

归芍颗粒、刺血拔罐法联合普瑞巴林对带状疱疹后遗神经痛患者的临床疗效

张丽芹¹, 丁 锋², 矫 英³

(1. 烟台市牟平区中医医院皮肤科, 山东 烟台 264100; 2. 滨州医学院烟台附属医院中医科, 山东 烟台 264100; 3. 烟台市牟平区皮肤病结核病精神病防治院结核科, 山东 烟台 264100)

摘要：**目的** 探讨归芍颗粒、刺血拔罐法联合普瑞巴林对带状疱疹后遗神经痛患者的临床疗效。**方法** 92 例患者随机分为对照组 (30 例, 普瑞巴林)、刺血拔罐法组 (31 例, 普瑞巴林+刺血拔罐法)、针药联合组 (31 例, 归芍颗粒+刺血拔罐法+普瑞巴林), 疗程 1 个月。检测症状、疼痛评分, 临床疗效, 血清疼痛介质 (SP、PGE2), 不良反应发生率变化。**结果** 针药联合组总有效率高于刺血拔罐法组、对照组 ($P<0.05$), 刺血拔罐法组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 3 组症状、疼痛评分降低 ($P<0.05$), 针药联合组低于刺血拔罐法组、对照组 ($P<0.05$), 刺血拔罐法组低于对照组 ($P<0.05$); 3 组血清疼痛介质降低 ($P<0.05$), 针药联合组低于刺血拔罐法组、对照组 ($P<0.05$), 刺血拔罐法组低于对照组 ($P<0.05$)。3 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 归芍颗粒、刺血拔罐法联合普瑞巴林可减轻带状疱疹后遗神经痛患者症状及疼痛感, 提高疗效, 控制疼痛介质水平, 安全性较高。

关键词：归芍颗粒; 刺血拔罐法; 普瑞巴林; 带状疱疹后遗神经痛

中图分类号：R287 **文献标志码：**B **文章编号：**1001-1528(2021)02-0560-03

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2021.02.056

带状疱疹是临床常见的皮肤病, 主要由水痘-带状疱疹病毒感染引起, 常见红斑、群集性小水泡等症状, 可沿一侧周围神经分布, 常出现神经痛后遗症, 9%~34% 的患者在皮疹消退后 1 个月内仍有神经病理性疼痛症状, 而且超过 20% 的患者在 3 个月后仍有持续性慢性疼痛症状, 可导致严重危害^[1]。研究表明, 带状疱疹后遗神经痛可给患者造成巨大的折磨, 不仅影响其情绪状态, 还可影响睡眠和日常生活^[2]。普瑞巴林是带状疱疹后遗神经痛患者的常用治疗药物, 可缓解神经痛, 并具有抗惊厥、改善睡眠质量的功效, 但可能由于作用靶点单一, 难以达到理想的综合疗效^[3]。

刺血拔罐法是中医特色外治疗法, 以经络学说为理论基础, 可沟通表里、疏通经络, 兼具调和气血、平衡阴阳、缓

解疼痛之效^[4-5]。归芍颗粒是烟台市牟平区中医医院中药剂科自制中成药, 具有活血行气、止痛化瘀之功效。为进一步加强带状疱疹后遗神经痛患者的临床疗效, 本研究在普瑞巴林的基础上加用归芍颗粒、刺血拔罐法, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2017 年 1 月至 2019 年 2 月收治于烟台市牟平区中医医院的 92 例带状疱疹后遗神经痛患者, 其中男性 50 例, 女性 42 例; 年龄 41~75 岁, 平均年龄 (61.54±8.97) 岁; 后遗神经痛持续时间 3~18 个月, 平均持续时间 (7.58±1.62) 个月, 随机数字表法分为对照组 (30 例)、刺血拔罐法组 (31 例)、针药联合组 (31 例), 3 组一般资料见表 1, 可知差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

表 1 3 组一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	性别/[例(%)]		年龄/岁	后遗神经痛持续时间/月
		男	女		
针药联合组	31	17(54.84)	14(45.16)	61.52±8.93	7.62±1.56
刺血拔罐法组	31	16(51.61)	15(48.39)	61.69±8.43	7.43±1.49
对照组	30	17(56.67)	13(43.33)	61.42±7.96	7.68±1.52

