regulated protein kinases 1/2-cyclooxygenase-2-prostaglandin E2 pathway[J]. Korean J Pain, 2020, 33(4): 335-343.
[20] SINGH A, UPADHAYAY S, MEHAN S. Understanding abnormal c-JNK/p38MAPK signaling overactivation involved in the progression of multiple sclerosis: possible therapeutic targets and impact on neurodegenerative diseases[J]. Neurotox Res, 2021, 39(5): 1630-1650.

【责任编辑：宋威】

火针联合滋肾清肝汤治疗肝经郁热证带状疱疹的临床观察

闫智会， 王玉， 袁鹏飞， 李苗
（承德市中医院针灸科，河北承德 067000）

摘要：【目的】观察火针联合滋肾清肝汤治疗肝经郁热证带状疱疹的临床疗效。**【方法】**将60例肝经郁热证带状疱疹患者随机分为观察组和对照组，每组各30例，对照组给予火针刺入疱疹处治疗，观察组在对照组治疗的基础上，给予滋肾清肝汤联合治疗。2组均治疗4周。治疗1个月后，评价2组临床疗效，观察2组患者治疗后临床症状消退时间，包括疱疹停止出现（无新水疱出现的时间）、疱疹完全消退（疱疹出现至完全消退的时间）、疼痛消失（疼痛发作至开始减轻的时间）、结痂（疱疹治疗后至结痂的时间）、脱痂（结痂至脱痂的时间）。比较2组患者治疗前后疼痛视觉模拟量表（VAS）评分以及P物质（SP）、前列腺素E2（PGE2）和β-内啡肽（β-EP）的变化情况，以及免疫球蛋白A（IgA）、免疫球蛋白G（IgG）、免疫球蛋白M（IgM）的情况。并评价2组的安全性及不良反应的发生情况。**【结果】**（1）观察组总有效率为96.67%（29/30），对照组为80.00%（24/30）。观察组疗效优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。（2）治疗后，观察组的疱疹停止出现时间、疱疹完全消退时间、疼痛消失时间、结痂时间、脱痂时间均明显优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。（3）治疗后，2组患者的SP、PGE2、β-EP水平均明显改善（$P<0.05$），且观察组在改善SP、PGE2、β-EP水平方面明显优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。（4）治疗后，2组患者的VAS评分明显改善（$P<0.05$），且观察组在改善VAS评分方面明显优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。（5）治疗后，2组患者的IgA、IgG、IgM水平明显改善（$P<0.05$），且观察组在改善IgA、IgG、IgM水平方面明显优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。（6）观察组不良反应发生率为10.00%（3/30），对照组为6.67%（2/30）。观察组与对照组的不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**【结论】**火针联合滋肾清肝汤治疗肝经郁热证带状疱疹，能明显缩短患者临床症状的消退时间，减轻患者的疼痛症状，疗效显著，且安全性高。

关键词：火针；针刺；滋肾清肝汤；体液免疫；疼痛介质；带状疱疹；临床观察
中图分类号：R246.9 **文献标志码：**A **文章编号：**1007-3213(2024)07-1812-08
DOI：10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2024.07.023

Clinical Observation on the Fire Needling Combined with *Zishen Qinggan* Decoction in the Treatment of Herpes Zoster with Heat Stagnation in the Liver Channel Syndrome

YAN Zhi-Hui, *WANG Yu*, *YUAN Peng-Fei*, *LI Miao*
(Dept. of Acupuncture and Moxibustion, Chengde Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chengde 067000 Hebei, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of fire needling combined with *Zishen Qinggan* Decoction in

收稿日期：2024-01-10
作者简介：闫智会（1983-），男，副主任医师；E-mail：rereo50@126.com
基金项目：承德市科技计划资助项目（编号：202301A026）

