

DOI: 10.12209/CAIM202508260003

· 中西医结合临床案例 ·

针灸疗法联合红外线局部照射治疗在1例 右耳带状疱疹合并面瘫患者中的应用

葛一音

(首都医科大学附属北京朝阳医院 疝和腹壁外科皮肤病区, 北京, 100020)

摘要: 本文报告1例右耳带状疱疹伴面瘫患者采用针灸疗法联合西医常规治疗的中西医结合诊疗及护理案例。患者为57岁女性,因右耳疼痛1周、口角歪斜1 d入院,确诊为右耳带状疱疹继发面瘫后,在予以抗病毒、营养神经及止痛等西医常规治疗的基础上,加用针灸治疗,选取颞前线、翳风、风池等穴位刺激,同步配合红外线局部照射,同时辅以针对性护理干预。经过系统治疗后,患者疼痛症状明显缓解,面瘫症状得到显著改善,顺利出院。本案例表明,针灸疗法在缓解带状疱疹神经痛、促进受损面神经功能恢复方面具有积极作用,中西医结合治疗配合系统化护理可进一步提升整体疗效,为临床同类病例的诊疗和护理提供了可参考的实践经验。

关键词: 带状疱疹; 针灸; 神经痛; 护理

Acupuncture Combined with Local Infrared Radiation Therapy in the Treatment of a Patient with Right-Ear Herpes Zoster Complicated by Facial Paralysis

GE Yiyin

(Hernia and Abdominal Wall Surgery—Dermatology Ward, Beijing Chaoyang Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing, 100020)

ABSTRACT: This paper reports a case of integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis, treatment, and nursing for a 57-year-old female patient with right-ear herpes zoster complicated by facial paralysis. The patient was admitted with right-ear pain for one week and mouth deviation for one day. After diagnosis, conventional Western treatments (antiviral therapy, neurotrophic agents, and analgesics) were supplemented with acupuncture targeting specific acupoints, combined with local infrared radiation therapy and tailored nursing interventions. Systematic treatment resulted in significant pain relief and marked improvement in facial paralysis, leading to successful discharge. This case demonstrates acupuncture's efficacy in alleviating herpes zoster neuralgia and promoting facial nerve recovery, while highlighting that integrated therapy with structured nursing enhances overall outcomes, offering practical insights for similar clinical cases.

KEY WORDS: herpes zoster; acupuncture; neuralgia; nursing

带状疱疹(herpes zoster)是由长期潜伏在脊髓后根神经节或颅神经节内的水痘一带状疱疹病毒(varicella zoster virus, VZV)经再激活引起的感染性皮肤病^[1]。我国≥50岁人群带状疱疹发病率为(2.9~5.8)/1000人年^[2]。带状疱疹的治疗目标包括促进皮损消退、缓解疼痛、改善患者生活质量^[3]。西医常规治疗方案包含抗病毒、营养神

经、镇痛治疗及糖皮质激素治疗等。已有研究表明,针灸联合西药治疗可提升整体疗效,增强镇痛效应,降低带状疱疹后神经痛(PHN)的发生率^[4]。红外线照射治疗能够改善局部血液循环,减轻疼痛症状^[5-6],还可进一步减轻局部炎症反应,促进受损神经再生,加速创面愈合进程^[7]。本病例具有一定特殊性,患者不仅存在右耳针刺样疼痛伴

收稿日期:2025-08-26

OPEN ACCESS

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

放射痛这类典型的带状疱疹神经痛表现,还合并出现口角歪斜、饮水漏水等面神经受累的面瘫症状,属于带状疱疹累及颅神经的复杂病例类型。因此,通过完整记录该病例的中西医结合治疗及系统化护理全过程,可以为后续临床中遇到的类似合并神经功能障碍的带状疱疹患者,提供切实可行的诊疗和护理实践参考。

