

DOI: 10.12209/CAIM202509260001

· 中西医结合临床案例 ·

1例骨髓增生异常移植术后患者合并播散型带状疱疹的中西医结合护理

师晓薇¹, 王春玲², 穆 兰¹, 刘昊天¹

(1. 北京大学人民医院 皮肤科, 北京, 100044;

2. 北京大学人民医院 中医科, 北京, 100044)

摘要: 本文总结1例骨髓增生异常综合征患者异基因造血干细胞移植术后2年,合并播散性带状疱疹后采取中西医结合治疗的护理经验体会。患者入院后,医疗团队根据病情严格遵医嘱予以抗炎、抗病毒、营养神经药物治疗,同时搭配中医特色护理技术进行联合干预。经过7天的精心诊疗与照护,患者症状得到明显好转,顺利出院。

关键词: 骨髓增生异常综合征; 播散型带状疱疹; 铜砭刮痧; 中西医结合护理

Integrated Chinese and Western Medicine Nursing for a Patient with Disseminated Herpes Zoster after Myelodysplastic Syndrome Transplantation

SHI Xiaowei¹, WANG Chunling², MU Lan¹, LIU Haotian¹

(1. Department of Dermatology, Peking University People's Hospital, Beijing 100044;

2. Department of Traditional Chinese Medicine, Peking University People's Hospital, Beijing 100044)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of integrated Chinese and Western medicine treatment for a patient with myelodysplastic syndrome who developed disseminated herpes zoster 2 years after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. After admission, the medical team strictly administered anti-inflammatory, antiviral and neurotrophic drugs in accordance with the doctor's advice based on the patient's condition, combined with characteristic traditional Chinese medicine nursing techniques for combined intervention. After 7 days of careful diagnosis, treatment and nursing care, the patient's symptoms were significantly improved and he was discharged smoothly.

KEY WORDS: myelodysplastic syndrome; disseminated herpes zoster; copper bian stone scraping; integrated Chinese and Western medicine nursing

骨髓增生异常综合征(myelodysplastic syndromes, MDS)是一种获得性造血功能严重紊乱的造血干细胞克隆性疾病,存在造血功能缺陷,且具有高风险向急性髓系白血病转化的特征^[1]。异基因造血干细胞移植作为治疗恶性血液肿瘤的有效手段,在临床上应用日益广泛,但患者移植前需接受大剂量放化疗预处理,会严重破坏自身免疫系统,导致术后长期处于免疫功能低下状态^[2]。带状疱疹(Herpes zoster, HZ)是由水痘-带状疱疹病毒(varicella-zoster virus, VZV)感染引起的

急性皮肤黏膜感染性疾病,该病毒具有亲神经性,初次感染多引发水痘,康复后病毒潜伏于脊髓后根神经节内,当机体免疫力下降时会再次被激活,老年人及免疫力低下者为高发人群^[3],主要临床表现为沿神经支配区域分布的红斑水疱以及剧烈神经痛。

我们近期收治1例骨髓增生异常综合征异基因造血干细胞移植术后2年患者,因长期免疫功能低下合并播散型带状疱疹。该型带状疱疹除累及受累神经支配皮节外,全身皮肤可出现广泛性

收稿日期:2025-09-26

通信作者:王春玲, E-mail: wcl5885@163.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

水痘样皮疹,常伴随高热等全身中毒症状。该患者通过中西医结合干预治疗,疼痛得到快速缓解,水疱结痂进程明显加速,完成7 d抗病毒治疗后无新发水疱,顺利好转出院,现将护理心得汇报如下。

