

## 改良生肌玉红膏治疗老年带状疱疹的效果观察

许璧瑜, 李敏宜, 张玉玲, 孙保国  
(中山大学附属第一医院, 广东广州, 510080)

**[摘要]** **目的** 探讨改良生肌玉红膏治疗老年带状疱疹患者的效果, 以为带状疱疹神经痛患者提供一种快速的止痛、促进创面早期愈合的方法。**方法** 采用随机对照试验法, 选择 2017 年 1 月至 2019 年 3 月本院就诊的 60 例老年带状疱疹患者, 运用随机数字表法将患者随机分为试验组和对照组, 每组各 30 例。对照组患者采用抗病毒、营养神经、必要时给予止痛药, 局部皮损采用 3% 硼酸湿敷, 试验组患者在药物治疗基础上采用改良生肌玉红膏涂抹局部创面, 治疗时间 10d。比较两组患者治疗前及治疗后 1d、3d、5d、7d、10d 各时间点视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS), 匹兹堡睡眠质量指数量表 (Pittsburgh sleep quality index, PSQI)、疼痛缓解时间、止疱时间、结痂时间、脱痂时间等指标。**结果** 两组患者治疗效果比较,  $P < 0.001$ , 差异具有统计学意义, 试验组治疗效果优于对照组。两组患者治疗前与治疗不同时间点疼痛评分重复测量资料方差分析结果显示: 治疗时间与治疗方式间有交互作用 ( $F=135.91, P < 0.001, G-G \varepsilon=0.75$ ), 治疗后各时间点两组疼痛评分比较, 差异具有统计学意义, 均  $P < 0.001$ , 试验组患者疼痛评分低于对照组。两组患者治疗前与治疗不同时间点睡眠质量评分重复测量资料方差分析结果显示: 治疗时间与治疗方式间有交互作用 ( $F=100.70, P < 0.001, G-G \varepsilon=0.54$ ), 治疗后各时间点两组睡眠质量评分比较, 差异具有统计学意义, 均  $P < 0.001$ , 试验组睡眠质量评分低于对照组。两组患者疼痛缓解时间、止疱时间、结痂时间、脱痂时间比较, 均  $P < 0.001$ , 差异具有统计学意义, 试验组各项指标优于对照组。**结论** 改良生肌玉红膏治疗老年带状疱疹的效果好, 能有效改善老年带状疱疹患者的疼痛情况及睡眠质量, 促进创面愈合, 值得临床推广应用。

**[关键词]** 带状疱疹; 生肌玉红膏, 改良; 神经痛; 老年人; 随机对照试验法

**[中图分类号]** R473.75 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2019)10-0034-07 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2019.10.007

### The therapeutic effect of modified Shengjiyuhong ointment on elderly patients with herpes zoster

Xu Biyu, Li Minyi, Zhang Yuling, Sun Baoguo//Modern Clinical Nursing, -2019, 18(10): 34.

(The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen, Guangzhou, 510080, China)

**[Abstract]** **Objective** To explore the therapeutic effect of modified Shengjiyuhong ointment on elderly patients with herpes zoster in order to provide a rapid analgesic and early wound healing method for them. **Methods** A total of 60 elderly patients with herpes zoster admitted to our hospital from January 2017 to March 2019 were selected and randomized equally into trial group and control group with the random number table method. The control group was treated with anti-virus, neurotrophic medication, and pain-killer when necessary, along with application of 3% boric acid on local skin lesion. The trial group was managed with the modified Shengjiyu paste on skin lesions for 10 days besides the same treatment as in the control group. The two groups were compared in terms of

**[收稿日期]** 2019-05-10

**[作者简介]** 许璧瑜 (1972-), 广东揭阳人, 护士长, 副主任护师, 硕士, 主要从事中医科护理工作。

带状疱疹是由潜伏的水痘-带状疱疹病毒 (varicella-zostervirus, VZV) 再激活引起的皮肤感染<sup>[1]</sup>, 好发于老年人群, 60 岁及以上的发病率高达

~~~~~

[16] 隋慧敏, 王超. 心理护理对鼻咽癌患者术后并发症及负面情绪的影响[J]. 河北医药, 2019, 41(1): 154-156.