1 病例资料

1.1 患者信息

患者女,57岁,主因“右耳疼痛1周,口角歪斜1 d”于2025年06月03日入院。患者1周前无明显诱因出现右耳内疼痛,呈针刺样疼痛,伴放射痛,向耳后及头部放射,伴头晕、轻微胸闷憋气及右耳听力下降。4 d前就诊于耳鼻喉科门诊,耳镜检查发现右耳疱疹样新生物,考虑带状疱疹,转诊至皮肤科门诊后,予泛昔洛韦片0.25 g口服,2次/d,甲钴胺片0.5 mg口服,3次/d,普瑞巴林胶囊75 mg口服,2次/d,甲泼尼龙片24 mg口服,1次/d及阿昔洛韦乳膏外用治疗,症状较前好转。1 d前患者出现口角歪斜、喝水漏,考虑存在面瘫表现,收入皮肤科病房继续治疗。患者精神食欲尚好,睡眠一般,大小便如常,体重无明显改变。

1.2 查体

一般情况:发育正常,营养中等,体型匀称,步入室,自主体位,神志清楚,表情自然,查体合作。头颅五官:头颅大小形态正常,无特殊面容;眼睑无浮肿,结膜无苍白充血,巩膜无黄染,双侧瞳孔等大等圆,直径均为3 mm,对光反射灵敏;鼻外形正常,无鼻翼翕动,鼻旁窦区未触及明显压痛;右耳廓内可见肿胀性红斑,外耳道无异常分泌物,乳突区无压痛,右侧听力较左侧粗测稍减弱;唇色红润,口腔黏膜光滑,舌质、舌苔未发现明显异常,齿列整齐,牙龈无出血、肿胀;双侧扁桃体无肿大,咽部黏膜无充血;发声正常,无嘶哑。专科检查:右侧耳部肿胀,耳廓内可见片状肿胀性红斑,右侧口角歪斜,饮水时患侧漏水。中医查体及辨证:右耳可见簇集性清亮水疱,耳部明显肿胀,皮损触之灼热;患侧鼻唇沟变平,示齿时口角向健侧歪斜;舌质红,舌苔薄黄。患者同时偶有失眠症状。

1.3 诊断

西医诊断:拉姆齐-亨特综合征(Ramsay-Hunt综合征),即外耳带状疱疹累及面神经,伴发

神经痛及面瘫;中医诊断:蛇串疮(耳部,肝经郁火证),面瘫(风中经络)。辨证依据:患者耳部出现簇集性清亮水疱,局部肿胀灼热,同时伴随面瘫症状,系肝经郁火循少阳经上攻耳窍,壅滞脉络,导致面部筋脉失于濡养而发病;烦躁失眠为郁火内盛、扰动心神所致;舌质红、舌苔薄黄,均为肝经郁火亢盛的典型舌象表现。

1.4 治疗干预

患者入院后立即启动中西医结合治疗方案,西医常规治疗予阿昔洛韦0.5 g加入0.9%氯化钠注射液250 mL中静脉滴注,1次/8 h以抗病毒;予甲钴胺注射液0.5 mg联合维生素B1注射液0.1 g肌肉注射,1次/d以营养受损神经;右侧耳周疱疹局部外涂阿昔洛韦乳膏;予普瑞巴林胶囊75 mg口服,2次/d以镇痛抗炎,搭配法莫替丁片20 mg口服,2次/d以预防糖皮质激素引发的胃肠道不良反应;同时予甲泼尼龙片40 mg口服,1次/d,连续服用4 d以减轻面神经水肿炎症。针灸治疗同步开展,选取颞前线、翳风、风池、颊车透地仓、承浆、合谷、劳宫及太冲穴位进行针刺,每日治疗1次,每次留针30 min。物理治疗方面,每日对右耳及右侧面部进行红外线局部照射,照射距离控制在30~50 cm,每次照射20~30 min,以改善局部血液循环,促进炎症吸收。经上述系统化治疗后,06月09日患者带状疱疹皮疹干涸结痂,疼痛症状明显缓解,口角歪斜症状大幅改善,病情好转顺利出院,出院后继续口服甲钴胺片巩固营养神经治疗。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 生命体征

入院时体温(T)36.7℃,脉搏(P)78次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)136/84 mm Hg。

