

·临床报道·

针灸联合新型虎杖液治疗急性期肝胆湿热型带状疱疹 36 例

刘兰英^{1*}, 张贻强¹, 林卡莲², 蔡沪沪¹, 庄垂加¹

(1. 福建中医药大学附属泉州中医院, 福建 泉州 362000;

2. 福建中医药大学针灸推拿学院, 福建 福州 350122)

摘要: 目的 探讨在常规西药基础上, 联合针灸与新型虎杖液外用治疗急性期肝胆湿热型带状疱疹的临床疗效, 及其对皮损愈合、疼痛缓解及预防后遗神经痛的效果。方法 选取 2024 年 7 月 1 日—2025 年 9 月 30 日就诊于福建中医药大学附属泉州中医院针灸科门诊和住院患者 72 例。采用随机数字表法分为对照组和治疗组各 36 例。对照组予以盐酸伐昔洛韦缓释片 (0.6 g, 1 次/d, 饭前空腹口服, 共 10 d) 以及甲钴胺片 (0.5 mg, 3 次/d, 饭后口服, 共 14 d) 口服治疗; 治疗组在对照组基础上, 加用针灸治疗联合新型虎杖液喷涂患处, 连续治疗 14 d。比较 2 组疗效、皮肤损伤修复情况 (止疱、结痂、脱痂时间)、疼痛视觉模拟评分 (VAS), 以及第 30 天和第 90 天随访时后遗神经痛 (PHN) 的发生情况, 同时记录治疗过程中出现的晕针、滞针、血肿或皮肤感染等不良反应。结果 治疗组在止疱、结痂及脱痂时间上均显著短于对照组 ($P < 0.05$); 治疗第 2~14 天、第 30 天及第 90 天随访时, 治疗组 VAS 评分的降幅均大于对照组 ($P < 0.05$); 第 30 天、第 90 天随访显示, 治疗组 PHN 的发生率均低于对照组 ($P < 0.05$); 治疗组疗效等级分布优于对照组 ($Z = 2.456, P < 0.05$), 且治疗组的痊愈率 19.44% 高于对照组的 5.56% ($P < 0.05$)。2 组治疗过程中均未发生任何不良反应。结论 在常规抗病毒及营养神经治疗基础上, 联合针灸与新型虎杖液外用能够更有效地促进急性期肝胆湿热型带状疱疹患者皮损的愈合, 缓解急性期神经疼痛症状, 显著降低疱疹所致后遗神经痛的发生风险, 提高临床疗效, 是一种安全有效的综合治疗方案。

关键词: 带状疱疹; 急性期; 针灸; 虎杖液; 后遗神经痛; VAS 评分

带状疱疹是由于潜伏在体内 (脊髓后根神经节和三叉神经节) 的水痘-带状疱疹病毒再激活所致的急性感染性皮肤病, 以沿身体单侧周围神经呈带状分布的簇集性水疱和相应神经疼痛为主要特征^[1]。有研究显示, 患者发生带状疱疹疾病以后, 产生后遗神经痛 (PHN) 的概率为 9%~34%^[2]。后遗神经痛是一种迁延难愈的慢性神经病理性疼痛, 可长期、显著降低患者生活质量, 并常继发焦虑、抑郁等心理障碍, 影响睡眠质量。故急性期的治疗显得尤其重要。治疗急性期带状疱疹的核心目标在于抗病毒、控制疼痛、促进皮损愈合, 同时预防 PHN 的发生^[3]。然而, 单纯西医疗法在快速止痛、加速皮损修复和彻底预防 PHN 方面仍有局限。因此, 寻找优化的治疗方案, 减轻患者痛苦, 减少并发症及后遗神经痛的发生, 是目前急需解决的难题。研究表明, 中西医结合治疗急性期带状疱疹疗效更佳, 优于单纯西药或中医药疗法^[4-5]。尽管目前中西医结合治疗方案较多, 但不同组合的疗效差异显著。根据国内外指南推荐的一线标准治疗, 本研究选择“口服伐昔洛韦+甲钴胺”作为基础西药方案。针灸可弥补西药对剧烈神经痛控制不足的短板, 同时调节免疫系统, 降低 PHN 发生率^[6]。而相较于中药内服, 新型虎杖液外用起效更直接, 现代药理学

