

DOI: 10.3969/j.issn.1004-4949.2025.13.023

清热除湿汤联合火针治疗对带状疱疹患者中医症候积分及皮肤状况满意度的影响

景芸, 王超, 张辰

(乌鲁木齐市中医医院皮肤科, 新疆 乌鲁木齐 830000)

[摘要]目的 探讨清热除湿汤联合火针治疗对带状疱疹患者中医症候积分及皮肤状况满意度的影响。方法 选取2022年6月-2024年10月乌鲁木齐市中医医院收治的90例带状疱疹患者,以随机数字表法分为对照组和观察组,每组45例。对照组以常规西药治疗,观察组在常规西药治疗的同时增加清热除湿汤联合火针治疗,比较两组临床疗效、中医证候积分、疼痛程度评分、炎症因子水平[红细胞沉降率(ESR)、C反应蛋白(CRP)]、不良反应发生率、皮肤状况满意度。结果 与对照组治疗总有效率的73.33%比较,观察组治疗总有效率更高,达91.11% ($P<0.05$);观察组治疗后皮损鲜红、疱壁、破溃、灼热刺痛、舌红苔黄积分均低于对照组 ($P<0.05$);观察组治疗3、7、14 d的VAS评分低于对照组 ($P<0.05$);观察组治疗后ESR、CRP均低于对照组 ($P<0.05$);观察组不良反应发生率(11.11%)与对照组(8.89%)相近 ($P>0.05$);与对照组患者皮肤状况满意度的75.56%比较,观察组患者皮肤状况满意度更高,达93.33% ($P<0.05$)。结论 清热除湿汤联合火针治疗联合西医治疗带状疱疹的临床疗效较好,可降低患者的中医证候积分,减轻疼痛感,抑制炎症因子水平,提高患者皮肤状况满意度,且安全性良好。

[关键词] 带状疱疹;清热除湿汤;火针疗法;疼痛程度;炎症因子

[中图分类号] R752.1+2

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-4949(2025)13-0090-05

Effect of Qingre Chushi Decoction Combined with Fire Needle Therapy on Traditional Chinese Medicine Syndrome Scores and Skin Satisfaction in Patients with Herpes Zoster

JING Yun, WANG Chao, ZHANG Chen

(Department of Dermatology, Urumqi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Urumqi 830000, Xinjiang, China)

[Abstract]**Objective** To explore the effect of Qingre Chushi decoction combined with fire needle therapy on traditional Chinese medicine syndrome scores and skin satisfaction in patients with herpes zoster. **Methods** A total of 90 patients with herpes zoster admitted to Urumqi Hospital of Traditional Chinese Medicine from June 2022 to October 2024 were selected, and they were divided into the control group and the observation group by the random number table method, with 45 patients in each group. The control group was treated with conventional western medicine, and the observation group was additionally treated with Qingre Chushi decoction combined with fire needle therapy on the basis of conventional western medicine. The clinical efficacy, traditional Chinese medicine syndrome scores, pain degree scores, inflammatory factor levels [erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP)], adverse reaction rate and skin satisfaction were compared between the two groups. **Results** Compared with the total effective rate of treatment in the control group (73.33%), the total effective rate of treatment in the observation group was higher, reaching 91.11% ($P<0.05$). The scores of bright red skin lesions, blister wall rupture, burning and stabbing pain and red tongue with yellow coating in the observation group after treatment were lower than those in the control group ($P<0.05$). The VAS scores of the observation group at 3, 7, and 14 days of treatment were lower than those in the control group ($P<0.05$). The ESR and

第一作者: 景芸(1989.12-),女,甘肃渭源人,硕士,主治医师,主要从事中西医结合治疗皮肤病及教学管理工作

通讯作者: 张辰(1975.12-),女,北京人,本科,副主任医师,主要从事中西医结合治疗皮肤病工作

CRP levels in the observation group after treatment were lower than those in the control group ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions in the observation group (11.11%) was similar to that in the control group (8.89%), and the difference was not statistically significant ($P>0.05$). Compared with the skin satisfaction in the control group (75.56%), the skin satisfaction in the observation group was higher, reaching 93.33% ($P<0.05$). **Conclusion** The combination of Qingre Chushi decoction and fire needle therapy combined with western medicine has good clinical efficacy in the treatment of herpes zoster. It can reduce traditional Chinese medicine syndrome scores, relieve pain, inhibit the levels of inflammatory factors, improve patients' skin satisfaction, and has good safety.

