

·指南与共识·

带状疱疹中西医结合诊疗中国专家共识(2026 版)

中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会

通信作者:李斌,Email:pfbyydrlibin@163.com;崔勇,Email:wuhucuiyong@vip.163.com;

吕成志,Email:dlpfb@126.com

【摘要】 带状疱疹是因水痘-带状疱疹病毒再激活所致的病毒感染性皮肤病,主要临床表现为皮肤损害及神经病理性疼痛。中西医在带状疱疹诊疗方面各有特点,中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会组织相关专家基于现有循证证据,充分考量中西医结合诊疗优势,权衡各种干预措施的获益和风险,形成带状疱疹中西医结合诊疗若干条推荐意见,旨在为临床医师诊疗决策提供科学、可靠的参考依据。

【关键词】 带状疱疹;中西医结合;诊断;治疗;专家共识

DOI:10.35541/cjd.20260045

Chinese expert consensus on diagnosis and treatment of herpes zoster with integrated traditional Chinese and Western medicine (2026 edition)

Chinese Dermatovenereology Society of Integrative Medicine

Corresponding authors: Li Bin, Email: pfbyydrlibin@163.com; Cui Yong, Email: wuhucuiyong@vip.163.com;

Lyu Chengzhi, Email: dlpfb@126.com

【Abstract】 Herpes zoster is an infectious skin disease caused by the reactivation of the varicella-zoster virus, clinically characterized by skin lesions and neuropathic pain. Both traditional Chinese medicine and Western medicine exhibit respective advantages in the diagnosis and treatment of herpes zoster. Based on current evidence-based research, fully leveraging the strengths of integrated traditional Chinese and Western medicine in the diagnosis and treatment of herpes zoster, and weighing the benefits and risks of diverse interventions, the Chinese Dermatovenereology Society of Integrative Medicine organized relevant experts to formulate a series of recommendations for the diagnosis and treatment of herpes zoster with integrated traditional Chinese and Western medicine, aiming to provide a scientific and reliable reference to support clinicians in their clinical decision-making.

【Key words】 Herpes zoster; Integrated traditional Chinese medicine and Western medicine; Diagnosis; Therapy; Expert consensus

DOI: 10.35541/cjd.20260045

带状疱疹系长期潜伏于脊髓后根神经节或颅神经节内的水痘-带状疱疹病毒(varicella-zoster virus, VZV)再激活所致的感染性皮肤病^[1],中医称之为“蛇串疮”“缠腰火丹”等。2023 年一项纳入近 2 600 万中国带状疱疹患者的 Meta 分析显示,全人群带状疱疹年发病率为 4.28/1 000 人年,且发病率随年龄增长呈上升趋势,中国每年新发带状疱疹病例超 600 万^[2]。另有研究显示,2024 年中国人群带状疱疹总体患病率为 6.15%,加权后总体患病率为 5.89%,女性患病率(6.74%)高于男性(5.56%)^[3]。为进一步规范并提升带状疱疹中西医结合诊疗水平,中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会组织相关专家遵循国际临床实践指南的制订方法和流

程,在参考国内外相关指南及专家共识^[1,4-11]、汇总循证医学证据和临床一线经验、综合相关领域专家意见的基础上,制订了《带状疱疹中西医结合诊疗中国专家共识(2026 版)》(以下简称“本共识”)。本共识旨在规范中西医结合诊疗思路与实践,突出中西医协同作用,尤其在镇痛、特殊人群、特殊部位等方面实现优势互补,为带状疱疹防治提供参考依据。

一、共识制订方法

本共识的制订严格遵循世界卫生组织及我国发布的相关指南制订手册^[12-13]的规范流程。通过

系统梳理并筛选国内外已发表的高级别证据,优先纳入既往指南/专家共识、系统评价/Meta分析及随机对照试验(RCT)研究等,若相关证据不足,则补充纳入观察性研究、病例报告等其他证据。本共识制订过程中,文献检索涵盖的数据库包括:中国知网、万方数据知识服务平台、维普中文科技期刊数据库、PubMed、Embase、Cochrane Library及Web of Science,检索时间范围为各数据库建库至2025年12月31日;同时检索国内外相关专业学会、指南制订机构的官方网站,并追溯相关文献的参考文献。中文检索词包括“带状疱疹”“蛇串疮”“带状疱疹后神经痛”“带状疱疹相关性疼痛”“中西医结合”“中医药”等,英文检索词包括“herpes zoster”“postherpetic neuralgia”“zoster - associated pain”“integrated traditional Chinese and Western medicine”等,检索词根据不同临床问题进行组合。依据《临床指南和专家共识制定中循证医学证据等级和推荐强度确定方法》^[14],将纳入证据划分为1~5级,推荐意见采用A~D级分级(由强推荐至不推荐)(表1)。本共识邀请皮肤科、中医(针灸)科、疼痛科等多学科领域专家共同参与,通过三轮专家讨论与意见征询,必要时采用投票方式达成共识,原则上以多数专家($\geq 85\%$)赞同作为通过标准,最终形成推荐意见。

二、带状疱疹的发病机制

(一)西医发病机制

VZV是一种具有传染性的嗜神经性双链DNA病毒,主要经呼吸道、接触及母婴垂直传播途径入侵宿主黏膜,随后在局部淋巴结内复制并进入血液

循环,形成初次病毒血症;继而在肝、脾等脏器内进一步扩增,再次入血诱发第二次病毒血症,最终引起全身性皮肤黏膜损害,临床表现为水痘。VZV可从皮损处沿轴突逆行扩散,亦可在病毒血症阶段经血源性扩散,长期潜伏于周围神经元的后根神经节、颅神经节或自主神经节内^[5,15],在机体抵抗力下降时,潜伏的VZV被再激活,大量复制并沿感觉神经轴突迁移至皮肤引发带状疱疹^[1,15]。

(二)中医病因病机

中医认为,带状疱疹由情志内伤、肝胆火盛或脾湿内蕴,外受毒邪而发。毒邪化火,与肝火、湿热相搏结,阻于经络。气血不通,不通则痛;毒火稽留血分,引起红斑;湿热阻困于肝脾,则起水疱;后期余毒未尽,经脉失疏,气血瘀滞而疼痛稽留难去^[16]。

三、带状疱疹的诊断

(一)西医诊断

带状疱疹可通过典型临床表现直接诊断。若皮损表现不典型,可通过PCR检测疱液VZV DNA载量、酶联免疫吸附试验测定血清VZV特异性抗体等方法辅助诊断^[1]。特殊部位的带状疱疹,建议请相关专科医师会诊^[1]。疼痛可贯穿带状疱疹全程,在诊断的同时建议评估疼痛程度,为治疗方案的制订提供参考依据。常用主观疼痛评估工具包括视觉模拟评分法、数字分级评分法,按疼痛程度分为轻、中、重3度:0分为无疼痛,1~3分为轻度,4~6分为中度,7~10分为重度^[5,7-8]。建议检查带状疱疹患者是否有出血性/坏死性病变、全身性皮肤受累、整体健康状况下降及脑膜炎迹象等^[6]。对于播散性、出血性、坏疽性等严重皮损,皮损愈合缓

