

· 临床 ·

## 加味散血葛根汤联合神经阻滞对带状疱疹后遗神经痛 血脉瘀阻证患者的临床疗效

屠远辉\*, 方玉甫, 王丽  
(河南省中医院, 郑州 450002)

**[摘要]** 目的:观察加味散血葛根汤联合神经阻滞治疗带状疱疹后遗神经痛血脉瘀阻证的临床疗效,探讨其机制。方法:120例患者随机分为对照组和观察组,各60例。对照组给予大黄蛰虫片+神经阻滞,观察组给予加味散血葛根汤+神经阻滞,疗程均为4周。观察两组治疗前后临床症状(简化McGill疼痛量表、总体印象变化量表、中医证状),血清疼痛介质[内皮素-1(ET-1),前列腺素E<sub>2</sub>(PGE<sub>2</sub>),P物质(SP),环氧化酶-2(COX-2)],血黏度指标[全血高切黏度(HBV),全血中切黏度(MBV),全血低切黏度(LBV),血浆黏度(PV)]。比较两组临床疗效,随访12个月复发率及不良反应发生率。结果:研究过程中对照组脱落5例,观察组脱落1例。观察组总有效率96.6%(57/59),高于对照组的74.5%(41/55)( $\chi^2=5.729, P<0.05$ )。与对照组治疗后比较,观察组简化McGill疼痛量表,总体印象变化量表,中医症状,疼痛介质(ET-1, PGE<sub>2</sub>, SP, COX-2),血黏度(HBV, MBV, LBV, PV)明显降低( $P<0.05$ )。随访12个月,观察组(显效+有效)复发率7.0%(4/57),低于对照组的43.9%(18/41)( $\chi^2=7.294, P<0.05$ )。研究期间观察组不良反应发生率为8.5%(5/59),对照组为7.3%(4/55),两组比较差异无统计学意义。结论:加味散血葛根汤联合神经阻滞可明显改善带状疱疹后遗神经痛血脉瘀阻证患者的临床症状,复发率和不良反应发生率低。

**[关键词]** 加味散血葛根汤; 神经阻滞; 血脉瘀阻证; 带状疱疹后遗神经痛

**[中图分类号]** R22;R242;R2-031;R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2020)21-0129-06

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.20201978

**[网络出版地址]** <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20200724.1434.007.html>

**[网络出版日期]** 2020-7-24 15:18

## Clinical Efficacy of Modified Sanxue Gegendang Combined with Nerve Block on Postherpetic Neuralgia Due to Blood Stasis Syndrome

TU Yuan-hui\*, FANG Yu-fu, WANG Li

(Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450002, China)

**[Abstract]** **Objective:** To observe the efficacy of modified Sanxue Gegendang combined with nerve block in treating postherpetic neuralgia due to blood stasis syndrome, and explore its possible mechanism. **Method:** The 120 patients were randomly divided into control group and observation group, with 60 cases in each group. The patients in control group received Dahuang Zhechong tablet + nerve block, and the patients in observation group received modified Sanxue Gegendang + nerve block for 4 weeks. The clinical symptoms (simplified McGill pain scale, overall impression change scale, traditional Chinese medicine symptoms), serum medium pain [endothelin-1 (ET-1), prostaglandin E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>), substance P (SP), cyclooxygenase-2 (COX-2)], blood viscosity index [high blood viscosity (HBV), medium blood viscosity (MBV), low blood viscosity (LBV), and plasma viscosity (PV)] were observed before and after treatment. The clinical efficacy, recurrence rate in 12 months follow-up, and the incidence of adverse reactions were compared between two