[Key words] Herpes zoster; Qingre Chushi decoction; Fire needle therapy; Pain degree; Inflammatory factors

带状疱疹 (herpes zoster) 是由水痘-带状疱疹病毒引起的一种病毒性感染性疾病, 主要表现为沿神经分布的带状疱疹、红疹和神经痛, 身体单侧的一串水疱, 并伴有烧灼、刺痛感, 严重影响其生活质量^[1]。既往临床针对带状疱疹的治疗方案主要采用以伐昔洛韦为代表的抗病毒药物治疗, 该药物作为人工合成的嘌呤核苷类似物, 通过特异性抑制疱疹病毒DNA复制而发挥抗病毒作用, 从而有效缓解临床症状^[2]。然而, 单纯使用伐昔洛韦进行抗病毒治疗对带状疱疹的临床效果存在一定局限性, 其突出表现为患者疼痛缓解周期延长及皮疹消退速度减缓。在中医理论体系中, 带状疱疹归属于“蛇串疮”“缠腰火丹”范畴, 其核心病机在于肝胆湿热, 多因情志不畅致肝气郁结, 郁久化火, 兼之饮食失宜、外感湿热毒邪, 终成肝胆湿热证候, 故中医治疗重在清泄肝胆湿热、疏肝解郁以治其本^[3]。清热除湿汤为中医经典方剂, 具有清热解毒、泻火除湿的功效^[4]。火针疗法属于针刺疗法的一种, 具有祛邪外出、疏通经络, 行气活血, 扶正祛邪的功效, 对于带状疱疹的治疗有良好效果^[5]。因此, 本研究旨在探讨清热除湿汤联合火针治疗对带状疱疹患者中医证候积分及皮肤状况满意度的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2022年6月-2024年10月乌鲁木齐市中医医院收治的90例带状疱疹患者, 以随机数字表法分为对照组和观察组, 各45例。对照组男21例, 女24例; 年龄20~65岁, 平均年龄 (42.14 ± 6.91) 岁; 病程1~3周, 平均病程 (1.84 ± 0.51) 周。观察组男24例, 女21例; 年龄18~62岁, 平均年龄 (43.34 ± 6.98) 岁; 病程1~3周, 平均病程 (1.67 ± 0.54) 周。两组性别、年龄、病程比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$),

研究可比。本研究患者均知情同意并签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: ①符合《带状疱疹中国专家共识》^[6]中带状疱疹诊断标准, 均为急性发作期患者; ②年龄18~65岁; ③患者中医辨证分型为肝胆湿热型; ④无用药禁忌; ⑤对火针疗法治疗能够耐受。排除标准: ①伴有其他皮肤组织疾病; ②合并全身性其他组织器官的炎症疾病; ③同时采取其他中医治疗方案影响结果判定的患者; ④评价指标数据有缺项或不全者; ⑤未完成完整治疗方案者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用常规西药治疗: 盐酸伐昔洛韦片 (丽珠集团丽珠制药厂, 国药准字 H10960079, 规格: 0.3 g) 口服, 0.3 g/次, 2次/d, 连续服用10 d。

1.3.2 观察组 采用常规西药联合清热除湿汤联合火针治疗: 西药治疗方法同对照组一致, 清热除湿汤方剂组成为: 龙胆草9 g、黄芩9 g、生石膏30 g、生地黄15 g、大青叶15 g、车前草15 g、白茅根15 g、板蓝根15 g、川楝子10 g、元胡10 g、丹参15 g、丹皮12 g、赤芍10 g、薏苡仁30 g、炙甘草6 g。每日1剂, 清水煎煮得到药汤200 ml, 在早晚餐后各服用1次, 服用2周。火针疗法: 根据患者皮损部位选择适宜的体位, 在针刺部位进行局部消毒, 左手持酒精灯用外焰烧红针体, 右手持毫火针 (0.25 mm × 25 mm), 迅速在疱疹疱疹壁紧张处或疼痛明显的阿是穴进行点刺, 深度一般为2~3 mm。对于疱疹密集区域, 可每隔1~2 cm点刺1针, 点刺结束后嘱患者伤口创面保持干燥, 隔日治疗1次。