1 病例简介

1.1 一般资料

患者女,38岁,2025年07月11日患者自觉右侧后背部、右上肢疼痛,自觉“筋膜炎”局部外贴膏药,后外用膏药处出现红斑,略瘙痒及疼痛,6 d前红斑处开始出现簇集小水疱,水疱逐渐增大,部分融合成大疱,呈带状分布,疼痛明显。2025年07月14日患者前面部、后背部、左上肢开始出现散在红斑、小水疱,伴疼痛,自行口服外用“扶他林”,无效,皮疹进一步进展。2025年07月17日就诊于皮肤科门诊,查体示右上肢大片红斑,其上簇集水疱,面部、腹部、背部及左上肢散在淡红色丘疹、丘疱疹,诊断“播散型带状疱疹、周围神经病”,为进一步治疗以“播散型带状疱疹”于2025年07月18日由门诊收治入院。患者既往患骨髓增生异常综合征3年余,造血干细胞移植术后2年余,术后曾出现多脏器排斥反应,口服芦可替尼抗排斥治疗。2年余前(2023年06月)出现吞咽困难、大便不成形,行胃镜检查未见明显异常(具体不详),目前予瑞代1000 mL/d,营养支持治疗,营养风险筛查2002(Nutritional risk screening, NRS-2002)评分>3分。医源性卵巢功能衰竭病史1年余(2024年01月),目前予以雌孕激素续贯治疗。个人史、家族史无特殊。

入院后患者精神、饮食、睡眠一般,二便如常,体重无显著变化。患者自发病以来,间断出现体温升高至38.9℃,予泰诺林口服、冰敷物理降温,完善血常规、红细胞沉降率(ESR)、降钙素原(PCT)、新鲜冠状病毒核酸检测、呼吸道病原核酸检测(6项)、厌氧菌培养、无菌体液真菌培养、无菌体液细菌培养、呼吸道多种病原体谱抗体测定,根据化验结果后对因治疗(检验结果未见特殊),2025年07月21日患者体温恢复正常,指测血氧饱和度下降($LSpO_2$ 90%),遵医嘱予持续低流量吸氧改善通气。

1.2 查体

患者神志清,体温(T)38.7℃,脉搏(P)86次/min,呼吸(R)18次/min,体重39 kg,患者诉胸闷,

血氧饱和度90%。专科查体可见患者右肘窝、上臂伸侧可见带状分布簇集小疱,部分融合为大疱,水疱周围可见红斑,右肩部大片状红色斑片,上可见紫黑色干涸疱皮、密集分布米粒大小水疱;面部、胸背部、腹部、左上肢可见散在黄豆大小边界不清红斑,部分上有小水疱,部分结痂。

1.3 诊断

根据患者病史、临床表现,诊断为“播散型带状疱疹”诊断明确。

1.4 治疗

西医治疗:因患者主诉疱疹部位疼痛明显,遵医嘱予抗炎、止痛、抗病毒、营养神经药物和营养支持治疗。阿昔洛韦注射液0.5 mg+0.9%生理盐水250 mL静脉输注,2次/d,普瑞巴林150 mg口服,3次/d,维生素B110 mg口服,3次/d,甲钴胺(弥可保)10 mg口服,3次/d。因患者吞咽困难,食欲差,遵医嘱每日口服瑞代1000 mL。因患者皮损面积过大,皮损部位予以疱液清创术,术后予以红光照射消炎,破溃处予以敷料覆盖,外用抗炎药物,预防感染。中医治疗:患者入院以来病情好转较慢,免疫力较差,疼痛症状较明显,故于2025年07月21日起辅以中医特色护理治疗,予患者穴位放血、拔罐,铜砭刮痧板磨痧治疗,引邪出表、疏通经络,行气活血,以促进皮疹愈合、镇痛。

2025年07月22日第1次中医治疗后,患者右肩部可见溃疡表面,右上肢水疱部分干涸,其余部分水疱基本结痂干涸,未再出现新发皮疹;2次中医治疗后,肩部、右上肢痂皮大部分脱落,余部位皮疹基本消退愈合。2025年07月28日,患者周身水疱、脓疱基本完全干涸结痂,病情好转,疼痛减轻,予以出院。

