

# 带状疱疹后遗神经痛的中西医研究进展

侯涵钊, 侯添祎, 孙虹\*

云南中医药大学第一临床医学院, 云南 昆明

收稿日期: 2026年2月25日; 录用日期: 2026年3月19日; 发布日期: 2026年4月3日

## 摘要

带状疱疹后遗神经痛(PHN)病机复杂, 中医多从“不通则痛”与“不荣则痛”立论, 常见证型包括气滞血瘀、肝经郁热、气虚血瘀及阴虚血瘀, 强调辨证施治, 内服方剂如血府逐瘀汤、龙胆泻肝汤、补阳还五汤等, 配合针灸、火针、穴位注射、中药外敷及熏蒸等外治法, 临床疗效确切, 且不良反应少, 尤适于老年及慢性病患者。现代医学认为PHN与水痘-带状疱疹病毒所致神经损伤及中枢敏化相关, 治疗以药物镇痛为主, 一线药物如普瑞巴林、加巴喷丁起效快, 但易致头晕、嗜睡及认知障碍; 二线药物如阿片类及三环类抗抑郁药亦受限于副作用。物理疗法如臭氧、微波、低温冲击等为辅助选择。相较而言, 中医药立足整体调节, 在有效缓解疼痛的同时, 或可降低PHN发生与复发风险, 其多靶点、个体化干预策略在长期管理中展现出独特优势, 值得深入研究与推广。

## 关键词

带状疱疹后遗神经痛, 气滞血瘀, 辨证论治, 普瑞巴林, 针灸疗法, 中药外治

# Research Progress on Postherpetic Neuralgia from Traditional Chinese and Western Medicine Perspectives

Hanzhao Hou, Tianyi Hou, Hong Sun\*

College of the First Clinical Medical, Yunnan University of Chinese Medicine, Kunming Yunnan

Received: February 25, 2026; accepted: March 19, 2026; published: April 3, 2026

## Abstract

Postherpetic neuralgia (PHN) has a complex pathogenesis. Traditional Chinese Medicine (TCM) primarily theorizes it based on “pain due to obstruction” and “pain due to malnourishment,” with

\*通讯作者。

common syndrome patterns including qi stagnation and blood stasis, liver channel depression-heat, qi deficiency and blood stasis, and yin deficiency and blood stasis. TCM emphasizes syndrome differentiation and treatment, employing internal prescriptions such as Xuefu Zhuyu Decoction, Gentiana Scabra Liver-Draining Decoction, and Buyang Huanwu Decoction, combined with external therapies like acupuncture, fire needling, acupoint injection, herbal external application, and fumigation. These methods demonstrate definite clinical efficacy with few adverse reactions, making them particularly suitable for elderly and chronic patients. Modern medicine attributes PHN to nerve injury and central sensitization caused by the varicella-herpes zoster virus, with treatment primarily focused on pharmacological analgesia. First-line drugs like pregabalin and gabapentin act rapidly but may cause dizziness, drowsiness, and cognitive disorders. Second-line drugs such as opioids and tricyclic antidepressants are also limited by side effects. Physical therapies like ozone, microwave, and cryo-impact serve as auxiliary options. In comparison, TCM adopts a holistic regulatory approach, effectively alleviating pain while potentially reducing the risk of PHN occurrence and recurrence. Its multi-target, individualized intervention strategy exhibits unique advantages in long-term management, warranting further research and promotion.

## Keywords

Postherpetic Neuralgia, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Promoting Blood Circulation and Removing Blood Stasis, Neuropathic Pain, Evidence Quality

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 祖国医学对 PHN 的认识

### 1.1. 古代医家医籍对 PHN 的记载

带状疱疹是一种临床常见的皮肤病，早在我国古代医学典籍中已有相关描述。该病最早见于隋代巢元方所著《诸病源候论·疮病诸候》，其中记载：“甑带疮者，绕腰生，此亦风湿搏于血气所生，状如甑带，因以为名。”历代中医文献对本病有多种命名，如“蛇串疮”“缠腰火丹”“火带疮”“蛇丹”等。然而，古籍中并未出现与现代“带状疱疹后神经痛(PHN)”完全对应的独立病名；对于疱疹消退后遗留的持续性疼痛，传统中医多将其归入“蛇丹愈后痛”这一范畴加以论述[1]。

### 1.2. 病因病机

古代医家很少单独讨论带状疱疹后遗神经痛，多认为它是带状疱疹过程中正气与邪气交争后留下的一个证候。现代中医对它的病机看法更多元，但基本落在两个方向：一是“不通则痛”——气滞血瘀堵住经络；二是“不荣则痛”——气血亏虚，筋脉失养。这两种机制常并存，尤其在老年或久病患者中(临床观察支持)。它们构成了当前辨证分型的基础，也解释了为何活血与补虚常需同用。

