

综合方法治疗带状疱疹后遗神经痛临床效果分析

马瑞娟 郭晓娟 丁彦臣

宁夏吴忠市利通区人民医院 宁夏 吴忠 751100

【摘要】：目的：分析带状疱疹后遗神经痛采用综合方法治疗的临床效果。方法：抽签法分组分析在我院治疗的 100 例带状疱疹后遗神经痛患者（2023.2~2025.2），治疗组 50 例，综合方法治疗，对照组 50 例，常规西医治疗，对临床效果进行比较和分析。结果：相比临床疗效，治疗组较好（ $P<0.05$ ）；相比疼痛评分，治疗组治疗后评分较低（ $P<0.05$ ）；相比炎症因子水平，治疗组治疗后均较好（ $P<0.05$ ）。结论：带状疱疹后遗神经痛采用综合方法治疗可行性较好，值得推广。

【关键词】：带状疱疹后遗神经痛；综合方法治疗；疼痛介质；炎症因子

DOI:10.12417/2811-051X.25.11.029

在临床上带状疱疹为患病率较高的皮肤感染性疾病，患病后会后遗神经痛，主要为带状疱疹治愈之后 1 个月以上持续疼痛，表现为皮损区连续性或间断性疼痛，具有较长的病程，会增加患者身心痛苦^[1]。相关研究显示^[2]，带状疱疹可达 10~20% 发病率，而带状疱疹后遗神经痛在其中可达 9~13% 发生率，且近些年来患病人数也越来越多。带状疱疹后遗神经痛目前发病机制并不确定，一般与传入阻滞、炎症反应、外周敏化等关系密切^[3]。中老年人更易患病，患病后患者会体会到撕裂样或闪电样疼痛，需及时、积极有效治疗，否则疼痛一直存在会造成睡眠障碍和焦虑情绪产生，使其生活质量严重降低^[4]。针对该病常规治疗方式为营养神经、镇痛、抗病毒等治疗，但是不良反应却会发生，治疗效果有待提升^[5]。需合理选择安全性和有效性较高的治疗方案。综合方法治疗则可促进疗效提升，可有效改善疼痛程度，可减轻炎症反应，利于患者康复，可行性较好^[6]。本文抽签法分组分析在我院治疗的 100 例带状疱疹后遗神经痛患者（2023.2~2025.2），进一步确定综合方法治疗的价值，结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽签法分组分析在我院治疗的 100 例带状疱疹后遗神经痛患者（2023.2~2025.2），治疗组 50 例，年龄为（62.10±5.25）岁（45~79 岁），26 例男，24 例女，疼痛部位，6 例颈部，13 例四肢，16 例腰腹部，15 例胸部，病程为（13.50±5.45）个月（3~24 个月）；对照组 50 例，年龄为（63.05±6.14）岁（46~78 岁），27 例男，23 例女，疼痛部位，7 例颈部，12 例四肢，15 例腰腹部，16 例胸部，病程为（13.52±4.38）个月（2~25 个月），统计处理 2 组各数据均 $P>0.05$ ，可对比。

纳入标准：带状疱疹后遗神经痛在临床上诊断明确者；VAS 评分≥6 分者；近期无系统治疗者；对本研究知情和同意患者。

排除标准：肾、心严重疾病患者；精神疾病患者；疼痛位置皮肤外伤及溃疡患者；原发性疼痛患者；过敏体质或药物过

敏者；恶性肿瘤患者；血液系统疾病患者；局部或全身感染患者；从研究中退出者。

1.2 方法

对照组：常规西医治疗，方法：予以营养神经、镇痛、消炎等常规治疗，并指导其戒烟酒。所用药物为甲钴胺片，口服用药，每次 0.5mg，每日 3 次；加巴喷丁胶囊，口服用药，用药方法：第 1d，每次 0.3g，每日 1 次；第 2d，每次 0.3g 每日 2 次，第 3d，每次 0.3g，每日 3 次，之后以患者病情为依据对剂量进行调整，每次 0.6g，每日 3 次。1 个月的连续治疗。