[17] 黎介寿. 临床营养支持的发展趋势[J]. 肠外与肠内营养, 2010, 17(1): 01-03.

[18] 杨俊. 鼻咽癌放疗后鼻咽坏死的细菌培养及药物敏感

性分析[D]. 江西: 南昌大学, 2018.

[19] 涂仲良, 徐桂莲. 碳青霉烯类抗生素耐药状况比较[J]. 中国中医药咨讯, 2011, 3(11): 57.

**[本文编辑]** 刘晓华

pain relief time, blister stopping time, scabbing time, scab removal time as well as the results by visual analogue scale (VAS) 1 days, 5 days, 7 days and 10 days after treatment and Pittsburgh sleep quality index (PSQI) before and after treatment. **Results** Compared with the control group, the clinical efficacy of the trial group was better ( $P<0.001$ ). The results of Anova of pain scores at different time points before and after treatment showed that there was an interaction effect between treatment time and treatment method ( $F=135.91$ ,  $P<0.001$ ,  $g-g$  constant  $=0.75$ ). The difference in pain scores between the two groups at different time points after treatment was statistically significant ( $P<0.001$ ). The pain scores of the trial group were lower than those of the control group. Two groups of different time points before and after treatment in sleep quality score repeated measurement data analysis of variance results showed that there were interaction between treatment time and treatment ( $F=100.70$ ,  $P<0.001$ , epsilon  $G-G=0.54$ ), each time point in the two groups after treatment pain score comparison, and the difference was statistically significant ( $P<0.001$ ). The score on patients sleep quality in the trial group was lower than that of the control group. There were significant differences between the groups in terms of pain relief time, blister stopping time, scab forming time and scab removing time ( $P<0.001$ ). All the indexes in the trial group were better than those in the control group. **Conclusions** The modified Shengjiyuhong ointment is effective in the treatment of herpes zoster in the elderly, for it can effectively alleviate the pain of elderly patients with herpes zoster, and improve the quality of sleep and promote the wound healing. It's worth promoting in clinical practice.

[**Key words**] herpes zoster; Shengjiyuhong ointment, improvement; neuralgia; the old patient; randomized control trial

