

组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后血液流变学相关指标对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	全血高切还原黏度 (mPa·s)	血浆黏度 (mPa·s)	血小板聚集率 (%)
观察组	37	治疗前	7.97±1.18	1.95±0.17	73.21±6.73
	37	治疗后	6.27±1.05 ^{△*}	1.32±0.11 ^{△*}	55.62±5.95 ^{△*}
对照组	37	治疗前	7.98±1.21	1.98±0.16	73.73±6.82
	37	治疗后	7.21±1.13 [△]	1.65±0.13 [△]	63.82±6.16 [△]

注:与治疗前比较,[△] $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

研究表明,SHS 多发生在脑卒中后 1~3 个月内,尤其是合并肩关节半脱位的患者更易并发肩手综合征。其发病机制尚不十分清楚,但不少学者发现患者早期不正确的运动导致上肢关节损伤、上肢体液回流泵机制的破坏、血管运动神经麻痹、末梢血流减少等因素都会引起该病的发生^[3]。亦有学者发现脑卒中后,患肢的交感神经兴奋性增高及血管痉挛反应,大量 P 物质和神经肽释放,导致患侧上肢血液、淋巴流动障碍,从而出现疼痛、水肿和运动受限。因此,西医治疗本病多从营养神经、改善循环着手。

中医学认为,脑主神明,元神失司,则肢体失用,脉络痹阻,肩手失和。脑卒中后肩手综合征属“痹证”范畴,治疗当补气通络、活血化瘀、祛痰利湿。笔者

自拟通络化痰方为补阳还五汤加味而成,补阳还五汤补气活血通络,擅于治疗气虚血瘀之中风,笔者再加化痰通窍、健脾利湿之法半夏、远志、石菖蒲、薏苡仁,从获良效;又用活血化瘀、利湿通络之中药熏蒸,将药力和热力有机结合,使药物从疏松的皮肤腠理中直接作用于病患局部,从而改善血液和淋巴循环,解除肌肉、血管痉挛^[4]。综上所述,中药内服外熏蒸治疗 SHS 能进一步提高疗效,改善患者的疼痛和运动功能障碍,其机制可能与改善局部的血循有关。另外,由于绝大部分 SHS 患者伴有患侧肢体感觉功能障碍,因此在熏药过程中,要求患者家属陪同并将健侧肢体同时放在熏蒸处,当健肢感觉过烫时,就立即换其他部位进行熏蒸或加大距离。

参考文献

- [1] 马彦,樊继军,赵卫华.脑卒中后肩-手综合征三级治疗方案效果分析[J].宁夏医科大学学报,2013,35(10):1147-1149
- [2] 缪鸿石,朱铺连.脑卒中的康复评定和治疗[M].北京:华夏出版社,1996.149-150
- [3] 乔婕,唐巍.中医药治疗脑卒中后肩手综合征的研究进展[J].中国民族民间医药,2015,24(6):20-23
- [4] 马振宇,吴赞杨.中药熏蒸结合 PNF 技术治疗脑卒中后肩手综合征 I 期疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2013,23(8):623-625

(收稿日期:2015-05-11)

血府逐瘀口服液联合高能窄谱红光照射治疗颌面部带状疱疹后遗神经痛疗效观察

易鸿

(湖北省石首市骨科医院口腔科 石首 434400)

摘要:目的:观察血府逐瘀口服液联合高能窄谱红光照射治疗颌面部带状疱疹后遗神经痛的疗效。方法:将 60 例颌面部带状疱疹后遗神经痛患者随机分为治疗组和对照组各 30 例。对照组采用高能窄谱红光照射患处 20 min,2 次/d,并给予口服甲钴胺片,0.5 mg/次,3 次/d,盐酸曲马多缓释片,100 mg/次,1 次/晚。治疗组在对照组治疗基础上加用血府逐瘀口服液 10 ml,3 次/d,两组连续用药 10 d,治疗结束后判定疗效。结果:总有效率治疗组为 90.00%,对照组为 73.33%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:血府逐瘀口服液联合高能窄谱红光照射治疗颌面部带状疱疹后遗神经痛患者疗效确切,值得临床医生选用。

关键词:带状疱疹后遗神经痛;血府逐瘀汤;高能窄谱红光;疗效观察

中图分类号:R752.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.11.021

带状疱疹后遗神经痛(PNH)是指带状疱疹皮损愈合 3 个月后,仍遗留的疼痛,可表现为持续或间歇性剧痛,对患者的生活质量有较大的影响^[1]。2002 年 1 月~2014 年 7 月,笔者采用血府逐瘀口服液联合高能窄谱红光照射治疗颌面部带状疱疹后遗神经痛 30 例,取得了满意疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 入选 60 例患者均为本科门诊病例,其中男 36 例,女 24 例,平均年龄 65 岁(50~82 岁),平均病程 5.6 个月(3 个月~1 年),其中 3~6 个

月 40 例,6 个月~1 年 20 例。疼痛累及三叉神经第二支 31 例,累及第三支 29 例。按就诊次序随机分为治疗组 30 例和对照组 30 例,两组患者性别、年龄、病情严重程度经统计学分析,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.1.1 入选标准 曾患典型的带状疱疹患者,皮损治愈 3 个月后,患处仍然持续或间歇性剧痛;年龄 50≥岁;愿接受本治疗,且能遵守治疗方案;疼痛在 1 年以内者;签署知情同意书。

