

带状疱疹病程早期的高频超声诊断与针灸治疗

王昊陆¹ 高扣宝²

(1 上海交通大学仁济临床医学院 上海 200127; 2 江苏省南京市鼓楼区中医院 南京 210003)

摘要:目的:探讨诊断、治疗带状疱疹病程早期的有效方法。方法:将101 名患者随机分为高频超声诊断并针灸组(试验组),传统经验诊断并针灸组(对照组),进行治疗结果对比。结果:试验组总有效率达 90.6%,对照组总有效率 68.8%, $P<0.05$,试验组优于对照组,诊断正确率明显提高。结论:高频超声诊断结合针灸治疗带状疱疹病程早期,临床疗效和预后效果肯定。

关键词:带状疱疹;早期;高频超声;针灸疗法

Abstract:Objective:To search effective diagnosis and therapy for herpes zoster at the early stage. Methods:101 cases of herpes zoster were randomly divided into the experiment group diagnosed by high-frequency ultrasonography and treated with acupuncture-moxibustion,and the control group diagnosed by experience and treated with acupuncture-moxibustion.Two therapeutic effects were compared. Results:In the experiment group the effective rate was 90.6%, which was better than 68.8% in the control group ($P<0.05$),with the correctness in diagnosis increased.Conclusion:High-frequency ultrasonography in diagnosis and acupuncture-moxibustion has definite clinical effect on herpes zoster at the early stage.

Key words: herpes zoster;early stage;high-frequency ultrasonography;acupuncture-moxibustion methods

中图分类号:R752.12

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0007-02

带状疱疹(Herpes Zoster)近年来的发病率有所增加,这种皮肤疾病中医称“腰缠丹火”、“蛇串疮”等,由火毒郁积肌肤而发,以沿周围神经分布的集群疱疹和神经痛为特征。然而许多患者在病程早期仅有局部皮肤不明疼痛或红斑等不典型症状。传统经验诊断与皮肤科药物治疗,并不是针对出疹前病程早期患者的最佳疗法,因而目前该期疾病的诊断正确率和治疗有效率普遍不理想。笔者对南京市鼓楼区中医院自 2005 年 3 月~2007 年 8 月诊断、治疗带状疱疹早期患者 101 例资料,进行了统计与研究。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 两组病例均为门诊病人。入选标准为单侧躯体皮肤感觉异常,自述为瘙痒、灼烧感,出现红斑或单侧神经痛,但尚无皮疹及水疱。以上患者随机分为高频超声诊断并针灸组(试验组)和传统经验诊断并针灸组(对照组)。两组患者一般资料见表 1。两组在性别、年龄以及临床表现方面均无显著性差异,具有可比性($P>0.05$)。

表 1 两组患者一般资料比较 ($\bar{X}\pm S$) 例

组别	n	性别		年龄(岁)	发病部位	
		男	女		躯干	四肢近端
试验组	53	31	22	60.19± 14.29	39	14
对照组	48	29	19	56.92± 12.61	37	11

1.2 诊断标准

1.2.1 试验组 采用 Vivid7 型彩色多普勒超声诊断仪,探头频率 10MHz,直接扫描法进行诊断。带状疱疹多为单侧发病,因而同一患者可进行健侧与病变侧的对照检测,分别测定两侧皮肤和皮下组织厚度、皮神经断面直径。检查过程中,患者肌肉放松,躯体两侧姿态保持一致,保证健侧与病变侧的检测条件一致与两侧检查手法相同。根据陈宝春^[1]、唱文娟^[2]的研究结果,笔者将以下三项结果均出现者,拟诊为带状疱疹病程早期:(1)皮肤厚度病变侧大于健侧;(2)皮下组织厚度病变侧大于健侧;(3)皮神经直径病变侧大于健侧。