2 临床护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

通过观察及测量患者意识状态,测量生命体征,包括体温(T)、脉搏(P)、呼吸(R)、体重、血氧饱和度及皮肤损伤状态,对比患者治疗及护理前后的病情变化。

2.1.2 其他评估

2.1.2.1 自理能力评估

采用日常生活活动能力评估量表(ADL)评估患者日常行为能力,该量表涵盖进食、上下楼梯等10项内容,根据完成活动是否需要帮助及依赖

程度分为15分、10分、5分、0分四个等级,总分为100分。评分分级标准为:评分<20分代表极严重功能缺陷,生活完全依赖;20~60分表示生活需要不同程度的协助,其中20~40分需极大帮助,40~60分需部分帮助;评分>60分代表生活基本自理。该量表在国内养老和长期照护领域应用广泛,结构效度和预测效度表现良好,Cronbach's α 系数达0.916。该患者入院时ADL评分为65分,属于轻度依赖水平。

2.1.2.2 跌倒风险评估

Morse 跌倒评估量表由美国学者 Janice Morse 于1989年研制,是临床常用的跌倒风险评估工具。2010年我国学者周君桂完成该量表的汉化工作,并将其应用于住院老年患者跌倒风险评估中。该量表包含6个评估条目,总分0~125分,得分越高代表跌倒风险越高,其中0~24分为低风险、25~44分为中风险、45分及以上为高风险。中文版量表 Cronbach's α 系数为0.960,各条目相互独立,可全面覆盖不同维度的跌倒风险因素。该患者入院时 Morse 跌倒评分为60分,属于高跌倒风险等级。

2.1.2.3 压力性损伤风险评估

Waterlow 量表是临床常用的压力性损伤风险评估工具,共包含BMI、性别、年龄等11个评估条目,各条目分值区间为0~8分,量表总分为45分,得分越低代表压力性损伤风险越小。分级标准为10~14分为低度危险、15~19分为高度危险、评分>20分为极度危险。该患者入院时 Waterlow 压力性损伤风险评分为12分,属于低度危险水平。

2.1.2.4 疼痛程度评估

本次评估包含静息视觉模拟疼痛评分(VAS)和运动视觉模拟疼痛评分(VAS),临床通用VAS评分范围为0~10分,得分越高代表疼痛程度越重,其中7~10分属于重度疼痛范畴。该患者入院时静息与活动状态下VAS疼痛评分分别为7分和8分,属于重度疼痛水平。

2.2 护理诊断

①疼痛:与带状疱疹导致神经痛有关;②皮肤完整性受损:与疾病导致水疱、大疱有关;③低效型呼吸形态;④营养失调:低于机体需要量:与患者进食困难有关;⑤知识缺乏:缺乏带状疱疹疾病相关知识。

2.3 护理计划

结合患者临床症状表现、主诉情况以及中医辨证施护理论,为患者制定个性化护理干预措施,具体实施如下:遵医嘱为患者开展抗病毒、镇痛及营养神经治疗,同时密切观察用药后是否出现恶心呕吐、头晕嗜睡等不良反应;每日为破溃皮损处涂抹抗炎药膏预防感染,同步联合中医特色护理技术干预,为患者实施穴位放血、拔罐以及铜砭刮痧疗法,通过引邪出表、疏通经络、行气活血,促进皮损愈合,缓解疼痛症状。

2.4 护理措施

2.4.1 疼痛管理

患者入院后,遵医嘱每日予两次阿昔洛韦注射液0.5 mg加入0.9%氯化钠注射液250 mL中静脉输注,因阿昔洛韦注射液PH碱性值较高,易刺激血管收缩,导致溶液不滴或化学性静脉炎的发生。因此,在输注前护士严密观察患者血管情况,尽量选择粗直血管,在满足输液流速情况下选择24号留置针进行穿刺,避开关节部位,输注药液前、后均使用0.9%氯化钠盐水进行开管及冲、封管。输液速度发生异常或患者有不适症状时,及时给予更换留置针位置,避免静脉炎的发生。此外,根据药品说明书标注,阿昔洛韦输注过程中不易小于1 h,否则易引起急性肾衰。因此,在输液过程中护士密切关注患者有无肾衰(少尿、无尿、血尿、腰痛、恶心、呕吐)等征兆,嘱患者多饮水,勿自行调节滴速。

