

• 标准与规范 •

艾滋病合并带状疱疹中西医协同治疗专家共识^{*}

中华中医药学会防治艾滋病分会

摘要: 人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)感染者合并带状疱疹是艾滋病最常见的临床表现之一,西医以止痛、消炎、防止继发感染和缩短病程为治疗原则,目标是缓解急性期疼痛、缩短皮损持续时间、防止皮损扩散、预防或减轻带状疱疹后遗神经痛等并发症。中医治疗原则为扶正祛邪,常用解毒除湿、清热泻火、益气养血、通络止痛治法。本病如果早期发现、尽早介入、规范治疗,中医西医协同治疗预后良好。

文献引用: 中华中医药学会防治艾滋病分会. 艾滋病合并带状疱疹中西医协同治疗专家共识[J]. 中医学报 2020, 35(5): 976-979.

关键词: 艾滋病; 带状疱疹; 协同治疗; 专家共识; 带状疱疹后遗神经痛

DOI: 10.16368/j.issn.1674-8999.2020.05.220

中图分类号: R251.129.1 **文献标志码:** A **文章编号:** 1674-8999(2020)05-0976-04

Expert Consensus of Chinese and Western Medicine Coordinated Treatment of AIDS with Herpes Zoster

AIDS Prevention Branch, China Association of Chinese Medicine

Abstract: Human immunodeficiency virus (HIV) infection with herpes zoster is one of the most common clinical manifestations of AIDS. Western medicine takes pain relief, anti-inflammatory, prevention of secondary infections and shortens the course of treatment as its treatment principles. The goal is to relieve acute pain, shorten the duration of skin lesions, prevent the spread of skin lesions and prevent or alleviate postherpetic neuralgia and other complications. The treatment principle of Chinese medicine is to support the healthy qi and dispel pathogenic factors. It is commonly used in the treatment of detoxification and eliminating dampness, clearing heat-fire, supplementing qi and nourishing blood and dredging collaterals to relieve pain. If the disease is found early, intervened as early as possible and treated regularly, the prognosis of Chinese and Western medicine coordinated treatment is good.

Reference citation: AIDS Prevention Branch, China Association of Chinese Medicine. Expert Consensus of Chinese and Western Medicine Coordinated Treatment of AIDS with Herpes Zoster[J]. Acta Chinese Medicine 2020, 35(5): 976-979.

Keywords: AIDS; herpes zoster; cooperative treatment; expert consensus; postherpetic neuralgia

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒所致的急性炎症性皮肤病,该病毒a型疱疹病毒,具有嗜神经和皮肤的特性。西医以止痛、消炎、防止继发感染和缩短病程为治疗原则。治疗目标是缓解急性期疼痛,缩短皮损持续时间,防止皮损扩散,预防或减轻带状疱疹后神经痛等并发症。

中医将带状疱疹称为“缠腰火丹”“蛇串疮”“蜘蛛疮”“缠腰龙”等^[1]。病因初起多为湿热困阻、湿

毒火盛,后期多为火热伤阴、气滞血瘀或脾虚失运,余毒未清,导致经络阻滞不通,气血运行障碍。治疗原则为扶正祛邪,用解毒除湿、清热泻火、益气养血、通络止痛治法。艾滋病合并带状疱疹感染,尤其要注意扶正祛邪法的使用。

人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)感染者合并带状疱疹是艾滋病最常见的临床表现之一,约占感染者总数的26%^[2]。本病如果早期发现、尽早介入、规范治疗,无论使用中医、西医方法,预后均良好。如果后遗神经痛,中医常规治疗

^{*} 基金项目:中医药行业科技专项项目(201507005)

手段则优于西医。

1 临床表现

初起为局部皮肤发红,随之出现簇集成群的绿豆大小丘疹,1~2 d后迅速演变成水疱,水疱沿神经近端发展排列呈带状,数天后,疱壁松弛,疱液浑浊,而后逐渐吸收干涸。艾滋病带状疱疹具有发病急、进展快、病程长、皮损面积大、分布范围广等特点,皮损常呈单侧沿神经节段分布成带状,愈后遗留暂时性的红斑或色素沉着,疱疹愈后常遗留有神经痛,特点是自觉疼痛,剧烈难忍,常持续达数年之久。疼痛也可发生在皮疹出现前,表现为感觉过敏,轻触诱发疼痛。发生在头面部的损害严重可毁形,出现功能障碍如视力下降、失明、听力丧失、面瘫等。

2 诊断要点

参照《艾滋病和艾滋病病毒感染诊断》(WS293-2019)、《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册(第4版)》、《有流行病学史,结合抗HIV阳性,经Western Blot确证试验证实符合以下诊断标准。

