

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.21.011

针药联合治疗带状疱疹急性期肝经郁热证 52 例疗效观察

刘春阳^{1,2}, 王莒生¹, 刘志勇^{1*}

(1. 首都医科大学附属北京中医医院, 北京市东城区美术馆后街 23 号, 100010; 2. 首都医科大学)

摘要 目的 观察刺血疗法对带状疱疹急性期肝经郁热证患者的临床疗效及可能作用机制。方法 将 104 例带状疱疹急性期肝经郁热证患者随机分为治疗组和对照组各 52 例, 对照组予中药内服 + 针刺基础治疗, 治疗组在对照组基础之上加用针刺放血方法。两组均以 7 天为 1 个疗程, 疼痛完全消失后停止治疗, 规定治疗时间为 7~28 天。观察两组患者皮损愈合情况及疼痛缓解情况, 以及治疗前后血浆 β -内啡肽含量变化。结果 治疗组止疱时间、开始结痂时间、全部结痂时间、开始脱痂时间、疼痛开始减轻时间、疼痛消失时间均短于对照组 ($P < 0.05$); 两组 30 天后患者后遗神经痛发生率均为 3.85% ($P > 0.05$)。治疗后治疗组患者血浆 β -内啡肽含量升高较对照组显著 ($P < 0.05$)。对照组综合疗效评价总有效率为 86.54%, 治疗组为 92.31%, 治疗组高于对照组 ($P < 0.05$)。结论 刺血疗法能够促进带状疱疹皮损愈合, 减轻疼痛, 升高患者血浆 β -内啡肽含量可能是其机制之一。

关键词 带状疱疹; 刺血疗法; 肝经郁热证; β -内啡肽

带状疱疹是由潜藏在体内的水痘-带状疱疹病毒再激活引起的被侵犯神经所支配区域皮肤的红斑、丘疹、簇集性水疱及神经痛为特征的一种感染性皮肤病^[1]。本病虽有自限性, 但发作过程中疼痛剧烈, 如治疗失当或不及时, 可遗留长时期的后遗神经痛, 严重影响患者生活质量^[2]。其发病率随年龄增大而升高^[3-4]。因此, 寻找优势的临床治疗方法, 并有效控制后遗神经痛的发生是目前亟待解决的问题。本研究观察了刺血疗法治疗带状疱疹急性期肝经郁热证的临床疗效, 报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《西氏内科学(第 10 分册)》^[5]和《皮肤性病学》^[6]中关于带状疱疹的诊断标准: 1) 前驱症状表现为身体一侧特定部位的疼痛或灼烧感; 2) 皮损沿脊神经根散布, 常累及几个相邻的皮区; 3) 患处常先泛起红斑, 很快出现粟粒至黄豆样丘疹, 继之短时间内变成水疱, 疱壁紧张发亮, 疱液澄清, 密集, 成簇, 基底潮红, 各簇水疱群间皮肤正常。

中医诊断及辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]中“蛇串疮”的诊断标准: 1) 皮损为绿豆形状的水疱, 簇集成群, 疱壁紧张, 基底色红, 单侧散布, 排列成带状; 2) 皮疹呈现前, 常先有皮肤刺痛或灼热感, 可伴随周身轻度不适、发热; 3) 病患处疼痛, 可有难以忍受的剧痛。

肝经郁热证辨证标准: 皮损颜色鲜红, 水疱疱壁紧张, 灼热刺痛感明显; 口苦咽干, 烦躁易怒, 大便干或小便黄; 舌质红, 舌苔薄黄或黄厚, 脉弦滑数。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准及中医辨证标准; 年龄 18~70 岁; 病程 7 天以内, 未经过抗病毒和止痛治疗者; 签署知情同意书。

1.3 排除标准

1) 特殊类型的带状疱疹患者, 包括眼、耳带状疱疹、内脏带状疱疹、脑膜带状疱疹、泛发性带状疱疹、无疹型带状疱疹; 2) 妊娠或哺乳期妇女; 3) 过敏体质及对多种药物过敏者; 4) 瘢痕体质者; 5) 合并严重的心血管、脑血管、肝肾、造血系统等原发性疾病者; 6) 多脏器衰竭者, 合并糖尿病、恶性肿瘤、精神病、结缔组织病者, 以及有出血倾向者; 7) 1 个月内使用过皮质类固醇

