

抗毒消痛方内服加丁香膏外用配合针灸治疗 带状疱疹急性期的疗效及对后遗神经痛的影响

黑春潮*, 淮丁华, 杜志超

(河北工程大学医学院中医系, 河北 邯郸 056001)

[摘要] 目的:观察中医综合疗法治疗带状疱疹(HZ)急性期的疗效及对后遗神经痛的影响。方法:将 120 例患者随机按数字法分为对照组和观察组各 60 例。对照组采用西医常规治疗:泛昔洛韦片,0.25 g/次,3 次/d,口服;维生素 B₁ 片,10 mg/次,3 次/d,口服;甲钴胺片,0.5 mg/次,3 次/d,口服,阿昔洛韦软膏,外涂,2~3 次/d。观察组采用中医综合疗法:抗毒消痛方,1 剂/d,丁香膏外敷,2~3 次/d,针灸围针刺,1 次/d,两组疗程均为 14 d。记录疱疹止疱时间、结痂和脱痂时间;采用视觉模拟(VAS)法评价患者疼痛情况,记录皮损评分,检测治疗前后 T 细胞亚群和血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)水平,随访 3 个月记录后遗神经痛(PHN)发生例数。结果:观察组总有效率 95.0%,优于对照组的 83.3% ($P < 0.05$);观察组止疱时间、结痂时间(结痂面积超过 50%)及脱痂时间均低于对照组 ($P < 0.01$);治疗后第 7、14 天,观察组 VAS 评分及皮损评分均低于对照组 ($P < 0.01$);治疗后观察组 CD3、CD4 及 CD4/CD8 水平高于对照组,CD8 低于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);治疗后观察组外周血 TNF- α 、IL-6、IL-10 水平低于对照组 ($P < 0.01$);进行 3 个月的随访,对照组有 37 例(61.7%)出现 PHN,观察组有 23 例(38.3%),观察组 PHN 发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。结论:中医综合疗法能减轻 HZ 患者疼痛,快速减轻皮损症状,促进疱疹愈合,减少 PHN 的发生率,临床疗效显著;中医综合疗法能调节 T 淋巴细胞亚群功能,提高免疫力,还能降低外周血 TNF- α 、IL-6、IL-10 水平,减轻炎症损伤。

[关键词] 带状疱疹; 抗毒消痛方; 丁香膏; T 细胞亚群; 炎症因子

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)23-0286-05

[doi] 10.11653/syfy2013230286

Kangdu Xiaotong Decoction Cooperate Clove Ointment With the Effect of Acupuncture in the Treatment of Acute Herpes Zoster and Influence on Herpetic Neuralgia

HEI Chun-chao*, HUAI Ding-hua, DU Zhi-chao

(The Hebei University of Engineering School of Medicine, Handan 056001, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the therapeutic effects of comprehensive treatment of TCM on herpes zoster (HZ) in acute stage and the influence on postherpetic neuralgia. **Method:** One hundred and twenty patients were randomly divided into observation group ($n = 60$) and control group ($n = 60$). Patients in the two groups were both treated with conventional Western therapy: Famciclovir tablets, 0.25 g/time, 3times/d, orally; vitamin B₁ tablets, 10 mg/time, 3 times/d, orally; Mecobalamine tablets, 0.5 mg/time, 3 times/d, orally, Aciclovir ointment Lowe ointment, coated, 2 to 3 times/d. Patients in observation group were treated with Chinese medicine therapy: Kangdu Xiaotong Decoction, one dose/d, Cloves Cream, 2 to 3 times/d, acupuncture around method, 1 times/d, 14 days as one cycle. Record herpes blisters stop time, crusting and scab off time; evaluate pain in patients using the Visual Analogue Scale (VAS) method, recording the levels of T cell subsets and serum tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-6 (IL-6), interleukin-10 (IL-10) before

[收稿日期] 20130709(169)

[基金项目] 邯郸市科技计划项目(1223108089-5)