2.1 疾病诊断 中西医对本病名称虽然不同,但是临床诊断标准是没有分歧的。中医诊断根据《中医病证诊断疗效标准》(国家中医药管理局,1994年),《中医病证分类与代码》(国家技术标准局,GB T15657-1995);西医标准参照《临床诊疗指南-皮肤病与性病分册》(人民卫生出版社,2006年),均以成簇水泡沿身体单侧(神经)呈带状分布,开始红斑,继则红斑基础上出现簇集成群的水疱。伴见神经痛,甚至为持续性、严重的疼痛最多。其他并发症包括三叉神经累及导致失明、水痘-带状疱疹病毒性肺炎。

本病可见于艾滋病感染者的临床各期。其典型的带状疱疹诊断并不难,但是相当部分患者开始出现某部位皮肤或肌肉疼痛(烧灼样、跳痛、刺痛不一)时,并没有引起重视或者并没有考虑带状疱疹而耽误了积极治疗,几天甚至两周左右才出现典型疱疹,临床容易忽略,特别需要注意。

可以常规检查血常规、肝肾功、心电图、CD4、CD8、CD4/CD8比值、HIV病毒载量,但是对本病的诊断、治疗没有意义。Tzanck检测显示为多核巨细

胞和核内包涵体,但不敏感,不能与单纯疱疹病毒区别,除非行病毒分离(3~5 d)、病毒培养或FA染色(1~2 h)。

特别注意:发现感染者合并带状疱疹,应该进行眼底检查、神经系统检查,注意眼底病变和中枢神经系统病变。

2.2 证候诊断

2.2.1 皮肤损害期 肝胆湿热证:皮损斑色红,水疱多而胀大,疱壁紧张,痛如火燎,烦躁易怒,夜寐不安,舌红苔薄黄或黄厚,脉弦、滑数。热重者口干、口苦,小便色黄,大便干结。湿重者或见水疱浑浊破溃,口干不欲饮,身体困重,大便黏滞。

脾虚湿蕴证:皮损斑色淡红,疱壁松弛,疱液清亮,或破溃糜烂,隐痛或不明显,口干不欲饮,食少腹胀,大便时溏,舌质淡苔白或白腻,脉沉缓或滑。

气血两虚证:皮疹色淡,疱疹散在,心悸气短,自汗乏力,易感冒,舌淡红,苔薄白,脉细弱。

2.2.2 皮肤损害消退后疼痛或后遗神经痛期 气滞血瘀证:水疱干涸结痂脱落后,局部刺痛为主,疼痛部位固定不移、拒触之。伴咽干口苦,舌质暗红或有瘀点,苔薄白,脉弦。兼肝郁者,皮疹消退后,胁肋部胀痛,可向局部放射,或伴头昏目眩、烦躁易怒,脉弦。

湿蕴毒恋证:疱疹部位疼痛,或剧烈疼痛,或隐痛缠绵,或以瘙痒疼痛并见。伴口干口苦,纳食不香,腹胀呕恶,大便不爽,小便短赤,舌质红苔黄腻,脉濡。

气虚血瘀证:疼痛部位固定不移,伴局部麻木感;或按压局部疼痛减轻(感觉舒适);伴气短懒言,或大便溏,舌暗苔白,脉涩无力。

3 治疗原则与方案

3.1 西医治疗方案 参见《2018带状疱疹中国专家共识》,HIV合并带状疱疹:①抗病毒治疗:阿昔洛韦,免疫受损或伴严重神经系统疾病患者,每次5~10 mg·kg⁻¹,每8 h 1次,疗程7 d,静脉滴注。②轻中度疼痛,考虑对乙酰氨基酚、非甾体消炎药或曲马朵;中重度疼痛使用阿片类药物,如吗啡或羟考酮,或治疗神经病理性疼痛的药物,如钙离子通道调节剂加巴喷丁、普瑞巴林等。重度急性疼痛推荐联

合钙离子通道调节剂。③对于艾滋病合并带状疱疹,一般情况禁止使用皮质类固醇。如果合并脑炎/脑膜炎,使用激素是必要的。具体请参见该共识。

3.2 中医治疗方案 西药、中医药治疗均有肯定效果,临床需根据患者经济、当地医疗条件确定治疗方案。在没有合并脑病、心脏病、眼底疾病的情况下,单纯使用中药疗效是可靠的。

中医介入越早,疗效越好。能够明显缩短病程,减轻症状,治疗费用低,水疱消失快,对降低后遗神经痛的发生正在循证中。

本病皮损消退后遗留疼痛或后遗神经痛是治疗难点。在神经阻滞不能广泛采用(许多医院不愿给感染者进行)或不被广泛接受(患者不愿意)的情况下,推荐中医治疗对疱疹消失后疼痛和后遗神经痛作为多数患者的首选。无论什么证候,临床必需加通络、止痛之品,所谓“带状疱疹活血不嫌早”。另外,解毒药物的使用如重楼、黄芩、半枝莲、猪苓、柴胡是必须的。