1.4 观察指标

1.4.1 评估两组临床疗效 显效: 症状消退, 中医证候下降 $>80\%$; 有效: 症状无改善, 中医证候下降30%~80%; 无效: 症状无改善, 中医证候下

降 $<30\%$ ^[7]。总有效率=显效率+有效率。

1.4.2 评估两组中医证候积分 于治疗前后评估患者的中医证候,包括皮损鲜红、疱壁破溃、灼热刺痛、舌红苔黄,各项目评分为0~6分,分值越高表明患者的证候越严重。

1.4.3 评估两组疼痛程度 于治疗前、治疗后3、7、14 d,以视觉模拟评分量表(VAS)评估患者的疼痛程度,该量表得分范围0~10分,得分越低表明患者的疼痛程度越轻。

1.4.4 检测两组炎症因子水平 采集患者空腹静脉血3 ml,进行离心分离(3000 r/min离心15 min,离心半径为10 cm),以ELISA法检测红细胞沉降率(ESR)、C反应蛋白(CRP)水平。

1.4.5 记录两组不良反应发生率 记录两组恶心呕吐、腹泻腹痛、食欲不振、局部刺痛的发生情况。

1.4.6 调查两组皮肤状况满意度 治疗结束后采用自制满意度问卷调查表对患者皮肤状况满意度进行调查,包括皮肤颜色、色素沉着、皮损程度、皮肤舒适度4个维度,各维度得分0~5分,总分范围0~20分。根据得分情况划归3个层级,非

常满意(16~20分)、满意(10~15分)和不满意(<10 分)。满意度=非常满意率+满意率。

1.5 统计学方法 采用SPSS 25.0统计学软件进行数据分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行 t 检验;计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组中医证候积分比较 观察组治疗后皮损鲜红、疱壁破溃、灼热刺痛、舌红苔黄积分均低于对照组($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组疼痛程度比较 观察组治疗3、7、14 d的VAS评分均低于对照组($P < 0.05$),见表3。

2.4 两组炎症因子水平比较 观察组治疗后ESR、CRP水平低于对照组($P < 0.05$),见表4。

2.5 两组不良反应发生率比较 两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表5。

2.6 两组皮肤状况满意度比较 观察组患者皮肤状况满意度高于对照组($P < 0.05$),见表6。

表1 两组临床疗效比较 $[n(\%)]$

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率
观察组	45	26 (57.78)	15 (33.33)	4 (8.89)	41 (91.11)*
对照组	45	20 (44.44)	13 (28.89)	12 (26.67)	33 (73.33)

注: * 与对照组比较, $\chi^2=4.865$, $P < 0.05$ 。

表2 两组中医证候积分比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	<i>n</i>	皮损鲜红		疱壁破溃		灼热刺痛		舌红苔黄	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	5.13 $\pm$ 0.66	1.67 $\pm$ 0.42*	5.12 $\pm$ 0.65	1.76 $\pm$ 0.44*	4.94 $\pm$ 0.83	1.88 $\pm$ 0.49*	4.92 $\pm$ 0.84	1.97 $\pm$ 0.52*
对照组	45	5.21 $\pm$ 0.71	1.98 $\pm$ 0.45*	5.03 $\pm$ 0.71	2.09 $\pm$ 0.52*	5.02 $\pm$ 0.91	2.24 $\pm$ 0.53*	5.01 $\pm$ 0.85	2.45 $\pm$ 0.58*
<i>t</i>		0.554	3.378	0.627	3.249	0.436	3.345	0.505	4.134
<i>P</i>		0.581	0.001	0.532	0.002	0.664	0.001	0.615	0.000

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

表3 两组疼痛程度比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗3 d	治疗7 d	治疗14 d
观察组	45	7.53 $\pm$ 1.66	4.77 $\pm$ 0.82*	2.32 $\pm$ 0.61*	1.36 $\pm$ 0.44*
对照组	45	7.41 $\pm$ 1.71	5.51 $\pm$ 0.95*	2.98 $\pm$ 0.68*	1.89 $\pm$ 0.52*
<i>t</i>		0.338	3.955	4.487	5.219
<i>P</i>		0.736	0.000	0.000	0.000

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

表4 两组炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	ESR (mm/h)		CRP (ng/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	72.12 ± 8.04	32.43 ± 5.15*	35.72 ± 4.29	11.09 ± 2.61*
对照组	45	71.36 ± 7.64	37.31 ± 5.43*	36.55 ± 5.25	14.85 ± 3.14*
t		0.460	4.374	0.821	6.177
P		0.647	0.000	0.414	0.000