[通讯作者] * 黑春潮, 硕士, 从事中医皮肤病教学临床科研工作, Tel: 15033040685, E-mail: Heichunchao2006@163.com

and after treatment, recording the cases of postherpetic neuralgia (PHN) in the followed three months. **Result:** The total efficacy of the observation group (95.0%) was significantly better than the control group (83.3%) ($P < 0.05$). crusting and scab off time of the observation group were lower than the control group ($P < 0.01$). VAS scores and lesions of the observed group scores were lower than the control group in 7 and 14 day ($P < 0.01$). Levels of CD3, CD4 and CD4/CD8 were higher than the control group, level of CD8 was lower than the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). After treatment, blood TNF- α , IL-6, IL-10 levels of the observed group were significantly lower than the control group than the control group ($P < 0.01$); In the following three months, 37 cases occurred PHN in the control group (61.7%), the observation group was 23 cases (38.3%), the incidence of PHN of observation group was lower than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Chinese medicine comprehensive therapy can relieve pain in patients with HZ, quickly alleviate skin lesions, herpes promote healing and reduce the incidence of PHN, improve clinical effect; Chinese medicine comprehensive therapy can regulate T cell subsets function, improve immunity, it can also reduce the blood TNF- α , IL-6, IL-10 levels, reduce inflammatory injury.

[**Key words**] herpes zoster; Kangdu Xiaotong decoction; Dingxiang extractum; T cell subsets; inflammatory factor

带状疱疹(HZ)是由水痘-带状疱疹病毒(VZA)侵犯神经节及皮肤,以沿周围神经分布的群集疱疹及神经痛为特征的一种病毒性皮肤病。目前西医治疗本病多以抗病毒、消炎、营养神经、止痛等对症治疗为主,其中抗病毒是治疗带状疱疹的关键步骤,能阻断病毒对神经的破坏,在控制皮损和疼痛的症状以及预防后遗神经痛(PHN)有一定的疗效^[1],但PHN发生率仍可达50%~85%^[2],严重影响患者生活质量。中药内服、外用、静脉注射,以及中医针灸、拔罐、刺络等外治法治疗带状疱疹均有较好的疗效。本研究以抗毒消痛方内服+自制丁香膏+针灸的综合疗法治疗HZ取得了良好的疗效,观察了其急性期HZ的疗效及作用机制,并对PHN影响进行了随访。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择河北工程大学医学院附属医院皮肤科2010年8月-2012年12月120例患者作为研究对象,随机按数字法分为对照组和观察组各60例。对照组男27例,女33例,年龄41~72岁,平均(49.5±12.5)岁;病程(20.6±11.3)h。观察组男31例,女29例,年龄40~70岁,平均(48.6±11.8)岁;病程(22.4±13.7)h。两组年龄、性别、病程及等一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《皮肤性病学》^[3]制定:①先兆症状为身体一侧的疼痛、刺痛、或灼烧感,局限于身体的特定部位。疼痛和灼烧感可非常强

烈;②皮损沿脊神经根分布,常累及几个紧密相邻的皮区;③患处常先出红斑,很快出现粟粒至黄豆大小丘疹,继之迅速变为水疱,疱壁紧张发亮,疱液澄清,有时为出血性的水疱或脓疱,成簇,紧密,基底潮红,各簇水疱群间皮肤正常。

1.2.2 PHN的诊断标准^[3] 带状疱疹原发皮损消退后,只遗留轻微色素沉着,但其受累皮肤仍有持续性刀割样神经痛或疱疹发生后局部疼痛持续3个月以上。

1.3 纳入标准 ①符合带状疱疹诊断标准者;②年龄40岁~75岁者;③疱疹病程72h内;④未经抗病毒药物治疗;⑤取得患者知情同意。

1.4 排除标准 ①特殊类型HZ:眼、耳带状疱疹、内脏带状疱疹、脑膜带状疱疹、泛发性带状疱疹、无疹型带状疱疹;②合并严重的心血管、脑血管、肝、肾等原发性疾病者;③糖尿病、恶性肿瘤、精神病患者;④血友病患者或合并造血系统疾病有出血倾向者;⑤妊娠或哺乳期妇女。

