

# 影像引导下脊神经根脉冲射频联合龙胆泻肝汤加减治疗带状疱疹后神经痛疗效研究

陈杨 张恋

遵义市中医院，贵州遵义，563000；

**摘要：**目的：探究在影像引导技术辅助下采用脊神经根脉冲射频与标准射频联合龙胆泻肝汤加减方对带状疱疹后神经痛的治疗效果。方法：研究连续纳入本院确诊的带状疱疹后神经痛患者60例作为受试样本，采用区组随机化分配方案将研究对象划分为两个平行对照小组，对照组30例采用影像引导下脊神经根脉冲射频治疗；研究组30例采用影像引导下脊神经根脉冲射频联合龙胆泻肝汤加减治疗。对比分析两组的临床疗效。结果：研究组疼痛评分、焦虑抑郁评分及中医证候积分均显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：针对带状疱疹后神经痛患者，采用影像精准引导下的脊神经根脉冲射频技术并辅以龙胆泻肝汤加减方剂进行联合治疗，可有效减轻疼痛，改善焦虑抑郁状态，优化其临床症状体征。

**关键词：**影像引导下脊神经根脉冲射频；龙胆泻肝汤加减治疗；带状疱疹后神经痛

**DOI：**10.69979/3029-2808.26.04.004

带状疱疹是一种临床常见的急性感染性皮肤病，其发病是遗传、系免疫、环境等多重因素共同作用、相互影响而引发。该病主要由水痘-带状疱疹病毒感染引起，这种病毒特别容易侵犯并潜伏在人体神经组织内，当身体抵抗力下降时就会再次活跃，从而损伤相应神经和皮肤，出现成片疱疹，并伴有明显烧灼痛、刺痛和皮肤敏感等表现<sup>[1]</sup>。带状疱疹后遗神经痛（PHN），是指皮肤疱疹完全好转后，局部剧烈疼痛仍然持续超过1个月不消失的一种顽固性疼痛问题。由于病毒会长期潜伏并损伤神经，临床上大约有10%的患者会留下长期神经痛的后遗症，这种持续疼痛会严重影响患者正常生活和睡眠，明显降低生活质量<sup>[2]</sup>。现今临床对带状疱疹后遗神经痛的干预策略，常以抗病毒制剂、镇痛类药物、神经功能调节剂及心理行为干预为主要构成。但各类单一方案均存在应用边界，对部分顽固性病例的疼痛抑制效果有限，故而构建更具优势的联合治疗模式已成为临床亟待解决的关键问题。影像辅助下脊神经根标准射频与脉冲射频调控作为近年逐步应用的微创镇痛技术，可对痛觉传导通路实现靶向干预，进而高效缓解患者疼痛程度，具备定位精准、作用确切、安全性优良等特点<sup>[3]</sup>。然而单独实施该介入手段仍存在镇痛持续周期偏短、整体临床获益不足等局限。

龙胆泻肝汤作为中医经典名方，归属于清解泻火类方药，可清泄肝胆火毒、渗化肝胆湿热，对邪热郁滞所

致病证具有显著调治作用<sup>[4]</sup>。基于此，本研究旨在探究在影像引导技术辅助下采用脊神经根脉冲射频治疗联合龙胆泻肝汤加减方对带状疱疹后神经痛的治疗效果，具体如下：

## 1 对象和方法

### 1.1 对象

本研究择取2024年1月—2025年12月我院收治并明确诊断为带状疱疹后遗神经痛的60例患者作为分析对象。入组标准：①满足带状疱疹后遗神经痛的临床确诊依据；②中医辨证结果归属于肝火炽盛证；③病例相关资料完备且数据真实；④受试者知情并签署书面知情同意。剔除标准：①对本研究干预措施存在禁忌指征者；②合并重要脏器严重器质性功能损伤者；③伴有精神疾患或存在沟通能力缺陷者。按随机数字表法划分为两组：对照组30例，男18例，女12例，平均年龄（ $58.07 \pm 7.37$ ）岁；研究组30例，男17例，女13例，平均年龄（ $58.97 \pm 6.85$ ）岁。两组基线资料经统计学处理，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），组间具有均衡可比性。