表1 循证医学证据等级及推荐意见^[14]

证据等级	定义	推荐意见
1级		A级(强推荐)
1a	基于高质量随机对照试验研究的系统综述或Meta分析	
1b	单个高质量随机对照试验研究,非高质量随机对照试验系统综述或Meta分析	
1c	“全或无”研究证据,即有该治疗之前,所有患者均死亡,而有该治疗后,有患者能存活。或有该治疗之前,一些患者死亡,而该治疗之后,无患者死亡	
2级		B级(推荐)
2a	基于高质量队列研究的系统综述或Meta分析	
2b	单个高质量队列研究,非高质量的基于队列研究系统综述或Meta分析,或低质量随机对照试验研究	
3级		B级(推荐)
3a	基于高质量病例对照研究的系统综述或Meta分析	
3b	单个高质量病例对照研究,非高质量的基于病例对照系统综述或Meta分析	
4级	病例报道(病例系列研究、横断面调查),低质量病例对照研究,低质量队列研究	C级(可能推荐)
5级	未经严格论证的专家意见、评论、传统临床经验	D级(不推荐)

慢或短期内复发的患者,需进行免疫功能评价、HIV 或肿瘤等相关筛查^[1]。

(二)中医证型

本共识将带状疱疹分为 5 种证型:包括疱疹期的风热壅盛证、肝胆湿热证、脾虚湿蕴证,结痂脱痂期及带状疱疹后神经痛(postherpetic neuralgia, PHN)期的气滞血瘀证、气虚血瘀证^[1,4]。

1. 疱疹期:

(1)风热壅盛证:主症:发于头面颈部,皮损鲜红,灼热刺痛。次症:①渴欲饮水;②身热;③咽干或咽痛;④舌尖红,苔白或黄;⑤脉浮滑或滑数。

(2)肝胆湿热证:主症:发于躯干或四肢,皮损鲜红,灼热刺痛。次症:①口苦咽干;②烦躁易怒;③便干溲黄;④舌质红、苔黄;⑤脉弦、滑或数。

(3)脾虚湿蕴证:主症:发于躯干或四肢,皮损淡红,疱壁松弛,疼痛或轻或重。次症:①疲乏无力;②食少腹胀;③便溏不爽;④舌质淡胖、苔白;⑤脉沉弱。

2. 结痂脱痂期及 PHN 期:

(1)气滞血瘀证:主症:疱疹消退后仍疼痛不止。次症:①疼痛为持续性刺痛、灼痛、跳痛或阵发性抽掣痛,疼痛固定不移,入夜尤甚;②胸胁脘腹胀闷;③情志抑郁或烦躁易怒;④舌质暗红或有瘀点、瘀斑,苔薄白或黄;⑤脉弦或涩。

(2)气虚血瘀证:主症:疱疹消退后仍疼痛不止。次症:①疼痛为绵绵不休的隐痛、钝痛或酸痛,喜温喜按,劳累后疼痛加重;②疲乏无力;③食少腹胀;④舌胖淡紫,苔白;⑤脉细涩或细弱。

以上证候确定:具备主症和至少两项次症即可诊断。

四、带状疱疹的中西医结合治疗

中西医结合治疗旨在促进皮损愈合、缓解疼痛、降低 PHN 发生风险,提高患者生活质量。为便于制订中西医结合分阶段诊疗方案,本共识根据皮损及病程将带状疱疹划分为 3 期:疱疹期、结痂脱痂期、PHN 期,其中将疱疹期与结痂脱痂期定义为急性期。中西医结合治疗可贯穿带状疱疹全程,即在西医治疗的基础上,中医药自疱疹期就开始同步介入,并延续至结痂脱痂期及 PHN 期。疱疹期以尽早抑制病毒复制、控制皮损进展、缓解急性疼痛为重点,规范应用系统抗病毒药物(本共识所称“系统抗病毒药物”,均指经口服或静脉途径应用的

西药抗病毒药物,不包括外用抗病毒药物及中药)及镇痛药物(本共识所称“镇痛药物”,均指西药镇痛药物),同时根据中医证候选用中药及中医非药物疗法;结痂脱痂期以促进皮损修复和镇痛为重点,根据皮损和疼痛程度调整中西医治疗措施;PHN 期以控制神经病理性疼痛、改善睡眠及情绪、恢复日常功能、提高生活质量为重点,采用镇痛药物、微创介入治疗与中医药疗法等综合干预。治疗过程中,应根据患者病程阶段、皮损表现、疼痛程度、中医证候、基础疾病及治疗反应,动态调整治疗方案,形成早期同步介入、全病程贯穿、分阶段治疗、个体化调整的中西医结合诊疗模式。因此,本共识综合中西医各自优势,制订中西医结合治疗方案(图 1)。

(一)疱疹期

疱疹期的治疗原则:尽早治疗;西医以抗病毒为核心,中医依据不同证型选择药物或非药物疗法。旨在发挥中西医协同优势,提高治疗效果,减少并发症。

推荐意见 1:推荐积极抗病毒治疗,基于药物特点、适应证、可及性、患者个体情况规范治疗,阿昔洛韦、伐昔洛韦、泛昔洛韦、溴夫定为一线用药。
(证据等级:1a;推荐级别:A 级;共识率:96%)

推荐说明:抗病毒治疗是带状疱疹治疗的核心,目前获批的系统抗病毒药物包括阿昔洛韦、伐昔洛韦、泛昔洛韦、溴夫定和膦甲酸钠(表 2),前 4 种药物为本共识推荐的一线药物。阿昔洛韦口服生物利用度较低,静脉给药有一定的诱发急性肾损伤风险。为防止药物在肾小管内沉淀,建议给药期间补充水分并监测肾功能。伐昔洛韦是阿昔洛韦的前体药物,口服生物利用度是阿昔洛韦的 3~5 倍。既往国内外共识、指南推荐伐昔洛韦口服剂量为 1 000 mg/次,3 次/d;而多数国产伐昔洛韦说明书建议剂量为 300 mg/次,2 次/d;低剂量伐昔洛韦可能无法有效抑制 VZV 的 DNA 复制和增殖,导致疗效降低^[5,17]。泛昔洛韦为喷昔洛韦的前体药物^[17],有研究显示其在早期缓解疼痛的疗效优于阿昔洛韦或伐昔洛韦^[18-19],但也有研究显示二者疗效无明显差异^[20]。溴夫定对 VZV 具有高选择性,其选择性是阿昔洛韦的 33 倍,喷昔洛韦的 25 倍,抗病毒作用较阿昔洛韦、伐昔洛韦及泛昔洛韦更强^[1,21];平均治疗 13.5 h 可终止新发水疱^[22],用药 3 d 疼痛缓解明显^[23]。2024 年一项 Meta 分析纳入超 4 000 例患者,涵盖 7 项对比溴夫定与伐昔洛韦、阿昔洛韦等其他