1.2.2 对照组 根据传统经验进行诊断。依据《皮肤性病学》^[3]和 Scott F 相关研究^[4],除上述病变以外,有时夜间疼痛

加剧,伴有低热、乏力、纳差等全身症状,并排除肋间神经痛、冠心病、胆囊炎等误诊病种,即拟诊为带状疱疹病程早期。

1.3 治疗方法 试验、对照两组依据以上各自标准,拟诊为带状疱疹病程早期的患者进行围刺拔罐法治疗,其余则采用其他相关治疗。病变区域,尤其是剧痛部位先用酒精常规消毒,毫针围刺法处理,以出血为度。随后立即用投火法拔罐 5~10min。起罐后罐内出现血水或者积液,并且皮肤呈淡紫红色效果最佳。消毒敷料擦净血水、积液后,立即涂抹鲜芦荟汁。以上治疗同时,病变发于躯干者同时针灸支沟、风池、肩井等穴,病变位于腿部者同时针灸丰隆、太冲、阳陵泉等穴。如果在病程中出现围刺伤口化脓感染,可在治疗时加肉桂粉、蒲公英粉撒敷。7d 为 1 个疗程,2 个疗程后对比疗效。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》,并根据刘明^[5]的临床报道,笔者拟定治疗 2 周后的疗效判断标准如下。治愈:皮肤红斑、疼痛以及异常感觉完全消失,无需再进一步处理;好转:疼痛明显减轻,有疱疹少量出现,仅剩余局部红斑未消退或由于局部感染渗液需继续处理;无效:皮肤感觉异常、出现红斑或单侧神经痛症状均未明显改善。

2.2 治疗与诊断结果 见表 2、表 3。

表 2 两组拟诊为带状疱疹病程早期患者临床疗效比较 例

组别	n	治愈	好转	无效及误诊	有效率(%)	治愈率(%)
试验组	53	40	8	5	90.6	75.5
对照组	48	29	4	15	68.8	60.4

注:两组总有效率、治愈率有显著性差异($P<0.05$),试验组均优于对照组。

表 3 两组拟诊为带状疱疹病程早期患者诊断正确率比较 例

组别	n	确诊	误诊	正确率(%)
试验组	53	49	4	92.4
对照组	48	37	11	77.1

表 3 中误诊标准为:拟诊为带状疱疹感染后,治疗中确诊为其他疾病;或否定带状疱疹感染后,出现典型的红斑丘疹期或水疱期症状,再进行中医针灸治疗后患者痊愈或明显好转。两组在诊断正确率方面有显著性差异($P<0.05$),试验组优于对照组。

低颅压综合征的临床分析及中西医治疗

任金生 蒋家东
(河南省商丘市第二人民医院 商丘 476000)

摘要:目的:阐述低颅压综合征的病因、发病机制及中西医诊治。方法:25 例病人给予大量输液、激素及中医中药治疗,部分病人给予鞘内注射生理盐水治疗。结果:25 例病人经过中西医治疗 1~3d 内治愈,尤其鞘内给药者,症状缓解快。结论:临床上遇到与体位有关的头痛、头晕,腰穿脑脊液压力小于 60cmH₂O,应想到低颅压综合征。
关键词:低颅压综合征;头痛;脑脊液压力;鞘内注射;中医分型治疗

中图分类号:R 741 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2008)02-0008-03

低颅压综合征又叫低颅压症、低颅压症候群,临床上易见而不易识别。现将近 5 年来临床上遇到的低颅压综合征结合文献分析如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本文 25 例病人中,男性 7 例,女性 18 例,男女之比为 1:3,与文献报告相似^[1]。年龄最小 11 岁,最大 73 岁,以 20~45 岁居多。

1.2 临床表现 25 例病人均以卧位减轻,站立或坐位时加重的头痛、头晕伴恶心、呕吐为主要表现,其中 6 例表现为剧烈的枕颈部疼痛伴颈项强直;4 例表现为短暂的视物模糊、畏光和复视。

1.3 辅助检查 (1)脑脊液检查:25 例病人卧位时腰穿脑脊液压力 30~60cmH₂O;17 例脑脊液常规检查正常;8 例可见蛋白轻度增高 500~1 000mg/L,红细胞数和白细胞数稍增多。(2)CT 检查:20 例病人作头颅 CT 未见异常,5 例病人可见脑池、脑沟变窄缩小。(3)TCD 检查:18 例可见 MCA、ACA 双侧流速减慢,7 例 BA 及两侧 VA 痉挛。

