



北京中醫藥大學

BEIJING UNIVERSITY OF CHINESE MEDICINE

碩士研究生學位論文

THESIS OF MASTER'S DEGREE

題目：針刺治療帶狀疱疹的臨床觀察

專業：針灸推拿學

研究方向：針灸治療皮膚病

學位類型：專業型

碩士生：傅鈺婷

導師：杜琳 主任醫師

二〇一九年五月

目 录

摘 要	1
ABSTRACT	3
符号说明	6
第一部分 文献综述	7
1 中医对带状疱疹的认识	7
1.1 历代病名沿革	7
1.2 中医病因病机	7
1.3 治疗	8
2 西医对带状疱疹的认识	14
2.1 病因及发病机理	14
2.2 流行病学研究	14
2.3 西医治疗	16
3 小结	22
前言	24
第二部分 临床研究	25
1 研究目的	25
2 研究对象	25
2.1 病例来源	25
2.2 病例选择	25
3 研究方法	26
3.1 选穴处方	26
3.2 操作方法	26
4 观察指标	27
5 疗效评定标准	27
6 统计学方法	27
7 研究结果	27

7.1 一般资料.....	27
7.2 症状体征.....	29
7.3 NRS 疼痛指数变化.....	30
7.4 NRS 评分组间比较.....	31
7.5 NRS 评分变化趋势.....	31
7.6 皮损变化.....	32
7.7 年龄与疼痛相关性.....	33
7.8 诱因与疼痛关系.....	34
7.9 整体疗效.....	35
8 讨论.....	35
8.1 结果分析.....	35
8.2 病因病机的认识.....	36
8.3 选穴依据及刺法探讨.....	39
8.4 展望与不足.....	41
9 结论.....	41
结语.....	41
参考文献.....	42
致谢.....	53
附录.....	54
在学期间主要研究成果.....	56

摘要

目的

本研究观察针刺对带状疱疹疼痛及皮损改善程度，评估患者临床症状改善程度与针刺治疗次数之间的关系及皮损恢复情况。

方法

本研究根据带状疱疹的西医诊断标准及中医诊断标准，严格筛选纳入符合条件的患者。取穴：主穴：心俞、膈俞、肾俞+相应神经节段夹脊穴、局部取穴。配穴：肝胆火盛：行间、侠溪；脾胃湿热：内庭、阴陵泉；瘀血阻络：血海、三阴交。操作方法：嘱患者侧卧位，充分暴露背部及局部皮损处。常规消毒，选用一次性注射器针头点刺单侧心俞、膈俞刺络放血拔罐，并以毫针刺对侧心俞、膈俞，双侧肾俞、相应夹脊穴及局部皮损部位，心俞、膈俞、肾俞及夹脊穴针刺针尖向脊柱方向斜刺，局部皮损部位针刺沿着皮损带向脊柱方向平刺。诸穴平补平泻，得气后留针，红光照射背部。每次留罐 10 分钟，放血 5-10ml，双侧心俞、膈俞交替拔罐放血，留针 20min，每周治疗 3 次，连续治疗 4 周。12 次为 1 疗程。

结果

1. NRS 疼痛量表结果分析：NRS 疼痛值随治疗时间增加而逐渐下降，比较各疗程之间 NRS 总分差异，治疗前与 3 天、3 天与 1 周、1 周与 2 周、2 周与 3 周、3 周与 4 周之间的 NRS 总分具有差异，疗效变化明显 ($P < 0.01$)，且 3 天与 1 周之间相比，均值差较大 (1.46)；2. 皮损变化结果分析：从患者发病出现皮疹的时间开始记录，观察止疱时间、结痂时间、50%皮损结痂时间、脱痂时间。纳入的 22 例患者中平均所需止疱时间为 3.73 ± 1.86 天，结痂时间为 6.27 ± 2.55 天，50%皮损结痂时间为 10.64 ± 2.24 天，脱痂时间为 16.64 ± 2.94 天。可知从皮损开始出现到皮损消退、脱痂大约需要耗时 2 周多；3. 年龄与疼痛结果分析：青年人群中疼痛多见轻中度疼痛，中老年人则以中重度疼痛占多数，但两者之间不存在相关性。青年人群中疼痛性质以牵扯痛占多数；中年人群中，以电击痛表现者为多；老年人群中，主要表现为牵扯痛。4. 诱因与疼痛结果分析：因劳累、情绪波动诱因发病者以中度疼痛占多数，感冒引发者主要为重度疼痛；无诱因者中度疼痛为多。有明显诱因而患病者有 12 人，无明显诱因发病者则有 10 例。从诱因与疼痛性质关系分析，有明显发病诱因者：劳累为诱因者以牵扯痛占多数；情绪波动为诱因者，表

现为刺痛和牵扯痛；感冒引起的患者中表现为烧灼痛。无明显诱因的患者中主要以电击痛为多。5. 整体疗效评价：治疗 3 天：有效率 45.45%；治疗 1 周：有效率：90.91%；治疗 2 周：有效率：100.00%；治疗 3 周：有效率：100.00%；治疗 4 周：有效率：100.00%。总有效率：100%。

结论

1. 针刺加刺络拔罐能快速、有效改善带状疱疹急性期疼痛；NRS 值随着针刺治疗次数的增加，呈现降低趋势；且连续治疗 1 周后疼痛缓解最明显。2. 患者年龄与疼痛程度之间不具相关性；年龄与疼痛性质、诱因与疼痛程度及性质之间不具有可比性。3. 从皮损开始出现后，止疱时间平均需要 3.73 ± 1.86 天，结痂时间需要 6.27 ± 2.55 天，50% 皮损结痂需要 10.64 ± 2.24 天，脱痂需耗费 16.64 ± 2.94 天。

关键词：刺络拔罐；带状疱疹；皮损针刺；疼痛；针刺

ABSTRACT

Objective:

In this study, we observed the improvement of pain and skin lesion of herpes zoster by acupuncture, and evaluated the relationship between the improvement of clinical symptoms and the frequency of acupuncture treatment, also the recovery of skin lesion.

Methods:

According to the diagnostic criteria of herpes zoster in Western Medicine and Traditional Chinese Medicine, the eligible patients were strictly screened. Acupoint selection: main points: Xinshu, Geshu, Shenshu+ Jiaji acupoints of corresponding nerve segments, local acupoints selection. Adjunct acupuncture points: liver and Gallbladder fire: Xingjian, Xiaxi; spleen and stomach damp-heat: Neiting, Yinlingquan; static blood blocking collaterals: Xuehai, Sanyinjiao. Operational methods: The volunteers lay down on the back and exposed the region of local skin lesions for routine disinfection. The practitioner used a disposable syringe needle to puncture the unilateral Xinshu and Geshu of the volunteers for pricking-cupping bloodletting. And the opposite Xinshu, Geshu, Shenshu and the corresponding Jiaji acupoints and local skin lesions were punctured with acupuncture needles. Local skin lesions were punctured with horizontal insertion towards the spine, while the other acupoints punctured with oblique insertion towards the spine. All of the acupoints were punctured with even reinforcing-reducing method. After the arrival of qi, retained the needle and treated with red light on their back. Each time, choosing both Xinshu and Geshu on one side for pricking-cupping bloodletting. Retained cupping for 10 minutes, and released about 5-10 ml of blood. Practicing the same treatment on the other side for the next time. Hold the needles for 20 minutes. Treatments were 3 times per week and weekly for 4 weeks, and 12 treatments served as a full course of treatment.

Results:

1. Analysis of NRS pain scale results: NRS pain value gradually decreased as treatment time increases, comparing the NRS total score among different time points: the starting point (baseline), 3 days into the treatment (day 3), 1 week into the treatment (week 1), 2 weeks into the treatment (week 2), 3 weeks into the treatment (week 3) and 4 weeks into the treatment (week 4). There were differences in NRS total score between baseline and day 3, day 3 and week 1, week 1 and week 2, week 2 and week 3, week 3 and week 4 ($P < 0.01$), and the difference between day 3 and week 1 was larger (1.46). 2. Analysis of skin lesion change

results: comparing the time ranges between different time points: from the onset of rash to the time of bleb arrest (bleb-stopping time), from the onset of rash to the time of the scab formation (scab-forming time), from the onset of rash to the time of 50% scab formation (scab-forming time of 50% lesions), from the onset of rash to the time of scab removal (scab-removing time). The average bleb-stopping time was 3.73 ± 1.86 days, scab-forming time was 6.27 ± 2.55 days, scab-forming time of 50% lesions was 10.64 ± 2.24 days, and scab-removing time was 16.64 ± 2.94 days. It takes about two weeks from the onset of the lesion to the scab removal. 3. Analysis of age and pain results: mild to moderate pain is commonly observed among young people, while moderate to severe pain is the most frequent pain intensity among middle-aged and elderly people, but there is no correlation between age and pain intensity. Among young people, the major kind of pain is involvement pain; among middle-aged people, the majority lies in electric shock pain; among the elderly, the main type of pain is involvement pain. 4. Analysis of inducement and pain results: Most of the patients caused by fatigue and emotion show moderate pain, while those caused by cold show mainly severe pain, while those without inducement are mostly with moderate pain. Within all patients, 12 of them have obvious inducement and the other 10 do not. Analyzing the relationship between inducement and type of pain tells as follows: most of the patients with fatigue as inducement show involvement pain; those patients with emotion as inducement show mostly stinging pain and involvement pain; as for patients caused by cold, they mainly manifest as burning pain. Patients without obvious inducement mostly demonstrate electrical shock pain. 5. Overall efficacy evaluation: the 3-day treatment efficacy is 45.45%; the 1-week treatment efficacy is 90.91%; the 2-week treatment efficacy is 100.00%; the 3-week treatment efficacy is 100.00%; the 4-week treatment efficacy is 100.00%. The total treatment efficacy is 100%.

Conclusion:

1. Combining acupuncture and blood-letting puncture and cupping releases the acute pain of herpes zoster quickly and effectively. NRS value decreases as the number of acupuncture treatments increases; and pain relief is most obvious after one week into the continuous treatment. 2. There is no correlation between the age of patients and the degree of pain. There is no comparability between age and the type of pain. And there is no comparability between incentives and the degree of pain, nor between incentives and the type of pain. 3. From the onset of skin lesions, there is no comparability between them. the average bleb-stopping time was 3.73 ± 1.86 days, scab-forming time was 6.27 ± 2.55 days, scab-forming time of 50% skin lesions was 10.64 ± 2.24 days, and scab-removing time was 16.64 ± 2.94 days.

KEY WORDS: pricking blood with cupping,herpes zoster, skin lesions ,pain,acupuncture

符号说明

英文缩写	英文全称	中文全称
VZV	Varicella-zoster virus	水痘-带状疱疹病毒
HZ	Herpes zoster	带状疱疹
PHN	Posterior herpes zoster neuralgia	带状疱疹后遗神经痛
VAS	Visual Analogue Scale	视觉模拟评分法
FDA	Pure Food and Drug Administration	美国食品药品监督管理局
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	美国疾病控制与预防中心
ACIP	Advisory Committee on Immunization Practices	免疫接种咨询委员会
TCAs	Tricyclic antidepressant	三环类抗抑郁药
AEDs	Antiepileptic drugs	抗癫痫类药物
NE	Norepinephrine	去甲肾上腺素
5-HT	5-hydroxytryptamine	5-羟色胺
QS	Quality of sleep	睡眠质量评分法
NB	Nerve block	神经阻滞
NRS	Numerical rating scale	疼痛数字评分法

第一部分 文献综述

1 中医对带状疱疹的认识

1.1 历代病名沿革

中医古典文献中虽无带状疱疹一病之病名，但历代医家对此病有不同的名称表述。最早记载于先秦时代，《五十二病方》中有载：“大带者，翻墙与久膏而口敷之。”巢元方称本病为甑带疮，《诸病源候论·甑带疮候》中有记：“甑带疮者绕腰生……状如甑带，因以为名^[1]。”《世医得效方》中称本病为“蛇缠疮”，王肯堂《证治准绳·疡医》：“或问绕腰生疮，累累如贯珠，何如？曰：是名火带疮，亦名缠腰火丹。”称本病为火带疮、缠腰火丹^[2]。《外科大成》曰：“缠腰火丹，一名火带疮，俗名蛇串疮。”申斗垣《外科启玄》卷七中称之为“蛇窠疮”、“蜘蛛疮”。万全《育婴秘诀》中则以“蛇缠虎带”来表示带状疱疹。李时珍《本草纲目》中称之为“火带疮”。陈实所著《外科正宗》中称为“火丹”。清代《医宗金鉴·外科心法要诀》“缠腰火丹，此证俗名称蛇串疮，红黄之异，皆如累累珠形^[3]。”《外科大成缠腰火丹》称此症俗名蛇串疮，“初生于腰，紫赤如疹，或起水疱，痛如火燎。”《外科秘录》曰“蛇案疮生于身体脐腹上下左右，本无定处，其形象宛如蛇也。”《疡科心得集》曰“蜘蛛疮，或衣沾蜘蛛遗尿，或虫蚊游走，染毒而生。形如水案疮相似，淡红，作痒且痛，五七个成簇，日渐延开，甚亦使人恶寒发热……”。陈士铎《洞天奥旨·卷十》称为“蛇窠疮”。历代医家对于本病虽表述不同，但从历代的病名可知各代医家对本病的表现特征有相同的认识^[4]。

1.2 中医病因病机

1.2.1 内因

中医对本病的病因病机在古代文献中保留诸多记载，如《疮疡验全书·火腰带毒》“火腰带毒，受在心肝二经，热毒伤心流于膀胱不行，留在皮肤，此是风毒也。”王肯堂《证治准绳》“心肾不交，肝火内炽，流入肌肤，缠于带脉，故如束带”。《外科正宗·火丹》“火丹者，心火妄动，三焦风热乘之，故发于肌肤之表”《外科大成·缠腰火丹》曰：“缠腰火丹，一名火带疮，俗名蛇串疮。……由心肾不交，肝火内炽，流入膀胱而缠带脉也^[5]。”病位在心肝二经，火毒内炽，而流于膀胱不行，搏于肌肤，总体而言本病病在五脏，非独肝也，其发病多因情志内伤，郁久化热，热毒内郁，循经外发，相搏于肌肤，从而形成疹疮，或由于饮食不节，脾失健运，湿浊内生，郁久而化热，内生湿热困脾，外阻肌肤而发为本病。《素问·刺法论》说：“正气存内，邪不可干”，《素问·评热病论》亦云：

“邪之所凑，其气必虚”而《灵枢·百病始生》中更明确指出：“风雨寒热，不得虚，邪不能独伤人。”本病的发生除了考虑外在病邪的影响，更要从内在机体虚弱考量。

1.2.1 外因

《疡科心得集·辨蜘蛛疮漆疮冻疮论》曰：“蜘蛛疮，或衣沾蜘蛛遗尿，或虫蚊游走，染毒而生。”《疡医大全》：“朱丹溪曰，此疮因衣服被蛇游行，或饮食中受沾蛇毒，入于皮毛，致生疮且痛。”从古代文献资料可知，对于本病发生亦可由于外感火热毒邪，或沾染虫蛇之毒，热毒之邪侵犯心肝二经，使病邪流于膀胱不行而壅于肌肤，经脉受阻，气血不畅，而形成束带状的疱疹。由于病邪阻滞于肌表，经气不畅，不通则痛，使得患者出现表皮疼痛。故对于本病发病的病因亦可从外感病邪角度来认识。

1.2.3 伏邪

根据带状疱疹感邪发病的特点，也可从伏邪致病的角度来理解本病的发生。伏邪致病理论最早见于《素问·生气通天论》：“是以春伤于风，邪气留连，乃为洞泄。夏伤于暑，秋为痲疟。秋伤于湿，上逆而咳，发为痿厥。冬伤于寒，春必温病。”晚清刘吉人《伏邪新书》所述“已发者而治不得法，病情隐伏，亦谓之曰伏邪。有初感治不得法，正气内伤，邪气内陷，暂时假愈，后仍复发者，亦谓之曰伏邪^[6]。”从带状疱疹症状表现而言属温病范畴，具有季节发病特点，结合现代医学研究，本病的发病是由于感染水痘-带状疱疹病毒而致病，初次染病则发为水痘，病愈后病毒能隐匿于神经根部，待机体虚弱或病邪诱发再次发为本病，可见本病符合伏邪之特性。《时病论》说：“夫冬伤于寒，甚者即病，则为伤寒。微者不即病，其气伏藏于肌肤，或伏藏于少阴。”中医学认为，少阴为肾，叶子雨《伏气解》言“髓者以脑为主”、“脑髓即由肾气从督上滋”，肾主骨生髓，认为脑髓、脊髓、骨髓皆由肾生。伏邪藏于少阴，又从足少阴肾经循行部位可知“上股内后廉，贯脊”可知少阴与脊柱之间的联系，就发病部位而言更是与现代医学理论不谋而合。再则，该病毒为湿、热之伏邪，易伤阴精，使阴精受损，更为伏邪藏于少阴之论提供了理论依据^[7]。

1.3 治疗

1.3.1 药物治疗

1.3.1.1 内服药

甄氏^[8]以大青连翘汤治疗带状疱疹 23 例，治疗后痊愈 15 例，有效 7 例，无效 1 例，总有效率 96.7%。曾氏^[9]以中药治疗带状疱疹 60 例，治疗组经辨证分为肝经郁热证、脾虚湿蕴证、气滞血瘀证、肝肾阴虚证分别以龙胆泻肝汤、除湿胃苓汤、柴胡疏肝散合桃