中医介入前患者已使用西药,是否合并中药治疗,最好根据病情而定。西药的外用药种类、剂型较少,如果配合中药外用,会有协同增效作用^[3-4]。

3.2.1 内服药物辨证治疗 皮肤损害期:肝胆湿热证治法:清热解毒,利湿止痛。推荐方药:龙胆泻肝汤加减^[3-5-11](推荐强度B,证据级别I)。组成:龙胆草、黄芩、栀子、川木通、车前子、当归、生地黄、柴胡、生大黄、甘草、猪苓。湿重热轻者,去黄芩、生地黄,加土茯苓、薏苡仁、茵陈蒿;热重湿轻者加紫草、金银花、紫花地丁、大青叶;血疱者加赤芍、牡丹皮、白茅根。推荐中成药:龙胆泻肝丸^[12]、龙胆泻肝颗粒^[13]、痰热清注射液^[14]。推荐强度C,证据级别II。

脾虚湿蕴证:治法:健脾除湿,解毒止痛。推荐方药:除湿胃苓汤加减^[3-5-9-10](推荐强度B,证据级别I)。组成:苍术、白术、厚朴、陈皮、茯苓、猪苓、泽泻、滑石、川木通、栀子、桂枝、甘草。水疱大而多者加薏苡仁、萆薢、车前子等。

气血两虚证:治法:补益气血,解毒止痛。推荐方药:八珍汤加减^[7](推荐强度C,证据级别II)。组成:熟地黄、党参、当归、白术、川芎、白芍、防风、茯苓、甘草、虎杖、紫草、金银花。

皮损消退后疼痛或后遗神经痛期:气滞血瘀证:

治法:疏肝化瘀,通络止痛。病在胸部:柴胡疏肝散合金铃子散加减^[5-9-10]。组成:香附、川芎、柴胡、土茯苓、白术、白芍、当归、甘草、炒川楝子、延胡索。病在少腹:血府逐瘀汤加减^[5-9]。组成:当归、生地黄、桃仁、红花、赤芍、枳壳、甘草、柴胡、川芎、川牛膝。病在额、头部:桃红四物汤合川芎茶调散加减^[8]。组成:桃仁、红花、熟地黄、川芎、白芍、当归、桔梗、细辛、白芷、薄荷、荆芥、防风、甘草。推荐强度C,证据级别II。

湿蕴毒恋证:治法:清热除湿,活血化瘀止痛。处方:龙胆泻肝汤合瓜蒌红花甘草汤加减^[15](推荐强度D,证据级别III)。组成:龙胆草、黄芩、车前子、红花、全瓜蒌、甘草、当归、柴胡、泽泻。

气虚血瘀证:治法:益气托毒,化瘀止痛。处方:补阳还五汤加减^[16](推荐强度C,证据级别II)。组成:黄芪、川芎、当归、地龙、赤芍、党参、白术、茯神。

临床加减:辨证准确后,可据皮损部位加引经或对症药,使药物能更好发挥疗效。头面部选加白芷、藁本、凌霄花、蔓荆子、川芎、升麻、桔梗等;胸胁背部选加柴胡、瓜蒌皮、羌活、香附、薤白等;腰腹部选加续断、桑寄生;上肢选加姜黄、桑枝、桂枝等;下肢选加牛膝、独活。

缓解疼痛:根据老中医经验,无论证候,对症使用配方颗粒。每次全蝎3g,乳香3g,冲服,能够很好缓解疼痛。

3.2.2 外用药物 金黄散、金黄膏^[13],推荐强度C,证据级别II。**季德胜蛇药**^[4,17],推荐强度D,证据级别III。生大黄粉^[18],推荐强度D,证据级别III。临床使用需据散剂、膏剂不同适应证和使用方法选择。

红、肿、疼痛、水疱(急性炎症)期:体积分数30%的黄柏、重楼(各等分)液体冷湿敷,可以尽快消除皮肤红肿。湿敷后使用青黛(如果许可,雄黄最好)、冰片、枯矾各等份,混匀研细末,凉绿茶水调和如粥状,棉签蘸涂患处,每日3~4次^[19],本方是古方二味拔毒散加冰片而成,具有快速、稳定的止痛效果和可靠的疗效。

皮肤损害结痂后,可使用具有止痛功效的中药膏剂。此期,散剂、混悬剂的使用已无临床意义。

3.2.3 其他外治 围刺法^[20]:在疼痛部位边缘皮区刺入,针尖可呈 $15^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 斜向中心,每针距离宜依据病证相隔0.5~3.0 cm,呈围刺状;进针深度,以0.3~1.0寸为主,以得气为宜,留针20~30 min,围刺的同时,在病灶中心刺入1~3针,进针略浅,留针时间相同。隔日治疗1次,10次为1个疗程。推荐强度C,证据级别II。