#### 1.2.1. 实证

##### 1) 气滞血瘀

部分研究指出，疼痛的发生多由多种因素相互作用，导致局部气机郁滞、血行凝涩，引发经络阻塞、不通则痛。在带状疱疹后遗神经痛患者中，常因肝胆火旺兼夹湿邪蕴结肌肤；虽然急性期湿热之邪已退，但是瘀血久留难化，致使脉络闭阻、气机运行受碍，血行迟滞，所以疼痛缠绵不愈[2]。《临证指南医案》有云：“久痛必入于络，络中气血，虚实寒热……以至于不荣则痛。”赵炳南先生也认为，此症乃余毒未

尽，与瘀血互结，阻滞经络所致，主张以活血化瘀、通经活络为主要治法[3]。

## 2) 肝经郁热

肝经郁热型带状疱疹多因湿热邪毒蕴结于肌表所致。肝火亢盛，横逆犯脾，致脾胃功能受损，脾气亏虚，运化水湿失司，湿邪内生，困遏脾阳；湿与热相互搏结，郁滞于肌肤，遂发为本病。即便水疱消退后，部分湿热之邪仍稽留于皮肤之中。由于湿性重浊黏滞，如油入面，难以速除，胶着于皮部，阻滞经络，使气血运行受阻，脉络不通，终致“不通则痛”之症[4]。

### 1.2.2. 虚实夹杂

#### 1) 气虚血瘀

带状疱疹若迁延不愈，易耗伤气血，致阳气亏虚、阴血不足，正气日渐衰弱。气虚则推动无力，血行迟缓，久而留滞成瘀；瘀血阻于脉络，加之络脉失于濡养，形成“络虚不荣”之态。此即“久病多虚，不荣则痛”之病机所在[5]。蒋香玉等学者[6]亦指出，本病属虚实夹杂之证，其核心在于气机运行失调——气滞则经络不畅，气血难以通达，从而引发持续性疼痛。

#### 2) 阴(血)虚血瘀

血瘀与阴虚在病机上紧密关联。阴虚常为多种致瘀因素中的关键一环，亦是血瘀证形成的重要病理基础。王玉玺[7]认为，阴虚体质者痛觉阈值较低，对疼痛更为敏感，若患毒热疮疡，往往疼痛剧烈。

阴液不足则营血化源亏乏，脉道失于濡养而干涩不畅，血行随之迟缓；久之气血运行愈加阻滞，瘀血内生，经络闭塞，终致“不通则痛”。这一过程在临床中多见于病程迁延、反复发作的 PHN 患者(经验观察)。

## 1.3. 中医内治

### 1.3.1. 行气活血

气滞血瘀型带状疱疹后遗神经痛(PHN)多由邪气深入络脉，阻滞气血运行，致经络闭塞，不通则痛，故疼痛迁延不愈。治疗当以行气活血、化瘀通络为法。临床上，桃花四物汤与血府逐瘀汤是两类常用方剂。

桃花四物汤兼具养血与活血之功，兼可行气止痛。宋丽华[8]以此方加减治疗 49 例气滞血瘀型 PHN 患者，结果显示，不仅疼痛明显减轻，其他伴随症状亦有显著改善，整体疗效确切。

张壤之[9]选用血府逐瘀汤加减(含当归、生地、桃仁、红花、枳壳、赤芍、柴胡、甘草、桔梗、川芎、牛膝)治疗 PHN，疗程 4 周，总有效率达 93%。该结果反映出此方在调畅气血、疏通经络、缓解顽固性神经痛方面具有切实的临床优势。

### 1.3.2. 清肝泻火

肝胆湿热型带状疱疹后神经痛(PHN)的常用代表方剂为龙胆泻肝汤，该方具有清泻肝胆实火、利湿清热之功效。近年来多项临床研究验证了其在 PHN 治疗中的协同增效作用。

杨荣明等[10]将 65 例 PHN 患者依据干预方案分为对照组(33 例, 单用加巴喷丁胶囊)与观察组(32 例, 在加巴喷丁基础上联合龙胆泻肝汤)。结果显示，治疗后两组患者的免疫球蛋白 A (IgA)、免疫球蛋白 G (IgG)水平及 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>比值均较治疗前显著升高( $P < 0.05$ )，且观察组上述免疫指标改善幅度明显优于对照组，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )，提示龙胆泻肝汤可能通过调节机体免疫功能增强疗效。

此外，徐笑燕等[11]以 108 例头面部 PHN 患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组与观察组(各 54 例)。对照组给予普瑞巴林治疗，观察组在此基础上加用龙胆泻肝汤加减。治疗结束后，两组 SF-36 生活质量量表各维度评分均较治疗前显著提高( $P < 0.05$ )，且观察组在生理功能、躯体疼痛、心理健康

等多个维度的评分提升更为明显，与对照组相比差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。该结果表明，龙胆泻肝汤联合西药可更有效地改善 PHN 患者的生活质量，体现出中西医结合治疗的优势。

### 1.3.3. 益气活血

补阳还五汤是治疗气虚血瘀型带状疱疹后神经痛(PHN)的常用方剂，核心作用在于益气活血、通络止痛。近年临床观察显示，该方可有效缓解症状，并在整体调节机体状态方面具有一定优势。