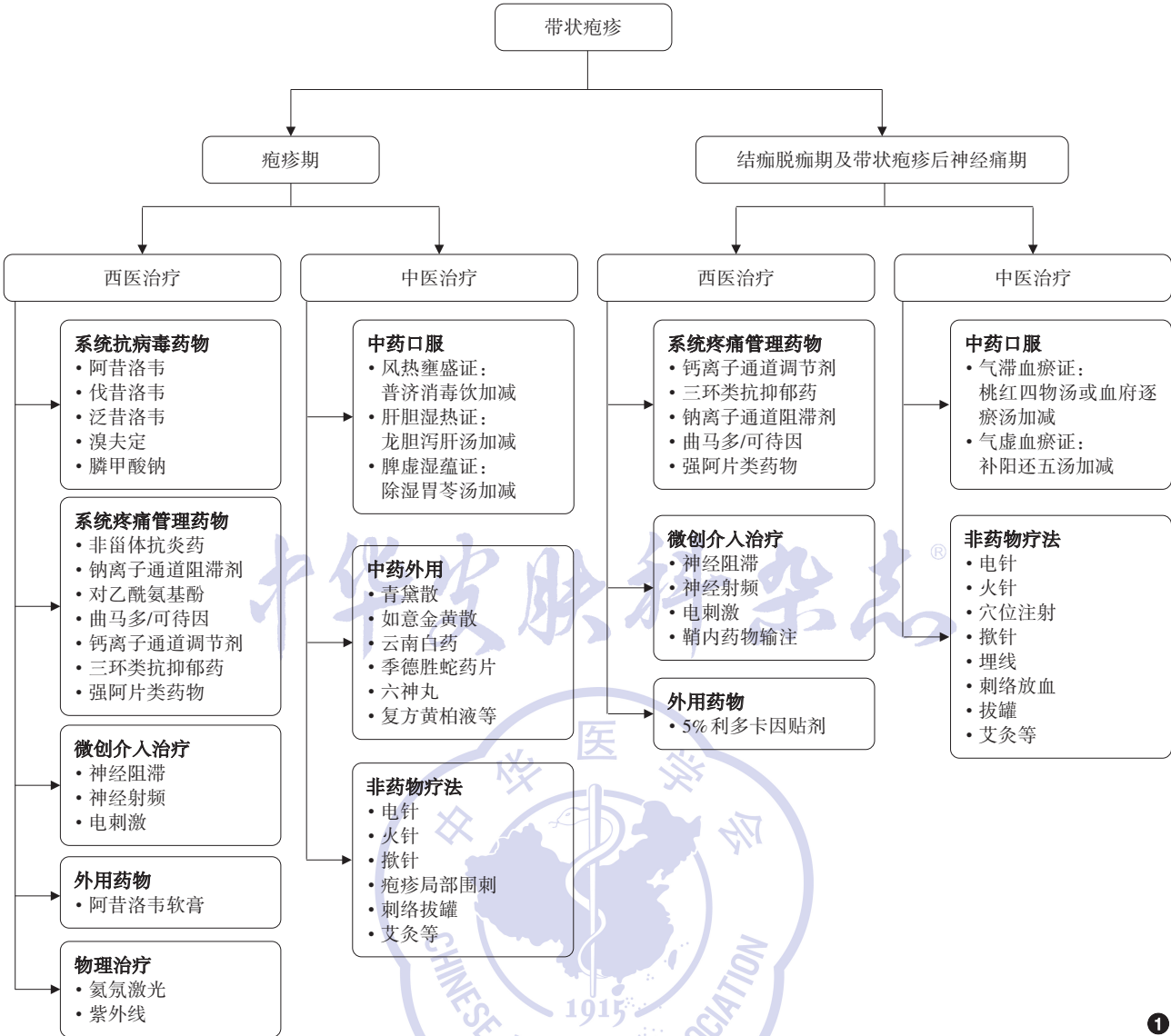


图1 带状疱疹不同病程阶段的中西医结合治疗方案

表2 带状疱疹系统抗病毒治疗主要方案^[1]

抗病毒药物	用法、用量及疗程	注意事项
阿昔洛韦	5 ~ 10 mg/kg 静脉滴注, 每8小时1次, 疗程7 ~ 10 d 800 mg/次口服, 每日5次, 疗程7 ~ 10 d	肾功能不全及高龄患者需慎用, 必要时减量或延长给药时间, 孕妇用药需权衡利弊
伐昔洛韦	1 000 mg/次口服, 每日3次, 疗程7 ~ 10 d	肾功能不全者、妊娠 < 20 周的孕妇和哺乳期妇女慎用
泛昔洛韦	250 ~ 500 mg/次口服, 每日3次, 疗程7 ~ 10 d	对本品及喷昔洛韦过敏者和哺乳期患者禁用, 孕妇、肾功能不全者应慎用
溴夫定	125 mg/d 口服, 每日1次, 疗程7 ~ 10 d	禁与氟尿嘧啶类药物同服。溴夫定停药后至少间隔4周方可使用氟尿嘧啶类药物
膦甲酸钠	40 mg/kg 静脉滴注, 每8小时1次	肝肾功能不全者应适当调整剂量

注: 伐昔洛韦与泛昔洛韦说明书推荐的用法用量与本共识推荐剂量存在差异, 开具处方前需向患者充分告知差异及潜在风险, 由患者签署知情同意书后再用药

疗法的 RCT 研究结果显示: 在总体疗效、缩短水疱病程、缩短疼痛缓解时间以及降低 PHN 发生率方面, 溴夫定均显著优于其他治疗组; 不良反应发生率方面, 溴夫定与其他治疗组无显著差异^[24]。此

外, 溴夫定对肾功能不全患者无须调整剂量。膦甲酸钠可通过非竞争性方式阻断病毒 DNA 聚合酶的磷酸盐结合部位, 防止病毒 DNA 链延伸; 目前膦甲酸钠仅被推荐用于对阿昔洛韦耐药的免疫功能损

害患者,有肝肾功能不全者应调整剂量^[1]。

推荐意见 2:抗病毒治疗应在皮疹出现后 72 h 内尽早启动,并足疗程用药。对于发疹后超过 72 h 未进行抗病毒治疗的患者,若处于疱疹期、伴并发症或免疫功能不全,仍应考虑抗病毒治疗。**(证据等级:1b;推荐级别:A 级;共识率:100%)**

推荐说明:早期抗病毒治疗至关重要,建议发疹后 72 h 内尽早启用抗病毒治疗,以迅速达到并维持有效血药浓度。选择合适的抗病毒药物可以尽快降低病毒载量,加快皮损恢复,缓解急性期疼痛,减少 PHN 的发生。对伴有中重度疼痛或严重皮疹、出现新的水疱、泛发性皮疹以及合并带状疱疹眼炎、耳炎等特殊类型带状疱疹和免疫功能不全的患者,若发疹后超过 72 h 未曾抗病毒,也应考虑启用抗病毒治疗^[1,8]。通常抗病毒的疗程为 7 ~ 10 d^[1],如无药物不耐受或禁忌证,建议使用同一种抗病毒药物完成疗程。延长疗程并不一定能获得更好疗效^[25],但对不断有新皮损出现,或有中枢神经系统或内脏受累者,可考虑更换更强效的抗病毒药物或将疗程延长至 14 ~ 21 d^[5]。

