

升麻鳖甲汤加减联合调神针法对带状疱疹患者疼痛及炎症因子的影响

张玉¹, 肖洪波¹, 刘飞², 王润昕³, 朱庆军^{1*}

1. 安徽中医药大学第一附属医院, 安徽 合肥 230031; 2. 太和县人民医院, 安徽 阜阳 236699;
3. 合肥市巢湖爱心医院, 安徽 合肥 238008

摘要 目的: 对带状疱疹(HZ)患者给予升麻鳖甲汤加减联合调神针法, 分析其对患者疼痛及炎症因子的影响。方法: 将安徽中医药大学第一附属医院 2022 年 1 月—2025 年 1 月收治的 98 例 HZ 患者按照随机数字表法分为对照组(49 例, 调神针法)和联合组(49 例, 升麻鳖甲汤加减联合调神针法)。比较两组患者临床疗效、疼痛情况[视觉模拟评分法(VAS)]、血清疼痛介质[神经降压肽(NT)、 β -内啡肽(β -EP)和 P 物质(SP)]水平、血清炎症因子[白介素-2(IL-2)、白介素-6(IL-6)和肿瘤坏死因子- α (TNF- α)]水平及不良反应发生情况。结果: 与对照组比较, 联合组治疗总有效率较高($P < 0.05$), 联合组治疗 7 d 后、14 d 后 VAS 评分均较低($P < 0.05$, $P < 0.01$), 联合组血清 NT、 β -EP 水平均较高($P < 0.01$); 血清 SP 水平较低($P < 0.01$), 联合组 IL-2 较高($P < 0.01$), IL-6、TNF- α 水平均较低($P < 0.01$), 不良反应总发生率较低($P < 0.01$)。结论: 升麻鳖甲汤加减联合调神针法治疗 HZ 效果较佳, 可有效缓解疼痛, 调节疼痛相关介质及炎症因子水平, 且不良反应较少。

关键词 带状疱疹; 升麻鳖甲汤; 调神针法; 疼痛; 炎症因子

中图分类号: R275.9

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)09-0094-05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260187

带状疱疹(Herpes zoster, HZ)特点是带状样皮疹和疼痛, 常见于神经节周围^[1-2]。大部分患者症状是自限性的, 但部分患者遭受后遗神经痛的影响, 带状疱疹性神经痛(Herpes zoster neuralgia, PHN)是指 HZ 皮疹愈合后持续存在 1 个月以上的神经痛^[3-4]。临床多采用抗病毒、抗炎、营养神经及止痛治疗^[5-6]。中医认为, HZ 与肝气郁结有关, 外感湿热火毒, 邪气入里化火后泛发于皮肤, 中药治疗具有一定的优势^[7]。升麻鳖甲汤是《金匮要略》中治疗阴阳毒的重要方剂, 由升麻、鳖甲、当归、雄黄、蜀椒、甘草等组成, 主治肝经血分热毒之证^[8-9]。然而, 近年来多见升麻鳖甲汤用于血液病治疗, 在 HZ 治疗方面仍需验证。基于此, 本研究通过探讨升麻鳖甲汤加减联合调神针法治疗 HZ 的临床疗效, 分析其对疼痛及炎症因子的影响, 具体报道

如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入病例均为安徽中医药大学第一附属医院 2022 年 1 月—2025 年 1 月收治的 98 例 HZ 患者, 根据随机数字表法分为对照组和联合组, 每组 49 例。两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。本研究经安徽中医药大学第一附属医院医学伦理委员会审批(2022AL-016)。

1.2 诊断标准

西医诊断符合文献^[10]中 HZ 诊断标准, ①临床表现: 在出疹前, 患者可能会有轻度乏力、低热、纳差等全身症状, 患处皮肤自觉灼热或灼痛, 触之有明显的痛觉敏感, 这些症状可能持续 1~5 d, 也可能无前驱症状即发疹; ②体格检查: 带状疱疹的皮疹通常沿神经根单侧分布; ③实验室检查: 病毒学检查疱疹病变中的水痘-带状疱疹病毒 DNA, 血清学检查患者体内的水痘带状疱疹病毒抗体。

中医符合气滞血瘀证型, 主症: 皮疹消退后局部仍疼痛不止, 痛如针刺。次症: 胸胁胀闷, 入夜痛甚, 舌质紫暗或有瘀斑, 脉弦涩。

收稿日期: 2025-05-29 修回日期: 2026-05-20

基金项目: 安徽省临床重点专科项目合同书(皖卫医秘[2022]105号)