红四物汤、一贯煎合桃红四物汤加减治疗,结果提示治疗组治愈 42 例,好转 12 例,总有效率 90%。段行武^[10]教授认为带状疱疹应分期治疗,前期多为肝经郁热证,治疗当以清热利湿,解毒通络为主,以龙胆泻肝汤为主方进行加减,平素胃弱者加薏苡仁、白术等保护胃气;剧烈疼痛者在主方基础上加用延胡索、川楝子以行气活血止痛;因疼痛而夜寐不安者加珍珠母、生龙骨平肝潜阳,重镇安神;毒邪瘀滞经络重者加全虫、全蝎、地龙加强通络止痛、攻毒散结之效。根据皮损位置的不同,应用相应的引经药,以助药力直达病所。例如在头面部者用菊花、石决明、夏枯草等散风解毒,清肝泄热;上肢者以桑枝、羌活、姜黄通利关节,行气止痛;胸胁部者加元胡、香附、金铃子等疏肝理气;位于下腹部者加乌药行气止痛;下肢者加独活、牛膝引药下行。后期多见为气滞血瘀,又因热病日久有耗伤气阴之势,证属气阴两虚,脉络瘀阻,治宜活血通络,益气养阴,选用身痛逐瘀汤合增液汤加减。潘朝明等^[11]同样以龙胆泻肝汤为主方加减治疗蛇串疮,组成有龙胆草、柴胡、黄芩、香附、木通、赤芍、板蓝根、竹节、两面针等。风热旺盛者,表现出局部灼热赤痛明显,疱疹周围红晕明显,疹色鲜红,并可伴口苦、口干舌燥、心烦易怒、小便黄赤,大便干结,舌红,苔黄腻,脉弦数者,属于此证者运用桅子、丹皮及三七;脾经湿热证者,自觉疼痛,局部皮损疱疹呈糜烂样,渗出液明显,胸闷腹胀,纳少不欲食,口渴不欲饮,舌淡苔白腻或黄腻,脉濡数或滑数,属此证者加用车前草、泽泻等;疼痛不止,夜寐不宁者另外加元胡、丁公藤,重用三七。万和祥^[12]根据发病部位的不同进行药物加减,主方选用柴胡清肝汤进行加减,基本组成为柴胡、桅子、黄芩、生地、当归、芍药、丹皮、牛蒡子、连翘、炒元胡、甘草等。头面部出现疱疹者加用升麻、菊花、桑叶、生石决明;病位在四肢者加忍冬藤、丝瓜络、薏苡仁、泽泻;疼痛剧烈难忍者配伍乳香、没药、婴粟壳。曹波^[13]以龙胆泻肝汤结合针灸治疗蛇串疮患者 88 例,治疗组以汤药治疗,总有效率为 97.7%,其中痊愈 25 例、有效 18 例、无效 1 例;对照组以西药治疗,总有效率为 81.8%,痊愈 15 例、有效 21 例、无效 8 例。

1.3.1.2 外用药

邓婧靓^[14]等运用香连金黄散治疗带状疱疹,治疗组痊愈 19 例,显效 9 例,有效 3 例,无效 3 例,痊愈率为 55.80%,总显效率 82.35%,总有效率 91.18%;对照组中治愈 16 例,显效 8 例,有效 5 例,无效 4 例,治愈率 48.48%,总显效率 72.73%,总有效率 87.88%。治疗后第 30 天,治疗组中出现 1 例后遗神经痛,对照组中则有 2 例出现后遗神经痛。对于疹疱未破溃者,外涂混匀的复方青黛散与炉甘石洗剂,可每日多次。炉甘石洗剂能收敛、保护皮损之效,复方青黛散则有解毒除湿、消肿止痛之功,二者合用而功

效倍增。罗新南^[15]等人外用加味三黄汤治疗带状疱疹患者 100 例，治愈 86 例，好转 14 例，总有效率 100%，治愈率 86%，病且有 98% 的患者无后遗症神经痛症状。元顺宝^[16]以加味诸疮一扫光酊粉剂外涂治疗带状疱疹患者 60 例，其中 42 例皮肤疼痛消失，疱疹干枯结痂、红肿消退，18 例患者疼痛明显减轻，仅在夜间偶出现针刺样疼痛；治疗 2 个疗程后全部病例疼痛均消失，疱疹干枯脱痂而愈，痊愈率 100%。廖林静^[17]外敷油膏同时联合中药内服治疗本病。内服中药选龙胆泻肝汤为主方进行加减。油膏组方：生大黄 30 g、青黛 15 g、黄芩 30 g、黄连 30 g、黄柏 30 g、冰片 15 g、菜油 500 g。近年来亦有单方单药外用的报道。本病前期可采用蒲公英、野菊花、紫花地丁、大黄、苦参、马齿苋煮水外洗治疗。若皮损有继发感染者则可选用龙胆草、板蓝根、丹皮煮后淋洗患处。王雅娟^[18]等治疗新发带状疱疹，自制硝黄膏外用，以生大黄、黄柏各 200 g，芒硝、五倍子各 100 g，共研为细末，以凡士林配成软膏，贴敷于患处，相比于外用无环鸟苷乳膏，治疗组优于对照组。赵连明^[19]用金黄散外敷治疗本病，调糊涂抹于患处，覆盖一层卫生纸防脱落，12 小时一换，换药时去除干燥的药痂，能使大部分疱疹破溃，如有未破的疱疹，先以消毒针挑破，再上新药，一般 3-7 天可痊愈，以此法治疗 120 例患者，总有效率 100%。邹波^[20]应用雄蜈散醋调涂治带状疱疹，视涂治范围大小增减用量。将白芷、全虫研细过筛，再将青黛、雄黄同研细，混匀后再加冰片同研至无声，备用。用时现配，用适量白醋调成稀糊状，先涂疱疹四周，后向内逐步上药，每日涂抹 4-6 次，不需洗换，一般 7 日可愈，治疗 186 例，总有效率 99.47%，其中 183 例患者在 7 天内治愈。本方源于朱震亨《疡医大全·卷三十》中所记之蜈蚣油去生甘草加青黛化裁而来，临床有明显疗效，该研究运用蜈蚣油治疗本病，进一步证实了其临床疗效。顾玉明^[21]等运用青黄散治疗蛇串疮，方以青黛、雄黄等分，再以食醋调成稀糊状。局部以双氧水消毒拭干，将调好的青黄散敷于局部，2-3 次/每日。一般在用药 4 小时后，即能感觉疼痛减轻，用药 1-2 日，则丘疹、水疱开始结痂，一般无需再应用其他口服、外用药，对部分合并感染患者可加服六神丸，每日 3 次，每次 15 粒，以此法治疗，78 例患者全治愈。黄桂兴^[22]以青柿汁治疗带状疱疹患者 46 例，涂抹未成熟的青柿汁于皮损区，每日 3 次，连涂 3 天，总有效率 95.65%。方华珍^[23]观察莲花清瘟胶囊合用青黛醋外敷治疗带状疱疹疗效显著，观察止疱、结痂、止痛及痊愈时间，治疗组明显优于对照组。

1.3.2 针灸治疗

1.3.2.1 毫针治疗

毫针刺作为中医治疗方法中治疗带状疱疹最为普遍的方法，研究显示针刺穴位能

激发自体免疫功能,起到消炎止痛的作用。治疗本病常用穴位选用局部阿是穴及华佗夹脊穴,并以局部围刺法多见。樊秋玲等^[24]采用围刺方法治疗,以毫针在疱疹四周针尖向疱疹区中心沿皮下围刺,留针半小时,每日1次,连用5-7天,结果示治愈率治疗组明显高于西药对照组。杨达人^[25]以循经取穴、神经节段取穴佐以特定穴,治疗带状疱疹患者192例,每日1次,治愈率100%,其中有176例在1-8天内治愈。李素仁^[26]采用针刺相应的神经节段夹脊穴治疗本病,所纳入的30例患者全部治愈。夏兆新^[27]在疱疹皮损区首尾各刺1针并在疱疹分布区外侧寻找疼痛敏感点,针刺得气后行捻转泻法,首尾两针接电针治疗。李亚荣^[28]取双侧曲池、合谷,单侧风门,对侧肺俞,以毫针针刺得气后施泻法,疱疹周围取阿是穴迎头接尾刺,治疗21例全部治愈,大多数患者在1周内治愈,最多11日痊愈。田永平^[29]采用体针疗法和西药组对照,结果显示体针疗法的疗效远远超过西药组。罗秀英^[30]等将急性期带状疱疹患者随机分为3组,A组服用泛昔诺韦抗病毒、弥可保营养神经并予止痛药物治疗;B组在A组基础上行针刺治疗;C组在前2组基础上行透天凉手法。结果显示C组的VAS评分明显低于A、B组,C组治疗3个月后PHN发病率也明显低于A、B两组。冯凤坡等^[31]纳入162例带状疱疹患者,随机分为两组,观察组82例患者采用针刺治疗,对照组80例患者给予静滴阿昔洛韦,配合口服卡马西平、甲钴胺、维生素B1/B12。结果提示观察组治愈64例,有效16例,总有效率97.56%。对照组治愈57例,有效13例,总有效率为87.50%。陆氏^[32]使用赞刺法治疗34例带状疱疹患者中,痊愈24例,显效7例,有效3例。汤群^[33]等以围刺阿是穴合用支沟和阳陵泉,起到清泻毒火、消炎止痛的作用。刘芝红^[34]等治疗带状疱疹患者76例,以毫针针刺治疗,刘氏认为针刺具有止痛,加快疱疹愈合的功效。

1.3.2.2 刺络

(1) 梅花针:杨润莲^[35]等以梅花针叩刺治疗70例带状疱疹患者,治疗组用梅花针重叩6-10次,每日治疗1次,结果:治疗组治愈率约93%,高于西药对照组。付秀芹^[36]以梅花针叩打局部,打破水泡,微出血,在出血处拔上火罐,治疗30例,全部治愈。王慧等^[37]治疗带状疱疹患者50例,采用梅花针循经叩刺使皮肤出血,有效率达100%。张智力^[38]用梅花针叩刺后放血拔罐治疗带状疱疹疗效满意。吴桂红^[39]以三棱针点刺龙眼穴放血,患处联合梅花针叩刺刺络拔罐疗法治疗本病,疗效满意。李志权^[40]将118例急性期带状疱疹患者随机分为2组,治疗组采用梅花针叩刺放血疗法,对照组服用西药抗病毒、营养神经治疗,结果治疗组总有效率明显高于对照组。张音等^[41]将急性期带状疱疹患者随机分为2组,治疗组针刺支沟、阳陵泉加梅花针叩刺治疗,对照组服用常

规抗病毒药物治疗，结果显示治疗组疗效优于对照组。(2) 三棱针：刘铭^[42]以三棱针沿疱疹周围划 1 圈，使皮肤微出血为度，再以棉签或毛笔蘸少许雄黄酒，外涂于疱疹处，每日 3-5 次，疗效显著。俞芳等^[43]采用刺络针法，将局部阿是穴以刺络放血法，并同时针刺大椎、足三里扶正。结果提示治疗组治愈率明显高于常规西药组。聂汉云^[44]采三棱针点刺疱疹的头尾 2 端，配合毫针泻法针刺曲池、血海、委中等治疗本病，达到解毒清热、消瘀散结之效。王爱萍^[45]采刺络拔罐联合针灸治疗带状疱疹患者 80 例，治疗组治愈 30 例，显效 6 例，好转 4 例，无效 0 例，总治愈率 75%。年云娜等^[46]针对 26 例急性期带状疱疹患者在常规针刺的基础上联合刺络拔罐，治疗 10 天后，有效率达 96.2%。苟娟平^[47]以排刺加刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛患者 30 例，对比单纯针刺组，治疗组明显优于对照组。陈体高^[48]等治疗气滞血瘀型带状疱疹后遗神经痛患者，采用刺络拔罐联合中药治疗，总有效率为 92.5%，明显优于以西药治疗组的 77.5%。

1.3.2.3 火针

徐世芳^[49]用火针点刺法治疗带状疱疹患者 10 例，10 例全部有效，且无复发及后遗神经痛的发生。孙彩霞^[50]等以火针为主治疗顿挫型带状疱疹 3 例，均痊愈。高艳红^[51]采用火针针刺阿是穴、支沟、后溪、夹脊穴等治疗急性期带状疱疹患者，疗效确切。郭玉峰^[52]运用中号火针加火罐法治疗本病，能明显缓解疼痛，同时亦可加速疱疹干涸，临床疗效确切。王文达等^[53]将急性期带状疱疹患者分为 2 组，试验组口服西药加上毫火针针刺治疗，对照组口服西药治疗。结果试验组疗效优于对照组，且在改善疼痛程度、后遗神经痛方面尤为明显。高珊^[54]等将纳入患者分为 2 组治疗，结果显示治疗组以火针罐治疗者在疼痛时间、VAS 疼痛评分明显低于电针对照组。李昕阳^[55]等采用火针治疗带状疱疹，总有效率 97.35%。陈存涛^[56]等以火针对照阿昔洛韦片等口服药物治疗，结果显示治疗组疗效明显优于对照组。樊玉华^[57]等以改良火针合用刺络拔罐治疗带状疱疹，总有效率 92.6%，明显优于单纯刺络拔罐法治疗组的 73.4%。姜福琼等^[58]以毫火针配合红光照射治疗带状疱疹，疗效明显优于使用西药治疗组，能更快速缓解疼痛，促进皮损恢复，改善临床症状。朱润佳^[59]等随机将 60 例急性带状疱疹患者分为 2 组，比较毫火针与普通针刺疗法之临床疗效差异，结果在总有效率、水疱吸收、结痂及脱痂时效各方面，毫火针组均优于普通针刺组。

1.3.2.4 艾灸

(1) 艾条灸：张恩虎^[60]在带状疱疹皮损处使用 2 支艾条作回旋灸作为治疗组，对照组则使用氩-氟激光治疗仪，在疗效上，两组并没有显著差异，但促进疱液吸收、结

痂及消肿方面，治疗组更具优势。(2)艾柱灸：张敏^[61]等用围针加灸治疗带状疱疹。在疱疹头尾部位围针，并沿循着疱疹发展方向针刺，再以艾炷在疱疹上逐个灸，每处 7-9 壮，以皮肤红晕、患者自觉局部温热为度。结果显示治愈率 73.7%，总有效率 97.4%。(3)麦粒灸：竺炯^[62]等在皮损处阿是穴使用麦粒灸，每次少于 6 处，对于皮损融合成片者，按其头、体、尾分为 3 点，同时施治，结果显示，在疗效或起效时间方面，治疗组均优于运用西药的对照组。莫晓枫^[63]等用麦粒灸治疗带状疱疹 42 例，在皮损区首、尾 2 处施灸，结果有效率 95%。(4)贴棉灸：左甲^[64]等治疗带状疱疹 30 例，方法采用阿是穴处铺棉灸加针刺治疗，并以 1-2 寸毫针从病变外围采用围刺法，同时在双侧后溪穴、支沟穴及患侧对应神经节段其上下各一节段的夹脊穴施以毫针针刺，总有效率 95%。(5)灯草灸：林凌峰^[65]等选取皮损部位上、下、左、右和中间共 5 处穴位用灯芯草围灸治疗带状疱疹，治愈率 74.3%，总有效率为 100.0%。(6)药线点灸：杜艳^[66]等采以药线点灸配合针刺、拔罐及外敷季德胜蛇药治疗带状疱疹 35 例，与常规西药治疗组对照，结果显示治疗组疗效优于对照组，且对于止痛、止疱及结痂时间上，治疗组所耗时间相较于对照组明显较短。(7)天灸：何广武^[67]等采用斑蝥、甘遂、细辛、雄黄研末混合，调凡士林成膏状，敷于阿是穴治疗本病，治疗 10 次后有效率 100%，达到明显的镇痛效果。

1.3.2.5 穴位注射

穴位注射穴位以痛为腧，采用阿是穴及夹脊穴为主要施治穴位，亦常配合阳陵泉、足三里等穴治疗。常用的注射药物以抗病毒及营养神经药物为主，如维生素 B12、B1、聚肌胞等；中药类注射液则有鱼腥草注射液、丹参注射液、苦参素注射液、当归注射液等。黄丽强^[68]以针刺相应夹脊穴配合穴位注射甲钴胺治疗带状疱疹，结果显示疼痛缓解程度治疗组优于对照组，半年后随访，复发率治疗组为 9.5%，对照组为 30%。朱俊平^[69]将符合标准的患者随机分为 2 组，治疗组采用穴位注射治疗加电针治疗；对照组：选取电针治疗，操作同治疗组，结果显示治疗组总有效率为 100%，疗效明显高于对照组。王乐荣^[70]等将符合标准的患者随机分为对照组和治疗组，对照组选用甲钴胺肌注、阿昔洛韦注射液静点并外用阿昔洛韦软膏；治疗组则是采用对照组治疗方案的基础上外加针刺及臭氧穴位注射治疗，结果显示治疗组明显优于对照组。李娟红^[71]等将急性期带状疱疹伴疼痛的患者随机分为 2 组，对照组和治疗组均口服阿昔洛韦，如果疼痛较强者可加用止痛药物；治疗组在口服药物基础上行穴位注射臭氧治疗。结果显示治疗组治疗急性期带状疱疹在止疱、结痂时间都明显短于对照组，说明穴位注射臭氧治疗急性带状疱疹疗效显著。

2 西医对带状疱疹的认识

2.1 病因及发病机理

带状疱疹 (HZ) 是由水痘-带状疱疹病毒 (VZV) 引起的一种累及神经和皮肤的病毒性皮肤病。接触感染后病毒可匿藏在脊髓后跟神经节内, 在免疫力下降时, 如老年期、过度疲劳、外伤、重大手术、恶性肿瘤等等治疗或接受高剂量激素等治疗后, 因个体免疫降低, 病毒便趁机复发, 再活化的病毒沿着神经节所支配的神经扩散至皮肤表面, 使皮肤出现红疹和水疱、水肿甚至坏死的改变^[72]引起神经的炎性反应, 并造成疼痛, 最典型的特征是沿神经节分布长出成带状的疱疹。本病发病率高, 是皮肤科及针灸科的常见病, 发病后以疼痛及局部皮损为主要表现, 其中 50-80 岁的老人中出现剧烈疼痛者占 0.5%, 由于急性期治疗不及时、使用药物不当或患者自身免疫功能低下等原因, 使并发症和后遗症的发生率提高, 发生后遗神经痛 (PHN) 的老年人可高达 56.6%, 75 岁以上者发生 PHN 的比例更是超过 75%^[73]。T 淋巴细胞免疫力下降与 HZ 发病有密不可分的关系, T 淋巴球的数量、活化和增生能力均下降, 称为免疫老化, 也是老年人易发生带状疱疹复发的原因, 一般本病好发 50 岁以上的老年人, 而 60 岁以上老人的发病风险甚至较年轻者高出 8-10 倍, 75 岁以上的老年人, 其 HZ 的发病率相较一般人群约高出 5 倍^[74-77], 由此可知高龄是最常见的危险因素; 若是因疾病或用药造成免疫抑制, 如爱滋病、自体免疫疾病、恶性肿瘤、骨髓或器官移植或接受免疫抑制治疗者, HZ 发病的风险更是较免疫功能正常者高出 20-100 倍, 此外, 情绪精神压力大也是发病的危险因素^[78-80]。