吴玉玲[12]以补阳还五汤加减配合针灸治疗气虚血瘀型 PHN，总有效率达 95.24%，提示该组合能较快减轻疼痛、促进恢复。

杨丽云等[13]在此基础上加入穴位贴敷，形成“中药 + 针灸 + 贴敷”三联疗法，用于同类患者，疗效亦较满意，反映出多手段协同可能更契合本病虚实夹杂、久病入络的特点。

王锋[14]则将补阳还五汤与常规西药联用治疗老年 PHN 患者，不仅症状改善明显、不良反应少，还发现患者免疫指标有所提升，暗示其或可通过扶助正气增强机体抗病能力。

综合来看，围绕补阳还五汤构建的中医综合方案或中西医结合策略，在缓解疼痛、改善生活质量及调节免疫功能等方面，对气虚血瘀型 PHN 具有实际应用价值。

### 1.3.4. 养阴活血

对于阴虚肝郁或筋脉失养所致的带状疱疹后遗神经痛(PHN)，临床常选用一贯煎与芍药甘草汤两类方剂。重在滋阴养血、疏肝解郁；芍药甘草汤则长于缓急止痛、敛阴和营。

向巧玲[15]以一贯煎加味治疗 34 例 PHN 患者，症状明显缓解；常智玲[16]用类似方案干预 40 例，总有效率达 85%，支持该方在阴虚肝郁型 PHN 中的适用性。

周银平[17]单独使用芍药甘草汤治疗 40 例 PHN 患者，不仅疼痛减轻、睡眠改善，还观察到炎症指标有所下降，且未见明显不良反应，与其“柔肝缓急、调和营卫”的传统功效相符。

两方虽路径不同——一贯煎侧重调肝养阴，芍药甘草汤主攻缓急止痛——但均契合 PHN 中“不荣则痛”或“气郁化火伤阴”的病机特点。实际应用中需根据证候侧重选择，这也正是中医辨证施治的核心所在。

需指出：此类方剂的临床疗效多基于小样本观察性研究或非盲随机对照试验(RCT)，虽部分研究报告总有效率较高，但因缺乏安慰剂对照、分配隐藏不充分，且未采用国际公认的疼痛评估量表(如 NRS、VAS)，其真实效应可能存在高估。根据牛津循证医学中心(CEBM)分级，此类证据多属 III - IV 级。

## 1.4. 中医外治

### 1.4.1. 针灸治疗

#### 1) 毫针刺法

毫针刺刺可通过调和机体气血、平衡阴阳，发挥抗炎、抗组织损伤及免疫调节等多重生物学效应。张淑杰等[18]对 73 例带状疱疹后神经痛(PHN)患者进行分组治疗：治疗组 38 例采用夹脊穴针刺联合局部围刺，并配以病变同侧的合谷、曲池等远端穴位，总有效率达 100%；对照组 35 例单用卡马西平，总有效率为 82.86%，提示针刺疗法在缓解疼痛方面具有显著优势。

张利娟等[19]将 84 例 PHN 患者随机分为两组(各 42 例)，均接受常规西医治疗，治疗组在此基础上加用“外治六经法”针刺干预。结果显示，治疗组外周血中  $CD3^+$ 、 $CD4^+$  及  $CD4^+/CD8^+$  比值均显著高于对照组( $P < 0.05$ )，表明该针刺方法不仅能有效减轻疼痛，还可提升 T 淋巴细胞亚群水平与趋化因子活性，从而增强机体免疫功能。

此外，陈金生等[20]发现，针灸可能通过提高 PHN 患者外周血中 c-FLIP 蛋白的表达水平，促进 T 细

胞增殖,从而参与调节细胞免疫功能。

结合现有研究来看,针刺对 PHN 的疗效并非单一机制所致,而是在免疫调节与镇痛方面同时作用于多个环节和通路(具体靶点仍需进一步验证)。

## 2) 灸法

艾灸属传统外治法,以温热刺激为核心。其作用体现在多个层面:首先,可改善局部血供,缓解炎症;其次,通过提升病灶区营养状态、增强网状内皮细胞的吞噬活性,加快病理代谢物的清除。

临床上还观察到,艾灸能引郁热外达,使内伏之火毒有出路;同时借其温通之性,助气血运行,散瘀滞,从而促进皮损修复与结痂[21]。(注:部分机制基于中医理论推演,现代实证仍在积累中。)

温明菲[22]将 80 例 PHN 患者随机分为治疗组与对照组(各 40 例),两组均接受电针治疗。在此基础上,治疗组加用热敏灸,对照组则联合口服巴喷丁胶囊,疗程为 2 周。结果显示,治疗组的愈显率(85.0%, 34/40)和总有效率(97.5%, 39/40)均显著高于对照组的 50.0% (20/40,  $P < 0.01$ )和 80.0% (32/40,  $P < 0.05$ ),表明热敏灸在提升临床疗效方面具有明显优势。