**[收稿日期]** 20200309(026)

**[基金项目]** 河南省中医药研究专项(2018ZY020372)

**[通信作者]** \*屠远辉, 硕士, 主治医师, 从事中西医结合治疗带状疱疹后遗神经痛疾病的研究, E-mail: hnszyy111@163.com

groups. **Result:** The 5 cases in control group and 1 case in the observation group were lost during the study. The total effective rate in observation group was 96.6% (57/59), higher than 74.5% (41/55) in control group ( $\chi^2=5.729, P<0.05$ ). As compared with control group after treatment, the McGill pain scale, overall impression change rating scale, main TCM symptom scores, pain medium (ET-1, PGE<sub>2</sub>, SP, COX-2), and blood viscosity (HBV, MBV, LBV, PV) were significantly lower in observation group ( $P<0.05$ ). In the follow-up for 12 months, the recurrence rate was 7.0% (4/57) in observation group, lower than 43.9% (18/41) in control group ( $\chi^2=7.294, P<0.05$ ). During the study period, the incidence of adverse reactions was 8.5% (5/59) in observation group and 7.3% (4/55) in control group, without significant difference between two groups. **Conclusion:** Modified Sanxue Gegentang combined with nerve block can significantly improve the clinical symptoms of patients with postherpetic neuralgia due to blood stasis syndrome, showing a low recurrence rate incidence of adverse reactions.

**[Key words]** modified Sanxue Gegentang; nerve block; blood stasis syndrome; postherpetic neuralgia

带状疱疹后遗神经痛是病毒侵袭周围神经组织导致的神经病理性疼痛<sup>[1]</sup>,在带状疱疹消退后发生率高达23.7%~41.2%<sup>[2]</sup>。临床表现为皮肤受损区域持续性灼痛,阵发性针刺样痛,刀割样疼痛,电击样触觉性痛<sup>[3]</sup>。病情迁延难愈,疼痛剧烈、顽固常难以忍受,严重影响患者生活质量,导致患者失眠,焦虑,抑郁,甚至自杀<sup>[3-4]</sup>。临床治疗药物主要有镇痛类、抗抑郁类、抗病毒类、非甾体类抗炎类、免疫抑制剂<sup>[5-7]</sup>,尚不能取得满意的疗效,不良反应多,复发率高。中医药联合神经阻滞治疗带状疱疹后遗神经痛具有独特的优势,为目前研究的热点<sup>[8-9]</sup>。

带状疱疹后遗神经痛归属中医“火带疮”“蛇缠腰”“蜘蛛疮”等范畴<sup>[10]</sup>。《临证指南医案》:“久病必入于络,络中气血,虚实寒热,稍有留邪,皆能致痛”。其病程较长,邪入脉络,耗伤气血,伤及津液,血行不畅,热毒败血积聚成瘀,瘀阻脉络,筋脉不得濡养,不荣则痛。《黄帝内经·素问·痹论》:“余毒未尽、瘀血阻滞”。毒邪未尽,余毒流注关节,留滞经络,阻碍气血运行,脉络阻滞不通,不通则痛。

散血葛根汤出自明·陈实功的《外科正宗》,具有散血行瘀,消肿止痛,疏风解毒的功效。本研究组对散血葛根汤进行加味,并联合神经阻滞治疗带状疱疹后遗神经痛血脉瘀阻证取得了满意的临床疗效,复发率低。

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选取2018年2月至2019年1月河南省中医院皮肤科收治的带状疱疹后神经痛血脉瘀阻证患者120例。按随机数字表法分为对照组和观察组,各60例。两组一般资料比较,差异无统计学意义。见表1。研究过程中,对照组脱落5例

(3例依从性差,1例失访,1例资料不全),观察组脱落1例(依从性差)。本研究经河南省中医院医学伦理委员会审批(批号2017KY152)。

表1 两组患者一般资料比较

Table 1 Comparison of general information between two groups

组别	性别/例		年龄/岁	平均年龄( $\bar{x}\pm s$ )/岁	病程/年	平均病程( $\bar{x}\pm s$ )/年	疱疹部位/例	
	男	女					胸部	腰臀部
对照	37	23	46~74	58.2±13.5	0.4~7.3	4.7±1.1	47	13
观察	35	25	45~75	58.7±12.8	0.3~7.5	4.8±1.3	49	11

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断** 参照《中国临床皮肤科学》<sup>[11]</sup>。

