

[文章编号] 1007-0893(2024)03-0073-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.03.021

大柴胡汤联合针灸治疗带状疱疹后神经痛的临床疗效

于 飞 刘明慧

(佳木斯中心医院, 黑龙江 佳木斯 154002)

[摘要] 目的: 探究大柴胡汤联合针灸治疗带状疱疹后神经痛患者的临床疗效。方法: 将佳木斯中心医院在 2017 年 1 月至 2018 年 9 月期间收治的 85 例中医分型为气虚血瘀证的带状疱疹后神经痛患者, 随机分为观察组(43 例)、对照组(42 例)。对照组患者采用针灸治疗, 观察组患者在对照组的基础上采用大柴胡汤治疗。观察两组患者的临床疗效、临床症状改善时间及患者血清白细胞介素-2(IL-2)、IL-6、IL-10 水平、视觉模拟评分法(VAS)及匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分的变化, 同时评估其疗效的安全性。结果: 观察组患者治疗总有效率为 97.67%, 高于对照组的 85.71%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组患者血清 IL-2 均有不同程度升高, 血清 IL-6、IL-10 均有不同程度降低, 且治疗后观察组患者血清 IL-2 高于对照组, 血清 IL-6、IL-10 低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者止痛即刻起效时间、疼痛开始缓解时间和结痂时间均短于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组患者 VAS、PSQI 评分均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者 VAS、PSQI 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗期间对照组患者感染、腹胀各 1 例, 观察组患者仅腹胀 1 例, 均症状轻微, 针对其症状治疗后不良反应均已缓解。结论: 大柴胡汤联合针灸治疗可有效缓解带状疱疹后神经痛患者的症状, 可提高临床疗效且安全性较好。

[关键词] 带状疱疹后神经痛; 大柴胡汤; 针灸**[中图分类号]** R 752.1⁺2 **[文献标识码]** B

带状疱疹后神经痛主要以局部阵发性或持续性异常疼痛、灼痛、刀割样疼痛等为表现, 属带状疱疹常见并发症, 对患者的生活质量和日常情绪造成了严重影响^[1]。目前, 西医疗法多采用抗病毒、防感染、消炎镇痛的药物, 但长期服用此类药物会引发诸多的不良反应, 给患者带来更多伤害^[2]。中医经方联合针灸治疗对带状疱疹后神经痛患者起良好效果。但至今针对其机理研究和疗效分析的研究较少^[3]。基于此, 本研究采用中医经方联合针灸对带状疱疹后神经痛患者的临床疗效及安全性进行分析, 为临床进一步深入研究提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

将佳木斯中心医院在 2017 年 1 月至 2018 年 9 月期间收治的 85 例中医分型为气虚血瘀证的带状疱疹后神经痛患者, 随机分为观察组(43 例)、对照组(42 例)。观察组男性 24 例, 女性 19 例; 年龄 39~73 岁, 平均年龄(60.64±3.37)岁; 病程 1.5~8 个月, 平均病程(4.84±0.71)个月; 受损神经: 头眼部疱疹神经痛 5 例, 肋间神经痛 10 例, 三叉神经痛 7 例, 上肢神经痛

6 例, 腰部神经痛 10 例, 骶部神经痛 5 例。对照组男性 22 例, 女性 20 例; 年龄 42~76 岁, 平均年龄(59.75±2.86)岁; 病程 2~7 个月, 平均病程(4.71±0.62)个月; 受损神经: 头眼部疱疹神经痛 4 例、肋间神经痛 11 例, 三叉神经痛 6 例, 上肢神经痛 6 例, 腰部神经痛 10 例, 骶部神经痛 5 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经医学伦理委员会审批通过(批号 20161109)。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合《中国临床皮肤病学》^[4]中有关带状疱疹后神经痛的诊断依据, 并经《中医病证诊断疗效标准》^[5]辨证为气虚血瘀症患者; (2) 患者未合并其他皮肤疾病; (3) 患者对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 入组前 7 d 内接受过相关治疗或合并心、肝、肾等功能严重不全患者; (2) 对本研究所使用药物过敏者或依从性差者; (3) 带状疱疹后神经痛急性期患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用针灸治疗。针刺疱疹皮损周围

[收稿日期] 2023-12-05**[作者简介]** 于飞, 女, 主治医师, 主要研究方向是中风病后遗症、椎体疾病等疾病的针灸康复治疗。

阿是穴和病变相应节段的夹脊穴（针对头眼部疱疹神经痛、三叉神经痛患者，因夹脊穴下为颈上交感神经节、夹脊穴下有支配面部的交感神经中枢，针尖要到交感神经干附近，这两穴须深刺至相应部位疗效才显著，但穴位深层邻近脊髓、胸膜、椎动脉等重要结构，临床进针时须熟悉局部解剖，谨慎操作，注意安全）。具体如下：阿是穴，常规消毒皮肤后，使用毫针（规格：1.5~2.0寸）围绕病变周围0.5~1.0cm处向病变中心平刺4~8针，进针深度25~30mm。夹脊穴：向脊柱方向斜刺，使针感循神经通路传导。进针后行提插、捻转等手法，得气后，继续留针约20~30min，每日1次，6d为1个疗程，连续治疗2个疗程，疗程间间隔1d。