基金项目: 首都中医药研究专项(15ZY10)

* 通讯作者: 2719162579@qq.com, 13581540345

激素或免疫抑制剂者。

1.4 一般资料

研究对象来自 2015 年 1 月至 2016 年 12 月北京中医医院皮肤科门诊带状疱疹患者 104 例,按患者就诊顺序依据 Excel 2010 软件生成的随机数字分为治疗组和对照组各 52 例。对照组中男 26 例,女 26 例;年龄 30 ~ 69 岁,平均 (55.10 ± 10.89) 岁;病程 1 ~ 6 天,平均 (3.47 ± 1.67) 天;病发部位:胸背部 21 例,腰腹部 24 例,四肢 7 例。治疗组男 23 例,女 29 例;年龄 25 ~ 69 岁,平均 (54.54 ± 11.89) 岁;病程 2 ~ 6 天,平均 (3.75 ± 1.73) 天;病发部位:胸背部 25 例,腰腹部 23 例,四肢 4 例。两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。本研究已通过首都医科大学附属北京中医医院伦理学审查 (2015BL-042-02)。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组:给予中药内服+针刺基础疗法。中药内服方:清热除湿汤,处方:龙胆草 9g,黄芩 9g,生地黄 15g,白茅根 30g,车前草 12g,大青叶 15g,生石膏 30g,六一散 15g,茯苓 10g,板蓝根 15g。医院代煎,每剂水煎约 400 ml,每日 1 剂,分早晚两次饭后 30 min 服用。针刺基础疗法:1) 体针。取穴:心夹脊穴 (在背部后正中线第五胸椎棘突下旁开 0.3 寸,只取患侧)、夹脊穴 (与皮损部位相对应的夹脊穴,在背部后正中线棘突下旁开 0.3 寸,只取患侧)、双侧支沟、双侧后溪穴。针刺手法:平补平泻。2) 围针。患者取卧位,用酒精常规消毒后,在阿是穴边缘 0.2 cm 处用 30 号 1.5 ~ 2 寸毫针进针,针尖朝向皮损区中心,以 15°角沿皮下围刺,针距约为 1 ~ 2 cm (每簇针数的多少与皮损范围的大小成正比,皮损范围的直径小于 3 cm 者,按周围神经走向前后左右各 1 针,直径 3 ~ 5 cm 者可 6 ~ 8 针,直径大于 8 cm 者则可 10 ~ 16 针)。留针 30 min,每日 1 次。

治疗组:在对照组治疗方法的基础上再给予针刺放血,方法如下:患者取卧位,充分暴露皮损,局部常规消毒后,再以一次性三棱针点刺龙头龙尾 (先发部位为龙尾,最后病发部位为龙头),选择大小适合的玻璃罐,快速拔按在刺络部位,留罐约 5 ~ 10 min,出血 3 ~ 5 ml,取罐后用酒精消毒患处,每日 1 次。龙眼穴 (手小指尺侧第 2、3 骨节之间,握拳于横纹尽处) 放血方法如下:局部常规消毒,

再以一次性三棱针点刺,出血 1 ~ 2 ml,用酒精消毒患处,每天 1 次。

两组均以 7 天为 1 个疗程,直至患者疼痛消失后停止治疗,治疗时间为 7 ~ 28 天。患者治疗期间禁止使用抗病毒药、营养神经药等研究方案以外的治疗。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 皮损愈合及疼痛缓解情况 记录两组患者止疱时间、开始结痂时间、全部结痂时间、开始脱痂时间、疼痛开始减轻时间、疼痛消失时间。

