



· 论 著 ·

循经火疗配合中药外敷治疗带状疱疹后遗神经痛 60 例

蔡朝霞 (湖南省中医药研究院附属医院心内科 湖南长沙 410006)

摘要：目的 探讨带状疱疹后遗神经痛采用循经火疗配合中药外敷治疗临床效果。**方法** 选择带状疱疹后遗神经痛患者 120 例，均为我院 2016 年 2 月至 2017 年 2 月收治，随机分组，就常规应用西药甲钴胺片、维生素 B2 注射液、西米替丁西药治疗（对照组， $n = 60$ ）与应用循经火疗配合中药外敷治疗（观察组， $n = 60$ ）效果展开对比。**结果** 两组治疗前 VAS 评分经评测无差异（ $P > 0.05$ ），治疗后均有程度不等减低，但观察组减低程度与对照组比较，呈更明显显示，对比具统计学差异（ $P < 0.05$ ）。观察组选取的带状疱疹后遗神经痛患者总有效率经统计为 93.3%，对照组为 66.7%，对比具统计学差异（ $P < 0.05$ ）。两组均无严重不良反应。**结论** 针对临床收治的带状疱疹后遗神经痛患者，应用循经火疗与中药外敷配合治疗方案治疗，可显著提高临床效果，有效缓解疼痛，且具较高安全性，有广泛推广应用价值。

关键词：循经火疗 中药外敷 带状疱疹后遗神经痛

中图分类号：R275 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187 (2017) 09-006-02

临床皮肤科领域，带状疱疹为一种较为常见的急性病毒性感染疾病类型，由感染水痘一带状疱疹病毒所致，如未完全或及时将病毒清除，可引发带状疱疹后遗神经痛（PHN），其为带状疱疹最为多见的并发症，依据美国神经病协会相关标准，在带状疱疹经治疗消失 3 个月，患者仍自觉有神经疼痛者，可归属于 PHN 范围^[1-2]。因老年人机体抵抗力、免疫力均呈较差显示，故为 PHN 好发群体，如何治疗是临床研究的重点。中医认为 PHN 性疼痛由风、瘀之邪侵袭所致，治宜通调脏腑经络、活血化瘀。本次研究选择相关病例，应用循经火疗配合中药外敷治疗方案治疗，取得了理想成效，现回顾结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 120 例带状疱疹后遗神经痛患者，随机分组，观察组 60 例，男 41 例，女 19 例，年龄 60-76 岁，平均（66.9±3.2）岁，部位：头面部 5 例，腰腹部 22 例，臀大腿部 14 例，胸背部 19 例。对照组 60 例，男 39 例，女 21 例，年龄 61-75 岁，平均（66.8±3.5）岁，部位：头面部 6 例，腰腹部 20 例，臀大腿部 15 例，胸背部 19 例。两组均对本次实验知情同意，并排除合并严重感染者、恶性肿瘤者，组间自然资料可比（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 对照组：本组病例应用常规西药治疗方案，即甲钴胺片每次 50mg，每日 3 次口服，西咪替丁每次 0.2g，每日 2 次口服，维生素 B12 注射液每次 0.5mg，每日 1 次肌注。1 个疗程为 15d。

1.2.2 观察组：本组病例应用循经火疗与中药外敷配合治疗方案。将中药熟地 20g，冰片 1g，当归 20g，蜈蚣 10g，雄黄 10g 研成末状，取黄酒加入调和均匀，搅成糊状，于患者患侧夹脊穴及疼痛部位进行涂抹，再铺全棉热湿毛巾 3-4 层，洒注 95% 酒精，后将酒精点燃，10-20s 后，将火用另一条湿毛巾扑灭，片刻后拿开扑火毛巾，同上述操作步骤，取 95% 酒精洒注，点燃，扑灭，以患者可对热度承受为止，或反复操作 20-30min，将毛巾取下，对患处行擦干处理，每日 1 次，1 个疗程为 15d。

