

本文引用:刘同心,岳铭坤,夏宇,周良荣. 针灸治疗带状疱疹的临床疗效及安全性系统评价和 Meta 分析[J]. 湖南中医药大学学报,2022,42(5):800-808.

针灸治疗带状疱疹的临床疗效及安全性 系统评价和 Meta 分析

刘同心¹,岳铭坤¹,夏宇²,周良荣^{1*}

(1.湖南中医药大学人文与管理学院,湖南长沙 410208;2.湖南中医药大学中医学学院,湖南长沙 410208)

[摘要] **目的** 系统评估针灸治疗带状疱疹的临床疗效及安全性。**方法** 检索中国知网、万方学术期全文数据库、重庆维普期刊全文数据库、中国生物医学文献数据库、PubMed 数据库自建库以来至 2021 年 12 月 18 日发表的针灸治疗带状疱疹的临床随机对照试验。以患者总有效率、疼痛评价、并发症、安全性评价作为结局指标。根据 Cochrane 偏倚风险评估标准对文献质量进行评价,由两名研究者进行文献筛选,并使用 RevMan 5.3 软件进行 Meta 分析。**结果** 最终共纳入 43 篇文献,3381 例患者纳入本研究,试验组 1750 例,对照组 1631 例。Meta 分析表明:与抗病毒等西医常规治疗比较,针灸治疗显著提高了患者总有效率($OR=4.20, P<0.000\ 01$);缓解了疼痛,例如降低了疼痛评分($MD=-1.44, P<0.000\ 01$),减轻了疼痛强度($MD=1.39, P<0.000\ 01$);减少了不良反应事件($OR=0.16, P=0.01$);降低了并发症发生率,如降低了 30 d($OR=0.18, P=0.26$)、60 d($OR=0.27, P=0.99$)、90 d($OR=0.28, P=0.98$)后遗神经痛发生率。**结论** 针灸治疗带状疱疹的临床疗效优于西医治疗,在今后的临床治疗中可考虑采用针灸治疗。

[关键词] 中医;针灸;西医治疗;带状疱疹;Meta 分析

[中图分类号]R246.7

[文献标志码]A

[文章编号]doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2022.05.018

Clinical efficacy and safety of acupuncture in the treatment of herpes zoster: A system review and meta-analysis

LIU Tongxin¹, YUE Mingkun¹, XIA Yu², ZHOU Liangrong^{1*}

(1. College of Humanities and Management, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China;

2. College of Traditional Chinese Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China)

[Abstract] **Objective** To systematically evaluate the clinical efficacy and safety of acupuncture in the treatment of herpes zoster. **Methods** Randomized controlled clinical trials of acupuncture in the treatment of herpes zoster were retrieved from China National Knowledge Infrastructure (CNKI), Wan-Fang Database, Chinese Scientific Journal Database (VIP database), the Chinese Biomedical Literature Database (CBM), and PubMed from its establishment to December 18, 2021. Total effective rate, pain evaluation, complications and safety evaluation were used as outcome indexes. Literature quality was evaluated according to the bias risk assessment criteria of Cochrane, literature selection was conducted by two investigators, and meta-analysis was performed using RevMan 5.3 software. **Results** A total of 43 articles with 3381 patients were contained in the study, including 1750 in the treatment group and 1631 in the control group. Meta-analysis showed that compared with conventional treatment in western medicine such as antiviral therapy, acupuncture treatment remarkably improved the patients' total effective rate ($OR=4.20, P<0.000\ 01$); relieved the pain: decreased pain scores ($MD=-1.44, P<0.000\ 01$), reduced pain intensity ($MD=1.39, P<0.000\ 01$); decreased adverse events ($OR=0.16, P=0.01$). The incidence of complications was reduced, for example, the incidence of residual neuralgia after 30

[收稿日期]2022-01-18

[基金项目]湖南省教育厅科学研究重点项目(21A0251)。

[第一作者]刘同心,女,博士研究生,医师,研究方向:中医优势病种定量分析。

[通信作者]*周良荣,男,教授,博士研究生导师,E-mail:zlr966@163.com。

days ($OR=0.18, P=0.26$), 60 days ($OR=0.27, P=0.99$), 90 days ($OR=0.28, P=0.98$). **Conclusion** The therapeutic effect of acupuncture on herpes zoster is better than that of western medicine, so it can be considered in the future clinical treatment.

[**Keywords**] traditional Chinese medicine; acupuncture; western medicine treatment; herpes zoster; meta-analysis

带状疱疹是一种影响神经和皮肤的感染性疾病,中医学又称为“缠腰火丹”“蜘蛛疮”“蛇串疮”等,由水痘—带状疱疹病毒引起,表现为疼痛、沿着单侧周围神经走向成群分布的水泡。带状疱疹后遗神经痛是该病最常见的并发症,易致患者出现焦虑、失眠、抑郁、消瘦等,严重影响患者及家属的生活、日常工作和健康^[1]。

从西医角度看,机体受到某种刺激(如创伤、疲劳、恶性肿瘤或病后虚弱等)导致机体抵抗力下降,激活了潜伏于体内的病毒,从而诱发本病^[2]。从中医角度看,蛇串疮多为肝胆火盛、湿热内蕴、复感邪毒所致;或饮食不节,脾失健运,湿邪内生,蕴而化热,湿热内蕴,外溢肌肤而生;或感染毒邪,湿热火毒蕴结于肌肤而成。年老体虚者,常因血虚肝旺,湿热毒盛,气血凝滞,以致疼痛剧烈,病程迁延。中医主要以清热解毒、祛湿止痛、活血化瘀为原则^[3]。西医常规主要以抗病毒、消炎止痛、营养神经等对症支持治疗为主,但因药物引起的一系列不良反应,如头晕、呕吐、皮肤瘙痒甚至肝功能损伤^[4]等,且治疗效果不明显,给患者带来一定的困扰,同时也加重了患者的疾病经济负担。

中医针灸在带状疱疹的非药物治疗中具有独特的优势,能改善患者疼痛程度和生活质量,操作简便,成本较低廉,安全性高,且痛苦少,容易被患者接受。尽管临床上已广泛应用针灸治疗带状疱疹,但大众对其疗效和社会效益知之甚少,此外,目前尚缺乏针灸治疗带状疱疹的循证研究。因此,本文旨在进一步了解针灸治疗带状疱疹的疗效及相关因素,以期为未来的临床应用提供参考。

