

# 带状疱疹的中西医结合治疗研究进展

王彦卿

青铜峡市人民医院 宁夏 吴忠 761600

**摘要:** 带状疱疹是一种由水痘-带状疱疹病毒再激活所引起的急性皮肤病。其发病机制涉及免疫功能下降、病毒再激活等因素。临床表现包括典型皮损及神经系统损害。中西医结合治疗带状疱疹，西医治疗以抗病毒及镇痛为主，中医治疗则采用中药洗剂、湿敷及针灸等方法。中西医结合治疗能够有效控制带状疱疹症状，改善预后，值得临床推广应用。

**关键词:** 带状疱疹；中西医结合治疗；发病机制

**引言:** 带状疱疹是一种常见的病毒性皮肤病多发生于中老年人群。其发病与机体免疫功能下降、精神心理因素等密切相关。带状疱疹临床表现多样，可出现典型皮损，亦可并发各类并发症<sup>[1]</sup>。目前临床上主要采用抗病毒、镇痛等西医治疗，近年来中医药在带状疱疹的防治中得到越来越多的应用<sup>[2]</sup>。中西医结合治疗能够充分发挥中西医各自优势，从多环节、多靶点治疗带状疱疹，提高疗效。本文对带状疱疹的发病机制、临床表现及中西医结合治疗措施的研究进展作一综述。

## 1 带状疱疹的发病机制

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒引起的一种急性感染性皮肤病。水痘-带状疱疹病毒为疱疹病毒科阿尔法疱疹病毒亚科人疱疹病毒属的一种病毒，其基因组为线性双链DNA<sup>[3]</sup>。水痘-带状疱疹病毒初次感染人体后引起水痘，随后病毒从皮损部位沿感觉神经轴突进入脊髓或脑神经节，在神经元胞体内持续潜伏。当机体抵抗力下降时，潜伏的水痘-带状疱疹病毒再激活，沿感觉神经轴突向周围迁移，最终在支配区引起带状疱疹。

水痘-带状疱疹病毒再激活的发生机制目前尚未完全阐明，但普遍认为与体液免疫及细胞免疫功能下降密切相关。正常人感染水痘-带状疱疹病毒后，机体可产生特异性体液免疫及细胞免疫应答。体液免疫可产生中和抗体，阻止病毒在细胞间传播。随着年龄增长，机体细胞免疫功能逐渐衰退，抗水痘-带状疱疹病毒免疫力降低，病毒再激活的几率增加。各种原因导致的免疫抑制状态如HIV感染、恶性肿瘤、器官移植、免疫抑制剂应用等，均可损害细胞免疫功能，是水痘-带状疱疹病毒再激活的高危因素。

## 2 带状疱疹的临床表现

### 2.1 典型皮损表现

带状疱疹的皮肤损害具有典型的临床特征，早期识

别及诊断对及时治疗、改善预后至关重要。带状疱疹前驱期可有感染部位的局部异常感受，如皮肤灼热、自发疼痛、麻木、瘙痒等。部分患者可伴有全身症状，如发热、乏力、头痛等。皮疹出现前数小时至2-3天，病毒通过感觉神经末梢进入表皮，在真皮乳头层及表皮引起一系列炎症反应，导致组织水肿、细胞液化、空泡变性，最终形成疱疹。早期皮损表现为点状及斑丘疹，由红色丘疹迅速发展成水疱，呈簇集分布。疱疹大小不一，圆形或椭圆形，内含清亮液体。疱疹破溃后可见表浅糜烂及渗出。病变严重者可出现深溃疡及坏死。随着病情发展，糜烂面逐渐干燥结痂，经痂皮脱落后色素沉着或色素脱失。整个皮损发展过程一般持续2-4周。

