

还脑益聪胶囊对老年轻度认知障碍的影响

李 浩¹ 刘 芳¹ 徐立然² 侯留法² 崔 玲¹ 罗增刚¹

摘要 目的 观察还脑益聪胶囊对老年轻度认知障碍的影响。**方法** 将 62 例老年轻度认知障碍患者按随机数字表法随机分为治疗组与对照组各 31 例,治疗组服用还脑益聪胶囊,每次 3 粒,每日 3 次;对照组服用喜得镇,每次 3 粒,每日 3 次,连续服用 2 个月为 1 个疗程。观察两组患者认知疗效指数、量表(CCSE、FQA、MMSE)积分值、中医症状积分、生活质量、大脑动脉血流及血液流变学指标的变化情况。**结果** 认知功能疗效,治疗组 30 例(脱落 1 例)总有效率为 83.33%,对照组 29 例(脱落 2 例)总有效率为 48.28%,两组比较差异有显著性($u=2.36, P<0.05$);纳入意向性分析,即治疗组脱落 1 例计为无效,对照组脱落 2 例计为有效,则治疗组总有效率为 80.65%,对照组总有效率为 51.61%,两组疗效比较差异亦有显著性($u=2.02, P<0.05$)。治疗组认知量表 CCSE、FAQ 及 MMSE 的积分值治疗后均明显提高($P<0.05$ 或 $P<0.01$),与对照组比较差异亦均有显著性($P<0.05$)。中医症状积分值,治疗组治疗后有显著降低($P<0.01$),与对照组比较差异有显著性($P<0.05$)。生活质量的各方面指标积分均有显著改善,多项优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$),大脑动脉的平均血流量有显著改善($P<0.01, P<0.05$),并优于对照组($P<0.01, P<0.05$),同时对大脑动脉的阻力指数也有显著改善。治疗组还能改善血液流变学各项指标,与对照组比较差异有显著性($P<0.01, P<0.05$)。**结论** 还脑益聪胶囊治疗老年轻度认知障碍有较好疗效,安全、无毒副反应。

关键词 还脑益聪胶囊;轻度认知障碍;生活质量;血液流变学

Effect of Huannao Yicong Capsule on Senile Mild Cognitive Impairment LI Hao, LIU Fang, XU Li-ran, et al
Xiyuan Hospital, China Academy of TCM, Beijing (100091)

Objective To observe the effect of Huannao Yicong capsule (HYC) on senile mild cognitive impairment.

Methods Sixty-two patients were randomly divided into two groups, the 31 patients in the treated group were treated with HYC 3 capsules, 3 times daily, and the 31 in the control group with Hydergin 3 tablets, 3 times daily. Treatment for two successive months was a therapeutic course. The changes of cognitive effect index (CEI), integral of measuring scale (CCSE, FQA and MMSE), TCM Syndrome scoring, quality of life (QOL), cerebral arterial blood flow (CBF) and hemorrheologic parameters in the two groups were observed.

Results The total effective rate of treatment in improving cognition in the 30 patients of the treated group (with one case lost) was 83.33%, while that in the 29 patients of the control group (with two cases lost) was 48.28%, the difference between them was significant ($u=2.36, P<0.05$). Intent-to-treat analysis, namely, the case lost in the treated marked as ineffective and those in the control group as effective, showed the total effective rate in the two groups was 80.65% and 51.61% respectively, which also showed significant difference ($u=2.02, P<0.05$). In the treated group after treatment, the integrals of CCSE, FAQ and MMSE significantly increased ($P<0.05$ or $P<0.01$), the TCM Syndrome scoring decreased ($P<0.01$), the scoring of QOL significantly improved, the mean BBF increased ($P<0.05$ or $P<0.01$), and the cerebral arterial resistance index improved significantly. All these improvements in the treated group were significantly higher than those in the control group respectively ($P<0.05$). Besides, the hemorrheologic parameters in the treated group were improved, most of them were better than those in the control group ($P<0.05$ or $P<0.01$). **Conclusion** HYC has good therapeutic effect on senile mild cognitive impairment, it is safe without any adverse reaction.