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

the treatment of herpes zoster with heat stagnation in the liver channel syndrome. **Methods** Sixty patients with herpes zoster of heat stagnation in the liver channel type were randomly divided into observation group and control group, 30 cases in each group. The control group was treated with fire needling into herpes, and the observation group was treated with *Zishen Qinggan* Decoction on the basis of the control group. Both groups were treated for four weeks. After one month of treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated. The regression time of clinical symptoms after treatment in the two groups was observed, including the stop of herpes (the time when no new blister appeared), the complete regression of herpes (the time from the appearance of herpes to the complete regression), the disappearance of pain (the time from the onset of pain to the beginning of relief), scab formation (the time from herpes treatment to scab formation), and decrustation (the time from scab formation to decrustation). The changes of Visual Analogue Scale (VAS) of pain score, substance P (SP), prostaglandin E2 (PGE2) and β-endorphin (β-EP), as well as immunoglobulin A (IgA), immunoglobulin G (IgG) and immunoglobulin M (IgM) were compared between the two groups before and after treatment. The safety and adverse reactions of the two groups were evaluated. **Results** (1) The total effective rate was 96.67% (29/30) in the observation group and 80.00% (24/30) in the control group. The curative effect of the observation group was superior to that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). (2) After treatment, the herpes stopping time, herpes complete regression time, pain disappearance time, scab formation time and scab removal time in the observation group were significantly superior to those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). (3) After treatment, the levels of SP, PGE2 and β-EP in the two groups were significantly improved ($P<0.05$), and the improvement of SP, PGE2 and β-EP in the observation group was significantly superior to that in the control group ($P<0.05$). (4) After treatment, the VAS scores of the two groups were significantly improved ($P<0.05$), and the improvement of VAS score in the observation group was significantly superior to that in the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). (5) After treatment, the levels of IgA, IgG and IgM in the two groups were significantly improved ($P<0.05$), and the improvement in the levels of IgA, IgG and IgM in the observation group was superior to that in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). (6) The incidence of adverse reactions in the observation group was 10.00% (3/30), the control group was 6.67% (2/30). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the observation group and the control group ($P>0.05$). **Conclusion** Fire needling combined with *Zishen Qinggan* Decoction in the treatment of herpes zoster with heat stagnation in the liver channel syndrome can significantly shorten the regression time of clinical symptoms and reduce the pain symptoms of patients. The curative effect is significant and the safety is high.

Keywords: fire needling; acupuncture; *Zishen Qinggan* Decoction; humoral immunity; pain mediators; herpes zoster; clinical observation

带状疱疹(herpes zoster)是由水痘带状疱疹病毒引起的急性炎症性皮肤病，中医称为“缠腰火丹”，民间俗称“蛇串疮”。临床表现以沿神经簇集分布疱疹和神经痛为主，免疫功能降低与带状疱疹发病密切相关，严重影响着患病人群的生活质量[1]。据报道，全球带状疱疹发病率为(3～5)例/1 000人年[2]。目前，临床上主要采用抗感染和抗病毒等西医疗法治疗，但由于毒副作用明显，整体疗效不佳。因此，需探索更有效的治疗方式以阻断或改善带状疱疹患者的临床症状。中医学认为，带状疱疹发病原因为肝气郁结，多属肝经郁热证[3]。由于肾阴虚损可导致肝血不足，因此，应以疏肝理气及温阳补肾为主治疗肝经郁热证带状疱疹。既往药理研究[4]显示，火针治疗热性疾病疗效显著。火针具有行气、发散之效，可使郁于肌表的热毒经由火针外散，以产生清热解毒、行气

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

活血及温经散寒的作用。阿是穴是针灸治疗带状疱疹的常用穴位，可通其经脉，调其气血，促进局部血液循环[5]。但是，长期单独实施火针针刺具有一定的局限性，如局部出血或血肿等。吴朝慧等[6]的研究发现，将针灸与中药等不同中医方法联合应用可提高带状疱疹的临床疗效。滋肾清肝汤标本兼治，重在调补肝肾。本研究采用以阿是穴为主穴的火针针刺联合滋肾清肝汤治疗肝经郁热证带状疱疹，取得显著疗效，现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2023年6月至2023年10月承德市中医院门诊收治的60例明确诊断为肝经郁热证带状疱疹的患者为研究对象，按随机数字表将患者随机分为观察组和对照组，每组各30例。本研究符合医学伦理学要求并通过承德市中医院伦理委员会的审核批准，伦理审批号：ZYYKY23008。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《临床诊疗指南》[7]的诊断标准：①带状疱疹单侧分布；②皮损在红斑的基础上出现簇集性水疱或大疱或血疱；③伴有明显间歇性神经痛，呈针扎样、烧灼样，甚至刀割样疼痛。