证实, 其活性成分 (如白藜芦醇、大黄素) 具有抗炎、抗病毒及神经保护作用^[7]。故针灸与局部外治药物协同, 可实现“整体-局部”双重调节, 理论上优于单一疗法或简单的药物叠加。因此, 评估此三联疗法对急性期带状疱疹的疗效及 PHN 的预防作用具有重要的临床意义。本研究采用常规西药联合针灸及新型虎杖液外用治疗 36 例急性期肝胆湿热型带状疱疹患者, 疗效良好, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 参照《中国带状疱疹诊疗专家共识 (2022 版)》^[3] 以及《皮肤性病学》^[1] 制定。具备以下 2 条典型的临床表现即可诊断: ① 皮损特点。沿周围神经呈单侧带状分布, 局部皮肤常先有红斑, 旋即出现粟粒样至绿豆样大小呈簇集性生长的水疱, 水疱外周绕红晕, 水疱壁发亮紧张且可见澄清的疱液, 一般不越过身体的正中线。② 疼痛特征。局部皮肤有明显针刺样疼痛感、烧灼疼痛感或异常性疼痛。

1.2 中医辨证标准 参照《带状疱疹中西医结合诊疗专家共识 (2025 版)》^[8] 制定急性期肝胆湿热证带状疱疹的中医诊断标准。具体如下: 急性期指出疹后 7 d 内, 且符合肝胆湿热证的诊断标准。① 主症: 疱疹基底颜色鲜红, 灼热针刺样疼痛; ② 次症: 心烦急躁而易怒, 自觉口中苦、咽喉干燥, 尿频色黄, 大便干结, 舌质红, 舌苔黄腻, 脉象弦、滑或数, 具备主症和至少 2 项次症即可诊断。

收稿日期: 2026-02-12; 接受日期: 2026-04-20

基金项目: 福建中医药大学校管课题临床专项 (XB2024137)

通信作者: 刘兰英, E-mail: 598865622@qq.com

DOI: 10.13260/j.cnki.fjtc.2026.07012

1.3 纳入标准 ① 年龄 18~70 周岁;② 疱疹部位发生在躯干部如胸、背、肋肋、腰腹等部位;③ 就诊时处于急性期,病程在 7 d 以内,且有疱疹出现(出疹期),未行抗病毒、营养神经以及镇痛等干预者;④ 患者自愿参与试验,理解并且签署试验知情同意书。

1.4 排除标准 ① 无皮疹型以及发生于脑膜、耳、眼睛、内脏部位的属于带状疱疹的特殊类型患者。② 处于妊娠、哺乳以及备孕阶段的女性。③ 对中草药或者多种化学药物存在过敏的过敏体质患者。④ 合并有心、肝、肾、脑、造血系统等严重器质性疾病以及精神疾病患者,需要免疫抑制剂或糖皮质激素系统治疗的结缔组织病、晚期恶性肿瘤、出血倾向、梅毒艾滋病传染病等患者。⑤ 难以对治疗进行安全性、有效性评估的危重患者。

1.5 脱落和剔除标准 ① 依从性差、用药不规律致无法准确评定疗效者;② 无法坚持试验,要求退出及失访者;③ 实验期间,擅自使用其他药物影响数据的真实可靠性患者;④ 出现晕针后排斥针灸,

不愿坚持后续实验者;⑤ 病情加重恶化、出现继发性感染等需要紧急采取措施或者出现其他不良反应、不可控的意外患者。

1.6 样本量计算 以总体疗效为主要结局指标,根据相关研究报告^[9]及临床经验,对照组有效率为 64%,治疗组有效率为 93%,采用 PASS 2021 软件估算样本量,取显著性水平 $\alpha=0.05$ (双侧),检验效能 $1-\beta=0.8$,2 组患者按照 1:1 配比,考虑 20% 的脱失率,每组样本量调整为 36 例,总样本量为 72 例。