Key words Huannao Yicong capsule; mild cognitive impairment; quality of life; hemorrheology

轻度认知障碍(mild cognitive impairment, MCI)特指有轻度记忆或认知损害,但没有达到痴呆程度,其病因不能由已经认识到的神经或精神疾病解释。一般认为 MCI 是介于正常老化和痴呆之间的一种临床状态,处于这种状态的个体存在超出其年龄所允许范围的记忆障碍,且仍能维持功能完好^[1]。目前,这种状态正在成为痴呆早期诊断与防治研究中最为活跃的领域。2000 年 6 月—2003 年 6 月,我们在进行老年痴呆的研究中,筛选出非痴呆而又有认知障碍,即 MCI 的老年患者,应用还脑益聪胶囊对其治疗,并取得较好疗效,现总结如下。

临床资料

1 诊断与纳入标准 参考 DSM-IV^[2]中有关轻度神经认知障碍及 Petersen^[3]提出的 MCI 诊断标准,拟定本研究老年 MCI 之入组诊断标准。(1)年龄 60~80 岁,存在由患者自己、家属或知情人提供的记忆障碍主诉;(2)总体认知分级量表轻度异常,即总体衰退量表(GDS)^[4]2~3 级或临床痴呆评定量表(CDR)^[5]0.5 分;(3)能够处理基本的日常生活;(4)记忆测验成绩低于年龄和文化程度匹配的正常对照 1.5 个标准差;(5)仅对部分事情遗忘,除记忆力外,其他智力如思考力、分析判断力、想象力、观察力及注意力等仍保持正常;(6)无痴呆征象,MMSE^[6]评分 24~27 分。

2 排除与退出标准 由抑郁、甲状腺疾病、脑外伤、药物或酒精中毒引起的认知损害;兼有脑血管病史者;合并严重心、肝、肺、肾功能损害所致的认知减退;服用可影响认知功能的药物者等均予排除。在试验过程中发生严重躯体疾患;试验过程中合并使用药物可影响认知功能者;发生影响受试对象心理、精神活动及其疗效的各种因素者;经知情同意而未按规定用药,无法判断疗效,或资料不全等影响疗效及安全性判断者均予剔除。

3 一般资料 本组 62 例,分别来自西苑医院老年病门诊、河南中医药研究院附属医院老年病门诊及北京市海淀区部分敬老院的老年患者。按随机数字表法分为治疗组与对照组。其中,治疗组 31 例,男 18 例,女 13 例;有 1 例男性患者因未按时服药,计入脱落病例,因此,治疗组进入统计 30 例,年龄 60~79 岁,平均 (64.7 ± 4.3) 岁;初中文化 6 例,高中文化 10 例,大专以上文化 14 例,病程最短 6 个月,最长 37 个月,平均 (13.2 ± 7.8) 个月。对照组 31 例,男 16 例,女 15 例;有 2 例男性患者被剔除,计入脱落病例,故对照组进入统计 29 例,年龄 61~80 岁,平均 (63.8 ± 5.1) 岁,

初中文化 7 例,高中文化 9 例,大专以上文化 13 例,病程最短 4 个月,最长 26 个月,平均 (14.0 ± 6.1) 个月。两组资料一般情况比较,差异无显著性,具有可比性($P > 0.05$)。

方 法

1 给药方法 治疗组服用还脑益聪胶囊(由何首乌、人参、石菖蒲、黄连、胡芦巴、川芎等组成,每粒胶囊 0.35g,相当于生药 4.4g,中国中医研究院西苑医院中药制剂室生产),每次 3 粒,每日 3 次,温开水送服;对照组服用喜得镇(由瑞士山德士药厂与天津华津制药厂合作生产,重新包装并加入辅料,制成与还脑益聪胶囊外观相同的胶囊,每粒含甲磺酸盐 0.5mg),每次 3 粒,每日 3 次,温开水送服。连续服用 2 个月为 1 疗程。治疗期间停用吡拉西坦、银杏制剂、草酸奈肤胺脂等其他改善认知功能的药物。