1.5 治疗方法 对照组采用泛昔洛韦片(丽珠集团丽珠制药厂,批号10594),0.25g/次,3次/d,口服;维生素B₁片(山西太原药业有限公司,批号2010772)10mg/次,3次/d,口服;甲钴胺片(卫材中国药业,批号00608)0.5mg/次,3次/d,口服。外用:阿昔洛韦软膏(长春海外制药集团有限公司,批号2010357)外涂,2~3次/d。

观察组:①内服抗毒消痛方,药物组成:金银花20g,板蓝根20g,柴胡15g,白芍20g,泽泻15g,牡丹皮10g,郁金12g,延胡索10g,车前草20g,瓜蒌

30 g。根据病情进行加减:脾胃湿盛加茵陈 15 g,厚朴 10 g,苍术 15 g,川草薢 15 g;肝胆湿热加龙胆草 15 g,炒栀子 15 g,川楝子 10 g,黄芩 15 g。②丁香膏外用药物组成:丁香 80 g,黄芩 100 g,黄柏 100 g,青黛 100 g,上药打细粉,根据皮损面积取适量药粉以金银花水调成糊状,外敷患处,2~3 次/d。③针灸:取阿是穴,采用围针刺,方法:患者取卧位,用活力碘常规消毒后,在阿是穴边缘 0.2 cm 处用 30 号 1.5~2 寸毫针进针,针尖朝向皮损区中心,以 15 °C 角,沿皮下围刺,针距约为 1~2 cm。留针 30 min,1 次/d。两组疗程均为 14 d。

两组治疗期间若疼痛难剧烈,则采用氨酚曲马多片(每片含 37.5 mg 盐酸曲马多与 325 mg 对乙酰氨基酚,北京双鹭药业股份有限公司,批号 10529)必要时口服一片。

1.6 观察指标 ①记录疱疹止疱时间(无新疱疹出现)、结痂(水疱干涸,结痂面积超过 50%)和脱痂时间;②疼痛程度评价:采用 VAS 记分法^[4],分别记录治疗前、治疗第 3、7、14 天患者的疼痛程度;③治疗前后 T 细胞亚群(CD3, CD4, CD8, CD4/CD8)检测,采用流式细胞仪(美国 Becton Dickinson 产品);④治疗前后检测肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)水平检测(上海恒远科技公司试剂盒,批号 1092/0075/023B)。⑤皮损评分:结合文献拟定^[5]:(按轻、中、重分别记录 1、2、3 分)皮损面积 轻:面积 < 10 cm²;中:或面积 10~15 cm²;重:面积 \geq 15 cm²。皮损形态 轻:仅有丘疹或丘疱疹;中:丘疹、丘疱疹和水疱并见;重:大疱或血疱。皮损红肿 轻:皮疹淡红;轻:皮疹掀红;重:皮疹掀红肿胀。皮损灼热 轻:轻微灼;中,明显灼热;重:灼热难耐,影响睡眠。皮损瘙痒 轻:轻微痒;中:痒可忍,时有时止;重:痒难耐,影响睡眠。疼痛程度:轻:轻微疼痛;中:疼痛可忍,时有时止;重:疼痛难耐,影响睡眠。分别于治疗前、治疗第 7、14 天进行评价。⑥进行 3 个月的随访记录 PHN 发生例数。

1.7 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]并结合临床拟定:痊愈:烧灼感以及疼痛感完全消失,皮损全部或基本消退;疗效指数 \geq 90%。显效:疼痛基本消失,无新疱出现,皮损大部分干涸结痂,疗效指数 \geq 60%。有效:疼痛减轻,皮损消退 20%~50%,疗效指数 \geq 30%。无效:疼痛未减轻,皮损消退 < 20% 或未消退,仍有新疱出现,疗效指数 < 30%。

1.8 统计学处理 采用 SPSS 15.0 统计分析软件,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 观察组总有效率 95.0%,对照组 83.3%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组疗效比较($n = 60$)

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	22	18	10	10	83.3
观察	29	21	7	3	95.0 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组疱疹变化情况比较 观察组止疱时间、结痂时间(结痂面积超过 50%)及脱痂时间均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 2。

表 2 两组疱疹变化情况比较($\bar{x} \pm s, n = 60$)