①带状疱疹临床治愈后,皮肤局部疼痛持续超过3个月;②疼痛的性质为持续性烧灼痛,闪电样发作痛,自发性刀割样疼痛,紧束样疼痛;③患病区域有显著的神经受损后遗症,如瘙痒,触觉异常,紧束感,蚁行感等。

**1.2.2 中医辨证标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[12]</sup>“火带疮”血脉瘀阻证。主证为疱疹消退后发病区域刺痛、拒按、胸胁胀闷、神疲乏力。次证为痛处固定不移、入夜加重、夜寐不安、口干咽燥。舌脉象,舌暗红伴瘀斑,苔薄白,脉细弦或涩。符合上述主证及2项次证,结合舌脉象即可诊断。

**1.3 纳入标准** ①符合上述诊断标准,视觉模拟疼痛(VAS)>4分;②年龄45~75岁;③入组前30 d内未使用神经阻滞及中药制剂治疗;④患者签署知情同意书。

**1.4 排除及脱落标准** 排除标准,①合并恶性肿瘤、糖尿病周围神经病变等导致的神经痛患者;②

头面部疱疹患者;③妊娠期及哺乳期患者;④合并严重心、肝和肾功能不全及凝血功能障碍患者。脱落标准,依从性差,失访,资料不全,未按照研究方案治疗患者。

**1.5 治疗方法** 两组患者均给予椎旁神经阻滞治疗,患者取俯卧位,根据患者疱疹皮损区域和疼痛部位确定受损神经节段。采用 MicroMaxx 型彩色多普勒超声机(美国索诺声公司,5~12 MHz 高频线阵探头)扫描脊髓节段棘突旁开 2 cm 处,可清晰观察到椎旁间隙、横突组织。穿刺针保持在超声视野范围内,垂直刺入椎板外侧,退针至皮下,调整针尖方向,经横突外侧,缓慢进针至胸椎旁间隙,回抽无血与脑脊液后注入混合药液为 8 mL。混合液为 1% 罗哌卡因 7.5 mL+甲钴胺 7.5 mg,复方倍他米松 1.5 mL(二丙酸倍他米松 7.5 mg 和倍他米松磷酸钠 3 mg),加生理盐水配制至 30 mL。每周 1 次,连续治疗 4 次。

对照组口服大黄蛰虫片(江西青春康源制药有限公司,国药准字 Z20060179,0.52 g/片),5 片/次。观察组口服加味散血葛根汤,药物组成:川芎、丹参、香附、苏叶各 20 g,红花、升麻、白芷、防风、葛根、法半夏各 15 g,细辛、羌活、桔梗各 10 g,水蛭、甘草各 5 g。以上中药饮片由河南省中医院方玉甫教授鉴定,经河南省中医院制剂室采用 DX8Y-20-3 型全自动微压双缸煎药包装一体机(广州市创意机械科技有限公司)水煎、浓缩至 600 mL。每次 300 mL,2 次/d。连续治疗 4 周。

**1.6 观察指标**

**1.6.1 临床症状** 治疗前后分别观察两组患者的临床症状。①简化 McGill 疼痛量表<sup>[13]</sup>,包括视觉模拟疼痛(VAS),疼痛强度(PPI),疼痛障碍(PDI)。每项分值 0~10 分,分值越低表示症状越轻。②总体印象变化量表评分(PGIC)<sup>[14]</sup>,包括对疼痛程度的总体印象、对睡眠影响的总体印象、对情绪变化的总体印象、对生活影响的总体印象,每项分值 0~2 分,总分 0~8,分值越低表示症状越轻。③主要中医症状评分,由同一位副主任医师职称的研究者评定,包括刺痛、拒按、胸胁胀闷、神疲乏力。每项分值 0~10 分,分值越低表示症状越轻。

