

中药药烟熏灸联合红光治疗肝经湿热型 带状疱疹的临床观察

刘明珠 刘光东 孙捷

(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:观察中药药烟熏灸联合红光治疗肝经湿热型带状疱疹的疗效。方法:选取2013年6月至2014年12月南京市中西医结合医院皮肤科收治的肝经湿热型带状疱疹患者80例,随机分为对照组和观察组,2组均口服明竹欣、甲钴胺,观察组中药药烟熏灸联合红光,对照组外用喷昔洛韦乳膏。结果:观察组总有效率显著高于对照组($P < 0.05$),治疗1、2及8周后VAS评分均较治疗前逐渐下降,观察组明显优于对照组($P < 0.05$);8周后DLQI评分显著改善($P < 0.01$),观察组“疼痛或瘙痒”“日常生活”“穿衣”“社交”“个人关系”“治疗”显著优于对照组($P < 0.05$,或 $P < 0.01$)。结论:中药药烟熏灸联合红光治疗肝经湿热型带状疱疹神经痛疗效显著,明显改善患者的生命质量。

关键词 中药药烟熏灸;红光;肝经湿热;带状疱疹

Clinical Observation on Chinese Materia Medica Smoked Moxibustion Combined with Red Light Therapy in Treating Dampness-heat Liver Type of Herpes Zoster

Liu Mingzhu, Liu Guangdong, Sun Jie

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

Abstract Objective: To observe the effectiveness of Chinese materia medica smoked moxibustion combined with red light therapy in treating dampness-heat liver type of herpes zoster. **Methods:** A total of 80 cases of dampness-heat liver type of herpes zoster patients who were treated in our hospital from June 2013 to December 2014 were randomly divided into control group and treatment group. Both groups took virmax and mecobalamine. Treatment group took Chinese materia medica smoked moxibustion combined with red light therapy, while the control group took valaciclovir cream externally. **Results:** The total effective rate of the treatment group was significantly higher than the control group ($P < 0.05$). Compared with the situation before treatment, after 1, 2 and 8 weeks of treatment, the VAS scores were gradually decreased. The treatment group was significantly better than the control group ($P < 0.05$). After 8 weeks, the DLQI score improved significantly ($P < 0.01$). The treatment group was significantly better than the control group in the aspect of pruritus, daily life, clothing, social life, personal relationship and treatment. **Conclusion:** The effects of Chinese materia medica smoked moxibustion combined with red light therapy in the treatment of the dampness-heat liver type herpes zoster are significant, and life quality of the patients is improved significantly.

Key Words Chinese materia medica smoked moxibustion; Red light; Dampness-heat of the liver; Herpes zoster

中图分类号:R275 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.12.025

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒(Varicella-Zoster Virus, VZV)感染引起,以沿身体一侧成簇水疱伴疼痛为特征的病毒感染性皮肤病,发病率较高。最常见的并发症是带状疱疹后遗神经痛(Postherpetic Neuralgia, PHN),以中老年发病率较高,40岁到60岁的患者占21%,大于60岁患者占40%^[1-2]。因此及时控制病情,缩短病程,减少PHN的发生,尤为重要。笔者采用中药药烟熏灸联合红光治疗肝经湿热型带状疱疹,疗效肯定,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年6月至2014年12月南京市中西医结合医院皮肤科收治的肝经湿热型带状疱疹患者80例,且都符合临床诊断标准,年龄16~89岁,平均年龄(53.1 ± 17.3)岁,发病天数3~7d,平均病程(4.5 ± 1.9)d。按随机数据表法随机分为2组。观察组40例(男18例,女22例),年龄(52.3 ± 17.4)岁;对照组40例(男21例,女19例),年龄(54.0 ± 17.5)岁。2组患者的性别、年龄、病程

基金项目:南京市卫生局课题(YKK14161)