10/1000 人年<sup>[2]</sup>。临床表现除了在受感染神经相应节段引起疱疹外,常常引起严重的神经痛,对患者身体、心理、日常生活和工作造成严重困扰。目前,抗病毒药结合消炎、镇痛、硼酸溶液湿敷等治疗手段对于促进病情缓解有一定作用,但是对于疼痛剧烈、创面皮损严重的患者治疗效果仍不满意,很难在短期内(数小时至 7d 以内)取得稳定而巩固的效果。中医学将带状疱疹病归属“蛇串疮”“缠腰火丹”等范畴<sup>[3]</sup>。其病因为“热毒”及“血瘀”,病灶部刺痛、灼热、色素沉着等均为热毒壅盛、瘀阻脉络的表现,故急性期治疗应以清热解毒、通络益气、活血止痛<sup>[4]</sup>。生肌玉红膏出自宋代《外科正宗》,具有解毒活血,祛腐生肌的功效,主要用于痈疮、溃烂流脓久不收口,但其中的成分轻粉(化学成分为  $HgCl_2$ )有微毒,在曝光或与水共煮条件下,易分解而生成氯化汞及金属汞,后二者有剧毒,长期应用易蓄积中毒<sup>[5]</sup>。本研究拟采用去除轻粉成分的改良生肌玉红膏治疗老年带状疱疹,期望解决老年带状疱疹皮损处疼痛,加快患者皮损(红肿、水泡)修复,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2017 年 1 月至 2019 年 3 月,采用随机对照试验法,选择本院就诊的 60 例老年带状疱疹患者,运用随机数字表法将 60 例患者随机分为试验组与

对照组,每组各 30 例。本研究经医院伦理委员会审批,所有研究对象均签署知情同意书。

### 1.2 纳入标准与排除标准

①患者均符合《临床诊疗指南·皮肤病与性病分册》<sup>[6]</sup>的诊断标准,与国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[7]</sup>中关于“蛇串疮”的诊断标准。年龄 60 岁及以上。②排除标准:患有血液系统疾病、全身感染性疾病伴有严重的脏器组织系统疾病者。

### 1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 给予常规治疗<sup>[8]</sup>,①抗病毒、营养神经治疗:维德思 1.0g,口服,每日 3 次;甲钴胺 0.5mg+维生素  $B_{12}$  100mg 肌肉注射,每日 1 次。②局部创面治疗采用 3%硼酸冷湿敷,每日 2 次,湿敷具体操作方法:协助患者采取舒适卧位,充分暴露皮损部位,取 4~6 层无菌纱布浸于 3%硼酸溶液中,拧至不滴水为度,敷贴于患处,时间为 60min,每隔 10~15min 加药液 1 次,以保持纱布的湿度。治疗时间 10d。当 VAS 评分  $\geq 5$  分时给予止痛药物,当 VAS 评分  $< 3$  分停止使用止痛药。治疗期间如出现创面红肿加重、丘疹增多、疼痛加剧或全身出现药物过敏现象,则应立即停药,改用其他治疗方案。

1.3.2 试验组 ①全身药物治疗同对照组;②局部创面治疗采用改良生肌玉红膏涂抹,用无菌棉签取生肌玉红膏均匀涂抹于创面,厚度为 2~3mm,

范围大于创面范围 2~3cm,再用无菌纱布 2~3 层覆盖上面,医用胶布固定,注意避开眼睛、尿道口及肛门,每晚 1 次。改良生肌玉红膏制作方法:配方包括当归、白芷、紫草、血竭等中药,将以上诸药入麻油浸 2~3d,同入锅内微火煎熬至焦黄,用细滤网筛滤去药渣,沉淀后将药油再入锅内煮沸,再用网筛滤渣,反复多次过滤,勿使溶液中有中药材残渣,放入白凡士林微火溶化,倒入药罐冷却为糊状,封藏备用。治疗时间 10d。当 VAS 评分 $\geq 5$ 分时给予止痛药物,当 VAS 评分 $<3$ 分停止使用止痛药。治疗期间如出现创面红肿加重、丘疹增多、疼痛加剧或全身出现药物过敏现象,则立即停药,改用其他治疗方案。

## 1.4 疗效评估

1.4.1 疗效评价标准 参照以往的文献<sup>[9]</sup>及《中医病证诊断疗效标准》<sup>[10]</sup>自行制定。治愈:皮疹消退,创面为正常上皮组织取代,疼痛、灼烧感等症状均消失,疼痛消失;显效:皮疹消退 70%以上,创面干爽,疼痛、灼烧感等症状明显减轻,视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评分下降大于 3 分;有效:皮疹消退 30%~70%,创面潮湿,疼痛感得到一定程度上的缓解, VAS 疼痛评分下降 1~3 分;无效:创面表面渗液不止或加重,疼痛无缓解, VAS 疼痛评分下降小于 1 分。显效率=(治愈例数+显效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4.2 疼痛程度评分 采用 VAS<sup>[11]</sup>进行疼痛程度评分,总分为 10 分,0 分表示无痛,10 分表示剧烈疼痛,得分越高表示疼痛越剧烈。具体判定标准如下:若患者经治疗后不再感到疼痛,判定为 0 分;若患者经治疗后疼痛明显减轻,仅感受到轻微疼痛,判定为 1~3 分;若患者经治疗后疼痛感明显,可在短时间内忍受,对患者的作息和生活造成了影响,判定为 4~6 分;若患者经治疗后疼痛十分强烈,患者无法忍受,使其无法保证基本睡眠和正常生活,判定为 7~10 分。本研究分别于患者治疗前、治疗后 1d、3d、5d、7d、10d 各时间点进行评定。