1.2.2 中医辨证标准

参照《中医病证诊断疗效标准》[8]中有关肝经郁热证带状疱疹的相关诊断标准拟定。带状疱疹皮疹鲜红、灼热刺痛，伴有口苦、咽干、心烦易怒，舌质红、苔薄黄、脉弦滑等。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准；②首次且单侧发病；③未经过任何治疗；④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①患有全身性皮肤病毒感染的患者；②合并有心、肝、肾等重要脏器严重功能障碍的患者；③合并有其他免疫相关性疾病的患者；④合并有严重血液系统疾病的患者；⑤神经或精神疾病的患者。

1.5 剔除标准

①不符合纳入标准而误入者；②研究资料不齐全而影响疗效判定者；③未按研究方案要求治疗者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组

给予火针刺入疱疹处治疗。主穴：以病灶部位局部阿是穴为主穴，针刺相应节段支沟、阴陵泉、行间、夹脊穴；配穴为曲池、血海、百虫窝、脾俞、中脘、天枢。具体针刺操作方法如下：患者取舒适体位，医者取阿是穴，酒精常规消毒针刺部位，采用中粗型号火针(苏州医疗用品厂有限公司，规格：0.8 mm × 25 mm)烧红透后快速刺至疱疹的头部、中部和尾部，刺入深度为2 ~ 3 mm，直进直出不留针。针刺完成后辅以火罐清除瘀血，无菌棉球擦拭污血。

1.6.2 观察组

在对照组治疗的基础上，给予滋肾清肝汤联合治疗。滋肾清肝汤药物组成：桑寄生、杜仲、黄精、五味子各10 g，栀子、黄芩各12 g，龙胆草、金银花、蒲公英、川楝子、生地各15 g，白芍、赤芍各20 g，牡丹皮30 g。水煎至200 mL，每日1剂，分2次服用。

1.6.3 疗程

火针每周治疗3次，治疗5次为1个疗程，共治疗4周。滋肾清肝汤口服4周。

1.7 观察指标

1.7.1 临床症状消退时间

观察2组患者治疗后的临床症状消退时间，包括疱疹停止出现(无新水疱出现的时间)、疱疹完全消退(疱疹出现至完全消退的时间)、疼痛消失(疼痛发作至开始减轻时的时间)、结痂(疱疹治疗后至结痂的时间)、脱痂(结痂至脱痂的时间)。

1.7.2 疼痛程度评估

观察2组患者治疗前后疼痛视觉模拟量表(vsual analogue scale，VAS)评分的变化情况。使用一条长约10 cm的游动标尺，一面标有10个刻度，两端分别为“0”分端和“10”分端，0分表示无痛，10分代表难以忍受的最剧烈的疼痛。中间部分表示不同程度的疼痛。让患者根据自我感觉在横线上划一记号，表示疼痛的程度。得分高低与疼痛程度呈正比[9]。

1.7.3 疼痛介质水平检测

分别于治疗前和治疗后抽取2组患者静脉血，由本院检验科对相关实验室指标进行检测。观察

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2组患者治疗前后疼痛介质水平的变化情况，疼痛介质指标包括P物质(substance P，SP)、前列腺素E2(prostaglandin E2，PGE2)及β-内啡肽(beta endorphins，β-EP)。采用ELISA法测定。血浆P物质的参考范围：70～300 pmol·L^{-1}；前列腺素E2的参考范围：0.2～0.7 ng·L^{-1}；β-内啡肽的参考范围：0～100 pg·mL^{-1}。