作者简介: 张玉(1995-), 女, 主治医师, 主要从事针灸技术及临床应用研究。

* 通信作者: 朱庆军(1968-), 男, 主任医师, 主要从事针灸技术及临床应用研究。

1.3 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②患者自觉明显疼

痛;③无严重致命性疾病;④视觉模拟评分法(VAS)≥5分;⑤知情同意本研究。

表 1 两组 HZ 患者一般资料比较

组别	例数	性别[例(%)]		平均年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	平均 HZ 病程($\bar{x} \pm s$)/d	皮损部位[例(%)]		
		男	女性			头面部	胸部及躯干	其他
对照组	49	29(59.18)	20(40.82)	53.03 ± 6.13	6.96 ± 1.09	11(22.45)	26(53.06)	12(24.49)
观察组	49	27(55.10)	22(44.90)	52.74 ± 6.06	6.94 ± 1.17	12(24.49)	25(51.02)	12(24.49)
χ^2/t 值		0.167		0.236	0.088		0.060	
P 值		0.683		0.814	0.930		0.969	

1.4 排除标准

①心力衰竭、高血压、糖尿病者;②肝肾功能异常者;③认知障碍或合并精神疾病者;④神经组织部位或邻近部位感染者;⑤妊娠、哺乳期患者;⑥其他原因导致免疫力低下者;⑦精神病或既往精神病史、精神病家族史者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

对照组采用调神针法治疗,①选穴(双侧):神门、百会、四神聪、内关、申脉、合谷、照海、太冲、足三里、三阴交。②治疗:a. 仰卧,四神聪透百会,用 0.30 mm × 40 mm 毫针以 15°角左右快速刺入四神聪局部皮肤;b. 经帽状腱膜沿百会方向缓慢推进 20~25 mm,得气,采取捻转平补平泻法,留针 30 min;c. 隔 10 min 行针 1 次;d. 对双侧神门、内关、申脉、照海、合谷、太冲、足三里、三阴交等穴用毫针直刺,合谷、太冲用泻法,其余穴位用平补平泻法,得气后均留针 30 min。每日 1 次,连续治疗 6 次后休息 1 d,共治疗 12 次。

1.5.2 联合组

联合组加用升麻鳖甲汤加减治疗,组方:升麻 30 g,鳖甲 20 g,当归、甘草、生地黄、桑白皮、牡丹皮各 10 g,赤芍、玄参、葛根各 15 g。中药方剂统一由安徽中医药大学第一附属医院中药制剂部用统一的煎药机代煎,用统一真空包装,150 mL/袋,分早晚 2 次饭后 30 min 口服,连续口服 14 d。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 临床疗效

①显效:疼痛、瘙痒等完全消失,皮损面积缩小 > 75%。②有效:症状明显好转,皮损面积缩小 50%~75%。③无效:症状无变化,皮损面积缩小 < 50%^[11]。有效率 = (显效例数 + 有效例数)/总例数 × 100%。

1.6.2 疼痛情况

分别于治疗前、治疗 7 d 后和治疗 14 d 后用视觉模拟评分法(Visual analogue scoring method,VAS)评分评估患者的疼痛情况,总分 10 分,评分越高,疼痛越严重。

1.6.3 血清疼痛介质水平

采集治疗前、治疗 14 d 后晨起肘部空腹静脉血 3 mL,常规离心分离后取上层血清。用酶联免疫吸附试验检测两组患者血清神经降压肽(Neuroantihypertensive peptide,NT)、β-内啡肽(β-endorphin,β-EP)和 P 物质(Substance P,SPSP)水平,按照试剂盒要求操作。

1.6.4 血清炎症因子水平

血清采集同 1.6.3。用酶联免疫吸附试验检测两组患者血清白介素-2(IL-2)、白介素-6(IL-6)和肿瘤坏死因子-α(TNF-α)水平,所有操作均严格按照试剂盒要求进行。

1.6.5 不良反应发生情况

记录所有患者治疗期间头晕、嗜睡、乏力、口干、恶心呕吐等发生情况。

1.7 统计学方法

用 SPSS 26.0 分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料以例(%)表示,行 χ^2 检验,等级资料行秩和检验。

2 结果

2.1 临床疗效

与对照组比较,联合组治疗总有效率较高($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组 HZ 患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
联合组	49	28(57.14)	13(26.53)	8(16.33)	41(83.67)
对照组	49	15(30.61)	16(32.65)	18(36.73)	31(63.27)
Z/χ^2 值			2.824		5.235
P 值			0.005		0.022