疼痛管理是带状疱疹患者管理的重点^[4]。入院后使用视觉模拟评分量表评价患者疼痛程度,疼痛评分为静息7分,活动8分,遵医嘱予患者普瑞巴林150 mg,2次/d,关注用药后有无头晕、嗜睡、恶心等不良反应。每日应用VAS疼痛评分评估患者疼痛强度,患者疼痛缓解后及时通知医生,遵医嘱减少镇痛药物摄入。为患者进行心理护理,耐心倾听患者主诉,指导患者通过听音乐、阅读等方法转移注意力。治疗后第1天,因患者自诉疼痛无改善,影响睡眠及日常生活,连续睡眠约2~3 h,精神差。

2025年07月21日患者疼痛未缓解,药物镇痛效果欠佳,皮肤破溃处面积较大,故申请中医科特色护理会诊。中医护理会诊护士评估患者病情及皮肤情况后,予患者右侧肩背部、右上臂、右前臂掌侧予以中医穴位放血、拔罐,铜砭刮痧板磨痧治疗,具体操作方法如下。①穴位放血及拔罐:安

尔碘消毒后,使用无菌毫针根据皮损部位及穴位进行点刺,促进血液循环,改善局部血供,促进组织细胞的修复和再生;点刺后用火棒排空玻璃罐内的气体后吸附于点刺部位,促进疱疹迅速消退和结痂,加速缓解疼痛症状,留罐 3~5 min,出血量控制在 3 mL 左右,起罐后用无菌纱布消毒擦拭局部皮肤,嘱患者治疗部位皮肤保持干燥 24 h。

②铜砭刮痧:利用铜砭刮痧板在患处皮肤相关部位进行刮痧,促进新陈代谢排除体内毒素,缓解疼痛感。选择专用虎符铜砭刮板,先用 75% 酒精擦拭消毒,上涂抹刮痧介质,专用中药刮痧油(需无刺激、易吸收),先刮健康区域,从远离病灶的相关经络开始,力度由轻到重,让皮肤逐渐适应。后刮病灶周围,于患处避开水疱破损处,在病灶边缘(距离水疱 1~2 cm)沿经络走向刮拭,方向多为“从上到下”“从内到外”,避免逆向刮治,刮痧动应徐而缓和力度以患者感温热无剧痛为宜,每个部位刮痧时间控制在 3~5 min,每次刮痧 20~30 次,以皮肤温热为宜。刮痧期间关注患者感受,如患者疼痛剧烈,应暂停操作。操作过程中给予舒肝解郁情志护理^[5]。由于患者食欲差,进食少,予患者足阳明胃经之足三里穴磨痧,肝区、脾区刮痧,胫骨全息磨痧治疗,下肢皮肤表面刮出黑痧。治疗过程中患者能主动配合,自觉皮肤温热,主诉治疗过程中舒适感增加。在患者入院后生命体征平稳后,取得患者同意,分别于入院后第 4 天和第 8 天行中医特色护理治疗。

中医治疗后嘱患者治疗处皮肤暂停使用外用药物 12 h,避免吹空调或电扇,治疗后 24 h 内避免沐浴。治疗后皮肤可有少量渗液,可及时更换干净贴身衣物,保持床单位及衣物清洁干燥。治疗后可少量多次饮温开水,利于毒素排出。

2.4.2 皮肤护理

带状疱疹属于接触性传播,疱液应避免接触其他人员,患者自身体质差,已发生感染,故入院后给予患者单间收治,维持病室温、湿度事宜。病室每日通风 2 次,30 min/次,每日对病室进行紫外线照射消毒一次。按时进行晨、晚间护理,保证病室环境干净整洁,被服被疱液、分泌物污染时,及时为患者更换。

促进疱液吸收,创面愈合是带状疱疹患者皮肤护理的关键。该患者皮肤水疱大且多,故于 2025 年 07 月 21 日为患者行疱病清创术,对疱疹≥2 cm 处安尔碘消毒液消毒后,在无菌操作下给予

抽吸疱液治疗,抽疱后给予涂抹夫西地酸乳膏,后背破溃处予银离子敷料覆盖,抗感染、消炎,并促进伤口愈合。2025 年 07 月 25 日予患者破溃处透明质酸钠换药,促进创面愈合。予患者患处红光照射 20 min,1 次/d;07 月 21 日、07 月 24 日,联合中医穴位放血、拔罐,铜砭刮痧板磨痧治疗,加速创面愈合,减轻疼痛,抗炎。07 月 27 日患者已无新发水疱,破裂伤口均已结痂,出院时大部分结痂已脱落。