1.7 一般资料 选取 2024 年 7 月 1 日—2025 年 9 月 30 日就诊于福建中医药大学附属泉州中医院针灸科门诊和住院患者 72 例,采用随机数字表法分为对照组和治疗组各 36 例。试验过程中,无脱落、剔除病例。为控制偏倚,本研究对数据记录环节及统计环节的相关操作人员均设盲。2 组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性,见表 1。本研究已通过福建中医药大学附属泉州中医院医学伦理委员会批准[审批号:(2024)泉中医伦理审字第(025)号]。

表 1 2 组一般资料比较 [$(\bar{x}\pm s)/M(P_{25},P_{75})$]

组别	例数	性别		平均年龄/岁	病程/d	病变部位/例		VAS 评分/分
		男	女			胸背部	腰腹部	
对照组	36	17	19	55.50(45.25,64.00)	3.00(2.00,5.00)	22	14	7.88±0.90
治疗组	36	19	17	56.00(43.00,62.75)	3.50(3.00,5.00)	20	16	8.06±0.79

2 方 法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 口服盐酸伐昔洛韦缓释片(四川科伦药业股份有限公司,国药准字:H20061023,规格:0.6 g/片),1 次/d,饭前空腹服用,连续服药 10 d;甲钴胺片(江西青峰药业有限公司,国药准字:H20051440,规格:0.5 mg/片),3 次/d,饭后服用,连续服药 14 d。

2.1.2 治疗组 在对照组基础上,加用针灸治疗联合新型虎杖液喷涂患处。针灸治疗:根据患者疱疹生长分布部位循经取穴,主要以皮损局部、胸腰背脊柱区穴为主,穴位选取皮损局部阿是穴(即根据患者疱疹所致的疼痛及疱疹皮损的区域范围设定为针刺区域阿是穴),皮损相应神经节段及其上下各一神经节段的夹脊穴^[10]。患者卧位(根据病变部位取俯卧位或者侧卧位),对皮损区域阿是穴及夹脊穴常规消毒后,沿着皮损局部阿是穴边缘处用一次性无菌针灸针(马鞍山邦德医疗器械有限公司,规格:0.25 mm×40 mm)进行毫针刺法,针刺方向统一朝向皮损处的中心,45°斜刺进针,胸部区域以 15°平刺进针,沿皮下围刺,深度 30~40 mm,相邻两针之间针距 1~2 cm。针刺夹脊穴时,取病变部位相应的神经节段以及该神经节段上下各一棘突下相对应的夹脊穴,向脊柱方向呈 45°进针,进针

深度 30~40 mm。针刺得气后,行提插、捻转泻法:每次提插、捻转操作持续约 30 s,以患者局部产生明显酸、胀、重、麻等得气感,且医者针下感觉沉紧为度,达到预期针感后即停止行针。留针 30 min,每 10 min 行针 1 次,共行针 3 次(每 10 min 操作 1 次)。每日治疗 1 次,连续治疗 14 d。新型虎杖液为泉州市中医院院内制剂,取适量新型虎杖液,直接喷涂于患处,以覆盖所有皮损区域为度。每日 3 次,连续使用 14 d。

2.2 观察指标

2.2.1 皮损修复指标 记录所有患者的首次发现疱疹时间、疱疹停止时间(首次发现疱疹至疱疹未再新发的间隔天数)、结痂时间(首次发现疱疹至所有疱疹干涸,结痂的面积超过 50% 时的间隔天数)、脱痂时间(首次发现疱疹至所有痂皮脱落的间隔天数)。14 d 内仍未止疱、结痂和脱痂者,14 d 后续随访观察记录。