1.4.3 睡眠质量评价 采用匹兹堡睡眠质量指数表 (Pittsburgh sleep quality index, PSQI),其包括

19 个自评题,5 个他评题,分为睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能障碍等 7 个方面,每个方面评分为 0~3 分,总分为 21 分,得分越高表示睡眠质量越差<sup>[12]</sup>。研究显示,PSQI 的重测信度为 0.994,分半信度为 0.824,总体 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.845。本研究分别于患者治疗前、治疗后 1d、3d、5d、7d、10d 各时间点间进行评估。

1.4.4 其他指标 ①止疱时间:患者开始治疗时至水疱停止增加时所需的时间;②结痂时间:患者开始治疗至水疱干涸、结痂,且结痂面积 $\geq 50\%$ 所需要的时间;③脱痂时间:患者开始治疗至皮疹痂面脱落,皮肤暗红色消退,呈正常肤色;④疼痛缓解时间:患者开始有疼痛的症状,至疼痛得到控制、缓解,并且程度稳定于初始疼痛程度的 30%所需的时间<sup>[13-14]</sup>。

## 1.5 统计学分析方法

数据采用 SPSS22.0 统计软件进行统计学分析。计量资料采用 $\bar{X} \pm S$ 描述,组间比较采用两独立样本  $t$  检验。计数资料采用频数与百分率 (%)描述,组间比较采用 $\chi^2$ 检验。对于患者不同时间点 VAS 与 PSQI 采用重复测量资料方差分析,用 Mauchly 球形检验法对各时间点间协方差结构是否满足球形结构进行检验,若不满足则用 Greenhouse-Geisser 系数对时间因素方差分析的自由度进行校正;两两比较采用 Bonferroni 调整法,组内治疗后各时间点与治疗前比较的检验水准为 0.05/5,各时间点组间比较的检验水准为 0.05/6,当组间有差异时给出两组差值的均值及其 95%置信区间 (CI)即 $\bar{X}_d$ 及 95%CI。

## 2 结果

### 2.1 两组患者基线资料比较

①对照组中男 12 例,女 18 例,年龄 60~85 岁,平均 $(70.98 \pm 7.97)$ 岁,发病时间 3~18d,平均 $(6.95 \pm 2.75)$ d。带状疱疹累及部位:头面部 3 例,胸部 8 例,腰背部 11 例,臀骶会阴部 6 例,肩颈部 2 例。②试验组中男 14 例,女 16 例,年龄 60~87 岁,平均 $(71.28 \pm 8.96)$ 岁,发病时间 2~19d,平均 $(7.38 \pm 2.79)$ d。带状疱疹累及部位:头面部 2 例,胸

胁部 7 例,腰背部 11 例,臀骶会阴部 7 例,肩颈部 3 例。两组患者基线资料比较,均  $P>0.05$ ,差异无统计学意义,具有可比性。

2.2 两组患者治疗效果比较

两组患者治疗效果比较见表 1。由表 1 可见,两组患者治疗效果比较, $P<0.05$ ,差异具有统计学意义,试验组治疗效果优于对照组。

| 表 1 两组患者治疗效果比较 <span style="float:right">n/%</span> |       |    |    |    |    |           |
|-----------------------------------------------------|-------|----|----|----|----|-----------|
| 组别                                                  | 例数    | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 显效率       |
| 对照组                                                 | 30    | 2  | 18 | 9  | 1  | 20(66.67) |
| 试验组                                                 | 30    | 12 | 15 | 3  | 0  | 27(90.00) |
| $\chi^2$                                            | 4.81* |    |    |    |    |           |
| $P$                                                 | 0.03  |    |    |    |    |           |

注:\*采用 $\chi^2$ 校正法。

2.3 两组患者治疗前与治疗后不同时间点疼痛评分比较

两组患者治疗前与治疗后不同时间点疼痛评