注：与同组治疗前比较，* $P < 0.05$ 。

表5 两组不良反应发生率比较 [n (%)]

组别	n	恶心呕吐	腹泻腹痛	食欲不振	局部刺痛	发生率
观察组	45	2 (4.44)	1 (2.22)	1 (2.22)	1 (2.22)	5 (11.11) *
对照组	45	2 (4.44)	1 (2.22)	1 (2.22)	0	4 (8.89)

注：*与对照组比较， $\chi^2=0.450$ ， $P > 0.05$ 。

表6 两组皮肤状况满意度比较 [n (%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	45	27 (60.00)	15 (33.33)	3 (6.67)	42 (93.33) *
对照组	45	21 (46.67)	13 (28.89)	11 (24.44)	34 (75.56)

注：*与对照组比较， $\chi^2=5.414$ ， $P < 0.05$ 。

3 讨论

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒再次激活引起的急性感染性皮肤病，其发病率较高。目前已有研究表明^[8]，水痘-带状疱疹病毒感染是该病的直接致病机制，该病毒通过呼吸道飞沫或直接接触传播后，沿感觉神经纤维逆向转运至感觉神经节建立潜伏感染。当机体免疫力下降时，病毒重新激活并复制，引发神经节及周围组织的炎症反应，临床表现为特征性的节段性皮肤损害和神经病理性疼痛。另外，免疫功能减退、年龄因素、环境因素、饮食因素等均为该病的诱发因素。在临床治疗方面，西医治疗带状疱疹以抗病毒为首要原则，其中伐昔洛韦作为抗疱疹病毒的一线药物，通过选择性抑制病毒DNA聚合酶，有效阻断病毒复制过程^[9]。然而，伐昔洛韦作为单一治疗方案在临床应用中仍存在明显不足，具体表现为对皮肤组织修复的促进作用有限，且对急性期神经痛症状的缓解效果不佳。而中医认为肝胆湿热是该病首要病机，患者受到自身情志不畅，加之饮食不节、外感毒邪，以致于湿热内

蕴、阻滞经络，进而出现肝气郁结，气郁化火，形成肝胆郁热^[10]。基于此，中医治疗强调疏肝解郁以调畅气机，配合清热利湿、解毒通络等法，标本兼顾。

本研究结果显示，观察组治疗总有效率高干对照组 ($P < 0.05$)；观察组治疗后皮损鲜红、疱壁破溃、灼热刺痛、舌红苔黄积分均低于对照组 ($P < 0.05$)，表明在常规西医治疗基础上，清热除湿汤联合火针治疗的效果良好。这是因为清热除湿汤为中医经典方剂，全方由龙胆草、黄芩、生石膏、生地黄、大青叶、车前草、白茅根、板蓝根、川楝子、元胡、丹参、丹皮、赤芍、薏苡仁、炙甘草等中药材组成，方中龙胆草、黄芩以清肝经湿热；生石膏能清阳明气分之热；大青叶、板蓝根能清热解毒、凉血止血；川楝子、延胡索疏肝理气；生地黄清热凉血，同时养阴生津，预防苦燥药物伤阴；车前草、薏苡仁、白茅根淡渗利湿，帮助邪气通过小便排出；牡丹皮、赤芍、丹参凉血活血；炙甘草调和诸药。全方共奏清肝泄热、解毒除湿、攻补兼施之功，由此对

于带状疱疹患者发挥良好的治疗效果^[11]。另外,火针疗法作为一种中医经典针刺疗法,通过温热刺激和机械刺激,疏通经络,调和气血,促使局部气血流畅,使局部瘀血去新血生。且火针通过高温刺激局部穴位或疱疹周围,可瞬间破坏病毒复制环境,同时激发人体痛阈调节机制,促进内源性镇痛物质(如内啡肽)释放,缓解神经炎症反应^[12, 13]。因此,采取清热除湿汤联合火针疗法能够提升患者的治疗效果,进而缓解患者的中医证候。观察组治疗3、7、14 d的VAS评分均低于对照组($P<0.05$);观察组治疗后ESR、CRP水平低于对照组($P<0.05$)。原因分析:火针的高温刺激可快速抑制痛觉神经传导并促进内源性镇痛物质释放,其物理效应同时改善局部微循环,加速炎性介质清除。清热除湿汤中的活性成分通过抑制关键炎症信号通路,有效下调促炎因子表达,并调控肝脏急性期蛋白合成,降低CRP水平,这种联合干预还能改善血液流变学特性,减少红细胞聚集,从而降低ESR值^[14-16]。观察组不良反应发生率与对照组相近($P>0.05$)。分析认为,清热除湿汤联合火针治疗具有良好的安全性,不会对身体产生严重的不良反应。观察组患者皮肤状况满意度高于对照组($P<0.05$),表明清热除湿汤联合火针治疗不仅能够快速缓解临床症状、促进疱疹症状的消退,还能促进皮肤屏障功能的全面修复,改善患者皮肤状况,从而获得更高的患者满意度。