董新秀[23]亦开展了一项随机对照研究,将 64 例 PHN 患者按随机数字表法分为观察组与对照组(各 32 例)。对照组接受常规治疗及护理,观察组在此基础上辅以艾灸配合穴位按摩。结果发现,观察组在疼痛缓解程度及总有效率方面均显著优于对照组( $P < 0.05$ ),进一步证实艾灸联合其他中医外治手段可有效改善 PHN 患者的症状并提高整体疗效。

## 3) 火针治疗

火针疗法兼具针刺与温热刺激的双重作用,可开泄腠理、引邪外出,尤其擅长宣泄瘀毒、疏通经络。其通过将温热之气导入体内,起到温通经脉、助阳行气之效,从而促进气血运行,化解经脉郁滞,实现“通则不痛、荣则不痛”的治疗目的[24]。

王顺梅[25]将 62 例 PHN 患者随机分为实验组与对照组(各 31 例),对照组接受常规药物治疗,实验组在此基础上加用毫火针干预。治疗前两组视觉模拟评分(VAS)无显著差异( $P > 0.05$ );治疗后,实验组 VAS 评分为(10.1±15.1)分,显著低于对照组的(31.3±16.2)分( $P < 0.05$ )。同时,实验组总有效率达 96.7%,明显优于对照组的 70.9% ( $P < 0.05$ ),表明火针能显著缓解疼痛并提升疗效。

贾海霞等[26]以 96 例 PHN 患者为研究对象,随机均分为观察组与对照组。观察组在桃红四物汤基础上联合火针及围刺拔罐治疗;对照组仅采用桃红四物汤配合营养神经药物及双氯芬酸钠双释放肠溶胶囊(戴芬)。疗程结束后,观察组总有效率为 95.8%,而对照组仅为 56.2%,组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),提示火针联合中医外治法可大幅增强临床疗效。

袁仁镒[27]亦开展类似研究,纳入 94 例患者并随机分为两组(各 47 例)。对照组接受常规治疗,观察组采用火针疗法。结果显示,观察组总有效率更高,且在复发率、疼痛评分、睡眠质量评分、疼痛持续时间及疼痛范围等方面均显著优于对照组( $P < 0.05$ ),进一步证实火针在多维度改善 PHN 症状方面具有突出优势。

现有临床研究普遍显示,火针能通过温通经络、散结化瘀的机制,在 PHN 治疗中切实减轻疼痛、加快恢复、减少复发,并改善患者日常功能。这些效果已在多项小样本试验中得到验证,支持其在临床实践中进一步应用。

## 4) 电针治疗

电针治疗带状疱疹后神经痛(PHN)主要采用疏密波型,通过电流对穴位组织产生持续而有节律的刺激,引发局部肌肉的规律性收缩,从而增强并维持“得气”感,发挥良好的镇静与镇痛作用。该疗法在一定程度上依赖电流参数的调控,以强化针刺效应,提升镇痛效果[28]。

刘逸阳[29]将 46 例 PHN 患者按随机原则分为治疗组与对照组(各 23 例)。对照组接受口服普瑞巴林

作为基础治疗, 治疗组则在此基础上联合电针干预。研究结果显示, 治疗组在疼痛缓解程度及总有效率方面均显著优于对照组, 组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 表明电针辅助治疗可有效增强镇痛效果, 改善临床预后。

#### 1.4.2. 穴位注射

穴位注射, 又称“水针疗法”, 是将药物的药理作用与腧穴的特异性效应相结合的一种中西医结合治疗手段。通过将药液直接注入特定穴位或病变区域, 使药物精准作用于病所, 不仅可延长穴位刺激时间、增强经络调节效应, 还能协同发挥药物本身的治疗作用, 从而达到行气活血、通络止痛之效。带状疱疹后遗神经痛(PHN)因其病位明确、病机多属气血瘀滞或经络闭阻, 被认为是穴位注射的优势适应症。

临床实践中, 常联合使用多种 B 族维生素注射液进行穴位注射, 此类药物具有营养神经、促进神经修复及调节免疫功能的作用, 有助于实现持续而稳定的镇痛效果[30]。

李存有等[31]将 60 例 PHN 患者随机分为两组, 均选取相同穴位。观察组采用野木瓜注射液进行穴位注射, 对照组则接受常规毫针刺治疗。结果显示, 观察组总有效率达 90%, 显著高于对照组的 76.67% ( $P < 0.05$ ); 且治疗后观察组的视觉模拟评分(VAS)明显低于对照组( $P < 0.05$ ), 表明野木瓜注射液穴位注射在缓解疼痛方面更具优势, 具有良好的临床应用前景。

此外, 李有武等[32]将 56 例患者随机分为两组: 观察组(28 例)接受电针联合穴位注射治疗, 对照组(28 例)仅行电针治疗。研究发现, 观察组总有效率为 92.8%, 显著优于对照组的 75.0%, 组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。该结果进一步证实, 在电针基础上叠加穴位注射可显著提升 PHN 的整体疗效。