2.2.2 遗留后遗症神经痛情况 参照文献 [1],观察两组患者疼痛超过 30 天的例数。

2.2.3 血浆 β -内啡肽 治疗前后抽取患者静脉血,制备血浆,采用酶联免疫吸附法 (ELISA) 检测血浆内 β -内啡肽含量,试剂盒由北京绿源伯德生物有限公司提供 (批号: 201703),操作步骤严格按照试剂盒说明书进行。

2.2.4 安全性评价 1) 治疗前后检测血常规、尿常规、肝功能、肾功能。2) 随时记录针灸操作引起的血肿、晕针、断针、气胸、烫伤、局部感染等不良事件。

2.3 综合疗效评价标准

参考文献 [2] 制定,以症状体征量化计分总分积分计算出疗效指数,疗效指数 (n) = (治疗前积分 - 治疗后积分) ÷ 治疗前积分 × 100%。痊愈: $n = 100\%$; 显效: $60\% \leq n < 100\%$; 有效: $30\% \leq n < 60\%$; 无效: $n < 30\%$ 。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计学软件,计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用单因素方差分析,计数资料采用卡方检验,均采用双侧检验, $P < 0.05$ 认为有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者皮损愈合及疼痛缓解情况比较

表 1 示,治疗组在止疱时间、开始结痂时间、全部结痂时间、开始脱痂时间、疼痛开始减轻时间、疼痛消失时间方面均较对照组短 ($P < 0.05$)。

3.2 两组患者治疗前后血浆 β -内啡肽含量比较

表 2 示,两组患者治疗前血浆 β -内啡肽含量差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者治疗后 β -内啡肽含量均升高,且治疗组较对照组高 ($P < 0.05$)。

表 1 两组带状疱疹急性期肝经郁热证患者皮损愈合及疼痛缓解情况比较 (天, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	止疱时间	开始结痂时间	全部结痂时间	开始脱痂时间	疼痛开始减轻时间	疼痛消失时间
治疗组	52	3.92 ± 1.30	7.02 ± 1.91	9.37 ± 2.15	11.76 ± 2.14	5.80 ± 1.82	13.96 ± 5.77
对照组	52	4.71 ± 1.72*	8.80 ± 2.03*	11.33 ± 2.91*	13.90 ± 3.62*	7.47 ± 2.03*	18.25 ± 5.96*

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

表 2 两组带状疱疹急性期肝经郁热证患者治疗前后血浆 β -内啡肽含量比较 (pg/ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	52	15.14 ± 2.86	22.97 ± 4.34* Δ
对照组	52	15.29 ± 3.55	20.50 ± 4.13*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

3.3 两组患者后遗神经痛情况比较

两组分别有 2 例患者疼痛超过 30 天, 发生率为 3.85%, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.4 两组患者综合疗效比较

表 3 示, 对照组总有效率为 86.54%, 治疗组总有效率为 92.31%, 治疗组高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 3 两组带状疱疹急性期肝经郁热证患者综合疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	52	18(34.62)	22(42.31)	8(15.38)	4(7.69)	48(92.31)
对照组	52	14(26.92)	18(34.62)	13(25.00)	7(13.46)	45(86.54)

3.5 不良反应情况

两组患者治疗过程中肝、肾功能, 血、尿、大便常规未见异常。未出现血肿、晕针、断针、气胸、烫伤、局部感染等不良事件。

4 讨论

水痘-带状疱疹病毒拥有嗜皮肤性及嗜神经性, 侵害于皮肤则出现红斑、水疱, 侵害于神经则出现神经痛。西医治疗的原则主要为抗病毒、营养神经以及对症治疗, 及时使用伐昔洛韦、阿昔洛韦、泛昔洛韦等有效抗病毒药物能阻断病毒对神经的破坏, 在控制皮损和疼痛的症状以及预防后遗神经痛的发生方面具有重要意义。但其医疗成本较高, 具有一定副作用并且经常遗留顽固难治的后遗神经痛。 β -内啡肽是人体内一种重要的内源性阿片肽, 是由脑下垂体和脊椎动物的丘脑下部所分泌的氨基化合物 (肽), 能与吗啡受体相结合, 使人产生吗啡样欣快感, 起到止痛作用^[8]。有文献报道, 针刺等疗法能够升高疼痛患者血中 β -内啡肽含量, 达到镇痛作用^[9-10]。本研究探索刺血疗法是否也能够促进血浆中 β -内啡肽含量的升高, 从而达到止痛效果。

