

血府逐瘀片联合星状神经节阻滞治疗 上肢带状疱疹的临床效果

刘光东 刘明珠 孙 捷 林 浩

(南京中医药大学附属南京市中西医结合医院, 南京, 210014)

摘要 目的: 观察血府逐瘀片联合星状神经节阻滞治疗上肢带状疱疹的疗效。方法: 选取 2015 年 9 月至 2016 年 12 月南京中医药大学附属南京市中西医结合医院疼痛科、皮肤科收治的上肢带状疱疹患者 80 例, 随机分为对照组和观察组, 每组 40 例。对照组采用抗病毒、营养神经治疗, 观察组在此基础上加用血府逐瘀片联合星状神经节阻滞治疗。结果: 观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$), 治疗 1、2、4 及 8 周后视觉模拟评分法 (VAS) 评分较治疗前均逐渐下降, 观察组优于对照组 ($P < 0.05$); 4 周后匹茨堡睡眠质量指数量表 (PSQI) 评分除睡眠药物外均较治疗前下降, 观察组明显优于对照组 ($P < 0.05$); 3 个月后 2 组痛觉过敏均缓解。结论: 血府逐瘀片联合星状神经节阻滞治疗上肢带状疱疹神经痛疗效显著。

关键词 上肢带状疱疹; 血府逐瘀片; 星状神经节阻滞; 视觉模拟评分法; 匹茨堡睡眠质量指数量表; 痛觉过敏

Clinic Observation on Xuefu Zhuyu Tablets Combined with Stellate Ganglion Block in the Treatment of Upper Extremity Herpes Zoster

Liu Guangdong, Liu Mingzhu, Sun Jie, Lin Hao

(Nanjing Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital Affiliated to Nanjing
University of Chinese Medicine, Nanjing 210014, China)

Abstract Objective: To observe the efficacy of Xuefu Zhuyu tablets combined with Stellate Ganglion Block in treating upper extremity herpes zoster. **Methods:** A total of 80 patients with upper extremity herpes zoster who were admitted and treated in Nanjing Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine from September 2015 to December 2016 were randomly divided into two groups. The control group was treated with antiviral and neurotrophic therapy, and the treatment group was treated with Xuefu Zhuyu tablets combined with Stellate Ganglion Block. **Results:** The efficiency of the treatment group was higher than the control group ($P < 0.05$). After being treated for 1, 2, 4 and 8 weeks, VAS score of both groups was gradually decreased, and the treatment group was significantly better than the control group ($P < 0.05$). The PSQI accident rate was decreased except sleeping medicine 4 weeks after treatment, and the treatment group was significantly better than the control group ($P < 0.05$). The hyperalgesia of all patients were remission after 3 month. **Conclusion:** Xuefuzhuyu tablets s combined with Stellate Ganglion Block in the treatment of upper extremity herpes zoster has significant efficacy.

Key Words Upper extremity herpes zoster; Xuefuzhuyu Tablets; Stellate ganglion block; VAS score; PSQI accident rate; Hyperalgesia

中图分类号: R289.5; R745 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2018.08.033

上肢带状疱疹 (Herpes Zoster, HZ) 系水痘-带状疱疹病毒 (Varicella-zoster Virus, VZV) 感染一侧上肢周围神经引起, 以沿一侧上肢分布的簇集性小水疱为特征, 常伴有烧灼样疼痛的一种病毒性疾病。带状疱疹患者经治疗后有 10% ~ 25% 会遗留带状疱疹后遗神经痛 (Postherpetic Neuralgia, PHN)^[1], 其中老年人发病率更高, 60 岁以上约 50%, 70 岁以上高达 75%^[2]。神经阻滞治疗带状疱疹已得到国内外专家

共识^[3-4], 能有效缓解 HZ 疼痛并减少 PHN 的发生^[5]。星状神经节阻滞 (Stellate Ganglion Block, SGB) 在治疗上肢 HZ 可调节免疫功能, 加速 HZ 的愈合, 我们运用血府逐瘀片联合 SGB 治疗上肢 HZ 取得了理想的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 9 月至 2016 年 12 月南京中医药大学附属南京市中西医结合医院疼痛

基金项目: 南京市卫生局课题 (YKK14161)