分重复测量资料方差分析结果显示:各时间点间协方差结构不满足球形结构( $\chi^2=51.88, P<0.001$ ),治疗时间与治疗方式间有交互作用( $F=135.91, P<0.001, G-G \varepsilon=0.75$ ),则单独效应结果显示,对照组治疗后各时间点疼痛评分与治疗前比较:除治疗后 1d 疼痛评分无不同外( $t_1=-0.27, P=0.790$ ),其余治疗后时间点依次与治疗前相比疼痛评分均不同( $t_2=-4.54, P<0.001; t_3=-7.99, P<0.001; t_4=-8.12, P<0.001; t_5=-12.43, P<0.001$ )。试验组治疗后各时间点疼痛评分与治疗前比较均不同( $t_1=-18.04, P<0.001; t_2=-24.30, P<0.001; t_3=-35.08, P<0.001; t_4=-34.70, P<0.001; t_5=-51.95, P<0.001$ )。两组患者治疗前与治疗后不同时间点疼痛评分比较见表 2。由表 2 可见,治疗前两组疼痛评分比较, $P>0.05$ ,差异无统计学意义,治疗后各时间点两组疼痛评分比较,均  $P<0.001$ ,差异具有统计学意义,试验组疼痛评分低于对照组。

| 表 2 两组患者治疗前与治疗后不同时间点疼痛评分比较 <span style="float:right">(分, <math>\bar{x} \pm s</math>)</span> |    |                   |                 |                 |                 |                 |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 组别                                                                                          | 例数 | T <sub>0</sub>    | T <sub>1</sub>  | T <sub>2</sub>  | T <sub>3</sub>  | T <sub>4</sub>  | T <sub>5</sub>  |
| 对照组                                                                                         | 30 | 7.70±0.60         | 7.67±0.66       | 7.10±0.66       | 6.43±0.86       | 6.40±0.89       | 5.37±1.03       |
| 试验组                                                                                         | 30 | 7.83±0.59         | 5.47±0.63       | 4.40±0.56       | 2.60±0.67       | 2.53±0.68       | 1.87±0.94       |
| $t$                                                                                         |    | -0.87             | 13.21           | 17.02           | 19.23           | 18.83           | 17.65           |
| $P$                                                                                         |    | 0.39              | <0.001          | <0.001          | <0.001          | <0.001          | <0.001          |
| $\bar{X}_d$ 及 95%CI                                                                         |    | -0.13(-0.44,0.17) | 2.20(1.87,2.53) | 2.70(2.38,3.02) | 3.83(3.43,4.23) | 3.87(3.46,4.28) | 3.60(3.17,4.03) |

注:T<sub>0</sub>=治疗前,T<sub>1</sub>=治疗 1d,T<sub>2</sub>=治疗 3d,T<sub>3</sub>=治疗 5d,T<sub>4</sub>=治疗 7d,T<sub>5</sub>=治疗 10d。

2.4 两组患者治疗前与治疗后不同时间点睡眠质量评分比较