1.7.4　体液免疫功能指标

观察2组患者治疗前后体液免疫功能指标的变化情况。包括免疫球蛋白A(Immunoglobulin A，IgA)、免疫球蛋白G(Immunoglobulin G，IgG)、免疫球蛋白M(Immunoglobulin M，IgM)，采用免疫比浊法测定。IgA的参考范围0.7～3.5 g·L^{-1}；IgG的参考范围为7.0～16.6 g·L^{-1}；IgM的参考范围为0.5～2.6 g·L^{-1}。

1.8　疗效判定标准

参照《中医内科病证诊断疗效标准(六)》[10]采用尼莫地平法。疗效指数(%)=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

痊愈：疱疹结痂，疼痛症状消失，95%≤疗效指数≤100%；显效：多数疱疹结痂，疼痛症状显著缓解，70%≤疗效指数<95%；有效：少数疱疹结痂，疼痛症状有所缓解，30%≤疗效指数<70%；无效：疱疹及疼痛症状均无变化，疗效指数<30%。总有效率(%)=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.9　安全性评价

观察2组患者治疗期间不良反应的发生情况，以及患者的生命体征、三大常规、心电图和肝肾功能的变化情况。

1.10　统计学方法

采用SPSS 20.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组内比较采用配对t检验，组间比较采用独立样本t检验；计数资料采用率或构成比表示，组间比较采用卡方检验；等级资料组间比较采用Ridit分析。以$P<0.05$表示差异有统计学意义。

2　结果

2.1　2组患者基线资料比较

观察组30例患者中，男13例，女17例；年龄35～76岁，平均(53.11±4.37)岁；病程1～7 d，平均(4.14±0.63)d。对照组30例患者中，男14例，女16例；年龄38～78岁，平均(53.07±4.23)岁；病程1~7 d，平均(4.16±0.66)d。2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，表明2组患者的基线特征基本一致，具有可比性。

2.2　2组患者临床疗效比较

表1结果显示：观察组总有效率为96.67%(29/30)，对照组为80.00%(24/30)。观察组疗效优于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1　2组带状疱疹患者临床疗效比较

Table 1　Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients with herpes zoster　[例(%)]

组别	例数/例	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	11(36.67)	13(43.33)	5(16.37)	1(3.33)	29(96.67)①
对照组	30	6(20.00)	10(33.33)	8(26.67)	6(20.00)	24(80.00)
χ^2值						4.043
P值						0.044

注：①$P<0.05$，与对照组比较

2.3　2组患者临床症状消退时间比较

表2结果显示：治疗后，观察组的疱疹停止出现时间、疱疹完全消退时间、疼痛消失时间、结痂时间、脱痂时间均明显优于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

2.4　2组患者治疗前后SP、PGE2、β-EP水平比较

表3结果显示：治疗前，2组患者SP、PGE2、β-EP水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组患者的SP、PGE2、β-EP水平均明显改善($P<0.05$)，且观察组在改善SP、PGE2、β-EP水平方面均明显优于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

2.5　2组患者治疗前后的VAS评分比较

表4结果显示：治疗前，2组患者VAS评分比

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

表2 2组带状疱疹患者临床症状消退时间比较

Table 2 Comparison of regression time of clinical symptoms between the two groups of patients with herpes zoster

($\bar{x} \pm s$，d)

组别	例数/例	疱疹停止出现时间	疱疹完全消退时间	疼痛消失时间	结痂时间	脱痂时间
观察组	30	4.51 ± 1.02①	16.15 ± 3.34①	14.12 ± 2.04①	2.13 ± 0.52①	2.46 ± 0.53①
对照组	30	6.53 ± 1.56	18.27 ± 3.58	17.08 ± 3.15	3.54 ± 1.02	4.11 ± 1.52
t值		5.936	2.372	4.320	6.745	5.614
P值		0.000	0.021	0.000	0.000	0.000

注：①$P<0.05$，与对照组比较

表3 2组带状疱疹患者治疗前后SP、PGE2、β-EP水平比较

Table 3 Comparison of SP，PGE2 and β-EP levels between the two groups of patients with herpes zoster before and after treatment