2 观察指标及方法

2.1 认知疗效指数(CCI)^[7] 即将精神认知能力 CCSE 量表测量结果和社会活动功能 FQA 量表测量结果相加,反应患者认知障碍程度;以 MMSE 量表积分评定认知功能缺陷的改善状况。治疗前后分别计算 CCSE、FQA 及 MMSE 量表积分值,并计算 CCI 值。

2.2 中医症状积分值 参照《中药新药临床研究指导原则》^[8]中中医证候诊断标准确定适合本研究的中医症状。主症:智能减退,腰膝酸软,倦怠思卧,头重或痰多,唇甲青紫;次症:头晕耳鸣,思维迟钝,肢体困重,善忘少欢,舌紫暗或瘀点。结合计量诊断原理,将每一症状按轻、中、重 3 级分别计 1、2、3 分。

2.3 生活质量评定 采用信度、效度、敏感度均较好的 SF-36 健康状况调查问卷(中文版),以问卷自答形式进行有关生活质量问题调查,评价生活质量。但有些条目原始积分越高,反而健康状况越差,对此类积分采取正向处理而转化为标准积分,转化公式为:标准积分 = (原始积分 - 该条目最低积分值) × 100 / (该条目最高分值 - 该条目最低分值)。标准积分值纳入统计学处理。

2.4 经颅血管彩色多普勒(TCD)测定 采用德国 EME 公司 TCD2020 型经颅多普勒仪,使用 ZMH₂ 探头,经颞窗和枕窗分别探测左右大脑中、前、后 6 条动脉的最大血流量(V_{max})、最小血流量(V_{min})、平均血流量(V_{mean})及阻力指数(RI),取其左右大脑动脉平均血流量值进入统计。

2.5 血液流变学指标 采用北京世帝公司提供 R20 型锥板黏度仪。抽取患者晨起空腹静脉血 1ml,

肝素抗凝,测取高切变率($150s^{-1}$)、低切变率($20s^{-1}$)全血黏度值,离心后取血浆测取血浆黏度值($150s^{-1}$);采用北京世帝公司 190 型激光衍射红细胞聚集仪,按操作说明书,分别测取红细胞最大变形指数及红细胞聚集指数。

3 统计学方法 全部数据均应用 SPSS 9.0 软件处理。计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用 Ridit 检验。

结 果

1 认知疗效评定标准 将治疗前后 CCI 的差值作为评价标准^[7],CCI 差值 >10 分为显效,6~10 分为有效,<6 分为无效。

2 两组治疗后认知功能疗效比较 治疗组 30 例中,显效 11 例,有效 14 例,无效 5 例,总有效率为 83.33%(25/30);对照组 29 例,显效 6 例,有效 8 例,无效 15 例,总有效率为 48.28%(14/29);两组认知功能疗效比较,差异有显著性($u=2.36,P<0.05$)。若将意向性分析纳入统计,即治疗组脱落 1 例为无效病例,对照组脱落 2 例计为有效病例进行疗效比较,治疗组总有效率为 80.65%(25/31),对照组总有效率为 51.61%(16/31),两组疗效比较差异亦有显著性($u=2.02,P<0.05$)。表明还脑益聪胶囊对老年 MCI 有较好疗效。

3 两组治疗前后认知功能量表积分值比较 见表 1。治疗后治疗组 CCSE、FAQ 及 MMSE 的积分值较治疗前均明显提高($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且与对照组比较差异亦均有显著性($P<0.05$)。对照组治疗