推荐意见 3:尽早启动规范的镇痛治疗。针对疱疹期轻中度疼痛,可使用非甾体抗炎药和钠通道阻滞剂。对于中重度疼痛,可增加钙通道调节剂、三环类抗抑郁药物等。若镇痛效果不佳,可酌情增加阿片类药物;医疗条件允许下可同时使用神经阻滞、神经调控等微创介入治疗(表 3)。**(证据等级:1b;推荐级别:A 级;共识率:100%)**

推荐说明:带状疱疹疱疹期的重度疼痛是发生 PHN 的危险因素,因此应在疼痛出现伊始规范化控制疼痛。带状疱疹相关性疼痛(zoster-associated pain)的不同病程阶段可能由不同机制主导,也可存在多种机制并存:疱疹期疼痛以伤害感受性疼痛为主,部分患者可伴随神经病理性疼痛,其发生与

病毒感染引发神经组织炎症水肿、神经纤维损伤有关;而 PHN 属于典型的神经病理性疼痛,疼痛类型的差异会影响疼痛表现与治疗决策^[1,7-8]。①非甾体抗炎药:适用于控制伤害感受性疼痛,对神经病理性疼痛的镇痛效果不佳。若无消化道溃疡、肝肾功能异常等禁忌,应尽早应用,以减轻炎症引起的伤害性疼痛,皮损消退后及时停药。②抗惊厥药物:包括钠通道阻滞剂和钙通道调节剂。前者的代表药物是 5% 利多卡因贴剂,适用于疱疹期,可与非甾体抗炎药联合使用。后者的代表药物有加巴喷丁、普瑞巴林、美洛加巴林、克利加巴林,适用于带状疱疹由疱疹期向 PHN 期迁延的过程。③三环类抗抑郁药:适用于神经病理性疼痛,此类药物均能对患者产生镇痛作用,且不需要考虑患者是否伴有焦虑抑郁状态。

在规范使用抑制神经炎症和降低神经异常兴奋性药物的基础上,针对不同性质及强度的疼痛选择不同的镇痛药物^[1],①轻中度疼痛:可选用对乙酰氨基酚、可待因或曲马多;②中重度疼痛:可酌情增加强阿片类药物;③严重疼痛及药物治疗无效时,可根据医疗条件选择神经阻滞、神经调控(包括神经射频、神经电刺激、鞘内药物输注等)等微创介入治疗。研究表明,皮疹出现的 30 d 内接受镇痛治疗,早期镇痛(≤ 14 d)相较于延迟镇痛(> 14 d),PHN 发生率显著降低^[26]。

可结合患者病情、疼痛程度和基础疾病进行综合评估,选择合适的微创介入治疗,以降低疼痛程度,预防 PHN 的发生。对于重度疼痛患者、高龄或超高龄患者、三叉神经分布区/会阴部/臂丛区疱疹患者、长期应用免疫抑制剂者、合并恶性肿瘤/结核病/慢性呼吸系统疾病/糖尿病以及存在功能障碍者、常规药物疗效不佳者,可充分评估其进展为 PHN 的风险,尽早使用微创介入治疗。

表 3 带状疱疹患者的疼痛管理

疼痛程度 ^a	疱疹期	结痂脱痂期及 PHN 期
轻度 (1 ~ 3 分)	常规用药:解热镇痛药(对乙酰氨基酚)、非甾体抗炎药(布洛芬、双氯芬酸钠等)+5%利多卡因贴剂;强化/调整:无禁忌证时优先单用解热镇痛药或非甾体抗炎药	常规用药:钙通道调节剂(加巴喷丁、普瑞巴林、克利加巴林)+5%利多卡因贴剂(局部触诱发痛明显时使用);强化/调整:症状较轻者单用;伴睡眠障碍/情绪异常时,联合阿米替林(三环类抗抑郁药,睡前小剂量服用)
中度 (4 ~ 6 分)	常规用药:解热镇痛药/非甾体抗炎药+5%利多卡因贴剂;强化/调整:加用钙通道调节剂(加巴喷丁、普瑞巴林、克利加巴林),或替换为弱阿片类药物(曲马多、可待因)	常规用药:钙通道调节剂(加巴喷丁、普瑞巴林、克利加巴林,足量);强化/调整:无须加用非甾体抗炎药(对神经病理性疼痛无效)
重度 (7 ~ 10 分)	常规用药:上述中度疼痛用药+强阿片类药物(羟考酮、吗啡);强化/调整:或直接联合微创介入治疗(神经阻滞、神经射频)	常规用药:上述中度疼痛用药+强阿片类药物(羟考酮、吗啡);强化/调整:药物无效时升级为微创介入治疗(神经阻滞、神经射频、电刺激、鞘内药物输注)

注:^a视觉模拟评分

推荐意见 4:①依据不同证型选择方剂饮片或中成药(表4)。风热壅盛证以普济消毒饮或银翘散合五味消毒饮加减,或选用银翘解毒丸等中成药;肝胆湿热证以龙胆泻肝汤加减,或选用龙胆泻肝片/颗粒/丸/胶囊/口服液、加味逍遥丸、新癪片等中成药;脾虚湿蕴证以除湿胃苓汤加减,或选用参苓白术散/颗粒/丸/胶囊等中成药(**证据等级:1b;推荐级别:A级;共识率:92%**)。②特殊人群如老年人、合并肿瘤患者、重症带状疱疹患者,若有气血亏虚,可在上述证型的主方中加用十全大补汤、八珍汤(**证据等级:2b;推荐级别:B级;共识率:100%**)。

推荐说明:肝胆湿热证患者皮疹鲜红,见簇集水疱,疱壁紧张,患处焮红灼热刺痛,治宜清热利湿、解毒止痛,可口服龙胆泻肝汤加减^[1]。一项基于26项RCT研究的Meta分析显示,龙胆泻肝汤作为联合治疗,可加速皮肤愈合、缓解疼痛症状,预防急性带状疱疹患者的持续性疼痛^[27]。中成药可选用龙胆泻肝片/颗粒/丸/胶囊/口服液、加味逍遥丸、新癪片等。脾虚湿蕴证患者皮疹淡红,疱壁松弛,糜烂渗出,疼痛或轻或重,治宜健脾化湿止痛,口服除湿胃苓汤加减。中成药可选用参苓白术散/颗粒/丸/胶囊^[1]。对于老年人、肿瘤患者及重症带状疱疹患者,若存在气血亏虚,可扶正补虚,在基础证型的主方上加用十全大补汤、八珍汤。一项纳入116例带状疱疹气血两虚证的临床研究显示,八珍汤加减治疗总有效率(91.4%)高于阿昔洛韦注射剂治疗组(77.6%)^[28]。特殊类型带状疱疹,如眼部受累者,加谷精草、野菊花;三叉神经耳支受累者,加柴胡、白芍;三叉神经下颌支受累者,加黄芩、黄连;Ramsay-Hunt综合征面瘫者,合用牵正散。发于上肢者加姜黄、桂枝;发于下肢者加牛膝、木瓜;发于胸胁部位者,加川楝子;发于腰部者加桑寄生、杜仲;并发腹壁假疝者,加党参、黄芪;并发尿潴留者,加茯苓、猪苓,或合用五苓散;并发便秘者,加枳实、厚朴、生大黄;疼痛剧烈者加蜈蚣、全蝎,或合用活络效灵丹、失笑散。