2.2.2 疼痛程度 采用视觉模拟评分(VAS)法对疼痛程度进行记录评估,0 分代表无痛,10 分代表剧烈疼痛即疼痛强度为患者能够想象到的最大程度的疼痛。首次就诊治疗前进行基线 VAS 评分,于第 2~14 天,每次治疗前均进行 VAS 评分登记(记录评分前 24 h 内疼痛最剧烈的程度。并在第 30 天、第 90 天随访时再次进行 VAS 评分。

2.2.3 PHN 发生情况 治疗后分别在第 30 天、第 90 天通过门诊就诊或电话随访,记录仍存在持续性疼痛(VAS≥1 分)的患者例数,并计算 PHN 的发生率。

2.2.4 临床疗效判定标准 根据患者皮损处疱疹愈合情况、皮损区域疼痛消退等情况进行综合疗效评定。采用网格法测量皮损面积,具体操作如下:在疱疹区域覆盖一层透明网格纸,统计网格中完全或部分被疱疹区域覆盖的格子数量,再根据单个格子的实际面积(1 cm×1 cm)计算总疱疹面积。统计时,完全覆盖的格子(A)记为 1 个,部分覆盖的格子(B)按 0.5 个计算。最后,用总格子数(即总格子数=A+0.5×B)乘以单个格子的面积,得出疱疹面积。由 2 名经过统一培训的研究者独立测量,取算术平均值,若两者差异超过 5% 则需重新测量。为控制测量偏差,评估者对分组情况保持盲态。

参照《中医病证诊断疗效标准》^[11]中相关标准,并结合疼痛程度量化评估,自行制定本研究的临床疗效评价标准,分为 4 个等级。①痊愈:皮肤疱疹完全消退结痂,局部可有色素沉着;无疼痛不适(VAS 评分 0 分),无诱发痛、自发痛等神经症状。②显效:皮肤疱疹消退面积≥60% 皮损面积;疼痛显著减轻(VAS 评分较治疗前下降≥70%),无需常规服用止痛药。③有效:皮肤疱疹消退面积≥30% 皮损面积且<60% 皮损面积;疼痛有所减轻(VAS 评分较治疗前下降≥30% 且<70%),偶需使用止痛药。④无效:皮肤疱疹消退面积<30% 皮

损面积,或出现新发水疱、溃疡;疼痛无缓解或加重(VAS 评分较治疗前下降<30%),需持续使用止痛药治疗。

2.2.5 安全性评价 在治疗过程中如发生晕针、滞针、血肿或皮肤感染等异常情况,需及时实施对应处理,并同步记录于不良事件表内。

2.3 统计学方法 采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据处理。符合正态性分布的计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,若方差齐组间比较则采用独立样本 *t* 检验,若方差不齐则采用 *t'* 检验;非正态性分布的计量资料以 [*M*(*P*₂₅,*P*₇₅)] 表示,组间比较采用 Mann-Whitney *U* 秩和检验。计数资料以(*n*,%)表示,2 组率比较采用 χ^2 检验,多时间点比较行 Bonferroni 校正;有序等级资料采用 Kruskal-Wallis *H* 检验,两两比较采用 Wilcoxon 秩和检验,并用 Bonferroni 方法对显著性水平进行校正。多重比较依据校正后 *P* 值判断,校正后 *P*<0.05 为差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 2 组疗效比较 治疗组疗效等级分布优于对照组(*Z*=2.456,*P*<0.05),且治疗组的痊愈率高于对照组(*P*<0.05)。见表 2。

3.2 2 组皮损恢复时间比较 见表 3。

表 2 2 组疗效比较(*n*,%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效
对照组	36	2(5.56)	23(63.89)	11(30.56)	0(0.0)
治疗组	36	7(19.44) ¹⁾	25(69.44)	4(11.11)	0(0.0)