两组患者治疗前与治疗后不同时间点睡眠质量评分重复测量资料方差分析结果显示:各时间点间协方差结构不满足球形结构( $\chi^2=125.59, P<0.001$ ),治疗时间与治疗方式间有交互作用( $F=100.70, P<0.001, G-G \varepsilon=0.540$ ),则单独效应结果显示,对照组治疗后各时间点睡眠质量评分与治疗前比较均不同( $t_1=-11.99, P<0.001; t_2=-12.07, P<0.001; t_3=-20.85, P<0.001; t_4=-23.44, P<0.001; t_5=-20.29, P<0.001$ )。试验组治疗后各时间点睡眠质量评分与治疗前比较均不同( $t_1=-19.89, P<0.001; t_2=-22.13, P<0.001; t_3=-27.34, P<0.001; t_4=-33.39, P<0.001; t_5=-34.02, P<0.001$ )。两组患者治疗前与

治疗后不同时间点睡眠质量评分比较见表 3。由表 3 可见,治疗前睡眠质量评分比较, $P>0.05$ ,差异无统计学意义,治疗后各时间点两组疼痛评分比较,均  $P<0.001$ ,差异具有统计学意义,试验组睡眠质量评分低于对照组。

2.5 两组其他指标比较

两组其他指标比较见表 4。由表 4 可见,两组患者疼痛缓解时间、止疱时间、结痂时间、脱痂时间比较,均  $P<0.001$ ,差异具有统计学意义,试验组各项指标优于对照组。

3 讨论

3.1 老年带状疱疹特点及对患者不良影响

带状疱疹是由潜伏的水痘-带状疱疹病毒被



表 3 两组患者治疗前与治疗后不同时间点睡眠质量评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别                  | 例数 | T <sub>0</sub>   | T <sub>1</sub>  | T <sub>2</sub>  | T <sub>3</sub>  | T <sub>4</sub>  | T <sub>5</sub>  |
|---------------------|----|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 对照组                 | 30 | 16.67±1.32       | 14.60±1.63      | 13.86±1.66      | 12.03±1.40      | 11.47±1.36      | 10.53±1.59      |
| 试验组                 | 30 | 16.30±1.49       | 12.10±1.71      | 9.53±1.70       | 7.27±1.72       | 5.27±1.51       | 3.70±1.55       |
| <i>t</i>            |    | 1.01             | 5.80            | 10.01           | 11.76           | 16.74           | 16.84           |
| <i>P</i>            |    | 0.317            | <0.001          | <0.001          | <0.001          | <0.001          | <0.001          |
| $\bar{X}_d$ 及 95%CI |    | 0.37(-0.36,1.09) | 2.50(1.64,3.36) | 4.33(3.47,5.20) | 4.77(3.96,5.58) | 6.20(5.46,6.94) | 6.84(6.02,7.65) |

注: T<sub>0</sub>=治疗前, T<sub>1</sub>=治疗 1d, T<sub>2</sub>=治疗 3d, T<sub>3</sub>=治疗 5d, T<sub>4</sub>=治疗 7d, T<sub>5</sub>=治疗 10d。

表 4 两组其他指标比较 (d,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别                  | 例数 | 疼痛缓解时间          | 止疱时间            | 结痂时间            | 脱痂时间            |
|---------------------|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 对照组                 | 30 | 3.97±0.76       | 3.27±0.45       | 4.87±0.73       | 12.03±1.85      |
| 试验组                 | 30 | 1.97±0.67       | 2.23±0.63       | 3.37±0.67       | 8.20±1.88       |
| <i>t</i>            |    | 10.78           | 7.34            | 8.30            | 7.96            |