作者简介:刘明珠(1982.11—),女,医学硕士,主治医师,研究方向:中西医结合治疗皮肤病、性病, E-mail:ls1999@sina.com

通信作者:孙捷(1980.09—),女,医学硕士,副主任医师,研究方向:中西医结合治疗皮肤病、性病, E-mail:sunjiezf2000@sohu.com

及发病部位无统计学意义,均具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国临床皮肤病学》^[2] 1) 周身乏力、局部皮肤刺痛或灼热感等前驱症状;2) 皮损表现为不规则红斑,继而出现绿豆大小丘疱疹水疱,周围绕有红晕,簇集成群,各群水疱间皮肤正常;3) 皮损沿一侧呈带状分布,多为单侧,一般不超过中线,可有区域性淋巴结肿大、压痛;4) 自觉疼痛,可在发病前或伴随皮疹出现。

1.2.2 中医诊断标准 参考《中医外科学》^[3] 中的相关标准,伴有口干口苦,或烦躁易怒,或大便秘结或小便短赤,舌质红,苔薄黄或黄厚,脉弦滑。

1.3 纳入标准 1) 符合上述诊断标准的肝经湿热型带状疱疹;2) 疱疹发病在 1 周内,未经治疗者;3) 带状疱疹急性期;4) 带状疱疹出疹出疱期。

1.4 排除标准 1) 带状疱疹恢复期、后遗神经痛期;2) 孕妇及哺乳期妇女;3) 糖尿病等严重的全身性疾病患者;4) 恶性肿瘤患者及有免疫缺陷者;5) 长期使用糖皮质激素、免疫抑制剂或 X 线治疗的患者;6) 合并有严重的心、肺等系统性疾病;7) 过敏体质者;8) 头面部及特殊类型的带状疱疹者。

1.5 治疗方法 2 组患者均接受常规治疗伐昔洛韦胶囊口服(四川明欣药业有限责任公司,国药准字 H10970071),0.3 g/次,2 次/d 及甲钴胺胶囊口服(扬子江药业集团南京海陵药业有限公司,国药准字 H20052315),0.5 mg/次,3 次/d,观察组在此基础上以药艾条(将紫草 25 g、薄荷 25 g 等研成粉末,与艾绒 250 g 混匀,并用草纸卷成药艾条备用)放置于炉式熏灸器内(安徽省中医院专利),点燃药艾条,熏灸器出烟口距离皮肤 5~10 cm,以患者自觉温热感,而无灼烫感为宜,30 min/次,1 次/d,并联合 Carnation-88 型双光源光子治疗仪(深圳普门科技有限公司,产品编号:CC10C00006,红光波长 640 nm±10 nm)进行治疗,红光 96 J/cm²,1 次/d,20 min/次,治疗 10 d 为 1 个疗程。对照组喷昔洛韦乳膏外涂(重庆华邦制药股份有限公司,国药准字 H20000189),4 次/d,连用 10 d。治疗期嘱患者多休息,清淡饮食,戒酒。

1.6 观察指标 2 组患者分别在治疗前及治疗后 1、2、8 周采用视觉模拟评分(VAS)法判断疼痛程度;治疗前,8 周后采用 DLQI(皮肤生命质量)评分,共包括几个方面的问题:1) 疼痛或瘙痒 2) 家务 3) 购物 4) 穿衣 5) 社交 6) 运动,休闲 7) 上班,学习 8) 个人关系 9) 性生活 10) 治疗。每个问题均采用 4 级评分

法,0~3 分分别代表“无(影响)”“少有(影响)”“严重(影响)”“非常严重(影响)”。满分 30 分。0~1 分(无影响),2~5 分(轻度影响),6~10 分(中度影响),11~20 分(重度影响),21~30 分(极严重影响)。

1.7 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,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)。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)。

1.8 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件进行统计学分析。计数资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,同组治疗前后评分比较及 2 组治疗后评分比较采用秩和检验,2 组比较采用 *t* 检验,有效率的比较采用 χ^2 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 结果显示观察组痊愈率 67.5%,总有效率 92.5%,对照组痊愈率 35%,总有效率 75%,组间比较差异有统计学意义(*P*<0.05 或 *P*<0.01)。见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较(*n*)

组别	痊愈(%)	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组(<i>n</i> =40)	27(67.5)**	7	3	3	37(92.5)*
对照组(<i>n</i> =40)	14(35)	9	7	10	30(75)