注:与对照组比较,1) *P*<0.05。

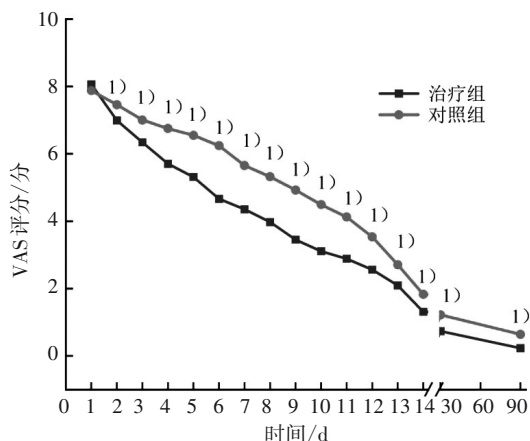
表 3 2 组皮损恢复时间比较 [*M*(*P*₂₅,*P*₇₅)]

d

组别	例数	止疱时间	结痂时间	脱痂时间
对照组	36	4.00(4.00,5.00)	8.00(7.00,8.75)	13.00(12.00,14.00)
治疗组	36	2.00(2.00,3.00) ¹⁾	5.00(4.00,6.00) ¹⁾	8.50(7.00,11.00) ¹⁾

注:与对照组比较,1) *P*<0.05。

3.3 2 组 VAS 评分比较 见图 1。



注:与对照组比较,1) *P*<0.05。

图 1 2 组 VAS 评分比较

3.4 2 组 PHN 发生情况比较 见表 4。

表 4 2 组 PHN 发生情况比较(*n*,%)

组别	例数	第 30 天	第 90 天
对照组	36	19(52.78)	11(30.56)
治疗组	36	10(27.78) ¹⁾	2(5.56) ¹⁾

注:与对照组比较,1) *P*<0.05。

3.5 不良事件发生情况 在治疗过程中,2 组患者均未发生任何不良事件。

4 讨论

带状疱疹,中医称之为“蛇串疮”“火带疮”“蛇丹”“缠腰火丹”等,认为其急性期病机主要责之于湿热火毒为主,后期以正虚兼血瘀、湿邪为要^[12]。临床研究表明蛇串疮以湿热证为主^[13-14],中医治以清利湿热解毒为要,并取得明显的疗效^[15-16]。临床

上常在西药基础治疗上联合针灸中药进行干预,能获显效。研究团队在临床工作中应用常规西药联合针灸及新型虎杖液外喷治疗急性期肝胆湿热型带状疱疹,在急性期缓解疼痛、缩短病程和减少后遗神经痛方面取得一定的效果。

本研究结果显示,在止疱、结痂及脱痂时间长短方面,治疗组的时间明显少于对照组($P<0.05$);在治疗第2~14天,第30天及第90天随访时,治疗组的VAS评分下降幅度较对照组更为明显($P<0.05$);第30天及第90天时间随访结果显示,治疗组的PHN发生率均低于对照组($P<0.05$);2组总有效率均为100%,但治疗组整体疗效等级分布和痊愈率均明显优于对照组。综上可知,在口服盐酸伐昔洛韦和甲钴胺的基础上,同时联合针灸与新型虎杖液外用,具有显著的协同增效作用,能加速皮损愈合,缓解疼痛,从而有效预防PHN。

西医抗病毒药物是从源头抑制病毒复制。而中医外治法则从局部发挥强大作用,围刺法以病变部位为中心,由四周向病变中心平刺或斜刺,具有“围而歼之”之意,从而减少病毒向外周扩散,截断病势,并疏通患处经络气血,改善微循环。通过对皮损阿是穴的围刺,可抑制外周感觉神经末梢的致痛物质释放,并对脊髓背角的刺激信号感受器进行抑制,使痛觉阈值得以提高^[17],此为腧穴近治作用的体现,围刺法重在治标,能够有效处理局部病灶,缓解症状。