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	SP/(pmol·L^{-1})		PGE2/(ng·L^{-1})		β-EP/(pg·mL^{-1})	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	475.54 ± 90.77	212.35 ± 33.13①②	3.87 ± 1.23	0.55 ± 0.15①②	125.47 ± 12.63	65.32 ± 8.85①②
对照组	30	478.56 ± 91.79	284.27 ± 36.19①	3.84 ± 1.27	0.67 ± 0.16①	125.51 ± 12.67	81.24 ± 9.72①
t值		0.128	8.029	0.463	2.997	0.012	6.633
P值		0.898	0.000	0.645	0.004	0.990	0.000

注：①$P<0.05$，与同组治疗前比较；②$P<0.05$，与对照组治疗后比较

表4 2组带状疱疹患者治疗前后VAS评分比较

Table 4 Comparison of VAS scores between the two groups of patients with herpes zoster before and after treatment ($\bar{x} \pm s$，分)

组别	例数/例	VAS评分	
		治疗前	治疗后
观察组	30	7.66 ± 1.17	1.59 ± 0.35①②
对照组	30	7.59 ± 1.23	2.33 ± 0.47①
t值		0.226	6.917
P值		0.822	0.000

注：①$P<0.05$，与同组治疗前比较；②$P<0.05$，与对照组治疗后比较

较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组患者的VAS评分明显改善($P<0.05$)，且观察组在改善VAS评分方面明显优于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.6 2组患者治疗前后IgA、IgG、IgM水平比较

表5结果显示：治疗前，2组患者IgA、IgG、IgM水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组患者的IgA、IgG、IgM水平均明显改善($P<0.05$)，且观察组在改善IgA、IgG、IgM水平方面均明显优于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表5 2组带状疱疹患者治疗前后IgA、IgG、IgM水平比较

Table 5 Comparison of IgA，IgG and IgM levels between the two groups of patients with herpes zoster before and after treatment

($\bar{x} \pm s$，g·L^{-1})

组别	例数/例	IgA		IgG		IgM	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	4.34 ± 1.22	1.34 ± 0.12①②	18.52 ± 2.38	8.23 ± 1.32①②	3.05 ± 0.27	1.17 ± 0.26①②
对照组	30	4.25 ± 1.18	1.48 ± 0.18①	18.71 ± 2.66	8.99 ± 1.53①	3.11 ± 0.26	1.36 ± 0.30①
t值		0.290	3.545	0.292	2.060	0.877	2.621
P值		0.773	0.001	0.772	0.044	0.384	0.011

注：①$P<0.05$，与同组治疗前比较；②$P<0.05$，与对照组治疗后比较

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2.7　2组患者的不良反应情况比较

表6结果显示：观察组与对照组均无明显不良反应情况发生。观察组发生皮肤瘙痒1例、乏力1例、嗜睡1例，不良反应发生率为10.00%(3/30)；对照组发生头痛头晕1例、乏力1例，不良反应发生率为6.67%(2/30)。观察组与对照组的不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表6　2组带状疱疹患者的不良反应情况比较

Table 6　Comparison of adverse reactions between the two groups of patients with herpes zoster　[例(%)]

组别	例数/例	恶心呕吐	皮肤瘙痒	头晕头痛	乏力	嗜睡	总发生
观察组	30	0(0)	1(3.33)	0(0)	1(3.33)	1(3.33)	3(10.00)
对照组	30	0(0)	0(0)	1(3.33)	1(3.33)	0(0)	2(6.67)
χ^2值							0.218
P值							0.640