| <i>P</i>            |    | <0.001          | <0.001          | <0.001          | <0.001          |
| $\bar{X}_d$ 及 95%CI |    | 2.00(1.63,2.37) | 1.03(0.75,1.32) | 1.50(1.14,1.86) | 3.83(2.87,4.80) |

再次激活,受侵犯的神经节发炎或坏死,产生神经痛,同时波及皮肤,产生红斑、皮疹、水疱。老年带状疱疹患者,在皮疹出现前出现明显剧烈疼痛,病情严重,皮疹范围较广,血疱、坏疽、大疱较严重,病程长、迁延不愈,神经损害较重<sup>[15]</sup>,100%的患者会出现急性神经痛,30%~50%患者会遗留顽固性后遗神经痛<sup>[16]</sup>。目前,对带状疱疹急性期疼痛及后遗神经痛的治疗主要以抗惊厥药、三环抗郁剂或阿片类止痛药物治疗为主,而长期使用这些止痛药常常使患者出现头晕、嗜睡、恶心呕吐、口干、便秘、意识障碍等不良反应<sup>[17]</sup>。3%硼酸溶液是一种消毒防腐剂,具有消炎、收敛的作用<sup>[18]</sup>。临床上常用于带状疱疹、湿疹、皮炎等的湿敷治疗,其可通过皮肤血管的收缩或血管扩张后反射性收缩而达到抗炎和抑制渗出;消除患部表面的污垢和刺激物<sup>[19]</sup>。但是临床应用中发现,许多带状疱疹患者在使用硼酸湿敷后,局部皮损创面疼痛改善不明显。因此,选择有效的治疗方法减轻带状疱疹患者疼痛具有特别重要的意义。

3.2 改良生肌玉红膏治疗老年带状疱疹的效果分析

带状疱疹,中医证型以肝胆郁热、脾虚湿蕴两种证型为主<sup>[20]</sup>。我国著名皮外科专家朱仁康<sup>[21]</sup>学者认为,带状疱疹是因情志不遂、肝气郁结、郁久化热或者饮食失宜,损伤脾胃,脾失健运,湿浊内

生,湿热搏结,加上外感毒邪,因而发病。老年人因五脏功能衰退,机体抵抗力低下,在受到外邪侵袭后脏腑阴阳功能失衡,带状疱疹病毒感染后出现“热毒”“血瘀”“气滞”“脉阻”的证候,表现为创面灼热、水疱、破损、糜烂、疼痛剧烈,烧灼样或刀割样刺痛,故急性期治疗应以清热解毒、通络益气、活血止痛。

生肌玉红膏是解毒生肌之要药,首见于明朝陈实功《外科正宗》,现收载于《中华人民共和国卫生部药品标准》中药成方制剂,由甘草、白芷、当归、紫草、虫白蜡、血竭和轻粉等组成,具有解毒消肿、生肌止痛之功效<sup>[5]</sup>。用于治疗疮疡肿痛、乳痈发背、溃疡流脓、浸淫黄水。研究表明<sup>[22]</sup>,生肌玉红膏应用于创面可降低损伤组织 pH 值酸性环境,刺激成纤维细胞增殖、毛细血管胚芽生长以及上皮再生;改善创面微循环,增加创面营养和血供,减少创面毛细血管微血栓形成<sup>[23]</sup>;促进创面胶原合成及上皮生长;在创面塑形期生肌玉红膏则可降低碱性成纤维生长因子,促进过度增生胶原降解,提高其排列的有序性,减少瘢痕形成<sup>[24-26]</sup>。

本研究改良的生肌玉红膏去轻粉,保留甘草、白芷、当归、紫草、血竭、麻油等成分。改良生肌玉红膏方中当归具有活血止痛、排脓生肌,善治血瘀之痛,亦有抗菌、抗病毒功效;白芷具有散结消肿、

能活血排脓生肌抑菌;紫草具有清热凉血、化瘀解毒;血竭具有活血止痛、生肌敛创;甘草具有解毒、类似激素作用,缓急止痛,对神经痛有较好疗效;麻油含有丰富的维生素 E,能够滋养、润滑表皮肌肤,具有凉血解毒、疮润泽、生肌止痛、保护创面。诸药配伍,药效直接渗透于患处皮肤,祛除创面坏死组织,促进修复,刺激局部皮肤的神经末梢,改善患处的神经营养和血液循环,使之气血畅达,疼痛减轻,炎症吸收,创面愈合,具有很好的滋润、生肌作用,使痂皮容易脱落,不形成疤痕。本研究表明,试验组患者止痛时间、止疱时间、结痂时间及脱痂时间均短于对照组 (均  $P < 0.01$ ),在治疗后 1d、3d、5d、7d、10d 疼痛评分及睡眠质量评分均较对照组低 (均  $P < 0.001$ ),表明生肌玉红膏不仅能使糜烂创面迅速愈合,同时还能在短时间内缓解带状疱疹的疼痛症状,保证患者休息睡眠,有利于疾病的康复。

### 3.3 使用生肌玉红膏的护理注意事项

①如果皮疹波及头皮者应剪短相应部位的头发,以便于观察、湿敷和涂药;②嘱患者皮损不要乱刺乱挑,以免人为增加感染机会,留下疤痕;③对于未破溃的大水泡可在无菌操作下抽去疱液;湿敷前采用 0.9% 生理盐水棉球清洁创面,清除创面污物,以利于药物吸收;④用药前评估患者药物过敏史,并在用药时观察是否有过敏现象,如有过敏则立即停止使用;⑤对于已结痂的皮疹,需交代患者勿搔抓,勿人为揭撕痂皮,以防遗留疤痕,尤其头面部、眼睛等特殊部位的带状疱疹。

## 4 结论

带状疱疹急性期神经疼痛对老年患者生活、睡眠及心理的影响大,及时处理皮损及减轻疼痛具有重要意义。本研究表明,采用改良生肌玉红膏治疗老年带状疱疹,其止痛效果好,可更快促进老年患者疱疹吸收和结痂脱落,提高患者生活质量,值得临床推广应用。

### 参考文献:

[1] 黄颖香. 神经阻滞方法治疗带状疱疹神经痛的疗效观察[D].重庆:重庆医科大学,2018.