### 1.2 方法

对照组接受基础干预方案，主要为营养神经与镇痛药物的序贯应用，并联合CT定位下脊神经根单次脉冲

射频微创治疗。术前对患者进行系统影像学评估,参照 F. Netter 神经解剖图谱,对介导疼痛的 3 支责任神经根进行靶点定位,同时完成麻醉前综合评估,确认患者耐受微创介入操作。治疗时患者取俯卧体位,穿刺区域常规消毒铺巾,局麻后将射频穿刺针精准置入责任神经根旁,拔除针芯并置入射频电极。先行 50Hz 感觉刺激,若 0.5V 刺激强度下未引出相应皮区感应,则在 CT 引导下调整针尖方位,直至 <0.5V 时可引出特异性神经应答。随后,采用 2Hz 频率进行刺激,以此评估运动功能状况。待所有参数均调节至适宜状态后,正式开展脉冲射频操作,射频参数设定为:频率 2Hz、温度 42℃、电压 45V、作用时长 360s。完成射频操作后,在 3 个穿刺点处分别注射局部麻醉药及激素类药物。所注射药物的配伍方案为:3ml 1%浓度的利多卡因、0.05mg 维生素 B12、1.5mg 倍他米松,同时添加少量造影剂。待整体治疗全部结束,安排患者返回病房,保持平卧姿势观察 6 小时。术后将患者护送返回病房,予平卧制动并密切监测 6 小时,整体干预及随访观察时长为 21 天。

研究组患者在对照组干预措施的基础上予以联合联用,加用龙胆泻肝汤加减方施治。该加减方基础组成为:6g 龙胆草、20g 生地黄、10g 川芎、10g 柴胡、9g 黄芩、9g 木通、9g 栀子、9g 泽泻、9g 车前子、8g 赤芍、8g 当归、8g 牡丹皮、6g 红花、6g 甘草。根据患者临床症状对立组方药辨证化裁:疼痛位于头面部者,增菊花 10g、牛蒡子 10g;疼痛居于腰以下者,增川牛膝 10g;皮损合并血疱者,增苍术 10g、地龙 10g、滑石 6g;皮损伴脓疱者,增紫花地丁 10g、蒲公英 10g、黄芪 10g;疼痛程度显著者,增延胡索 10g、川楝子 5g。全部中药均由我院中药房统一调剂、煎煮,每剂浓煎取汁 300 ml,嘱患者每日早晚温服,连续施治 21 天。

### 1.3 观察指标

痛感量化评估:治疗完毕后采用视觉模拟评分法(VAS)对两组患者疼痛状况进行量化判定,该评分标尺总分设为 10 分,分值越高,提示患者疼痛反应越剧烈。

焦虑抑郁评分:于患者治疗完成后,采用统一标准量表对两组患者的焦虑、抑郁情绪状态进行评估,所有评估操作均由经过统一培训的专业人员完成,严格遵循量表指导语规范执行,确保评估结果客观、准确、可靠。两组患者中医证候积分评估,于治疗后开展证候评分,患者核心证候为皮肤瘙痒、焮红灼痛,兼

见口苦咽干、烦躁易怒;按各症状轻重分级予以量化计分,主症计分区间为 0—4 分,次症计分区间为 0—3 分,患者所得证候积分越高,提示其临床症状表现越严重。

### 1.4 统计学分析

借助 SPSS 26.0 统计软件包对收集的数据进行了全面分析。计量资料以  $t$  值进行检验并用  $\bar{x} \pm s$  描述,计数资料以卡方检验并用%描述,当  $P$  值小于 0.05 时,判定该差异在统计学层面具有显著意义。

## 2 结果

### 2.1 两组痛感评分比较结果显

研究组与对照组 VAS 评分分别为(1.45±0.34)分、(2.61±0.57)分,统计结果  $t=12.359$ ,  $P=0.001$ ;研究组评分显著低于对照组,差异具备统计学意义( $P<0.05$ )。

### 2.2 两组情绪状态评分比较

研究组 SAS 评分水平明显低于对照组( $P<0.05$ );研究组 SDS 评分显著低于对照组( $P<0.05$ )。

### 2.3 两组的中医证候积分对比

研究组与对照组的皮肤瘙痒评分分别为(1.17±0.38)分和(1.48±0.36)分,  $t=4.188$ ,  $P=0.001$ ;研究组与对照组的皮肤鲜红评分分别为(1.14±0.49)分和(1.57±0.38)分,  $t=4.904$ ,  $P=0.001$ ;研究组与对照组的灼热刺痛评分分别为(1.31±0.56)分和(1.88±0.63)分,  $t=5.089$ ,  $P=0.001$ ;研究组与对照组的口苦咽干评分分别为(1.14±0.32)分和(1.43±0.36)分,  $t=4.257$ ,  $P=0.001$ ;研究组与对照组的烦躁易怒评分分别为(1.01±0.37)分和(1.29±0.38)分,  $t=3.733$ ,  $P=0.001$ ;相较于对照组,研究组的中医证候积分均明显更低,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。

## 3 讨论

带状疱疹后神经痛多表现为病程迁延、病情顽固且复发率较高的临床特征。当前现代医学对其确切发病机制仍未完全阐释,主流观点认为,疾病的发生与发展同水痘-带状疱疹病毒的神经侵袭途径紧密相关。该病毒可经机体外周感觉神经末梢侵入,并在脊神经后根神经节细胞内潜伏增殖,进而诱发神经节水肿、囊性退变及神经元数目改变等一系列病理性损伤<sup>[5]</sup>。目前西医对本病仍缺乏特效治疗方案,而中医将带状疱疹后神经痛纳