作者简介: 刘光东 (1983.11—), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 颈肩腰腿痛的预防治疗, E-mail: liuguangdong1106@163.com

通信作者: 林浩 (1981.01—), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 老年患者麻醉、困难气道处理, 危急症患者抢救及急慢性疼痛的诊治, E-mail: 453699827@qq.com

科、皮肤科收治的上肢带状疱疹患者 80 例,且都符合临床诊断标准,年龄 21 ~ 86 岁,平均年龄(53.4 ± 14.8)岁,发病时间 3 ~ 7 d,平均时间(4.1 ± 1.9) d,发病部位在上肢部。按随机数据表法随机分为 2 组。观察组中男 20 例,女 20 例,平均年龄(54.0 ± 14.7)岁;对照组中男 19 例,女 21 例,平均年龄(52.7 ± 15.0)岁。2 组性别、年龄、病程、发病部位比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 根据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[6]中带状疱疹诊断标准制定:1)全身不适、局部疼痛或烧灼感等前驱症状;2)皮损为局部红斑,成簇分布丘疱疹水疱,周围绕以红晕,各水疱群之间皮肤正常;3)皮损沿一侧上肢周围神经呈带状分布,局部可有淋巴结增大、压痛;4)神经痛为本病特征之一,可在发病前或伴随皮疹出现。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准的上肢带状疱疹;2)出现疱疹在 1 周内,未经治疗者;3)带状疱疹出疹出疱期;4)带状疱疹急性期。

1.4 排除标准 1)带状疱疹恢复期、后遗神经痛期;2)妊娠或哺乳期妇女;3)有糖尿病史,血糖控制不佳者;4)恶性肿瘤患者;5)血友病患者或有凝血功能障碍者;6)严重的内科疾病;7)过敏体质者。

1.5 治疗方法 对照组患者予以抗病毒(更昔洛韦 0.25 g/次,2 次/d,静脉滴注)、营养神经(甲钴胺 0.5 mg/次,3 次/d,口服)常规治疗,观察组在此基础上口服血府逐瘀片(潍坊中狮制药有限公司,国药准字 YBZ29922005-2012Z),6 粒/次,2 次/d,连续 10 d;同时行星状神经节阻滞,操作步骤:1)患者取仰卧位,肩下垫薄枕,使头稍后仰;2)标记患侧胸锁乳突肌内缘平环状软骨处,于气管外缘可触及颈总动脉搏动;3)聚维酮碘常规消毒,戴无菌手套,左手示、中指将胸锁乳突肌及颈总动脉推向外侧,气管推向内侧,暴露穿刺部位;4)用 7 号针沿示、中指间垂直进针,针尖触及 C₆ 横突根部,然后退针 1 ~ 2 mm,回抽无血和脑脊液后,注入神经组织液(甲钴胺 1 mL,利多卡因 5 mL,地塞米松 1 mL,加 0.9% 氯化钠配成混合液 10 mL)6 ~ 8 mL。注射后出现同侧

Horner 征(为同侧瞳孔缩小、眼睑下垂、结膜充血、面微红、温暖感),表明阻滞成功,患者仰卧观察 30 min,1 次/周,共 3 周。嘱患者治疗期间注意休息,清淡饮食,戒烟、戒酒。

1.6 疗效判定标准 痊愈:疱疹全部结痂干涸,疱疹无新发,局部仅留色素沉着。疼痛消失,视觉模拟评分法(VAS)评分 0(无痛)。显效:疱疹消退、结痂,无新发疱疹,VAS 评分 1 ~ 3(轻度疼痛,疼痛不影响睡眠)。有效:无新发疱疹,疱疹消退结痂干涸,VAS 评分 4 ~ 6(中度疼痛)。无效:止痛、止疱效果不明显,VAS 评分 7 ~ 10(重度疼痛,不能入睡或睡眠中疼醒);患者分别在治疗前及治疗后 1、2、4、8 周采用 VAS 评价疼痛程度;治疗 4 周后采用匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)问卷调查治疗前后睡眠质量,计算 PSQI;治疗后随访 3 个月记录有无痛觉超敏。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件处理数据。计数资料用率表示,行 χ^2 检验。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较 观察组总有效率大于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	痊愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效 [例(%)]
观察组($n = 40$)	27	6	3	4	36(90)*
对照组($n = 40$)	14	10	6	10	30(75)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 2 组 VAS 评分比较 治疗前 2 组 VAS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。2 组治疗后 VAS 评分均较治疗前降低,观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组 PSQI 比较 治疗前 2 组 PSQI 差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗 4 周后均较治疗前显著改善($P < 0.05$),观察组改善大于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗后 1 周	治疗后 2 周	治疗后 4 周	治疗后 8 周
观察组($n = 40$)	8.05 ± 1.87	4.80 ± 2.18* [△]	2.93 ± 2.28* [△]	1.50 ± 2.41* [△]	0.73 ± 1.38* [△]
对照组($n = 40$)	8.20 ± 1.82	5.87 ± 2.41*	4.40 ± 2.90*	3.32 ± 3.00*	2.13 ± 2.42*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后同时间段比较,[△] $P < 0.05$

