

技术、中频药物导入技术等巧妙结合,是临床常用的中医外治法。将药物贴固定在手三里、足三里、曲池、环跳、三阴交等穴位,可促使药物中有效成分渗透入穴位处皮肤,起到药穴联合的效果^[6]。方中地龙、僵蚕、全蝎均有熄风止痉作用;法半夏、陈皮燥湿化痰;胆南星、竹茹清热化痰;天麻、钩藤平肝潜阳、熄风止痉;红花、鸡血藤合用补血活血;瘀血郁久化热可见出血,丹参性偏寒,化瘀的同时还可预防避免邪热入里;甘草调和药性,全方共奏祛风化痰、化瘀开窍功效。李时珍则认为脑是“元神之府”,强调了肢体功能障碍从脑论治的重要性。委中、内关、三阴交、水沟是治疗本病的必用穴,具有醒脑之功,我们采用开窍醒脑针法,对于脑卒中有较好的疗效。研究发现,“开窍醒脑针法”可有效改善脑卒中患者的血循环、增加脑血流量、促进缺血灶侧支循环的建立^[7]。丰隆具有化痰功效;曲池平肝潜阳、熄风止痉,合谷、曲池属“马丹阳十二穴”配穴法,多应用于上肢偏瘫。治疗过程中,我们还根据偏瘫部位对穴位进行加减,将循经取穴、特定穴、远近配合、局部取穴等方法相结合,从而将针灸功效发挥到最佳水平。本研究观察

组总有效率高达 97.50%,明显高于对照组。高凝状态方面,患者 PT、D-D、Fib 等指标均改善,但观察组改善更显著。本研究证实了针灸联合中医定向透药疗法治疗风痰阻络型脑卒中在改善高凝状态方面的优势,很可能是通过降低炎症因子水平、调整血管内皮功能、抗氧化应激等作用实现的,可在日后的研究予以证实。

参考文献

- [1]谢骏,莫德林,李董男.中西医结合治疗腔隙性脑梗死研究进展[J].现代中西医结合杂志,2014,23(11):1249-1252
- [2]王薇薇,王新德.第六届全国脑血管病学术会议纪要[J].中华神经科杂志,2004,37(4):346-348
- [3]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.201
- [4]周岚,梅晓云.中药复方促周围神经再生的研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(16):209-211,215
- [5]宋欣,蒋丽萍,李林萌,等.血浆 APTT、FIB、D-二聚体和 hs-CRP 检测在脑梗死患者中的临床意义[J].中国现代医生,2014,52(3):65-67
- [6]李淑玲,唐霞珠,熊佳.中医定向透药疗法联合康复训练对脑卒中患者肢体功能恢复效果的研究[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(19):109-111
- [7]张曦,王世娟,王恩龙.运用石学敏“醒脑开窍”针法治疗中风的研究[J].实用中医内科杂志,2013,26(4):22-23

(收稿日期:2017-06-19)

龙胆参麦止痉汤治疗带状疱疹后遗神经痛 32 例

孙清己

(福建省宁德市中医院 宁德 352000)

摘要:目的:观察龙胆参麦止痉汤治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效。方法:将我院 2016 年 8 月~2017 年 5 月辨证为肝经湿热、气阴两虚、气滞血瘀型的 64 例带状疱疹后遗神经痛患者,按随机数字法分为治疗组与对照组各 32 例。对照组予以西药治疗,治疗组在对照组的基础上加用龙胆参麦止痉汤治疗,两组均以 2 周为 1 个疗程,治疗 2 个疗程,对比两组临床疗效。结果:总有效率治疗组为(84.4%)明显优于对照组(62.5%),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:龙胆参麦止痉汤治疗肝经湿热、气阴两虚、气滞血瘀型带状疱疹后遗神经痛疗效显著。