治疗组：综合方法治疗：在常规西医治疗的同时予以中医治疗，方法具体为：（1）中药外敷，选择威灵仙末 100g，蜂蜜水对其进行调和成糊状，在疼痛部位外敷，每日 1 次；（2）中药内服，予以血府逐瘀汤，中药方为川楝子 8g、柴胡 8g，桃仁 10g、桔梗 12g、红花 10g、牛膝 15g、枸杞子 12g 沙参 15g、麦冬 12g 熟地黄 15g、枳壳 12g、当归 15g、生地黄 15g、甘草 6g，以临床症状为依据予以加减治疗，严重气滞者，将郁金 5g、香附 5g 加入，针对较长持续时间者，将丹参 12g、地龙 12g 加入，失眠严重者，将酸枣仁 15g 加入，用水煎煮，每日 1 剂，2 次/d；（3）针刺治疗，针刺三阴交、足三里、阳陵泉、合谷、曲池等穴，并依据疼痛部位选穴，颈部：对患侧阿是穴、风池、夹脊穴选择；腰腹部：对患者同侧背俞、阿是穴、夹脊穴选取；胸部：同侧（背部肋间）夹脊穴、阿是穴选取，各个穴位均 20~30min 留针时间，每日 1 次。共进行 1 个月的连续治疗。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效

临床疗效判断标准：疼痛基本消失，疼痛评分降低 59% 以上为显效；与治疗前相比疼痛评分降低 19~60% 为有效；治疗后疼痛缓解并不明显，疼痛评分降低 19% 以下为无效，有效率+显效率=总有效率。

1.3.2 疼痛程度

疼痛程度选择 VAS 评分（疼痛视觉模拟法），0~10 分，评分越低越好。

1.3.3 炎症因子水平

炎症因子主要包括 CRP、IL-6、TNF- α ，抽取 4mL 静脉血，8min 离心处理（3500r/min），11cm 离心半径，对上层血清液获取，检测方法为酶标抗体法。

1.4 统计学方法

数据处理均为 SPSS23.0，计数数据[n(%)]检验为 χ^2 ，计量数据（ $\bar{x} \pm s$ ）检验为 t，均符合正态分布，P<0.05 为有意义。

2 结果

2.1 临床疗效

相比临床疗效，治疗组较好（P<0.05）。

表 1 临床疗效比较[n(%)]

组别	治疗组	对照组	χ^2	P
例数	50	50		
显效	26 (52.00)	17 (34.00)		
有效	22 (44.00)	20 (40.00)		
无效	2 (4.00)	13 (26.00)		
总有效率	48 (96.00)	37 (74.00)	9.490	0.002

2.2 疼痛程度

相比疼痛评分，治疗组治疗后评分较低（P<0.05）。

表 2 疼痛评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	治疗组	对照组	t	P
例数	50	50		
治疗前	6.96 $\pm$ 1.30	6.89 $\pm$ 1.28	0.271	0.787
治疗后	1.56 $\pm$ 0.32	2.30 $\pm$ 0.56	8.113	<0.001

2.3 炎症因子水平

相比炎症因子水平，治疗组治疗后均较好（P<0.05）。

表 3 炎症因子（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	治疗组	对照组	t	P
例数	50	50		

参考文献：

[1] 林小华.肌筋膜触发点技术联合综合疗法治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效分析[J].中外医疗,2024,43(11):17-20.
[2] 张新萍.早期使用多模式镇痛综合治疗在带状疱疹中的疗效及其预防带状疱疹后遗神经痛(PHN)的有效性[J].糖尿病天地,2021,18(8):151.

CRP (mg/L)	治疗前	14.60 $\pm$ 3.65	14.72 $\pm$ 3.80	0.161	0.872
	治疗后	6.01 $\pm$ 1.30	8.15 $\pm$ 2.25	5.823	<0.001
IL-6 (pg/mL)	治疗前	13.06 $\pm$ 2.55	12.85 $\pm$ 2.62	0.406	0.686
	治疗后	7.20 $\pm$ 1.60	8.45 $\pm$ 2.02	3.430	0.001
TNF- α (pg/mL)	治疗前	16.30 $\pm$ 4.15	16.46 $\pm$ 4.21	0.191	0.849
	治疗后	8.85 $\pm$ 1.90	10.60 $\pm$ 3.06	3.436	0.001