2.2 流行病学研究

2.2.1 发病率

HZ 在全世界流行, 其发病率在全球均有上升的趋势, 尽管各国尚未将带状疱疹列为法定报告传染病, 仍有一些国家对带状疱疹的发病水平展开了统计调查。其可能原因应与人口结构高龄化、免疫抑制药物大量应用等因素相关。从现有统计的大数据可知各国 HZ 发病率基本接近, 北美、欧洲、亚太地区 HZ 年发病率均在 3-5/千人。加拿大在 1997-2012 年间 HZ 年发病率由 3.2/千人上升至 4.5/千人。澳洲在 2000-2006 年间统计 ≥ 50 岁人群中 HZ 年发病率为 2.5-10.0/千人。意大利估算 2013-2015 年 50 岁以上人群的年发病率为 6.42/千人^[81]。在美国 HZ 年发病率为 3.2-4.2/千人。发病率随年龄的增加呈升高趋势, ≥ 60 岁的老年人群其年发病率达 10/千人^[82-84]。国内关于本病的流调统计相对较少。Zhu^[85]等研究显示, 广东省在 2011-2013 年 HZ 年发病率分别为 4.1、3.4 和 5.8/千人。2016 年在江苏、上海、江西、河北和黑龙江开展的多中心研究显示, \geq

50 岁人群 HZ 累积年发病率为 22.6/千人, 2010-2012 年 ≥ 50 岁人群在本病平均年发病率为 3.43/千人^[86]。HZ 的二次发病极为少见, 较常见于免疫功能低下人群。美国开展的一项关于免疫功能低下者 HZ 复发情况的研究发现, 1530 名被确诊为 HZ 免疫功能低下患者在随访 8 年后, 复发率仅为 5.7%^[87], 但研究者误将感染 HIV 但尚未发病的人群视为免疫功能低下人群, 并将每天服用全身性皮质类固醇药物不足 5 mg 的 HZ 患者群体视为正常人群, 存在选择偏倚。因此 HZ 复发率尚待进一步研究^[88]。

2.2.2 危险因素

2.2.2.1 年龄

年龄是影响 HZ 发病的因素中最为主要的危险因素。北美和欧洲均有研究表明, 50 岁以上为患病高发人群, HZ 和疹后神经痛 (PHN) 的发病率与年龄呈现正相关, 且 HZ 有关疼痛的程度和持续时间与年龄的增长亦呈正相关^[89]。全球各项研究均显示 HZ 发病率随年龄增长而增加, 10 岁以下儿童年发病率为 0.74/千人, 以每 10 岁一个年龄组而逐渐增加, 从 50-60 岁开始, 发病率上升幅度明显, 80-89 岁人群年发病率达 10/千人^[90]。HZ 发病率随着年龄增加的原因可能是由于机体对 VZV 的免疫水平随着年龄增长而降低^[91]。年龄亦是造成 HZ 患者中出现神经痛的主要危险因素, 并有多项研究表明 HZ 伴有神经痛的发生风险随着年龄增长而增加, 50 岁以上人群中神经痛超过 2 个月的发生风险明显高于 50 岁以下人群的 27.4 倍^[92]。

2.2.2.2 性别

对于性别与 HZ 的关系在各个研究中得出的结论不一。女性患者多于男性、男性患者多于女性或是 HZ 发病率不存在性别差异。我国在 2016 年数据统计中显示女性患者累积年发病率为 26.5/千人, 男性患者累积年发病率为 18.7/千人; 每年女性发病率为 3.95/千人年, 男性则为每年 2.89/千人^[66]。新西兰一项研究显示不考虑年龄和其他危险因素的情况下, 女性 HZ 发病风险较男性高 38%^[93]。然而, 部分研究发现不同性别之间其 HZ 的发病率不具有统计学差异^[94, 95]。无论国内外, HZ 发病率与性别差异之间的关系目前尚未有明确的结论, 仍待进一步研究。

2.2.2.3 免疫低下

影响 HZ 发病的直接因素并非暴露于病原, 而是机体内潜伏的 VZV 被激活。人体免疫功能作为机体的第一道防线出现异常, 是导致 HZ 发病和出现严重并发症的原因。免疫功能低下者, 如癌症患者、免疫功能异常者及接受过重大手术的人群。美国曾开展的一项针对退伍军人 HZ 发病率的调查研究, 结果发现接受器官移植的人群总体 HZ 发病率

每年可达 22%，其中以曾接受过心脏移植手术的患者群其 HZ 发病率明显较高，甚至突破了 40%^[96]。恶性肿瘤患者 HZ 发病率约为 5%，高出同龄正常人群数倍^[97]。霍奇金氏病患者 HZ 发病率达 27.3%^[98]。造血干细胞移植术后发生 HZ 较为常见，在术后第 1 年其发病率为 13-55%^[99]。器官移植术后 HZ 发生为 5-17%，大多数发生在术后 1 年^[100]。

2.2.3 并发症及后遗症

研究表明 PHN 的发病率与年龄的增长呈现正向相关。全球 HZ 成人患者 PHN 发病率大约为 5%，50 岁及以上人群发病率在 25%-50%^[101]。但各国 HZ 患者出现后遗症神经痛的发病率也不尽相同。韩国的研究发现 HZ 在发病后 3 个月和 6 个月，发生 PHN 的比例分别为 27.0%和 19.0%^[102]。加拿大研究表示有 9.2%的 HZ 患者会出现 PHN^[103]。英、美两国有研究显示罹患 HZ 的患者其年住院率为 2.1-16.1/百万人^[104, 105]，且住院率随年龄增加而增长。另有研究显示 HZ 患者住院率，≥85 岁人群是 30 岁以下人群的 75 倍^[106]。澳大利亚做的一项研究显示主诊为 HZ 的住院患者中其死亡率为 1%，65 岁以上患者的死亡率甚至较年轻患者高出 10 倍^[107]。免疫抑制是导致 HZ 患者住院和死亡的其中一项主要危险因素，统计显示有 30%的 HZ 住院患者和 52%的死亡病例中至少伴有 1 项免疫系统受损，如 HIV 感染、白血病以及恶性肿瘤。而国内对此方面的研究报告较缺乏，Zhu^[85]等统计广东省 HZ 患者中有 40%病例罹患 PHN。

2.3 西医治疗

2.3.1 抗病毒药物

由于本病的基础病因是由于感染 VZV 所致，在治疗上以抗病毒药物治疗是最直观的方法，但应用抗病毒药物具有一定的时机性。通常认为抗病毒应用的最佳用药时机为出现皮疹的 48-72h 内^[108]。患病 1 周以上者再接受抗病毒治疗已无意义，同时已经形成 PHN 时抗病毒治疗也已无必要。另外，早期使用抗病毒药物治疗 HZ 可减缓病毒的复制及神经节内的病毒载量。目前有一些研究指出在疾病早期使用抗病毒治疗能有效降低 PHN 的发生率及严重程度，但目前的研究结果尚未得到一致的结论^[108]。常用抗病毒药物有阿昔洛韦、泛昔洛韦、伐昔洛韦等核苷类抗病毒药物，其主要作用于胸腺嘧啶脱氧核苷酸激酶，抑制或干扰裂解期病毒 DNA 的合成，达到减毒及降低感染严重程度，从而减少新病灶的出现以及促进皮损结痂。

阿昔洛韦作为广谱抗病毒用药，在临床上广泛应用，通过在 VZV 感染的细胞生成三磷酸化合物，终止 DNA 链的延长，从而减少病毒活性^[109]。早期及时使用不但可有效控制皮损、减轻急性期疼痛，更能防止病毒扩散和降低并发症出现的风险，由于口服用

药生物利用度较低，需要多次给药，而静脉注射更有助于缩短病程，但静脉给由于受限于给药速度、药物剂量和血药浓度的因素，可能给肾脏带来较大负担，出现较多的副作用，甚至有诱发肾衰的风险。因此，静脉注射阿昔洛韦虽然能更有效的利用药物作用，但由于副反应风险较大而并非最好的选择。

泛昔洛韦作为第一个用于抗病毒治疗的前体药物，在人体内吸收分解为喷昔洛韦，生物利用度高，被用于治疗免疫缺陷患者的皮肤黏膜单纯性疱疹感染和急性 HZ^[110]。通常抗病毒治疗的疗程为 7-10 天，或皮损出现结痂即可，一般认为疗程没有超过 10 天的必要^[111]。张曙浩^[112]研究发现，泛昔洛韦的生物利用度高达 77%，较阿昔洛韦高，对 VZV 的抑制起到较强的作用，同时因能减少给药次数更提高患者依从性。

伐昔洛韦作为阿昔洛韦的前体药，口服后经消化道吸收转化成阿昔洛韦，其生物利用度为阿昔洛韦的 3-5 倍，血药浓度稳定，疗效与静点阿昔洛韦相当。刘道凡^[113]观察 122 例 HZ 患者治疗中发现，伐昔洛韦在止痛、止疱、结痂时间上均优于阿昔洛韦，疗效较好，且不良反应少。另外抗病毒用药还有更昔洛韦、索利夫定、溴夫定；非核苷类抗病毒药有：磷钾酸钠、多可沙诺；新型抗病毒药物如：FV-100、伐马洛韦、CP-44161。

唐华念^[114]应用阿昔洛韦联合重组人白介素-2 治疗 HZ 患者 33 例，利用阿昔洛韦抗病毒的同时加以人血白介素-2 增加免疫应答，结果示联合治疗较单一疗法恢复快且减少了 PHN 的发生。陈健忠^[115]等治疗 HZ 患者 90 例，观察组以伐昔洛韦片联合干扰素，对比对照组单用伐昔洛韦治疗之疗效，通过伐昔洛韦的抗病毒作用对病毒 DNA 多聚酶形成阻断，同时应用干扰素进行免疫调节，提高机体免疫力，研究结果示观察组显效 32 例，有效 11 例，无效 2 例，总有效率 95.56%，明显优于对照组 68.89%。张晓云^[116]等治疗 HZ 患者 114 例，治疗组选用更昔洛韦联合复方倍他米松，对比观察组单用更昔洛韦，结果示治疗组优于观察组。李玉生^[117]观察单磷酸阿糖腺苷联合腺苷钴胺治疗 HZ 的疗效，纳入患者 61 例，其中痊愈 48 例，显效 4 例，无效 0 例，总有效率 93.44%。

2.3.2 止痛治疗

临床上 HZ 急性期疼痛及 PHN 为 HZ 患者最为痛苦之症状，临床上也常联合治疗以减轻、消除患者痛苦为主，其最主要就是止痛药的使用。止痛药的选择应当遵循由弱到强为原则，临床上常使用以下几种类型的药物：(1) 非甾体类解热镇痛消炎药：以减少前列腺素 E 的生成从而达到镇痛作用，用于缓解轻中度疼痛，减轻外周神经根炎症，治疗早期 PHN 效果良好。常用药物有：阿司匹林、扑热息痛、消炎痛、芬必得、西乐葆。由于止痛作用较弱，常联合其它药物使用。其不良反应主要以胃肠道反应为主，因不具有

成瘾性，用于作为 PHN 止痛治疗一线治疗药。(2)中枢性止痛药：以曲马多为代表，是一种弱效阿片受体激动剂，具有阿片样和非阿片样两种机制相互协同作用，故归类为非麻醉性止痛药，本品的止痛效用约为吗啡的十分之一。(3)麻醉性止痛药：主要是阿片类药物，常见药物为吗啡和杜冷丁，其优点是止痛作用强，缺点则是会造成成瘾的副作用，属于国家管制药物。(4)镇静类药物：对于严重的神经痛，也可以各种镇静剂联合，常用的药物如卡马西平、阿米替林、奋乃静等。刘开琦^[118]以阿司匹林外用联合 TDP 照射治疗带状疱疹患者 80 人，治愈 30 例，显效 36 例，有效 12 例无效 2 例，总有效率 97.50%。王志君^[119]等纳入符合标准患者 116 例，分为 5 组，分别采用曲马多、布洛芬、可待因、达宁、吲哚美辛治疗带状疱疹疼痛，结果显示曲马多缓解率 88.5%，有效率 92.3%；布洛芬组缓解率 38.5%，有效率 69.2%；可待因组缓解率 65.2%，有效率 78.2%；达宁组缓解率 70.8%，有效率 83.3%；吲哚美辛组缓解率 47.8%，有效率 78.3%，结果可见曲马多治疗 HZ 疼痛效果优于其它组。胡滨^[120]等以复方利多卡因乳膏外用治疗 HZ 疼痛患者 36 例，总有效率 94.44%。

2.3.3 营养神经

根据 HZ 发病及病灶特点，可知 VZV 隐匿于神经根处，在机体免疫力低下时发病，沿神经节所支配区域扩散侵犯皮肤或内脏。在治疗上，从病因及症状而言，应积极抗病毒同时适量止痛治疗，越来越多研究表明在病因、对症治疗的同时更应该积极采取营养神经治疗，帮助神经功能恢复，不但能减轻病灶区域感觉异常及疼痛等症状，更能有效的减低 PHN 的发生率，同时对于 PHN 患者更应该积极干预，帮助病情恢复。尤敏^[121]纳入符合标准的患者 42 例，随机分为两组，分别采用乙酰谷酰胺及乙酰谷酰胺联合腺苷钴胺治疗，治疗 2 周后，治疗组有效率 80.9%，对照组有效率 47.6%，治疗组疗效优于对照组，且差异具有统计学意义。陶焕唐^[122]对比加巴喷丁联合腺苷钴胺与单纯腺苷钴胺治疗 PHN 的临床疗效，研究纳入 65 例 PHN 患者，随机分组，结果显示，观察组：完全缓解 20 例，显著缓解 10 例，轻度缓解 3 例，无效 0 例；对照组：完全缓解 8 例，显著缓解 11 例，轻度缓解 9 例，无效 4 例。且两组差异有统计学意义。齐艳红^[123]在抗病毒治疗 HZ 的同时联合腺苷钴胺营养神经治疗，纳入 220 例患者，随机分为 2 组，治疗组采用联合治疗，结果显示两组之间差异具有统计学意义，且治疗后 VAS、QS 评分治疗组优于对照组，有效率治疗组显著优于对照组。刘莹^[124]等评价高压氧联合腺苷钴胺治疗 PHN 的临床疗效，治疗 20 天后观察组总有效率为 82.86%，两组差异具统计学意义。治疗结束 2 周后观察组总有效率为 91.43%，治疗组与对照组差异有统计学意义。任建宏^[125]等

观察腺苷钴胺联合半导体激光治疗急性期 HZ 的临床疗效, 研究组的治疗总有效率为 96.61%, 高于对照组的 83.05%, 差异有统计学意义, 且研究组的止疱、结痂、脱痂所需时间均显著短于对照组所需时间, 更能有效缓解病人疼痛感。陈榕^[126]等评价腺苷钴胺针剂治疗 PHN 的疗效, 将纳入的 86 例患者随机分为 2 组, 分别给与腺苷钴胺及维生素 B₁₂ 治疗, 治疗 10 天后治疗组总有效率为 45.7%, 对比差异有统计学意义; 治疗 30 天后治疗组总有效率为 65.2%, 对比差异有统计学意义。

2.3.4 外用药

根据 HZ 发病的特点, 病毒侵犯神经, 累及相应神经支配区皮肤, 造成皮损、疼痛, 外用药物的应用不仅能直接作用于皮损区域, 更能以最小的药物剂量达到治疗效果, 相较于口服药物全身作用而言, 外用药物更能提高局部区域血药浓度, 更是减少了机体代谢的负担。在治疗方面, 同样以抗病毒、消炎、镇痛为主, 但在药物的选用上, 对比于口服药则有较多的选择。刘毅钧^[127]等纳入急性期 HZ 患者, 外用重组人干扰素 α -2b 喷雾剂喷涂患处, 并同时肌注, 不予以其它抗病毒、激素及抗炎止痛药物, 结果显示, 在治疗 1 周疼痛、瘙痒和灼烧感消失率为 86.7%, 2 周其消失率为 96.7%, 皮损面积至 2 周时降至最小, 与治疗前比较具有统计学差异。治疗 2 周后, 治愈率为 46.7%, 总有效率为 93.3%。周刚鑫^[128]纳入 HZ 患者 56 例, 随机分为 2 组, 比较外用庆大霉素与阿昔洛韦之疗效, 疼痛比较结果显示庆大霉素组治愈 25 例, 无效 4 例, 总有效率 86.21%, 阿昔洛韦组治愈 17 例, 无效 10 例, 有效率 62.96%; 皮损比较结果显示庆大霉素组治愈 28 例, 无效 1 例, 有效率 96.55%, 阿昔洛韦组治愈 20 例, 无效 8 例, 有效率 74.07%, 两组之间差异具有统计学意义。苏顺琴^[129]等评价洁悠神喷剂对比阿昔洛韦乳膏对急性期 HZ 患者的临床疗效, 治疗 10 天后显示, 治疗组 100 例, 总有效率 92.0%; 对照组 100 例, 总有效率 76.0%, 两组治疗效果分布差异有统计学意义, 治疗组总体治疗效果优于对照组。何育华^[130]观察康复新液外用治疗急性期 HZ 之疗效, 治疗组治愈 26 例, 显效 30 例, 好转 6 例, 无效 2 例, 总有效率 87.5%。两组总有效率比较, 差异有显著性意义, 且治疗组优于对照组。赖旭峰^[131]等研究喷昔洛韦乳膏对比阿昔洛韦乳膏在外用治疗 HZ 患者之疗效, 结果提示: 喷昔洛韦组治愈 29 例, 显效 2 例, 好转 1 例, 无效 0 例, 有效率 96.88%, 阿昔洛韦组治愈 21 例, 显效 3 例, 好转 6 例, 无效 0 例, 有效率 80.00%, 治疗组明显优于对照组。孙玉楼^[132]以异烟肼药片研末后和绿药膏调糊涂抹于患处, 治愈 15 例, 好转 8 例, 无效 1 例, 总有效率 95.8%, 治疗组优于对照组。黄健^[133]等以反射式共聚焦显微镜观察外用臭氧对 HZ 之疗效。在治疗第 7 天, 治疗组包涵体消失, 明显优