表 3 2 组治疗前后 PSQI 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	睡眠药物使用	日间功能障碍	PSQI
观察组($n=40$)								
治疗前	2.47 ± 0.82	2.35 ± 0.87	2.20 ± 0.88	2.25 ± 0.87	1.83 ± 0.90	0.18 ± 0.45	1.98 ± 0.92	13.13 ± 4.89
治疗后	1.13 ± 0.97* Δ	1.20 ± 0.89*	1.23 ± 0.80* Δ	1.10 ± 0.74*	0.70 ± 0.76* Δ	0.10 ± 0.30	0.75 ± 0.63* Δ	6.18 ± 4.22* Δ
对照组($n=40$)								
治疗前	2.50 ± 0.82	2.45 ± 0.81	2.28 ± 0.91	2.33 ± 0.86	1.73 ± 0.88	0.15 ± 0.43	2.08 ± 0.89	13.50 ± 5.00
治疗后	1.60 ± 0.87*	1.45 ± 1.04*	1.65 ± 1.00*	1.50 ± 1.04*	1.20 ± 1.22*	0.12 ± 0.33	1.08 ± 0.80*	8.60 ± 5.64*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

2.4 3 个月随访后 2 组痛觉过敏治疗后均有缓解,与治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 4。

表 4 2 组痛觉过敏和疼痛缓解比较[例(%)]

组别	治疗前痛觉过敏阳性	治疗后疼痛缓解
观察组($n=40$)	13(32.5)	5(61.54)
对照组($n=40$)	16(40.00)	7(56.25)

2.5 不良反应 2 组患者治疗期间均无明显不良反应。

3 讨论

发生于上肢部的带状疱疹是一种较严重且不常见的皮肤病,可伴有患侧上肢运动麻痹、肌肉萎缩等严重的并发症。多在老年人以及免疫力低下者出现,该麻痹能持续数周到数月。其原因是由于 VZV 侵犯运动神经根及脊髓前角细胞从而引起了肌无力甚至该区域整个肢体的皮肤麻痹、运动障碍^[7]。患者感染 VZV 后,疼痛较甚,多伴有痛觉过敏,且女性对此刺激更敏感^[8],严重影响睡眠质量,因此对该病的治疗必须及时高效,以避免 HZ 发生不良并发症及后遗神经痛。近年来研究发现,带状疱疹导致交感神经异常紧张,使其支配区域的血管收缩,神经缺血缺氧,导致“疼痛-肌紧张-缺血缺氧-疼痛”的恶性循环,最终产生神经病理性疼痛^[9]。神经阻滞^[10]是目前公认的最好的治疗急性带状疱疹疼痛的方法,其中上肢 HZ 是 SGB 治疗的最佳适应证^[11]。星状神经节是由 C_{3,7}及 T₁ 的交感神经节融合而成,主要支配头面部、颈部、上胸部和上肢。SGB 能阻滞交感神经节前、节后纤维,从而阻断痛觉的传导,降低交感神经兴奋,改善局部缺血缺氧症状,减少痛觉过敏的发生。SGB 治疗带状疱疹神经痛的机制包括^[12]:1) 阻断躯体痛的神经传导通路以达到缓解疼痛的目的;2) 阻断疼痛区域的恶性循环,改善疼痛症状;3) 阻断交感神经传导,使其支配区的血管扩张、血流增加、水肿减轻,缓解内脏和血管疼痛,同时缓解交感神经紧张状态,促进损害的神经复原;4) 抗炎作用。SGB 的主要作用是抑制交感神经功能及

