

直线偏振光照射联合局部浸润治疗急性带状疱疹痛的临床观察

马 超¹ 伍少玲¹ 曾海辉¹ 肖秀红²

急性带状疱疹(herpes zoster, HZ)由属于 DNA 病毒组的水痘-带状疱疹病毒引起的急性感染性疾病,主要影响脊髓背根神经节^[1]。带状疱疹的发生率与性别、季节无明显的关系,随着年龄的增加,其发病率也明显增加,年龄也是带状疱疹后神经痛的一个主要因素。急性期带状疱疹的治疗方法很多,包括药物、理疗、神经阻滞和中医疗法等均有一定的疗效^[1-2],但均不十分理想。本研究探讨直线偏振光照射联合局部复方倍他米松浸润治疗急性带状疱疹痛的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2001 年 7 月—2005 年 10 月在康复科病房和门诊及由皮肤科病房和门诊转诊的急性带状疱疹患者 56 例,发病到就诊时间 1—5 天,平均(2.5±1.30)天,所有患者均表现为沿神经根分布的大小不等的疱疹伴疼痛;其中男 25 例,女 31 例,年龄 41—82 岁,平均年龄(57.0±15.8)岁,发病部位包括前胸部、后背部、左右胸肋区、左右大腿前区及额面部等部位,发病者大多体质较差、有糖尿病、脑梗死或脑出血的恢复期、系统性红斑狼疮和慢性肾功能不全等慢性疾患。56 例患者随机分为对照组和治疗组:对照组 28 例,男 13 例,女 15 例,平均年龄(55.5±14.0)岁;治疗组 28 例,男 12 例,女 16 例,平均年龄(58.5±16.3)岁。2 组患者在性别、年龄、病变部位方面无显著性差异,具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组:采用 2%利多卡因+复方倍他米松皮下局部神经浸润阻滞治疗。具体操作方法:常规局部皮肤消毒,取 2%利多卡因 5ml+复方倍他米松 1ml+生理盐水至 15ml,根据带状疱疹局部出现的面积,使用 7 号常规注射针头或 8cm 长针头进行皮下均匀浸润注射,并根据疱疹面积注入适量药液,在急性期每周注射 1 次,连续 2 周。

治疗组:采用直线偏振光近红外线疼痛治疗仪(日本)照射,联合 2%利多卡因+复方倍他米松皮下局部浸润治疗。2%利多卡因+复方倍他米松皮下局部浸润的方法同对照组。在局部皮下浸润的同时行皮损分布区的直线偏振光局部照射。具体的操作方法:根据急性带状疱疹发生的部位不同,进行局部神经阻滞。颈、躯干部采用脊神经后支照射,T3 以上加同侧星状神经节照射;上肢采用尺神经照射及同侧星状神经节照射;下肢采用坐骨神经照射。星状神经节照射强度 80%,照射时间 8min,照射 2s,间歇 4s;背神经后支照射强度 80%,每点 15min,照射 2s,间歇 4s;尺神经、坐骨神经照射强度 80%,照射时间 15min,照射 2s,间歇 4s。每天 1 次,连续照射 2 周。

1.3 评定方法

采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)进行治疗前后的疼痛评估^[3]。疗效判断标准^[4]:显效:VAS 明显下降大于 80%,皮损基本消退;有效:VAS 下降范围为 20%—

80%,皮损部分消退;无效:VAS 下降小于 20%或增加。

急性带状疱疹后遗神经痛,是在急性期疱疹消退后,患者出现皮损神经支配区的持续疼痛超过 1 个月。

1.4 统计学分析

采用 SPSS11.0 软件对结果进行分析。计量资料采用 *t* 检验,计数等级资料采用秩和检验,设 $P < 0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的疼痛评分及疗效比较

治疗前 2 组患者 VAS 评分比较差异无显著性 ($P > 0.05$),具有可比性。治疗后 2 组患者 VAS 评分分别与治疗前比较均有下降,两者间差异有显著性意义($P < 0.05$);2 组患者治疗后 VAS 评分下降程度比较,治疗组 VAS 评分下降程度较对照组明显,两者间差异有非常显著性意义($P < 0.05$)。见表 1—2。