综上, 穴位注射凭借其靶向给药与经络调控的双重机制, 在 PHN 治疗中展现出独特优势, 尤其与针灸等疗法联用时, 可实现协同增效, 值得在临床中进一步推广与深入研究。

#### 1.4.3. 中药外敷

中药外敷借助药物透皮吸收, 同时刺激局部经络与腧穴, 形成双重作用路径。一方面可缓解疼痛, 另一方面避开了口服药对胃肠和肝脏的潜在损伤, 契合中医“内外同治、标本兼顾”的思路。

甘文权等[33]开展随机对照试验, 纳入 100 例 PHN 患者, 均分为两组(各 50 例)。对照组采用常规西药治疗, 观察组在此基础上加用中药内服联合外敷, 疗程 4 周。治疗后, 两组症状均有改善, 但观察组疗效更优, 不良反应也更少。这提示, 内服与外敷联用不仅镇痛效果更好, 安全性也更高——尤其适用于对西药耐受性较差的患者

#### 1.4.4. 中药熏蒸

药熏蒸利用加热药液产生的蒸气, 将活性成分以分子态直接送达皮肤。温热作用可扩张局部血管、改善微循环, 在扩大药物覆盖范围的同时, 也提升了透皮吸收效率, 从而增强治疗反应。

胡艳红等[34]纳入 110 例 PHN 患者, 按入院日期单双日分组(各 55 例): 对照组予常规治疗, 观察组在此基础上加用中药熏蒸。疗程结束时, 观察组 54 例有效(98.18%), 对照组 47 例有效(84.45%), 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

该结果提示, 熏蒸作为辅助手段能切实提升 PHN 的临床应答率。操作简便、无创, 且未报告明显不良反应, 具备推广条件。

## 2. 现代医学对 PHN 的研究概况

### 2.1. 发病机制

目前, 带状疱疹后遗神经痛(PHN)的发病机制尚未形成统一的定论。多数临床研究认为, 其发生与水

痘-带状疱疹病毒(VZV)再激活引发的急性神经炎症密切相关,常表现为神经组织内出现炎性水肿、出血等病理改变[35]。

大量临床及病理观察进一步表明,PHN患者普遍存在神经系统受VZV严重损害的情况,尤以感觉神经元数量显著减少、粗髓鞘神经纤维轴突明显退化为特征,并伴随局部胶原纤维增生和胶原化现象[36]。此外,随着脊髓背根神经节中慢性炎性细胞持续浸润,可诱发中枢敏化,即中枢神经系统对疼痛信号的反应阈值降低、放大痛觉传导,从而导致疼痛迁延不愈[37]。上述病理生理过程共同构成了PHN复杂而多维的发病基础。

## 2.2. 发病相关因素

带状疱疹后遗神经痛(PHN)的发生受多种因素影响,现有研究归纳其主要相关因素如下[38]:

1) 年龄:患者年龄越大,PHN发生风险越高,可能与老年人免疫功能衰退、抗病毒能力减弱密切相关;

2) 皮疹部位:病变累及特定神经区域时更易发展为PHN,尤以三叉神经眼支分布区的带状疱疹后遗神经痛发生率显著升高;

3) 急性期疼痛强度:初始疱疹期疼痛越剧烈,后续发生PHN的可能性越大;

4) 前驱疼痛:在皮疹出现前即存在神经痛症状者,往往提示预后不良,是PHN的重要预警信号;

5) 皮疹范围:皮损面积越广,神经受累程度越重,PHN的发生风险亦随之增加;

6) 初次就诊时机:早期(尤其在皮疹出现72小时内)就医并干预,可显著降低PHN发生率;

7) 治疗及时性与充分性:未接受规范或足疗程治疗者,病毒清除不彻底,易导致神经持续损伤,从而增加PHN风险;

8) 基础健康状况:合并糖尿病、肿瘤、HIV感染等免疫抑制状态或其他慢性疾病的患者,因机体防御能力下降,PHN发病率明显增高。

PHN的发生并非单一因素所致,而是病毒毒力、个体免疫状态与治疗介入时机等多重因素交织作用的结果。临床实践中,若能在早期识别高危患者(如老年、皮疹广泛或前驱痛明显者),并及时采取综合干预措施,往往能有效降低PHN的发生风险。

## 2.3. 现代医学治疗

### 药物治疗

#### 1) 抗惊厥类药物

抗惊厥药是当前PHN治疗的一线选择,核心机制在于其与电压门控钙通道 $\alpha_2\text{-}\delta$ 亚基结合,抑制钙离子内流,进而减少初级传入神经元的动作电位发放和兴奋性递质释放,最终削弱疼痛信号向中枢的传导。其中,加巴喷丁与普瑞巴林作为该类药物的代表,在临床使用最为普遍。

赵学然[39]将79例带状疱疹患者分为两组:对照组予阿昔洛韦静滴加外用治疗,观察组在此基础上口服普瑞巴林。结果显示,观察组疼痛缓解更快,结痂与皮损愈合时间缩短,整体疗程明显减少,疼痛评分更低,总有效率达100%。这说明普瑞巴林不仅镇痛明确,还可能通过调节神经炎症或改善局部微环境,间接促进皮肤修复。