关键词:带状疱疹后遗神经痛;肝经湿热;气阴两虚;气滞血瘀;龙胆参麦止痉汤

中图分类号:R752.12

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.027

带状疱疹后遗神经痛 (Postherpetic Neuralgia, PHN)是带状疱疹最常见的并发症。随着年龄的增长并发神经痛的发病率明显增高,因其疼痛剧烈且顽固,严重影响患者的睡眠及生活质量,甚至于患者因长期疼痛难以缓解,重度抑郁而有自杀倾向^[1]。西医方面的治疗措施主要为综合治疗,包括以下方法:全身用药(抗惊厥药、三环类抗抑郁药、阿片类镇痛药)、外用药物、神经阻滞、心理干预、手术治疗等^[2]。虽然目前西医有以上众多的治疗方法,但是仍有很大一部分患者疼痛长期难以完全缓解,且完全靠西医西药治疗,副作用大,长期使用易损害肝肾功能,致其无法继续服药,因此中医中药全程干预治疗,不仅可以使缓解疼痛的疗效加强、减少西药用量、减轻

西药毒副作用,而且无明显肝肾功能损害等副作用,患者耐受性好。本研究运用龙胆参麦止痉汤治疗带状疱疹后遗神经痛,取得较好的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 8 月~2017 年 5 月我院门诊及住院的 PHN 患者 64 例,采用随机数字法分为治疗组和对照组各 32 例,两组一般资料比较见表 1。两组在年龄、性别、病程上,经统计学处理差别无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	男(例)	女(例)	年龄(岁)	病程(个月)
治疗组	32	16	16	56.82±12.13	5.93±2.31
对照组	32	17	15	57.43±10.36	6.02±2.26

1.2 诊断与纳入标准

1.2.1 中西医诊断标准 中医诊断标准参照《中医外科学》蛇串疮后痹痛的诊断标准,辨证为肝经湿热、气阴两虚、气滞血瘀型。西医诊断标准参照带状疱疹后遗神经痛诊疗共识编写专家组编写的《带状疱疹后遗神经痛诊疗中国专家共识(2016 年定稿)》^[3]。

1.2.2 纳入标准 (1)年龄 20~75 岁,男女不限;(2)符合上述中西医诊断标准及中医辨证分型;(3)签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)患者有肝肾功能损害,无法耐受中西药物治疗者;(2)有明确其它病因或并发其它病因所致的神经病理性疼痛者;(3)妊娠期、哺乳期妇女不愿意中断哺乳者。

1.4 脱落标准 (1)治疗过程中患者出现严重不良反应,如中重度肝肾功能损害,药物过敏反应等;(2)患者依从性差,经治疗后症状明显改善但患者拒绝继续治疗者。

1.5 治疗方法 两组患者均治疗 2 周为 1 个疗程,2 个疗程后进行对比观察。

1.5.1 对照组 口服普瑞巴林胶囊(国药准字 H20130073)75 mg/次,开始 2 次/d,5~7 d 后逐渐加量至 150 mg/次,2 次/d。口服阿米替林(国药准字 H43020561)12.5 mg/次,开始 1 次/d,3~5 d 后逐渐加量至 25 mg/次,1 次/d。

1.5.2 治疗组 在对照组治疗的基础上,加用龙胆参麦止痉汤。处方:龙胆草 15 g、栀子 10 g、黄芩 10 g、柴胡 6 g、党参 20 g、麦冬 10 g、五味子 5 g、蜈蚣 2 只、全蝎 5 g、川楝子 10 g、延胡索 15 g、甘草 5 g,1 剂/d,水煎 2 次,两次各取汁 300 ml,混合均匀后平均分为三等分,各 200 ml,分别于三餐后 1 h 各服 200 ml。用药期间禁食辛辣、燥热之品。

1.6 观察指标 采用视觉模拟量表(VAS)、睡眠质量评分(QS 评分)^[4]。具体如下:分别观察两组患者治疗前及治疗 2 个疗程后(28 d)的 VAS 评分及 QS 评分的改善情况。VAS 评分具体如下:要求患者定量化疼痛的感觉,分数在 0~10 分之间,0 分:无痛;1~3 分:轻度疼痛,但不影响日常工作、生活;4~6 分:中度疼痛,影响工作,不影响生活;7~10 分:重度疼痛,影响工作及生活。QS 评分具体如下:提问患者“你昨晚睡得如何?”,根据患者回答评分,0 分:睡眠非常差;1 分:睡眠差;2 分:睡眠一般;3 分:睡眠好;4 分:睡眠非常好。