带状疱疹的皮损分布具有显著的神经节段性及偏侧性。皮疹沿受累神经支配区呈带状排列，通常不超过身体正中线，故名带状疱疹。带状疱疹可发生于全身任何部位，但以胸背部及腰部多见，再次为头面部及颈部。胸背部带状疱疹大多沿肋间神经分布，呈束带状排列。腰骶部带状疱疹可表现为臀部、腹股沟、会阴、外生殖器处的疱疹。头面部带状疱疹常侵犯三叉神经，可伴有眼部及口腔黏膜损害。带状疱疹的皮损分期及分布特点与病毒感染径路密切相关。由于病毒通过感觉神经末梢侵入表皮，引起神经节段性损害，故皮疹沿受累神经支配区呈现带状分布。随着病变进展病毒继续向周围组织扩散可产生簇集性皮损。重症患者甚至出现多个神经节段受累，形成广泛性皮损。深入认识带状疱疹的皮损演变规律，把握其特征性分布模式，对及时诊断、合理治疗、防范并发症具有重要指导意义。

### 2.2 神经系统损害

水痘-带状疱疹病毒初次感染人体引起水痘后可沿感觉神经轴突入侵脊髓后根神经节或脑神经节，在神经元胞体内持续潜伏。当机体免疫功能下降时，潜伏的病

毒再激活，沿感觉神经轴突向周围迁移并在其支配区引起带状疱疹。病毒再激活可累及周围神经及中枢神经系统，引起一系列神经系统并发症。周围神经系统损害以疼痛及感觉障碍最为常见。病毒再激活初期，患者可感局部灼痛、麻木等神经刺激症状。随着感觉神经受损加重，可出现痛觉过敏、感觉减退甚至缺失。部分患者可遗留持续数月甚至数年的剧烈神经痛，严重影响生活质量。病理学研究提示，周围神经系统受累与病毒直接侵袭神经元及炎性免疫反应介导的神经损伤密切相关。

中枢神经系统受累可引起脑膜炎、脑炎、脑血管病等严重并发症。带状疱疹病毒可侵犯颅内血管，引起以单侧化脓性肉芽肿性血管炎为特点的脑血管病。临床可表现为动眼神经麻痹、面瘫、同侧肢体偏瘫等局灶性神经功能缺损，甚至出现中风和癫痫等危及生命的并发症。带状疱疹脑膜炎多为自限性疾病，以发热、头痛、颈项强直等为主要表现。腰穿脑脊液检查可发现淋巴细胞增多及蛋白升高。部分患者可出现带状疱疹肺炎，临床表现为意识障碍、偏瘫、惊厥，病情凶险，预后不良。

### 3 带状疱疹的数据分析

#### 3.1 发病率与患病率

全球普通人群带状疱疹的发病率为(3~5)/1000人年，亚太地区为(3~10)/1000人年，且逐年增加2.5%~5.0%。中国带状疱疹发病率与其他国家和地区相似，≥50岁人群发病率为(2.9~5.8)/1000人年。女性终身患病率(3.94%~7.9%)略高于男性(2.86%~7.6%)。假设一个10万人口的社区，每年50岁以上人群新发病例约29至58人。血液肿瘤患者、HIV感染者和使用JAK抑制剂者的发病率更高，分别达到31/1000人年、(29.4~51.5)/1000人年和21.1/1000人年。

#### 3.2 发病年龄分布

带状疱疹可发生于任何年龄，但50岁以上是高发人群。随着年龄增长，免疫系统功能下降，水痘-带状疱疹病毒特异性细胞免疫功能降低，发病率逐渐升高。60岁及以上患者约65%会发生带状疱疹后神经痛，70岁及以上者可达75%。

#### 3.3 复发率

带状疱疹治愈后复发风险相对较低，具体因人而异。研究显示，复发率约5%~7%，平均4至7年可能复发。老年人、后遗神经痛持续时间长者、血液系统恶性肿瘤和自身免疫性疾病患者更易复发。