注:与对照组比较,**P*<0.05,***P*<0.01

2.2 2 组 VAS 评分比较 结果示治疗前 2 组 VAS 评分差异 *P*>0.05,无统计学意义。2 组治疗后 VAS 评分均较治疗前明显降低,观察组优于对照组(*P*<0.05)。见表 2。

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

组别	治疗前	治疗后		
		1 周	2 周	8 周
观察组(<i>n</i> =40)	7.5±1.6	4.0±1.8	1.5±2.4	0.5±1.2
对照组(<i>n</i> =40)	7.9±1.3	5.6±2.2	3.5±3.1	1.7±2.5

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

2.3 2 组患者 DLQI 评分比较 与治疗前比较,8 周后 2 组 DLQI 显著减少(*P*<0.01)。见表 3。

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

组别	DLQI 评分	
	治疗前	治疗后
观察组(<i>n</i> =40)	10.3±4.6	2.5±3.4
对照组(<i>n</i> =40)	11.8±4.3	7.0±5.9

注:与本组治疗前比较,*P*<0.01;与对照组治疗后同时间段比较,*P*<0.01

2.4 2 组患者 DLQI 各项指标比较 见表 4。与治疗前比较,治疗后对照组“日常生活”“个人关系”显著改善($P<0.05$),观察组“瘙痒疼痛”“日常生活”“穿衣”“社交”“个人关系”和“治疗”均显著改善($P<0.05$,或 $P<0.01$);与对照组治疗后比较,观察组“瘙痒疼痛”“日常生活”“穿衣”“社交”“个人关系”和“治疗”改善情况亦显著($P<0.05$,或 $P<0.01$)。

表 4 2 组治疗前后 DLQI 各项评分($\bar{x}\pm s$,分)

项目	组别	差异来源	分级/例				P
			0 分	1 分	2 分	3 分	
瘙痒疼痛	观察组	疗前	0	8	25	7	
		(n=40) 疗后	33	4	3	0	
	对照组	疗前	0	8	24	8	*△△
		(n=40) 疗后	12	16	8	4	
日常生活	观察组	疗前	6	18	13	3	
		(n=40) 疗后	25	11	4	0	
	对照组	疗前	6	14	16	4	*△△
		(n=40) 疗后	18	8	12	2	
衣物	观察组	疗前	18	10	10	2	
		(n=40) 疗后	29	9	2	0	
	对照组	疗前	2	17	17	4	**△△
		(n=40) 疗后	16	13	9	2	
社交生活	观察组	疗前	4	17	16	3	
		(n=40) 疗后	26	11	3	0	
	对照组	疗前	6	11	20	3	**△△
		(n=40) 疗后	15	11	11	3	
个人关系	观察组	疗前	4	22	14	0	
		(n=40) 疗后	29	8	3	0	
	对照组	疗前	0	17	20	3	**△
		(n=40) 疗后	20	8	12	0	
治疗	观察组	疗前	4	15	12	9	
		(n=40) 疗后	31	6	3	0	
	对照组	疗前	5	14	11	10	*△
		(n=40) 疗后	17	14	8	1	

注:与治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$

2.4 不良反应 2 组患者均无明显不良反应。

3 讨论

水痘-带状疱疹病毒^[4]是水痘及带状疱疹 2 种疾病的共同病原体,初起感染时表现为水痘,此后潜伏于神经元中,在诸多诱发因素(创伤、疲劳、病后虚弱)刺激下导致抵抗力低下时再次激活,使神经节受到侵犯而坏死发炎,引发神经痛。中医学称之为“蛇串疮”“缠腰火丹”,临床常分为肝经湿热、脾虚湿蕴、气滞血瘀三证辨治。清·吴谦《医宗金鉴》曰“缠腰火丹,若腰胁生之,系肝火妄动”。现代人^[5]生活压力大,饮食过于肥甘厚腻或饮酒过度,易引起肝气不顺,气机阻滞,脾脏运化不及,水湿易生,日久郁而化热,肝经火毒蕴积致病。故临床初发多证见肝经湿热。