1.3 疗效评估

（1）疼痛状况：应用视觉模拟评分法（VAS）评估治疗前后两组疼痛情况，以 0-10 分为分值范围，0 分为无痛，10 分为剧痛。（2）疗效评定：依据患者舌脉状况、疼痛程度、灼热感程度等 5 项内容进行评估，单项 0-3 分，0 为无，3 分为重度。（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总积分×100%=疗效指数。治愈：积极治疗后，疗效指数经评估≥95%；显效：积极治疗后，疗效指数经评估≥70%，但不及 95%；有效：积极治疗后，疗效指数经评估≥30%，但不及 70%；无效：积极治疗后，疗效指数经评估≤30%。（3）对比两组不良反应。

1.4 统计学分析

涉及数据均在 spss13.0 输入，组间计量数据如疼痛评分采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 t 检验，总有效率、不良反应率计数资料采用（%）表示，行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 具统计学差异。

2 结果

2.1 两组疼痛情况评分

两组治疗前 VAS 评分经评测无差异（ $P > 0.05$ ），治疗后均有程度不等减低，但观察组减低程度与对照组比较，呈更明显显示，对比具统计学差异（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1：两组治疗前后疼痛评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	治疗前	治疗后
观察组（ $n = 60$ ）	7.29±1.78*	2.26±0.65 *
对照组（ $n = 60$ ）	7.30±1.79	4.39±0.72

注：* $P < 0.05$ 。

2.2 总有效率

观察组选取的带状疱疹后遗神经痛患者总有效率经统计为 93.3%，对照组为 66.7%，对比具统计学差异（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2：两组总有效率对比 [n(%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组（ $n=60$ ）	32 (53.3)	16 (26.7)	8 (13.3)	4 (6.7)	93.3% *
对照组（ $n=60$ ）	16 (26.7)	12 (20)	12 (20)	20 (33.3)	66.7%

注：* $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应率

观察组头晕、恶心各 1 例，不良反应率为 3.3%；对照组压食、恶心、头晕各 1 例，不良反应率为 5%，对比不具统计差异（ $P > 0.05$ ）。两组均无严重不良反应。

3 讨论

目前临床尚未明确 PHN 发病机理，认为其与机体免疫状况、年龄、病程等因素密切相关。西医观点是，其非带状疱疹疼痛延续，而是周围神经损伤所致，与瘢痕形成及感觉神经脱髓鞘相关。中医学观点是，中老年病例受年龄等多因素影响，机体呈体虚正亏显示，疱疹后期，经络有湿热之邪滞留，同时耗伤阴血，引发脉络不通，故本病疼痛具风、瘀之邪侵袭特点^[3-4]。本次观察组在采用中药外敷循经火疗治疗方案时，以夹脊穴等处做主要治疗部位，其可对督脉进行调节，发挥对脏腑经络通调的作用，可使正气得助，瘀滞相通。所用外敷中药熟地、当归养阴固本，可充盈脉络，清除风邪；冰片可散郁热火毒；蜈蚣可通络止痛，雄黄可解百毒。诸药共用，共起散瘀通络之效^[5]。应用循经火疗方案，除发挥了灸疗所具有的独特经络热效应外，还对针灸的贴敷法进行综合，即经络穴位，将药气向全身渗透，药物燃烧时，成分经皮肤呼吸系统进入体内，可扶正祛邪，疏通经络，并使人体免疫功能激活，发挥对疾病的治疗作用。结合本次研究结果示，两组治疗前 VAS 评分经评测无差异（ $P > 0.05$ ），治疗后均有程度不等减低，但观察组减低程度与对照组比较，呈更明显显示，对比具统计学差异（ $P < 0.05$ ）。观察组选取的带状疱疹后遗神经痛患者总有效率经统计为 93.3%，对照组为 66.7%，对比具统计学差异（ $P < 0.05$ ）。两组均无严重不良反应。

（下转第 8 页）



术持续时间分别短于参照组, $P < 0.05$, 见表 2。

2.3 疼痛评分比较

治疗前, 研究组患儿的疼痛评分与参照组相比无明显的差异, $P > 0.05$, 治疗后, 研究组患儿的疼痛评分明显低于参照组, $P < 0.05$, 详见表 3。