推荐意见 5:依据皮损进行护理及中医药物外治,推荐使用青黛散、如意金黄散、云南白药、季德胜蛇药片、六神丸、复方黄柏液等中成药外用。(**证据等级:2b;推荐级别:B级;共识率:96%**)

推荐说明:外用药物使用以抗病毒、干燥、防治继发感染为原则^[1]。疱疹未破,可外用阿昔洛韦软膏、炉甘石洗剂;疱疹破溃,可外用3%硼酸溶液或1:5 000呋喃西林溶液湿敷,也可外用2%莫匹罗星软膏等。

依据不同的皮损选择中医药物外治(表5):①水疱、大疱皮损可抽吸疱液,脓疱可进行清创;②红斑、水疱、渗出皮损,使用黄柏、马齿苋等清热解毒祛湿中药煎水后湿敷患处;③水疱、糜烂、渗出皮损,使用青黛、大黄等清热解毒敛湿中药洗剂外涂或中药油剂调敷;④干燥结痂皮损,使用解毒祛湿中药油剂或软膏外敷^[4]。疱疹期外敷中药青黛散^[29]、如意金黄散,可促进干燥结痂、缓解疼痛^[1]。云南白药活血化瘀、清热解毒,外敷能止痛消肿、促进结痂愈合;季德胜蛇药片清热解毒,消肿止痛,可减轻局部疼痛;六神丸消肿止痛、解毒辟秽,可加速结痂消退;复方黄柏液抗炎抗感染,可促进皮损愈合。云南白药^[30]、季德胜蛇药片^[31]、六神丸^[32-33]、复方黄柏液^[34]等疗效在临床试验中已得到证实。

推荐意见 6:推荐使用针灸(**证据等级:1b;推荐级别:A级;共识率:92%**),以及氩氦激光、紫外线联合针灸等中医非药物外治法(**证据等级:2b;推荐级别:B级;共识率:92%**)。

推荐说明:针刺、艾灸、拔罐等中医非药物外治

表5 疱疹期带状疱疹主要外用中成药治疗方案

中成药	治疗作用
青黛散	清热解毒、干燥结痂、缓解疼痛
如意金黄散	清热解毒、干燥结痂、缓解疼痛
云南白药	活血化瘀、消肿镇痛、促愈结痂
季德胜蛇药片	清热解毒、消肿止痛
六神丸	解毒辟秽、促愈结痂
复方黄柏液	清热解毒、收敛干燥

表4 疱疹期带状疱疹各类证型方剂饮片或中成药的选择方案

证型	中药方剂	中成药
风热壅盛证 (头面)	• 普济消毒饮加减 • 银翘散合五味消毒饮加减	• 银翘解毒丸
肝胆湿热证 (躯干或四肢)	• 龙胆泻肝汤加减	• 龙胆泻肝片/颗粒/丸/胶囊/口服液 • 加味逍遥丸 • 新癪片
脾虚湿蕴证 (躯干或四肢)	• 除湿胃苓汤加减	• 参苓白术散/颗粒/丸/胶囊

法治疗带状疱疹临床应用广泛,疗效确切。一项基于 RCT 的 Meta 分析表明,针灸相关疗法治疗带状疱疹安全有效,针刺、火针及艾灸可缩短新发水疱持续时间与脱痂时间,并降低 PHN 发生率^[35]。治疗方法和选穴原则如下:

电针:依据中医经络理论,选取与病变部位相关穴位进行针刺,接电针仪。一项系统评价结果显示,电针夹脊穴疗法与西药组对比,在有效率、视觉模拟评分、临床症状评分方面均有优势^[36]。还有研究证实,使用“青黄散中药外敷、电针围刺、刺络拔罐”(药-针-罐)的序贯疗法治疗带状疱疹总有效率 96.67%,该方案可缩短疼痛减轻时间、止痛时间、止疱时间、结痂时间,降低疼痛视觉模拟评分,还可降低 PHN 发生率^[37]。

火针、揲针:火针疗法是用烧红的针尖迅速刺入体表相应治疗部位再迅速拔出。该疗法被证实对急性期带状疱疹有镇痛作用;以火针为主联合西药或联用毫针等中医综合疗法,可有效缓解疼痛或预防 PHN^[38]。有研究表明毫火针可缓解带状疱疹肝经郁热证患者临床症状,改善睡眠质量,综合疗效优于单纯西药口服,且在早期启动干预疗效更显著^[39]。揲针治疗多选取阿是穴(即疼痛最明显部位或敏感点)及局部压痛点,具有长时间穴位按摩的功效^[40]。

疱疹局部围刺:围绕皮损周围多点针刺,针刺点在皮损与正常组织的交界处,具有泻火解毒、调和气血的作用。有研究显示,带状疱疹脾虚湿蕴证使用围刺法联合除湿胃苓汤加减治疗,总有效率 90.0%^[41]。

刺络拔罐:用三棱针、粗毫针点刺或皮肤针叩刺出血后,在出血部位拔罐,有减轻局部组织炎症的作用。刺络拔罐多与针刺结合,有研究显示刺络拔罐加围刺法治疗急性期带状疱疹可缓解疼痛,改善炎症因子水平,降低 PHN 发生率^[42]。紫外线照射可活化 T 淋巴细胞和 B 淋巴细胞,增强机体防御功能。有研究显示采用刺络拔罐联合中、长波紫外线治疗,痊愈率 95%,90% 以上患者治疗 3 d 内可起效^[43]。氦氖激光具有抗炎及镇痛作用,刺络拔罐与氦氖激光联用可降低患者疼痛评分,缩短结痂时间及病程^[44]。

艾灸:艾灸治疗皮损具有以热引热、外透毒邪、消肿止痛的功效。在常规治疗基础上加用艾灸有脱痂止痛作用^[45]。

上述方法在疱疹期可根据皮损特点及疼痛程

度选择单独或联合使用:如疼痛剧烈者选用电针、火针、刺络拔罐;局部红斑水疱明显者选用氦氖激光、紫外线照射;体虚患者可联合艾灸。

推荐意见 7:推荐中医综合治疗(中药口服外用、中医非药物外治法一种或多种)与西医(西药、西医外治法)联合的方案,可更有效促进带状疱疹皮损愈合、缓解疼痛,并降低 PHN 发生率。**(证据等级:1b;推荐级别:A 级;共识率:88%)**

推荐说明:2026 年发表的一项系统性综述提出,采用中西医结合方案治疗带状疱疹,可加快皮损愈合,缓解急性期疼痛,降低 PHN 发生率,改善患者的睡眠、情绪及生活质量^[46]。RCT 研究显示,在西医常规治疗基础上联合中药口服、外敷,可缓解疼痛、缩短病程、降低 PHN 发生率,且无明显不良反应^[46-48];联合针刺疗法可提高疼痛缓解率^[46,49];联合中医综合疗法(刺络拔罐、针刺、艾灸、中药口服)治疗急性期带状疱疹,能缩短止疱时间、结痂时间、疼痛缓解时间,降低 PHN 发生率^[50]。