1 资料与方法

1.1 信息来源和文献检索

根据系统评价和 Meta 分析的首选报告项目指南,进行 Meta 分析。

(1)电子检索:检索中国知网、万方学术期刊全文数据库、重庆维普期刊全文数据库、中国生物医学文献数据库和 PubMed 数据库中有关针灸治疗带状疱疹的临床随机对照试验。(2)中文数据库检索:以

主题为“中医”“针灸”“针刺”“电针”“火针”“刺络拔罐”“刺血拔罐”“西医治疗”“带状疱疹”“随机对照”“临床试验”检索词采取不同的组合方式或同时进行检索。如“带状疱疹”和“针灸”或“针灸”和“临床试验”或“随机对照”。(3)英文数据库:以主题为“TCM”“acupuncture”“electroacupuncture”“fire needling”“bloodletting puncture and cupping”“randomized controlled trial”“western medicine treatment”“herpes zoster”“clinical trials”检索词合并部分自由词进行检索。(4)检索时间为建库至 2021 年 12 月 18 日。

1.2 纳入标准

研究类型为仅纳入针灸治疗带状疱疹的临床随机对照试验(randomized controlled trial, RCT),不分出版物或地区,但语言仅限于中文和英文:(1)研究对象为带状疱疹患者,无性别、年龄和种族限制;(2)干预措施中试验组采用针灸治疗,对照组采用西医常规治疗;(3)主要结局指标包括:总有效率、疼痛评分;次要结局指标包括:安全性评价(不良反应事件)、并发症(30、60、90 d 后遗神经痛发生率)。

1.3 排除标准

(1)重复发表或雷同的文献;(2)数据不完整,无法提取分析的文献;(3)文献研究数据明显错误者(研究中数据前后矛盾);(4)虽然使用针灸治疗进行临床研究,但同时合并中药、中成药或穴位注射等;(5)合并其他疾病的带状疱疹研究。

1.4 文献选择

数据提取和质量评估由 2 名研究人员根据筛选标准独立进行,然后对数据进行交叉核对。如有意见冲突,通过集体讨论解决。在文献筛选过程中,排除标题不相关的文献,进一步阅读摘要和全文,确定最终纳入文献。

1.5 数据提取与质量评估

(1)基本信息:包括第一作者、发表年份、样本量、干预措施、疗程;(2)对最终纳入的文献采用 Cochrane 协作网偏倚风险评估工具进行评价,具体有随机序列生成、分配隐藏、盲法方法、结果数据不完整、选择性报告,分为“高偏倚风险”“低偏倚风险”或“风险不清楚”;(3)根据 Cochrane Collaboration 网络的偏倚

风险评估标准评价文献质量。

1.6 统计学分析

采用 RevMan 5.3 进行 Meta 分析。二分变量的计算用优势比 (OR) 表示,对连续变量计算平均差 (MD) 或标准化平均差 (SMD)。两者均以 95% 的置信区间 (CI) 表示为数值。通过 I^2 和卡方检验评估异质性大小,如果 $I^2 \leq 50\%$,则使用固定效应模型进行分析;如果 $I^2 > 50\%$,则使用随机效应模型。结果采用森林图展示。

2 结果

2.1 文献检索结果

最初从各大数据库共提取文献 480 篇 (中文 478 篇、英文 2 篇),参照纳入标准和排除标准剔除重复文献,阅读标题、摘要和全文后,最终纳入 43 篇文献^[5-47],纳入文献全部为中文文献,共涉及 3381 例患者,其中试验组 1750 例、对照组 1631 例。详见图 1。

2.2 纳入文献的质量和特点

共纳入 43 篇文献用于 Meta 分析。纳入文献的基本情况见表 1。

在纳入的 43 篇文献中,15 篇^[6,8,12,16,20,23-24,26-27,31,33-34,38,40,45]文献报道了具体的随机分组方法,被评为低偏

倚风险,其他均未提及随机序列生成方法,评为风险不清楚。7 篇^[14,28,33-34,38,41,45]文献报告了盲法,被评为低偏倚风险,其他研究均未提及是否对受试者或研究者施盲,评为风险不清楚。6 篇^[10,33,37-38,41,45]文献具有良好的数据完整性,被评为低偏倚风险,有 5 篇^[18,24,28,34,42]文献报道了病例脱落,评为高偏倚风险。全部 43 篇文献都无法确定其他偏倚,并被评定为风险不清楚。详见图 2-3。

2.3 主要结局指标

本研究的主要结局指标是总有效率、疼痛评价,其中疼痛评价包括治疗后疼痛评分得分和疼痛改善程度。共有 37 篇^[5-39,44,46]文献 ($n=2917$) 报道了临床总有效率。经异质性检验, $I^2=0\%$, $P=0.48$,采用固定效应模型分析,总有效率为 $OR=4.20$, $95\%CI=[3.19, 5.52]$, $P<0.000 01$,差异有显著统计学意义,Meta 分析结果表明针灸治疗带状疱疹的总有效率高于西医常规治疗,详见图 4。共有 26 篇^[6,8-14,18,20,22-25,27,30-31,35,39-44,46-47]文献 ($n=1890$) 报道了疼痛评价情况。经异质性检验, $I^2=98\%$, $P<0.000 01$,采用随机效应模型分析,治疗后疼痛评分得分为 $MD=-0.97$, $95\%CI=[-1.00, -0.94]$, $P<0.000 01$,差异有显著统计学意义;经异质性检验, $I^2=99\%$, $P<0.000 01$,采用随机效应模型分析,疼

