

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2024.02.000

龙胆泻肝汤加减方联合火针点刺法治疗肝经郁热型带状疱疹临床观察

黄俊青

深圳市中西医结合医院皮肤科,广东深圳 518100

摘要 **目的** 探究龙胆泻肝汤加减方联合火针点刺法治疗肝经郁热型带状疱疹的临床效果。**方法** 选取本院 2021 年 7 月—2022 年 3 月收治的 80 例肝经郁热型带状疱疹患者,按随机数字表法分为观察组 40 例和对照组 40 例。对照组在常规西医抗病毒、营养神经等治疗基础上采用火针点刺法治疗,观察组在对照组治疗基础上联合龙胆泻肝汤加减方治疗。比较 2 组患者症状缓解时间、简易 McGill 疼痛评分,3 周后比较 2 组患者临床疗效。**结果** 治疗后,观察组退热时间、瘙痒缓解时间、水疱消退时间、皮疹结痂时间、脱痂时间均显著短于对照组($P < 0.05$);观察组总有效率为 100.0%,显著高于对照组的 90.0%($P < 0.05$)。治疗 1 周、2 周、3 周后,2 组患者简易 McGill 疼痛评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),且观察组均显著低于对照组($P < 0.05$)。治疗期间,2 组患者不良反应发生情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 龙胆泻肝汤加减方联合火针点刺法治疗肝经郁热型带状疱疹患者可有效减轻疼痛,缩短病程,提高临床疗效且无明显不良反应。

关键词 龙胆泻肝汤;火针;肝经郁热;带状疱疹

中图分类号 R275.9;R752.12 **文献标志码** A

带状疱疹是由于潜伏在神经节中的水痘-带状疱疹病毒被激活所引起的病毒性皮肤病,以出现簇集性水疱并伴有显著的神经痛为核心症状。该病好发于成人,且以春秋季节多见,常在头面、躯干、四肢部位出现成簇、带状分布的丘疱疹。随着病情发展,斑丘疹上会出现大量串珠状的水疱,若未及时治疗,炎症程度加重使患者伴有程度不同的疼痛,部分患者在皮损消退后仍会遗留神经痛^[1]。中医一般将带状疱疹分为肝经郁热、脾虚湿蕴、气滞血瘀 3 个常见证型,其中肝经郁热证为临床常见初发证型^[2]。中医认为,本病多因情志内伤、肝经郁热而发,或因脾失健运、湿浊内停、兼感毒邪而发。龙胆泻肝汤加减方和火针点刺法均为治疗该疾病的常见中医疗法,其中龙胆泻肝汤具有清泻肝胆实火、清利肝胆湿热等作用,可根据不同症状加减配药以加强清利肝经湿热、止痛之功效^[3];火针点刺法通过将针具烧至通红,结合针灸刺激和针尖的温热感,从而发挥温通经络、消肿止痛的作用^[4]。虽然火针主要针对寒性症状,但有研究^[5]表明火针能够有效缓解肝经郁热型带状疱疹的症状。目前关于龙胆泻肝汤加减方联合火针点刺法治疗带状疱疹在临床还未广泛运用,笔者于 2021 年 7 月以来

利用龙胆泻肝汤加减方联合火针点刺法治疗带状疱疹,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2021 年 7 月—2022 年 3 月诊治的 80 例肝经郁热型带状疱疹患者,按随机数字表法分为观察组与对照组,各 40 例。对照组,男 21 例,女 19 例;年龄(55.45 ± 2.15)岁,年龄范围为 42~60 岁;病程(5.42 ± 1.32)d,病程范围为 3~10 d。观察组,男 22 例,女 18 例;年龄(54.32 ± 2.13)岁,年龄范围为 43~60 岁;病程(5.36 ± 1.52)d,病程范围为 2~9 d。2 组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:符合《带状疱疹中国专家共识》^[6]中的相关诊断标准;符合《中医病证诊断疗效标准》^[7]中肝经郁热证相关辨证标准,表现为皮损鲜红、疱壁紧张、灼热刺痛,口苦咽干,烦躁易怒,大便干或小便黄。舌质红,舌苔薄黄或黄厚,脉弦滑数;年龄 40~60 岁;同意参与本研究并签署知情同意书,经本院伦理委员会审批通过。