1.2 纳入标准 ①符合带状疱疹后遗神经痛诊断标准^[6]; ②符合普瑞巴林治疗指征; ③符合《中医病证诊疗常规》中“蛇串疮”“缠腰火丹”等标准^[7]; ④自愿参加本研究, 签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①合并其他类型皮肤病, 如寻常型银屑病、过敏性皮炎等; ②合并其他类型病理性疼痛, 如糖尿病周围神经病变、中枢性疼痛等; ③合并其他外伤, 如擦伤、烫伤、咬伤等; ④合并其他类型病毒感染, 如人类免

疫缺陷病毒、乙型肝炎病毒等；⑤合并意识或认知障碍。

1.4 治疗手段

1.4.1 对照组 口服普瑞巴林胶囊（重庆赛维药业有限公司，75 mg，国药准字 H20130073），每次 150 mg，每天 2 次。连续治疗 1 个月。

1.4.2 刺血拔罐法组 在对照组基础上加用刺血拔罐法。安尔碘常规消毒阿是穴，主治医师左手舒张皮肤，右手持一次性无菌注射针快速多点刺患处，针距约为 1.0 cm，深度约 3~5 mm，每个罐口面积内点刺 5~7 针，以负压拔罐器抽吸实施拔罐治疗，每次 3~6 罐，待出血量超过约 3 mL，血液未凝固时，在释放疼痛最显著的位置以罐体负压吸引，小心将罐体倾斜，吸管吸取血液后再次拔罐，每次留罐 15~20 min，总出血量 10~20 mL 后起罐，隔天 1 次。连续治疗 1 个月。

1.4.3 针药联合组 在刺血拔罐法组基础上加用归芍颗粒，组方药材黄芪 15 g、太子参 15 g、当归 10 g、川芎 10 g、丹参 15 g、红花 12 g、全虫 6 g、川楝子 6 g、乌梢蛇 10 g、穿山甲 15 g、紫草根 12 g、板蓝根 30 g、薏米 30 g，净选除杂后干燥、粉碎、浓缩、制粒，具体参照《中药配方颗粒的研究与应用》进行^[8]，每包 10 g，每天 2 次，于早晚饭后 30 min 开水冲服。连续治疗 1 个月。

1.5 指标检测

1.5.1 症状、疼痛评分 症状包括疼痛、睡眠情况、酸胀感、灼热、舌脉怒张/青紫量化，分别以 0、1、2、3 分表示无症状、轻度症状、中度症状、重度症状，总分即为症

状评分。采用视觉模拟量表（VAS）评价疼痛程度，总分 0~10 分，评分越高，疼痛越剧烈。

1.5.2 血清疼痛介质水平 治疗前后清晨空腹采集患者外周静脉血各 5 mL，3 500 r/min 离心 10 min，取血清，酶联免疫法检测 P 物质（SP）、前列腺素 E2（PGE2）水平。

1.5.3 不良反应 包括全身乏力、头晕、腹痛、腹泻等，并计算其发生率。

1.6 疗效评价 参照《中国临床皮肤病学》^[9]。（1）显效，治疗后局部皮肤灼热、疼痛等症状明显缓解，症状、疼痛评分均下降 $\geq 70\%$ ；（2）有效，治疗后局部皮肤灼热、疼痛等症状有所减轻，症状、疼痛评分下降 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$ ；（3）无效，治疗后局部皮肤灼热、疼痛等症状无明显变化，症状、疼痛评分下降 $< 30\%$ 甚至升高。总有效率= $[(\text{显效例数}+\text{有效例数})/\text{总例数}]\times 100\%$ 。

1.7 统计学处理 通过 SPSS23.0 软件进行处理，计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，多组间比较采用单因素方差分析，组间两两比较采用 SNK-*q* 检验，组内比较采用配对样本 *t* 检验；计数资料以百分率表示，多组间、组间两两比较采用卡方检验，若理论频数为 1~5 则需校正；等级分布资料多组间、组间两两比较采用秩和检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 症状、疼痛评分 治疗后，3 组症状、疼痛评分降低（ $P<0.05$ ），针药联合组低于刺血拔罐法组、对照组（ $P<0.05$ ），刺血拔罐法组低于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 3 组症状、疼痛评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数/例	症状评分/分		疼痛评分/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针药联合组	31	10.58±1.46	1.36±0.31 ^{△*#}	7.12±1.26	1.01±0.30 ^{△*#}
刺血拔罐法组	31	10.63±1.52	2.86±0.43 ^{△*}	7.09±1.33	1.85±0.42 ^{△*}
对照组	30	10.42±1.50	4.26±0.52 [△]	7.05±1.30	3.97±0.68 [△]