痛觉传导,使肌肉紧张得以缓解,神经营养血管得以扩张,改善局部血液供应,从而打破引起的“疼痛-肌紧张-缺血缺氧-疼痛”的恶性循环。

上肢带状疱疹属于中医“蛇串疮”的范畴,病变区域位于一侧上肢,多由于七情不和,肝气郁结,湿蕴化火,或饮食所伤,脾失健运,湿热毒蕴,外感邪毒,或年老体弱者气血不足,日久耗阴伤津,导致气血凝滞,经络阻塞不通,以致疼痛剧烈,病程迁延。《外科证治全书》曰“诸痛皆由气血瘀滞不通而致”,故治宜疏肝理气、活血化瘀、理气止痛。活血化瘀是中医治疗带状疱疹的有效方法,我们根据带状疱疹病因病机及临床经验采用血府逐瘀片口服治疗,该药原方出自清代名医王清任《医林改错》,依据原方组成、剂量采用现代工艺制成,主要由桃仁、红花、川芎、当归、牛膝、枳壳、赤芍、桔梗、生地黄、柴胡、甘草组成。方中桃仁、红花活血化瘀;川芎、赤芍助祛瘀之力;牛膝通血脉,引血下行;柴胡疏肝理气,升达清阳,引领诸药疏通瘀滞之气血,为血中气药;桔梗开宣肺气,载药上行,与枳壳配伍,使气机通畅;生地黄清热凉血,当归养血活血,使祛瘀而不伤正气;甘草调诸药。全方的气血兼顾,既祛血分瘀滞,又解气分郁结;攻中寓补,活血而不耗血,祛瘀又能生新^[13];共奏活血化瘀、行气止痛之功效。现代药理研究表明,血府逐瘀片能抑制血小板粘连、集聚,扩张微小血管,改善微循环和血液流变学,解除肌肉痉挛,活化 T 淋巴细胞、B 淋巴细胞功能,参与免疫应答调节,增强免疫力,改善微循环,还有镇痛、抗炎、抗感染等多种作用^[14]。血府逐瘀片改变了传统中药汤剂繁琐的煎煮及中药口感过苦,是一种给药方便、服用安全、患者易于接受的中药内治方法。

本研究中,观察组治愈率、总有效率大于对照组;通过对 2 组治疗前及治疗后 1、2、4 及 8 周后 VAS 评分,观察组治疗后 VAS 评分与对照组同一时间段比较明显降低,说明血府逐瘀片联合 SGB 治疗上肢 HZ 急性期神经痛有显著作用,可明显减轻患者疼痛,减少后遗神经痛的发生率,疗效确切。2 组

治疗前后 PSQI,除睡眠药物使用外,2 组评分均较治疗前降低,观察组睡眠检测评分下降明显。3 个月随访痛觉过敏缓解,说明随着疼痛程度减轻及时间减少,患者睡眠情况逐渐好转,能显著改善患者生活质量,减少 PHN 的发生。我们认为,通过 SGB 及时阻断痛觉的中枢神经传导通路,药物直达病所,快速镇痛,起到及时抗病毒抗炎止痛的作用,并且减少 PHN 的发生率,血府逐瘀片口服,起到活血化瘀,理气止痛的作用,缓解患者疼痛,两者治疗手段相得益彰,临床疗效显著,内外标本兼治。研究表明,血府逐瘀片联合 SGB 治疗上肢 HZ 安全、有效,能缩短带状疱疹疼痛病程,及时缓解患者疼痛,改善患者整体生活睡眠质量,且无明显不良反应。

参考文献

- [1] 张京,李霞,王艳. 普瑞巴林联合星状神经节阻滞治疗头面带状疱疹后神经痛的疗效分析[J]. 新疆医学,2013,43(10):54-56.
- [2] 刘全知. 多种因素及中药干预对带状疱疹后遗神经痛的影响[D]. 湖北:湖北中医药大学,2010.
- [3] 神经病理性疼痛诊疗专家组. 神经病理性疼痛诊疗专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志,2013,19(12):705-710.
- [4] Gan EY, Tian EA, Tey HL. Management of herpes zoster and post-herpetic neuralgia[J]. Am J Clin Dermatol,2013,14(2):77-85.