后除 MMSE 积分较治疗前有明显提高而差异有显著性($P<0.05$)外,其他积分值无明显变化。

表 1 两组治疗前后认知功能量表积分值比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	CCSE	FAQ	CCI 指数	MMSE
治疗 疗前	16.71±4.81	14.77±4.81	28.77±7.62	24.60±2.11
(30) 疗后	19.20±4.31* [△]	17.88±5.32* [△]	32.91±8.03* [△]	27.81±1.98** [△]
对照 疗前	16.04±5.01	14.86±5.03	28.43±6.06	24.77±1.99
(29) 疗后	17.32±4.96	16.02±3.96	30.77±7.03	25.91±2.33*

注:本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗前比较,[△] $P<0.05$,^{△△} $P<0.01$;下表同;()内数据为例数

4 两组治疗前后中医症状积分值的变化 治疗组(30 例)中医症状积分由治疗前 16.61 ± 3.21 降为 11.62 ± 3.60 ,与治疗前比较差异有显著性($t=5.67,P<0.01$);对照组(29 例)由治疗前 17.01 ± 2.12 降为 16.30 ± 1.91 ,与治疗前比较差异无显著性($t=1.35,P>0.05$)。治疗后两组间比较差异有显著性($t=2.13,P<0.05$)。

5 两组治疗前后生活质量比较 见表 2。治疗组对老年轻度认知障碍患者生活质量的各项指标积分均有改善,与治疗前比较差异均有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$),除生理职能及躯体疼痛两个项目外,其他各项均优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

6 两组治疗前后 TCD 测定值比较 见表 3。治疗组对大脑前、中、后动脉的平均血流量均有明显改善作用($P<0.01,P<0.05$),并且对大脑前、中动脉的阻力指数(RI)显著改善;提高大脑动脉血流量作用明显优于对照组($P<0.01,P<0.05$)。对照组治疗后对 TCD 各参数指标影响不明显。

7 两组治疗前后血液流变学指标比较 见表 4。治疗组能明显改善血液流变学各项指标,与治疗前比

表 2 两组治疗前后生活质量比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别例数	生理功能	社会功能	心理健康	情感职能	生理职能	精神健康	总体健康	躯体疼痛	健康变化度
治疗 30 疗前	86.21±11.70	74.58±10.33	50.78±12.34	31.66±9.71	39.88±10.81	56.57±12.20	60.18±10.27	40.77±10.07	49.77±14.22
疗后	79.12±12.01* [△]	68.33±11.44* [△]	70.29±14.81** ^{△△}	59.91±11.08** [△]	57.46±12.11**	66.68±10.77* [△]	66.89±10.77* [△]	46.99±12.06*	59.47±15.01* [△]
对照 29 疗前	85.16±12.11	75.41±11.30	51.17±11.61	30.78±11.49	40.08±9.09	55.41±11.47	63.35±13.07	40.07±10.11	50.22±12.37
疗后	81.80±14.21	71.56±13.31	55.09±14.33	38.07±10.79*	47.88±12.49*	56.07±9.08	61.75±12.76	45.07±12.01	53.31±10.07

表 3 两组治疗前后 TCD 测定值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	大脑中动脉		大脑前动脉		大脑后动脉	
		Vmean(cm/s)	RI	Vmean(cm/s)	RI	Vmean(cm/s)	RI
治疗	30 疗前	47.1±12.3	0.51±0.12	41.4±11.7	0.61±0.02	44.5±15.8	0.51±0.16
	疗后	59.4±11.4** ^{△△}	0.40±0.27* [△]	60.2±12.3** [△]	0.46±0.14** ^{△△}	52.6±14.3*	0.48±0.14
对照	29 疗前	44.2±13.1	0.56±0.14	43.3±12.7	0.51±0.10	43.7±12.6	0.50±0.14
	疗后	46.1±12.7	0.53±0.11	47.1±14.1	0.47±0.11	48.5±14.2	0.48±0.17