2.1.2 日常生活能力评估

采用1965年Mahoney与Barthel首次提出的日常生活活动能力量表(Barthel Index, BI)进行评估^[8]。该量表通过进食、穿衣、洗漱、如厕、行走、上下楼梯等10项条目评估患者生活自理能力,总分100分。参考Wade与Collin(1988)的评分界定标准^[9],90~100分为生活完全自理,60~89分为生活部分自理(轻度依赖),41~59分为中度依赖,评分≤40分为完全依赖。患者入院时评分为90分,符合生活完全自理标准。

2.1.3 跌倒风险评估

患者入院后首先使用《跌倒风险临床判定法》评估^[10],该评估表包含7项判定条目:昏迷或者完全瘫痪;过去24 h内曾有手术镇静史;使用2种及以上高跌倒风险药物;年龄 ≥ 80 岁;住院前6个月内有2次及以上跌倒经历,或此次住院期间有跌倒经历;存在步态不稳、下肢关节和/或肌肉疼痛、视力障碍等;6 h内使用过镇静镇痛、安眠药物。若患者符合任意条目可直接判定跌倒风险等级,因该患者无符合条目,遂采用MORSE跌倒评估量表(Morse Fall Scale)二次评估^[11]。该量表涵盖跌倒史、超过一个医学诊断、使用助行器具、静脉输液、步态、精神状态6项指标,总分 < 25 分为跌倒低风险,25~45分为跌倒中风险,评分 > 45 分为跌倒高风险。患者入院时评分为0分,属于跌倒低风险人群。

2.1.4 压疮风险评估

采用Braden压疮风险评估量表评估^[12],该量表从感觉、潮湿、活动能力、移动能力、营养、摩擦力和剪切力6个维度进行评分,总分6~24分,评分 ≤ 12 分为压疮高危风险,13~14分为中度风险,15~18分为轻度风险。患者入院时Braden评分为24分,无压疮发生风险。

2.1.5 VTE血栓风险评估

采用Caprini静脉血栓栓塞症风险评估表进行评分^[13],该量表涵盖约40项血栓形成危险因素,总分0~1分为低危,2分为中危,3~4分为高危,评分 ≥ 5 分为极高危。患者入院时Caprini评分为1分,属于VTE低危人群。

2.1.6 疼痛程度评估

采用数字疼痛评分量表(Numerical Rating Scale, NRS)评估右耳疼痛程度,0分代表无痛,10分代表难以忍受的剧痛;1~3分为轻度疼痛(不影响睡眠),4~6分为中度疼痛(影响睡眠),7~10分为重度疼痛(严重影响睡眠)。患者入院时疼痛评分为6分,属于中度疼痛,已对睡眠造成影响。

2.1.7 皮肤及专科体征

右侧耳部肿胀,耳廓内可见片状肿胀性红斑;右侧口角歪斜,饮水时存在患侧漏水表现。

2.1.8 心理状态评估

采用焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)评估患者情绪状态^[14],该量表包含20个反映焦虑主观感受的项目,以50分为标准差分

界值:50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,69分以上为重度焦虑。患者入院时SAS评分为50分,符合轻度焦虑判定标准。

2.2 护理诊断

急性疼痛:与带状疱疹病毒侵犯神经引起的神经痛有关;皮肤完整性受损风险:与耳部带状疱疹有关;躯体活动障碍:与面瘫导致的口角歪斜、面部活动受限有关;焦虑:与疼痛持续、担心病情恢复有关;知识缺乏:缺乏带状疱疹护理及康复相关知识。

2.3 护理计划

缓解疼痛:患者住院期间通过药物干预、针灸护理及物理方法减轻患者疼痛,疼痛评分 < 4 分,疼痛可耐受;保护皮肤:患者住院期间未发生疱疹破溃感染;促进功能恢复:患者住院期间掌握面部功能锻炼方法,配合针灸治疗改善面瘫;心理支持:患者住院期间焦虑情绪缓解,增强治疗信心;健康指导:患者住院期间知晓疾病发生原因、治疗方法及并发症预防等相关知识,具备居家护理能力。