2.4.3 纠正低效型呼吸形态

因患者入院后出现高热、憋气症状,据病历调查,患者于半月前曾因肺部感染在呼吸科住院治疗,遵医嘱予患者持续低流量鼻导管吸氧 2 L/min,口服阿奇霉素隔日一次。

2.4.4 饮食护理

患者 2 年前出现吞咽困难,入院后食欲下降,进食少,NRS 营养评分>3 分(中风险),遵医嘱给予患者瑞代 1 袋营养支持治疗,2 次/d。同时嘱患者饮食清淡、多食高维生素、易消化饮食,禁辛辣刺激饮食,增加营养及患者抵抗力。

2.4.5 健康教育

予患者及家属健康宣教,指导其做好家庭防护,对于家庭中老人及儿童应避免接触,做好病室开窗通风,被服应单独洗涤,避免疱液接触健康人员,避免发生交叉感染。在院期间固定陪护人员,限制家属探视。因患者吞咽困难,全身营养状况差,入院时身高 157 cm,体重 39 kg,低蛋白血症,患者每日口服瑞代 1000 mL,半流食,食欲差。同时伴高热,患者活动无耐力,主诉活动后乏力,指导患者床上活动,以卧床休息为主,做好下肢功能锻炼,可适当在病室内活动,逐渐增加运动量。护士做好交接班,避免跌倒及压力性损伤的发生。

2.5 护理评价

患者在院期间积极配合治疗,护理措施、治疗措施执行期间无不适主诉,患者治疗前后对比情况详见表 1。07 月 21 日进行中医特色护理前床旁问诊,患者主诉疼痛明显,VAS 疼痛评分(静息/活动)7/7,查体可见右前臂部分水疱变大,右背部水疱部分破溃。经过两次中医护理后,07 月 28 日床旁问诊,患者未诉明显不适,VAS 疼痛评分(静息/活动)0/1,查体未见新发皮疹,右上肢、肩部痂皮进一步脱落,余部位皮疹基本消退愈合(详见图 1)。

表1 疗效评估

评估项目	2025年07月21日	2025年07月28日
体温/℃	38.7	36.4
脉搏/(次/min)	86	78
呼吸/(次/min)	18	18
体重/kg	39	39
血氧饱和度/%	90~93	94~97
ADL/分	65(轻度依赖)	80(轻度依赖)
Waterlow/分	12(低度风险)	8(无风险)
Morse/分	60(跌倒高风险)	40(跌倒高风险)
VAS/分	7/8(重度疼痛)	0/1(基本无疼痛)

3 结果与随访

经过10 d抗病毒治疗,联合两次中医特色护理治疗后,2025年07月28日患者已无新发皮疹,周身水疱、脓疱基本完全干涸结痂,部分痂皮脱落,疼痛症状以缓解,经主治医师查房后,遵医嘱予以出院。嘱患者出院后适当运动有利于增强体质,如散步、太极运动等;注意休息,保持创面清洁干燥,避免搔抓皮损,减少感染;指导患者做好居家防护;向患者解释带状疱疹神经痛仍会持续数月或更长时间,可于门诊进行中西医结合治疗,以促进神经的恢复,减缓疼痛、促进康复^[6]。2025年08月04日电话随访患者,痂皮已全部脱落,已无疼痛症状。

4 讨论

播散型带状疱疹常见于恶性肿瘤或免疫功能极度低下者,病毒经血液播散,导致除受累皮节外全身皮肤出现广泛性水痘样疹,常伴高热等全身中毒症状,约10%的播散型带状疱疹病例可合并内脏受累,病死率高达55%^[7]。本例患者为骨髓增生异常综合征移植术后,移植后长期免疫抑制状态导致其病毒清除能力显著下降,带状疱疹呈