本病相当于中医学“蛇串疮”“缠腰火丹”等范畴。肝脾内蕴湿热兼感邪毒为其主要病因病机, 治疗宜清热利湿解毒。清热除湿汤为北京中医医院赵炳南治疗湿热内蕴型皮肤病的经验用方, 方中龙胆草、黄芩、生石膏清气分湿热, 生地黄、白茅根、大青叶、板蓝根清血分热兼以解毒, 车前草、六一散、茯苓清利湿热, 诸药合用从根本上改变湿热与气血相搏的状态。本病发病过程中由于病毒侵犯局部神经根引起神经炎症反应出现明显的神经痛, 中医认为邪气入络, 遂采用针刺方法通调络脉。研究表明, 选用围刺阿是穴, 针刺夹脊穴、支沟、后溪等穴位为治疗带着疱疹的最佳选穴方案^[11], 能够散热祛瘀、通调局部气血, 使气达病所。需要指出的是, 本研究使用的夹脊穴为王氏夹脊穴, 是北京中医医院已故老中医王乐亭在古人夹脊穴基础上根据个人临床体会总结而来, 自二胸椎至四腰椎, 各棘突下旁开 0.3 寸, 隔椎一穴, 一侧 8 穴。王乐亭治疗带状疱疹均选用心夹脊为主穴, 配合相应节段的其他夹脊穴 (即病变范围之内相应的夹脊穴)^[12]。围刺法是指以病损为中心, 在病损处的周边上下左右针刺的方法。本病病变在皮肤。《黄帝内经》曰“刺皮毋伤肉”, 故本研究采用阿是穴围刺法, 既可清泻邪热、疏散邪毒, 又可多向疏通患部经络, 使营卫通畅, 达到“通则不痛”的目的。支沟穴乃手少阳三焦经穴, 能清利少阳湿热, 是医治胁肋疼痛的经验用穴。后溪穴乃手太阳小肠经输穴, 为八脉八穴之一, 又称为小督脉, 可兴奋一身之阳气, 且手太阳与足太阳为同名经, 脉气相互贯通^[13]。故针刺支沟、后溪能使气血行而经络通, 达到通则不痛。治疗组加用的刺血疗法源于《素问·皮部论》, 曰“凡十二经络脉者, 皮之部也。是故百病之始生也, 必先于皮毛”, 且遵循《灵枢·九针十二原》中“凡针者, 虚则实之, 满则泄之, 菀陈则除之”的治疗原则, 可使体内的热毒、瘀血、湿热等邪气通过经脉-络脉-孙络-浮络泄除, 从而控制病情病势的发展。龙头、龙尾穴是国医大师贺普仁治疗带状疱疹的经验效穴, 用意在于充分祛其恶血, 使湿热火毒之邪能随瘀滞之血而出, 给邪以出路。龙眼穴是经外奇穴, 是王乐亭用三棱针点刺放血治疗带状疱疹的临

床经验穴^[3], 效果显著。龙眼穴位于手太阳小肠经上, 刺之能清热利湿, 活血化瘀。因小肠经与心经相为表里, 心经属火, 主血脉, 故龙眼穴放血, 能起到泻心火而清血热的作用。同时, 根据“菟陈则除之”的原理, 放血又可除菟陈祛瘀通络。

本研究结果表明, 对照组及治疗组均能对带状疱疹起到治疗作用, 均能够达到促进皮损愈合, 缓解疼痛的目的, 但治疗组皮损愈合时间短于对照组, 证明刺血疗法能够进一步加速皮损愈合以及疼痛的缓解。两组治疗方法均能使患者血浆 β -内啡肽含量升高, 治疗组较对照组治疗后血浆 β -内啡肽含量高。考虑刺血疗法能够提高血浆 β -内啡肽含量, 为刺血疗法治疗带状疱疹急性期的镇痛作用提供了客观依据。

参考文献

- [1] 张学军. 皮肤性病学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 65.
- [2] GAUTHIER A, BREUER J, CARRINGTON D, et al. Epidemiology and cost of herpes zoster and post-herpetic neuralgia in the United Kingdom [J]. Epidemiol Infect, 2009, 137(1): 38-47.
- [3] JUMAAN A, YU O, JACKSON LA, et al. Incidence of herpes zoster, before and after varicella-vaccination-associated decreases in the incidence of varicella [J]. J Infect Dis, 2005, 191(12): 2002-2007.