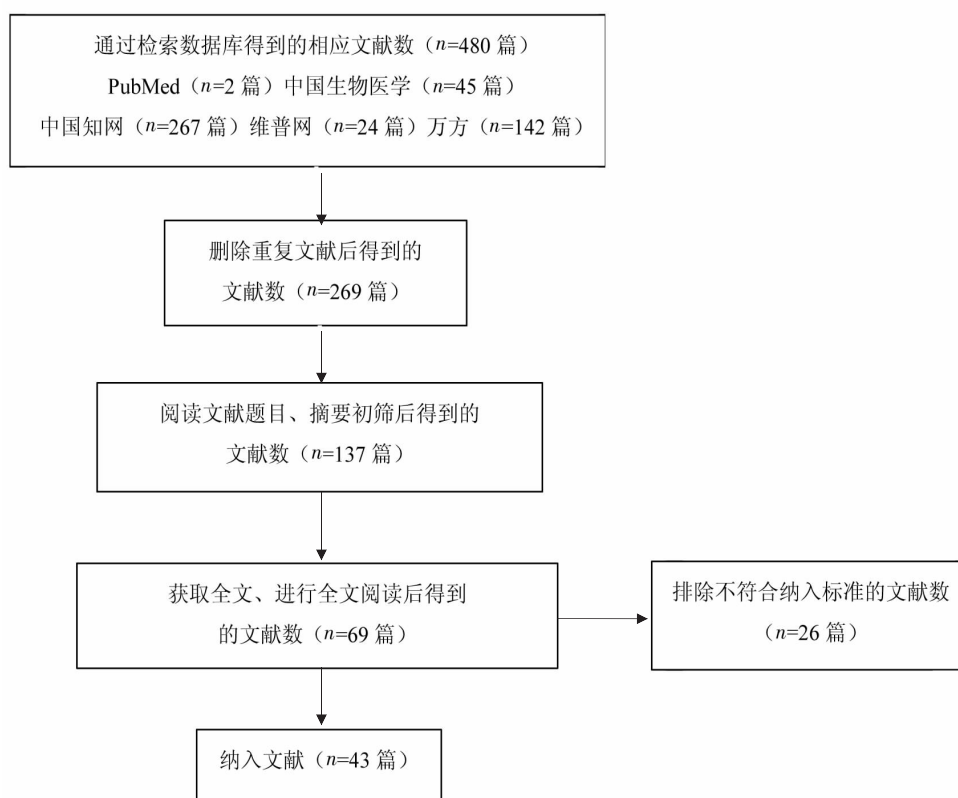


图 1 文献筛选流程图

表1 纳入文献的基本情况

研究文献	干预措施		病例数/例 试验组/对照组	干预时 间/d	结局 指标
	试验组	对照组			
代波涛 2016 ^[5]	毫针刺、放血拔罐	青霉素+维生素 B ₁₁ +维生素 B ₁₂ 静滴,吗啉胍 口服	37/37	10	A
任少杰 2014 ^[6]	毫针齐刺、放血拔罐	阿昔洛韦、吡罗昔布、维生素 B ₁ 、甲钴胺 口服	31/31	10	ABD
全剑 2017 ^[7]	围刺、梅花针叩刺、拔罐	阿昔洛韦、布洛芬、维生素 B ₁ 口服	60/60	未提及	AD
吕松谕 2020 ^[8]	腹针、艾条灸	卡马西平 口服	30/30	15	ABC
周蓉花 2018 ^[9]	毫针围刺、红外线照射	阿昔洛韦、甲钴胺、卡马西平、泼尼松 口服	25/25	10	AB
孔美君 2012 ^[10]	火针	盐酸伐昔洛韦+维生素 B ₁ 口服	30/30	10	ABCD
宋宜宁 2009 ^[11]	电针	盐酸伐昔洛韦+维生素 B ₁ 口服	30/30	10	ABCD
崔文杰 2021 ^[12]	毫针刺、艾条灸	镇痛、强化免疫力及营养神经等常规治疗	33/32	10	AB
左甲 2010 ^[13]	铺棉灸、围刺、电针	盐酸伐昔洛韦+维生素 B ₁ 口服	36/33	10	ABCD
左甲 2013 ^[14]	铺棉灸、毫针围刺	盐酸伐昔洛韦+维生素 B ₁ 口服	99/102	10	ABD
巫华俊 2009 ^[15]	梅花针叩刺、闪火法拔罐	重组人干扰素 α -1b 肌注	60/60	10	A
庞素芳 2009 ^[16]	刺络拔罐+局部围刺	阿昔洛韦 静滴+甲钴胺 口服	60/60	10	A
曾菲 2016 ^[17]	毫针刺、围刺	维生素 B ₁₁ +维生素 B ₁₂ 肌注,吡罗昔布 口服	50/50	21	A
李乃奇 2012 ^[18]	鼠爪刺针法	盐酸伐昔洛韦+维生素 B ₁ 口服	30/30	10	ABCD
李建武 2006 ^[19]	焦氏头针	维生素 B ₁₂ 肌注	148/43	未提及	A
李文朋 2018 ^[20]	普通针刺	维生素 B、维生素 E、吡罗昔布 口服	42/42	15	AB
李洋 2014 ^[21]	雷火灸、刺络拔罐	阿昔洛韦 静滴+甲钴胺 口服	30/30	30	A
杨恒 2019 ^[22]	毫针、艾条灸	维生素 B ₁₂ 肌注、维生素 B ₁ 口服、吡罗昔布 口服	48/48	30	AB
林双莉 2020 ^[23]	普通针刺	维生素 B、维生素 E、吡罗昔布 口服	39/39	15	AB
林荔君 2019 ^[24]	火针、放血疗法	伐昔洛韦、甲钴胺 口服	30/30	7	ABC
梁希 2018 ^[25]	普通针刺	维生素 B ₁₁ +维生素 B ₁₂ 肌注,吡罗昔布 口服	60/60	15	AB