(上接第 1952 页)

- mortality, and prevalence across five continents; defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world[J]. J Clin Oncol,2006,24(14):2137-2150.
- [2] 施俊,秦志丰,李勇进,等. 胃癌中医辨证准确度分析[J]. 云南中医学院学报,2011,34(6):51-52.
- [3] 温而新,熊一向. 中西医结合治疗晚期胃癌 24 例临床观察[J]. 江西中医学院学报,1997,9(3):11-13.
- [4] 李建群,朱云根. 奥沙利铂联合 5-氟尿嘧啶、亚叶酸钙化疗晚期胃癌的临床研究[J]. 临床医学工程,2014,21(11):1447-1448.
- [5] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国常见恶性肿瘤诊治规范(合订本)(第 3 分册)[S]. 2 版. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1991:58-59.
- [6] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:139-143.
- [7] 王崇华,陈明清,张灿珍,等. 癌症患者生命质量测定量表 EORTC QLQ-C30 中文版评介[J]. 实用肿瘤杂志,2005,20(4):353-355.
- [8] 黄成汉,胡献国. 怎样辨证治疗胃癌[J]. 中医杂志,2009,50(8):759-760.
- [9] 吴洁,蒋明. 金匮要略白话解读[M]. 长沙:湖南科学技术出版

- [5] Tajima K, Iseki M, Inada E, et al. The effects of early nerve blocks for prevention of postherpetic neuralgia and analysis of prognostic factors[J]. Masui,2009,58(2):153-159.
- [6] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 2 版. 北京:人民军医出版社,2006:7-8.
- [7] 李莎,李进芹,张鑫,等. 带状疱疹伴左上肢运动性麻痹 1 例[J]. 遵义医学院学报,2013,36(5):486-487.
- [8] Palmeira CC, Ashmawi HA, Posso Ide P. Sex and pain perception and analgesia[J]. Rev Bras Anesthesiol,2011,61(6):814-828.
- [9] Rohof OJ. Caudal Epidural of Pulsed Radiofrequency in Post Herpetic Neuralgia(PHN); Report of Three Cases[J]. Anesth Pain Med,2014,4(3):e16369.
- [10] 王秋石,卜慧娟,张慧谦. 星状神经节阻滞治疗急性头面部带状疱疹[J]. 贵阳医学院学报,2015,38(4):391-393.
- [11] 孟庆云,柳顺锁,刘志双. 神经阻滞学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:318-319.
- [12] 郭政,王国年. 疼痛诊疗学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2016:63-81.
- [13] 罗家胜,秦晓民,梁海莹,等. 血府逐瘀口服液治疗带状疱疹后遗神经痛 30 例[J]. 中国中医药现代远程教育,2014,12(12):62-63.
- [14] 马晓娟,张维娜. 血府逐瘀片联合刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察[J]. 医学研究与教育,2013,30(6):47-50.

(2017-07-14 收稿 责任编辑:杨觉雄)

社,2010:115.

- [10] 石海澄,黄笃高. 运用中西医结合治疗胃癌的体会[J]. 中医药导报,2007,13(12):49,63.
- [11] 刘声. 孙桂芝肿瘤病中医临证实录[M]. 北京:中国中医药出版社,2013:48.
- [12] 魏品康,许玲,孙大志,等. 痰与胃癌发生发展的关系[J]. 中医杂志,2006,47(3):166-168.
- [13] 孙燕. 肿瘤内科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2001:994-997.
- [14] 石远凯,孙燕. 临床肿瘤内科手册[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2015:526-539.
- [15] 谌玉佳. 334 例肺癌患者终末期治疗的回顾性研究[D]. 北京:北京中医药大学,2015.
- [16] Xing P, Li J, Shi Y, et al. Recurrent response to advanced lung adenocarcinoma with erlotinib developing leptomeningeal metastases during gefitinib therapy and two case reports[J]. Thorac Cancer,2014,5(1):38-42.
- [17] 石怀芝. 孙桂芝辨证治疗中晚期胃癌的经验[J]. 北京中医,2003,22(2):13-14.

(2017-11-27 收稿 责任编辑:杨觉雄)