(二)结痂脱痂期及 PHN 期

PHN 是带状疱疹最常见的并发症。VZV 再激活并复制所致的神经炎症和损伤是急性期疼痛的病理基础,严重者可能发生异常神经可塑性改变,使疼痛持续并发展为 PHN^[51]。PHN 的定义尚未达成共识,依据《带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识》^[7]与《中国带状疱疹相关性疼痛全程管理指南(2025 版)》^[8],PHN 被定义为皮损愈合后持续 1 个月及以上的疼痛。国内一项大型横断面研究分析 36 170 例患者病历的结果显示,我国有 29.8% 的带状疱疹患者会发展为 PHN,发病率为 2.3%^[52]。PHN 治疗目的是控制疼痛,缓解伴随的睡眠和情感障碍,提高生活质量^[7]。

推荐意见 8:PHN 西医药物治疗应个体化、多模式,当一种药物控制疼痛不佳时,应联合用药或联合微创介入治疗或物理康复。**(证据等级:1b;推荐级别:A 级;共识率:96%)**

推荐说明:钙通道调节剂、三环类抗抑郁药阿米替林、5% 利多卡因贴剂为 PHN 的一线治疗药物(表 6),但选择时需综合考虑药物的疗效、相互作用、不良反应、滥用、是否正在使用睡眠或情感障碍类药物、治疗成本等多种因素^[7]。加巴喷丁和普瑞巴林临床使用常需滴定,克利加巴林可直接使用推荐剂量无须滴定,使用更为便利^[8,53],克利加巴林是第 3 代钙通道调节剂,靶点亲和力及药代动力学更有优势^[10,54-55]。5% 利多卡因贴剂是钠通道阻滞剂,

表6 离子通道镇痛药及精神类药物^[7-8,11]

药物	药物特点	用法/用量	注意事项
钙通道调节剂			
加巴喷丁	• 第1代钙通道调节剂,呈非线性药代动力学特征	• 起始剂量为300 mg/d,常用有效剂量为900~3 600 mg/d	• 肾功能不全者减量使用 • 急性胰腺炎患者禁用 • 有精神病或慢性阻塞性肺疾病者慎用
普瑞巴林	• 第2代钙通道调节剂,呈线性药代动力学特征	• 150~600 mg/d,滴定期5~7 d	• 肾功能不全者应减量使用
克利加巴林	• 第3代钙通道调节剂,呈线性药代动力学特征,靶点亲和力强	• 无须滴定,推荐剂量为每次20 mg或每次40 mg,每日2次。根据疗效及耐受性调整剂量	• 中度或重度肾功能不全患者每日使用剂量分别调整为肾功能正常患者临床治疗剂量的1/2或1/4
三环类抗抑郁药			
阿米替林	• 通过阻断突触前膜去甲肾上腺素和5-羟色胺的再摄取,阻断电压门控钠离子通道和 α -肾上腺素受体,调节疼痛传导下行通路,发挥镇痛作用	• 首剂应睡前服用,每次12.5~25 mg,根据患者反应可逐渐增加剂量,每日最大剂量150 mg	• 青光眼、尿潴留、有自杀倾向者慎用 • 老年患者发生不良反应的风险高,使用过程中要加强监测
钠通道阻滞剂			
5%利多卡因贴剂	• 阻断电压门控钠离子通道,减少损伤后初级传入神经的异位冲动,从而减轻带状疱疹后神经痛	• 研究显示,利多卡因贴剂或普瑞巴林单药治疗无效者,采用利多卡因贴剂和普瑞巴林联合治疗可有效缓解疼痛	• 最常见不良反应包括局部皮肤反应,如短暂瘙痒、红斑和皮炎

可减少外周神经异常放电从而缓解疼痛,适用于带状疱疹急性期疼痛及触诱发痛。若单一药物治疗无法达到满意疗效,应考虑联合用药,应注意选择作用机制不同、疗效相加或协同而不良反应不相加的^[7]。在规范使用抗惊厥药物镇痛效果不佳时,可尝试加巴喷丁、普瑞巴林和克利加巴林等相互转换,并依据病情变化,酌情联用三环类抗抑郁药或5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂。对非阿片类镇痛剂不能控制的慢性疼痛患者,可加用阿片类药物^[8]。药物联合微创介入治疗可缓解疼痛,减少镇痛药物用量,降低不良反应发生率^[7]。微创介入治疗主要包括神经阻滞和神经调控治疗两类。神经阻滞治疗药物以局部麻醉药为主,神经调控治疗包括神经射频、电刺激和鞘内镇痛药物输注系统^[8]。PHN的物理治疗仍缺乏高质量研究证据^[1],现有小样本临床研究^[56]提示,氩氦激光联合常规药物治疗或可减轻PHN患者疼痛、改善睡眠质量;体外冲击波联合常规治疗也能帮助减轻疼痛,但由于现有研究数量有限,其确切疗效仍有待更多高质量研究验证。这类物理治疗的作用机制可能与减轻炎症反应、促进神经修复、调节痛觉传导有关^[7]。

推荐意见9:依据不同证型使用饮片或中成药。气滞血瘀证以桃红四物汤和血府逐瘀汤加减,或使用血府逐瘀片/颗粒/丸/胶囊/口服液等中成药。气虚血瘀证以补阳还五汤加减。(证据等级:

2b;推荐级别:B级;共识率:100%)

推荐说明:中医药治疗具有缩短PHN恢复时间、不良反应少、总有效率高等优势^[57]。一项纳入13项RCT的Meta分析结果显示,血府逐瘀汤单用,或联合中医外治、联合西药的治疗方案,疗效均优于单用西药治疗^[58]。PHN期以气滞血瘀证多见,研究显示西药加桃红四物汤可缓解患者疼痛,调节Th1/Th2细胞因子表达,调控疼痛介质^[59]。气虚血瘀证PHN患者使用西药加补阳还五汤口服,联合针灸治疗可有效缓解疼痛、改善睡眠质量^[60]。

推荐意见10:依据病情使用不同的中医非药物外治疗法,推荐针刺单用或联合艾灸。(证据等级:1b;推荐级别:A级;共识率:92%)

推荐说明:中医非药物外治疗法用于PHN可选择电针、火针、穴位注射、穴位埋置(揶针、埋线)、刺络放血、拔罐、艾灸等^[3]。针刺治疗PHN常选用阿是穴+夹脊穴的选穴方案。穴位注射是针刺与药物的协同疗法,可延长刺激时效,常选取疼痛局部的穴位或阿是穴。穴位注射药物有中药注射剂、神经营养药物、糖皮质激素等。一项系统评价和Meta分析显示,针刺疗法可有效减轻PHN的疼痛程度、缓解焦虑、提高生活质量^[61]。有研究表明平刺针法的止痛效果优于斜刺法^[62]。一项纳入80例PHN患者的RCT研究显示,联合针灸治疗PHN的总有效率达100%,且相较于单一西药治疗,在缓解疼痛、改善睡眠障碍及焦虑症状方面疗效更优^[63]。

(三)特殊人群带状疱疹

1. 儿童带状疱疹:

推荐意见 11: 鉴于儿童带状疱疹系统抗病毒药物安全性数据尚不充分, 建议根据病情严重程度、危险因素, 综合评估药物潜在获益与风险后, 酌情进行系统抗病毒治疗。推荐依据不同证型使用饮片、中成药口服及中药外用治疗。肝胆湿热证以龙胆泻肝汤加减, 脾虚湿蕴证以除湿胃苓汤加减, 气滞血瘀证以桃红四物汤加减。(证据等级: 2b; 推荐级别: B 级; 共识率: 96%)

推荐说明: 儿童带状疱疹发病率低于成人^[64]。因缺乏系统抗病毒药物治疗儿童带状疱疹的安全性数据, 建议权衡其潜在风险与获益, 谨慎使用^[6]。儿童系统抗病毒治疗方法可参考儿童水痘诊疗方案^[16], 首选阿昔洛韦; 对于 2 岁及以上的患儿, 每次 10~20 mg/kg (不超过 800 mg), 每日 4 次, 连续治疗 5 d。针对儿童带状疱疹的临床干预, 建议中药口服或外用, 需根据辨证分型选择方剂加减, 肝胆湿热证以龙胆泻肝汤, 脾虚湿蕴证以除湿胃苓汤, 气滞血瘀证以柴胡疏肝散合桃红四物汤。疱疹期可用玉露膏外敷, 水疱破溃后改用青黛膏外敷, 有助于皮疹消退、缓解疼痛, 降低并发症及 PHN 发生率, 提高生活质量^[65]。若患儿出现并发症、免疫受损、面颈部皮损、中枢或内脏症状、伴发中重度疼痛等危险因素, 推荐使用阿昔洛韦系统抗病毒治疗^[8]。

2. 妊娠期、哺乳期带状疱疹:

推荐意见 12: 慎用抗病毒药物, 推荐中医外治法, 如中药外敷、针灸、拔罐。(证据等级: 2b; 推荐级别: B 级; 共识率: 92%)

推荐说明: 阿昔洛韦无明确增加胎儿风险的证据^[66]。针对无并发症的妊娠期带状疱疹患者, 可给予口服阿昔洛韦^[67]。但国内专家共识指出, 妊娠 20 周前应慎用静脉滴注阿昔洛韦^[1]。妊娠及哺乳期患者应综合考虑疾病的严重程度、发病部位、并发症风险及孕周等因素, 当具有系统抗病毒治疗指征时, 可在充分评估, 权衡获益与风险后优先考虑阿昔洛韦。

一项纳入 30 例妊娠期带状疱疹的临床对照研究显示, 在疱疹局部火针点刺, 联合复方黄柏液湿敷, 总有效率 93.33%, 且可避免系统用药对孕妇及胎儿产生的不良反应^[68]。另有研究表明, 对妊娠期患者采用毫火针排针浅刺法刺破疱疹, 再联合拔罐, 可缓解疼痛且无明显不良反应^[69]。

3. 老年带状疱疹:

推荐意见 13: 早期应用高效抗病毒药物, 推荐使用溴夫定。(证据等级: 3b; 推荐级别: B 级; 共识率: 96%)

推荐说明: 带状疱疹发病率随年龄增长而上升, 老年带状疱疹发生严重皮损的可能性更高, 疼痛时间更长且特殊类型多。老年患者在发疹 72 h 内尽早使用强效抗病毒治疗有助于改善预后; 超过 72 h 未经抗病毒治疗的老年患者, 若仍处于疱疹期, 应系统应用抗病毒药物^[1,5]。老年患者适当延长抗病毒药物疗程可减少 PHN 发生率^[70]。此外, 老年患者积极抗病毒治疗还可降低心脑血管事件发生风险^[71]。

在选择抗病毒药物时, 应考虑老年患者常合并基础疾病, 肝肾功能不全, 可能有其他伴随用药等特点。使用阿昔洛韦、伐昔洛韦和泛昔洛韦应根据肾功能调整药物剂量; 肾功能不全患者, 溴夫定无须调整剂量, 尤其适用于老年患者^[1,5]。应注意溴夫定禁与氟尿嘧啶类药物同服。

推荐意见 14: 根据老年患者病情、体质特点, PHN 应注重中医扶正治疗。(证据等级: 3b; 推荐级别: B 级; 共识率: 96%)

推荐说明: 老年患者免疫功能低, 抵抗力弱, 疼痛可更剧烈且病程长。PHN 以正气亏虚为本, 气滞血瘀为标, 临床治疗应扶助正气、祛瘀通络止痛; 同时建议内外合治, 药食并重, 并关注患者情绪调理^[72]。

(四)特殊部位带状疱疹

1. 眼、耳带状疱疹:

推荐意见 15: 眼带状疱疹有较高的 PHN 及致盲风险, 耳带状疱疹有耳鸣、眩晕等风险, 需联合眼科、耳鼻喉科专科会诊, 并适当延长抗病毒疗程。(证据等级: 2b; 推荐级别: B 级; 共识率: 96%)

推荐说明: 一项单中心临床研究回顾 2008 年 1 月至 2017 年 12 月的头面部带状疱疹患者共 330 例, 其中 191 例累及三叉神经, 眼带状疱疹约占三叉神经带状疱疹患者的 55% (105 例)^[73]。眼带状疱疹常表现为眼睑肿胀, 结膜充血, 疼痛剧烈, 常伴同侧头部疼痛, 可累及角膜致溃疡性角膜炎, PHN 发生风险较高, 患者有视力下降甚至丧失的风险^[1-2]。早期足量使用抗病毒药物至关重要, 以降低 PHN 和不良预后的发生率。耳带状疱疹主要侵犯面神经、听神经及膝状神经节, 可出现 Ramsay-Hunt 综合征、耳鸣、听力下降或丧失、眩晕、舌前 2/3 味觉丧

失和口干等症^[8]。鉴于眼、耳带状疱疹的复杂性,建议尽早启动眼科、耳鼻喉科专科评估。

带状疱疹眼病研究数据显示,延长抗病毒疗程可降低眼带状疱疹新发眼病或原有眼病恶化的风险^[74]。尚无高质量研究证实延长抗病毒疗程对耳带状疱疹患者有益,但有研究者认为,面神经轴突在发病后可出现长达21 d的延长或延迟变形,因此若发生 Ramsay-Hunt 综合征,建议将抗病毒治疗疗程持续至21 d^[75]。

多项研究证实,中西医结合治疗可使眼、耳带状疱疹患者获得多重益处。治疗眼带状疱疹,系统抗病毒药物联合中药口服、针灸治疗,可加快结痂、缩短疼痛时间^[76-77]。抗病毒药物联合中药外敷可缩短病程,减少后遗症^[78]。治疗耳带状疱疹,抗病毒药物联合中药口服、针灸、中药外敷可缓解累及面神经及听神经的相关症状,有效缩短疗程,提高疗效,且无明显不良反应^[79-80]。

2. 会阴带状疱疹:

推荐意见 16:会阴皮肤黏膜皮损治疗可使用中药口服及外敷。早期脉冲射频有助于自主神经功能修复,针灸治疗可改善排尿、排便困难症状。(证据等级:2b;推荐级别:B级;共识率:96%)