段彩茹 2018 ^[26]	毫针围刺、电针、火针	布洛芬、转移因子、维生素 B ₁ 、B ₆ 、加巴喷丁 口服	31/31	30	A
汪妙芬 2015 ^[27]	梅花针叩刺、拔火罐	加巴喷丁 口服	33/32	30	ABC
沈晓聪 2012 ^[28]	围刺、电针、火针	盐酸伐昔洛韦+维生素 B ₁ 口服	28/28	10	A
罗佳 2018 ^[29]	毫针刺、放血拔罐	青霉素+维生素 B ₁₁ +维生素 B ₁₂ 静滴,吗啉胍 口服	43/43	10	A
蓝圣资 2017 ^[30]	穴位埋线、刺血疗法	加巴喷丁、维生素 B ₁ 、甲钴胺 口服	30/30	28	A
赵晓宾 2012 ^[31]	毫针刺	加巴喷丁、曲马多、维生素 B ₁ 、甲钴胺 口服	30/30	20	AB
路亮 2020 ^[32]	电针、火针	盐酸羟考酮 口服	70/70	未提及	A
邓钊立 2013 ^[33]	火针	卡马西平、维生素 B ₆ 口服	30/30	20	AC
郑桂欣 2014 ^[34]	火针、火罐	盐酸伐昔洛韦、胸腺肽、维生素 B ₁ 、维生素 B ₁₂ 口服	36/32	10	AD
郑艳艳 2016 ^[35]	普通针刺、围刺	维生素 B、维生素 E、吡罗昔布 口服	20/20	15	B
郭亮 2011 ^[36]	药罐	维生素 B ₁ 、甲钴胺 口服	20/20	14	A
郭玉峰 2005 ^[37]	毫针、火针、刺灸	盐酸万乃洛韦 口服	32/32	9	AD
陈娜 2017 ^[38]	梅花针叩刺、闪火法拔罐	普瑞巴林、甲钴胺 口服	30/30	14	AC
龚玉滢 2018 ^[39]	毫针刺、艾炷灸	维生素 B ₁₁ +维生素 B ₁₂ 肌注,吡罗昔布 口服	32/32	28	AB
李春玲 2019 ^[40]	毫针刺络拔罐	阿昔洛韦、维生素 B ₁ 、维生素 B ₁₂ 口服	31/31	7	B
赵婷婷 2011 ^[41]	电针、铺棉灸	盐酸伐昔洛韦+维生素 B ₁ 口服	33/31	10	BCD
李茜 2010 ^[42]	电针、叩刺拔罐	盐酸伐昔洛韦+维生素 B ₁ 口服	37/33	10	BCD
吴昌燕 2018 ^[43]	毫针刺、艾条灸	维生素 B ₁ 、吡罗昔布 口服+维生素 B ₁₂ 肌注	26/26	30	BC
陈瑛 2019 ^[44]	围刺、毫针刺	维生素 B、维生素 E、吡罗昔布 口服	46/46	15	AB
钟振民 2012 ^[45]	火针	盐酸伐昔洛韦+维生素 B ₁ 口服	33/31	10	CD
左涛 2021 ^[46]	普通针刺、围刺	维生素 B ₁ +维生素 B ₆ +吡罗昔布 口服	26/26	21	AB
王俊霞 2018 ^[47]	毫针刺、围刺	维生素 B ₁₁ +维生素 B ₁₂ 肌注,吡罗昔布 口服	45/45	25	BC