表 4 两组治疗前后血液流变学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	全血黏度(mpa·s)		血浆黏度(mpa·s)	红细胞聚集指数	红细胞变形指数
		高切	低切			
治疗	30 疗前	5.79±1.03	15.71±4.17	1.96±0.77	7.11±1.07	0.41±0.15
	疗后	5.21±0.96* [△]	13.22±5.11*	1.47±0.33** [△]	6.23±0.84** ^{△△}	0.48±0.11* ^{△△}
对照	29 疗前	5.71±0.92	16.01±3.46	1.88±0.81	7.07±0.67	0.41±0.09
	疗后	5.56±0.54	14.23±3.66	1.77±0.66	6.59±0.92*	0.40±0.10

较差异均有显著性($P < 0.01$, $P < 0.05$)。除低切变率下的全血黏度值外,其他各项指标与对照组比较差异均有显著性($P < 0.01$, $P < 0.05$)。

8 不良反应及安全性检测 两组患者治疗过程中均未见不良反应发生,治疗后血、尿、粪常规及肝、肾功能等一般安全性检测结果无异常。

讨 论

MCI 所代表的认识障碍群体在痴呆的早期诊断与药物干预研究中具有潜在的应用前景,因为中晚期老年性痴呆(AD)的治疗效果不佳,研究的注意力已经开始转向早期诊断和早期干预^[9]。目前西方国家对 MCI 的研究较多,但总的来说,西药治疗方法比较单一,中医药是一亟待发掘的宝库,有希望在治疗方面走出一条新路。本研究应用中药制剂观察其对老年 MCI 的疗效,为维护 MCI 诊断有较好的同源性,既参考 DSM-IV 中轻度认知障碍的标准,同时又采纳了目前被广泛接纳的 Petersen 发表论文描述的 MCI 诊断,制定本研究的 MCI 诊断标准。

MCI 属中医学“善忘”、“文痴”等范畴,发病机理以脏腑功能虚损为本质,与心、肝、脾、肾密切相关,同时又有痰、浊、瘀、毒并存的一面,属本虚标实之证,不宜单纯论补,治疗既要补益虚损、填精补髓,又要化浊开窍,活血祛毒。有鉴于此,我们拟制了协定处方还脑益聪汤用于治疗本病,取得较好疗效。方中何首乌补肝肾,填精髓为君药。人参补脏腑之虚损;石菖蒲化浊开窍,两者协助君药增强补益之功,又有祛实的一面共为臣药。黄连入心经以解神明之毒,《神农本草》:“黄连,久服令人聪”,《名医别录》:“黄连,久服聪耳目,益智,高志不老”;胡芦巴入肾经,量少而取其振奋肾阳,鼓后天之气,共为佐药。川芎活血祛瘀,并载药上行于脑为使药。诸味相配,君臣佐使各司其职,标本兼治。现代药理研究亦证实,人参对学习记忆的获得、记忆的保留和再现都有不同程度的易化作用^[10];石菖蒲能促进记忆的获得和改善乙醇造成的记忆获得、巩固和再现障碍;胡芦巴总皂甙可对抗东莨菪碱引起的记忆获得障碍,具有抗缺血作用,并改善学习记忆障碍^[11]。本研究表明,还脑益聪胶囊能显著改善 MCI 患者中医症状积分值,提高老年 MCI 认知疗效指数,且对 CCSE、FAQ 及 MMSE 的积分值有改善作用。

随着社会乃至世界人口老龄化的步入,以及医学模式的转变,对疾病的临床疗效、预后的评价已从单纯的生物学指标逐渐转向从生理、心理、社会功能等诸方面整体全面的评估。医学的目的不再只是重视生命

数量的延长,同时注重于生活质量提高或改善。本研究采纳的 MOS SF-36 生活质量量表,是在美国健康研究所医学结局研究(Medical Outcomes Study)的基础上发展起来的简明健康调查问卷,现在,SF-36 已是一种公认的普适性健康调查问卷,它包括了八个领域及一个评价健康变化的指标。国际生活质量评价方案的研究结果表明^[12],SF-36 各翻译版本的内容恰当,信度、效度令人满意,适于各国老年人生活质量的评价。本研究表明,还脑益聪胶囊用药后对老年 MCI 患者生活质量评价的各方面均有明显改善,疗效优于喜得镇。