2.2 VAS 评分

联合组治疗 7 d 后、14 d 后 VAS 评分均低于对照组($P < 0.05, P < 0.01$),见表 3。

表 3 两组 HZ 患者 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)				
组别	例数	治疗前	治疗 7 d 后	治疗 14 d 后
联合组	49	7.44 ± 0.57	5.17 ± 0.70 *	3.24 ± 0.47 *
对照组	49	7.56 ± 0.62	5.46 ± 0.68 *	2.18 ± 0.40 *
<i>t</i> 值		0.997	2.080	12.023
<i>P</i> 值		0.321	0.040	<0.001

注:与同组治疗前比较,**P*<0.05。

表 4 两组 HZ 患者血清疼痛介质水平比较($\bar{x} \pm s$)							
组别	例数	NT/(pg/mL)		β-EP/(ng/L)		SP/(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	49	3.56 ± 0.53	10.09 ± 1.13 *	55.84 ± 6.34	94.25 ± 10.15 *	238.32 ± 25.18	150.65 ± 17.35 *
对照组	49	3.65 ± 0.58	7.43 ± 0.89 *	56.01 ± 7.10	81.23 ± 8.86 *	239.01 ± 25.36	194.31 ± 20.18 *
<i>t</i> 值		0.802	12.945	0.125	6.765	0.135	11.484
<i>P</i> 值		0.425	<0.001	0.901	<0.001	0.893	<0.001

注:与同组治疗前比较,**P*<0.05。

表 5 两组 HZ 患者血清炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)							
组别	例数	IL-2/(pg/mL)		IL-6/(μg/L)		TNF-α/(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	49	10.56 ± 1.46	17.43 ± 2.89 *	1.79 ± 0.30	0.93 ± 0.18 *	22.13 ± 3.18	15.46 ± 2.19 *
对照组	49	10.65 ± 1.48	15.09 ± 2.13 *	1.82 ± 0.31	1.27 ± 0.20 *	22.20 ± 3.17	19.71 ± 3.14 *
<i>t</i> 值		0.303	4.563	0.487	8.845	0.109	7.771
<i>P</i> 值		0.763	<0.001	0.628	<0.001	0.913	<0.001

注:与同组治疗前比较,**P*<0.05。

2.5 不良反应发生情况

(*P*<0.01),见表 6。

联合组患者不良反应总发生率低于对照组

表 6 两组 HZ 患者不良反应发生情况[例(%)]							
组别	例数	头晕	嗜睡	乏力	口干	恶心呕吐	不良反应总发生
联合组	49	9(18.37)	0(0.00)	1(2.04)	1(2.04)	6(12.24)	17(34.69)
对照组	49	11(22.45)	3(6.12)	7(14.29)	5(10.20)	8(16.33)	34(69.39)
χ^2 值							11.816
<i>P</i> 值							0.001

3 讨论

HZ 为一种自限性疾病,治疗后易出现神经痛,且多发于老年患者,是临床中较难治的慢性神经疼痛综合征,临床治疗多以降低急性 HZ 相关疼痛为主,如给予药物、物理和神经阻滞等治疗^[12]。中医认为,HZ 属“蛇串疮”范畴,邪毒阻络、血行不畅、瘀而致痛,治疗以祛痛、缓痛为主。针灸是中医镇痛重要方式之一,调神针法注重疏肝与调神,共同通畅全身气机,促进机体气血津液有效运行,从而发挥疏通经络、调节脏腑阴阳。

VAS 评分越高,患者疼痛越严重^[13]。本研究探讨升麻鳖甲汤加减联合调神针法治疗 HZ 的效果,结果

2.3 血清疼痛介质水平

治疗后,联合组血清 NT、β-EP 水平均高于对照组(*P*<0.01);血清 SP 水平均低于对照组(*P*<0.01),见表 4。

2.4 血清炎症因子水平比较

治疗后,联合组 IL-2 高于对照组(*P*<0.01);IL-6、TNF-α 水平均低于对照组(*P*<0.01),见表 5。

显示,联合组治疗总有效率较对照组高,治疗 7 d 后、14 d 后 VAS 评分均较低。以上结果提示升麻鳖甲汤加减联合调神针法治疗 HZ 患者临床疗效较佳,可有效缓解患者疼痛。分析原因:庄礼兴教授的“调神针法”以“脑神学说”为立论基础,调神针法主穴大多在督脉上,督脉与脑的关系最为密切。调神针法中百会穴安神益智、疏通脑络、协调百脉,具有调神理气并升阳提气功效;神庭穴、四神聪、本神穴称为“三神穴”,均位于头部上方,三穴联用共同发挥调神功效;内关穴具有调畅情志、凝神静心的作用;太冲穴为肝经原气留止部位,可调神醒脑、疏肝解郁,主治眩晕、中风、胁痛;诸穴共同发挥疏肝调神、理气止痛之功效^[14]。本研究