注:A.总有效率;B.疼痛评分;C.安全性评价;D.并发症。

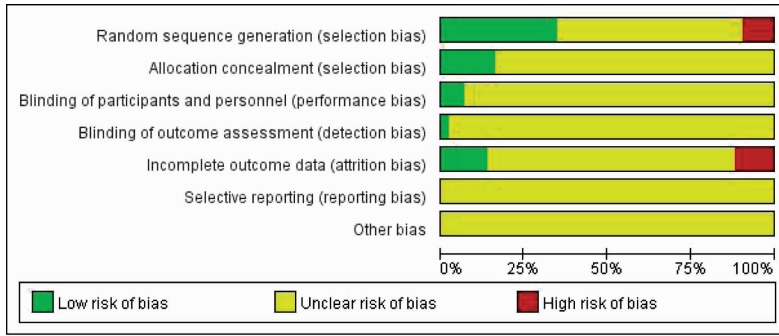


图 2 纳入文献的偏倚风险

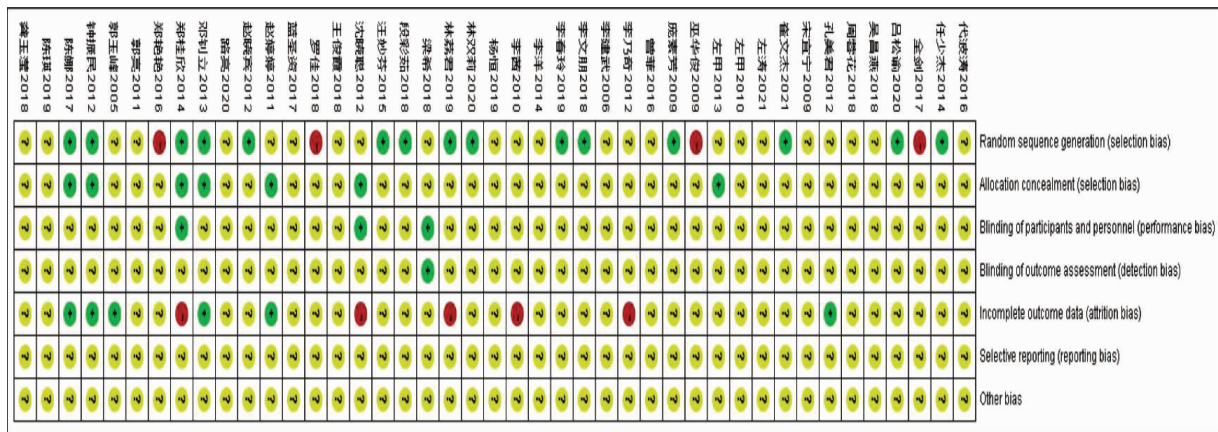


图 3 纳入文献评价指标和结果

注:红色为高偏倚风险,绿色为低偏倚风险,黄色为风险不清楚。

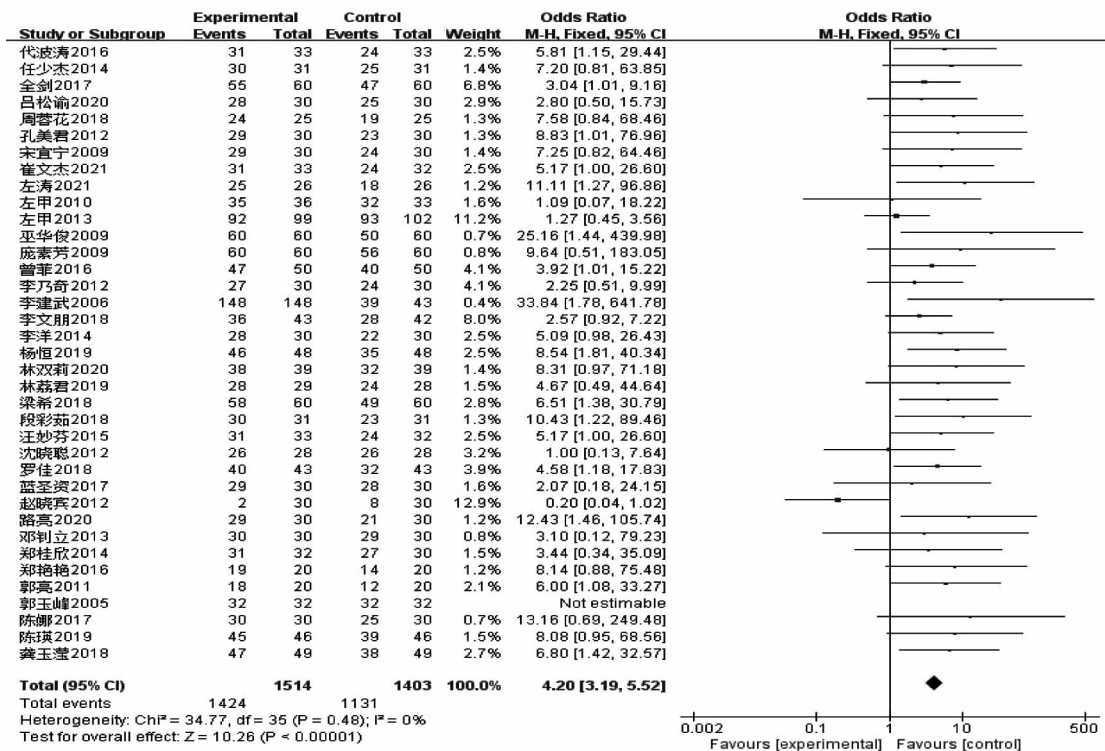


图 4 针灸治疗与西医常规治疗相比总有效率的森林图

痛改善程度为MD=1.39,95%CI=[1.03, 1.75],P<0.000 01, 两组差异有显著统计学意义,表明针灸治疗带状疱疹

在疼痛的改善程度方面要显著优于西医常规治疗。详见图 5-6。

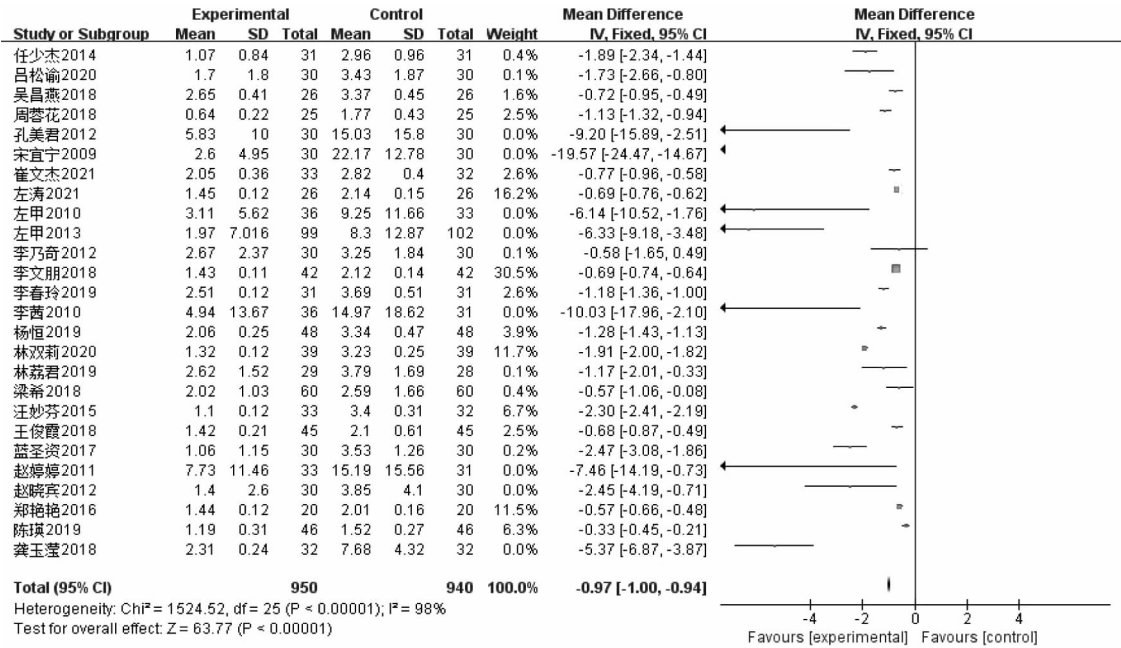


图5 针灸治疗与西医常规治疗相比疼痛评分得分的森林图

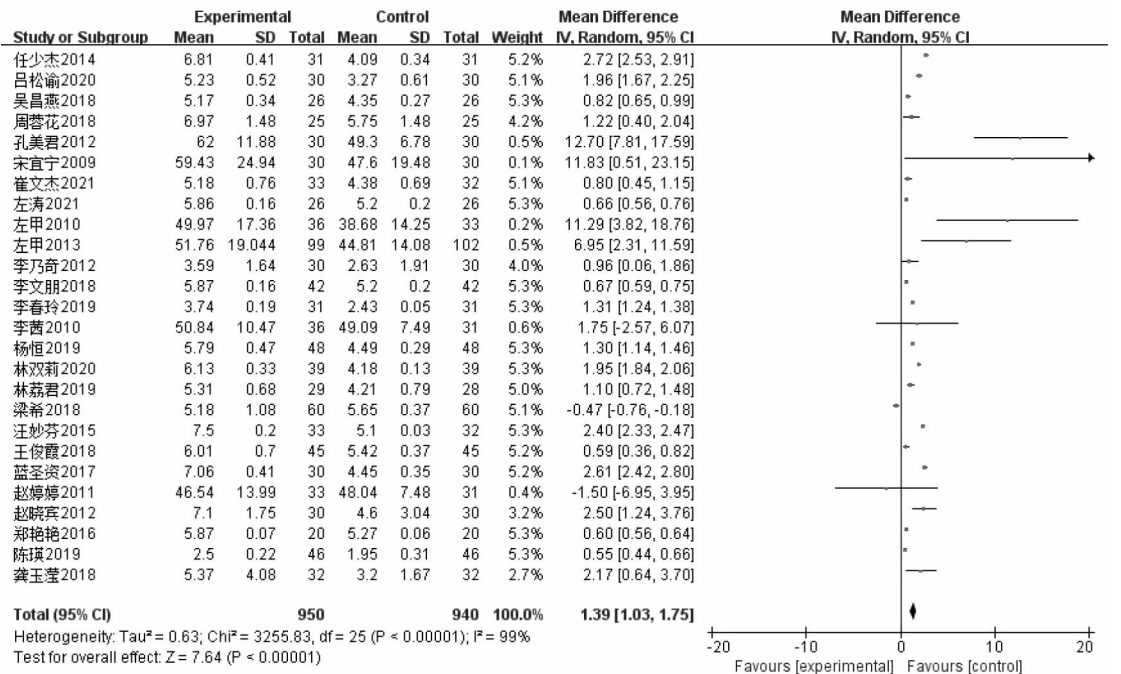


图6 针灸治疗与西医常规治疗相比疼痛改善程度的森林图

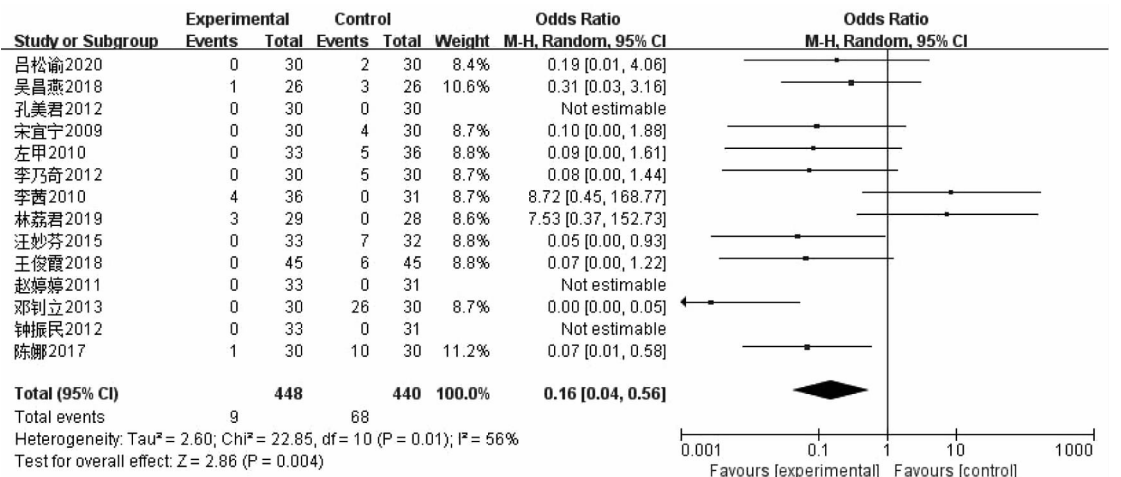


图7 针灸治疗与西医常规治疗相比安全性评价的森林图

2.4 次要结局指标