排除标准:存在精神疾患,不能配合完成治疗者;恶性肿瘤及重症感染者;瘢痕体质者。

1.3 治疗方法

对照组在常规西医抗病毒、营养神经等治疗基础上采用火针点刺法进行治疗。嘱患者取一般卧位,充分暴露患部,治疗前碘伏消毒皮损处,将火针尖端置于酒精灯外焰处进行加热后,迅速准确垂直进针,刺破水疱,然后快速出针;其余皮损处,用同样方法点刺 1 次,深度为 3~5 mm,先刺早期疱疹,结束后用消毒纱布清理疱液、擦除污血,按压 30 s;最后再次常规碘伏消毒皮损处,保持清洁干燥。火针疗法每周 1~3 次,1 周为 1 个疗程,视患者耐受情况酌情治疗 2~3 个疗程。

观察组在对照组治疗基础上联合龙胆泻肝汤加减方进行治疗。方药组成为龙胆草 12 g、柴胡 10 g、黄芩 9 g、山栀子 9 g、生地黄 20 g、车前子 9 g、木通 6 g、当归 9 g、生甘草 6 g、桃仁 10 g、赤芍 10 g。病变部位位于腰腹部者可加用川牛膝 12 g,疼痛严重者加延胡索 15 g、甘草 6 g。每日 1 剂,水煎后分早晚 2 次服用。7 d 为一个疗程,酌情治疗 2~3 个疗程。

1.4 观察指标及疗效评价

统计并比较 2 组患者退热时间、瘙痒缓解时间、水疱消退时间、皮疹结痂时间及脱痂时间。

参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]拟定临床疗效判定标准:痊愈 皮疹结痂,疼痛消失;显效 皮疹大部分结痂,疼痛明显缓解;有效 皮疹部分结痂,疼痛有所缓解;无效 未达到上述标准。总有效率=[(痊愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。

愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。

比较 2 组患者治疗前及治疗 1 周、2 周、3 周后简化 McGill 疼痛问卷评分^[8],包括疼痛分级指数(PRI)、视觉模拟定级法(VAS)和现有疼痛强度(PPI)3 个部分,总分 60 分,分数越高代表疼痛程度越重。

观察并记录 2 组患者治疗期间恶心呕吐、头痛、腹泻、心慌等不良反应发生情况。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 21.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组 t 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 症状改善时间比较

治疗后,观察组退热时间、瘙痒缓解时间、水疱消退时间、皮疹结痂时间、脱痂时间均显著短于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 简易 McGill 疼痛评分比较

治疗前,2 组患者简易 McGill 疼痛评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 1 周、2 周、3 周后,2 组患者简易 McGill 疼痛评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),且观察组均显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 临床疗效比较

治疗后,观察组总有效率为 100.0%,显著高于对照组的 90.0%($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 2 组患者症状改善时间比较($n=40, d, \bar{x} \pm s$)

组别	退热时间	瘙痒缓解时间	水疱消退时间	皮疹结痂时间	脱痂时间
对照组	2.65±0.36	4.12±0.98	5.99±1.18	7.34±2.06	19.22±3.22
观察组	1.31±0.26 [△]	3.65±1.03 [△]	4.21±1.26 [△]	5.56±1.65 [△]	16.25±3.63 [△]

与对照组比较[△] $P < 0.05$

表 2 2 组患者简易 McGill 疼痛评分比较($n=40, 分, \bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗 1 周后	治疗 2 周后	治疗 3 周后
对照组	41.65±1.43	35.63±1.31*	32.31±3.11*	21.36±3.03*
观察组	40.36±1.23	32.15±1.26* [△]	25.34±3.29* [△]	13.69±2.34* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$,与对照组比较[△] $P < 0.05$

2.4 不良反应发生情况比较

治疗期间,2 组患者不良反应发生情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者不良反应发生情况比较($n=40, 例, \%$)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	16	12	8	4	36(90.0)
观察组	20	16	4	0	40(100.0) [△]

与对照组比较[△] $P < 0.05$

组别	恶心呕吐	腹泻	头痛	心慌	合计
对照组	2	2	1	1	6(15.00)
观察组	3	1	0	1	5(12.50)

3 讨论

水痘-带状疱疹病毒属于 DNA 病毒类型, 由于该病毒具有亲神经性, 一旦患者免疫力低下、正常免疫机制对病毒抵抗力降低时, 病毒会再次快速繁殖于感觉神经末梢, 导致被侵犯的神经节和皮肤产生炎症反应甚至坏死^[9]。目前临床一般采用抗病毒、营养神经及对症止痛等多种药物联合治疗, 虽有助于控制病情, 但疗效不尽如人意。本研究采用中西医结合疗法, 在西医抗病毒、营养神经等治疗基础上采取龙胆泻肝汤加减方联合火针点刺法进行治疗, 旨在进一步提高临床疗效。