3.2.4 注意事项 拔罐、围刺疗法为创伤性治疗,医护人员应遵卫计委“医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则”做好防护;所用针具及罐体均应为一次性,用后严格按照感染针具及罐体处理。

部分外用中药(如雄黄)会引起接触性皮炎,如出现,停药、换药、对症处理即可。

同时口服中药和西药,有无增效减毒作用,目前没有循证证据。

执笔单位:四川省中医药科学院、湖南中医药大学、中国中医科学院艾滋病中心

中华中医药学会防治艾滋病分会参加本共识讨论及编写的成员名单:(按姓氏笔画排序)万勇、马成杰、马建萍、马秀兰、王丹妮、王军文、王丽、王莉、王健、毛宇湘、邓鑫、卢洪洲、冯全生、刘建忠、刘颖、许前磊、苏琛、李秀惠、李鹏宇、李鑫、陆中云、杨玉琪、杨毅、何云、何金洋、何艳、谷野、邹雯、张传涛、张国梁、张明香、张晓忠、张毅、陈昕、陈耀凯、邵宝平、林路平、罗威、和丽生、胡建华、姜枫、徐立然、高辉、高国建、郭会军、黄成瑜、常占杰、梁碧颜、董继鹏、蒋士卿、喻剑华、谭行华、蔡怡

参考文献:

- [1]王建,黄世敬.艾滋病中西医结合临床与研究[M].北京:人民卫生出版社,2007:326-329.
- [2]张彦敏,李峰,王融冰,等.119例艾滋病带状疱疹患者的中医证候研究[J].辽宁中医杂志,2013,40(1):49-52.
- [3]赵化忠.中西医结合治疗艾滋病合并带状疱疹疗效研究[J].中外医疗,2012,31(32):115-117.
- [4]曾林.中西医结合治疗获得性免疫缺陷综合征并发带状疱疹18例[J].中国煤炭工业医学杂志,2005,8(6):660-661.

- [5]马敏君.中西医结合治疗艾滋病合并带状疱疹临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(8):169-170.
- [6]李政伟,陈莉华,闫磊,等.李发枝运用龙胆泻肝汤治疗艾滋病带状疱疹及其后遗神经痛经验举隅[J].中华中医药杂志,2015,30(9):3158-3159.
- [7]王倩.中西医结合治疗艾滋病带状疱疹35例的疗效观察[J].中国现代药物应用,2014,8(20):135-136.
- [8]吕卫华.龙胆泻肝汤合桃红四物汤加减治疗艾滋病带状疱疹33例[J].河南中医,2011,31(7):750.
- [9]潘菊华,黄世敬,吴巍,等.艾滋病带状疱疹中西医结合临床研究探讨[J].世界科学技术(中医现代化),2011,13(2):244-247.
- [10]刘静静,陈秀敏,丁红云,等.中医疗法治疗AIDS合并带状疱疹36例[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(21):139-140.
- [11]段行武,张润田,王玉光,等.中西医结合治疗艾滋病伴发带状疱疹临床观察[J].中国中医药信息杂志,2011,18(10):79-80.
- [12]赵晓梅,周志宽.55例艾滋病带状疱疹的治疗研究[J].中国中医药信息杂志,1996,3(8):36-37.
- [13]姜枫,孟丽,彭勃,等.龙胆泻肝颗粒、如意金黄膏治疗HIV/AIDS带状疱疹30例临床观察[J].江苏中医药,2009,41(5):38-39.
- [14]余丰,梁飞立,邓梅花,等.痰热清注射液联合中药外洗治疗老年HIV/AIDS并发带状疱疹疗效观察[J].中国皮肤性病学杂志,2013,27(4):369-370,390.
- [15]王丹妮,李真,徐立然,等.李发枝治疗艾滋病带状疱疹及其后遗神经痛的配伍精要[J].中国中药杂志,2013,38(15):2497-2500.
- [16]邱廷山,柳凯.中西医治疗AIDS并发带状疱疹后遗神经痛60例临床观察[J].中国医疗前沿,2012,7(18):16.
- [17]黄尧洲,张莅峡,刘国,等.季德胜蛇药治疗艾滋病并发带状疱疹16例临床观察[J].中医杂志,1998,39(12):726-727.
- [18]刘国,吕维柏.生大黄粉治疗艾滋病病毒感染带状疱疹9例[J].中国中西医结合杂志,1999,19(2):123.
- [19]四川省中医药科学院.艾滋病蛇串疮(带状疱疹)中医诊疗方案[M].北京:国家中医药管理局,2016.
- [20]罗春艳,蒋著椿,刘振威.围刺配合拔血罐治疗艾滋病合并带状疱疹后遗神经痛22例[J].中医外治杂志,2017,26(4):9-10.

收稿日期:2019-11-21

编辑:纪彬