1.1.2 排除标准 严重心、肺、肝、肾、胃等器官疾

病及全身衰竭者;3 个月内用过抗惊厥药者;对本类药物过敏者;免疫功能低下者。

1.2 治疗方法 两组患者均采用高能窄谱红光(深圳普门科技有限公司生产的 Carnation11 红光治疗仪),光谱范围(640± 10) m,直接照射局部病灶和痛点,光输出功率 8 W。治疗时给患者戴黑色眼罩以保护眼睛。根据患者的舒适度、痛点、病灶面积大小、调整光源与病变部位的距离,每次持续照射 20 min,2 次/d。同时两组均给予甲钴胺片 0.5 mg/次,3 次/d,盐酸曲马多缓释片 100 mg/次,1 次/晚。治疗组:在对照组治疗基础上加用血府逐瘀口服液 10 ml,3 次/d,治疗 10 d 为 1 个疗程,1 个疗程后评判疗效,治疗前后查血、尿常规及肝、肾功能,记录用药中的不良反应,并进行 VAS 评分。

1.3 观察指标

1.3.1 视觉模拟评分(VAS)法^[2] 本研究采用的 VAS 卡由中华医学会疼痛医学会监制,VAS 卡 100 mm 长的横线形图,均分为 10 个等级,数字越大则疼痛强度越大。无痛为 0 分,轻度疼痛为 1~3 分,中度疼痛为 4~7 分,重度疼痛为 8~10 分。本组 60 例病例治疗前疼痛均 10 分。

1.3.2 疗效判定标准 痊愈 0~3 分,显效 4~7 分,无效 8~10 分。总有效率 = 痊愈率 + 显效率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析,计数资料采用卡方检验,P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 两组总有效率比较差异有统计学意义($\chi^2=2.783, P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	无效	总有效
治疗组	30	16(53.33)	11(36.67)	3(10.00)	27(90.00)
对照组	30	4(13.33)	18(60.00)	8(26.67)	22(73.33)

2.2 不良反应 治疗组 4 例出现轻度恶心头晕,1 例轻度腹泻,但尚能耐受,不良反应发生率为 16.67%;对照组 4 例出现头晕乏力,2 例上腹部不适,不良反应发生率为 20.00%。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义(P>0.05)。两组患者均未中断治疗,停药后不良反应均消失,治疗前后血常规、肝肾功能均无明显变化。

3 讨论

PNH 是带状疱疹最常见的并发症,尤其是老年人容易感染带状疱疹且容易发生 PNH^[3]。西医对于 PHN 的治疗方法主要包括抗癫痫药、抗抑郁药、阿

片类药、外用药等。本组病例中,甲钴胺片为神经营养药,通过促进受损神经组织修复,从而达到镇痛作用。曲马多是一种人工合成的弱效阿片受体激动剂,主要作用于疼痛相关的特异性受体,治疗 PHN 耐受性好,有明显疗效^[4]。

中医《外科证治全书》中说:“诸痛皆由气血瘀滞不通而致”,而 PHN 患者往往年老体弱、血虚肝旺、湿热毒盛、气血凝滞,符合“瘀”之病机。血府逐瘀口服液由当归、生地、赤芍、桃仁、枳壳、牛膝、川芎、柴胡、甘草、桔梗、红花 11 味中药组成,方中桃仁、红花、当归、川芎、牛膝均为活血化瘀通络之主药,而当归、柴胡、牛膝可降低血脂、改善血管阻力,配伍牛膝有引“瘀血”下行之效,具有善行气血之功能,因而具有活血化瘀的作用^[5]。

物理疗法治疗 PHN 操作简单,红光治疗过程中的温热作用,让患者每次治疗后主观感觉改善良好,故而患者易于接受。研究表明^[6],红光能穿透组织深层,使病损处巨噬细胞释放相应细胞因子、生长因子等促组织修复物质。本研究表明:血府逐瘀口服液联合高能窄谱红光照射和口服西药疗效明显优于西药联合高能窄谱红光照射,尤其是中药治疗擅长于整体观念辨证论治,为从根本上治疗 PNH 提供了思路。为了提高试验的敏感性,排除顽固性病例入选,本组病例排除疼痛在 1 年以上的 PHN 患者,本研究结果显示:总有效率治疗组为 90.00%,对照组为 73.33%,两组比较差异有统计学意义(P<0.05),血府逐瘀口服液联合高能窄谱红光照射治疗颌面部带状疱疹后遗症神经痛患者疗效确切,值得临床医生选用。但本研究仅限于 10 d 跟踪随访,远期的疗效尚需进一步观察和探讨。

参考文献

[1]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

[2]李仲廉,石学敏.慢性疼痛治疗学基础[M].北京:人民军医出版社,2003.30-35

[3]Baron R.Post-herpetic neuralgia case study: optimizing pain control [J].Eur J Neurol,2004,11(Suppl):3-11

[4]Boureau F,Legallicier P,Kabir-Ahmadi M.Tramadolin post-herpetic neuralgia:a randomized,double-blind,placebo-controlled trial[J].Pain,2003,104(1-2):323-331

[5]刘册家,史权,张自然.血府逐瘀口服液临床使用进展[J].中成药,2012,34(12):2411-2412

[6]杨灿.红光联合药物治疗带状疱疹神经痛临床观察[J].中国实用神经疾病杂志,2011,14(21):76-77

(收稿日期: 2015-05-20)