1.3.2 观察组 在对照组基础上联合大柴胡汤治疗，组方：柴胡10g，黄芩10g，姜半夏15g，枳壳15g，生白芍12g，大黄5g，大枣15g，生姜3片。每日1剂，水煎至300mL，分早晚餐后服用，每次150mL，5d为1个疗程，连续服用2个疗程，疗程间间隔2d。

1.4 观察指标

(1) 血清中白细胞介素-2 (interleukin-2, IL-2)、IL-6及IL-10水平：分别采集患者治疗前和治疗结束后空腹静脉血5mL，离心，取上清液，低温下保存待用。使用国产酶标分析仪（北京普朗，DNM-9606型）通过酶联免疫吸附试验（enzyme linked immunosorbent assay, ELISA）测定IL-2、IL-6、IL-10水平。ELISA试剂盒均来自默沙克生物，操作步骤严格按照说明书进行；

(2) 临床症状改善时间：观察记录两组患者止痛即刻起效时间（经过首次治疗后，疼痛缓解程度在30%以上所需时间）、疼痛开始缓解时间（患者开始有疼痛到疼痛缓解程度恒定在30%以上所需时间）、结痂时间（从疱疹出现时间到疱疹干结、结痂一般面积的时间）；

(3) 疼痛评价：以中华医学会疼痛学会监制的视觉模拟尺为标准，评估患者疼痛程度。视觉模拟评分法（visual analogue scale, VAS）^[2]分值范围为0~10分，0代表无疼痛，10分代表疼痛剧烈、难忍。(4) 睡眠质量评价：以匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh sleep quality index, PSQI）^[3]中的计分标准评估患者睡眠质量，得分越高，睡眠质量越差。(5) 安全性评估：观察记录两组患者在治疗期间出现的不良发应情况，主要表现为：血肿、感染、呕吐、腹胀等。(6) 临床疗效^[5]，根据疗效指数评价疗效，疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%，依据VAS积分拟定，痊愈：疼痛消失或基本消失，疗效指数 ≥ 90%；显效：疼痛明显改善，70% ≤ 疗效指数 < 90%；有效：疼痛好转，30% ≤ 疗效指数 < 70%；无效：疼痛无明显改善，疗效指数 < 30%；总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 ×

100%。

1.5 统计学方法

采用SPSS 18.0软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用t检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为97.67% (42/43)，高于对照组的85.71% (36/42)，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表1。

表1 两组患者的治疗总有效率比较 [n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	42	13(30.95)	17(40.48)	6(14.28)	6(14.28)	36(85.71)
观察组	43	19(44.19)	18(41.85)	5(11.63)	1(2.33)	42(97.67) ^a

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗后两组患者血清IL-2均有不同程度升高，血清IL-6、IL-10均有不同程度降低，且治疗后观察组患者血清IL-2高于对照组，血清IL-6、IL-10低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表2。

表2 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$, pg · mL⁻¹)

组别	n	时间	IL-2	IL-6	IL-10
对照组	42	治疗前	11.15 ± 2.16	274.81 ± 14.09	21.38 ± 2.06
		治疗后	13.76 ± 2.18 ^b	252.96 ± 13.14 ^b	18.49 ± 2.13 ^b
观察组	43	治疗前	11.23 ± 2.14	276.83 ± 15.07	21.37 ± 2.06
		治疗后	15.19 ± 2.10 ^{bc}	230.12 ± 14.05 ^{bc}	16.45 ± 2.09 ^{bc}

注：IL-1 白细胞介素。与同组治疗前比较，^b $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^c $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者临床症状改善时间比较

观察组患者止痛即刻起效时间、疼痛开始缓解时间和结痂时间均短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表3。

表3 两组患者临床症状改善时间比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	n	止痛即刻起效时间	疼痛开始缓解时间	结痂时间
对照组	42	2.67 ± 0.56	5.43 ± 0.98	23.15 ± 2.31
观察组	43	1.43 ± 0.28 ^d	3.37 ± 0.42 ^d	16.76 ± 2.40 ^d

注：与对照组比较，^d $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后疼痛程度、睡眠质量比较

治疗后两组患者VAS、PSQI评分均有不同程度下降，且治疗后观察组患者VAS、PSQI评分均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表4。

表 3 两组患者治疗前后 VAS、PSQI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	VAS	PSQI
对照组	42	治疗前	7.97 ± 1.81	13.97 ± 2.81
		治疗后	4.42 ± 1.25 ^a	7.02 ± 1.46 ^c
观察组	43	治疗前	8.43 ± 2.25	14.43 ± 3.25
		治疗后	2.19 ± 0.71 ^{ef}	4.31 ± 1.05 ^{ef}

注: VAS—视觉模拟评分法; PSQI—匹兹堡睡眠质量指数。与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^f $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者不良反应情况比较