#### 3.4 治疗相关数据

带状疱疹最佳治疗时间是发病一周内，此时治愈率明显高于更晚治疗。大多数患者经规范、及时治疗后可

在2~3周内治愈，老年人需3~4周。如发病一个月后疼痛仍存在，则进入后遗神经痛期。发病一个月后患者经药物、介入治疗等，1-3个月内治愈率80%~90%，但超过半年的神经痛治愈率降至60%左右。

#### 3.5 并发症发生率

带状疱疹患者发生后遗神经痛概率为5%~30%，多见于高龄、免疫功能低下者。此种疼痛可持续数月或数年，30%~50%患者疼痛持续超过1年，部分可达10年或更长。

## 4 中西医结合治疗带状疱疹的具体措施

### 4.1 西医治疗

#### 4.1.1 抗病毒治疗

抗病毒治疗是带状疱疹的基础治疗手段。阿昔洛韦是目前临床首选的抗病毒药物，其作用机制为抑制病毒DNA合成酶而阻断病毒复制。阿昔洛韦能显著缩短带状疱疹皮损持续时间，减轻疼痛，降低并发症发生率。疱疹发生后及时足量使用阿昔洛韦，对控制病情、改善预后至关重要。阿昔洛韦常规剂量为800mg，每日5次，疗程7-10天。对于高龄、低免疫及并发症患者，应适当延长疗程。

伐昔洛韦是阿昔洛韦的前体药物，经体内磷酸化转化为阿昔洛韦三磷酸而发挥抗病毒作用。其口服生物利用度高，半衰期长，每日给药次数少，依从性好。泛昔洛韦是另一种核苷类似物药物，对阿昔洛韦耐药病毒株有效，是免疫功能低下患者的理想选择。膦甲酸钠可提高机体免疫力，辅助抗病毒治疗。联合应用阿昔洛韦可提高疗效，改善预后。

#### 4.1.2 镇痛与局部处理

带状疱疹急性期镇痛治疗的主要目的是缓解疼痛，防止疼痛慢性化及神经痛形成。阿片类镇痛药如吗啡、芬太尼等是剧烈疼痛首选，必要时可联合三环类抗抑郁药、抗惊厥药等。局部可涂布利多卡因凝胶，表面麻醉及止痛。疱疹破溃后应保持局部清洁干燥，涂抹莫匹罗星软膏预防继发感染，脓疱形成后可外用夫西地酸乳膏促进愈合。

对于带状疱疹后遗神经痛，三环类抗抑郁药如阿米替林是治疗的基础用药。其具有抗胆碱能、抗组胺、钠通道阻滞及中枢镇痛等多重作用。临床常用剂量为25-75mg/d，疗效确切但不良反应较多。五羟色胺再摄取抑制剂及钙通道配基拮抗剂如普瑞巴林、加巴喷丁亦可用于带状疱疹后遗神经痛。外用5%利多卡因贴剂持续局部麻醉亦可用于缓解疼痛。针对顽固性、难治性神经痛，可选用经皮电刺激、神经阻滞、射频热凝等介入治疗手段。

## 4.2 中医治疗

### 4.2.1 中药洗剂

中医学认为, 带状疱疹属缠腰火丹、蛇丹等范畴。急性期以湿热毒邪犯表, 燥热伤津为主要病机。皮损处理当以清热解毒, 凉血利湿为法。常用中药洗剂有青黛洗剂、紫草洗剂、黄连洗剂等。青黛善清热泻火解毒, 适用于急性期热毒壅盛证。紫草活血化瘀, 凉血解毒, 对皮损有收敛排脓作用。黄连苦寒清热燥湿, 善治热毒疮疡。

临床可根据皮损情况选用不同方剂, 每日洗浴患处数次能有效缓解局部症状。慢性期病位渐次由表入里, 以脾虚湿困, 肝郁气滞为主要病机。治疗应健脾益气, 疏肝理气。可选用四君子汤、补中益气汤等益气健脾, 玉叶金花露、逍遥丸等疏肝解郁, 甘麦大枣汤、沙参麦冬汤等养阴生津。