2.4 护理实施

2.4.1 疼痛护理

根据患者入院疼痛评估结果,遵医嘱给予普瑞巴林胶囊75 mg早晚餐后口服、甲泼尼龙片40 mg晨起顿服(连续服用4 d)、法莫替丁片20 mg早晚餐后口服。用药后每1 h评估患者右耳疼痛变化,记录NRS评分,密切监测有无头晕、恶心、腹胀等药物不良反应。同时指导患者每日聆听舒缓古典钢琴曲30 min,2次/d;搭配腹式呼吸训练,指导患者选取屈膝仰卧位、半坐卧位或坐位等放松腹部肌群的舒适体位,缓慢吸气3~5 s,屏息2 s后缓慢呼气5~8 s,每次训练5~10 min,2~3次/d,帮助分散注意力、舒缓身心。护理记录需规范、客观记录患者疼痛变化及用药反应。

2.4.2 针灸护理

①穴位选择:选取颞前线(眉冲穴至悬厘穴连线)、翳风(耳垂后方凹陷处)、风池(胸锁乳突肌与斜方肌上端之间凹陷处)、颊车透地仓、承浆(面部颏唇沟正中凹陷处)、合谷、劳宫、太冲(足背第一、二跖骨间凹陷处)。

②操作步骤:每日针灸1次,患者取仰卧位,以75%酒精棉球对穴位局部皮肤消毒2遍,使用一次性无菌针灸针施针。颞前线沿头皮下骨膜外以15~30°角斜刺入0.5~0.8寸;翳风穴向鼻尖

方向以45°角斜刺0.8~1寸;风池穴向鼻尖方向避开延髓,以30~45°角缓慢斜刺0.8~1寸;颊车透地仓采用平透法,从颊车穴进针后沿皮向地仓穴平刺1~1.5寸;承浆穴直刺或略向舌根方向斜刺0.3~0.5寸;合谷、劳宫分别直刺0.5~0.8寸;太冲穴直刺0.5~0.8寸。进针后采用提插捻转法行平补平泻,得气后留针30 min,每10 min行针1次,每次捻转10~15 s。起针采用徐出法,缓慢捻转针柄边退针边轻按针孔周围皮肤,起针后按压针孔30 s至无出血。

③全流程护理:治疗前评估患者身心状态,询问既往病史、过敏史、晕针史及凝血功能状态,协助核对患者身份信息,向患者及家属讲解针灸治疗目的、操作流程及酸胀麻重的得气正常反应,缓解患者紧张情绪。协助患者取下头饰、眼镜等配饰,调整舒适体位暴露穴位,注意遮挡保护隐私,确认穴位区域皮肤无破损、炎症、瘢痕。提前准备并检查一次性无菌针灸针、酒精棉球等用物有效期及无菌状态,严格执行无菌操作。治疗中密切观察患者面色、神情变化,若出现头晕、恶心、面色苍白等晕针前兆立即报告医生并协助平卧处理,观察针柄固定情况防止针体移位、折针。起针后协助按压针孔,检查有无渗血瘀斑,与医生共同清点针灸针确保无残留,嘱患者针灸后注意避风寒保暖。治疗后及时询问患者感受,评估疼痛变化,监测有无延迟性晕针、针孔红肿等异常反应并记录处理。

2.4.3 皮肤护理

每日早晚使用生理盐水棉球轻柔擦拭右耳疱疹区域各1次,若疱疹区域出现脓性、血性分泌物或局部潮湿黏腻时,改用乳酸依沙吖啶溶液清洁分泌物保持局部干燥。用无菌棉签蘸取阿昔洛韦乳膏轻柔涂抹疱疹区域,避免反复摩擦患处,每日涂抹5次,涂药后观察局部有无灼热、刺痛等过敏反应。每4 h评估疱疹形态、大小、数量及破溃情况,若出现疱疹破溃,可外涂莫匹罗星软膏3次/d或夫西地酸乳膏2~3次/d预防感染。告知患者修剪指甲至平齐,必要时佩戴棉质手套,避免抓挠疱疹引发破溃感染。