患者伴有口干多饮、无口苦便秘,考虑患者病在厥阴,系厥阴血分热毒郁结,不通则痛,遂予以升麻鳖甲汤加減。升麻鳖甲汤中升麻可解时毒疔气,具有透毒外达之功,为君药;鳖甲滋阴养血、软坚散结,为臣药;甘草和中解毒,为佐药;当归补血调经、缓解疼痛,为使药;诸药合用,共奏清热解毒、活血化斑之功效^[15]。二者联合治疗,作用机制不同,发挥协同作用。

NT可抑制疼痛通路,提高痛觉阈值^[16]。 β -EP可发挥镇痛作用^[17]。SP可直接或间接参与痛觉传递^[18]。IL-2由活化的Th1细胞产生,是保障机体正常免疫功能的一种最关键细胞因子,可维持活性T细胞增生,促进NK细胞产生干扰素。HZ患者急性期,细胞免疫受抑制,血清IL-2水平显著降低^[19]。IL-6作为双重作用细胞因子,表达水平较低时有助于神经系统的正常发育和修复,高表达时对神经系统造成一定的损伤^[20]。TNF- α 可刺激中性粒细胞释放氧自由基和蛋白分解酶,中枢神经系统产生的TNF- α 可能在持续性神经痛方面发挥重要作用。经治疗后,与对照组比较,联合组NT、 β -EP水平均较高,SP水平较低,提示升麻鳖甲汤加減联合调神针法治疗可有效调节HZ患者血清疼痛相关介质和炎症因子水平,减轻患者疼痛。这是因为,调神针法治疗时所用透刺法可有效发挥安神镇静、减轻疼痛的作用^[21-22]。升麻鳖甲汤可抑制炎症因子的释放,减轻炎症反应;其对免疫的调节作用可有效促进患者病情恢复,从而减轻疼痛,改善疼痛介质及炎症因子水平^[23]。联合组患者不良反应总发生率低于对照组,提示升麻鳖甲汤加減联合调神针法治疗并未增加不良反应的发生风险。

综上所述,采用升麻鳖甲汤加減联合调神针法治疗HZ患者效果显著,在缓解患者疼痛、调节疼痛相关介质及炎症因子水平方面均发挥较好的作用,且未增加不良反应的发生风险。

参考文献:

- [1] WATANABE A H, VEETIL S K, LE L M, et al. Clinical and economic implications of increasing access to herpes zoster vaccination rate in community pharmacies[J]. J Am Pharm Assoc, 2023, 63(5): 1530-1538.
- [2] ONO H, YAMAGUCHI R, ANZAWA K, et al. Detection of Varicella-zoster virus in two dermatomes of herpes zoster duplex bilateralis in an immunocompetent host[J]. J Dermatol, 2024, 51(1): 98-100.
- [3] BOLCHINI M, CORTINOVIS M, ZAVARISE P, et al. Atypical presentation of herpes zoster with cranial neuralgia and nodular skin lesions, a case report[J]. Neurol Sci, 2024, 45(6): 2923-2925.
- [4] ZHAO C M, ZHANG T J, ZHU Q, et al. PROCESS trial: effect of duloxetine premedication for postherpetic neuralgia within 72 hours of herpes zoster reactivation—a randomized controlled trial[J]. Clin Infect Dis, 2024, 78(4): 880-888.
- [5] NIU X W, NI H, DAI S. Efficacy of vitamin C combined with famciclovir in the treatment of post-herpetic neuralgia[J]. Curr Top Nutra-ceutical Res, 2022, 20(4): 598-602.
- [6] XIONG Z, TANG X Y, HUANG L H, et al. A clinical study on the treatment of postherpetic neuralgia with pulsed radiofrequency of the dorsal root ganglion with pain management[J]. Neurology Asia, 2020, 25(3): 313-317.
- [7] 王婧琳, 李鸿涛, 陈广坤, 等. 从“火毒伏络”论老年性带状疱疹之病机演变及治法[J]. 中国中医急症, 2024, 33(2): 240-243, 251.
- [8] 胡丽霞, 邹国明, 吴娜, 等. 升麻鳖甲汤对银屑病小鼠表皮炎症及角质形成细胞增殖的影响[J]. 中医药导报, 2024, 30(10): 6-10.
- [9] 杨东, 雷根平, 马宇. 《金匱要略》“身痛如被杖”相关问题探讨[J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47(12): 1479-1484.
- [10] 冉玉平. 常见皮肤病性诊断与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 16-17.
- [11] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 144-145.
- [12] 章阳, 金毅. 早期干预防带状疱疹后神经痛临床进展[J]. 中国疼痛医学杂志, 2023, 29(5): 376-380.
- [13] 邢高升, 张基红, 唐秦. CT引导下椎间孔穿刺射频热凝联合富血小板血浆注射治疗对上胸段顽固性带状疱疹后神经痛的临床疗效[J]. 临床和实验医学杂志, 2023, 22(18): 1964-1968.
- [14] 林小杨, 沈秋烟, 于珺, 等. 庄礼兴教授分期治疗带状疱疹临床经验探析[J]. 天津中医药, 2020, 37(10): 1127-1130.
- [15] 司雨平, 崔思远, 魏文健, 等. 升麻鳖甲汤对急性髓系白血病模型小鼠骨髓线粒体分裂及自噬相关蛋白表达的影响[J]. 中医杂志, 2023, 64(14): 1475-1482.
- [16] 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.
- [17] 黄竞威, 郝霞, 江顺波, 等. 超声引导下中医内热针治疗腰椎内固定术后腰痛的疗效分析及对血清5-HT、SP、 β -EP水平的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2023, 33(18): 52-58.
- [18] 魏会聪, 赵琴, 李婵, 等. 腕踝针联合静脉自控镇痛对胸外科手术术后疼痛程度、炎症疼痛介质及应激激素表达的影响研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2023, 22(4): 400-403.
- [19] 樵书宏, 寇鹏涛, 郭娟莉, 等. 更昔洛韦联合干扰素治疗带状疱疹对患者临床症状、神经疼痛和血清IL-2、IL-6水平的影响[J]. 海南医学, 2023, 34(10): 1424-1428.
- [20] 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期刊, 2024, 23(1): 52-55.
- [21] 徐伟, 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.
- [22] 王澍欣, 庄驹, 廖穆熙, 等. 庄礼兴“调神针法”治疗带状疱疹后遗神经痛经验[J]. 中国针灸, 2019, 39(10): 1095-1098.
- [23] 邓嘉帅, 江泳. 基于升麻鳖甲汤组方原理探讨“火郁发之”的内涵与应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(4): 560-562.

Influence of Modified Shengma Biejia Decoction Combined with Tiaoshen Acupuncture Therapy on Pain and Inflammatory Factors in Patients with Herpes Zoster

ZHANG Yu¹, XIAO Hongbo¹, LIU Fei², WANG Runxin³, ZHU Qingjun¹

1. *The First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230031, China;*

2. *Taihe County People's Hospital, Fuyang 236699, China;*

3. *Chaohu Love Hospital, Hefei 238008, China*

Abstract Objective: To perform modified Shengma Biejia Decoction combined with Tiaoshen acupuncture therapy for patients with herpes zoster (HZ), and analyze the influence on pain and inflammatory factors. Methods: According to the random number table method, 98 patients with HZ admitted to the hospital from January 2022 to January 2025 were divided into control group ($n = 49$, Tiaoshen acupuncture method) and combined group ($n = 49$, modified Shengma Biejia Decoction combined with Tiaoshen acupuncture therapy). The clinical efficacy, pain status [visual analogue scale (VAS)], serum pain mediators [neurotensin (NT), β -endorphin (β -EP), substance P (SP)], serum inflammatory factors [interleukin-2 (IL-2), interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor- α (TNF- α)] and occurrence of adverse reactions were compared between groups of patients. Results: Compared with the control group, the combined group had higher total effective rate of treatment ($P < 0.05$). The VAS scores in the combined group after 7 days and 14 days of treatment were lower ($P < 0.05$), and the levels of serum NT and β -EP were higher ($P < 0.05$) while the level of serum SP was lower ($P < 0.05$). The combined group had higher IL-2 ($P < 0.05$), lower levels of IL-6 and TNF- α ($P < 0.05$) and lower total incidence rate of adverse reactions ($P < 0.05$). Conclusion: The combination of modified Shengma Biejia Decoction and Tiaoshen acupuncture therapy is effective in the treatment of HZ, and it can effectively relieve the pain, and regulate the levels of pain-related mediators and inflammatory factors, with few adverse reactions.

Key words Herpes zoster; Shengma Biejia Decoction; Tiaoshen acupuncture therapy; Pain; Inflammatory factors