近年来,随着带状疱疹发病机制和致病原的确立,其治疗也开拓了许多新路径,诸如激光、红外线、微波、紫外线、频谱等物理手段的应用在降低 PHN 的发生率及减轻症状中贡献卓著。中医从整体出发,通过外治法直达病灶,有一定特色及优势,包括毫针刺、火针、梅花针、三棱针、放血、穴位注射法等均对带状疱疹的治疗有一定的临床疗效。熏灸是中医外治法之一,最早出现在《五十二病方》中,是指利用艾条或艾绒燃烧产生的艾烟熏灸患处的一种方法。近年来,熏灸疗法无论在治疗范围还是方法上都有新的发展,赵炳南^[6]用不同中药药烟熏灸治疗神经性皮炎、慢性湿疹、牛皮癣等皮肤疾病,疗效满意。秦黎虹等采用炉式熏灸器治疗特异性炎性反应(甲沟炎、疔疮、皮肤外伤、溃疡、压疮、糖尿病足)和非特异性炎性反应、肌肉劳损等,疗效肯定,操作简便,安全性好。马梅青等用药艾熏灸配合中药内服治疗慢性湿疹能有效改善患者临床症状,提高治疗效果。笔者根据带状疱疹初期多湿热之征拟定清热利湿泄火外用之剂燃烟熏灸患处。方中紫草清热凉血,活血解毒疗疮;大黄清血热,逐瘀通络,祛瘀生新;薄荷止痛、止痒、清利;白鲜皮解毒燥湿;艾叶温经理气、疏通经脉、扶正祛邪。现代药理研究证实:紫草^[7]有明显的抗人类疱疹病毒、抑菌和抗菌作用,可使疱疹迅速干燥结痂;大黄^[8]有明显的抗 VZV 的作用,且对^[9]常见致病菌(金黄色葡萄球菌、革兰氏阳性菌、革兰氏阴性菌)有抑制作用,还有吸收分泌物和止血功效,起到保护疮面,促进愈合的作用;薄荷^[10]可抗炎镇痛、抗病毒、促进皮肤吸收;白鲜皮^[11]有抗菌、抗炎、抗过敏、止血等功效。艾叶挥发油^[12]能明显抑制带状疱疹的细胞病变,具有抗病毒和抗真菌作用。在带状疱疹的治疗上,熏灸法通过借助药艾烟的热力,经过皮肤的透皮吸收,气血交换,疏通腠理,通畅气血,从而达到以热引热、燥湿杀菌、通经消瘀止痛、扶正祛邪的作用^[13]。药烟熏灸后,疱疹表面覆盖一层黄褐色的艾烟油,可以控制创面的继发感染,促使疱疹消退、结痂、干燥。现代研究表明^[14],艾灸的热效应使局部血液循环加快,降低神经兴奋性,提高痛阈,减轻疼痛及缩短疼痛时间,同时还有提高免疫力和抗炎的作用。熏灸疗法可以调整脏腑机能,增强机体免疫功能,缓解机体疼痛,对于带状疱疹后遗神经痛的发生的减少有着明显的优势。

红光(波长 600 ~ 700 nm)照射穿透力强,表层组织对红光的反应比较缓和。研究发现^[15]细胞中

线粒体对红光能量吸收最大,可使过氧化氢酶活性增加,增强细胞新陈代谢,促进细胞合成新生,同时能够扩张深部毛细血管,改善血液循环,促进病变局部新陈代谢,促进炎症反应吸收,提高机体抵抗力。带状疱疹的早中期时体内的五羟色胺含量增加,使机体产生疼痛,红光照射^[16]后五羟色胺含量降低,同时红光刺激受损的末梢神经轴突,能治疗神经损伤,起到止痛、镇痛作用。