2.4.4 面瘫护理

指导患者进行分阶面部功能锻炼,具体如下:主动运动包括抬眉训练,尽力向上抬举右侧眉毛;闭眼训练,缓慢闭合右眼,可辅以左手轻柔按摩眼睑维持闭合状态;鼓腮训练,闭口后尽力鼓起右侧

面颊,若漏气可轻按患侧嘴角辅助;示齿训练,牵拉右侧嘴角露出右侧牙齿;吹口哨训练,尝试用右侧口角发出“嘘”声。辅助运动可使用同侧食指辅助推起眉毛中段帮助抬眉,或轻推下眼睑辅助闭眼。抗阻运动则是在主动运动过程中,用手在动作终点施加轻微阻力增强训练效果。每个动作维持3~5 s后放松3 s,重复15~20次,每日完成3~5组。同时指导患者进食时将食物置于健侧磨牙处细嚼慢咽,餐后及时漱口,使用软毛牙刷清洁患侧牙齿牙龈避免食物残留;外出佩戴口罩避免冷风刺激面部,用温水洗脸禁用冷水刺激面部肌群。

2.4.5 红外线照射护理

照射前检查患者右耳及右侧面部有无破损、感染及瘢痕,向患者讲解照射目的及注意事项,取下佩戴的耳部及面部配饰。照射区域为右耳疱疹区域及右侧面瘫肌群,照射距离控制在30~50 cm(以患者感知局部温热无灼痛为宜),每次照射20~30 min,1次/d,需与针灸治疗间隔2 h以上。照射时用湿纱布或有色眼镜遮挡患者双眼避免光线刺激,照射过程中随时询问患者感受,观察局部皮肤状态,避免烫伤。照射后协助患者擦干局部汗液,保持皮肤干燥,嘱患者避免立即触碰凉水或吹风,及时评估患者疼痛缓解情况并记录。

2.4.6 心理护理

主动与患者沟通交流,耐心倾听其感受顾虑,向患者讲解带状疱疹伴面瘫的预后转归情况,分享同类患者治疗成功案例帮助建立康复信心。鼓励家属多陪伴患者,主动关注患者情绪变化,及时给予正向鼓励,强化患者康复积极性,逐步缓解轻度焦虑状态。

2.4.7 健康指导

向患者及家属讲解疾病诱因、中西医治疗方案及居家护理注意事项,强调坚持用药、后续康复锻炼的重要性,发放带状疱疹健康宣教手册便于随时查阅。指导患者清淡饮食,保证优质蛋白质摄入,每日饮水1500~2000 mL,忌食辛辣刺激食物,规律作息保证充足睡眠。出院前明确告知复诊时间及居家面部功能锻炼方法,指导家属协助监督患者完成日常训练。

3 结果和随访

患者住院6 d期间,经过系统化中西医结合治疗与护理,生命体征始终平稳。出院时患者日常

生活活动能力评分为 100 分,生活可完全自理;跌倒风险与 VTE 血栓风险维持低风险等级,无压疮发生风险;右耳疼痛得到显著缓解,右侧耳部肿胀消退,耳廓内红斑完全消失,疱疹逐渐干涸结痂;右侧口角歪斜明显改善,饮水漏水症状大幅减轻;轻度焦虑情绪缓解,SAS 评分降至 45 分。患者已经充分掌握日常护理要点及面部康复锻炼方法,对后续康复充满信心,顺利出院。出院后 1 个月随访结果显示,患者已停用抗病毒及镇痛药物,右耳疼痛未出现复发,口角歪斜完全恢复,面部活动自如,未出现带状疱疹后神经痛等后遗症,整体康复效果良好。