本研究的次要结局指标是安全性评价(不良反应事件的发生)、并发症(30、60、90 d后遗神经痛发生率)。在安全性评价方面,共有14篇^[8,10-11,13,18,24,27,33,38,41-43,45,47]文献($n=888$)报道了针灸治疗与西医常规治疗带状疱疹的不良事件,经异质性检验, $I^2=56\%$, $P=0.01$,采用随机效应模型分析, $OR=0.16$, $95\%CI=[0.04,0.56]$, $P<0.00001$,表明相较于西医常规治疗,针灸治疗减少了不良反应事件的发生,详见图7。对于并发症,报道针灸治疗与西医常规治疗带状疱疹30、60、90 d后遗神经痛发生率各9篇^[10-11,13-14,18,34,41,42,45]文献,经异

质性检验,均提示组间无异质性,采用固定效应模型分析,结果分别为“ $OR=0.18$, $95\%CI=[0.12,0.27]$, $P=0.26$ ”“ $OR=0.27$, $95\%CI=[0.14,0.52]$, $P=0.99$ ”“ $OR=0.28$, $95\%CI=[0.13,0.62]$, $P=0.98$ ”,表明与西医治疗相比,针灸治疗能减少并发症的发生,安全性较高,详见图8-10。

2.5 发表偏倚分析

以针灸治疗带状疱疹的总有效率为例制作倒漏漏斗图,根据倒漏斗图结果显示,未见明显不对称性,提示该Meta分析纳入的文献不存在明显发表偏倚,系统评价得出的结果可信。详见图11。