1.7 疗效判定标准 显效:偶而有轻微疼痛,VAS 为 0~3 分或 QS 为 3~4 分;有效:时常有中度疼痛,

VAS 为 4~6 分或 QS 为 1~2 分;无效:疼痛无减轻,VAS 为 7 分以上或 QS 为 0 分。

1.8 统计学处理 采用 SPSS23.0 统计软件进行分析,计数资料用($\bar{x} \pm s$)表示, χ^2 检验,计量资料用 t 检验,率的比较用 Ridit 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 QS 评分比较 治疗后两组患者 QS 评分较治疗前均显著增加($P < 0.05$),治疗后治疗组 QS 评分较对照组显著增加($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 QS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	QS 评分
治疗组	32	治疗前	1.12 ± 0.88
		治疗后	3.26 ± 0.88 [#]
对照组	32	治疗前	1.33 ± 0.62
		治疗后	2.16 ± 0.25 [*]

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

2.2 VAS 评分比较 治疗后两组患者 VAS 评分较治疗前均显著降低($P < 0.05$);治疗后治疗组 VAS 评分较对照组显著降低($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	VAS 评分
治疗组	32	治疗前	7.62 ± 0.67
		治疗后	2.4 ± 0.21 [#]
对照组	32	治疗前	8.34 ± 0.47
		治疗后	5.1 ± 0.57 [*]

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

2.3 临床疗效比较 治疗组总有效率为 84.4%,对照组总有效率为 62.5%,治疗组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组临床疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	32	15	12	5	84.4 [*]
对照组	32	8	12	12	62.5

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.05$ 。

3 讨论

带状疱疹后遗神经痛发病机制目前尚未完全清楚,一般认为是由带状疱疹病毒侵犯背根神经节和感觉末梢,破坏了脊髓上行抑制性传导,导致过量兴奋性信号传入中枢,引起交感传出纤维激活了外周感受器,使初级感受器的兴奋性增高^[5]。本病相当于中医学“蛇串疮”后余毒侵犯脉络所致疼痛病的范畴,患者常常先有蛇串疮发作史,发病后约 1 个月左右出现疱疹局部疼痛,痛如刀割样、电灼样等,难以忍受。中医认为肝经湿热是蛇串疮最常见的病因病机,患者因长期嗜食辛辣刺激之品,或喜食烟酒等饮食不节,脾胃受损,运化失职,酿生湿热,复因素体正气亏虚,则湿热沿肝经上扰头颈部、胁肋部、腰部等部位,阻滞局部经脉,气血阻滞不通,不通则痛,发为

蛇串疮后之痹痛,往往病程缠绵难愈,日久湿热耗气伤阴,气阴两虚,《内经》云:“气为血之帅,气行则血行,气滞则血瘀,故气虚日久则气行不畅,气滞血瘀加重疼痛”,经又云:“津血同源”,阴津乃生血之源,阴津亏虚则生血不足,日久亦致血瘀,瘀血阻滞不通,则加剧疼痛,故纵观病因病机,乃为肝经湿热为起因,日久湿热耗气伤阴,气阴两虚,则瘀血阻滞不通,日益加重,不通则痛,故而疼痛缠绵难愈,或反复发作,时痛时止。

龙胆参麦止痉汤由龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、党参、麦冬、五味子、蜈蚣、全蝎、川楝子、延胡索、甘草等组成。方中龙胆草、栀子、黄芩清肝经湿热,切中病机要点,治其肝经湿热病因病机,肝主疏泄;柴胡疏肝理气,肝气得疏,则湿热自除,是为君药;知湿热日久必耗气伤阴,故用党参、麦冬、五味子(即为参麦饮)以益气养阴生津,参麦饮为益气养阴之效方、经方,且方中五味子性味酸敛酸收,乃益气生津之要药;蜈蚣、全蝎疏通经络、解痉止痛之要药,能有效减轻 PHN 患者疼痛症状;川楝子、延胡索即为金铃子散,具有疏肝理气泄热、活血止痛,以助上述各药止痛之效;且延胡索为理气行气之要药,气行则血亦行,瘀血自除,而痛止,以上共为臣药;另有川楝子、柴胡疏肝理气,归肝经,引诸药入肝经而到达病所,亦为引经药,故为佐药;甘草调和诸药,缓和药性,为使药。全方君臣佐使配合得当,切中肝经湿热、气阴两虚、瘀血阻滞之病机要点,共奏清热利湿、益气养阴、活血止痛之良效,临床使用疗效显著。