于对照组，差异有统计学意义；治疗组疼痛评分在各时间点下降率明显高于对照组；治疗组患者总有效率为 100%，对照组为 86.7%，两组之间差异有统计学意义。黄玮奕^[134]观察高锰酸钾对 HZ 皮损、疼痛之疗效，结果示：治疗组 34 例，显效 29 例，有效 5 例，无效 0 例，总有效率 100.0%，治疗组明显优于对照组。郭杨庆^[135]等观察利多卡因加炉甘石洗剂外用对比常规抗病毒、止痛治疗，结果显示观察组有效率 94.1%，明显优于对照组的 73.5%，对于皮损的恢复及疼痛缓解时间，观察组优于对照组。陶永清^[136]将纳入的 62 例 PHN 患者随机分为 2 组，治疗组以布洛芬乳膏涂抹患处；对照组口服消炎痛、泼尼松，同时肌注吠喃硫胺及维生素 B12，治疗半月后评估疗效，治疗组有效率 97.4%，优于对照组的 41.7%。

2.3.5 神经阻滞

神经阻滞(nerve block, NB)是指将药物注入神经干、丛、节的周围，或施以物理刺激，阻断神经传导功能。HZ 的发病过程中，是由于 VZV 滥用机体逆行轴突转运的机制，从而形成疼痛的感觉，而 NB 的机制则是能有效阻滞 VZV 的逆行转运，断开神经传导通路，进而达到止痛的效果。与口服药物作用于全身相比，NB 治疗更能针对性的作用于局部病灶，并用最少的药物达到相同的治疗效果^[137]。NB 以硬膜外腔阻滞、椎旁神经阻滞、肋间神经阻滞、选择性神经根阻滞和局部神经阻滞几种方法为主。阻滞药物常用复方倍他米松、利多卡因、糖皮质激素、臭氧、肉毒素 A 及甲钴胺等，根据部位不同，用量和疗程亦有所不同。NB 是治疗 PHN 的有效方法。神经毁损术主要指以药物造成周围神经、神经节和脊神经后根的毁损，常用的药物有无水乙醇及多柔比星等。另外，近年来射频技术在临床上应用广泛，与传统的化学毁损方法相比，更能准确定位、良好控制毁损范围和并发症少等优势^[138]。沈刚^[139]等以地塞米松联合吗啡治疗 PHN 患者 60 例，2 组均施行椎旁阻滞，观察组在此基础上加用吗啡 3mg，结果显示加用吗啡组的疗效、镇痛时间明显优于对照组。陈明慧^[140]等纳入带状疱疹继发会阴部疼痛患者 24 例，行会阴区神经阻滞，并口服奇曼丁、加巴喷丁治疗，相比于治疗前疼痛明显改善。赵颖^[141]纳入 PHN 患者 97 例随机分为 2 组，对照组采用神经阻滞治疗，治疗组在神经阻滞基础上加用盐酸度洛西汀口服，两组治疗后 VAS 评分均较治疗前降低，且研究组之疗效优于对照组。魏新刚^[142]等应用椎旁封闭术治疗 PHN 患者，纳入符合标准患者 50 例，随机分为 2 组，治疗组在口服药基础上于椎旁封闭术；对照组除口服药物外，同时给予 TDP、微波照射治疗，结果治疗组优于对照组。王康^[143]等，纳入 PHN 患者 84 例，随机分为 4 组，4 组均在基础用药上分别再加上椎旁阻滞+皮内阻滞、椎旁阻滞、皮内阻滞、单纯基础用药，

4 组在治疗结束后之 VAS 评分均低于治疗前, 且椎旁阻滞+皮内阻滞者麻木改善率更显著; 除外单纯用药组, 另外 3 组间痛觉过敏改善率无差异, 但与单纯用药者相比, 均有统计学意义。霍岩松^[144]等将符合纳入标准的 HZ 患者, 随机分为 3 组, A 组基础药物组: 口服阿昔洛韦、加巴喷丁及肌注甲钴胺; B 组在 A 组基础药物上再加用神经阻滞; C 组在 B 组治疗基础上, 在行椎旁神经阻滞的同时注射臭氧, 在治疗结束后 2 周三组患者 VAS 评分较治疗前均明显降低, 结果提示口服药物联合椎旁阻滞及臭氧疗法之疗效在预防 PHN 及短期止痛方面明显优于另外 2 组。

2.3.6 使用疫苗

接种疫苗对于 HZ 的预防最为经济、有效。目前国外广泛应用的 HZ 疫苗为 Zostavax, 2006 年在美国批准上市, 目前在全球 60 多个国家用于 HZ 的预防, 于 2011 年扩大为 ≥ 50 岁人群预防接种。研究表明, 免疫功能正常的成年人接种该疫苗是安全的。同时该疫苗不仅能够有效预防 HZ 的发生, 对 PHN 造成的严重的并发症也具有一定的保护作用, 但不能作为治疗 HZ 和 PHN 以及原发性水痘的感染用药^[145]。Levin 等^[146]研究证实, VZV 减毒活疫苗可增加 60 岁以上年龄接种者的细胞免疫, 使接种者体内 VZV 特异性 CD4+T 细胞数量增加近 2 倍。研究发现, HZ 疫苗在 60-69 岁预防患病的效益最好, 而在 70 岁及以上老年人中则能够明显降低 PHN 的风险^[147]。Varivax 作为水痘疫苗, 用于 1 岁以上孩童或成人的水痘预防, 但预防效果会随着年纪降低。以上两种疫苗经实验研究均可有效的降低 HZ 及 PHN 的患病率。美国 FDA 于 2017 年批准了 Shingrix 作为预防 HZ 的疫苗。CDC 研究指出在预防方面 Shingrix 优于 Zostavax。更推荐 ≥ 50 岁的成人使用 Shingrix, 即使他们已经接种过 Zostavax^[148]。美国 ACIP 更是建议 50 岁以上人群使用 Shingrix, 研究表明 Shingrix 能起到 90% 的预防, 有效的防止 50 岁及以上人群 HZ 的发生, 同时对于 Zostavax 的研究发现, 对于 60 岁及以上人群, 能达到 51% 预防 HZ 的发生, 随着年龄的增加效用随之减小, 即使 FDA 已放宽 Zostavax 的接种年龄为 50 岁以上人群, 但从免疫功能、疗效及安全性等多方角度考虑后, ACIP 更加推荐 Shingrix 用于 50 岁以上人群的接种^[149]。另外更有研究指出, 相比于 Zostavax 随着年龄的上升而免疫能力随之下降, Shingrix 并不会因为年龄的因素而降低其免疫功能^[150]。综上水痘减毒活疫苗能增强免疫和降低病毒感染后复发的风险, 可提高老年人的细胞免疫力, 降低 HZ 发病率和减轻 PHN 的发生。

2.3.7 其他药物

PHN 的系统治疗常用三环类抗抑郁药 (TCAs)、抗癫痫类药物 (AEDs)、阿片类药物

等药物予以治疗,其中以 TCAs、AEDs 作为治疗的一线用药。(1)三环类抗抑郁药(TCAs):其机制是通过阻断能增强神经传导的生物胺的重吸收,阻断去甲肾上腺素(NE)和 5-羟色胺(5-HT)再摄取吸收,从而达到止痛的效果。目前广泛应用于治疗伴有精神抑郁状态的一些慢性疼痛性疾病,对治疗持续性深层疼痛疗效肯定,尤其对于感觉过敏和持续性烧灼痛尤为有效。本类药物包括:阿米替林、去甲替林、马普替林、地昔帕明、氯米帕明、奋乃静等,临床上以阿米替林和去甲替林止痛效果最好^[151]。TCAs 的主要副作用为抗胆碱能反应,常见表现为嗜睡、口干、心悸、多汗、食欲增加等,少数出现视物模糊、青光眼、情绪改变、尿潴留等反应。(2)抗癫痫药(AEDs):作用机制为通过抑制受损神经元的异常放电从而减轻疼痛。除了治疗癫痫外,还被广泛应用于治疗神经源性疼痛,且对于大部分的周围神经性疼痛治疗有效,用于改善电击样、针刺样疼痛、剧烈的撕裂性及刀割样疼痛疗效明确。临床研究表明,慢性疼痛类疾病患者,即使应用阿片受体激动剂及抗抑郁药物,仍有部分患者存在中重度疼痛^[152]。因此,抗癫痫药物在临床上适当联合应用,对于治疗慢性疼痛及神经性疼痛显得尤为重要。此类药物包括:卡马西平、加巴喷丁、苯妥英钠、普瑞巴林、氯硝西洋、拉莫三嗪等。目前巴喷丁和普瑞巴林为治疗 PHN 最具疗效的抗癫痫药物。由于本类药常见嗜睡、眩晕、乏力等副作用,甚至出现惊厥的可能,故在应用本类药物时应当严密监测使用过程。张晓萌^[153]等,观察应用苯巴比妥联合乙酰水杨酸片辅助治疗 PHN 患者的疗效,纳入 69 人,随机分为两组,结果示试验组痊愈 26 例,显效 4 例,有效 3 例,无效 2 例,总有效率 85.7%,效果明显优于对照组。付兰^[154]等,比较普瑞巴林与加巴喷丁治疗 PHN 之疗效及安全性,结果得出普瑞巴林相较于加巴喷丁更能快速有效的治疗 PHN、改善生活质量,而且更为安全,对于 PHN 伴随的疼痛、情绪障碍及睡眠障碍三方面都有较好的疗效。

3 小结

综上,带状疱疹的治疗多种多样,从祖国医学到现代医学,随着时代及医学的进步,治疗方法及疗效上都有突破与进展,总体治疗不离内治、外治。内治法不外乎药物治疗,药物治疗虽然较能保证其有效性,但在治疗上有一定的限制,如应用时机、时效性,对于止痛、镇静药物更有一定程度的药物耐受、药物依赖及戒断反应,在应用上需遵循严格的剂量使用及疗程。外治法除了外用药以外,更有针灸、拔罐、刺络等方法,在众多的研究表明中医外治法对于带状疱疹的治疗效果肯定,不论是新发病亦或是后遗症都有良好的效果,且一定程度避免后遗症的发生。对于本病的发生在流行性上多是为中老年人群,在治疗本病上药物应用需更严谨考虑患者本身的药物耐受程度,故外治法在治疗

本病上值得更深入的探究。

前言

随着社会、医疗水平的发展、进步，快速生活节奏带来的压力以及劳累，加之全球人口结构步入老年化社会，带状疱疹（HZ）作为中老年及免疫功能减弱人群高发病种，在各国流调发现，本病的年发病率有逐年上升趋势，引起各国重视。一旦发生 HZ，出现的神经性疼痛、瘙痒、皮疹、甚至侵犯脏器造成的器质性损害和遗留的后遗神经痛（PHN）都对生活质量、睡眠质量、美观以及健康，甚或对精神情绪造成严重的影响。面对如此高发病率、严重危害生活的疾病应该提高警惕，更加重视。

祖国医学对本病早有认识，文献记载名称有“大带”、“甑带疮”、“蛇缠疮”、“缠腰火丹”等等，都能体现出本病的发病特点及症状表现，从病因病机角度认识，受情志、郁热、外感风热、湿毒之邪、体内伏邪的影响，造成机体正气虚弱、阴阳失调，邪气不得正途而出，流于膀胱，发于肌表而成本病。在治疗上中医治法多种多样，除了口服中药汤剂以外，针灸、刺络拔罐对本病的治疗疗效更是肯定，不但快速有效，更是经济、便捷，更能满足现代社会追求的速效。而且对于后遗神经痛的发生率更能起到降低的作用^[155]。

现代医学从病原学及神经两方面对本病也有详尽的探讨。从发病角度可知本病的发生是由于水痘-带状疱疹病毒（VZV）的感染，侵犯神经造成一系列神经炎性反应，而形成疼痛、皮损等症状。在治疗方面，以止痛、抗病毒、营养神经为首要目标，另外外用药物也能起到帮助皮损恢复、止痛的作用，对于 PHN 患者也可采取联合抗抑郁药及抗癫痫药物来缓解疼痛症状，再者还有神经阻滞的方法帮助患者减轻痛苦。从防病的角度而言，西医更是应用疫苗来预防疾病的发生。

本研究基于中医经络腧穴理论及整体观念，结合导师多年临床经验总结，选取膀胱经腧穴为主配合刺络拔罐治疗急性期 HZ 患者，该方法简便、快速缓解患者急性期疼痛症状，并能有效的帮助皮损恢复。针感平和，患者接受度高，依从性良好，适合作为本病治疗的临床推广。

第二部分 临床研究

1 研究目的

将纳入本研究的22例患者,采患者自身对照针刺治疗前与治疗后疼痛减轻及皮损改善程度,以疼痛数字评分法(NRS)及疱疹症状观察表评估其治疗前与治疗第3天、1周、2周、3周、4周后之量表评分,观察患者临床症状改善程度与治疗次数之间的关系及皮损恢复情况。

2 研究对象

2.1 病例来源

选取2017年7月—2019年02月到北京中医药大学东直门医院针灸门诊就诊,符合纳入标准并自愿参与研究的22例患者。

2.2 病例选择

2.2.2 西医诊断标准

参照2013年颁布的《中国带状疱疹治疗指南(草稿)》为标准拟定。

诊断依据:

- (1)发疹前可有疲倦、低热、全身不适、食欲不振等前驱症状。
- (2)患处有神经痛,皮肤感觉过敏。
- (3)好发部位是肋间神经、三叉神经、臂丛神经及坐骨神经支配区域的皮肤。
- (4)皮疹为红斑上簇集性粟粒至绿豆大小水疱,疱液常澄清。
- (5)皮疹常单侧分布,一般不超过躯体中线。

2.1.1 中医诊断标准

根据《循证针灸临床实践指南带状疱疹(修订版)^[156]》(ZJ/T E001-2014)中诊断标准拟定。

诊断依据:

- (1)红斑基础上簇集成群的水疱,累累如串珠,周围绕以红晕,排列如带状,聚集一处或数处,疱群之间的皮肤正常;
- (2)皮损好发于一侧胸胁、腰部或头面部,一般不超过正中线;
- (3)皮疹出现前,常先有皮肤刺痛或灼热感,可伴有周身轻度不适、发热;
- (4)自觉疼痛明显,可有难以忍受的剧痛。

2.2.3 纳入标准

- (1)符合上述中、西医诊断标准者；
- (2)年龄在 18-80 岁；
- (3)发病 7 天内，未经抗病毒和止痛治疗患者；
- (4)同意接受针灸、放血治疗者。

2.2.4 排除标准

- (1)带状疱疹特殊类型者，包括眼、耳带状疱疹、内脏带状疱疹、脑膜带状疱疹、泛发性带状疱疹、无疹型带状疱疹；
- (2)孕期、哺乳期妇女；
- (3)并发有严重心、脑血管疾病、肝、肾造血系统等原发性疾病或全身衰竭者，糖尿病、血友病、有出血倾向患者及严重精神疾患者；
- (4)不能配合治疗者。

2.2.5 脱落标准

- (1)治疗期间纳入研究者因各种因素，自行退出或未能完成整个疗程而影响疗效判断者；
- (2)治疗期间出现皮肤感染等严重不良反应者；
- (3)治疗期间因妊娠不宜继续接受治疗者；
- (4)治疗期间病情加重或伴发其他疾病者；
- (5)依从性差者。

3 研究方法

3.1 选穴处方

主穴：心俞、膈俞、肾俞+相应神经节段夹脊穴（如：位于上肢部位者取 C2-C6 部位夹脊穴，下肢者取 L1-L4 部位夹脊穴）、局部取穴。

配穴：肝胆火盛：行间、侠溪；脾胃湿热：内庭、阴陵泉；瘀血阻络：血海、三阴交。

3.2 操作方法

嘱患者侧卧位，充分暴露背部及局部皮损处。以 75%的酒精常规消毒医者双手和患者的穴位，选用 9 号一次性注射器针头点刺单侧心俞、膈俞刺络放血拔罐，并以贵州安迪牌一次性针灸针，规格为 0.25×40mm 的毫针，针刺对侧心俞、膈俞，双侧肾俞、相应夹脊穴及局部皮损部位，心俞、膈俞，双侧肾俞及夹脊穴针刺针尖向脊柱方向斜刺，防止刺伤内脏，局部皮损部位针刺沿着皮损带针尖朝脊柱方向平刺。诸穴均采用平补平

泻，得气后留针，红光照射背部。每次留罐 10 分钟，放血 5-10ml，双侧心俞、膈俞交替拔罐放血，留针 20min，每周治疗 3 次，连续治疗 4 周。12 次为 1 疗程。

4 观察指标

- (1)疼痛数字评分法 (NRS)。
- (2)皮损临床表现观察表。

5 疗效评定标准

依据疼痛数字评分法 (NRS) 的变化判断临床疗效。按照尼莫地平法计算评分减少率，NRS 评分减少率 = $(\text{疗前评分} - \text{疗后评分}) / \text{疗前评分} \times 100\%$ 。

