

• 临床病例报告 •

双侧非对称性混合型带状疱疹 1 例 *

唐晓梅 郑腾阳 李玉萍 陈金梅[△] 崔 剑
(陆军军医大学第一附属医院疼痛科, 重庆 400038)

带状疱疹 (herpes-zoster) 为水痘-带状疱疹病毒所引起的常见病, 一般只侵犯单侧皮肤及感觉神经节, 同时累及双侧者非常少见^[1]。双侧发病的急性带状疱疹又称为混合型带状疱疹, 多与短时间内机体免疫功能急剧下降有关, 原因复杂多样, 如在诊治过程只针对带状疱疹而忽略寻找引起免疫力下降的原因, 有可能出现严重漏诊和误诊, 尤其是对一些免疫缺陷病人更要加以重视^[2]。我科近期收治 1 例双侧同时发病的急性带状疱疹病例, 现总结报告如下。

1. 一般资料

病人, 男性, 53 岁, 汉族, 自由职业者。因“左侧腹、背部及右侧胸、背部皮肤疼痛伴疱疹 20 余天”入院。20 余天前无诱因出现左侧腹、背部疼痛, 呈阵发性针刺样疼痛, 每次持续约 1 分钟, 每日发作约 20 次, 疼痛发作时严重影响日常生活和睡眠。3 天后出现右侧胸、背部疼痛, 呈持续性烧灼样疼痛, 伴瘙痒感, 程度中等。随后左侧腹、背部及右侧胸、背部皮肤出现多发粟粒至黄豆大小疱疹, 呈带状分布, 不伴破溃、化脓。于当地医院诊断为“急性带状疱疹”, 予以“止痛、抗病毒”等治疗后疱疹消退结痂, 疼痛部分缓解。此后上述区域疼痛反复发作, 来我院进一步诊治。体格检查: 采用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评分: 疼痛未发作时左侧 6 分, 右侧 3 分, 发作时双侧疼痛均可达 8 分。左侧腹、背部及右侧胸、背部皮肤 (见图 1) 可见片状红斑, 无肿胀、破溃、化脓, 皮温稍升高, 温觉正常, 触觉减退, 痛觉过敏, 广泛触痛, 心、肺、腹查体阴性。病人既往体健, 否认冶游史, 无手术及输血史。

入院诊断为: 急性带状疱疹 (左侧 T₆-T₈、右侧 T₁-T₃)。入院后检查三大常规、肝肾功未见明显异常; 心电图、胸部 CT 等检查未见明显异常。化学发光法筛查乙型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、酶

联免疫吸附法 (ELISA) 筛查人类免疫缺陷病毒 (1 + 2 型) 抗体 (抗-HIV)、丙型肝炎病毒抗体 (抗-HCV) 及梅毒螺旋体抗体 (抗-TP), 结果提示 HIV 检测可疑阳性, 其余为阴性。后经 3 次免疫印迹检测 HIV 均为阳性, 确认为无症状性 HIV 带毒者。

2. 治疗

入院时病人疼痛剧烈, 予以“盐酸曲马多注射液”镇痛泵静脉泵入镇痛 (每小时 10 mg), 同时口服“普瑞巴林胶囊 (75 mg, 每日 2 次)、奥卡西平片 (300 mg, 每日 2 次)、甲钴胺片 (0.5 mg, 每日 3 次)”、疼痛局部外用辣椒碱乳膏治疗 (0.25 mg, 每日 3 次), 沿双侧疼痛位置上下 4 个肋间神经分布区各行 1 次皮下神经阻滞治疗 (神经阻滞药物: 罗哌卡因 0.1% + 曲安奈德注射液 20 mg, 共 40 ml), 3 天后右侧胸、背部疼痛明显缓解, VAS 评分 1 分。左侧治疗效果欠佳, VAS 评分 6 分, 遂隔日行左侧超声引导下 T₆-T₈ 椎旁神经阻滞治疗 2 次 (病人取俯卧位, 低频超声探头探及 T₆ 椎体左侧下关节突外侧缘与横突交界处下方约 0.5 cm 为靶点, 10 cm 长针穿刺到该靶点后有落空感, 回抽无血及脑脊液后缓慢注入神经阻滞药物 5 ml, 同样方法行 T₇ 及 T₈ 神经根阻滞), 随后病人疼痛逐渐减轻。9 天后出院时 VAS 评分左侧 2 分, 右侧 1 分。

3. 讨论

带状疱疹神经痛是临床常见病和多发病, 发病原因是潜伏于神经节内的带状疱疹病毒在人体免疫力低下时快速复制并侵犯沿神经走行的皮肤和神经干、神经末梢, 造成皮肤疱疹和神经痛, 其典型特点是皮肤疱疹和疼痛沿神经干支配区域分布, 牵涉区域多位于单侧, 前后均不超过躯体的正中线, 产生机制不清^[3]。文献报道发生双侧带状疱疹的概率低于 0.5%, 而双侧非对称性同时发作的比例更低^[4]。据不完全统计 2000 年至 2019 年报道双侧带状疱疹不足 50 例, 多见于免疫功能低下的人群 (如合并