朱志国[40]进一步提出,普瑞巴林联合加巴喷丁用于PHN患者,可在不增加不良反应的前提下,增强镇痛效果,并缓解焦虑、抑郁等情绪问题,提示两者存在协同潜力。

但需注意,这类药物常见副作用包括头晕、嗜睡、恶心、便秘等,老年患者尤需警惕认知功能下降风险,临床使用应个体化并加强随访。

卡马西平虽属第二代抗惊厥药，对三叉神经痛等特定神经痛有效，但因肝酶诱导作用强、药物相互作用多、耐受性差，国际指南未将其推荐为 PHN 一线用药。

## 2) 三环类抗抑郁药

三环类抗抑郁药(TCAs)的镇痛作用源于多重机制。一方面，它通过阻断突触前膜对去甲肾上腺素(NE)和 5-羟色胺(5-HT)的再摄取，提升突触间隙中这两种递质的浓度，既改善情绪，也参与下行性痛觉抑制；另一方面，TCAs 可阻断电压门控钠通道，抑制外周痛觉感受器的动作电位发放，减少异常放电——这一机制与利多卡因等局麻药相似[41]。

相较之下，度洛西汀作为选择性 5-HT/NE 再摄取抑制剂(SNRI)，在保留抗抑郁效果的同时，镇痛作用更专一，因此在 PHN 等神经病理性疼痛中应用更为普遍。姚辉等[42]发现，将度洛西汀与加巴喷丁联用治疗 PHN，不仅疼痛缓解更明显、总体疗效更高，还能在不诱发额外炎症反应的情况下，降低血清中部分炎症因子水平。这一结果提示，该组合可能通过神经-免疫双重调节路径发挥作用，且安全性可控。

## 3) 阿片类药物

阿片类药物属于中枢性镇痛药，目前被推荐为 PHN 的二线治疗选项。其镇痛作用主要依赖于激活  $\mu$ -阿片受体，同时通过抑制去甲肾上腺素(NE)释放、减少 5-羟色胺(5-HT)再摄取，调节下行疼痛调控通路，从而削弱伤害性信号向中枢的传递。临床常用药物包括曲马多、羟考酮和吗啡等。

陈玮等[43]在老年胸背部 PHN 患者行腹部手术后，采用纳布啡联合舒芬太尼实施静脉自控镇痛。结果显示，患者按压镇痛泵的次数明显减少，追加镇痛药的需求下降，原有疱疹区域的慢性神经痛亦得到缓解，部分病例复发风险有所降低。这一观察提示，阿片类药物在控制术后急性痛的同时，可能对既存 PHN 产生延续性镇痛效应。

需承认，此类药物存在成瘾风险及便秘、嗜睡等副作用，尤其在老年人中需谨慎评估。但若严格掌握适应证、规范给药，阿片类药物仍能在 PHN 多模式镇痛体系中发挥不可替代的作用——尤其是在其他一线方案效果有限时。

## 4) 曲马多

曲马多是一种具有中枢作用的非阿片类镇痛药，其主要镇痛机制在于抑制神经元突触对去甲肾上腺素(norepinephrine)的再摄取，同时可弱激动  $\mu$ -阿片受体，并增强 5-羟色胺(5-HT)的活性，从而多途径干扰痛觉信号的传导，实现良好的镇痛效果。无论采用口服或注射给药方式，曲马多均能较快起效，临床使用灵活，适用于多种类型的中度至重度疼痛管理[44]。

## 5) 利多卡因贴剂

利多卡因凝胶贴膏是一种新型局部外用制剂，已被推荐为治疗带状疱疹后神经痛(PHN)的一线药物，尤其适用于老年患者群体。其主要药理机制在于：利多卡因可特异性结合电压门控钠通道  $\alpha$  亚单位的特定区域，抑制通道开放，减少钠离子内流，从而阻止神经细胞膜的异常去极化；同时诱导钠通道发生可逆性构象改变，有效抑制其活性，最终减轻外周敏化，缓解神经病理性疼痛[45]。

范芙蓉[46]的临床观察显示，利多卡因凝胶贴膏用于 PHN 治疗时，总有效率达 92.85%，多数患者疼痛明显减轻。治疗过程中不良反应少见，患者普遍耐受良好——尤其适用于老年或合并慢性病者。该剂型操作简便、局部起效，兼具安全性与实用性。

## 3. 中医疗法与西医药物靶点的潜在交汇点

近年来，越来越多的研究尝试从分子机制层面探索中西医治疗 PHN 的协同可能性。例如，活血化瘀类方剂(如血府逐瘀汤)被发现可下调血清 IL-6、TNF- $\alpha$  等促炎因子水平，而这些因子亦是普瑞巴林发挥抗炎镇痛作用的间接靶点之一。针刺治疗则被证实可促进内啡肽、5-羟色胺(5-HT)释放，增强下行抑制通路