2.2 两组患者急性期疱疹消退后,后遗神经痛发生率

两组患者急性期疱疹消退后,后遗神经痛发生率分别为对照组 42.9%(12 例),治疗组 17.9%(5 例)。经 χ^2 检验, $\chi^2 = 0.37$, $P < 0.01$,两组比较差异有显著性意义。

表 1 2 组患者治疗前后 VAS 结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	VAS		VAS 下降程度
	治疗前	治疗后	
对照组	7.4±1.2	2.1±2.8 ^②	3.9±2.5
治疗组	7.5±1.3	0.7±1.5 ^②	6.3±1.6 ^①

①与对照组比较 $P < 0.05$; ②与治疗前比较 $P < 0.05$

表 2 2 组患者治疗后疗效比较

组别	显效		有效		无效	
	例数	%	例数	%	例数	%
对照组	13	46.4	9	32.1	6	21.4
治疗组	22	78.5 ^①	5	17.9 ^①	1	3.6 ^①

①与对照组比较 $P < 0.05$

3 讨论

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒感染所致,该病毒使受侵犯的神经节发炎、坏死而出现较剧烈的神经性疼痛,同时病毒沿周围神经纤维移行至皮肤出现水疱疹^[1]。发病部位以肋间神经分布区最多,其次为腰段、颈段及三叉神经分布区,带状疱疹的神经损害为炎性脱髓鞘改变,此过程是可逆的。皮疹常于发病后 2—4 周愈合,免疫功能特别是细胞免疫功能低下与皮损的类型、病程及预后有关,老龄患者因体弱多病,免疫力低下,并发症多,病程则为 3—4 周,但部分患者特别是高龄患者可转化为带状疱疹后神经痛。临床上一般以药物治疗为

1 中山大学附属第二医院康复医学科,广州,510120

2 中山大学附属第二医院保健科

作者简介:马超,男,主治医师,博士研究生

收稿日期:2006-05-29

主,应用增强免疫功能的方法和药物,可明显缩短病程,减少并发症的发生。常用的药物为抗病毒制剂和激素类药物。

局部神经浸润阻滞也是治疗带状疱疹手段之一,所用药物为局麻药和激素混合液,具有营养神经、消炎、恢复组织功能等作用,神经阻滞的作用机制主要包括^[5-8]:①阻滞周围神经由病灶向中枢的疼痛刺激,降低中枢兴奋性;②阻断交感神经传出冲动,使患处血管扩张,改善局部血运,加速炎症消退和皮损愈合;③药液中的皮质激素可起到抗炎、消水肿作用;④由于水痘-带状疱疹病毒不仅侵犯神经节,也侵犯外周神经和发疱部位感受器;因此,行疱疹区局部浸润,直接阻断末梢神经和皮肤痛觉感受器向中枢神经系统的恶性刺激,改善局部循环,减轻炎症反应,有利于减轻皮损和加快皮损恢复。本研究所使用的复方倍他米松是二丙酸倍他米松和倍他米松磷酸钠的混悬制剂,可在治疗对皮质激素奏效的疾病中发挥强力的抗炎、抗风湿和抗过敏作用。可溶性的倍他米松磷酸钠在注射后很快吸收而迅速起效,微溶性的二丙酸倍他米松注射后,成为一个供缓慢吸收的贮库,持续产生作用,从而长时间控制症状。

直线偏振光近红外线能输出高功能光能,照射瞬间可产生较高的强度和浓度的辐射波,直接作用于投射部位或病变区,且输出的波段频率高,具有扩张血管,促进血液循环,调节机体新陈代谢,提高免疫功能等作用,可使疱疹区炎症消散,疼痛减轻^[4,8-10]。直线偏振光对星状神经节照射后能够使交感神经兴奋得到抑制,改善因交感神经过度兴奋引起的循环障碍、痛觉过敏状态,通过使肌肉松弛,血管扩张,组织营