4 讨论

2016 年欧洲皮肤病学论坛(European Dermatology Forum, EDF)与欧洲皮肤病与性病学会(European Academy of Dermatology and Venereology, EADV)联合制定的带状疱疹管理循证指南第一部分指出^[15],胸腹部是带状疱疹发病率最高的部位,占有病例的 55%,头面部带状疱疹发病率仅次于胸腹部。Grahm 与 Studahl 的研究表明^[16],头面部带状疱疹多见于老年群体及合并基础疾病的免疫力低下人群,这类患者往往并发症更多且病情更严重。耳部带状疱疹由水痘一带状疱疹病毒(VZV)侵犯面神经或听神经引发,通常表现为患侧外耳道疱疹及局部疼痛,病情严重者可出现不同程度的听力障碍。Jeon 和 Lee 的研究显示^[17],当病毒侵犯面神经膝状神经节时,就会引发 Ramsay-Hunt 综合征,表现出外周性面瘫、外耳道疱疹、耳痛典型三联征。目前我国针对头面部带状疱疹相关性疼痛的治疗,尚未出台独立的治疗指南或专家共识以指导临床诊疗。Coulson 等认为^[18],当耳部带状疱疹累及面神经,或伴随严重疼痛及颅神经麻痹症状时,应尽早采用静脉抗病毒药物联合口服糖皮质激素的治疗方案,以快速减轻患者症状并改善远期预后。

本病例在抗病毒、营养神经等西医常规治疗基础上,联合针灸治疗及红外线照射治疗,与西药发挥协同增效作用,取得了理想的临床疗效。其中抗病毒药物是带状疱疹临床治疗的核心用药,能够有效缩短病程,加速皮损愈合,减少新发皮损形成,阻断病毒进一步播散^[19]。阿昔洛韦可在感染细胞内经病毒胸苷激酶催化磷酸化,生成阿昔洛韦三磷酸,通过抑制病毒 DNA 聚合酶活

性,终止病毒 DNA 链延伸,进而发挥抗病毒作用^[20]。甲钴胺这类神经营养药物可有效缓解神经炎症反应,减轻神经痛症状^[1]。

疼痛常贯穿带状疱疹整个病程,临床应根据疼痛程度分级选择镇痛药物。相关研究显示,早期使用普瑞巴林可显著降低带状疱疹相关疼痛(ZAP)评分,尤其是在疱疹出现 7 d 内及时用药,能大幅降低带状疱疹后神经痛(PHN)的发生率^[21]。目前针对系统应用糖皮质激素治疗带状疱疹及带状疱疹后神经痛仍存在一定争议,但《中国带状疱疹诊疗专家共识(2022 版)》明确指出,年龄大于 50 岁、皮损面积较大伴重度疼痛、头颈部带状疱疹、疱疹性脑膜炎及内脏播散性带状疱疹患者,在皮损出现 1 周内可系统使用糖皮质激素治疗^[1]。

红外线照射治疗可通过温热效应作用于带状疱疹皮损部位,加速局部细胞分子活动,舒张局部血管,改善血液循环,促进神经组织新陈代谢,从而减轻疼痛程度^[5-6]。同时还可促进细胞线粒体氧化代谢,抑制氧化应激反应,加快氧自由基清除与炎症物质消散,促进局部疱液吸收,减少组织渗出,减轻炎症反应。此外,红外线的热作用还能降低神经末梢兴奋性,促进神经递质传递与受损神经再生,加快皮损结痂,促进创面愈合^[7]。

在治疗过程中配合科学有效的护理措施,能够有效减轻患者疼痛,缓解焦虑等不良情绪,提升临床治疗效果与患者生活质量^[22]。优质中西医结合护理可在常规西医护理的基础上,结合中医学辨证论治理念,为每位入院患者开展中医体质辨识,进而制定高效、安全、个性化的护理方案,解决患者日常生活及疾病照护中的实际问题^[23-24]。针对老年带状疱疹患者,采用个性化护理模式可有效缓解其身心痛苦,提升患者护理依从性,助力身体康复^[25-27]。医护人员可根据患者入院时的各项评估结果,制定专属化护理计划、护理目标及干预措施,从而降低并发症发生率,提升整体护理效果。

本案例表明,中西医结合治疗联合系统化护理在带状疱疹神经痛伴面瘫患者的诊疗中具有显著优势,可有效缓解疼痛、促进受损神经功能恢复、提升患者生活质量,值得临床推广应用。但本研究属于单病例报告,存在一定局限性,未来仍需开展大样本临床研究进一步验证该方案的疗效及作用机制。