夹脊穴位于督脉与足太阳膀胱经之间,督脉为“阳脉之海”,总督一身之阳,膀胱经为五脏六腑经气输注之所。针刺夹脊穴可同时调节督脉和脏腑之气,扶正祛邪。在现代医学研究中,夹脊穴依脊神经节段分布,带状疱疹病毒潜伏于背根神经节及三叉神经节的神经元,当身体免疫功能减退时,体内病毒易被活化而致周围神经炎,甚则引发神经细胞凋亡。因此,针刺损伤相应节段的夹脊穴,可以控制炎症,切断痛觉的传递^[18],同时抑制神经细胞凋亡,加速神经元生长^[19]。夹脊穴重在治本,调节整体机能,祛除内生邪毒,疏通受累经络。因此,围刺法和夹脊穴针刺治疗形成了“整体调节(夹脊穴治本)与局部强攻(围刺治标)相结合”的立体治疗方案,标本兼治,既能快速控制局部症状,又能调节内在环境,防止邪气内陷,减少后遗神经痛的发生。从现代医学角度来看,二者结合,从外周(皮损)到中枢(脊髓节段及以上),从局部免疫炎症到全身免疫调节,构建了一个多层次、多靶点的治疗网络。不仅能快速缓解急性期疼痛,促进皮疹愈合,更重要的是通过早期干预神经敏化过程,降低了后遗神经痛的发生率和严重程度。

新型虎杖液是泉州市中医院院内制剂,其中的主要成分(如虎杖、黄柏、地榆、白及、冰片等)具有明确的抗炎、抗病毒和收敛作用,直接作用于皮损部位,能快速抑制局部炎症反应,促进水疱吸收和干燥结痂。全方具有清热利湿、解毒止痛、敛疮生肌之功,紧扣肝胆湿热型带状疱疹“湿热火毒缠结,瘀滞肌肤”的核心病机。方中虎杖与黄柏相配,构成清利肝胆湿热的强力组合。虎杖善清肝胆经湿热,兼能活血;黄柏长于清泻下焦实火湿毒,二者一主肝胆,一主下焦,协同清除贯穿中下焦的湿热之邪。地榆能清解血分热毒,针对皮损鲜红、灼热等湿热症状。水疱破溃后易糜烂感染,地榆与白及合用,是中医外科敛疮的经典药对,地榆敛疮,白及生肌,二者共同促进创面干燥、结痂、愈合,有效预防继发感染和瘢痕形成。冰片性走窜,能清热止痛,迅速缓解局部灼痛、刺痛,同时作为“引药”,能带领其他药物成分更好地透达皮表,直接作用于患处。

PHN的发生与急性期神经损伤的严重程度和修复情况密切相关。本综合方案通过“抗病毒+营养神经+局部清热消肿+通络止痛”的多重机制,在急性期最大限度地减轻了神经炎症和损伤,为神经修复创造了有利条件。针灸的疏经通络止痛作用有助于改善神经缺血和缺氧状态,促进神经功能恢复,这是单纯西药治疗难以达到的效果,降低了远期PHN的发生风险。

5 结 论

综上所述,采用针灸联合新型虎杖液配合西药治疗急性期肝胆湿热型带状疱疹,其临床疗效优于单纯西药治疗。该综合方案能显著加快皮损愈合,迅速缓解急性期疼痛,并能有效降低PHN的发生率,且安全性好,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1] 张学军,陆前进. 皮肤性病学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社,2018:60-62.
- [2] 黄守强,熊俊,项洁,等. 火针治疗带状疱疹后遗神经痛有效性和安全性的系统评价[J]. 中国循证医学杂志,2022,22(2):168-175.
- [3] 中国医师协会皮肤科医师分会带状疱疹专家共识工作组,国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心. 中国带状疱疹诊疗专家共识(2022版)[J]. 中华皮肤科杂志,2022,55(12):1033-1040.
- [4] 申莎菲,罗杰元,任真玮,等. 疱疹酊联合阿昔洛韦乳膏外用治疗蛇串疮的临床疗效观察[J]. 现代医学与健康研究(电子版),2020,4(5):15-17.
- [5] 王庆勇,屈媛媛,冯楚文,等. 针刺对神经病理性疼痛的镇痛机制[J]. 中国针灸,2020,40(8):907-912.
- [6] 刘同心,岳铭坤,夏宇,等. 针灸治疗带状疱疹的临床疗效及安全性系统评价和Meta分析[J]. 湖南中医药大学学报,2022,42(5):800-808.

(下转第67页)