组别	止疱	结痂	脱痂
对照	3.8 \pm 1.75	10.2 \pm 2.68	18.2 \pm 3.54
观察	2.2 \pm 1.57 ¹⁾	8.1 \pm 1.90 ¹⁾	14.8 \pm 2.86 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ 。

2.3 两组不同时点 VAS 评分比较 治疗后第 3 天,两组 VAS 评分均较治疗前下降($P < 0.01$);治疗后第 7、14 天,观察组 VAS 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 3。

表 3 两组不同时点 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	第 3 天	第 7 天	第 14 天
对照	7.1 \pm 1.16	6.5 \pm 0.94 ¹⁾	4.9 \pm 0.73 ¹⁾	3.8 \pm 0.65 ¹⁾
观察	7.0 \pm 1.24	6.1 \pm 0.97 ¹⁾	3.8 \pm 0.65 ^{1,2)}	2.7 \pm 0.70 ^{1,2)}

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组同期比较²⁾ $P < 0.01$ (表 4 同)。

2.4 两组不同时点皮损评分比较 治疗后 7 d,两组皮损评分均较治疗前下降($P < 0.01$);治疗后第 7、14 天,观察组皮损评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 4。

表 4 两组不同时点皮损评分比较($\bar{x} \pm s, n = 60$)

组别	治疗前	治疗后	
		7 d	14 d
对照	13.8 \pm 2.77	10.2 \pm 2.35 ¹⁾	6.7 \pm 2.05 ¹⁾
观察	14.1 \pm 3.05	8.8 \pm 2.43 ^{1,2)}	4.9 \pm 1.87 ^{1,2)}

2.5 两组治疗前后 CD3, CD4, CD8, CD4/CD8 水平比较 治疗后两组 CD3, CD4 及 CD4/CD8 均较治疗

前上升,CD8 较治疗前下降($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 治疗后观察组 CD3,CD4 及 CD4/CD8 水平高于对照

组,CD8 低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),见表 5。

表 5 两组治疗前后主要症状评分比($\bar{x} \pm s, n = 60$)

组别	时间	CD3	CD4	CD8	CD4/CD8
对照	治疗前	54.2 ± 6.48	30.6 ± 7.19	30.2 ± 6.24	1.01 ± 0.47
	治疗后	57.1 ± 6.23 ¹⁾	33.4 ± 6.08 ¹⁾	27.7 ± 5.53 ¹⁾	1.22 ± 0.52 ¹⁾
观察	治疗前	53.8 ± 6.71	30.8 ± 6.85	29.6 ± 6.13	1.05 ± 0.53
	治疗后	60.8 ± 6.04 ^{2,4)}	37.1 ± 6.36 ^{2,4)}	25.7 ± 5.45 ^{2,3)}	1.45 ± 0.51 ^{2,3)}

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较³⁾ $P < 0.05$,⁴⁾ $P < 0.01$ 。

2.6 两组治疗前后血清 TNF- α , IL-6, IL-10 水平比较 治疗后两组外周血 TNF- α , IL-6, IL-10 水平均下降($P < 0.01$),观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 6。

表 6 两组治疗前后血清 TNF- α , IL-6, IL-10 水平比较($\bar{x} \pm s, n = 60$)

组别	时间	TNF- α /mg·L ⁻¹	IL-6/ng·L ⁻¹	IL-10/ng·L ⁻¹
对照	治疗前	9.27 ± 1.35	375.2 ± 85.9	549.1 ± 47.6
	治疗后	8.46 ± 1.16 ¹⁾	286.3 ± 79.6 ¹⁾	502.5 ± 36.5 ¹⁾
观察	治疗前	9.23 ± 1.31	381.4 ± 90.2	541.7 ± 48.3
	治疗后	7.79 ± 1.08 ^{1,2)}	213.2 ± 81.5 ^{1,2)}	473.2 ± 37.4 ^{1,2)}

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ 。

2.7 两组 PHN 发生例数比较 进行 3 个月的随访,对照组有 37 例出现 PHN,发生率 61.7%,观察组有 23 例出现 PHN,发生率 38.3%,观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.8 两组安全性比较 两组治疗过程均未见明显严重不良反应。