带状疱疹多发于腰间, 呈带状分布, 水疱簇集状如蛇形, 故中医有“蛇串疮”“甑带疮”“蜘蛛疮”等多种称谓。隋代《诸病源候论》中记载: “甑带疮者, 绕腰生, 此亦风湿搏于血气所生。状如甑带, 因以为名。”赵炳南称之为“串腰龙”, 形如云片, 上起风粟, 作痒发热。本病多因湿热火毒蕴蒸肌肤而成, 此属肝心二经风火, 治宜龙胆泻肝汤。龙胆泻肝汤方中以龙胆草、柴胡为君药, 其中龙胆草具有缓解肝胆实火、利水除湿之功, 柴胡可退热解肌、疏肝解郁; 生地黄、山栀子为臣药, 其中生地黄可清热凉血, 山栀子有清热利湿、凉血解毒的作用; 以黄芩、当归、车前子为佐药, 其中黄芩清热解肌, 当归活血化瘀, 车前子清热利尿; 甘草为使, 可清热解毒、止痛, 同时疼痛更甚者加延胡索可清热镇痛。诸药合用, 可泻肝胆实火、通经络、清热凉血止痛。另有白桦等研究者^[10]发现, 龙胆泻肝汤可降低患者 McGill 疼痛评分, 治疗机制可能为龙胆泻肝汤抑制了被活化的辅助 T 细胞, 通过减少白细胞介素 (interleukin, IL)-6、IL-17、IL-23 的分泌, 抑制中性粒细胞的反应等, 从而进一步减轻炎症反应及疼痛。

火针点刺法具有行气活血、温经通络的作用, 一方面将针加热后刺入患处具有针和灸综合效应, 可通过温热感的传递来提高患者局部疼痛阈值^[11]; 另一方面火针疗法可降低体内炎症因子水平, 阻断炎症因子介导的免疫反应, 从而达到抗炎、止痛之效^[12]。黄守强等研究^[13]表明, 火针点刺局部水疱, 有助于水疱破裂, 加速皮损结痂脱落进程, 从而缩短疼痛持续时间。本研究结果发现, 观察组退热、瘙痒缓解、水疱消退、皮疹结痂、脱痂时间均短于对照组, 疼痛评分低于对照组, 观察组总有效率高于对照组; 表明龙胆泻肝汤加减方联合火针点刺法治疗肝经郁热型带状疱疹可显著缓解临床症状, 减轻疼痛, 缩短病程, 提高临床疗效。2 组患者不良反应发生情况比较, 差异无统计学

意义; 表明龙胆泻肝汤加减方联合火针点刺法治疗本病并未增加不良反应发生风险。

综上所述, 龙胆泻肝汤加减方联合火针点刺法治疗肝经郁热型带状疱疹患者可有效减轻疼痛, 缩短病程, 提高临床疗效且无明显不良反应, 值得临床应用。

参 考 文 献

- [1] 张建中, 高兴华. 皮肤性病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 68-70.
- [2] 赵尚华. 中医皮肤病学[M]. 北京: 科学出版社, 2002: 123-130.
- [3] 高霞, 郑琦, 洪锋, 等. 龙胆泻肝汤联合刺血疗法治疗带状疱疹肝经郁热证[J]. 长春中医药大学学报, 2022, 38(6): 651-654.
- [4] 刘哲, 李东海, 叶小霞, 等. 带状疱疹急性期水疱局部拔罐与火针疗效对比研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(6): 595-599.
- [5] 侯智文, 杨梅, 马剑雪. 火针结合蜈蚣油治疗肝经郁热型带状疱疹疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2023, 25(2): 93-95.
- [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] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 143-144.
- [8] 郑淑云, 高岩, 丁福祥, 等. 简化 McGill 疼痛问卷预测胸痛患者冠脉病变程度的价值[J]. 北华大学学报(自然科学版), 2021, 22(2): 239-242.
- [9] 周海鸥, 杨旖欣, 郭雪娇, 等. T 细胞免疫在带状疱疹神经痛机制中的研究进展[J]. 中国疼痛医学杂志, 2022, 28(3): 215-219.
- [10] 白桦, 刘法. 龙胆泻肝汤加减对带状疱疹的临床疗效观察及对免疫功能的影响[J]. 世界中医药, 2015, 10(7): 1022-1025.
- [11] 韩永强, 伏圣祥, 徐虎. 火针联合龙胆方治疗腰腹部带状疱疹的临床研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2021, 20(2): 174-175.
- [12] 陈敏, 鞠程, 张戈. 火针配合拔罐电针三联疗法治疗急性期带状疱疹疗效观察[J]. 四川中医, 2018, 36(10): 178-180.
- [13] 黄守强, 熊俊, 项洁, 等. 火针治疗带状疱疹后遗神经痛有效性和安全性的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2022, 22(2): 168-175.

(收稿日期: 2024-01-17)