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] 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.
WANG K, ZHANG X Z. Research progress in the pathogenesis and treatment of postherpetic neuralgia of traditional Chinese medicine [J]. Jilin J Tradit Chin Med, 2024, 44(2): 245-248. (in Chinese)
- [2] 邓慧杰, 刘芳勋. 我国带状疱疹流行病学特征及疫苗免疫规划研究进展[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13(19): 135-138.
DENG H J, LIU F X. Epidemiological characteristics of herpes zoster and research progress of vaccine immunization program in China [J]. China Continuing Med Educ, 2021, 13(19): 135-138. (in Chinese)
- [3] GROSS G E, EISERT L, DOERR H W, et al. S2k guidelines for the diagnosis and treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia [J]. J Dtsch Dermatol Ges, 2020, 18(1): 55-78.
- [4] 邓诗清, 李茜, 陈晓峰, 等. 电针治疗老年带状疱疹的临床疗效研究[J]. 实用中西医结合临床, 2019, 19(6): 149-150, 173.
DENG S Q, LI Q, CHEN X F, et al. Clinical efficacy study of electroacupuncture in the treatment of herpes zoster in the elderly [J]. Pract Clin J Integr Tradit Chin West Med, 2019, 19(6): 149-150, 173. (in Chinese)
- [5] 杨勇旺, 徐志旺, 姚杨城. 利多卡因凝胶贴膏联合高能红光治疗躯干部带状疱疹后遗神经痛的临床疗效分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2022, 21(23): 2575-2577.
YANG Y W, XU Z W, YAO Y C. Clinical efficacy analysis of lidocaine gel patch combined with high-energy red light in the treatment of trunk postherpetic neuralgia [J]. J Clin Exp Med, 2022, 21(23): 2575-2577. (in Chinese)
- [6] 陈菁, 李玉良, 易圣刚, 等. 红光照射对带状疱疹后神经痛疗效及对疼痛和淋巴细胞的作用[J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(14): 3422-3424.
CHEN J, LI Y L, YI S G, et al. The efficacy of red light irradiation on post-herpetic neuralgia and its effects on pain and lymphocytes [J]. Chin J Gerontol, 2023, 43(14): 3422-3424. (in Chinese)
- [7] 方申菊. 中药塌渍联合红外线照射及复方倍他米松注射液治疗带状疱疹临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(9): 130-133.
FANG S J. Clinical study on Chinese herbal soaking application combined with infrared radiation and compound betamethasone injection for herpes zoster [J]. J New Chin Med, 2022, 54(9): 130-133. (in Chinese)
- [8] MAHONEY F I, BARTHEL D W. Functional evaluation: the barthel index [J]. Md State Med J, 1965, 14: 61-65.
- [9] WADE D T, COLLIN C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? [J]. Int Disabil Stud, 1988, 10(2): 64-67.
- [10] 杨诗瑶, 杨艳霞, 杨海银, 等. 成人肿瘤患者跌倒发生率及影响因素的系统评价[J]. 昆明医科大学学报, 2025, 46(5): 101-109.
YANG S Y, YANG Y X, YANG H Y, et al. A systematic evaluation of incidence and influencing factors of falls in adult cancer patients [J]. J Kunming Med Univ, 2025, 46(5): 101-109. (in Chinese)
- [11] 王炎, 岳晓红, 王瑞敏, 等. Morse跌倒评估量表预测住院患者跌倒风险效果的Meta分析[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(1): 56-63.
WANG Y, YUE X H, WANG R M, et al. Meta-analysis of effect of Morse Fall Scale on the prediction of fall risk in inpatients [J]. Chin J Mod Nurs, 2021, 27(1): 56-63. (in Chinese)
- [12] 谢小燕, 刘雪琴, 李漓. 应用Braden量表评估压疮危险因素[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(12): 941-942.
XIE X Y, LIU X Q, LI L. Applying the braden scale to assess the risk factors for pressure ulcers [J]. Chin J Nurs, 2004, 39(12): 941-942. (in Chinese)
- [13] CAPRINI J A. Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism [J]. Am J Surg, 2010, 199(1 Suppl): S3-S10.
- [14] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 中华医学电子音像出版社, 2005.
- [15] WERNER R N, NIKKELS A F, MARINOVIĆ B, et al. European consensus-based (S2k) guideline on the management of herpes zoster – guided by the European dermatology forum (EDF) in cooperation with the European academy of dermatology and venereology (EADV), part 2: treatment [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2017, 31(1): 20-29.
- [16] GRAHN A, STUDAHL M. Varicella-zoster virus