**1.6.2 疼痛介质** 采用酶联免疫吸附测定(ELISA)检测血清内皮素-1(ET-1),前列腺素 E<sub>2</sub>(PGE<sub>2</sub>),P 物质(SP),环氧化酶-2(COX-2)。试剂盒由美国 Becton Dickinson 公司生产,批号分别为 2017BD071 K,2017BD193F,2017BD015L,2017BD193M。

**1.6.3 血黏度指标** 采用 SV-10/SV-100 型血液黏度测定仪(日本 A&D 公司),检测血黏度指标,全血高切黏度(HBV),全血中切黏度(MBV),全血低切黏度(LBV),血浆黏度(PV)。

**1.6.4 观察两组患者临床疗效、随访 12 个月复发率** 参照《国家药品不良反应监测中心药品不良反应报告监测和工作手册》观察并记录研究期间出现的所有不良反应<sup>[15]</sup>。

**1.7 疗效判定** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[12]</sup>。显效,疼痛明显减轻,疗效指数≥60%;有效,疼痛减轻,20%≤疗效指数<60%;无效,疼痛无明显缓解,疗效指数<20%。疗效指数=(治疗前 McGill 评分-治疗后 McGill 评分)/治疗前 McGill 评分×100%。

**1.8 统计学方法** 采用 SPSS 22.0 统计软件分析数据,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用 *t* 检验;计数资料采用  $\chi^2$  检验,*P*<0.05 表示差异有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 两组患者临床疗效比较** 观察组总有效率 96.6% (57/59),高于对照组的 74.5% (41/55) ( $\chi^2=5.729, P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效

Table 2 Comparison of clinical efficacy between two groups

组别	例数	显效/例	有效/例	无效/例	总有效/例(%)
对照	55	22	19	14	41(74.5)
观察	59	47	10	2	57(96.6) <sup>1)</sup>

注:与对照组比较 <sup>1)</sup>*P*<0.05(表 7 同)。

**2.2 两组患者 McGill 和 PGIC 评分比较** 与本组治疗前比较,两组治疗后简化 McGill 疼痛量表(VAS, PPI, PDI)和 PGIC 评分明显降低 (*P*<0.05);与对照组治疗后比较,观察组简化 McGill 疼痛量表和 PGIC 评分明显降低 (*P*<0.05)。见表 3。

表 3 两组患者 McGill 和 PGIC 评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 3 Comparison of McGill and PGIC scores between two groups( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	简化 McGill 疼痛量表			PGIC
			VAS	PPI	PDI	
对照	55	治疗前	8.25±1.64	7.26±1.31	6.36±1.15	5.61±1.06
		治疗后	5.39±0.91 <sup>1)</sup>	3.71±0.82 <sup>1)</sup>	4.51±0.82 <sup>1)</sup>	3.73±0.93 <sup>1)</sup>
观察	59	治疗前	8.17±1.59	7.35±1.26	6.47±1.07	5.57±1.17
		治疗后	1.53±0.53 <sup>1,2)</sup>	1.24±0.37 <sup>1,2)</sup>	2.36±0.62 <sup>1,2)</sup>	2.91±0.80 <sup>1,2)</sup>

注:与本组治疗前比较 <sup>1)</sup>*P*<0.05;与对照组治疗后比较 <sup>2)</sup>*P*<0.05(表 4~6 同)。

2.3 两组患者中医症状比较 与本组治疗前比较, 观察组治疗后中医症状(刺痛、拒按、胸胁胀闷、神疲

乏力)评分明显降低( $P<0.05$ );与对照组治疗后比较, 观察组中医症状评分明显降低( $P<0.05$ )。见表4。

表4 两组患者中医症状比较( $\bar{x}\pm s$ )

Table 4 Comparison of traditional Chinese medicine symptoms between two groups( $\bar{x}\pm s$ )