综上所述,清热除湿汤联合火针治疗联合常规西医治疗带状疱疹的临床疗效较好,可降低中医证候积分,减轻疼痛感,抑制炎症因子水平,提高患者皮肤状况满意度,且安全性较高。

[参考文献]

- [1]于澎,倪家骧,赵文星,等.超声引导下脊神经根脉冲射频联合臭氧注射治疗不同病程带状疱疹后神经痛患者的疗效[J].中华疼痛学杂志,2024,20(3):410-414.
- [2]钟征明,唐上丽,林世锋.不同剂量泼尼松联合伐昔洛韦治疗带状疱疹的疗效比较[J].临床药物治疗杂志,2023,21(10):52-56.
- [3]厉若男,宋进,王玉忠.带状疱疹后神经痛的发病机制和诊治研究进展[J].中华诊断学电子杂志,2024,12(3):199-205.
- [4]张禹,孟晓敏,张猛,等.调气法针刺联合加巴喷丁治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察及对血清 β -EP和NK-1水平的影响[J].上海针灸杂志,2024,43(3):301-306.
- [5]徐纬,张祖勇,孙丹,等.调神针法对带状疱疹后遗神经痛患者疼痛程度、负性情绪和睡眠质量的影响[J].针刺研究,2024,49(5):499-505.
- [6]中国医师协会皮肤科医师分会带状疱疹专家共识工作组.带状疱疹中国专家共识[J].中华皮肤科杂志,2018,51(6):611-616.
- [7]于萍,董兴娟,刘焕强,等.益气活血止痛汤联合二味拔毒散对老年带状疱疹患者NSE、PGE2水平的影响[J].中国老年学杂志,2024,29(8):181-187.
- [8]郭宏,扈瑞平,马艳华,等.水痘-带状疱疹病毒的致病机制与防治[J].内蒙古医科大学学报,2021,43(2):210-213,217.
- [9]袁峰,张书力,李少军,等.血清miR-21、缺氧诱导因子-1 α 水平在带状疱疹患者治疗前后变化及评估后遗神经痛的分析[J].实用医学杂志,2023,39(3):364-368.
- [10]刘志勇,秦万里,孙丽蕴,等.清热除湿汤治疗带状疱疹肝经郁热证的随机对照试验[J].中医杂志,2023,64(11):1124-1129.
- [11]裴志勇,郭梁.含毫火针的三联疗法对带状疱疹患者疱疹改善情况及淋巴细胞比例的影响[J].中国中医急症,2024,33(10):1780-1783.
- [12]李玉秋,王琛,韦兰,等.带状疱疹急性期患者血清前炎性细胞因子、免疫球蛋白和T淋巴细胞亚群水平与后遗神经痛的相关性分析[J].河北医药,2020,42(6):805-809.
- [13]鲁娜,陈王蔚,王璇,等.毫火针治疗肝经郁热型头面部带状疱疹即刻止痛效果的临床观察及对血清中IL-6和SP的影响[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2024,23(1):52-55.
- [14]叶子愚,刘露,梁雪松,等.符文彬教授整合思维“一针二灸三巩固”模式治疗喉带状疱疹伴声带麻痹的临床经验[J].中国针灸,2024,44(2):195-199.
- [15]原铭,赵惠.中医治疗带状疱疹后遗神经痛的研究进展[J].中医学,2024,13(6):1370-1375.
- [16]李吴雨,吴节.基于“菟陈则除之”探讨刺络拔罐法在带状疱疹后神经痛治疗中的应用[J].成都中医药大学学报,2023,46(2):8-11.

收稿日期: 2025-6-24 编辑: 周思雨