近年研究发现脑血流的变化与认知障碍密切相关,脑灌注的减速,脑的能量代谢下降,可促进或加重 MCI 的形成。有报道 MCI 患者的区域性脑血流与正常对照比较明显下降,记忆力减退,进一步随访发现脑血流的减少,记忆力减退进一步加重,部分患者进而发展为痴呆^[13]。有理由认为改善脑血流,增加脑灌注,对促进脑细胞的正常代谢,促进 MCI 的恢复或改善有一定裨益。业已证实,高黏血症特别是全血黏度值、红细胞聚集指数的增高等血液流变学指标的异常,与脑血流量呈负相关。还脑益聪胶囊明显改善脑血流量,增加脑灌注,同时通过改善血液流变学指标,有利于老年 MCI 患者的微循环改善,增加脑血流,对老年轻度认知功能障碍有较好疗效。

参 考 文 献

- 1 Petersen RC, Doody R, Kurz A, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol 2001; 58: 1985—1992.
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV). 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994: 143—147.
- 3 Petersen RC, Smith GE, Waring SC, et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol 1999; 56: 303—308.
- 4 Aisberg B, Ferris SH, DeLeon MJ, et al. The global deterioration scale for the assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982; 139: 1136—1139.
- 5 Hughes CP, Berg L, Danziger WL. A new clinical scale for the studying of dementia. Br J Psychiatry 1982; 140: 566—572.
- 6 Folstein MF, Folstein SF, Mchsh PR. “Mini-mental state” a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatry Res 1975; 12: 189.
- 7 翟金霞,李作汉.尼麦角林治疗血管性认知障碍的前瞻性、多中心临床研究.中华老年医学杂志 2003; 11(22): 666—668.

- Zhai JX, Li ZH. Nicergoline in treatment of vascular cognitive disorder: a prospective, multicenter clinical trial. Chin J Geriatr 2003;11(22):666—668.
- 8 郑筱萸主编. 中药新药临床研究指导原则. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 92—96.
- Zheng XY editor. The therapy and research principle of new traditional Chinese medicine. Beijing: China Medical-pharmaceutical Science and Technology Publishing House, 2002: 92—96.
- 9 Sramek JJ, Veroff AE, Cutler NR. Mild cognitive impairment: emerging therapeutics. Ann Pharmacother 2000; 34: 1179—1188.
- 10 翁维良, 房书亭主编. 临床中药学. 北京: 河南科学技术出版社, 1998: 1201—1202.
- Weng WL, Fang ST, editors. Clinical science of Chinese materia medica. Beijing: Henan Science and Technology Publishing House, 1998: 1201—1202.
- 11 李琳琳, 毛新民, 王雪飞, 等. 胡芦巴总皂甙对小鼠学习记忆的促进作用及抗脑缺血作用初探. 新疆医科大学学报 2001; 24(2): 98—100.
- Li LL, Mao XM, Wang XF, et al. The memory facilitation of TFGs and its protective effect against cerebral ischemia. J Xinjiang Med Univ 2001; 24(2): 98—100.
- 12 Wagner AK, Gandek B, Aaronson NIC, et al. Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project, International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol 1998; 51(11): 925—932.
- 13 Celsis P, Agniel A, Cardebat D, et al. Age related cognitive decline: a clinical entity? A longitudinal study of cerebral blood flow and memory performance. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1997; 62(6): 601—698.
- (收稿: 2004-02-29 修回: 2004-05-25)