养加强,细胞活性增强,组织再生能力加速,血液和淋巴系统循环改善,达到消炎、解痉、镇痛的目的。

本研究通过采用病灶区皮下局部神经浸润阻滞联合直线偏振光局部照射病变区传入神经阻滞,可以显著改善病灶区炎症水肿,减轻疼痛,同时可以加速疱疹消退,使得带状疱疹后遗痛发生率较对照组低,减少了局部注射方法所带来的风险和副作用。

参考文献

- [1] 张学军主编.皮肤性病学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004.59—60.
- [2] 李继华,段红玲,胡杰.脉冲短波并脉冲磁场治疗带状疱疹后神经痛[J].中华理疗杂志,2001,24(3):179—180.
- [3] 燕铁斌主编.现代康复治疗学[M].广州:广东科学技术出版社,2004.394.
- [4] 曹索奇,赵福胜,辜凤君,等.直线偏光近红外线并药物治疗带状疱疹及其后遗神经痛[M].中华物理医学与康复杂志,2005,27(2):116—118.
- [5] 杜冬萍.带状疱疹和神经痛[J].实用疼痛杂志,2005,1(3):164—166.
- [6] Kost RG, Straus SE. Postherpetic neuralgia—pathogenesis treatment and prevention[J]. N Engl J Med,1996,335:32—34.
- [7] 姚红娜,蒙秉新,严兴福.神经阻滞疗法治疗带状疱疹后神经痛24例[J].临床皮肤科杂志,2002,11(5):303.
- [8] Stankus SJ, Dlugopolski M, Packer D. Management of herpes zoster and postherpetic neuralgia [J]. Am Fam Physician, 2000,61:2437—2444.
- [9] 赵英,闵若谦,舒琼.经皮神经电刺激和红外偏振光联合应用对老年带状疱疹后神经痛的影响[J].中国康复医学杂志,2003,18(1):19—21.
- [10] 刁枢,孙坚,候鸣宇,等.超激光疼痛治疗仪在疼痛门诊的应用(1051例报告)[J].中国疼痛医学杂志,1999,5:115—116.

·短篇论著·

针刺配合康复治疗对脑卒中早期患者功能恢复的影响

姚利民¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2004年3月—2005年3月来我院中医科住院患者62例。所有的患者均符合:①1995年国家中医药管理局脑病急症协作组《脑卒中中医诊断疗效评定标准》^[1]。②1995年全国第四届脑血管病学术会议修订的《急性脑血管病诊断标准》^[2]。③符合上述中西医诊断标准的急性期脑卒中患者,经CT或MRI证实,首次发病,年龄40—80岁,神志清醒且病情稳定,有肢体功能障碍者。排除标准:①经检查证实有脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、代谢障碍、风湿性心脏病、冠心病及其他心脏病合并房颤者。②有严重并发症,如严重精神障碍,严重痴呆,合并有心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病患者。③语言理解有严重障碍者。④有关节病变等严重影响肢体运动功能者。

62例患者随机分为两组,针刺康复组(33例)和单纯针刺组(29例),两组患者一般资料见表1。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗开始时间:在常规药物治疗的基础上,早期针刺治疗及康复治疗应在急性发病后,生命体征平稳,神经系统症状不再进展时进行,缺血性脑血管病于48h后开始实行,出血性脑血管病于5—7天后开始。

1.2.2 单纯针刺组的治疗方案:采用传统针刺法治疗。取对侧运动区、患侧肩髃、曲池、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、解溪、丘墟、昆仑、侠溪,上述穴位,每次均针刺。头皮针平刺,体针直刺,使用电针仪,频率30HZ,留针30min。若合并有肩痛加肩髃、臂臑。肩手综合征加中渚、八邪。

1.2.3 针刺康复组的治疗方案:针刺治疗方案同针刺组。康复治疗采用Bobath疗法^[3]和运动再学习方案^[4]。

1.2.3.1 急性期(早期卧床期):主要进行:①保持良好体位;

1 长春市人民医院中医科,130051

作者简介:姚利民,男,主治医师

收稿日期:2006-03-28