播散型进展(非局限于单一神经节段),不仅皮肤破溃范围广,更伴随剧烈神经痛,且存在皮肤感染、神经痛迁延的高风险,此类病例单纯西医治疗常面临“病毒控制慢、疼痛缓解难、结痂周期长”的困境,需兼顾抗病毒、免疫保护与症状干预的多重需求。患者入院后遵循西医治疗原则给予阿昔洛韦抗病毒治疗,通过抑制水痘一带状疱疹病毒(VZV)DNA聚合酶活性直接阻断病毒复制链条,快速降低体内病毒载量,避免病毒进一步侵袭神经节与皮肤组织。该患者免疫力较差,疼痛表现较为明显,皮疹面积较大,患者右肩背部,右上肢皆有破溃,极易继发感染,故于西医抗病毒治疗、红光照射、创面护理的同时结合患者“热毒瘀滞、经络不通”的核心病机,选用“针刺放血+拔罐+铜砭刮痧”协同干预,形成“泻热—通络—止痛—修复”的治疗链条,引邪出表、疏通经络,行气活血、促进破溃处创面愈合,减轻患者疼痛。

在中医理论体系中,带状疱疹的发病多因火毒、湿邪之邪外侵,蕴结于肌肤之间,致使局部气血壅滞而发为疱疹;若邪邪进一步阻滞经络,导致气血运行不畅,“不通则痛”,便会引发程度各异的疼痛症状。针刺放血通过点刺放血直接宣泄热毒,改善病灶微循环,为皮肤修复提供血供基础,契合《素问·调经论篇》“刺出其血,无令恶血得入于经”的治疗原则。穴位放血治疗是针刺疗法之一,通过对特定穴位进行放血的方式减轻病情,有疏通经络、活血理气等功效^[8-9],可促进毒气、邪湿等物质排出体外,实现生肌敛疮、祛腐生新的治疗目的。在针刺放血后施予闪罐或留罐(避开破溃处),利用负压效应进一步疏通局部气血,减轻瘀滞,增强放血的“泻热通络”效果,且可缓解肌肉紧张所致的牵涉痛。如本例患者急性期水疱密集、疼痛剧烈,在针刺放血后配合拔罐,能增强“泻热”



图1 患者皮疹愈合过程

效果,快速缓解“热盛则痛”的急性期症状。刮痧是中医特色外治法之一,具有行气化瘀、通经活络的功效,可使局部皮肤充血,毛细血管扩张,加快血液循环。张鸿嫣等^[10]研究发现刮痧可降低背根神经节及血清P物质、神经肽Y、前列腺素E2水平,表明刮痧可通过调节神经及血清中相关疼痛物质水平,以减轻疼痛。