分

组别	例数	时间	刺痛	拒按	胸胁胀闷	神疲乏力
对照	55	治疗前	8.71±1.32	7.26±1.42	6.67±1.53	8.91±1.68
		治疗后	6.12±1.05 <sup>1)</sup>	7.18±1.30	6.65±1.63	8.63±1.65
观察	59	治疗前	8.69±1.28	7.51±1.37	6.71±1.58	8.87±1.73
		治疗后	2.35±0.72 <sup>1,2)</sup>	3.62±0.86 <sup>1,2)</sup>	2.68±0.59 <sup>1,2)</sup>	3.29±0.86 <sup>1,2)</sup>

2.4 两组患者疼痛介质比较 与本组治疗前比较, 观察组治疗后疼痛介质(ET-1, PGE<sub>2</sub>, SP, COX-2)含

量明显降低( $P<0.05$ );与对照组治疗后比较, 观察组疼痛介质含量明显降低( $P<0.05$ )。见表5。

表5 两组患者疼痛介质比较( $\bar{x}\pm s$ )

Table 5 Comparison of pain medium between two groups( $\bar{x}\pm s$ )

ng·L<sup>-1</sup>

组别	例数	时间	ET-1	PGE <sub>2</sub>	SP	COX-2
对照	55	治疗前	213.57±24.16	87.16±7.51	71.61±11.67	32.54±5.34
		治疗后	162.94±18.34 <sup>1)</sup>	86.84±7.46	58.39±11.06 <sup>1)</sup>	31.67±5.26
观察	59	治疗前	209.67±23.68	88.53±7.35	70.25±11.28	33.06±5.51
		治疗后	97.38±15.67 <sup>1,2)</sup>	71.25±6.24 <sup>1,2)</sup>	43.18±8.26 <sup>1,2)</sup>	25.64±4.23 <sup>1,2)</sup>

2.5 两组患者血黏度比较 与本组治疗前比较, 观察组治疗后血黏度(HBV, MBV, LBV, PV)明显降

低( $P<0.05$ );与对照组治疗后比较, 观察组血黏度明显降低( $P<0.05$ )。见表6。

表6 两组患者血黏度比较( $\bar{x}\pm s$ )

Table 6 Comparison of blood viscosity between two groups( $\bar{x}\pm s$ )

mPa·s<sup>-1</sup>

组别	例数	时间	HBV(200 s <sup>-1</sup> )	MBV(30 s <sup>-1</sup> )	LBV(3 s <sup>-1</sup> )	PV
对照	55	治疗前	8.96±1.53	10.03±1.82	14.16±3.25	2.41±0.42
		治疗后	8.91±1.51	8.83±1.52 <sup>1)</sup>	14.03±3.13	1.83±0.32 <sup>1)</sup>
观察	59	治疗前	8.87±1.58	10.16±1.76	13.94±3.16	2.39±0.43
		治疗后	6.25±1.13 <sup>1,2)</sup>	7.02±1.23 <sup>1,2)</sup>	8.26±1.52 <sup>1,2)</sup>	1.03±0.31 <sup>1,2)</sup>

2.6 两组患者随访情况比较 随访12个月, 观察组(显效+有效)复发率7.0%(4/57), 低于对照组的43.9%(18/41)( $\chi^2=7.294, P<0.05$ )。见表7。

现不良反应5例(3例恶心呕吐, 1例皮疹, 1例头晕头痛), 发生率为8.5%。两组不良反应差异无统计学意义。

表7 两组患者随访情况比较

Table 7 Comparison of follow up observation between two groups

例(%)

组别	显效随访情况		有效随访情况		(显效+有效)随访情况				
	例	保持	例	保持	例	保持	复发		
对照	22	12	10(45.5)	19	11	8(42.1)	41	23	18(43.9)
观察	47	44	3(6.4) <sup>1)</sup>	10	9	1(10.0) <sup>1)</sup>	57	53	4(7.0) <sup>1)</sup>