- (1)临床治愈：评分减少 $\geq 75\%$ ；
- (2)显效：评分减少 50%~75%；
- (3)有效：评分减少 30%~49%；
- (4)无效：评分减少 $< 30\%$

6 统计学方法

所有数据均采用 SPSS20.0 统计软件进行分析。所有统计量经正态性检验，且计量资料用 $\bar{x} \pm S$ 表示，符合正态分布采用 t 检验，不符合正态分布采用非参数检验，计数资料采用卡方检验或非参数检验，给出检验统计量及其对应的 p 值，以 $p < 0.05$ 或 $p < 0.01$ 为有统计学意义。

7 研究结果

7.1 一般资料

7.1.1 患者性别构成

本研究纳入符合条件患者 22 例。其中男性 4 例，占 18.18%，女性 18 例，占 81.82%。

表 1 性别构成表 (例, %)

	男	女	合计
频率	4	18	22
百分比	18.18	81.82	100.00

从表 1 可看出，在性别分布看来，前来治疗的带状疱疹患者中女性患者明显多于男性患者。

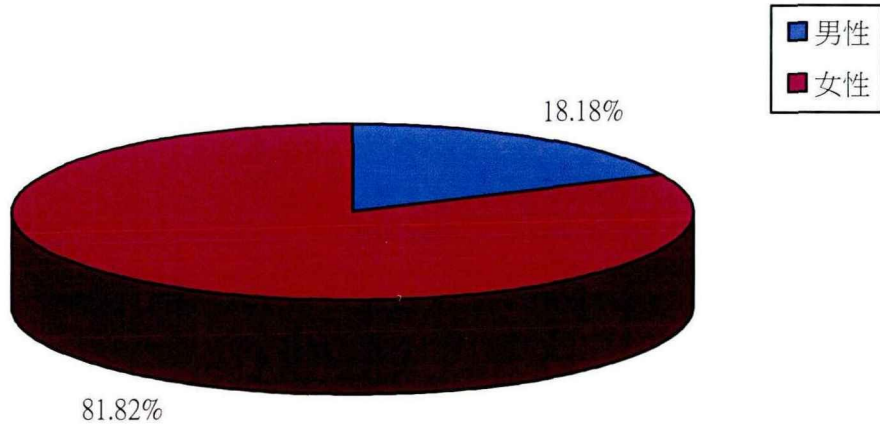


图1 性别构成

7.1.2 患者年龄构成

纳入患者中年龄最大 80 岁，最小 31 岁，平均 58.09 ± 14.63 岁。根据 WHO 年龄划分：18-44 岁为青年；45-59 岁为中年；60 岁以上为老年，将纳入的患者进行年龄分层。

表2 年龄构成表（例，%）

	青年(18-44)	中年(45-59)	老年(60以上)	合计
频率	4	6	12	22
百分比	18.18	27.27	54.55	100.00

从表2可看出前来就诊的带状疱疹患者中，年龄多集中在老年人口，占有患者中的 54.55%。

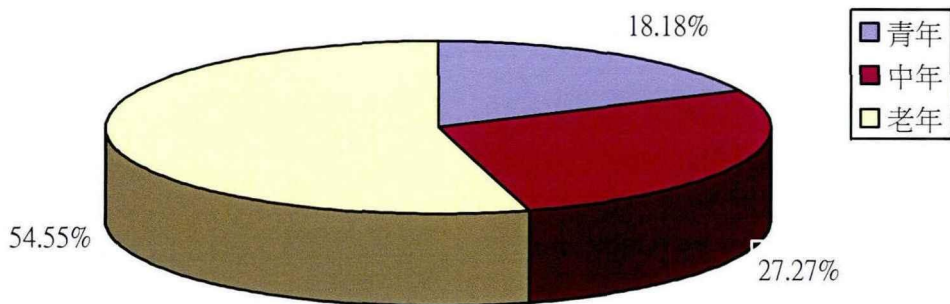


图2 年龄构成图

7.1.3 发病诱因

带状疱疹的发病可因某些诱因引发、造成带状疱疹的发生，因此对纳入的带状疱疹发病诱因进行数据统计，具体见下表。

表3 发病诱因（例，%）

	劳累	情绪波动	感冒	无	合计
频率	6	4	2	10	22
百分比	27.27	18.18	9.09	45.45	100.00

从表3可见前来就诊的患者可因劳累、情绪波动、感冒而发病，但多数患者无明显诱因，占总数的15.45%。

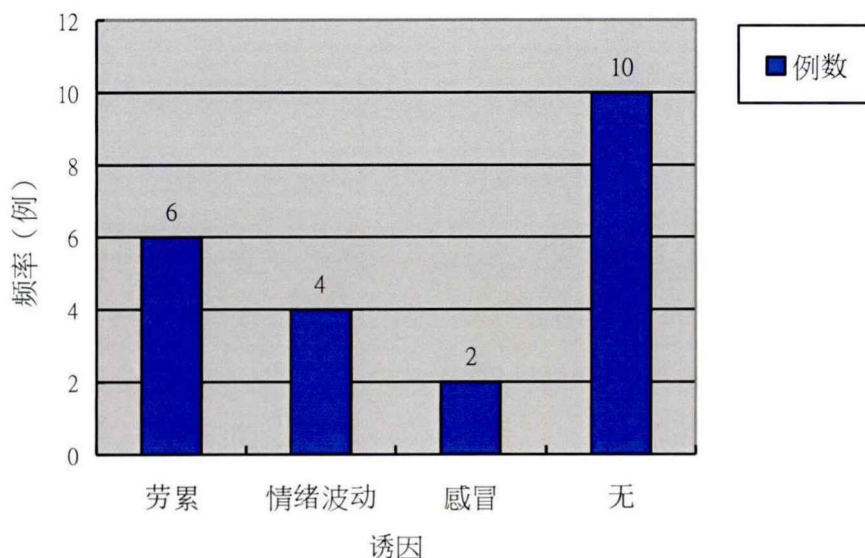


图3 发病诱因图

7.2 症状体征

7.2.1 发病部位

带状疱疹的发生多因水痘-带状疱疹病毒潜伏于神经根处，因免疫力低下或其他原因而发病，常见的发病部位有头面部、胸背、腰腹、上下肢等，对此将纳入的患者进行皮损部位的归类，具体见表4、图4。

表4 发病部位表（例，%）

	头面	胸背	腰腹	上肢	骶尾会阴	合计
频率	6	8	5	2	1	22
百分比	27.27	36.36	22.73	9.09	4.55	100.00

根据上表，前来就诊的带状疱疹患者中，最常见的发病部位为胸背部，占总数的36.36%。

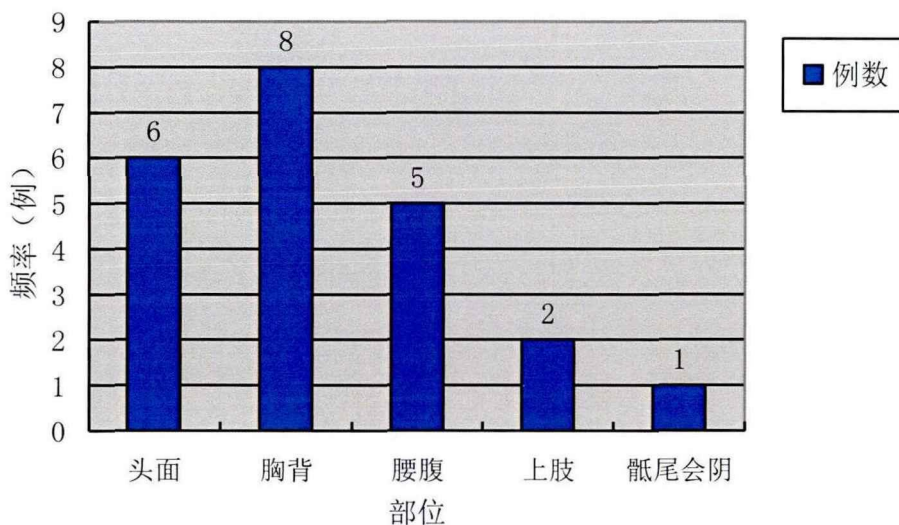


图4 发病部位图

7.2.2 疼痛性质

本病由于带状疱疹病毒侵犯神经而造成局部疼痛，疼痛类型多种多样，针对患者疼痛性质进行分类统计，具体见表5、图5。

表5 疼痛性质表（例，%）

	烧灼	刺痛	胀痛	电击痛	牵扯痛	刀割痛	合计
频率	2	2	1	7	8	2	22
百分比	9.09	9.09	4.55	31.82	36.36	9.09	100.00

上表可见，电击痛及牵扯痛为前来就诊患者的主要疼痛表现，分别占总数的31.82%、36.36%，也是带状疱疹病毒侵犯神经的最典型表现。

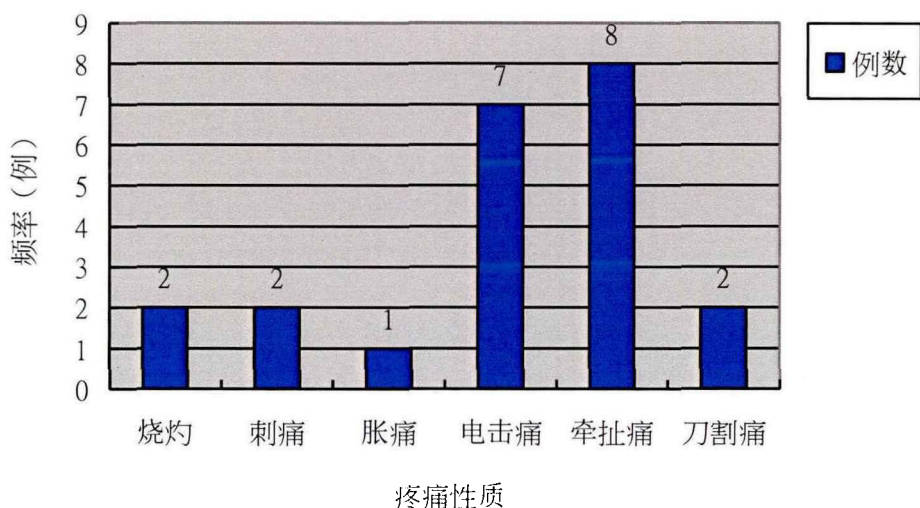


图5 疼痛性质图

7.3 NRS 疼痛指数变化

对患者针刺治疗后的 NRS 评分进行统计，观察治疗后疼痛趋势的变化，数值以 $\bar{x} \pm S$ 表示，具体数值见表 6。

表 6 治疗前后 NRS 总分（例， $\bar{x} \pm S$ ）

治疗时间	例数	NRS 评分
治疗前	22	5.73±1.96
3 天	22	4.41±2.20 ^{△△}
1 周	22	2.95±1.53 ^{△△}
2 周	22	1.82±1.44 ^{△△}
3 周	22	0.73±1.16 ^{△△}
4 周	22	0.36±0.90 ^{△△}

注：各治疗周期与治疗前相比较，^{△△}p<0.001，具有极显著差异。

NRS 评分治疗前平均 5.73±1.96 分；治疗后 3 天平均 4.41±2.20 分；治疗后 1 周平均 2.95±1.53 分；治疗后 2 周平均 1.82±1.44 分；治疗后 3 周平均 0.73±1.16 分。治疗前分别与 3 天、1 周、2 周、3 周、4 周相比较，NRS 评分均显著降低，差异有统计学意义（p<0.05）。

7.4 NRS 评分组间比较

为了解各治疗周期 NRS 评分变化差异，比较各治疗周期疗效优势，对各治疗周期的 NRS 评分进行统计分析。各治疗周期之 NRS 分数对比后显示各治疗周期之间有统计学差异（p<0.05），进一步对个疗程间进行两两比较。

表 7 各治疗周期间 NRS 值比较

组别	t'	p	均值差
治疗前比 3 天 (n=22)	-3.02	0.003	1.32
3 天比 1 周 (n=22)	-3.38	0.001	1.46
1 周比 2 周 (n=22)	-3.92	0.000	1.14
2 周比 3 周 (n=22)	-3.62	0.000	1.09
3 周比 4 周 (n=22)	-2.83	0.005	0.36

治疗前比 3 天、3 天比 1 周、1 周比 2 周、2 周比 3 周、3 周比 4 周之间均具有统计学差异（P<0.01），且 3 天与 1 周之间差异较大。

7.5 NRS 评分变化趋势

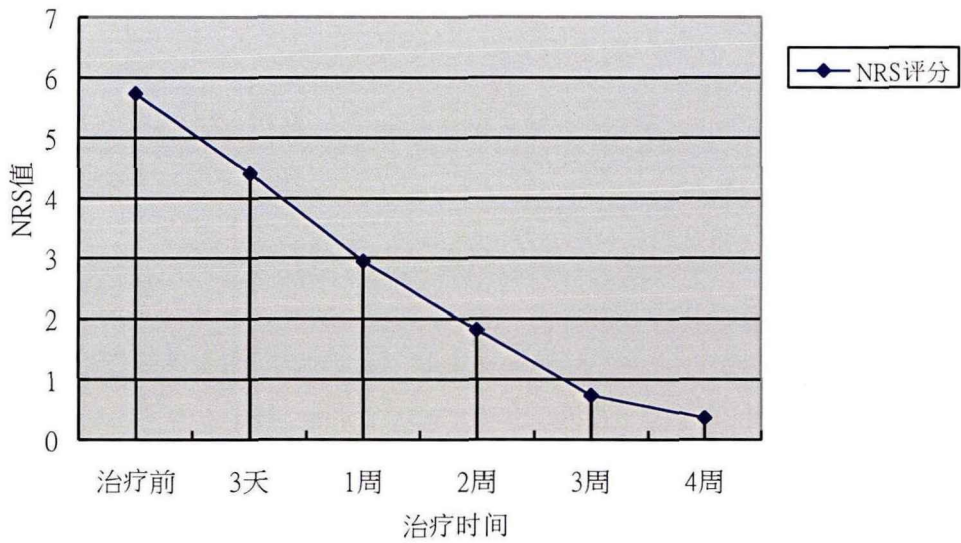


图6 NRS总分变化趋势图

图6曲线提示，随着治疗时间的增加，疼痛程度逐渐下降，至第3周、第4周曲线坡度渐趋平缓。

7.6 皮损变化

根据就诊患者从发病后的皮损变化进行统计，观察止疱时间、结痂时间、50%皮损结痂时间、脱痂时间，得出下表。

表8 皮损变化（天数，例）

皮损变化	$\bar{x} \pm S$	总例数
止疱时间	3.73 ± 1.86	22
结痂时间	6.27 ± 2.55	22
50%皮损结痂时间	10.64 ± 2.24	22
脱痂时间	16.64 ± 2.94	22

根据表8所示，从皮损开始出现后止疱时间平均需要 3.73 ± 1.86 天，结痂时间需要 6.27 ± 2.55 天，50%皮损结痂需要 10.64 ± 2.24 天，脱痂需耗费 16.64 ± 2.94 天。

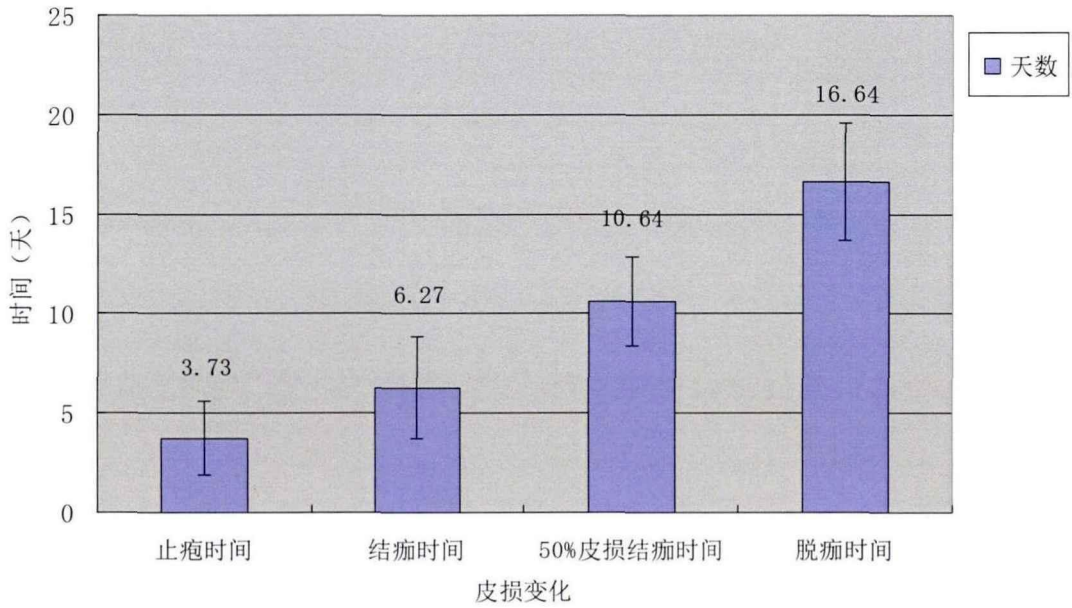


图7 皮损变化时间 (天)

7.7 年龄与疼痛相关性

7.7.1 年龄与疼痛程度

考虑带状疱疹患者多数为老年人群及免疫力低下者,对其疼痛程度与年龄进行相关性分析,统计入组患者治疗前NRS值,根据记录的数值分为无痛(0分)、轻度痛(1-3分)、中度痛(4-6分)、重度痛(7-10分)四级,研究疼痛程度与年龄之间是否存在相关性。

表9 年龄与疼痛程度(例)

	轻度痛 (1-3分)	中度痛 (4-6分)	重度痛 (7-10分)	合计
青年	2	2	0	4
中年	0	4	2	6
老年	0	8	4	12
合计	2	14	6	22