### 4.2.2 中药湿敷

中药湿敷是中医外治带状疱疹的常用方法。将研末的中药与适量溶媒调和成糊状, 置于纱布上, 外敷于皮损处。常用药物有金银花、连翘、黄芩等清热解毒药, 白芷、蒲公英、野菊花等凉血消肿药, 生大黄、白僵蚕、全蝎等攻毒散结药。外敷可直接将药物作用于患处, 具有药效显著, 作用迅速等优点。且吸收途径避开肝脏首过效应, 不良反应少, 安全性高。

急性期以清热解毒, 凉血消肿为主, 可选用金银花、连翘、紫草、大青叶等外敷。慢性期致病因素多为肝郁气滞, 血瘀痹阻, 治疗多从疏肝解郁, 活血通络入手。常用穿山甲、丹参、当归、红花、川芎、桃仁等药物。外敷中药还可缓解神经痛。细辛、附子、川乌、草乌等温里散寒, 祛风止痛之品常用于寒凝血瘀型神经痛。蜈蚣、全蝎、乌梢蛇等息风止痉, 通络止痛之品多用于肝风内动型神经痛。

### 4.2.3 针灸疗法

针刺可疏通经络, 行气止痛, 灸法温通止痛, 散寒除湿。二者联合应用, 可收事半功倍之效。急性期针灸治疗当以泻法为主, 选用患侧阳经穴位。如足太阳膀胱经的夹脊穴、委中穴, 足少阳胆经的风市穴、环跳穴

等。疱疹较多者, 针对明显红肿处, 可以直接进行针刺放血, 泻热解毒。神经痛明显者, 可选用阿是穴刺之。久治不愈, 迁延不愈者, 灸法尤为适宜。背俞穴、肾俞穴灸之, 可补肾健脾, 扶正祛邪。

针灸可通过局部反射, 脊髓节段反射及中枢调节等多种机制发挥镇痛作用。针刺可引起脑内啡样物质释放, 抑制脊髓背角神经元兴奋性, 产生镇痛效应。针刺还可调节免疫功能, 增强机体抗病毒能力。针刺治疗带状疱疹疗效确切优于单纯西药治疗。且针刺可有效缓解神经痛, 改善患者生活质量。但针刺镇痛作用持续时间较短, 需反复多次治疗。灸法温热刺激可激发局部组织修复再生, 改善局部微循环, 其镇痛作用较针刺持久。二者结合, 优势互补, 是治疗带状疱疹的理想选择。

经过多年的临床实践, 医生们发现在带状疱疹的病灶及疼痛处进行刺络、拔罐、放血等治疗, 效果明显优于其他疗法。对于初发轻症患者仅需进行3-5次刺络放血治疗即可痊愈, 几乎不会出现后遗神经痛的情况; 而对于症状较重、经其他疗法治疗后仍有后遗神经痛的患者, 采用上述方法能明显缩短疗程, 更有效地缓解症状, 最大程度上达到治愈, 根除后遗神经痛的目的。

### 术语

带状疱疹是一种发病率较高的急性病毒性皮肤病。其发病与免疫功能密切相关, 临床表现以皮疹及神经痛为主。目前临床治疗仍以西医为主, 但疗效欠佳, 复发率高。中医药治疗带状疱疹历史悠久, 疗效确切。中药洗剂、湿敷能有效改善皮肤损害, 针灸疗法可显著缓解疼痛。中西医结合治疗能充分发挥中西医各自优势, 多靶点、多环节地控制病情发展。但目前中西医结合治疗仍缺乏规范的方案, 相关机制有待进一步阐明。

### 参考文献

- [1]周鹏,秦朗.中西医结合治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察[J].山西中医,2024,40(8):41-42.
- [2]蓝尉,周宇欣,罗文峰.中西医结合治疗播散型带状疱疹1例[J].新中医,2024,56(4):226-228.
- [3]杨健.中西医治疗带状疱疹后神经痛的研究进展[J].光明中医,2023,38(9):1814-1817.