1.4 诊断 原发性低颅压症诊断标准为^[2]:(1)随体位改变的头痛、头晕、恶心、呕吐等症状;(2)在正常呼吸时,侧卧位腰

穿脑脊液压力初压小于 60cmH₂O;(3)病史中无腰穿、脑外伤、手术、感染、中毒、失水、低血压等导致脑脊液生成减少、吸收增加或脑脊液漏的因素;(4)排除因慢性小脑扁桃体疝堵塞枕骨大孔或椎管梗阻所致腰穿时脑脊液压力降低。本组病人 13 例诊为原发性低颅压症。继发性低颅压症符合原发性低颅压症诊断标准(1)、(2)、(4),还有(3)中病因所致。本文 4 例有轻微脑外伤史,3 例有腰穿史,5 例有服用噻吩噻类药物史。腰穿后引起者多见于女性,头痛出现于腰穿后几分钟~12d,一般腰穿后 12~24h 出现^[3]。

1.5 治疗 25 例病人,给予大量补液 2 500~3 500mL/d(生理盐水 1 000mL、5%葡萄糖液 1 500~2 500mL),加地塞米松 10~20mg/d,同时大量饮水 3 000~5 000mL/d,脑脊液压力小于 50cmH₂O 者鞘内注射生理盐水 20mL,10 例病人加用黄芪注射液 30mL,5 例病人加用生脉注射液 30mL 治疗,每日 1 次,静脉滴注,25 例病人据证口服中药 3~7d。

2 结果

25 例病人经大量输液、饮水及口服中药等治疗,全部 1~7d 而愈,以鞘内注射生理盐水者症状消失快。全部病人经 1~2 年随访,至今无复发。

3 讨论

带状疱疹病程早期的病理变化主要是表皮气球样变性、网状变性,皮下组织水肿、炎性改变,真皮血管周围炎性浸润,同时皮肤各层肿胀、增厚,皮神经纵断面直径增大^[4]。此期超声图像的改变与带状疱疹病程早期病理变化有关。但因超声频率不够高等条件限制,无法观察表皮层的变化,无法与某些炎症反应进行特异性区别,可能是造成诊断准确性低于实验室确诊方法的原因之一。由于带状疱疹特异性的实验室确诊方法如取疱疹内液进行病毒分离,电镜检测包涵体或血清学检测抗体等方法,只适用于红斑丘疹期和水疱期患者。PCR 方法敏感而快速,但要求被检测患者鼻咽分泌物中有病毒 DNA,在临床上难以普及^[5]。传统的诊断思路容易造成病程早期的误诊误治,如误诊为肋间神经痛、冠心病、胆囊炎等,从而增加后遗神经痛的发病率,并给患者带来不必要的痛苦。依靠高频超声检测带状疱疹病程早期患者患侧与健侧皮肤厚、皮下组织厚度、皮神经直径的差异,与传统经验诊断相比,更为准确,可行性强,并具有鉴别诊断意义。

从中医的角度来说,带状疱疹病程早期患者肝郁化火,湿热蕴蒸,浸淫肌肤、经络,但未发疱疹。围刺法可直捣病灶,有效阻断邪气的扩散。与皮肤科药物方法相比,针灸治疗无

论是从疗效角度,还是从经济角度都具有明显的优势^[6]。毫针围刺与投火法拔罐有通络止痛、泻火解毒的功效,能够调和气血,透达经络,扶正祛邪,标本兼治。现代医学实验研究表明,毫针围刺与投火法拔罐的综合运用可以直接扩病变部位血管,改善局部血液循环;能够增强免疫功能,有良好的抗炎作用^[6]。

综上所述,利用现代西医学的高频超声技术进行诊断,辅助传统针灸治疗带状疱疹病程早期患者,临床疗效和预后效果肯定。两者的有机结合,可以明显提高一些疾病的诊断正确率、总有效率和痊愈率,具有临床推广应用的价值。

参考文献

[1]陈宝春,李鑫.高频超声在带状疱疹诊断中的应用[J].生物医学工程与临床,2007,11(1):30

[2]唱文娟,康春松.带状疱疹患者出疹前皮肤及皮神经声像图观察[J].山西医科大学学报,2007,37(3):288

[3]陈洪铎.皮肤性病学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社,1999.71-72

[4]赵颖,王济东.带状疱疹的诊断与治疗[J].国外医学·护理学分册,2001,20(4):189

[5]刘明.刺络拔罐治疗带状疱疹 30 例[J].陕西中医,2006,27(11):1 417

[6]庞素芳,鲍家铸.刺络拔罐围刺为主治疗高原带状疱疹疗效观察[J].中国针灸,2003,23(4):207

(收稿日期:2007-09-03)