本患者西医治疗病情好转缓慢,且免疫低下,曾欲予人免疫球蛋白输注,然考虑患者曾出现肺部排异反应,需谨慎评估治疗方案是否会引发或加重患者肺部排异反应,中医外治具备较高的安全性,疗效明显,故经中医特色护理治疗后患者病情好转,未予人免疫球蛋白输注。本病例为单一个案,缺乏大样本临床数据支持,疗效需更多多中心、随机对照研究验证。且移植术后患者免疫状态个体差异大,中医外治的具体手法强度、频次需更精准的个体化评估标准,避免因体质不耐受导致不良反应。综上,本例病例针对骨髓增生异常移植术后合并播散型带状疱疹患者,以西医抗病毒控制病因,联合中医辨证外治(针刺放血、拔罐、铜砭刮痧)改善症状,可实现“病因—病机—症状”的多维度干预,但仍需更多研究完善方案的普适性与长期疗效验证。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 耿慧,杨支兰,段丽珍,等.老年带状疱疹后神经痛疼痛护理管理的最佳证据汇总分析[J].护理实践与研究,2023(17):2596-2603.
GENG H, YANG Z L, DUAN L Z, et al. A Comprehensive Analysis of the Best Evidence on Pain Management for Postherpetic Neuralgia in the Elderly [J]. Nursing Practice and Research, 2023(17): 2596-2603. (in Chinese)
- [2] 李静,王玉蓉,范衡.中西医结合治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察[J].实用中医药杂志,2014(7):650.
LI J, WANG Y R, FAN H. Observation on the Therapeutic Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Postherpetic Neuralgia [J]. Journal of Practical Traditional Chinese Medicine, 2014(7): 650. (in Chinese)
- [3] 国家疼痛专业质控中心神经病理性疼痛专家组,吴大胜,陶蔚,等.神经病理性疼痛评估与管理中国指南(2024版)[J].中国疼痛医学杂志,2024(1):5-14.
National Pain Professional Quality Control Center Expert Group for Neuropathic Pain, WU D S, TAO W, et al. Chinese Guidelines for Assessment and Management of Neuropathic Pain (2024 Edition) [J]. Chinese Journal of Pain Medicine, 2024(1): 5-14. (in Chinese)
- [4] 中国医师协会眼科医师分会眼感染学组,洪晶.中国带状疱疹病毒性角膜炎诊断和治疗专家共识(2025年)[J].中华眼科杂志,2025(2):87-95.
Ophthalmic Infection Group of the Ophthalmologists' Branch of the Chinese Medical Doctors Association, HONG J. Expert Consensus on Diagnosis and Treatment of Herpes Zoster Virus Keratitis in China (2025) [J]. Chinese Journal of Ophthalmology, 2025(2): 87-95. (in Chinese)
- [5] 胡梦婷,葛逊,李佩芳.循经刺结合穴位注射治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究[J].针灸临床杂志,2022(7):10-15.
HU M T, GE X, LI P F. Clinical Study on the Treatment of Postherpetic Neuralgia with Meridian-Targeted Acupuncture Combined with Acupoint Injections [J]. Journal of Acupuncture Clinical Practice, 2022(7): 10-15. (in Chinese)
- [6] 韩宪伟,李然,王雪峰.基于叶天士经络理论探讨带状疱疹各阶段病机特点[J].中国中医基础医学杂志,2019(11):1502-1503.
HAN X W, LI R, WANG X F. Based on Ye Tian-shi's theory of meridians, this paper explores the disease mechanism characteristics of each stage of herpes zoster [J]. Chinese Journal of Basic Medical Sciences in Traditional Chinese Medicine, 2019(11): 1502-1503. (in Chinese)
- [7] 金霞霞,雷正权,周锋,等.雷正权教授从“菀陈则除之”论治带状疱疹后遗神经痛经验摘要[J].河北中医,2022(8):1254-1257.
JIN X X, LEI Z Q, ZHOU F, et al. Professor Lei Zhengquan summarized his experience in treating post-herpetic neuralgia based on the principle "Eliminate what is stagnant" [J]. Henan Journal of Traditional Chinese Medicine, 2022(8): 1254-1257. (in Chinese)
- [8] 王少松,王麟鹏,赵因.近经远腑取穴法在针刺治疗三叉神经痛中的应用[J].中医杂志,2017(16):1423-1425.
WANG S S, WANG L P, ZHAO Y. Application of

- the "Near and Far Acupoint Selection Method" in Acupuncture Treatment of Trigeminal Neuralgia [J]. Chinese Medicine Journal, 2017(16): 1423-1425. (in Chinese)
- [9] 李燕, 彭聪. 针刺联合拔罐放血疗法对早期带状疱疹疼痛及相关因子的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2023(2): 96-98.
- LI Y, PENG C. The Effects of Acupuncture Combined with Cupping Therapy for Bloodletting on Early Herpes Zoster Pain and Related Factors [J]. Journal of Hubei University of Chinese Medicine, 2023(2): 96-98. (in Chinese)
- [10] 张鸿嫣, 杨敏, 岳容兆, 等. 刮痧对腰椎间盘突出症模型大鼠背根神经节炎性细胞因子和血清疼痛物质的影响[J]. 时珍国医国药, 2017(2): 500-503.
- ZHANG H Y, YANG M, YUE R Z, et al. The Effects of Scraping Therapy on Inflammatory Cytokines in the Dorsal Root Ganglion and Pain Substances in Serum of Rats with Lumbar Intervertebral Disc Herniation Model [J]. Shizhen Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmaceutical Science, 2017(2): 500-503. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。