入“蛇丹痛”病证范畴,结合患者证候表现与病机特征,将其分为肝火炽盛证、气滞血瘀证、脾虚湿蕴证三类证型。其中肝火炽盛证的核心病机为:外感风邪、内湿停滞,邪浊与气血互结壅阻肌肤;加之情志失和导致肝火亢盛,肝失疏泄条达,气机郁滞日久化热生火,进而引发肝经郁热;此外,也可能因虚致瘀,瘀血阻滞经脉,导致气血运行不畅、凝滞不通,从而产生剧烈疼痛<sup>[6]</sup>。针对此证型,中医治疗原则为清肝泻火、祛瘀止痛。

本研究表明,与对照组相比,本研究结果显示,与对照组相较,研究组患者VAS评分及中医证候积分均明显下降,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。深入分析其作用机制,龙胆泻肝汤中龙胆草能够清热燥湿、泻除肝胆之火;生地黄可滋阴补肾、清热凉血;川芎能活血行气、祛风止痛以通经络;柴胡具有疏肝解郁、退热之效以调气机;黄芩可清热燥湿、泻火解毒以清内热;木通能利尿消肿、清热去火以导湿热;栀子可泻火除烦、凉血止血以清心火;泽泻可利水渗湿以除水湿;车前子能清热通淋、渗湿止泻以通水道;赤芍主要具有清热凉血、活血散瘀、消肿止痛等功效;当归具有补血活血、调经止痛之效;牡丹皮具有清热凉血、活血化瘀、抗炎镇痛等多种功效;红花可活血通经、散瘀止痛以通经络;甘草能调和方中诸药、燮理药性。全方配伍严谨,共奏清肝泻热、祛湿解毒之效,进而对患者疼痛症状起到明显缓解作用。同时,方内龙胆草、黄芩等药味具备确切的抗炎抑菌活性,可有效缓解机体炎性应激反应,加快病情康复,且可根据患者临床症状灵活加减用药,使治疗更具针对性<sup>[7]</sup>。影像引导下脊神经根脉冲射频在CT影像的实时导航下,将治疗药物精准传递至病变神经根区域,可实现快速缓解患者疼痛的临床效果。该技术不仅具备靶向镇痛优势,更能通过脉冲射频的生物刺激效应促进神经功能修复,有效阻断带状疱疹后遗神经痛所形成的病理恶性循环<sup>[8]</sup>。将龙胆泻肝汤治疗与影像引导下脊神经根脉冲射频技术相结合,可通过神经调控与中药抗炎的协同作用,从疼痛信号产生源头和传导通路实施双重干预,显著提升带状疱疹后神经痛的综合治疗效果。

综上所述,针对带状疱疹后神经痛患者,采用影像精准引导下的脊神经根脉冲射频技术并辅以龙胆泻肝汤加减方剂进行联合治疗,可有效减轻患者疼痛强度,优化其临床症状体征,同时促使体内相关指标显著下降。

### 参考文献

- [1]朱英,曾涛,王昌文,等.加味龙胆泻肝汤联合疏肝调神针刺法治疗带状疱疹后神经痛肝经郁热证临床观察及对细胞免疫、白细胞介素35、CX3C趋化因子受体1的影响[J].河北中医,2025,47(07):1084-1088+1093.
- [2]杜欣泽,赵凤华,王田芳.带状疱疹后遗神经痛治疗中温针灸联合龙胆泻肝汤应用的效果分析[J].中外医疗,2024,43(02):187-190.
- [3]黄玉姣,陶洪芬,舒美娟.B超引导下脊神经根脉冲射频在带状疱疹后遗神经痛中的应用[J].中外医学研究,2021,19(02):147-149.
- [4]李娜,吴辉.龙胆泻肝汤加减联合刺络拔罐法治疗带状疱疹后神经痛45例[J].广西中医药,2022,45(05):27-30.
- [5]吴刚.脉冲射频联合自体富血小板血浆脊神经根周围注射治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察[J].新疆医学,2023,53(12):1446-1449.
- [6]杜娟.梅花针扣刺联合龙胆泻肝汤治疗带状疱疹后遗神经痛临床研究[J].新中医,2022,54(05):177-180.
- [7]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.
- [8]李江磊,乔龙巴图,苏比,等.脊神经根脉冲射频联合臭氧技术治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究[J].保健医学研究与实践,2024,21(Z1):47-50.

课题来源:贵州省中医药管理局中医药、民族医药科学技术研究课题;课题名称:影像引导下脊神经根脉冲射频联合龙胆泻肝汤加减治疗带状疱疹后神经痛疗效研究;课题编号:QZY-2025-209