注：与同组治疗前比较，[△] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，^{*} $P<0.05$ ；与刺血拔罐法组治疗后比较，[#] $P<0.05$ 。

2.2 临床疗效 针药联合组总有效率高于刺血拔罐法组、（ $P<0.05$ ），见表 3。
对照组（ $P<0.05$ ），刺血拔罐法组总有效率高于对照组

表 3 3 组临床疗效比较〔例（%）〕

组别	例数/例	显效	有效	无效	总有效
针药联合组	31	26(83.87)	4(12.90)	1(3.23)	30(96.77) ^{**}
刺血拔罐法组	31	12(38.71)	12(38.71)	7(22.58)	24(77.42) [*]
对照组	30	5(16.67)	13(43.33)	12(40.00)	18(60.00)

注：与对照组比较，^{*} $P<0.05$ ；与刺血拔罐法组比较，[#] $P<0.05$ 。

2.3 血清疼痛介质水平 治疗后，3 组血清 SP、PGE2 水平降低（ $P<0.05$ ），针药联合组低于刺血拔罐法组、对照
组（ $P<0.05$ ），刺血拔罐法组低于对照组（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 3 组血清疼痛介质水平比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数/例	SP/(pg·mL ⁻¹)		PGE2/(ng·mL ⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针药联合组	31	82.41±7.09	43.01±5.69 ^{△*#}	98.15±20.06	55.43±12.28 ^{△*#}
刺血拔罐法组	31	81.68±7.12	51.12±7.14 ^{△*}	98.83±19.45	63.42±13.43 ^{△*}
对照组	30	82.02±7.10	61.22±6.75 [△]	98.43±21.12	72.84±15.40 [△]

注：与同组治疗前比较，[△] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，^{*} $P<0.05$ ；与刺血拔罐法组治疗后比较，[#] $P<0.05$ 。

2.4 不良反应发生率 对照组有 2 例全身乏力, 不良反应发生率为 6.67% (2/30); 刺血拔罐法组有 1 例全身乏力、2 例头晕, 不良反应发生率为 9.68% (3/31); 针药联合组有 1 例全身乏力、1 例头晕、1 例腹痛、1 例腹泻, 不良反应发生率为 12.90% (4/31)。3 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

3 讨论

普瑞巴林主要是通过减少神经递质的释放、抑制交感神经和肾上腺的过度兴奋来发挥镇痛作用, 可有效缓解疼痛, 但长期应用效果并不理想^[10]。因此, 临床医师仍需积极探讨高效的治疗方案, 以满足带状疱疹后遗神经痛患者的临床治疗需求。

带状疱疹后遗神经痛属于中医“蛇串疮”“缠腰火丹”等范畴, 由正气亏虚、卫外不足复外感淫邪所致, 湿热余邪难除, 蕴滞肌肤, 气滞血瘀, 热毒内盛, 不通则痛^[11-12]。现代中医学家指出, 采用中医治疗带状疱疹后遗神经痛患者时, 需遵循通络止痛、祛邪扶正的原则, 方可除湿热之邪, 卫本元之正气^[13]。

本研究发现, 治疗后 3 组症状、疼痛评分均下降, 以针药联合组最低, 同时临床疗效分布、总有效率也均明显更优, 表明归芍颗粒、刺血拔罐法联合普瑞巴林治疗带状疱疹后遗神经痛有理想疗效。刺血拔罐法可行气活血、拔除瘀滞、疏经通络, 选用局部阿是穴时可行气化瘀、活血通经, 共奏活血益气、化瘀止痛之效^[14]。归芍颗粒以黄芪、太子参为君药, 功效培本固元、滋养阴液; 以当归、丹参、川芎、红花共为臣药, 善行养血活血、行气通络, 当归配伍红花时养血而不生燥热之气, 活血而不留瘀; 以川楝子、全虫、穿山甲、乌梢蛇、紫草根、板蓝根、薏米共为佐药, 其中川楝子行气活血, 通经止痛, 乌梢蛇、全虫、穿山甲祛风通络、软坚散结、活血止痛; 板蓝根、紫草根涤荡余毒, 消除湿热内毒, 薏米健脾渗湿、祛风除湿, 诸药合用, 集益气活血、化瘀养血、通经止痛为一体。研究表明, 当归有效成分可增强机体抵抗力, 还能提高抗病毒疗效^[15], 而丹参注射液具有减痛作用^[16]; 本研究将归芍颗粒与刺血拔罐法联用, 可充分利用中医外治和内服疗法的优势, 共同控制症状与疼痛感, 并增强疗效。