2.7 两组患者不良反应比较 对照组患者治疗期间出现不良反应4例(2例恶心呕吐, 1例头晕头痛, 1例嗜睡), 发生率为7.3%;观察组患者治疗期间出

### 3 讨论

带状疱疹后神经痛属于病理性神经痛, 病理性神经痛为神经系统本身的一种病变, 不同于生理性疼痛, 对人体无保护作用, 同时病理性神经痛无自限性, 一旦出现很难根治。其发病机制尚未完全清楚, 一般认为其可能涉及以下几个方面<sup>[16-18]</sup>, ①外周敏化, 外周感觉神经轴突的损伤和胶原化, 诱导轴突末梢再生支芽, 导致感觉神经元自发放电阈值降低, 外周刺激性感受度敏化, 使神经冲动信号被放大。②中枢敏化, 周围神经系统脊髓及脊髓以上神经节病变, 导致脊神经节痛觉性兴奋增强或突触传

递加快,使疼痛介质的传递增强。③炎症反应,残留的带状疱疹病毒,潜伏在周围神经节内,神经系统被慢性炎性细胞浸润,炎性介质沿感觉神经移动至其神经组织支配的皮肤,在神经末端大量繁殖,继发强烈且持续的炎性连锁反应,破坏感觉神经细胞及其组织,使神经及皮肤出现炎性反应,从而导致疼痛。④去传入,炎性介质的浸润,破坏传入纤维,使中枢神经系统出现去传入反应,导致继发性中枢元及交感神经元异常兴奋,类似正反馈作用,使传导信号持续增强。⑤钙离子流入,过量钙离子刺激中枢神经系统或轴突末梢,导致神经递质过量且持续释放,感受区域扩大,对阈上刺激的反应增强,使疼痛信号异常增强。目前治疗方法包括药物治疗、脉冲射频、臭氧局部注射、激光治疗、神经阻滞。药物治疗为最基础、最常用的治疗手段,带状疱疹后神经痛患者疼痛较为顽固,病情迁延难愈,目前尚无特效药物。2010年版欧洲神经科学联合会治疗指南<sup>[19]</sup>推荐:三环类抗抑郁药、抗癫痫药和外用利多卡因为一线药物,曲马多及强阿片类镇痛药为二线药物,丙戊酸钠及辣椒素为三线药物。上述药物价格较高,长期治疗副作用大。脉冲射频治疗是通过电脉冲调控神经的传导物质和电流,使机体产生麻木样感觉,以覆盖疼感,从而使疼痛感降低,但减轻疼痛时间较短。臭氧局部注射可以激发抗氧化酶的活性,阻断痛觉传导,清除机体自由基,但臭氧氧化性强,血管通透性增加,导致组织充血水肿。激光治疗见效快,但需要特定的激光仪器,费用较高。神经阻滞通过对疼痛区域进行药物注射,以损坏该区域的神经,从而阻断局部神经反射弧的过度传导,降低纤维电生理活动,达到缓解疼痛目的,见效快,作用时间长。中药可通过营养神经并加强神经反射弧修复,抑制炎性释放,以减轻患者反复性剧烈疼痛。神经阻滞联合中药为近年来治疗带状疱疹后神经痛的研究热点。

散血葛根汤原方由川芎、香附、苏叶、红花、升麻、白芷、防风、葛根、法半夏、细辛、羌活、桔梗、甘草组成。主治瘀血凝滞,结成流注。苏叶、香附行气止痛,气行则血行,经络通畅,疼痛消失。法半夏、细辛、羌活散寒止痛,温通经脉,助行气活血。白芷、防风通络止痛,通则不痛。川芎活血行气,血行运载气行,气行推动血行,气血行则瘀血祛,毒邪外出。升麻、葛根其性升散,擅疏达走窜,解肌透疹,发散表邪,携药物入肌肤,去表邪。加丹参活血祛瘀止痛,祛一切血瘀。加少许血肉有形之品水

蛭,善行走窜,通络化瘀,携药力直达病所。甘草缓急止痛,调和诸药。现代药理作用显示川芎具有抑制血管收缩,降低细胞兴奋性,稳定细胞膜稳定,预防微血栓的形成,减轻血管内皮细胞的损伤,改善血液微循环,抗菌等活性<sup>[20]</sup>。