活性——这一机制与三环类抗抑郁药(如阿米替林)的作用路径存在重叠。此外,动物实验显示,某些中药成分(如川芎嗪、芍药苷)具有钙通道阻滞或钠通道调节作用,理论上可能与加巴喷丁类药物产生协同效应。

然而,上述机制研究多停留在动物模型或体外实验阶段,缺乏在 PHN 患者中的药代动力学与药效学验证。未来亟需设计严谨的中西医结合干预 RCT,明确协同增效的剂量-效应关系及安全性边界。

#### 4. 小结

中医将带状疱疹后遗神经痛(PHN)归为“痹证”“痛证”范畴,病机多责之于气滞血瘀、肝经郁热、气虚血瘀或阴虚血瘀等证型。治疗强调辨证施治,方案因人而异——或理气活血,或清肝泻火,或益气养阴、滋阴通络。这种个体化干预在临床中积累了较多有效案例。

西医目前尚未完全阐明 PHN 的确切病因,主流观点认为其与水痘-带状疱疹病毒引发的外周及中枢神经损伤有关,核心机制是痛觉传导通路的敏化。因此,治疗聚焦于症状控制,主要依赖药物镇痛。常用口服药如抗惊厥剂、三环类抗抑郁药、阿片类等虽起效较快,但常伴头晕、嗜睡、便秘、胃肠道不适,老年患者还可能出现认知功能下降,限制了长期使用。

相比之下,中医药从整体调节出发,在缓解疼痛的同时,部分方案可能有助于减少 PHN 的发生或复发。加之其成本较低、不良反应少、耐受性好,在 PHN 长期管理中具有一定优势,尤其适合老年或合并慢性病人群。

因此,应进一步加强对中医药治疗 PHN 的系统研究,深入挖掘其作用机制,优化治疗方案,为临床提供更加安全、有效、多元化的干预策略。

#### 参考文献

- [1] 路清源,吴景东. 中医治疗带状疱疹后遗神经痛的进展[J]. 实用中医内科杂志, 2025, 39(1): 113-115.
- [2] 葛群. 中医治疗带状疱疹后遗神经痛的进展分析[J]. 海峡药学, 2019, 31(7): 244-245.
- [3] 刘于媛,黄虹,张锦丽,等. 中医体质与带状疱疹后神经痛的相关性研究[J]. 中国民族民间医药, 2021, 30(1): 10-12.
- [4] 王珂,张雪竹. 带状疱疹后遗神经痛中医病机及治疗的研究进展[J]. 吉林中医药, 2024, 44(2): 245-248.
- [5] 王羽依,蔡玲玲,方多多,等. 带状疱疹后遗神经痛的益气解毒法治疗经验总结[J]. 环球中医药, 2017, 10(10): 1238-1240.
- [6] 蒋香玉,栗胜勇,母叶,等. 调气法针刺结合壮医药线灸治疗带状疱疹后遗神经痛 47 例[J]. 中国针灸, 2021, 41(1): 65-66.
- [7] 王玉玺,杨素清,王松岩. 带状疱疹后遗神经痛的治疗体会[J]. 新中医, 2004, 36(12): 34-35.
- [8] 宋丽华. 桃红四物汤加减治疗带状疱疹后遗神经痛气滞血瘀证的临床疗效[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(2): 6-7.
- [9] 张壤之,张翠兰. 血府逐瘀汤治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察[J]. 中国临床医生, 2007, 35(5): 60-61.
- [10] 杨荣明,吴诗美,刘春燕,等. 龙胆泻肝汤对带状疱疹后遗神经痛患者免疫功能及疼痛程度的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(20): 83-85.
- [11] 徐笑燕,谢庆龄. 龙胆泻肝汤加减联合普瑞巴林治疗头面部带状疱疹后神经痛临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(11): 56-59.
- [12] 吴玉玲. 观察补阳还五汤加减联合针灸治疗气虚血瘀型带状疱疹后遗神经痛气的疗效[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(13): 222-224.
- [13] 杨丽云,姚春海,时会君,等. 补阳还五汤加减联合针灸及穴位贴敷治疗带状疱疹后遗神经痛气虚血瘀证[J]. 四川中医, 2018, 36(7): 168-171.
- [14] 王锋. 补阳还五汤联合常规西药治疗老年带状疱疹后遗神经痛临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(14): 56-58.
- [15] 向巧玲,屈治学. 一贯煎加味治疗带状疱疹后遗神经痛 34 例[J]. 四川中医, 2000, 18(8): 51.
- [16] 常智玲. 一贯煎加味治疗带状疱疹后遗神经痛 40 例报告[J]. 贵阳中医学院学报, 2007, 29(5): 33-34.