- infections of the central nervous system – Prognosis, diagnostics and treatment [J]. *J Infect*, 2015, 71 (3): 281–293.
- [17] JEON Y, LEE H. Ramsay hunt syndrome [J]. *J Dent Anesth Pain Med*, 2018, 18(6): 333.
- [18] COULSON S, CROXSON G R, ADAMS R, et al. Prognostic factors in herpes zoster oticus (Ramsay hunt syndrome) [J]. *Otol Neurotol*, 2011, 32(6): 1025–1030.
- [19] CHEN N, LI Q F, YANG J, et al. Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, 2014 (2): CD006866.
- [20] CUNNINGHAM A L, BREUER J, DWYER D E, et al. The prevention and management of herpes zoster [J]. *Med J Aust*, 2008, 188(3): 171–176.
- [21] MIGITA T. Can early administration of pregabalin reduce the incidence of postherpetic neuralgia? [J]. *Clin Exp Dermatol*, 2014, 39(6): 755–756.
- [22] 罗淑敏, 梁芳明, 慕艳华. 中西医结合治疗带状疱疹的护理[J]. *系统医学*, 2018, 3(6): 171–173.
- LUO S M, LIANG F M, MU Y H. Combined traditional Chinese and western medicine nursing care for the treatment of herpes zoster [J]. *Syst Med*, 2018, 3 (6): 171–173. (in Chinese)
- [23] 邓先平. 中医护理带状疱疹72例观察[J]. *实用中医药杂志*, 2015, 31(12): 1189–1190.
- DENG X P. Observation of 72 Cases of Herpes Zoster Treated with Traditional Chinese Medicine Nursing [J]. *J Pract Tradit Chin Med*, 2015, 31 (12): 1189–1190. (in Chinese)
- [24] 姚凤萍, 阮艳红. 中医护理在带状疱疹患者中的应用效果分析[J]. *中国当代医药*, 2016, 23(23): 183–185, 188.
- YAO F P, RUAN Y H. Evaluation and analysis of the value of traditional Chinese medicine nursing for patients with herpes zoster [J]. *China Mod Med*, 2016, 23(23): 183–185, 188. (in Chinese)
- [25] 农美英, 杨西宁, 钟梅艳. 瑶药穴位敷贴用于老年带状疱疹脾虚湿蕴证患者的效果观察[J]. *中医药导报*, 2022, 28(4): 66–69.
- NONG M Y, YANG X N, ZHONG M Y. Observation on the effect of Yao medicine acupoint application on elderly patients with herpes zoster with spleen deficiency and dampness accumulation syndrome [J]. *Guid J Tradit Chin Med Pharm*, 2022, 28(4): 66–69. (in Chinese)
- [26] 陈娟, 胡彬. 焦点解决模式护理对老年带状疱疹患者心理因素及治疗依从性的影响[J]. *中国老年保健医学*, 2022, 20(2): 155–157.
- CHEN J, HU B. The impact of solution-focused nursing on psychological factors and treatment adherence in elderly patients with herpes zoster [J]. *Chin J Geriatr Care*, 2022, 20(2): 155–157. (in Chinese)
- [27] 张明庆, 姬琳, 孟庆芳. 针药结合从虚瘀论治老年带状疱疹后遗神经痛疗效观察[J]. *现代中西医结合杂志*, 2022, 31(1): 65–68.
- ZHANG M Q, JI L, MENG Q F. Observation on the efficacy of acupuncture combined with herbal medicine in treating postherpetic neuralgia in the elderly from the perspective of deficiency and stasis [J]. *Mod J Integr Tradit Chin West Med*, 2022, 31 (1): 65–68. (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。