现代中药药理研究表明,蜈蚣、全蝎均具有显著的镇痛、抗惊厥作用,均能通过促进巨噬细胞吞噬功

能,从而增强机体免疫力的作用,对于 PHN 患者而言,蜈蚣、全蝎既能镇痛,又能通过增强免疫力从而促进带状疱疹病毒的吞噬,减轻神经损害;延胡索主要成分为延胡索总碱、延胡索乙素,具有显著的镇痛、催眠、镇静、安定作用,有研究表明,其镇痛作用为吗啡的 40%,但却无成瘾性;龙胆草、柴胡、黄芩、栀子等均具有抗病毒、镇静抗炎作用,对带状疱疹病毒有显著的吞噬作用,参麦饮能有效增强机体免疫力,故而能改善 PHN 患者因长期疼痛所致虚弱症状,促进机体体能恢复^[6]。综上所述,从以上各中药有效成分研究提示,均对减轻 PHN 患者的疼痛及整体病情改善有显著疗效。

本研究结果表明,治疗组与对照组比较,在 VAS 评分、QS 评分及总有效率等方面明显优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,龙胆参麦止痉汤治疗肝经湿热、气阴两虚、瘀血阻滞型蛇串疮后之痹痛具有疼痛缓解率高、复发率低,且副作用小的显著疗效,临床上值得推广。

参考文献

- [1]李京霞,汤芹芹,刘东,等.加巴喷丁与普瑞巴林治疗带状疱疹后神经痛的效果比较[J].实用医院临床杂志,2012,9(4):150-152
- [2]张正雄.带状疱疹及疱疹后神经痛的治疗进展[J].山西医药杂志,2017,46(6):664-665
- [3]带状疱疹后神经痛诊疗共识编写专家组.带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识[J].中国疼痛医学杂志,2016,22(3):161-167
- [4]中华医学会.临床技术操作规范疼痛学分册[M].北京:人民军医出版社,2004.1-2
- [5]Rowbotham MC.Treatment of postherpetic neuralgia [J].Semin Dermatol,1992,11(3):218-225
- [6]梅全喜.现代中药药理临床应用手册[M].北京:中国中医药出版社,2008.78-752

(收稿日期:2017-07-26)

针灸配合原始点疗法治疗周围性面瘫的临床疗效

黄统强 兰小春 黄孝念 李俊 许宏榜 黄启霆

(广西壮族自治区南宁市武鸣区人民医院 南宁 530100)

摘要:目的:探讨针灸配合原始点疗法治疗周围性面瘫的临床疗效。方法:选取 2016 年 2 月~2017 年 3 月我院收治的 46 例周围性面瘫患者作为研究对象,按照随机数字表法分为实验组与对照组,每组 23 例。实验组给予针灸配合原始点疗法,对照组给予常规针灸疗法,比较两组的临床疗效、面部残疾指数和面神经麻痹程度。结果:治疗后,实验组的治疗总有效率为 91.30%,高于对照组的 73.91%,差异有统计学意义, $P<0.05$;实验组的面部残疾指数和面部神经麻痹程度改善效果均优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:针灸配合原始点疗法可改善患者面部残疾,缓解面部神经麻痹,提升治疗周围性面瘫的疗效。

关键词:周围性面瘫;针灸;原始点疗法;临床疗效

中图分类号:R745.12

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.028

周围性面瘫在临床中较为常见,又称面神经炎。患者主要表现为患侧面部表情肌瘫痪,多数可在 6 个月内自行恢复,约 30% 患者不可自行恢复,如错

过有效治疗时机,会造成长期不愈,影响患者的日常生活及社交,给患者造成一定的心理压力^[1]。本研究探讨采用针灸配合原始点疗法治疗周围性面瘫的临