2.4 并发症发生率比较

研究组患儿的并发症发生率为 6.67% 明显低于参照组患者的并发症发生率 26.67%; $P < 0.05$, 详见表 4。

表 1: 治疗效果比较 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	30	24 (80.00)	4 (13.33)	2 (0.60)	28 (93.33)
参照组	30	16 (53.33)	6 (20.00)	8 (26.70)	22 (73.33)
χ^2	--	--	--	--	5.1840
P	--	--	--	--	<0.05

表 2: 术中出血量、创面伪膜形成时间以及手术持续时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血量 (ml)	创面伪膜形成时间 (h)	手术持续时间 (h)
研究组	30	10.6 ± 1.8	13.2 ± 1.4	23.6 ± 4.3
参照组	30	19.8 ± 2.4	32.6 ± 2.5	58.7 ± 5.2
t	--	16.7968	37.0843	28.4917
P	--	<0.05	<0.05	<0.05

表 3: 疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
参照组	30	4.56 ± 1.26	1.99 ± 0.71
研究组	30	4.57 ± 1.32	1.02 ± 0.26
t	--	0.0300	7.0266
P	--	>0.05	<0.05

表 4: 并发症发生率比较 [n(%)]

组别	例数	鼻咽粘连	腺样体残留	咽鼓管功能障碍	合计
研究组	30	1	1	0	2 (6.67)
参照组	30	3	2	3	8 (26.67)
χ^2	--	--	--	--	4.3200
P	--	--	--	--	<0.05

3 讨论

小儿鼾症在临床上又被称为小儿打呼噜, 该病是因为完全性或部分上气道堵塞使患儿在睡眠中发生低氧血症, 该项疾病的主要临床症状有行为异常、生长发育受限、神经受损以及心肺功能异常等, 一般情况下称为小儿睡眠呼吸暂停低通气综合症。临床行指出引起这种病症的主要原因有小儿扁桃体炎反复发作导致腺样体与扁桃体的肿大, 使患儿的听力下降、打鼾与耳闷等, 若不进行及时的治疗, 患儿容易发生分泌性的中耳炎、鼻炎以及鼻窦炎等^[4]。

本次研究中, 采用内窥镜联合低温等离子治疗鼾症患儿, 研究组患儿的治疗总有效率 (93.33%) 明显高于参照组患儿的治疗总有效率 (73.33%); 术中出血量少于参照组, 创面伪膜形成时间以及手术持续时间分别短于参照组; 疼痛评分明显低于参照组; 并发症发生率 (6.67%) 明显低于并发症发生率 (26.67%); $P < 0.05$, 具体原因如下: ①低温等离子刀在临床上具有较多的优点, 低温等离子刀采用最先进的低温消融技术, 主要利用等离子刀正负极之间的电压差, 使正极与组织间隙内的导电液体不断转化成为低温等离子体, 该等离子体内的带电粒子可有效的打断组织间的碳-碳和碳-氢共价键, 使得人体体内的组织分解产生一定的氧气、氮气、二氧化碳、氢气以及甲烷等,

从而进一步的被快速挥发, 发挥积极的组织减容和消融作用。等离子刀工作时表面温度在 40 ~ 70℃ 之间, 并不是高温破坏组织, 可引起低温分子瓦解, 可对周围的组织造成一定的损伤, 或者将对患儿的损伤降到最轻^[5]。等离子手术系统设计主要有多种型号的头, 可通过转换不同型号的头, 治疗多种耳鼻喉科疾病, EVac70 刀头主要适用于扁桃体和腺样体切除术, 在同一刀柄中兼备切割、凝血、吸引器三种功能, 同时可边切割、边止血、边吸引, 最大程度节省频繁更换器械占用的手术时间, 将手术效率不断的提高, 另外, 可节省吸引器、止血钳、电刀、剥离器等手术器械所占的空间, 使得手术视野更加的开阔清晰, 另外, 所使用的切割方式并不是单纯的钝性剥离, 尤其是对于伴有炎症或者黏连的扁桃体, 不需要花太多的时间进行分解黏连或压迫止血, 可明显缩短手术时间, 减少术中出血量等^[6]。同时, 等离子刀操作十分轻柔, 牵拉挤压较少, 低温消融技术可对周边组织热损伤小, 因此, 患儿的术后疼痛、伤口反应轻, 咽部水肿不明显, 术后患儿的并发症较少, 复发率较低^[7-8]。②等离子刀对于治疗小儿鼾症具有较多的优势, 对开展手术治疗的患儿, 具有多种方法进行选择, 相对于传统的扁桃体剥离术, 等离子刀治疗小儿鼾症可明显减少患儿的术中出血量, 降低术后出血发生率, 缓解术后疼痛程度, 同时使得鼻塞打鼾等症状得到良好的缓解, 使得术后复发率较低, 临床实际应用中等离子术后扁桃体窝内白膜形成较厚, 另外脱落时间晚, 但是并不影响患儿的疼痛程度和正常饮食恢复时间, 使得其术后出血及感染几率有所降低^[9-10]。