3　讨论

带状疱疹是一种成簇水疱带状分布、宛如蛇形在皮肤上的病毒性皮肤病，发病机制与机体免疫功能下降或抑制密切相关，若未及时干预易引发严重炎症反应，受累神经出现坏死导致强烈神经痛[11]。研究[12]报道，我国每年带状疱疹的患病人数约为350万左右。目前，西医主要采用伐昔洛韦等抗病毒药物治疗带状疱疹，虽可缓解疱疹症状，但存在治疗周期长及神经痛等不足。中医采取多角度综合方法治疗带状疱疹，具有副作用小、损伤小及可长期治疗等优势。带状疱疹首见于隋代·巢元方《诸病源候论》，明代《外科启玄》及清代《外科大成》均对本病有所描述。中医认为，带状疱疹为心肝风火与热毒相搏犯于肌肤则发为本病[13]，同时，经络阻隔、气凝血滞而引发疼痛。带状疱疹病因为外感毒邪，肝胆火盛及湿热搏结，属《素问·元正纪大论》中记载的火郁证。根据“火郁发之”原理，火针可作为带状疱疹治疗的有效方法[14]。火针古称燔针，《针灸聚英》记载其具有“引气”和“发散”之功效，可使郁于肌表的火热邪毒外散，发挥清热解毒、温阳化气、温通经络及活血止痛等作用。《伤寒论》中也曾记载火针治疗外感疾病的方法。范春玲等[15]运用火针叩刺疱疹皮损处，发挥泻瘀止痛的作用。孙鑫等[16]认为，火针针刺阿是穴通过消炎、镇痛、提高免疫效应及促进组织修复等作用发挥治疗带状疱疹之功效。火针点刺局部病灶反应点阿是穴可使邪毒外出，具有除火解毒、通络止痛之功效。然而，单纯针刺具有一定的局限性，如手法干预因素、治疗时间以及机体因素等。带状疱疹早期治疗为解毒止痛，后期治疗主要为活血化瘀止痛[17]。白雪等[18]采用血府逐瘀汤联合刺络放血治疗带状疱疹可减轻后遗神经痛。任玲等[19]采用如意金黄散联合针灸治疗急性带状疱疹后的总有效率89.58%显著高于对照组的72.92%，VAS得分及血清P物质水平下降幅度更大。滋肾清肝汤出自于清代《医宗己任编》，能够补益脾肾，调理冲任，进而提高机体免疫力[20]。多用该方治疗肝肾阴虚、肝胆郁热的内科疾病。

本研究结果显示，观察组总有效率为96.67%(29/30)，对照组为80.00%(24/30)。观察组疗效优于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后，观察组的疱疹停止出现时间、疱疹完全消退时间、疼痛消失时间、结痂时间、脱痂时间均明显优于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。考虑为火针的“行气”和“发散”可止痛和排出毒物，促进疱疹结痂。此外，火针产生的温热作用也可加快血液流通，增加血流量，促使疱疹快速结痂。滋肾清肝汤方中：龙胆草、金银花、蒲公英、黄芩可清热解毒，减轻皮肤炎症，缓解皮肤疱疹症状；牡丹皮、川楝子、栀子可活血化瘀、解郁化火、凉血解毒；黄精、生地可补气养阴、滋阴补肾。诸药联合可清肝泄热、滋肾养阴。火针联合滋肾清肝汤治疗肝经郁热证带状疱疹可利用各自的作用机制发挥协同效应，从而起到增效作用。韩永强等[21]研究发现，龙胆方联合火针点刺后的疼痛评分、结痂时间及总病程均短于单独治疗的对照组。上述均验证了本研究结果的可靠性。

β-EP作为镇痛的神经递质可结合相关受体，提高疼痛阈值，使疼痛症状减轻；PGE2是疼痛递

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

质之一，其水平升高可刺激肌肉收缩频繁，导致肌肉部位疼痛；SP是一种致痛的神经调节肽，受到刺激后将疼痛传导至中枢，神经元兴奋性增强，导致疼痛加重[22]。故检测β-EP、PGE2及SP水平变化可判断带状疱疹疼痛情况。本研究结果显示：治疗后，2组患者的SP、PGE2、β-EP水平均明显改善（$P<0.05$），且观察组在改善SP、PGE2、β-EP水平方面明显优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组患者的VAS评分明显改善（$P<0.05$），且观察组在改善VAS评分方面明显优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。研究[23]表明，清胆利肝汤结合火针治疗带状疱疹的后遗神经痛发生率为5%，低于对照组的16.67%。吕计宝等[24]采用毫火针拔罐结合壮医药线点灸治疗急性带状疱疹，结果表明，该法可以减少急性带状疱疹患者后遗神经痛的发生率，与本研究结果相一致。提示火针联合滋肾清肝汤可改善肝经郁热证带状疱疹患者的疼痛症状。原因可能为火针针刺疱疹皮肤处阿是穴后可疏通经络、疏肝行气，促进血液循环，发挥行气作用，从而缓解疼痛，降低SP、PGE2、β-EP等疼痛介质的分泌水平。此外，火针烧红后产生的温热作用还可降低针刺病灶处的神经末梢兴奋性，增加疼痛阈值，从而发挥镇痛的作用。滋肾清肝汤方中：龙胆草、金银花、牡丹皮、桑寄生、杜仲、黄芩抗炎、抗菌、抗病毒、镇痛、利胆、保肝；川楝子、白芍、赤芍疏肝泄热，行气止痛。全方可攻毒行气散瘀，通络止痛，紧扣带状疱疹病因机制。滋肾清肝汤联合火针治疗带状疱疹，通过发挥滋肾降火和平肝潜阳的作用，进一步消退或缓解疼痛症状。