3 讨论

VZA 具有嗜皮肤性和嗜神经性,潜伏于脊神经后根的神经节细胞内呈休眠状态,当机体正常免疫防卫机制受到损伤或抑制而功能低下时,即可激活病毒在感觉神经末梢迅速增殖并破坏组织、细胞,使之发生急性炎症、出血、坏死,再活动的病毒可沿着周围神经纤维而移动到皮肤,在皮肤上产生带状疱疹所特有的节段性水疱疹^[5]。因此本病的最大临床特点就是疼痛性水疱,几乎所有患者均出现不同程度的疼痛,并且年龄越大,程度越严重^[6]。PHN 是 HZ 最为严重的并发症,疗程长达数月甚至更久,年老体弱患者病程可迁延数年,对其生活、工作、情绪和睡眠等各个方面造成不利影响严重^[7]。

HZ 在中医学中有“缠腰火丹”、“蛇串疮”、“火带疮”等诸多病名,现代医学家对病病机认识比较

一致,或因情志不遂,或因饮食不节,或因疲劳过度,或因外感疫毒,导致肝气郁结,久而化火妄动,外窜皮肤或肝经湿热下注所致;或脾失健运,湿蕴化热,以致毒邪易感,湿热火毒蕴积肌肤发病;或因外感风寒湿热毒邪未清,气血不畅所致^[8-9]。本病病位主要在肝胆、与心、脾有密切关系,病性多数实证、热证。

从古至今中医药学者对病的治疗进行了广泛探索,积累了丰富的治疗经验,治疗方法众多,具有很高的临床参考价值^[10]。采用中药内服、外用、静脉给药,以及针灸、拔罐、刺络等多种方法、多途径给药的中医药疗法符合临床实践,为临床普遍采用^[11]。抗毒消痛方中以柴胡、白芍、郁金舒肝解郁,木郁达之、火郁发之,并有引诸药入肝经之意;金银花、板蓝根清热解毒,针对疫毒而设;泽泻、车前草清泻湿热,全瓜蒌清热、行气宽胸、润燥滑肠,使邪有所出;延胡索配郁金以行气、活血、通络止痛;牡丹皮凉血清热,活血散瘀。若中焦湿盛,则以茵陈、川萆薢、苍术、厚朴利湿、燥湿、化湿;若肝胆湿热,则以龙胆草、炒栀子、黄芩、川楝子清热燥湿,泻火解毒。丁香膏中,丁香香气郁醇,能开九窍,舒郁气,现代药理研究表明本品具有杀虫、抗菌、抗病毒,能促进口腔溃疡、胃溃疡愈合,具有解热、消炎、止痛作用,并能促进透皮吸收作用^[12]。黄芩、黄柏清热泻火,燥湿解毒;青黛,清热解毒,凉血消斑。选取阿是穴,采用针灸围刺治疗 HZ 是临床常用方法,其止痛疗效肯定^[13]。本研究以西医目前常规综合治疗措施作为对照,结果显示,中医药综合疗法在止疱时间、结痂时间及脱痂时间均优于对照组;在第 7、14 天 VAS 评分及皮损评分均明显低于对照组;总有效率达 95.0%,优于对照组的 83.3%;随访中观察组 PHN 的发生率为 38.3%,也低于对照组的 61.7%,以上结果均提示了该中医综合疗法疗效优于目前西医常规综合治疗措施。

HZ 的发病与机体的免疫机制密切相关,其免疫主要是细胞免疫。HZ 患者的外周血中 CD3、CD4 降低、CD8 升高,CD4/CD8 比值显著降低,同时机体产生高滴度的抗 VZV 抗体,该抗体引起神经组织水肿、充血和瘢痕等病理改变,与疼痛的剧烈程度和疼痛持续时间直接关联^[14-15]。本组资料显示,中医药综合疗法能升高 CD3、CD4 和 CD4/CD8,降低 CD8,提示了该疗法具有调节 T 淋巴细胞亚群功能,从而可能对减轻疼痛、预防 PHN 具有良好效果。

