合正态分布和方差齐性则采用非参数检验进行比较。计数资料的比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]及《中药新

药临床研究指导原则(试行)》^[9]进行评定。痊愈:疼痛消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$ 。显效:疼痛明显改善,70% \leq 疗效指数 $\leq 94\%$ 。有效:疼痛好转,30% \leq 疗效指数 $\leq 69\%$ 。无效:疼痛无明显改善,疗效指数 $< 30\%$ 。疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。总有效率=[(痊愈病例+显效病例)/总病例数]×100%。

4.2 2组治疗前后疼痛VAS评分比较 见表1。治疗前,2组疼痛VAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,2组疼痛VAS评分均低于治疗前,差异均有统计学意义($P<0.01$);且观察组疼痛VAS评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$),提示治疗4周后,2组疼痛均较治疗前减轻,同时,观察组止痛效果优于对照组。

组别	n	治疗前	治疗后	P值
观察组	100	8.24±1.55	1.71±0.45	0.000
对照组	100	8.30±2.40	2.87±1.53	0.000
t 值		0.210	7.274	
P 值		0.834	0.000	

4.3 2组临床疗效比较 见表2。临床总有效率观察组89.0%,对照组72.0%,2组临床疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组优于对照组。

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	χ^2	P值
观察组	100	36(36.0)	53(53.0)	9(9.0)	2(6.7)	89.0	12.159	0.007
对照组	100	20(20.0)	52(52.0)	21(21.0)	7(23.3)	72.0		

4.4 2组不良反应发生情况比较 治疗期间,观察组6例出现腹泻症状,通过加减方剂后得到改善;对照组8例出现胃痛、胃胀等胃部症状,6例腹泻,2例头晕,1例头痛,均通过减少剂量或对症治疗改善。观察组患者不良反应发生率6.0%,低于对照组17.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

5 讨论

PHN是临床常见疾病,它好发于免疫功能低下及年老体弱者。疼痛可持续数月至数年不等,其发病率随着年龄增大而增加。由于长期受到疼痛折磨,生活质量下降,甚至有自杀倾向^[9],是临床皮肤科、神经内科面临的一个重要课题。

PHN发病机制尚未明确,一般认为有:①带状疱疹发病时引起周围神经炎症及神经损伤后传导异常,导致周围神经病变,引发神经性疼痛;②病毒损伤丘脑及中枢神经系统信号处理,导致对疼痛调制环路的功能改变^[10-11]。通常情况下带状疱疹的神经损害为可逆性炎性脱髓鞘改变,但老年患者由于年龄较大,机体组织修复功能下降,导致发生损伤后修复较慢^[12]。临床针对PHN常用治疗手段有口服非甾体抗炎药、止痛药、神经活性药物等,无法解除病人的痛苦,且易反复,同时长期

服用会带来胃肠道、神经等组织不良反应^[13],以致更多的患者选择中医药治疗。

中医学中无 PHN 的病名,根据其临床特点,可归结于“痹证”范畴。之所以好发于上述患者,是因为年老体弱,气血不足,行血无力,瘀血内停,加上余毒未清,留滞于经络所致。气血不足,无以营养经络皮肤,不荣则痛;气血不足,无力推动血液的运行,以致瘀血阻滞,不通则痛;气血不足,抗病能力降低,余毒难以清除,滞留体内,气血运行不畅,产生疼痛。再者久病入络,久病不愈,气血虚衰,不仅使脉络失荣,同时,老年人常常患有各种慢性疾病,如高血压、慢性肺部疾病、糖尿病、心脏病等,以致病情变得更加复杂,缠绵难愈。

本研究针对本病气(阴)不足,瘀血内停的主要病机,故采用以补气化瘀、行气止痛为主的带痛方进行治疗。方中重用黄芪益气活血,当归、熟地黄养阴补血共为君药;郁金、延胡索行气止痛;丹参、三七活血化瘀,共为臣药。君臣相伍,补中有散,散中有补;补气养阴而不留邪;行气止痛、活血化瘀而不伤正,相得益彰。炒酸枣仁镇静安神,解除患者因疼痛而烦躁的心理;久痛入络,故用全蝎通络止痛;川芎为血中的气药,能行气、补血、活血止痛,既可助当归、熟地黄补血;又可助丹参、三七活血化瘀;白芍、炙甘草相伍,即芍药甘草汤,缓急止痛,共为佐药;炙甘草调和诸药为使药。诸药合用,共奏补益气血、活血化瘀、行气止痛之效。虚得补,瘀能行,气能畅,诸症可愈。研究显示,观察组临床总有效率为 89.0%,高于对照组 72.0%;治疗 4 周后观察组疼痛 VAS 评分低于对照组,且不良反应发生率远低于对照组,提示带痛方既能有效治疗 PHN,又能增强患者的体质,标本兼治。

综上所述,带痛方随症加减治疗 PHN,近远期疗效均明显,不良反应少,安全可靠,值得临床应用。

[参考文献]

- [1] Goßrau G. Postherpetic neuralgia[J]. *Hautarzt*, 2014, 65(5): 461-470.
- [2] 张莹,范剑非,林一帆,等.中西医结合治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察[J]. *临床军医杂志*, 2017, 45(8): 832-834.
- [3] 张慧玲. 中医综合治疗带状疱疹后遗神经痛临床研究[J]. *中国临床研究*, 2012, 25(1): 76-77.
- [4] 梁豪文,熊东林,肖礼祖,等.带状疱疹后遗神经痛风险因素的研究[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2012, 18(5): 287-289.
- [5] 倪家骧,樊碧发,薛富善. *临床疼痛治疗技术*[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2003: 375.
- [6] 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: 383.
- [7] 王梅平. 血府逐瘀汤加减治疗带状疱疹后遗神经痛[J]. *浙江中西医结合杂志*, 2012, 22(11): 891-892.
- [8] 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.
- [9] Schlereth T, Heiland A, Breimhorst M, et al. Association between pain, central sensitization and anxiety in postherpetic neuralgia[J]. *Eur J Pain*, 2015, 19(2): 193-201.
- [10] Pickering G, Pereira B, Dufour E, et al. Impaired modulation of pain in patients with postherpetic neuralgia[J]. *Pain Res Manag*, 2014, 19(1): 19-23.
- [11] Snedecor SJ, Sudharshan L, Cappelleri JC, et al. Systematic review and meta-analysis of pharmacological therapies for pain associated with postherpetic neuralgia and less common neuropathic conditions[J]. *Int J Clin Pract*, 2014, 68(7): 900-918.
- [12] 王丽华. 带状疱疹后遗神经痛的中医药治疗进展[J]. *黑龙江医学*, 2014, 38(2): 225-226.
- [13] 张凌宇. 五苓散加味治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察[J]. *内蒙古中医药*, 2014, 33(8): 13-14.

(责任编辑:刘淑婷)