注: $\chi^2 = 10.48, P = 0.03 < 0.05$ 。

根据上表,青年人群中轻度疼痛占2例,中度疼痛占2例,重度疼痛占0例;中年人群中,轻度疼痛占0例,中度疼痛占4例,重度疼痛占2例;老年人群中,轻度疼痛占0例,中度疼痛占8例,重度疼痛占4例。分析两者之间的相关性,经相关分析得出,年龄与疼痛程度之间的Pearson相关程度为0.25, $P = 0.27 > 0.05$,两者之间不存在相关性。

7.7.2 年龄与疼痛性质

统计入组患者疼痛类型以及其所在的年龄分层,将患者年龄分为青年、中年、老年,统计相应出现的疼痛类型进行分析。

表 10 年龄与疼痛性质 (例)

	烧灼	刺痛	胀痛	电击痛	牵扯痛	刀割痛	合计
青年	0	0	1	1	2	0	4
年龄 中年	0	0	0	4	0	2	6
老年	2	2	0	2	6	0	12
合计	2	2	1	7	8	2	22

注: $\chi^2=19.38, P=0.04<0.05$ 。

由上表可见青年人群中疼痛性质呈现胀痛者占1例, 电击痛占1例, 牵扯痛占2例; 中年人群中, 电击痛者4例, 刀割痛者占2例; 老年人群中, 烧灼痛占2例, 刺痛者占2例, 电击痛者有2例, 牵扯痛占6例。年龄与疼痛性质之间不具有可比性。

7.8 诱因与疼痛关系

7.8.1 诱因与疼痛程度

根据纳入患者的发病诱因及疼痛症状分析两者之间是否存在相应的关系。

表 11 诱因与疼痛程度 (例)

	轻度痛 (1-3分)	中度痛 (4-6分)	重度痛 (7-10分)	合计
诱因 劳累	2	4	0	6
情绪波动	0	4	0	4
感冒	0	0	2	2
无	0	6	4	10
合计	2	14	6	22

注: $\chi^2=14.67, P=0.02<0.05$ 。

表11显示, 因劳累诱因发病者, 轻度疼痛2例, 中度疼痛4例, 重度疼痛0例; 情绪波动为诱因发病者, 轻度疼痛0例, 中度疼痛4例, 重度疼痛0例; 感冒引发者, 轻度疼痛0例, 中度疼痛0例, 重度疼痛2例; 无诱因者, 轻度疼痛0例, 中度疼痛6例, 重度疼痛4例。总体而言有诱因者有12人, 其中轻度疼痛2例, 中度疼痛8例, 重度疼痛2例。两者之间不具有可比性。

7.8.2 诱因与疼痛类型

统计入组患者发病诱因及疼痛类型, 统计、分析两者之间的联系。

表 12 诱因与疼痛性质 (例)

	烧灼痛	刺痛	胀痛	电击痛	牵扯痛	刀割痛	合计
诱因 劳累	0	0	1	1	4	0	6
情绪波动	0	2	0	0	2	0	4
感冒	2	0	0	0	0	0	2
无	0	0	0	6	2	2	10
合计	2	2	1	7	8	2	22

注： $\chi^2=42.09$, $P=0.00<0.05$ 。

从上表得知，有明显发病诱因的患者当中：劳累者，胀痛1例，电击痛1例，牵扯痛4例；情绪波动者中，刺痛2例，牵扯痛2例；感冒引起的患者中，烧灼痛2例。无明显诱因的患者中，电击痛者有6例，牵扯痛者2例，刀割痛占2例。两者之间不具有可比性。

7.9 整体疗效

透过观察疼痛量表（NRS）值治疗前后的变化，以尼莫地平法计算整体疗效，具体见下表。

表 13 整体疗效分析（例，%）

治疗时间	总例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
3天	22	1 (4.55)	3 (13.64)	6 (27.27)	12 (54.55)	10 (45.45)
1周	22	3 (13.64)	11 (50.00)	6 (27.27)	2 (9.09)	20 (90.91)
2周	22	10 (45.45)	8 (36.37)	4 (18.18)	0 (0.00)	22 (100.00)
3周	22	20 (90.91)	2 (9.09)	0 (0.00)	0 (0.00)	22 (100.00)
4周	22	20 (90.91)	2 (9.09)	0 (0.00)	0 (0.00)	22 (100.00)

表 13 示，与治疗前相比，治疗后 3 天总有效率达到 45.45%，治疗后 1 周总有效率达到 90.91%，治疗后 3 周总有效率达到 100%。

8 讨论

8.1 结果分析

8.1.1 NRS 疼痛量表结果分析

随着治疗时间的增加，NRS 疼痛值逐渐下降，且相较于治疗前，治疗 3 天、1 周、2 周、3 周、4 周之 NRS 总分均明显下降 ($p<0.001$)，说明针刺治疗带状疱疹止痛具有较好的疗效。进一步比较各疗程之间 NRS 总分差异，治疗前对比 3 天，均值差为 1.32 ($P=0.003<0.01$)；3 天对比 1 周，均值差为 1.46 ($P=0.001<0.01$)；1 周对比 2 周，均值差为 1.14 ($P=0.000<0.01$)；2 周对比 3 周，均值差为 1.09 ($P=0.000<0.01$)；3 周对比 4 周均值差为 0.36 ($P=0.005<0.01$)，表示治疗前与 3 天、3 天与 1 周、1 周与 2 周、2 周与 3 周、3 周与 4 周之间疗效变化明显，具有极显著统计学差异 ($P<0.01$)，且 3 天与 1 周之间相比较均值差较大 (1.46)，表示在连续治疗 1 周后疼痛症状最能得到明显的缓解。

8.1.2 皮损变化结果分析

从患者发病出现皮疹的时间开始记录，观察患者整个病程中皮损恢复的时间，观察的主要节点为止疱时间、结痂时间、50%皮损结痂时间、脱痂时间。根据统计可知，22

例患者中平均所需止疱时间为 3.73 ± 1.86 天，结痂时间为 6.27 ± 2.55 天，50%皮损结痂时间为 10.64 ± 2.24 天，脱痂时间为 16.64 ± 2.94 天。可知患者从皮损开始出现到皮损消退、脱痂大约需要耗时2周多。

8.1.3 年龄与疼痛结果分析

多方研究表明本病在老年人群中发病率较高，且本病造成最主要且最痛苦的临床症状为疼痛。透过本次研究，统计纳入患者中年龄与疼痛程度及疼痛性质的关系发现，在青年人群中疼痛多见轻中度疼痛，中老年人则以中重度疼痛占多数，对此分析疼痛程度与年龄之间的相关性，得出两者之间不存在相关性。分析年龄与疼痛性质之间的关系得到，青年人群中疼痛性质以牵扯痛占多数；中年人群中，以电击痛表现者为多；老年人群中，主要也表现为牵扯痛，但年龄与疼痛性质之间不存在可比相关性。

8.1.4 诱因与疼痛结果分析

本病的易感人群除了老年人群，免疫功能较弱者也被认为发病率较高，对此，将纳入患者的发病诱因与临床疼痛症状之间做进一步的探讨，结果发现，诱因与疼痛程度之间因劳累诱因发病者，轻度疼痛2例，中度疼痛4例；情绪波动为诱因发病者，中度疼痛4例；感冒引发者，重度疼痛2例；无诱因者，中度疼痛6例，重度疼痛4例。总体而言有明显诱因而患病者有12人，其中轻度疼痛2例，中度疼痛8例，重度疼痛2例；而无明显诱因发病者则有10例。从诱因与疼痛性质两者关系统计，有明显发病诱因者：劳累为诱因者以牵扯痛占多数；情绪波动为诱因者，表现为刺痛和牵扯痛；感冒引起的患者中表现为烧灼痛。无明显诱因的患者中以电击痛表现为多数。但诱因与疼痛程度及疼痛性质之间不具有可比相关性。

8.1.3 临床疗效分析

治疗3天：治愈1人，显效3人，有效6人，无效12人；治疗1周：治愈3人，显效11人，有效6人，无效2人；治疗2周：治愈10人，显效8人，有效4人，无效0人；治疗3周：治愈20人，显效2人，有效0人，无效0人；治疗4周：治愈20人，显效2人，有效0人，无效0人。

从以上统计数据显示，超过半数的患者在治疗1周后疼痛明显改善，显效人数明显增加，总有效率占90.91%，在治疗2周后所有患者疼痛均明显缓解，总有效率达到100.00%。可见针刺治疗急性期带状疱疹疼痛有明显疗效，且在治疗干预初期就能达到良好的止痛效果。

8.2 病因病机的认识

从以往研究文献可知，带状疱疹的发生可与年龄及外在诱因有关，在以上研究基础上，本人在本次研究中对年龄及诱因进行观察，分析其与本病之病因病机之联系。

从统计结果可见，患者年龄与疼痛程度之间并不存在相关性，换言之，即患者并不因年龄的长幼出现相应的疼痛程度或轻或重，也就是说并不会因为患者的年龄较长而疼痛程度表现较重。

由发病诱因与疼痛程度之间联系可知，其中有明显诱因无论本病的发生有无诱因，都能造成多数患者出现中重度的疼痛症状。

从蛇串疮发病之病因病机而言，病因多由外感、内伤、伏邪为主，病机则是由邪气不得正途而出郁于肌表或正气虚弱不能祛邪外出，而发为疹疮。结合本研究统计分析结果而论，疼痛的程度不与年龄长幼相关，不论年龄的长幼，多数患者疼痛程度都能达到中度以上疼痛。本研究纳入患者多为中老年人群，年老体虚，气血不畅，从病机而言，邪气流于肌表，经气不通，不通则痛，可知造成疼痛程度的轻重的主要因素应与邪气强弱较为密切，而正气虚弱则是作为影响患者发病及疾病恢复的重要因素之一。故治疗应祛邪与扶正兼具。

从本研究纳入患者中得知，常见的发病诱因有劳累、情绪波动、感冒，《素问·举痛论》：“百病生于气也，怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下……惊则气乱，劳则气耗，思则气结。”机体经气周而复始，环循周身，升降出入，使脏腑机能正常运作，抵抗外来病邪的侵犯，若受外在诱因影响使机体气机紊乱，病邪有可乘之机，侵犯机体而发为病；纳入患者中亦有一部分无明显诱因而患病者，但无论有无诱因，都能造成患者中重度的疼痛症状。

8.2.1 风邪致病

中医认为，带状疱疹的发病机理是由于机体正气虚弱，湿热之邪侵犯肌表而发为疹疮，肌表气机受邪阻滞，气血精气不通，不通则痛，湿热之邪淤滞肌表，疼痛剧烈，加之患者年老体虚，正气不足，恢复情况较差。《疮疡验全书·火腰带毒》“火腰带毒，受在心肝二经，热毒伤心流于膀胱不行，留在皮肤，此是风毒也。”《外科正宗·火丹》“火丹者，心火妄动，三焦风热乘之，故发于肌肤之表”从古代文献资料可知，对于本病发生亦可由于外感风热毒邪，热毒之邪侵犯心肝二经，流于膀胱不行而壅于肌肤，或因外感热毒之邪，阻于经络，气血凝滞，而形成束带状的疱疹。从本研究的统计结果而论，本研究纳入的患者中 45.45% 的患者不具有明显的发病诱因，符合风邪致病特点：“风性善行而数变”、“风为百病之长”，发病于无形，且发展迅速，《素问·刺法论》说：“正

气存内，邪不可干”，《素问·评热病论》中也提出：“邪之所凑，其气必虚”皆能体现风邪致病的特点及致病条件。

分析患者疼痛性质，从纳入的患者疼痛表现有电击痛、牵扯痛、烧灼痛、刺痛、刀割痛、胀痛，其中电击痛及牵扯痛占多数，其次则是烧灼痛、刺痛、刀割痛并列，再者为胀痛。从中医角度分析疼痛类型，烧灼痛者属于热，为热毒邪气蕴于经脉，或五志化火，热邪郁结不散，致气血壅滞，发而为痛；刺痛、刀割痛一般疼痛剧烈，痛点固定不移，为血瘀，因虚或因实致瘀，皆由于有形之邪阻滞，导致局部气机郁滞，形成固定痛点；胀痛，指疼痛伴有胀感，一般为气机阻滞不通、运行不畅所致的疼痛表现。从本研究纳入患者疼痛性质统计可见，电击痛、牵扯痛占大多数，电击痛相当于中医的“窜痛”，痛点游走不定或走窜作痛的症状表现^[157]；牵扯痛，相当于中医说的“挚痛”，“挚，拽也。”两者性质均表现为走窜、痛点不固定，《素问·阴阳应象大论》：“风胜则动”，《素问·风论》：“风者，善行而数变。”从症状表现可知，此两类疼痛类型皆有风邪致病的发病特点，虽然本病致病病邪多数认为以湿、热、毒、瘀为主，但从本病的发病部位及疼痛特点来看，不难看出风邪与本病的关联。

8.2.2 治疗法则

从病因辨证，本病发病病因有外因、内因及伏邪致病的分别，湿、热、毒、瘀为致本病发病之病邪，故在治疗时应着重于从这几个方面论治。

带状疱疹患者临床表现以疼痛为主，疼痛剧烈，痛无定处，夜间尤甚，影响睡眠，虽然可根据临床症状的不同、疼痛类型的不同，而有不同的证型，治疗上可因肝胆郁热、脾胃湿热、瘀血阻络的不同，有不同的治法，但总归患者皆由疼痛前来就诊，故治疗时当着重以解决患者疼痛为主要目标，其次帮助加速病情向愈。

治疗时因为证型的不同，亦有不同的着重治法。根据所受邪气的不同及发病部位相结合，肝胆郁热者，临床症状疱疹多发于肋肋部，症状多烦躁易怒，口苦咽干，大便干结，小便短赤，疱疹疹色鲜红，治宜清热凉血，解毒止痛；脾胃湿热者，多乏力困倦，口不渴，纳差腹胀，大便溏，皮损多见疹色淡红，疱液浑浊，治疗宜健脾清热，利湿止痛；瘀血阻络者，表现为疼痛呈刺痛，痛点固定，疼痛难忍，夜寐不宁，夜间疼痛更甚，疹色暗红，“菟陈则除之”治疗当以活血化瘀，通络止痛为要。

从病因病性而言，疱疹的发生在古书中有言，“火腰带毒……留在皮肤，此为风毒”、“火丹者……三焦风热乘之”由此在治疗带状疱疹时除了从湿热角度考量，亦可从风邪考虑。本研究透过在心俞、膈俞两处刺络拔罐使邪从正途而去，刺络拔罐不仅能使热毒

之邪随血而泄，更能去瘀生新，“去菟陈莖”，同时从风邪致病机理来论，风邪侵袭肌表，邪在表，通过肌表刺络拔罐使郁于肌表之邪随血而去，“血行风自灭”，活血祛风，凉血散血，有效改善患者肌表疼痛症状。再者，施治穴位选用心俞、膈俞，更是体现“治风先治血”的概念，通过上两穴的配伍应用，达到活血化瘀，清热凉血，祛邪止痛，化瘀生新之效。

西医认为由于本病的发生与机体免疫力低下或年老体衰有不可分割的关系，在治疗本病止痛镇痛的同时也应考虑患者本身体格强弱的因素，正如《内经》：“邪之所凑，其气必虚”治疗的同时除了祛邪更应考虑扶正。从六经辨证考虑，“冬伤于寒，春必病温”寒邪入于少阴，未及时发病，藏而为伏邪，春季少阳之气升发，阳气触动伏邪而发病，符合太阳温病范畴，故治疗时应从太阳经着手。从病位角度考虑，病邪流于太阳膀胱经，邪气阻滞于经脉，经气不行，邪发于肌表而成疹，治疗上常选用夹脊穴、背俞穴、局部选穴为主，背俞穴为脏腑精气汇聚之处，亦为膀胱经经气聚集之处，除了能调控膀胱经气，亦具有补益脏腑之效，达到扶正祛邪，使邪去而不伤正，才能标本兼顾，方能不失中医整体观念，辨证论治之大方。

8.3 选穴依据及刺法探讨

心俞

心俞属足太阳膀胱经，位于人体背部，第5胸椎棘突下，后正中线旁开1.5寸，为膀胱经第1侧线上之腧穴。为心气输注之处，具有疏通心络、养心安神、调理气血之功。

《素问·六节藏象论》：“心者，生之本，神之变也……其充在血脉，为阳中之太阳。”心在五行属火，《素问》：“诸痛痒疮，皆属于心者，盖因心属火，故火盛则疮痛，火微则疮痒，皆属之于心”故针刺心俞能起到泻火邪、止痛的作用。又“心主血”，在《素问·宣明五气篇》中提出“心藏神”，《素问·八正神明论》：“血气者，人之神”，由此可得，治疗心系所主之疾病应从治血入手，又因背俞穴为反应脏腑精气的部位，又能治疗相应脏腑疾病，故针刺心俞穴能达到清心火、调气血、通络安神之效。

膈俞

膈俞同属足太阳膀胱经，位于背部，第7胸椎棘突下，后正中线旁开1.5寸，为膀胱经第1侧线上之腧穴。又为八会穴之血会，具有宽胸利膈、调节气血、活血化瘀作用。

滑伯仁：“膈俞是太阳脉气所发也，太阳多血，又血乃水之象。”陈修源：“诸经之血，皆从膈膜上下，又心主血，肝藏血，心位于膈上。肝位膈下，交通于膈膜，故血会于膈俞也。”《循经考穴编》记载：“膈俞主诸血症妄行”。《类经图翼》载：“痲痹五积气血块，

诸血病者,如吐血衄血不已,虚损昏晕,血热妄行,心肺二经呕血,藏毒便血不止。”带状疱疹为邪热入营血分之表现,本穴长于治疗血证,有活血化瘀、通络止痛、养血止血的作用,又有研究得出针刺膈俞能改善局部微循环。