免疫功能降低是带状疱疹发病的关键因素[25]。而作为免疫力重要组成的体液免疫参与了带状疱疹免疫发病和进展。Ig可反映机体免疫功能水平，病毒感染时机体内IgA、IgM和IgG含量明显增加。因此，抑制IgA、IgM和IgG等体液免疫含量有助于提高机体免疫功能，促进带状疱疹患者皮损修复。本研究结果显示，治疗后，2组患者的IgA、IgG、IgM水平明显改善（$P<0.05$），且观察组在改善IgA、IgG、IgM水平方面明显优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。观察组不良反应发生率为10.00%（3/30），对照组为6.67%（2/30）。观察组与对照组的不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。许纪超等[26]采用火针联合拔罐治疗急性期带状疱疹，治疗后患者辅助性T细胞17（T helper cell 17，Th17）、调节性T细胞（regulatory T cells，Treg）及Th17/Treg水平显著降低。高飞等[26]采用滋肾汤治疗后可有效改善患者的免疫功能。本研究在前述研究[26-27]的基础上，采用火针联合滋肾清肝汤治疗肝经郁热证带状疱疹，明显提高了患者的体液免疫功能。分析认为，火针针刺阿是穴后可引发针刺部位炎症反应，增加巨噬细胞量，增强体液免疫过程，提高针刺部位防御功能，从而提高机体免疫功能。此外，烧红的火针针刺可使病灶周围组织坏死，启动免疫系统吞噬清除病变，其产生的温热作用还可加快微循环，促进皮损部位修复。滋肾清肝汤方中：龙胆草、金银花、杜仲、白芍、黄精可增强免疫，提高吞噬功能，增强体液免疫；五味子、栀子、黄芩可保肝利胆、增强免疫。诸药联合可滋阴清热、补肾益精，进而增强机体体液免疫功能。滋肾清肝汤与火针二者联合治疗肝经郁热证带状疱疹可发挥协同作用，进一步提升机体免疫功能，促进症状缓解。

综上所述，火针联合滋肾清肝汤治疗肝经郁热证带状疱疹可明显改善患者疼痛症状，调节患者的机体免疫功能，并改善疼痛介质水平，临床效果显著，但是，本研究纳入的患者量较少，可在未来研究中通过增加不同区域的样本量来进一步验证临床疗效。

参考文献：

[1] 张立军，张润田，周兴刚. 中医药治疗带状疱疹的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志，2013，22(6)：682-684.

[2] THNG Z X，PUTERA I，TESTI I，et al. The Infectious Uveitis Treatment Algorithm Network (TITAN) Report 1-global current practice patterns for the management of Herpes Simplex Virus and Varicella Zoster Virus anterior uveitis[J]. Eye(Lond)，2024，38(1)：61-67.

[3] 程宏斌，伍景平，尹思思，等. 从古籍角度论蛇串疮毒邪致病学说[J]. 四川中医，2020，38(3)：37-39.

[4] HAN N，WANG Y，XU J，et al. Tattoo-like dermatitis left after fire-needle therapy[J]. Clin Exp Dermatol，2022，47(6)：1197-1198.