Clinical Observation of Acupuncture Combined with Herbs on 52 Cases of Acute Stage of Herpes Zoster of Heat Stagnation in Liver Channel Type

LIU Chunyang^{1,2}, WANG Jusheng¹, LIU Zhiyong¹

(1. Beijing Hospital of Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing, 100010; 2. Capital Medical University)

ABSTRACT Objective To observe the clinical effect of pricking blood therapy in treating acute stage of herpes zoster patients with heat stagnation in liver channel syndrome and to study the possible mechanism. **Methods** Totally 104 acute stage of herpes zoster patients of heat stagnation in liver channel type were randomized into treatment group and control group, 52 cases in each group. The control group was given oral herbs and basic acupuncture treatment. In addition to the treatment of the control group, blood-letting therapy was given in the treatment group. Seven days were one course in both groups. After the pain was completely disappeared, the treatment stopped. Preset treating time was 7 to 28 days. Patients' skin lesions healing and pain relief in both groups were examined. The changes of blood plasma β -endorphin level before and after treatment was detected. **Results** The vesiculation stopping time, incrustation starting time, total incrustation time, decrustation starting time, time of pain starting to relieve and pain disappearing in the treatment group was shorter than those in the control group ($P < 0.05$). After 30 days, the incidence of neuralgia in both groups was 3.85% ($P > 0.05$). After treatment, the increase of blood plasma β -endorphin level in the treatment group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). As for the comprehensive curative effect evaluation, the total effective rate of the control group and the treatment group was 86.54% and 92.31% respectively, with significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion** Pricking blood therapy might promote the healing of herpes zoster lesions and relieve the pain, increase of the level of patient's blood plasma β -endorphin might be one of the mechanisms.

Keywords herpes zoster; pricking blood therapy; heat stagnation in liver channel syndrome; β -endorphin

(收稿日期: 2017-06-11; 修回日期: 2017-08-13)

编辑: 叶 晨

- [4] MULLOOLY JP, RIEDLINGER K, CHUN C, et al. Incidence of herpes zoster [J]. Epidemiol Infect, 2005, 133(2): 245-253.
- [5] GOLDMAN L, BENNETT JC. 西氏内科学(第 10 分册) [M]. 王贤才, 译. 21 版. 西安: 世界图书出版公司, 2004: 363.
- [6] 国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准 [J]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 259.
- [7] 王映辉, 黄石玺, 刘保延, 等. 火针针刺法治疗带状疱疹的临床疗效评价研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2009, 15(10): 774-777.
- [8] YUAN YX, WANG SQ. Effect of beta-endorphin on the pain of hepatocellular carcinoma [J]. Int J Oncol, 2008, 35(2): 140-142.
- [9] 陆琪赞, 王凡, 章婷婷, 等. 不同电流强度电针对胫骨痛大鼠外周血 β -内啡肽含量的影响 [J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(9): 3329-3332.
- [10] 胡侠, 顾伟, 周庆辉, 等. 腕踝针对于肝癌疼痛的镇痛疗效及对神经肽类物质的影响 [J]. 中西医结合肝病杂志, 2005, 3(15): 131-133.
- [11] 黄国付, 张红星, 徐祖森, 等. 不同针灸方法治疗带状疱疹(急性期)疗效的比较 [J]. 针刺研究, 2012, 5(10): 403-408.
- [12] 张俊英. 金针王乐亭经验集 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 215.
- [13] 石学敏. 针灸学 [M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 56.