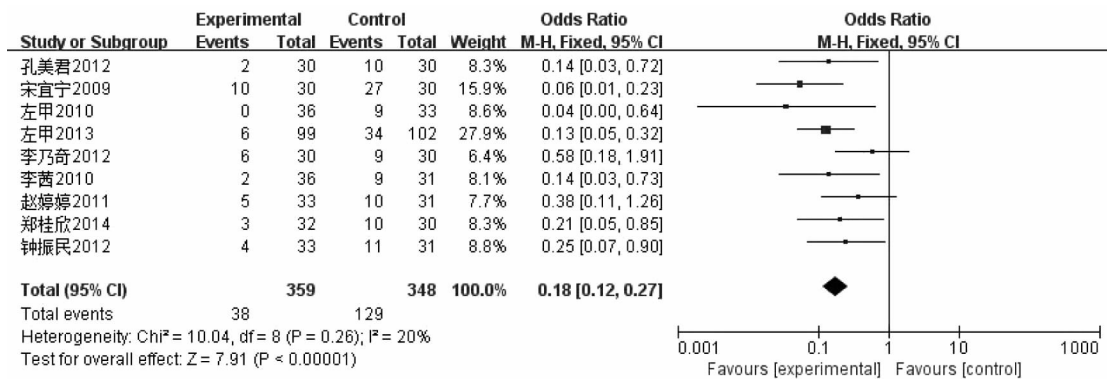


图8 针灸治疗与西医常规治疗相比30 d后遗神经痛发生率的森林图

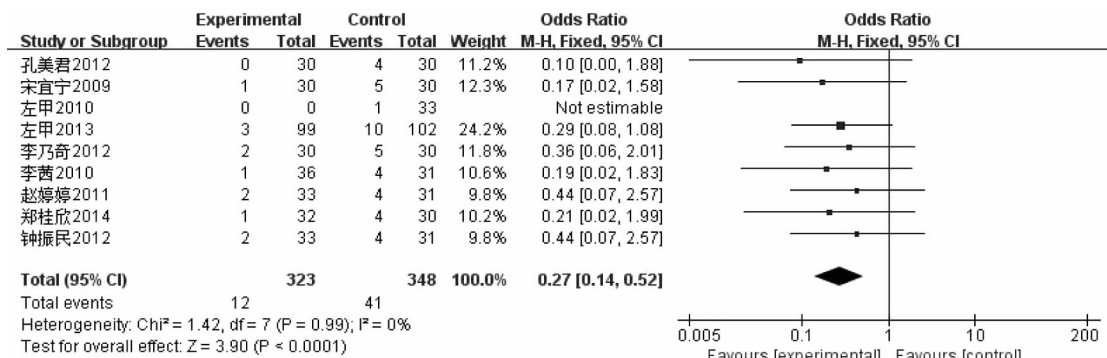


图9 针灸治疗与西医常规治疗相比60 d后遗神经痛发生率的森林图

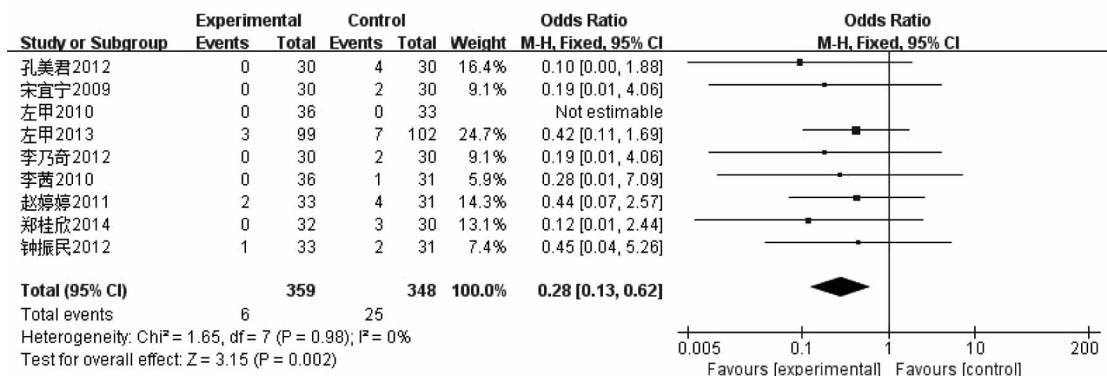


图10 针灸治疗与西医常规治疗相比90 d后遗神经痛发生率的森林图

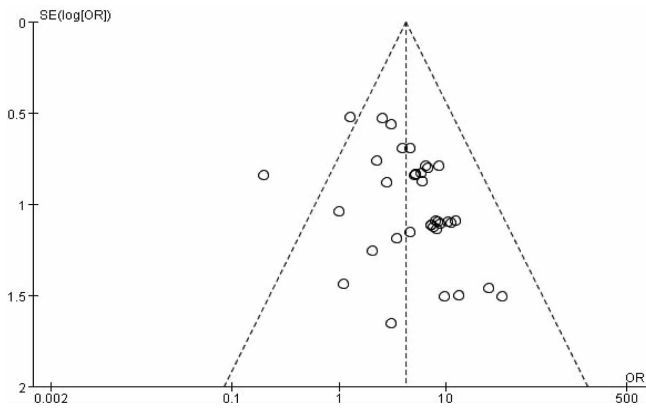


图 11 针灸治疗与西医常规治疗相比总有效率的漏斗图

3 讨论

带状疱疹,属于中医学“火丹”范畴,生于不同部位的命名有异,发于头面部名为“抱头火丹”,生于胸肋名为“缠腰火丹”“串腰龙”,生于其他部位名为“蜘蛛丹”等^[48]。《诸病源候论》最早记载了带状疱疹的病因病机:“甑带疮者,缠腰而生,此亦风湿搏于血气所生,状如甑带,因以为名,又云此疮绕腰背则杀人。”

通过纳入和排除标准严格筛选,本研究共纳入43篇文献,根据现有证据表明:(1)针灸治疗显著提高了带状疱疹的总有效率,降低了疼痛评分,表明针灸在治疗带状疱疹总的临床疗效方面比西医治疗更显著。(2)在安全性方面,共有15个研究出现不良反应,针灸治疗少于西医常规治疗,主要为呕吐、头晕、皮肤瘙痒,所有不良反应在停止治疗或对症治疗症状均好转。共有9篇文献报道了并发症是后遗神经痛,本研究结果显示,针灸治疗大大减少了不良反应事件的发生,改善了带状疱疹并发症发生情况。综上所有结果,可见针灸在治疗疾病、控制病情和安全性方面具有其独特的优势,西医治疗一般从抗病毒治疗入手,但可出现由于个体差异而治疗效果不理想的情况^[49],而中医治疗带状疱疹强调根据病人不同体质、不同发病阶段、不同发病部位进行辨证施治^[50]。针灸一方面具有疏通人体经络、调和气血运行的作用,能改善局部血液循环、调节全身代谢情况,扶正与祛邪同时并进,直达病所^[51],另一方面,针灸治疗操作简单,治法多样,且经济实惠。总体来看,中医治疗不仅能有效提高疾病的临床疗效,还能显著减轻患者的痛苦,提高患者的生活质量。

尽管目前证据初步表明针灸治疗带状疱疹疗效优于西医治疗,但仍存在一定局限:(1)纳入文献中试验组虽然都采用了针灸治疗,但具体的针灸方式多样,且每项研究对照组西医治疗的用药也不尽相

同,可致结果出现实施偏倚;(2)纳入文献的干预时间各有差异,可致结果偏倚;(3)本次研究纳入的RCT总数量可观但高质量较少,被纳入研究的轻度发表偏倚和低质量的RCT可能会削弱本Meta分析的能力。

近年来,应用针灸治疗带状疱疹的临床研究逐渐增多,但试验的方法学质量有待提高,有限的样本量可能会影响整个结果的全面性。目前的研究中针灸治疗带状疱疹的系统评价较少,本次通过对既往针灸治疗带状疱疹的临床研究进行Meta分析,结果表明,与西医常规治疗相比,针灸治疗显著提高了带状疱疹患者的临床疗效,且安全性更高。在今后的临床治疗中,医生可以视具体情况为患者提供针灸治疗。本次分析得出结论也存在一些问题,今后尚需更多精心设计、严格实施和高质高量的RCT来验证针灸治疗带状疱疹的良好效果,为临床治疗提供安全可靠的循证证据。