SP 目前公认的与伤害性刺激有关的神经肽, 可诱发瀑布式级联反应, 加重局部炎性反应和疼痛感^[17]; PGE2 主要在炎症性和神经病理性疼痛中发挥作用, 可合成疼痛介质^[18]。本研究发现, 治疗后 3 组血清 SP、PGE2 水平均下降, 以针药联合组更明显, 可知归芍颗粒、刺血拔罐法可显著控制血清疼痛介质水平。另外, 3 组不良反应发生率均相近, 表明归芍颗粒、刺血拔罐法安全性较高。

综上所述, 归芍颗粒、刺血拔罐法联合普瑞巴林不仅可减轻带状疱疹后遗神经痛患者症状和疼痛感, 增强疗效, 还能降低血清 SP、PGE2 水平, 安全性较高。

参考文献:

[1] 申 洁, 吴跃申, 水润英, 等. 老年带状疱疹后遗神经痛的危险因素研究[J]. 老年医学与保健, 2016, 22(1): 48-51.

[2] 伍小敏, 于泳健, 蔡 放, 等. 带状疱疹后遗神经痛的发病相关因素分析[J]. 中华全科医学, 2016, 14(3): 352-354.

[3] Lin C S, Lin Y C, Lao H C, *et al.* Interventional treatments for postherpetic neuralgia: a systematic review[J]. *Pain Physician*, 2019, 22(3): 209-228.

[4] 何 舟, 赵朝廷. 刺血拔罐配合电针治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效观察[J]. 广西医科大学学报, 2018, 35(2): 271-272.

[5] 刘美荷, 王国玉. 刺血拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察[J]. 新中医, 2017, 49(1): 136-139.

[6] 范 平, 黎 超, 张 禁, 等. 带状疱疹后遗神经痛及其预防[C] //中国康复医学会第 22 届疗养康复学术会议论文汇编. 北京: 中国康复医学会, 2011: 190-193.

[7] 陈园桃. 中医病证诊疗常规[M]. 南京: 东南大学出版社, 2008: 186-192.

[8] 张铁军, 高文远. 中药配方颗粒的研究与应用[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2010: 45-62.

[9] 赵 辨. 中国临床皮肤病学[M]. 4 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 203-206.

[10] 冶占福, 师存伟, 祁学萍, 等. 普瑞巴林在带状疱疹后遗三叉神经痛中的应用观察[J]. 中国医师杂志, 2018, 20(8): 1237-1239.

[11] 王羽依, 蔡玲玲, 方多多, 等. 带状疱疹后遗神经痛的益气解毒法治疗经验总结[J]. 环球中医药, 2017, 10(10): 1238-1240.

[12] 杨素清, 柏青松, 安月鹏. 王玉玺从虚论治带状疱疹后遗神经痛经验[J]. 四川中医, 2018, 36(5): 6-8.

[13] 梁海莹, 罗家胜, 李红毅, 等. 范瑞强分期论治带状疱疹及其后遗神经痛经验[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(2): 274-277.

[14] 张春玉, 沈 芳, 赖永贤, 等. “药-针-罐”序贯疗法治疗带状疱疹及预防后遗神经痛的临床研究[J]. 中国中医急症, 2018, 27(1): 74-76.

[15] 吴长涛. 活血化瘀法治疗老年带状疱疹后遗神经痛的临床效果[J]. 中国医药指南, 2017, 15(23): 191-192.

[16] 周维鸿. 丹参注射液穴位注射联合复方倍他米松治疗带状疱疹后遗神经痛 25 例[J]. 中国中医急症, 2007, 16(9): 1145-1146.

[17] Saxena A K, Lakshman K, Sharma T, *et al.* Modulation of serum BDNF levels in postherpetic neuralgia following pulsed radiofrequency of intercostal nerve and pregabalin [J]. *Pain Manag*, 2016, 6(3): 217-227.

[18] Takasaki I, Nojima H, Shiraki K, *et al.* Involvement of cyclooxygenase-2 and EP3 prostaglandin receptor in acute herpetic but not postherpetic pain in mice[J]. *Neuropharmacology*, 2005, 49(3): 283-292.