治疗期间对照组患者感染、腹胀各 1 例, 观察组患者仅腹胀 1 例, 均症状轻微, 针对其症状治疗后不良反应均已缓解。

3 讨论

带状疱疹是一种急性感染性皮肤病, 主要是由长期潜伏在脊髓后根神经节或颅神经节内的水痘-带状疱疹病毒引起的^[6]。针灸在治疗带状疱疹后神经痛疾病中有一定的效果, 具有行气活血、温经通络等功效^[7]。阿是穴又称压痛点, 它是以病痛局部或病痛的反应点作为穴位的一类腧穴, 无固定位置, 以痛为腧。针灸阿是穴可以直接接触患者的病痛处, 能有效缓解病痛。针刺夹脊穴可提高机体免疫功能, 调节局部神经-内分泌系统, 使病变组织产生良性反应^[8]。

中医学上认为^[9], 带状疱疹后神经痛属于“蛇串疮”“缠腰火丹”的范畴, 最早于《诸病源候论》出现: “甑带疮者, 绕腰生, 此亦风湿搏于气血所生, 状如甑带, 因此为名, 有云此疮绕腰匝则杀人”。带状疱疹后神经痛表现为红斑、丘疱疹、水泡等, 呈带状排列, 其病机多因外邪入侵、脏腑内伤引起气血亏虚, 体内湿热毒邪不能及时除尽, 导致瘀血滞留、经络不通, 从而引起后神经痛^[10]。故治疗应以止痛活血、祛邪解毒为主。本研究所用的大柴胡汤主要由柴胡、黄芩、姜半夏、枳壳、大黄、生白芍等组成。柴胡有解表退热、疏肝解郁等功效; 黄芩有清热燥湿、泻火解毒的疗效; 姜半夏有辛散温通、化痰燥湿、消肿止痛的作用; 枳壳具有理气止痛、行滞消胀的功效; 大黄有清热泻火、活血解毒的功效; 生白芍有补血敛阴、平肝止痛的功效。诸药合用, 共奏活血化瘀、消肿止痛、解毒燥湿之效。

结果表明, 观察组患者总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示大柴胡汤联合针灸治疗有助于提高带状疱疹后神经痛患者的治疗效果。IL-2 能调控免疫系统中白血球的细胞活性, 其主要由 T 细胞

分泌, 当病毒入侵机体时, 其在血清中的水平会降低; IL-6、IL-10 水平变化恰好与 IL-2 相反, 会随着机体受感染的严重程度呈升高趋势。观察两组患者治疗后血清中 IL-2、IL-6 及 IL-10 水平变化, 观察组患者优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。比较两组患者临床症状改善时间, 观察组患者止痛即刻起效时间、疼痛开始缓解时间和结痂时间都短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明二者联合可加快患者组织修复。治疗后观察组患者 VAS、PSQI 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。可见联合治疗措施有助于改善患者睡眠质量, 促使患者尽快痊愈。此外, 两组患者在治疗期间都没有严重的不良反应情况发生, 症状轻微, 针对其症状治疗后不良反应均已缓解。

综上所述, 大柴胡汤联合针灸在带状疱疹后神经痛患者治疗中有显著的效果, 能明显缓解患者的病症, 加快组织修复, 且安全性较高。但因本研究纳入病例有限, 结果可靠性存在不足, 后期致力扩大样本量, 进一步深入研究。

[参考文献]

- [1] 王官清, 李晓霞. 带状疱疹后遗神经痛的诊断及治疗进展 [J]. 皮肤科学通报, 2017, 34 (1): 45-54.
- [2] 刘畅, 张海龙, 殷国巍. 针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的免疫机制研究 [J]. 针灸临床杂志, 2017, 33 (8): 49-52.
- [3] 杨丽云, 姚春海, 时会君, 等. 补阳还五汤加减联合针灸及穴位贴敷治疗带状疱疹后遗神经痛气虚血瘀证 [J]. 四川中医, 2018, 36 (7): 168-171.
- [4] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 395-399.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 383-385.
- [6] 中国医师协会皮肤科医师分会带状疱疹专家共识工作组. 带状疱疹中国专家共识 [J]. 中华皮肤科杂志, 2018, 51 (6): 403-408.
- [7] 申淑娴, 严张仁. 针灸治疗带状疱疹后遗神经痛研究进展 [J]. 江西中医药, 2019, 50 (5): 74-77.
- [8] 范春玲, 邹伟, 于学平, 等. 深刺夹脊穴结合浮刺阿是穴治疗胸腰段带状疱疹后遗神经痛 [J]. 针灸临床杂志, 2014, 30 (3): 50-51.
- [9] 杨慧婷, 申屠嘉俊, 张园园, 等. 温阳化湿解毒法治疗带状疱疹临床体会 [J]. 浙江中医杂志, 2018, 53 (9): 22-23.
- [10] 罗恒超, 黄岩石, 吴迪, 等. 活血解毒止痛方治疗带状疱疹后遗神经痛疗效及对患者炎症因子的影响 [J]. 陕西中医, 2018, 39 (11): 1596-1598.