参考文献

- [1] 赵阳,杨慧兰.抗带状疱疹疫苗进展[J].皮肤科学通报,2020,37(4):375-380.
- [2] INSINGA R P, ITZLER R F, PELLISSIER J M, et al. The incidence of Herpes zoster in a United States administrative database [J]. Journal of General Internal Medicine, 2005, 20(8): 748-753.
- [3] 金霞霞,雷正权,金俊义.针灸治疗带状疱疹急性期的临床研究进展[J].世界中医药,2021,16(12):1917-1921.
- [4] BOOKWALTER T, GITLIN M. Gabapentin-induced neurologic toxicities[J]. Pharmacotherapy, 2005, 25(12): 1817-1819.
- [5] 代波涛.中医针灸、放血拔罐治疗带状疱疹的临床效果观察[J].中医临床研究,2016,8(25):47-48.
- [6] 任少杰,孙钰.齐刺配合放血拔罐治疗带状疱疹疗效观察[J].四川中医,2014,32(6):153-155.
- [7] 全剑.针灸围刺、刺络拔罐等综合治疗带状疱疹临床疗效对比观察[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(38):64-65.
- [8] 吕松谕.腹针结合局部艾灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察[D].南宁:广西中医药大学,2020.
- [9] 周蓉花.针刺治疗带状疱疹的临床疗效观察[J].青海医药杂志,2018,48(4):64-65.
- [10] 孔美君.火针“火郁发之”法治急性期带状疱疹的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2012.
- [11] 宋宜宁.电针治疗急性期带状疱疹的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2009.
- [12] 崔文杰.分析中医针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的可行性及有效性[J].中国保健营养,2021,31(13):279.
- [13] 左甲.铺棉灸结合电针治疗带状疱疹的临床RCT研究[D].成都:成都中医药大学,2010.
- [14] 左甲,杜晨,何佳,等.铺棉灸疗法缓解带状疱疹疼痛的临

- 床研究[J].广州中医药大学学报,2013,30(5):654-657.
- [15] 巫华俊.梅花针刺络拔罐治疗带状疱疹疗效观察[J].西南军医,2009,11(5):826-827.
- [16] 庞素芳,严兴国.刺络拔罐为主综合治疗西宁地区带状疱疹临床观察[J].高原医学杂志,2009,19(4):57-58.
- [17] 曾菲.中医针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(5):134.
- [18] 李乃奇.鼠爪刺针法治疗急性期带状疱疹的临床观察[D].广州:广州中医药大学,2012.
- [19] 李建武.头针治疗带状疱疹临床观察[J].针灸临床杂志,2006,22(1):32-33.
- [20] 李文朋.中医针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床效果分析[J].基层医学论坛,2018,22(26):3731-3732.
- [21] 李洋.雷火灸配合刺络拔罐治疗带状疱疹临床研究[D].长春:长春中医药大学,2014.
- [22] 杨恒,邹啸宇,周晓蓉.带状疱疹后遗神经痛应用中医针灸治疗的效果及VAS评分观察[J].人人健康,2020(14):296.
- [23] 林双莉.分析中医针灸治疗带状疱疹后遗留神经痛的临床疗效及安全性[J].医学美学美容,2020,29(12):87.
- [24] 林荔君.火针配合放血疗法治疗肝经郁热型带状疱疹的临床疗效观察[D].福州:福建中医药大学,2019.
- [25] 梁希.中医针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床效果观察[J].养生保健指南,2017(41):49.
- [26] 段彩茹.针灸为主治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察[J].光明中医,2018,33(5):681-683.
- [27] 汪妙芬.中镇六穴结合刺络拔罐对带状疱疹后遗神经痛患者的临床观察[D].杭州:浙江中医药大学,2016.
- [28] 沈晓聪.火针加针刺法治疗带状疱疹的临床研究[D].成都:成都中医药大学,2009.
- [29] 罗佳.中医针灸、放血拔罐治疗带状疱疹的临床效果分析[J].养生保健指南,2018(35):275.
- [30] 蓝圣资,潘红玲,谭旭明.夹脊穴穴位埋线加刺血疗法治疗胸腰段带状疱疹后遗神经痛的临床观察[J].河北中医,2017,39(9):1391-1395.
- [31] 赵晓宾.益气通络针刺法治疗带状疱疹后遗神经痛临床研究[D].昆明:云南中医学院,2012.
- [32] 路亮.中医针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的效果研究[J].中国社区医师,2020,36(17):116,118.
- [33] 邓钊立.火针治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察[D].广州:广州中医药大学,2013.
- [34] 郑桂欣.早期运用火针结合拔罐疗法对预防带状疱疹后遗神经痛的临床研究[D].成都:成都中医药大学,2014.
- [35] 郑艳艳,李文萍.针灸治疗带状疱疹后遗神经痛20例的临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(94):214.
- [36] 郭亮.药罐治疗带状疱疹后遗神经痛临床研究[D].北京:北京中医药大学,2011.
- [37] 郭玉峰.火针赞刺法治疗带状疱疹的临床综合评价[D].北京:北京中医药大学,2005.
- [38] 陈娜.泻热逐瘀法刺络放血治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究[D].昆明:云南中医学院,2017.
- [39] 龚玉滢.中医针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床效果分析[J].医学食疗与健康,2018(8):159-159,161.
- [40] 李春玲,樊改荣.针灸刺络拔罐联合九华膏治疗带状疱疹临床研究[J].陕西中医,2019,40(12):1728-1731.
- [41] 赵婷婷.电针加铺棉灸法治疗急性期带状疱疹的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2011.
- [42] 李茜.电针加叩刺拔罐疗法治疗急性期带状疱疹的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2010.
- [43] 吴昌燕.针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床效果分析[J].内蒙古中医药,2018,37(4):79.
- [44] 陈瑛.针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床评价[J].心理月刊,2019,14(11):166.
- [45] 钟振民.火针“火郁发之”疗法对带状疱疹急性期患者CD4、CD8、IL-6的影响[D].广州:广州中医药大学,2012.
- [46] 左涛,黄鹏.带状疱疹后遗神经痛应用中医针灸治疗的效果及VAS评分观察[J].饮食保健,2021(35):128-129.
- [47] 王俊霞.中医针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床效果观察[J].糖尿病天地,2018,15(2):79.
- [48] 申淑娴,严张仁.针灸治疗带状疱疹后遗神经痛研究进展[J].江西中医药,2019,50(5):74-77.
- [49] 管莉萍.带状疱疹后遗神经痛患者针灸治疗的临床价值[J].养生保健指南,2021(41):129-130.
- [50] 曹婧,梁育,曾霞丽,等.中医外治法治疗带状疱疹的研究进展[J].中国民族民间医药,2016,25(23):58-60.
- [51] 李茜,吴明霞.中医外治法治疗带状疱疹治法综述[J].中国医药导刊,2020,22(12):865-869.

(本文编辑 周旦)