点刺拔罐加中药治疗带状疱疹的临床观察

刘 力

1991—2000 年, 笔者采用点刺拔罐加中药治疗带状疱疹 28 例, 取得较好疗效, 现报告如下。

临床资料 28 例均为本卫生所患者, 其中男 12 例, 女 16 例; 年龄 10~64 岁, 平均 37 岁。病程 1~7 天, 首诊病例 18 例, 10 例患者先使用阿昔洛韦、维生素 B₁、B₁₂ 等治疗, 效果不明显, 改用中医治疗。均符合《中西医结合皮肤病学》中带状疱疹的诊断标准, 即: 皮疹为多数、群簇集的粟粒至绿豆大小的疱疹, 局部疼痛、烧灼、刺痛感; 疱疹沿肋间神经分布 15 例, 沿坐骨神经分布 1 例, 其他部位 12 例。

治疗方法 外治法: (1) 点刺: 75% 酒精消毒疱疹局部皮肤, 消毒 0.5 寸毫针点刺或围刺疱疹局部, 使疱疹局部有出血点; (2) 拔罐: 点刺后立即用闪火法, 在疱疹部位吸拔, 留置 3~5min, 去除火罐, 同时用消毒棉球清洁拔罐处液体, 疱疹处皮肤呈暗红色; (3) 75% 酒精调云南白药呈糊状, 敷于治疗部位并以消毒敷料覆盖固定; 以上均为每日 1 次。内治法: 选用清热解毒, 燥湿止痛中药加减龙胆泻肝汤: 龙胆草 20g 板蓝根 20g 栀子 10g 黄芩 10g 金银花 10g 泽泻 10g 苦参 10g 柴胡 10g 川芎 10g 赤芍 12g 当归尾 12g 车前子 10g, 每日 1 剂, 水煎分早晚服, 连续服用 4~7 剂。服药期间忌食辛辣发物及鱼虾海鲜, 忌烟、酒、茶, 饮食宜清淡, 情绪宜放松, 适当休息。

结 果 (1) 疗效标准: 根据疼痛程度采用 VAS 法 (视觉

模拟评分法)、皮疹情况 (包括渗液及皮疹大小、多少) 来评定。痊愈: 疼痛消失, 皮疹消失; 显效: 疼痛基本消失, 皮疹大部分干瘪; 无效: 疼痛减轻不明显, 皮疹变化不明显。(2) 治疗结果: 治疗 2 次后, 28 例患者中, 痊愈 18 例; 显效 10 例。

体 会 带状疱疹是由水痘——带状疱疹病毒引起的疾病, 属中医学“缠腰火丹”、“蛇丹”、“火带疱”等范畴。发病机理多认为由肝气郁结化火, 脾经湿热内蕴, 兼感病邪所致。而清火祛湿, 解毒止痛为本病的基本治疗法则。点刺拔罐法的机理源于中医之放血疗法, 临床实践证明, 此法有开窍泄热, 活血化瘀, 疏通经络等作用, 主要适用于实证、热症、急症等。

以闪火法在点刺部位拔罐, 借助火罐的力量, 强开外门, 使毒邪外泄, 祛瘀祛腐, 使瘀血、痰湿、水气等有形之邪得以直接排除体外, 亦可消除部分皮下瘀血, 降低局部组织压力, 进一步增强行气活血, 通络止痛的作用; 云南白药具有解毒消肿、活血止痛、化瘀止血的功能。中药加减龙胆泻肝汤中, 龙胆草、栀子清肝胆湿热, 板蓝根、金银花现代药理研究证实具有抗病毒的作用, 苦参、泽泻清热燥湿, 黄芩清热凉血, 柴胡轻扬发散, 枢转气机, 使气机通畅, 邪毒得祛, 川芎、赤芍、当归尾活血通络, 化瘀止痛, 抑制毛细血管通透性的增高及渗出, 改善了皮肤血行, 促进炎症吸收; 车前子具有显著的利尿作用, 龙胆草、黄芩具有解痉之功, 从而共同达到减轻组织周围充血、水肿、渗出, 避免疱疹后遗留神经痛的发生。

(收稿: 2004-04-12 修回: 2004-05-20)

作者单位: 北京广播影视集团卫生所 (北京 100022)