近年来细胞因子与 HZ 疼痛及 PHN 的关系受到关注。HZ 患者外周血 TNF- α 水平高于正常人群^[16],实验证实 TNF- α 可作用于外周神经对疼痛的产生和维持有重要作用,并应用 TNF- α 拮抗剂可明显减轻疼痛^[17]。IL-6 外周血水平与带状疱疹后遗神经痛的形成有关,高水平的 IL-6 的 HZ 患者更容易发展成 PHN^[18]。研究显示急性期 HZ 患者血清 IL-10 明显升高,恢复期有所下降但仍然高于正常人,而水平的 IL-10 使胞免疫受抑制,机体抗病毒能力减弱,导致 VZA 的大量复制^[19]。本组资料显示,观察组治疗后 TNF- α 、IL-6、IL-10 水平均明显下降,并低于对照组,提示了中医药综合疗法具有调节 HZ 外周血细胞炎性因子作用,这可能是重要作用机制。

综上,与西医常规综合治疗措施比较,该中医药综合疗法能减轻 HZ 患者疼痛,快速减轻皮损症状,促进疱疹愈合,减少 PHN 的发生率,临床疗效显著,且安全;其作用机制可能与调节 T 淋巴细胞亚群功能,提高免疫力及调节外周血细胞炎性因子,减轻炎性损伤有关。

[参考文献]

[1] Sandy M C. Herpes zoster: medical and nursing management[J]. Clin J Oncol Nur,2005,9(4):443.
[2] Drolet M, Brisson M, Levin M J, et al. A prospective study of the herpes zoster severity of illness[J]. Clin J Pain,2010,26(8):656.
[3] 赵辩. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京:江苏科学技术出版社,2001:300.
[4] 冯海军. 益气活血方配合氯胺酮椎管内阻滞治疗 56 例顽固性带状疱疹后遗神经痛[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(6):320.

[5] 洪冰. 中医综合疗法治疗带状疱疹 86 例疗效观察[J]. 新中医,2011,43(6):81.
[6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:102.
[7] 徐世正. 安德鲁斯临床皮肤病学[M]. 10 版. 北京:科学出版社,2008:398.
[8] 陈德宇. 中西医结合皮肤性病学[M]. 北京:中国中医药出版社,2006:162.
[9] 霍则军,刘青云. 龙胆泻肝汤加减治疗带状疱疹伴中、重度抑郁情绪[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(4):300.
[10] 李有田,于丽萍,孙木,等. 疱疹止痛灵治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究[J]. 中国中药杂志,1999,24(4):240.
[11] 孙彩霞,汤立新,王丽丽,等. 针灸综合疗法配合中药治疗带状疱疹临床观察[J]. 北京中医药大学学报:中医临床版,2010,17(5):4.
[12] 张军锋,张树军. 丁香属植物的化学成分及其药理作用的研究进展[J]. 海南大学学报:自然科学版,2007,25(2):200.
[13] 赵婷,王映辉. 针灸治疗带状疱疹随机对照试验的系统评价[J]. 上海针灸杂志,2007,26(6):30.
[14] 郑捷,仓尧卿,李卫平,等. 水痘-带状疱疹病毒抗体与带状疱疹患者疼痛的关系[J]. 中华皮肤科杂志,1995,28(1):22.
[15] 韩科,龙福泉,陈忠英,等. 带状疱疹患者外周血 T 淋巴细胞亚群的检测及探讨[J]. 广东医学,2010,31(21):2813.
[16] Strangfeld A, Listing J, Herzer P, et al. Risk of herpes zoster in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF- α agents[J]. J Am Med Assoc,2009,301(7):737.
[17] Jin X, Gereau R W. Acute p38-mediated modulation of tetrodotoxin-resistant sodium channels in mouse sensory neurons by tumor necrosis factor- α [J]. J Neurosci, 2006,26(1):246.
[18] 陈大伟,谢鹏,邹德智,等. 带状疱疹后遗神经痛患者血清 IL-6 水平与神经损伤的关系[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志,2005,12(3):140.
[19] 江文,刘冬先,邹耘,等. 带状疱疹患者外周血 IL-2 与 IL-10 水平及临床意义[J]. 中国皮肤性病学杂志,2004,18(3):19.

[责任编辑 蔡仲德]