疼痛介质ET-1可促使炎性因子分泌,降低血管弹性,破坏机体免疫屏障,加重内皮组织损伤<sup>[21]</sup>。PGE<sub>2</sub>为产生痛觉的重要炎性因子,在带状疱疹后遗神经痛患者血液中含量明显升高<sup>[22]</sup>。SP对中枢神经系统具有显著致痛的作用,可以将疼痛冲动递质传递到中枢神经。COX-2参与发热、肿胀、疼痛等炎性反应,同时可以诱导SP活化与分泌<sup>[23]</sup>。血黏度是导致血流阻力的重要因素,其对剪切率具有依赖性,血黏度按照切变率的不同,可分成HBV,MBV,LBV。带状疱疹后遗神经痛患者局部微循环血流速度减慢,红细胞发生叠连与聚集,血黏度升高导致血流阻力增大,影响微循环的正常灌注。PV升高,则全血黏度增高,其增高常见于带状疱疹后遗神经痛、心肌炎等<sup>[24]</sup>。

疼痛为带状疱疹后遗神经痛最主要的症状,本文采用简化McGill疼痛量表和PGIC量表评价患者的视觉模拟疼痛,疼痛强度,疼痛障碍和患者对疾病的总体感觉,治疗后患者疼痛指标和总体感觉明显改善,提示加味散血葛根汤联合神经阻滞可能具有改善局部血液循环,修复局部受损皮肤,降低疼痛程度的作用。刺痛、拒按、胸胁胀闷、神疲乏力为带状疱疹后遗神经痛血脉瘀阻证患者的主要中医症状,加味散血葛根汤方中多味中药具有行气活血的作用,气行则血行,血行则瘀祛,瘀祛则脉络通畅,通则不通,则“刺痛”缓解,瘀血祛,新血行,痞块消,则不“拒按”,周身气血运行畅达,“胸胁胀闷”得舒,血脉畅,气血充盈,则不会“神疲乏力”。加味散血葛根汤联合神经阻滞治疗后患者的ET-1, PGE<sub>2</sub>, SP, COX-2明显降低,提示其可能具有抑制炎性因子分泌,修复受损内皮组织,提高机体免疫力的作用。治疗后观察组HBV,MBV,LBV,PV明显降低。提示加味散血葛根汤联合神经阻滞可能具有降低血流阻力,提高局部微循环,加快血流速度的作用。

综上所述,加味散血葛根汤联合神经阻滞可有效改善带状疱疹后遗神经痛血脉瘀阻证患者的临床症状,治疗后患者疼痛介质(ET-1, PGE<sub>2</sub>, SP, COX-2)和血黏度(HBV, MBV, LBV, PV)明显降低,复发率低。本研究虽然疗效确切,但仍存在纳

入样本量较小及单中心研究的局限,在今后的研究中将进一步扩大样本量,并进行多中心探究,深入探讨其作用机制。

[参考文献]

[1] 张万云,贺纯静. 带状疱疹后神经痛治疗进展[J]. 临床皮肤科杂志, 2019, 48(11): 710-713.

[2] NICOLA P K, JOAN B, BRUCE F, et al. Long-term effectiveness of zoster vaccine live for postherpetic neuralgia prevention [J]. *Vaccine*, 2019, 37 (36) : 5422-5427.

[3] WEI S J, LI X T, WANG H P, et al. Analysis of the risk factors for postherpetic neuralgia [J]. *Dermatol*, 2019, 235(5): 426-433.

[4] 李景,彭冲,郑嘉怡,等. 赖新生辨治带状疱疹后遗神经痛经验[J]. 中医杂志, 2018, 59(16): 1367-1369.

[5] DOO A R, CHOI J W, LEE J H, et al. The efficacy of selective nerve root block for the long-term outcome of postherpetic neuralgia [J]. *Korean J Pain*, 2019, 32 (3): 215-222.

[6] PEI Q, ZHUO Z Z, JING B, et al. The effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on the whole-brain functional network of postherpetic neuralgia patients [J]. *Medicine*, 2019, 98 (25) : e16105-e16107.