3 讨论

带状疱疹在临床上为患病率较高的疾病，其治愈后常常会后遗神经痛，患病率较高，使患者生活质量严重降低^[7]。针对该病尚无特效治疗方法，以臭氧、针灸、口服西药、微创介入等治疗方式为常规疗法，首选疗法为西药治疗，其中加巴喷丁常用，可使神经痛症状得以改善，但是长时间用药却会导致副作用发生，依从性较差，无法获得较好的治疗效果^[8]。因此，需合理选择治疗方法，可缓解疼痛症状，使复发风险降低。我院发现综合方法治疗可获得较好的疗效。

本文对其效果进一步观察，结果：相比临床疗效，治疗组较好（P<0.05）；相比疼痛评分，治疗组治疗后评分较低（P<0.05）；相比炎症因子水平，治疗组治疗后均较好（P<0.05）。证实综合方法治疗可促进疗效提升，可使疼痛得以改善，且可降低炎症因子水平，可行性较好。

带状疱疹后遗神经痛在中医上归属范畴为“蛇丹痛”，其认为致病原因为毒邪使脉络被阻滞，不通则痛，由于体内侵入毒邪，造成脏腑功能失调，而气血虚衰会造成络脉失养，基于此，在临床上治疗原则为活血祛毒、通络止痛^[9]。因此，本研究予以患者中医结合治疗，中药内服和外敷治疗，前者可发挥益气养阴、通络活血、止痛的作用，后者可发挥止痛作用，两种疗法可使镇痛效果提升^[10]。针刺治疗可激活神经元（脊髓后），可抑制疼痛传导，提升疼痛阈^[11]。中药内服可发挥抗炎、镇痛的作用。针刺治疗可调节神经末梢递质，具有较好的抗炎作用，可降低炎症因子水平。中西医结合治疗可发挥协同作用，可促进疗效提升，可有效减轻患者疼痛程度，利于患者康复，具有较好的应用前景^[12]。

综上所述，带状疱疹后遗神经痛采用综合方法治疗可行性较好，值得推广。

- [3] 李爱芝,杨卉,张媛,等.高压氧综合治疗老年患者带状疱疹后遗神经痛 46 例疗效观察[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2022,29(4):538-541,554.
- [4] 姚婕,史敏娜,景慧玲,等.高频超声定位下火针治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察[J].中国中医急症,2024,33(1):133-135.
- [5] 聂会勇,张丹丹,王辉,等.脉冲射频治疗急性期带状疱疹性神经痛与带状疱疹后遗神经痛效果比较[J].西安交通大学学报(医学版),2024,45(6):993-998.
- [6] 蒋和平,汪丽桂,邱买发.带状疱疹后遗神经痛血脉瘀阻证应用中医外治综合疗法的临床研究[J].基层医学论坛,2023,27(5):97-100.
- [7] 陈万辉,梁艳,李春花,等.电针联合柴胡疏肝散治疗肋部带状疱疹后遗神经痛临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(2):109-110.
- [8] 黎宗武,敖秋艳,黄小莲,等.中医多模式镇痛治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效及对预后的影响[J].世界中西医结合杂志,2021,16(10):1778-1782.
- [9] 陈新,廖鹏飞,石强,等.益气活血止痛汤联合高频重复经颅磁刺激对老年带状疱疹后遗神经痛患者疼痛、睡眠质量及近远期疗效的影响[J].中国全科医学,2021,24(17):2174-2178,2191.
- [10] 孙付国,叶菱,陈璐,等.利多卡因乳膏介导体外冲击波治疗带状疱疹后神经痛的可行性及有效性[J].武警医学,2021,32(3):205-208,212.
- [11] 吴倩.双氯芬酸钠缓释片、甲钴胺片联合普瑞巴林胶囊治疗带状疱疹后遗神经痛的效果[J].中外医药研究,2023,2(15):9-11.
- [12] 唐毅,郑全成,黄建福,等.针刺联合自制穴位贴对带状疱疹后遗神经痛血脉瘀阻证患者疗效与安全性的影响[J].湖南中医药大学学报,2022,42(2):265-270.