* 基金项目: 重庆市科卫联合医学科研项目 (2021MSXM006)

[△] 通信作者 陈金梅 jinmei.ch@qq.com

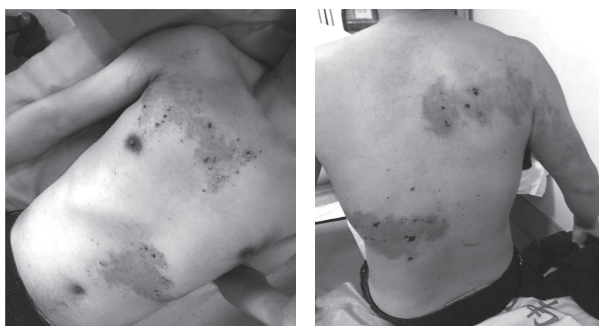


图1 左侧腹、背部及右侧胸、背部皮肤可见片状红斑

肿瘤放化疗、HIV 感染、使用免疫抑制剂及老年人等), 也有报道发生于健康人和儿童^[5]。HIV 感染合并带状疱疹比较常见仍以单侧发病为主, 但疼痛较一般病人重且持续时间长^[6]。既往体格健康病人出现双侧带状疱疹或 55 岁以下病人出现顽固性神经痛时, 应加强病史追查和特异性感染检测, 我院遇到多例以难治性单侧带状疱疹为首诊主诉的病人经筛查最终确诊为 HIV 或 TP 感染。本例病人强烈否认既往有冶游史或手术、输血史, 具体感染原因无法追溯, 目前除患带状疱疹外未发现其他感染、器官损害症状, 处于无症状带毒期。由于 HIV 无症状带毒期病人无典型临床症状, 极易降低医护人员防护的敏感性, 但其仍具有较高的传染性, 医护人员在直接接触病人的血液和分泌物时有发生交叉感染的可能, 所以对于此类病人必须有意识提高安全防护等级, 避免直接接触病人血液及分泌物, 对有创治疗后的环境及接触物进行严格消毒和处理, 一旦发现产生交叉感染, 应及时到就近的卫生防疫部门进行针对性治疗。

带状疱疹神经痛的治疗主要使用抗惊厥、抗焦虑和中枢性镇痛药, 神经阻滞技术在有效缓解疼痛症状和预防带状疱疹后神经痛方面具有独特的价值, 但由于操作时需要专科技术进行操作, 在进行

治疗时必须严格掌握适应证并执行标准操作流程, 既往也曾有进行胸背部神经阻滞治疗时引发血气胸等严重并发症的报道^[7]。超声引导下的可视化穿刺技术可以大大减小神经阻滞穿刺过程中并发症的发生率^[8]。本例病人双侧皮疹面积相近, 但左侧疼痛程度明显重于右侧, 根据双侧疼痛的实际情况采取不同的神经阻滞治疗方法, 右侧主要行安全性较高的皮下神经阻滞, 疼痛缓解满意, 疼痛较剧烈的左侧则在皮下神经阻滞的基础上辅以超声引导下的椎旁神经根阻滞, 疼痛也进一步缓解但并未完全消除, 因病人拒绝进一步采用脉冲射频、短时程脊髓电刺激等进行治疗, 后期是否会发展成带状疱疹后神经痛尚需追踪。

参 考 文 献

- [1] 曾永芬, 金毅. 带状疱疹后神经痛发病危险因素研究进展 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2020, 26(8):603-607.
- [2] Roy RD, Roni P. Herpes zoster-typical and atypical presentations[J]. Postgrad Med, 2017, 129(6):567-571.
- [3] 赵倩男, 刘辉, 王永, 等. 带状疱疹后神经痛病人痛觉异常的临床调查 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2019, 25(5):361-367.
- [4] Charlotte C, Arjen FN. Chronic herpes zoster duplex bilateralis[J]. Acta Venereol, 2012, 92:148-151.
- [5] 崔斌, 尚进, 朱武立, 等. 双侧带状疱疹 1 例 [J]. 皮肤与性病, 2019, 41(2):280-281.
- [6] 李成瑞, 姜功平, 张禁, 等. 儿童双侧带状疱疹 1 例 [J]. 皮肤与性病, 2016, 38(3):231.
- [7] Kim HJ, Ahn HS, Lee JY, et al. Effects of applying nerve blocks to prevent postherpetic neuralgia in patients with acute herpes zoster: A systematic review and Meta-analysis[J]. Korean J Pain, 2017, 30(1):3-17.
- [8] 宋旭东, 何云武. 椎旁神经阻滞在胸腰段带状疱疹相关疼痛中的应用 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2020, 26(3):212-216.

《中国疼痛医学杂志》编辑部

地 址: 北京市海淀区学院路 38 号, 北京大学医学部

电 话: 010-82801712; 010-82801705

邮 箱: pain1712@126.com

投稿请登录: <http://casp.ijournals.cn> 在线投稿

QQ 群: 222950859 微信公众平台号: pain1712