[5] 张曦，李金香，潘诗敏，等. 铺棉灸结合半刺治疗孕期带状疱疹22例临床观察[J]. 中医药导报，2018，24(9)：98-100.

[6] 吴朝慧，宋文英. 中药解毒膏联合针刺对急性期带状疱疹(热盛证)临床疗效的影响[J]. 中国中医急症，2023，32(7)：

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1192-1195.
[7] 中华医学会. 临床诊疗指南(2006版)[J]. 北京：人民卫生出版社，2007：71-73.
[8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京大学出版社，1994，1(10)：18-21.
[9] FLAHERTY S A. Pain measurement tools for clinical practice and research[J]. AANA J，1996，64(2)：133-40.
[10] 国家中医药管理局. 中医内科病证诊断疗效标准(六)[J]. 湖北中医杂志，2002，24(7)：3.
[11] 周冬梅，陈维文. 蛇串疮中医诊疗指南(2014年修订版)[J]. 中医杂志，2015，56(13)：1163-1168.
[12] 俞海燕，张琴. 2017-2019年杭州市第三人民医院带状疱疹住院患者特点，外周血水痘带状疱疹病毒及T淋巴细胞亚群回顾性分析[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志，2021，20(2)：150-153.
[13] 姜志芳，张志权. 浅谈带状疱疹从少阳论治[J]. 中医杂志，2010，11(S2)：28-29.
[14] 李丽霞，谢丽琴，黄文盖，等. 基于“火郁发之”探讨火针疗法在带状疱疹急性期治疗的应用[J]. 广州中医药大学学报，2019，36(5)：665-668.
[15] 范春玲，邹伟，于学平，等. 深刺夹脊穴结合浮刺阿是穴治疗胸腰段带状疱疹后遗神经痛[J]. 针灸临床杂志，2014，2(3)：50-51.
[16] 孙鑫，陈朝明. 陈朝明分阶段治疗带状疱疹经验[J]. 中华中医药杂志，2019，34(3)：1094-1097.
[17] 赵莉莉，李承业. 从瘀论治蛇串疮[J]. 光明中医，2020，35(8)：1221-1222.
[18] 白雪，陈佳利，陈凡，等. 血府逐瘀汤联合刺络放血治疗气滞血瘀型带状疱疹后遗神经痛的临床观察[J]. 中医药学报，2022，50(7)：97-100.
[19] 任玲，王时巧，王媚. 如意金黄散联合针灸治疗急性带状疱疹的临床观察[J]. 中国中医急症，2020，29(11)：2014-2016.
[20] 刘晓婷，田立. 滋水清肝饮临床应用体会[J]. 中医药导报，2016，22(9)：108-109.
[21] 韩永强，伏圣祥，徐虎. 火针联合龙胆方治疗腰腹部带状疱疹的临床研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志，2021，20(2)：174-175.
[22] 张丽芹，丁锋. 归芍颗粒，刺血拔罐法联合普瑞巴林对带状疱疹后遗神经痛患者的临床疗效[J]. 中成药，2021，43(2)：560-562.
[23] 杨洋，张虎. 清胆利肝汤结合火针治疗带状疱疹的临床疗效及对T细胞亚群和炎症因子的影响[J]. 四川中医，2019，37(7)：154-157.
[24] 吕计宝，王凤德，梁树勇，等. 毫火针拔罐结合壮医药线点灸治疗急性带状疱疹临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报，2022，24(3)：176-180.
[25] 杨瑛莹，傅传喜. 免疫功能低下人群带状疱疹发病及经济负担研究进展[J]. 中华预防医学杂志，2022，56(3)：121-126.
[26] 许纪超，曾婧纯，李铨江，等. 火针赞刺法治疗急性期带状疱疹疗效观察及对血清Th17，Treg细胞水平的影响[J]. 中华中医药杂志，2022，37(12)：7508-7511.
[27] 高飞，马乐，谈园，等. 健脾滋肾汤治疗系统性红斑狼疮对患者血清炎性因子，凝血功能及免疫功能的影响[J]. 内蒙古中医药，2021，40(3)：44-45.

【责任编辑：宋威】

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net