肾俞

肾俞属足太阳膀胱经,位于人体背部,位于第2腰椎棘突下,后正中线旁开1.5寸,为膀胱经第1侧线上之腧穴。肾为先天之本,《扁鹊心书》:“肾俞二穴,凡一切大病于此灸二三百壮,盖肾为一身之根蒂,先天之真源”,《针灸大成》曰:“主虚劳羸瘦”,《类证治裁》:“肾为气之根”,又知肾为阴阳之根,肾俞穴为肾之精气汇聚于体表的腧穴,可见透过针刺肾俞穴能达到益气补虚、固本培元、调节阴阳之功效,对年老体虚的患者而言,调补肾俞穴能益气补虚,平衡阴阳,起到增强机体正气的作用,扶正以利祛邪外出,加强疾病的恢复。

夹脊穴

夹脊穴位于后正中线旁开0.5寸,位于督脉与膀胱经之间,具有振奋人体正气、提正阳气、活血通络之效。因其十分邻近脊神经后根,现代医学认为,带状疱疹的发生是由于水痘-带状疱疹病毒侵犯并潜伏在神经后根、神经节的神经细胞,使受侵犯的神经节发生炎症反应,产生神经痛。根据针刺麻醉原理,选择相应脊神经节段附近皮损区的局部穴位,使神经痛觉纤维的传导发生阻滞,提高痛域,使针刺刺激直达病所。“气盛则泻之,虚则补之”,通过针刺相关俞穴,起到激发脏腑精气、活血化瘀、疏通经络的功效,故在此施治。

局部取穴

局部依照皮损分布区域施针,依据“以痛为腧”为原则选区相应穴位,针刺时沿着分布区针尖向脊柱方向沿皮平刺。由于本病病位在皮肤肌表,故针刺选用沿皮平刺,起到疏利皮表经气、加强局部活血通络之效。另外,《灵枢·九针十二原》:“刺之要,气至而有效”,故针刺方向朝向脊柱方向,使经气沿着针刺方向达到病变部位。从西医病位及神经分布方面分析,皮损分布区域即神经分布支配区,故局部针刺能刺激周围神经,减轻局部炎性反应,起到消炎止痛作用。

配穴:肝胆郁热:行间、侠溪;脾胃湿热:内庭、阴陵泉;瘀血阻络:血海、三阴交。

疱疹发于肋肋部者,依经络循行部位,循经所过主治所及,可知多病在肝胆经,取肝经行间、胆经侠溪,清肝胆经之热邪;本病从病邪所论多为湿热之邪致病,机体中脾胃为运化之本,脾为失于健运则水湿不运,久则湿聚成痰,郁而化热,形成病邪之本,

取穴选用胃经之内庭、脾经之阴陵泉，清利脾胃湿热；久病或年老体弱者，多因气血虚弱，因虚致瘀，脾主统血，血脉不容、不畅，取脾经之血海、三阴交活血化瘀通络。

8.4 展望与不足

由于时间及精力的限制，本研究纳入的样本量过少，试验结果缺乏说服力，本研究采用的NRS疼痛量表虽为国际上所通用，但数据记录受患者主观意识影响较大，缺乏客观依据；对患者皮损观察的自拟量表中，观察的内容仅限于皮损的开始与恢复、痊愈情况，缺乏皮损范围及形态的全面记录，对总体治疗观察上缺乏整体性。

在今后的研究中，应扩大纳入的样本量，进一步完善病例观察表，并增加客观记录指标，对症状、体征及疗效做出评价，由于本试验的干预手段为针刺治疗及刺络放血疗法，应在未来研究中增加中医证型对纳入患者进行分类。

9 结论

9.1 针刺加刺络拔罐能快速、有效改善带状疱疹急性期疼痛；NRS值随着针刺治疗次数的增加，呈现降低趋势；且连续治疗1周后疼痛缓解最明显。

9.2 患者年龄与疼痛程度之间不具相关性；年龄与疼痛性质、诱因与疼痛程度及性质之间不具有可比性。

9.3 从皮损开始出现后，止疱时间平均需要 3.73 ± 1.86 天，结痂时间需要 6.27 ± 2.55 天，50%皮损结痂需要 10.64 ± 2.24 天，脱痂需耗费 16.64 ± 2.94 天。

结语

带状疱疹在全球各地发病率较高，多出现在中老年人群中，疼痛明显，影响生活品质，甚至对患者睡眠及精神情绪造成影响，甚至部分患者出现后遗症神经痛，病程迁延不愈，疼痛不得缓解，进一步造成生活的不便，本研究治疗带状疱疹急性期患者，以针刺和刺络拔罐的治疗方法提早干预治疗，减轻患者疼痛上效果显著，尤其在治疗1周时疼痛减轻程度较为显著，随着疗程的延长，疼痛程度持续下降，明显改善患者临床症状，提示了早期以针刺配合刺络拔罐法治疗本病的重要。在今后的研究中应扩大样本量，设置对照组，并延长观察观察时间，对于治疗后疾病的预后展开更完整的研究，充分体现本研究的疗效。

参考文献

- [1] 李敏, 胡锦涛, 张帆. 中医对带状疱疹的认识[J]. 中国临床医生, 2011, 39(08): 13-14.
- [2] 郝平生. 中医辨治带状疱疹临床体会[J]. 河北中医, 2014, 36(09): 1326-1328.
- [3] 贾苑凝. 带状疱疹的中医临床研究及导师经验总结[D]. 北京中医药大学, 2010.
- [4] 蒋黎黎, 范勇, 胡振龙, 等. 中医治疗带状疱疹研究概况[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(08): 181-183.
- [5] 李双阳. 中西医结合治疗带状疱疹 63 例回顾性分析[D]. 山东中医药大学, 2012.
- [6] 侯文婕. 从伏邪论带状疱疹[D]. 成都中医药大学, 2010.
- [7] 张剑, 邓永琼, 杨茜, 等. 从伏邪学说探讨带状疱疹的发病及治疗[J]. 新中医, 2012, 44(03): 7-8.
- [8] 甄玉珍. 大青连翘汤治疗带状疱疹 23 例[J]. 山东中医杂志, 2008, 27(12): 824.
- [9] 曾奇生. 中药治疗带状疱疹 60 例[J]. 光明中医, 2013, 28(12): 2547-2548.
- [10] 任磊, 黄敏, 段行武. 段行武教授治疗带状疱疹经验[J]. 河北中医, 2011, 33(03): 327-328.
- [11] 潘朝明, 喻清和, 黄霖. 带状疱疹中医治疗 76 例报告[J]. 实用疼痛学杂志, 2005(03): 136-137.
- [12] 万和祥. 柴胡清肝汤加减治疗带状疱疹 82 例[J]. 四川中医, 1997(11): 43.
- [13] 曹波. 龙胆泻肝汤配合针灸治疗带状疱疹的临床研究[J]. 中国医药指南, 2018, 16(25): 174-175.
- [14] 邓婧靓. 香连金黄散治疗带状疱疹临床疗效观察[D]. 成都中医药大学, 2011.
- [15] 罗新南, 杨雪娇. 加味三黄汤治疗带状疱疹的疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(25): 4980-4981.
- [16] 袁顺保. 加味诸疮一扫光酊粉剂外治带状疱疹[J]. 四川中医, 2001(02): 56.
- [17] 廖林静. 中药外敷治疗带状疱疹 93 例疗效观察[J]. 贵州医药, 2010, 34(9): 832-834.
- [18] 王雅娟, 董西林, 陈琪, 等. 硝黄膏治疗带状疱疹的临床疗效观察[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2003(04): 67.

- [19] 赵连明. 金黄散外敷治疗带状疱疹 120 例[J]. 内蒙古中医药, 2007(04):39-40.
- [20] 邹波. 雄蜈散醋调涂治带状疱疹 186 例[J]. 中医外治杂志, 2007(01):11. (1):11-11.
- [21] 顾玉明, 王心亚. 自拟青黄散外治带状疱疹 78 例[J]. 四川中医, 2002(04):64.
- [22] 黄桂兴. 青柿汁外涂治疗带状疱疹[J]. 中医外治杂志, 2002(04):46.
- [23] 方华珍. 莲花清瘟胶囊配合青黛醋调外敷治疗带状疱疹 35 例临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2015, 15(02):38-39+60.
- [24] 樊秋玲. 针灸围刺治疗带状疱疹 56 例——附单用西药治疗 22 例对照[J]. 浙江中医杂志, 2004(10):37.
- [25] 杨达人. 针刺治疗带状疱疹 192 例[J]. 江苏中医, 1997(10):28.
- [26] 李素仁. 以夹脊穴为主治疗带状疱疹 30 例[J]. 四川中医, 2005(02):87-88.
- [27] 夏兆新. 围针法治疗带状疱疹 81 例[J]. 南京中医药大学学报(自然科学版), 2001(02):117.
- [28] 李亚荣. 以清肺法针刺大肠郁热型带状疱疹 21 例[J]. 针灸临床杂志, 2001(02):30.
- [29] 田永萍. 耳针配合体针治疗带状疱疹 45 例临床观察[A]. 中国针灸学会耳穴诊治专业委员会、北京中医药大学针灸学院. 第 12 届全国耳穴诊治学术研讨会论文汇编[C]. 中国针灸学会耳穴诊治专业委员会、北京中医药大学针灸学院:中国针灸学会, 2009:2.
- [30] 罗秀英, 陈金生, 卢振和. 针灸透天凉手法治疗急性带状疱疹的临床研究[J]. 中国中医急症, 2015, 24(09):1607-1610.
- [31] 冯凤坡, 赵春芳, 刘建存. 针刺治疗带状疱疹的临床观察[J]. 菏泽医学专科学校学报, 2016, 28(03):55-57+72.
- [32] 陆伟慧. 赞刺法治疗带状疱疹 34 例[J]. 中医药导报, 2011, 17(02):65.
- [33] 汤群, 李海英. 围针治疗带状疱疹 33 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2007(31):4589.
- [34] 刘芝红, 刘秀梅. 针刺治疗带状疱疹的疗效观察[J]. 中外医疗, 2010, 29(09):35.
- [35] 杨润莲, 王俊富, 李春娥. 皮肤针叩刺配合治疗带状疱疹的疗效观察[J]. 护理研究, 2005(10):902.
- [36] 付秀芹. 梅花针加拔火罐治疗带状疱疹 30 例[J]. 中国针灸, 1996(06):42.
- [37] 王慧, 周玉娇. 梅花针叩刺为主治疗带状疱疹 50 例[J]. 上海针灸杂志, 2002(03):27.
- [38] 张智力, 赵勇. 梅花针叩刺拔罐 TDP 神灯照射治疗带状疱疹 50 例[J]. 陕西中

医, 2008(01):82.

[39] 吴桂红. 放血拔罐为主治疗带状疱疹 63 例[J]. 针灸临床杂志, 2006(09):37.

[40] 李志权. 梅花针叩刺放血拔罐治疗急性期带状疱疹随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2018, 32(01):69-70.

[41] 张音, 李威, 蒋亚文. 针刺支沟、阳陵泉结合梅花针叩刺治疗带状疱疹 32 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2015, 47(10):56-57.

[42] 刘铭, 邵欣, 余曙光. 针灸治疗带状疱疹 65 例疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2006(05):16-17.

[43] 俞芳, 徐斯伟, 张为. 刺络扶正法治疗带状疱疹的临床观察[J]. 中西医结合学报, 2005(05):70-71.

[44] 聂汉云. 围刺和经穴泻刺法治疗带状疱疹 96 例[J]. 上海针灸杂志, 2005(06):11.

[45] 王爱萍. 刺络拔罐结合针灸治疗带状疱疹 40 例[J]. 中国社区医师, 2018, 34(03):82+84.

[46] 年云娜, 赵畅. 刺络拔罐配合针刺法治疗带状疱疹 52 例[J]. 光明中医, 2014, 29(05):1096-1097.

[47] 苟娟平. 排刺加刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛 30 例[J]. 现代中医药, 2015, 35(06):54-56.

[48] 陈体高, 闫毅, 许传勤, 等. 刺络拔罐配合中药治疗气滞血瘀型带状疱疹后遗神经痛的效果观察[J]. 中国当代医药, 2015, 22(01):125-126+131.

[49] 徐世芳. 火针点刺治疗带状疱疹 10 例[J]. 新疆中医药, 2008(02):35.

[50] 孙彩霞, 赵吉平. 火针为主治疗顿挫性带状疱疹 3 例[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2009, 16(01):32-33.

[51] 高艳红. 火针治疗带状疱疹 25 例[J]. 云南中医中药杂志, 2016, 37(01):53-54.

[52] 郭玉峰. 火针加拔罐治疗带状疱疹 40 例[J]. 中国民间疗法, 2005(04):19.

[53] 王文达, 成一星. 毫火针治疗急性期带状疱疹 40 例[J]. 浙江中医杂志, 2017, 52(12):907.

[54] 高珊, 毛红蓉. 火针罐治疗急性期带状疱疹[J]. 吉林中医药, 2016, 36(10):1065-1067.

[55] 李昕阳, 王晓筱. 火针治疗带状疱疹随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2014, 28(12):139-141.

- [56] 陈纯涛,陈明岭,唐定书,等.火针治疗带状疱疹 50 例临床观察[J].时珍国医国药,2007(08):1842-1843.
- [57] 樊玉华,滕小慧,赵文君.改良火针配合刺络拔罐治疗带状疱疹临床疗效观察[J].河北医学,2014,20(03):525-526.
- [58] 姜福琼,王晓琼,汪艳梅,等.毫火针配合红光治疗带状疱疹 29 例疗效观察[J].云南中医中药杂志,2015,36(11):51-53.
- [59] 朱润佳,吴闽枫,张惠芳,等.毫火针治疗带状疱疹(急性期)30 例临床疗效观察[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2016,15(02):99-102.
- [60] 张恩虎.艾灸治疗带状疱疹 30 例[J].南京中医药大学学报,2004(06):369-370.
- [61] 张敏,邱玲,张吉.围针加围灸治疗带状疱疹疗效观察[J].中国针灸,2007(02):123-125.
- [62] 竺炯,郭胜,赖永贤,等.麦粒灸治疗急性期带状疱疹 40 例疗效观察[J].上海针灸杂志,2003(04):10-11.
- [63] 莫晓枫,徐勇刚.麦粒灸治疗带状疱疹临床报道[J].针灸临床杂志,2004(02):45-46.
- [64] 左甲,黄蜀,高保娃,等.铺棉灸加针刺治疗带状疱疹 30 例疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2010,30(04):433-435.
- [65] 林凌峰,赖宏忠,吴仁定.灯芯围灸法治疗带状疱疹的疗效观察[J].中国针灸,2004,24(S1):26-27.
- [66] 杜艳,徐崑.传统外治法治疗早期带状疱疹 35 例临床观察[J].江苏中医药,2007(09):45-46.
- [67] 何广武,金贤为.天灸法治疗带状疱疹后遗神经痛 45 例疗效观察[J].上海针灸杂志,2006(11):26-27.
- [68] 黄丽强.针刺配合穴位注射治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察[J].上海针灸杂志,2012,31(02):110-111.
- [69] 朱俊平.电针加穴位注射治疗急性期带状疱疹 50 例[J].陕西中医,2009,30(06):717-718.
- [70] 王乐荣,张中会.针刺配合臭氧穴位注射治疗急性带状疱疹神经痛疗效观察[J].上海针灸杂志,2016,35(05):527-529.
- [71] 李娟红,李桂英,程斌.夹脊穴直刺配合臭氧穴位注射治疗急性带状疱疹神经痛疗

- 效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(04):371-374.
- [72] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 2版. 江苏:江苏科学技术出版社, 1990:254.
- [73] Gallagher WJ, Barrett Muir WY, Johnson R, et al. A study of shingles and the development of postherpetic neuralgia in East London. [J]. Journal of Medical Virology, 2003, 70(Suppl. 1):S24-30.
- [74] Gnann JW, Whitley RJ: Herpes zoster. N Engl. [J] Med 2002; 347:340-6.
- [75] Donahue JG, Choo PW, Manson JE, et al. The incidence of herpes zoster. Arch Intern Med 1995; 155: 1605-9.
- [76] Kimberlin DW, Whiteley RJ. Varicella-Zoster vaccine for the prevention of herpes zoster. N Engl. [J] Med 2007; 356: 1338-43.
- [77] Choo PW, Donahue JG, Manson JE, et al. The epidemiology of varicella and its complications. [J] Infect Dis 1995; 172: 706-12.
- [78] Kenneth Schmader. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia in Older Adults[J]. Clinics in Geriatric Medicine, 2007, 23(3).
- [79] Stankus S J, Dlugopolski M, Packer D. Management of herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia [J]. American Family Physician, 2000, 61(8).
- [80] Mounsey Anne L, Matthew Leah G, Slawson David C. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management [J]. American Family Physician, 2005, 72(6).
- [81] 徐文体, 王奇凡. 带状疱疹及带状疱疹后神经痛流行病学及经济负担研究进展[J]. 天津医药, 2018, 46(05):552-556.
- [82] Jumaan Aishao, Yu O, Jackson LA, et al. Incidence of herpes zoster, before and after varicella-vaccination-associated decreases in the incidence of varicella, 1992-2002 [J]. J Infect Dis, 2005, 191 (12): 2002-2007.
- [83] Donahue JG, Choo PW, Manson JE, et al. The incidence of herpes zoster [J]. Arch Intern Med, 1995, 155 (15): 1605-1609.
- [84] Mullooly JP, Riedlinger K, Chun C, et al. Incidence of herpes zoster, 1997-2002 [J]. Epidemiol Infect, 2005, 133 (2): 245-253.
- [85] Zhu Q, Zheng H, Qu H, et al. Epidemiology of herpes zoster among adults aged 50 and above in Guangdong, China [J]. Hum Vaccin Immunother, 2015, 11

- (8): 2113-2118. doi: 10.1080 / 21645515.2015.1016672.
- [86] Li Y, An Z, Yin D, et al. Disease burden due to herpes zoster among population aged ≥ 50 years old in China: a community based retrospective survey [J]. PLoS One, 2016, 11 (4): e152660.
- [87] Yawn BP, Wollan PC, Kurland MJ, et al. Herpes zoster recurrences more frequent than previously reported [J]. Mayo Clin Proc, 2011, 86(2):88-93.
- [88] Volpi A, Gatti A, Pica F. Frequency of herpes zoster recurrence [J]. Mayo Clin Proc, 2011, 86(6) : 586.
- [89] Schmader KE, Levin MJ, Gnann JJ, et al. Efficacy, safety, and tolerability of herpes zoster vaccine in persons aged 50 - 59 years [J]. Clin Infect Dis, 2012, 54 (7): 922-928. doi: 10.1093 / cid /cir970.
- [90] Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, et al. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults [J]. N Engl J Med, 2005, 352 (22): 2271-2284.
- [91] Smith JG, Keller PM, Levin MJ, et al. Decline in Varicella-Zoster Virus (VZV)-Specific Cell-Mediated Immunity with Increasing Age and Boosting with a High-Dose VZV Vaccine. [J]. The Journal of Infectious Diseases, 2003, 188(9): 1336-1344.
- [92] Choo PW, Galil K, Donahue JG, et al. Risk factors for postherpetic neuralgia [J]. Arch Intern Med, 1997, 157 (11): 1217-1224.
- [93] Opstelten W, Van Essen GA, Schellevis F, et al. Gender as an Independent risk factor for herpes zoster: a population-based prospective study [J]. Ann Epidemiol, 2006, 16 (9): 692-695.
- [94] Jung BF, Johnson RW, Griffin DR, et al. Risk factors for postherpetic neuralgia in patients with herpes zoster [J]. Neurology, 2004, 62 (9): 1545-1551.
- [95] Scott FT, Leedham-Green ME, Barrett-Muir WY, et al. A study of shingles and the development of postherpetic neuralgia in East London [J]. J Med Virol, 2003, 70 (Suppl 1): S24-S30.
- [96] Pergam SA, Forsberg CW, Boeckh MJ, et al. Herpes Zoster incidence in a multicenter cohort of solid organ transplant recipients [J]. Transpl Infect Dis,

2011, 13(1) : 15 — 23.