- [17] 周银平. 芍药甘草汤治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效及其安全性[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(15): 127-129.
- [18] 张淑杰, 邹艳红. 针刺夹脊穴配合围刺治疗带状疱疹后遗神经痛[J]. 针灸临床杂志, 2009, 25(2): 4-6.
- [19] 张利娟, 李慧文, 郭林涛, 等. “外治六经法”针刺治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效及机制[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(3): 531-535.
- [20] 陈金生, 宫庆娟, 黄秋兰, 等. 针灸对急性带状疱疹患者血液 c-FLIP 表达的影响[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(15): 2562-2565.
- [21] 李康. 艾灸联合治疗带状疱疹的研究进展[J]. 中国中医药科技, 2014(z1): 316+317.
- [22] 温明菲, 许文斌, 陈自雅. 热敏灸结合电针治疗老年顽固性带状疱疹后神经痛 40 例疗效观察[J]. 国医论坛, 2019, 34(6): 25-27.
- [23] 董新秀, 黄正正, 石义容, 等. 艾灸联合穴位按摩对带状疱疹后遗神经痛的影响[J]. 全科护理, 2016, 14(23): 2406-2407.
- [24] 邓茹月, 陈日新, 熊俊, 等. 灸法治疗带状疱疹后遗神经痛的系统评价与 Meta 分析[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(12): 5329-5332.
- [25] 王顺梅. 毫火针缓解带状疱疹后神经痛的疗效分析[J]. 中国保健营养, 2018, 28(13): 212.
- [26] 贾海霞, 赵文雁. 火针及围刺拔罐治疗带状疱疹后神经痛的效果分析[J]. 中国保健营养, 2019, 29(23): 331.
- [27] 袁仁镒. 火针治疗带状疱疹后神经痛的效果及对睡眠质量的影响研究[J]. 世界睡眠医学杂志, 2021, 8(8): 1349-1350.
- [28] 魏常学. 穴位埋线结合电针及中药治疗带状疱疹后遗神经痛的临床价值分析[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(9): 52-53.
- [29] 刘逸阳. 电针治疗带状疱疹后神经痛疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(32): 182+186.
- [30] 赵晓峰, 王瑜. 针刺加穴位注射治疗带状疱疹后神经痛疗效观察[J]. 广西中医药, 2010, 33(1): 23-24.
- [31] 李存有, 周钰, 张万宝. 野木瓜注射液穴位注射治疗带状疱疹后神经痛的近期疗效观察[J]. 宁夏医科大学学报, 2009, 31(6): 836-837.
- [32] 李有武. 电针结合穴位注射治疗带状疱疹后神经痛 28 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2010, 42(8): 53-53.
- [33] 甘文权. 中药内服外敷治疗带状疱疹后神经痛临床研究[J]. 中国继续医学教育, 2015(30): 172-173.
- [34] 胡艳红. 中药熏蒸治疗带状疱疹后神经痛的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2017, 15(31): 194.
- [35] 陈燕, 丁小洁, 陈星, 等. 老年带状疱疹后遗神经痛的发病因素分析及预防[J]. 老年医学与保健, 2018, 24(5): 494-496.
- [36] 凌晓瑜, 张慧君, 卜林凌, 等. 近 5 年中医药治疗带状疱疹神经痛概况[J]. 中医文献杂志, 2018, 36(5): 69-72.
- [37] 郑英巧. 带状疱疹后遗神经痛的发病相关因素探讨[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(85): 53.
- [38] 伍小敏, 于泳健, 蔡放, 等. 带状疱疹后遗神经痛的发病相关因素分析[J]. 中华全科医学, 2016, 14(3): 352-354.
- [39] 赵学然. 普瑞巴林治疗带状疱疹的临床疗效[J]. 中国城乡企业卫生, 2022, 37(3): 180-181.
- [40] 朱志国. 普瑞巴林联合加巴喷丁治疗带状疱疹后神经痛的临床疗效及安全性观察[J]. 中国实用医药, 2020, 15(2): 144-146.
- [41] 周沪程, 罗凤林, 许辉, 等. 抗抑郁药在带状疱疹后遗神经痛治疗中的研究进展[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2019, 35(12): 765-768.
- [42] 姚辉, 申文. 度洛西汀联合加巴喷丁对带状疱疹后神经痛患者疼痛症状、血清 IL-6、IL-1 $\beta$  水平的观察[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2023, 29(1): 44-48.
- [43] 陈玮, 张爱民, 李贵, 等. 纳布啡复合舒芬太尼在老年胸背部带状疱疹后神经痛患者腹部手术后静脉镇痛中的应用效果[J]. 山东医药, 2020, 60(31): 57-59.
- [44] 田映青, 洪怀章, 杨远超. 普瑞巴林联合曲马多治疗顽固性带状疱疹后遗神经痛[J]. 牡丹江医学院学报, 2019, 40(4): 68-69.
- [45] 刘奎玲, 李晓强, 孙雪华. 利多卡因凝胶贴膏联合加巴喷丁治疗带状疱疹后神经痛[J]. 中国疼痛医学杂志, 2021, 27(5): 386-389.
- [46] 范芙蓉. 利多卡因凝胶治疗带状疱疹后神经痛的临床效果与安全性[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(14): 59-60.