- [2] 李娟,索罗丹,赵丹,等. 带状疱疹的流行病学研究进展[J].现代预防医学. 2014,41(5):781-784.
- [3] 王明明,蔡圣朝. 针灸结合梅花针叩刺、拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察[J].陕西中医药大学学报, 2017,40(1):58-60.
- [4] 易进科,汤治中,杨京利. 中医辨证联合针灸治疗带状疱疹遗留神经痛的疗效及安全性研究[J].针灸临床杂志,2015,31(8):4-7.
- [5] 李纲. 生肌玉红膏临床应用及实验研究进展[J].时珍国医国药,2011,22(8):1950-1952.
- [6] 中华医学会. 临床诊疗指南·皮肤病与性病分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:2-4.
- [7] 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医诊疗方案[M]. 北京:国家中医药管理局医政司,2010:302-305.
- [8] 古国明,李云君,袁洪海,等. 中西医结合治疗带状疱疹临床研究[J].辽宁中医杂志,2014,41(1):131-133.
- [9] 江文,刘冬先,邹耘,等. 更昔洛韦治疗带状疱疹临床疗效评价[J].中国皮肤性病学杂志,2003,17(3):77-179.
- [10] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:51-52.
- [11] 郭向丽,赵继军. 疼痛评估的研究进展[J].护理学报, 2008,15(12):8.
- [12] 路桃影,李艳,夏萍,等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J].重庆医学,2014,43(3):260-263.
- [13] 袁岳云,杨官娥,张向东. 不同剂量泼尼松联合泛昔洛韦治疗带状疱疹的临床观察[J].长治医学院学报,2018,32(1):58-59.
- [14] 田千慧,朱咏梅,张田宁,等. 早期梅花针叩刺、火罐联合威伐光治疗急性期带状疱疹的临床研究[J].中国中医急症,2019,28(7):1208-1210.
- [15] 靳卓,刘晓红,王博. 老年带状疱疹 78 例临床与误诊分析[J].中国误诊学杂志,2009,9(9):2174-2175.
- [16] 贾丽君,夏迎华,王淑琴. 老年带状疱疹及其并发症的临床分析[J].中国老年学杂志,2006,26(5):706-707.
- [17] 王宇飞. 丁丙诺啡透皮贴剂与曲马多治疗老年带状疱疹神经痛的疗效对比[D].山东:山东大学,2015.
- [18] 张德葵,冯信坚,邓尚英,等. 3% 硼酸溶液湿敷联合氩氦激光治疗重症带状疱疹效果观察[J].护理研究, 2013,27(2):436-437.
- [19] 陈新谦,鑫有豫,汤光,等. 新编药理学[M]. 15 版. 北京:人民卫生出版社,2003:770.
- [20] 张琴,丁玉杰. 研究中医辨证治疗+针灸对带状疱疹神经痛临床症状的效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,6(25):134.
- [21] 朱仁康. 出疹性皮肤病的治疗经验[J].中西医结合杂志,1988,8(11):688-689.