[97] Rusthoven JJ, Ahlgren P, Elhakim T, et al. Varicella-zoster infection in adult Cancer patients. A population study [J] . Arch Intern Med, 1988, 148 (7): 1561-1566.

[98] Rusthoven JJ. The risk of varicella-zoster infections in different patient populations: a critical review [J] . Transfus Med Rev, 1994, 8 (2): 96-116.

[99] Arvin AM. Varicella-Zoster virus: pathogenesis, immunity, and clinical management in hematopoietic cell transplant recipients [J] . Biol Blood Marrow Transplant, 2000, 6 (3): 219-230.

[100] Gourishankar S, Mcdermid JC, Jhangri GS, et al. Herpes zoster infection following solid organ transplantation: incidence, risk factors and outcomes in the current immunosuppressive era [J] . Am J Transplant, 2004, 4 (1): 108-115.

[101] Alicino C, Trucchi C, Paganino C, et al. Incidence of herpes zoster and post-herpetic neuralgia in Italy: Results from a 3-years population-based study [J] . Hum Vaccin Immunother, 2017, 13 (2): 399-404. doi: 10.1080/21645515.2017.1264834.

[102] Kim YN, Kim DW, Kim ED. Efficacy of continuous epidural block in acute herpes zoster: Incidence and predictive factors of postherpetic neuralgia, a retrospective single-center study [J] . Medicine (Baltimore), 2016, 95 (32): e4577. doi: 10.1097 /MD.0000000000004577.

[103] Friesen KJ, Falk J, Alessi-Severini S, et al. Price of pain: population-based cohort burden of disease analysis of medication cost of herpes zoster and postherpetic neuralgia[J]. J Pain Res, 2016, 9:543-550. doi:10.2147/JPR.S107944.

[104] Coplan P, Black S, Rojas C, et al. Incidence and hospitalization rates of varicella and herpes zoster before varicella vaccine introduction: a baseline assessment of the shifting epidemiology of varicella disease [J] . Pediatr Infect Dis J, 2001, 20 (7): 641-645.

[105] Brisson M, Edmunds WJ. Epidemiology of Varicella-Zoster virus in England and Wales [J] . J Med Virol, 2003, 70 (Suppl 1): S9-14.

[106] Macintyre CR, Chu CP, Burgess MA. Use of hospitalization and pharmaceutical

- prescribing data to compare the prevaccination burden of varicella and herpes zoster in Australia [J]. *Epidemiol Infect*, 2003, 131 (1): 675-682.
- [107] Chant KG, Sullivan EA, Burgess MA, et al. Varicella-zoster virus infection in Australia [J]. *Aust N Z J Public Health*, 1998, 22 (4): 413-418.
- [108] Chernakova GM, Kleshcheva EA, Semenova TB. Clinical presentations of herpes zoster ophthalmicus (diagnosis and therapy) [J]. *Vestn Oftalmol*, 2016, 132(5) : 75-80.
- [109] 沈晔, 陈建华. 抗水痘-带状疱疹病毒药物的研究进展[J]. *安徽医药*, 2012, 16(01): 7-9.
- [110] 罗娟(摘). Famvir 在美国的批准得到扩展[J]. *国外药讯*, 2007, 5: 27.
- [111] 郝飞, 翟志芳, 钟华. 谈谈带状疱疹规范化治疗的问题 [J]. *实用皮肤病学杂志*, 2013, 6(3):129-130.
- [112] 张曙浩. 泛昔洛韦片治疗带状疱疹疗效观察[J]. *中国实用医药*, 2016, 11 (4) 183-184.
- [113] 刘道凡, 王晓霞, 李洁华, 等. 伐昔洛韦片治疗带状疱疹临床疗效观察[J]. *皮肤性病诊疗学杂志*, 2011, 18(05):331-332.
- [114] 唐华念. 带状疱疹应用阿昔洛韦联合重组人白介素-2 治疗的疗效观察[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2018, 18(78):25-26.
- [115] 陈健忠, 倪黔键. 伐昔洛韦联合干扰素 α -2b 治疗带状疱疹患者的效果观察[J]. *临床合理用药杂志*, 2018, 11(26):84-85.
- [116] 张晓云, 康康, 王生. 更昔洛韦注射液联合复方倍他米松注射液治疗带状疱疹的临床研究[J]. *中国临床药理学杂志*, 2018, 34(15):1816-1818.
- [117] 李玉生. 单磷酸阿糖腺苷加腺苷钴胺治疗带状疱疹疗效观察[J]. *皮肤病与性病*, 2018, 40(04):592-593.
- [118] 刘开琦. 早期阿司匹林外用配合 TDP 照射在治疗老年带状疱疹中的效果观察与护理[J]. *右江民族医学院学报*, 2011, 33(04):588-589.
- [119] 王志君, 周玉成. 曲马朵对带状疱疹的止痛作用[J]. *天津药学*, 2000(03):48-49.
- [120] 胡滨, 郑洁, 刘庆. 复方利多卡因乳膏治疗躯干部位带状疱疹相关性疼痛的疗效分析[J]. *中国处方药*, 2018, 16(05):57-58.
- [121] 尤敏. 乙酰谷酰胺联合腺苷钴胺治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察[J]. *皮肤病与*

性病, 2015, 37(03):181-183.

[122] 陶焕唐. 加巴喷丁联合神经营养药治疗带状疱疹后神经痛的临床观察[J]. 中国实用医药, 2016, 11(21):8-9.

[123] 齐艳红. 泛昔洛韦联合腺苷钴胺治疗带状疱疹疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(16):2185-2186.

[124] 刘莹, 陈榕, 姜培红, 等. 高压氧联合腺苷钴胺注射液治疗带状疱疹后遗神经痛临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2017, 12(28):141-142.

[125] 任建宏, 杨明, 许春英, 等. 腺苷钴胺联合半导体激光治疗急性期带状疱疹疗效观察[J]. 医学动物防制, 2018, 34(11):1040-1044.

[126] 陈榕, 姜培红, 房婕, 等. 腺苷钴胺针剂治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察[J]. 中国实用医药, 2013, 8(24):184-185.

[127] 刘毅钧, 高晖, 闫小丽, 等. 外用干扰素喷雾剂治疗带状疱疹疗效观察[J]. 生物工程与临床, 2003(04):219-220.

[128] 周刚鑫. 庆大霉素外用治疗带状疱疹的疗效观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(10):61.

[129] 苏顺琴, 李文仓. 洁悠神长效抗菌喷剂辅助治疗带状疱疹 100 例疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2011, 33(04):217-218.

[130] 何育华. 康复新液外用联合氩-氟激光治疗带状疱疹临床观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2011, 13(08):117.

[131] 赖旭峰, 眭道顺. 喷昔洛韦乳膏治疗带状疱疹 32 例[J]. 中国医师杂志, 2002(10):1164-1165.

[132] 孙玉楼. 异烟肼外用治疗带状疱疹 24 例[J]. 中国乡村医药, 2001(10):11.

[133] 黄健, 黄进华, 向亚平, 等. 外用臭氧创新性治疗带状疱疹[J]. 中南大学学报(医学版), 2018, 43(02):168-172.

[134] 黄玮奕. 高浓度高锰酸钾液外用辅助治疗带状疱疹的效果及护理[J]. 实用医药杂志, 2008, 25(12):1490.

[135] 郭杨庆, 曾永清, 张涛, 等. 利多卡因注射液联合复方炉甘石洗剂治疗带状疱疹的临床观察[J]. 北方药学, 2018, 15(02):149.

[136] 陶永清. 5%布洛芬乳膏外用治疗带状疱疹后遗神经痛[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2003(03):17.

- [137] 顾艾娜, 杨晓英, 王开强. 带状疱疹后神经痛的微创介入治疗进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(34):3871-3873.
- [138] 申海燕, 袁燕, 孙灿林, 等. 神经阻滞疗法治疗带状疱疹后神经痛的研究进展[J]. 中国疼痛医学杂志, 2017, 23(01):59-63.
- [139] 沈刚, 吴孝清. 地塞米松加吗啡治疗带状疱疹后疼痛的疗效分析[J]. 医学理论与实践, 2008, 21(12):1434-1435.
- [140] 陈明慧, 俞红丽, 常涛, 等. 经臀入路阴部神经阻滞用于会阴区带状疱疹后神经痛[J]. 中国疼痛医学杂志, 2017, 23(09):716-717+720.
- [141] 赵颖. 盐酸度洛西汀联合神经阻滞治疗带状疱疹后神经痛效果观察[J]. 河南医学研究, 2018, 27(09):1686-1687.
- [142] 魏新刚, 马燕. 椎旁神经封闭术在治疗带状疱疹上的临床应用[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(11):70+72.
- [143] 王康, 贾和平, 任彦景. 椎旁神经阻滞联合皮内阻滞治疗带状疱疹后神经痛近期疗效观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2017, 23(11):868-871.
- [144] 霍岩松, 马骏, 卿恩明, 等. 臭氧联合神经阻滞治疗带状疱疹急性期的疗效观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2018, 24(05):395-398.
- [145] Prescribing information for Zostavax [EB /OL] . (2014-02-xx) [2015-03-27]. http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/z/zostavax/zostavax_pi2.pdf.
- [146] Levin Myron J, Smith Jeffrey G, Kaufhold Robin M, et al. Decline in varicella-zoster virus (VZV)-specific cell-mediated immunity with increasing age and boosting with a high-dose VZV vaccine [J]. The Journal of Infectious Diseases, 2003, 188(9).
- [147] 李燕鳴. 帶狀皰疹的診治與預防[J]. 台灣老年醫學暨老年學雜誌, 2009; 4(2): 91-101
- [148] 向雁. 预防带状疱疹新思路[J]. 心血管病防治知识(科普版), 2018(04):36.
- [149] James Stephanie F, Chahine Elias B, Sucher Allana J. Shingrix: The New Adjuvanted Recombinant Herpes Zoster Vaccine [J]. Annals of Pharmacotherapy, 2018, 52(7):673-680. DOI:10.1177/1060028018758431.
- [150] Cohen, Jeffrey I. A New Vaccine to Prevent Herpes Zoster [J]. The New England

journal of medicine, 2015, 372(22):2149-2150.

[151] 王鸿健, 高永良. 带状疱疹后神经痛治疗进展[J]. 重庆医学, 2012, 41(16): 1654-1656.

[152] O' Connor AB. Neuropathic pain: a review of the quality of life impact, costs, and cost-effectiveness of therapy. Pharmacoeconomics, 2009, 27: 95-112.

[153] 张晓萌, 李汝琴. 苯巴比妥联合乙酰水杨酸片辅治带状疱疹后遗神经痛的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2011, 4(07):37.

[154] 付兰, 赵万润. 普瑞巴林与加巴喷丁治疗带状疱疹后神经痛的疗效与安全性比较[J]. 皮肤病与性病, 2019, 41(01):9-12.

[155] 黄国付, 张红星, 徐祖森, 等. 不同针灸方法对带状疱疹后遗神经痛发生率的影响[J]. 中国康复, 2012, 27(02):104-105.

[156] 刘志顺, 彭唯娜. 《循证针灸临床实践指南: 带状疱疹(修订版)》[J]. 中国针灸学会, 北京: 中国中医药出版社, 2014. 12: 5.

[157] 程伟, 韦云. 浅谈疼痛的中医辨证[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19(05):497-498.

致谢

研究生3年时光荏苒，从初出接触临床的学生，到现在即将毕业参与临床工作，能有今天的收获首先要感谢我的导师杜琳老师，老师不但给与临床方面的指导，对于生活及处事态度更是时刻教导。从见习、起针、推针到实际动手扎针一步一脚印，循序渐进，导师对我们的教导毫无保留，不吝于指导，并从跟诊学习的过程让我们认识到医学是一项严谨的事，我们的一言一行、一举一动不仅是对自己负责，更是对患者负责。老师在生活方面更是给予我无私的关怀和照顾，帮助我克服种种困难，老师待人处事真诚、友好，深深感染着我，对我而言导师是一位智慧受人尊敬的师长，良师益友，更是如慈母般引导着我。在此，我要向我敬爱的杜琳老师表达由衷的感激及敬重！

在这3年学习中，也受到医院许多老师的帮助于指导。特别感谢针灸科刘宁老师、袁宏伟老师、孙彩霞老师、王子辰老师，推拿科王英杰老师、李多多老师，超声科韦娜老师、于海蓉老师，泌外科李琰峰老师，及临床各科室带教老师在培训期间的教导。

感谢北京中医药大学和东直门医院所有领导给与的鼓励与帮助，感谢研究生院李磊老师、莫捷老师，东直门研究生办公室王翠老师，学生科杨芳老师，校统战部张小勇老师的照顾。

感谢我的同门师兄蔡承穆、付伟涛、曾宣淳，师姐郭麒竹、魏良燕、游洪菊，同窗张彩，师妹郭玮、亚妮、宗姝琪，师弟吴柏宽、李之恺在课题施行及论文写作方面给与的帮助与支持和生活陪伴，让我的求学生活充满色彩及欢笑。

感谢我在临床上遇到的每一位患者，因为你们的信任与认同，让我在临床的经验中有更多的机会钻研、学习、实践。

最后，感谢一直以来陪伴支持我的家人，感谢他们对我的教育、栽培，感谢他们一路的鼓励与支持帮助我完成自己的理想，并有机会实践付出反馈于社会。同时，感谢曾经给与帮助、陪伴、关心的同学、室友和朋友们，因为你们的支持与鼓励让我有信心在未来的路上走得更稳。

附录

附录 1: 带状疱疹临床观察表

姓名: 性别: 男 女 年龄: 文化程度: 病程:

初诊时间:

感觉异常时间 (痒, 木):

疼痛开始时间:

皮疹出疹时间:

患侧: 左侧 右侧

发病部位: 1 头面颈 2 胸背 3 腰腹 4 上肢

5 下肢 6 骶尾会阴

皮损性质: 1 簇状水疱 2 成片大疱 3 脓疱 4 血疱 5 丘疹

疼痛性质: 1 烧灼痛 2 刺痛 3 隐痛 4 胀痛 5 摩擦痛

6 电击样痛 7 牵扯痛 8 刀割样痛

诱因: 1 失眠熬夜 2 劳累 3 情绪波动 4 感冒 5 外伤

6 手术 7 酗酒 8 肿瘤 9 疱疹病毒接触史

10 其他 11 无

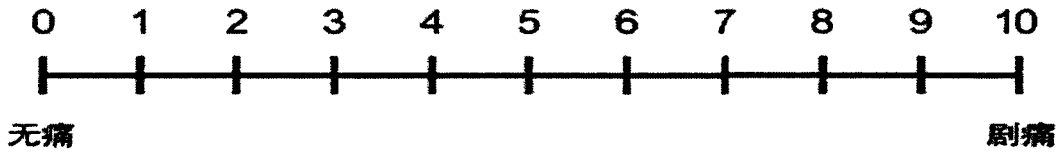
既往史: 水痘史 (有 无 不详) 带状疱疹 (有 无)

高血压、糖尿病、冠心病, 其他疾病 (慢支、慢性胃炎、胆囊炎、

甲减、心肌缺血、癌症、 腰椎间盘突出症、肝炎)

附录 2：疼痛、皮损观察表

1. NRS 疼痛评分



0: 无痛

1-3: 轻度疼痛, 不影响工作、生活;

4-6: 中度疼痛, 影响工作, 不影响生活;

7-10: 重度疼痛, 疼痛剧烈, 影响工作及生活

治疗前后 NRS 对比

	治疗前	3 天	1 周	2 周	3 周	4 周
VAS						

2 皮损及疼痛观察表

	止疱时间	开始结痂时间	50%皮损结痂时间	脱痂时间
时间 (天)				

止疱时间: 指从开始出水疱到水疱停止增多的时间

开始结痂时间: 指从开始出疱到水疱干涸、结痂的时间

50%皮损结痂时间: 水疱干涸, 面积超过或等于 50%的时间

脱痂时间: 指从开始出疱到痂皮完全脱落的时间, 仅留淡红斑或色素沉着