结合上述研究, 采用内窥镜联合低温等离子治疗鼾症患儿, 患儿的治疗效果显著, 创面伪膜形成时间和手术持续时间更短, 术中出血量更少, 疼痛缓解程度较好, 并发症发生率较低, 值得临床进一步的学习与借鉴。

参考文献

- [1] 陈登胜. 鼻内镜下等离子切除腺样体治疗小儿鼾症的临床分析[J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 2014, 22(6):443-444.
- [2] 杨飞, 陈登胜, 周意等. 低温等离子消融术在儿童鼾症手术中的应用[J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 2014, 22(6):440-442.
- [3] 朱怡霏, 李莉. 低温等离子射频消融术治疗小儿鼾症围手术期的护理体会[J]. 中国医科大学学报, 2016, 45(11):1049-1050.
- [4] 赵瑞. 内窥镜结合低温等离子治疗小儿鼾症的临床疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(19):3378-3379.
- [5] 刘白梅. 鼻内镜下低温等离子消融术治疗儿童腺样体肥大[J]. 健康必读 (中旬刊), 2012, 11(4):255.
- [6] 陈军, 李华超. 鼻内镜下低温等离子射频术与腺样体刮除术联合扁桃体剥离术治疗儿童鼾症的比较研究[J]. 中国内镜杂志, 2015, 21(12):1295-1297.
- [7] 郭军, 谢兴笔, 宋雨思等. 鼻内镜下两种腺样体手术方式的疗效比较[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(15):135-137.
- [8] 刘学军, 黄赛瑜, 高金建等. 鼻内镜下低温等离子射频消融术治疗儿童鼾症的疗效及术后反应观察[J]. 中国内镜杂志, 2016, 22(6):5-8.
- [9] 任小东, 蒋晓平, 陈天宾等. 鼻内镜下低温等离子射频消融术与扁桃体联合腺样体切除术治疗小儿鼾症伴过敏性鼻炎疗效比较[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(9):928-931.
- [10] 黄顺德, 杨长君. 低温等离子扁桃体消融切除术联合鼻镜低温等离子腺样体消融术治疗小儿鼾症的效果分析[J]. 中国实用医刊, 2016, 43(9):117-118.

(上接第 6 页)

综上, 针对临床收治的带状疱疹后遗神经痛患者, 应用循经火疗与中药外敷配合方案治疗, 可显著提高临床效果, 有效缓解疼痛, 且具较高安全性, 有广泛推广应用价值。

参考文献

- [1] 丛敏. 中药内服外敷治疗带状疱疹后遗神经痛临床研究[J]. 中国实用医药, 2015, 10(1): 162-163.
- [2] 冯嘉铁. 不同治疗方案干预带状疱疹后遗神经痛的疗效分析

[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(1): 102-103.

[3] 白桦, 刘法. 龙胆泻肝汤加减对带状疱疹的临床疗效观察及免疫功能的影响[J]. 世界中医药, 2015, 10(7): 1022-1025.

[4] 李晓武. 中药治疗带状疱疹前期神经痛 20 例[J]. 实用中医药杂志, 2007(8): 24-25.

[5] 陈体高, 闫毅, 许传勤, 等. 刺络拔罐配合中药治疗气滞血瘀型带状疱疹后遗神经痛的疗效观察[J]. 中国当代医药, 2015, 22(1):125-126.