[7] YAMADA K K, KUBOTA Y S, SHIMIZU Y J, et al. Sleep shortage is associated with postherpetic neuralgia development through hyperesthesia and acute pain intensity: a community-based prospective cohort study [J]. *Pain Pract*, 2019, 19(5): 476-483.

[8] 王丽,方玉甫,李庆娟,等. 蛇丹愈后丸联合加巴喷丁治疗气虚血瘀型带状疱疹后遗神经痛的临床观察 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(8): 183-188.

[9] 王楠楠,付金霞,张贺男,等. 柴胡疏肝散联合加巴喷丁治疗PHN患者的疗效及对炎症指标、疼痛相关物质及神经相关因子的影响 [J]. 中国医院药学杂志, 2019, 39(24): 2542-2546.

[10] 张万云,贺纯静. 带状疱疹后神经痛治疗进展[J]. 临床皮肤科杂志, 2019, 48(11): 710-713.

[11] 赵辩. 中国临床皮肤科学[M]. 南京: 江苏科技出版社, 2010: 395-399.

[12] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 53-57.

[13] 罗跃嘉. 简化 McGill 疼痛评分表的临床应用评价 [J]. 中国康复, 1992, 7(4): 161-166.

[14] FARRAR T J, YOUNG P J, LAMOREAUX L, et al. Clinical importance of changes in chronic pain

intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale [J]. *Pain*, 2001, 94(2): 149-158.

[15] 国家食品药品监督管理总局药品评价中心. 国家药品不良反应监测中心药品不良反应报告监测和工作手册 [EB/OL]. [http://www.cdradr.org.cn/xzxx/hyzt/hyzt2013nd/201304/t20130426\\_5436.html](http://www.cdradr.org.cn/xzxx/hyzt/hyzt2013nd/201304/t20130426_5436.html), 2013-04-26/2019-02-02.

[16] 于生元,万有,万琪,等. 带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(3): 161-167.

[17] PARK S Y, KIM J Y, KWON J S, et al. Relationships of varicella zoster virus (VZV)-specific cell-mediated immunity and persistence of VZV DNA in saliva and the development of postherpetic neuralgia in patients with herpes zoster [J]. *J Med Virol*, 2019, 91(11): 1995-2000.

[18] PEI Q, WU B S, TANG Y Z, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation at different frequencies for postherpetic neuralgia: a double-blind, sham-controlled, randomized trial [J]. *Pain Physician*, 2019, 22(4): e303-e313.

[19] ATTAL N, CRUCCU G, BARON R, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision [J]. *Eur Fed Neurol Soc*, 2010, 17(9): 1113-1188.

[20] 罗仁书,何治勇. 川芎有效成分药理作用的研究进展 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2018, 18(9): 1294-1296.

[21] NIRANJAN G, SRINIVASAN A R, SRIKANTH K, et al. Evaluation of circulating plasma VEGF-A, ET-1 and magnesium levels as the predictive markers for proliferative diabetic retinopathy [J]. *Indian J Clin Biochem*, 2019, 34(3): 352-356.

[22] CHAKKOUR M, KREYDIYYEH S. FTY720P upregulates the Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPase in hepG2 cells by activating S1PR3 and inducing PGE<sub>2</sub> release [J]. *Cell Physiol Biochem*, 2019, 53(3): 518-531.

[23] PRATEEK P, PARJANYA K S, VLADISLAV N, et al. Silica catalyzed one pot synthesis of hybrid thiazolidin-4-one derivatives as anti-tubercular and anti-inflammatory agent by attenuating COX-2 pathway [J]. *Synth Communi*, 2019, 49(20): 2725-2759.

[24] ALEKSANDER K, KONSTANTINOS D, ALAIN F, et al. Blood viscosity and its relevance to the diagnosis and management of pulmonary hypertension [J]. *J Am Coll Cardiol*, 2019, 73(20): 2640-2642.

[责任编辑 张丰丰]