本研究采用熏灸与红光联合治疗肝经湿热型带状疱疹,笔者认为:中药药烟熏灸使热药结合,清热利湿泄火之剂透皮直达病所,起到抗菌消炎、镇痛、覆盖保护创面、抗病毒的作用,并可快速减轻神经疼痛,减少 PHN 的发生率;红光穿透皮肤黏膜最深达 2.5 cm,抗炎止疱、促结痂、修复神经、镇痛、提高机体免疫功能。此两法相辅相成,标本兼治、临床疗效显著。通过有效率、VAS 评分及 DLQI 评分的比较证明了上述结论。本研究表明,中药药烟熏灸联合红光治疗能及时有效控制肝经湿热型带状疱疹神经痛,缩短病程,明显减少 PHN 的发生率,改善患者生命质量,疗效可靠,并可根据辨证改变药物组成用于其他证型带状疱疹,且简单易行,安全性好,值得临床推广。

参考文献

[1] Gazewood J D, Meadows S, Halverson L. Clinical inquiries: What is the prognosis of postherpetic neuralgia? [J]. J. Fam. Pract, 2003, 52: 496-497.

(上接第 2963 页)

[13] 王敬东. 多塞平与马来酸曲美布汀单用或联用治疗肠易激综合征的临床观察[J]. 中华全科医师杂志, 2008, 7(9): 632-635.

[14] 陈治水, 张万岱, 危北海, 等. 肠易激综合征中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2005, 13(1): 65-67.

[15] 张伟, 孙建华, 裴丽霞, 等. 中医药治疗肠易激综合征的系统评价/Meta 分析的再评价[J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(12): 1747-1755.

[2] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 394-395.

[3] 陈红风. 中医外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 181-184.

[4] 邱曙光. 中西医结合用药治疗 136 例带状疱疹临床分析及文献回顾[D]. 郑州: 郑州大学, 2013.

[5] 郑英杰. 自拟清肝汤加红光治疗肝经湿热型带状疱疹临床疗效观察[D]. 济南: 山东中医药大学, 2007.

[6] 刘华为, 李晓玲, 张金友. 赵炳南外用药剂型初探[J]. 陕西中医, 1991, 12(11): 482-483.

[7] 曹云飞, 李慧芬. 紫草化学成分及其抗病毒、抑菌作用研究进展[J]. 药学研究, 2014, 33(1): 42-43.

[8] 徐霞, 李凌, 丛江. 中药大黄抗病毒研究概况[J]. 中国药师, 2005, 8(1): 70-72.

[9] 齐君, 杨秋芳. 外用大黄治疗难愈性外伤及皮肤溃疡[J]. 现代中医药, 2003, 5(47): 59.

[10] 温亚娟, 项丽玲, 苗明三. 薄荷的现代应用研究[J]. 中医学报, 2016, 31(12): 1963-1964.

[11] 刘雷, 郭丽娜, 于春磊, 等. 白鲜皮化学成分及药理活性研究进展[J]. 中成药, 2016, 38(12): 2657-2665.

[12] 吴生兵, 曹健, 汪天明, 等. 艾叶挥发油抗真菌及抗带状疱疹病毒的实验研究[J]. 安徽中医药大学学报, 2015, 34(6): 70-71.

[13] 孙捷, 刘明珠. 中药药烟熏灸治疗局限性慢性湿疹临床研究[J]. 中医学报, 2015, 30(10): 1530-1531.

[14] 沈津湛, 龚云. 炉式熏灸器治疗带状疱疹方法及制机探讨[J]. 针灸临床杂志, 2000, 16(3): 35-36.

[15] 田桂香. 带状疱疹采用红光治疗整体护理观察[J]. 健康之路, 2016, 15(7): 140.

[16] 李瑞英. 异甘草酸镁注射液联合伐昔洛韦、红光治疗仪治疗带状疱疹临床观察[J]. 中医临床观察, 2013, 5(7): 21-22.

(2017-04-11 收稿 责任编辑: 徐颖)

[16] 蔡光先, 卜献春. 四磨汤治疗功能性消化不良肝脾不和证的疗效及对血浆 P 物质、胃动素的影响[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(6): 856-859.

[17] 吴余林, 林作俊. 四磨汤口服液对肝脾不和型功能性消化不良的疗效及对胃肠激素的影响分析[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(14): 44-45.

(2017-04-20 收稿 责任编辑: 杨觉雄)