推荐说明:会阴部带状疱疹发于前后阴及大腿内侧,治疗护理不当可导致皮肤糜烂溃疡,好发于中老年体质虚弱者,多由湿热瘀毒内蕴引起。红斑疱疹期可口服龙胆泻肝汤清利下焦湿热;疱疹溃破者,可用具有清热解毒生肌功效的中药外敷^[81];结痂后可口服活血通络中药止痛。

会阴部带状疱疹病毒侵犯腰骶神经,可导致阴部神经与盆丛受损,引起尿道括约肌、肛门括约肌功能失调,出现排尿、排便功能障碍。对于排尿困难症状明显或常规治疗效果不佳的患者,建议泌尿科会诊,进行泌尿系统超声及尿动力学检查评估病情,可予溴吡斯的明片或盐酸坦索罗辛缓释胶囊改善尿潴留,必要时留置导尿管;若排便困难持续不缓解或伴随腹胀、便血等症状,建议消化科会诊,给予药物通便或灌肠。此外,也可予患者针灸或盆底肌肉电刺激或肌肉功能训练,研究表明,针刺围刺法可缓解排尿困难,恢复正常排便,并减轻疼痛^[82]。早期进行骶神经脉冲射频治疗对骶神经的修复有意义,脉冲射频治疗还可改善患者平均视觉模拟量表、中枢致敏性量表以及睡眠质量评分^[83]。

3. 播散性带状疱疹:

推荐意见 17:对播散性带状疱疹,应早期足量

足疗程抗病毒治疗,加强全身支持治疗。(证据等级:1a;推荐级别:A级;共识率:96%)

推荐说明:播散性带状疱疹多发于恶性肿瘤、免疫缺陷疾病者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皮疹,可伴高热等全身症状,还可出现慢性进展性脑炎等并发症^[1]。推荐静脉滴注阿昔洛韦8~10 mg/kg 每8小时1次,疗程7~10 d,根据病情可延长至10~14 d。若发生耐药(判定标准:阿昔洛韦静脉输注30 mg·kg⁻¹·d⁻¹或口服4 g/d,疗程均>10 d,患者皮疹仍未愈合),推荐静脉滴注膦甲酸钠,剂量为120 mg·kg⁻¹·d⁻¹(40 mg/kg 每8小时1次或60 mg/kg 每12小时1次),须注意输注过快可能导致肾功能不全等^[1,84-85]。有文献报道播散型带状疱疹可采用溴夫定治疗^[86],病例报告显示,溴夫定成功治疗1例复发性播散性皮肤带状疱疹,患者新发水疱迅速停止生长,水疱逐渐干涸,疼痛明显减轻^[87]。此外,应加强全身营养支持治疗,对播散疱疹皮损进行护理,必要时联合多学科会诊。

(五)中枢神经系统受累

推荐意见 18:对中枢神经系统受累的带状疱疹患者,早发现、早治疗、足疗程抗病毒治疗是关键。(证据等级:1a;推荐级别:A级;共识率:96%)

推荐说明:VZV所致脑神经受累,可出现脑炎、脑膜炎、脊髓炎、小脑炎、脑血管病等中枢神经病变,主要表现为发热、头痛、恶心呕吐、Ramsay-Hunt 综合征、肢体感觉及肌力下降、急性认知改变、谵妄等症状。对于高危疑似患者,应尽早完善脑脊液VZV-DNA的PCR检查以及磁共振检查或血管造影以明确诊断。美国感染病学会指南推荐阿昔洛韦治疗VZV所致的脑膜炎/脑炎:轻中度病例静脉滴注10 mg/kg,每8 h 1次,连续治疗10~14 d,严重病例应持续治疗14~21 d^[88],根据病情可用甲泼尼龙短程冲击疗法和静脉注射丙种球蛋白。早期静脉使用抗病毒药物治疗预后好,但从出现神经系统症状到开始抗病毒药物治疗间隔时间>1.5 d者,预后较差^[89]。

五、带状疱疹的预防和调护

推荐意见 19:接种疫苗是预防带状疱疹的有效措施,应根据年龄、免疫状态、接种便捷性及成本等因素选择疫苗。优先推荐≥50岁人群接种重组带状疱疹疫苗(recombinant zoster vaccine, RZV);带

状疱疹减毒活疫苗(zoster vaccine live, ZVL)可作为 ≥ 40 岁成人预防的选择。(证据等级:1b;推荐级别:A级;共识率:100%)

推荐说明:接种疫苗预防的主要机制是可提升人体 VZV 特异性 T 细胞介导的免疫应答水平,这已在健康人群及疾病状态下得到证实^[8]。已上市的带状疱疹疫苗主要有 ZVL 和 RZV。2006 年美国食品药品监督管理局批准 ZVL Zostavax[®] 上市,截至 2025 年该疫苗尚未在中国大陆获批,仅在香港、澳门和台湾地区使用^[8]。2017 年美国食品药品监督管理局批准 RZV Shingrix[®] 上市,该疫苗于 2019 年在中国获批用于 ≥ 50 岁人群预防带状疱疹,于 2025 年获批用于因疾病或治疗(如自体造血干细胞移植等)导致免疫缺陷或免疫抑制、带状疱疹风险升高的 ≥ 18 岁人群预防带状疱疹。国产 ZVL 于 2023 年获批上市,适用于 ≥ 40 岁人群预防带状疱疹。

RZV 的 III 期临床研究表明, RZV 对 ≥ 50 岁和 ≥ 70 岁人群预防带状疱疹的保护效力分别为 97.2% 和 91.3%^[90-91], 接种后平均随访 11 年, RZV 对 ≥ 50 岁人群的保护效力为 87.7%^[92]。中国一项 IV 期临床研究显示, RZV 对中国 ≥ 50 岁人群的保护效力为 100% (95% CI: 89.82% ~ 100%)^[93]。国产 ZVL 的 III 期保护效力试验数据显示, 对 ≥ 40 岁人群的保护效力为 57.6%^[94], 尚无接种的持久性数据。

对疫苗成分过敏或既往接种同类疫苗时发生严重过敏者禁止接种带状疱疹疫苗。处于发热、急性疾病、慢性疾病急性发作期者, 建议暂缓接种, 待康复或病情稳定后再予接种。带状疱疹患者可在皮损消退, 临床症状缓解后接种带状疱疹疫苗。带状疱疹患者发病后接种带状疱疹疫苗的适宜时间尚无统一意见, 综合国外相关指南并结合我国专家意见, 对于免疫功能正常者, 建议于本次发病后 6 ~ 12 个月进行接种^[95-96]。ZVL 为减毒活疫苗, 不推荐用于免疫功能缺陷或免疫抑制疾病患者^[9]。在安全性方面, RZV 和 ZVL 的常见不良反应均以接种部位疼痛、红肿, 以及全身疲劳、寒战、低热等为主, 多呈一过性, 程度以轻至中度为主, 无须特殊处理。建议接种前充分告知相关信息, 知情同意后自愿接种。

六、总结与展望

本共识基于国内外相关指南, 对国内外发表的重要文献进行深入分析与探讨, 系统总结了带状疱疹的中西医结合诊断、治疗和预防。鉴于对本病的研究持续深入和认识水平不断提升, 后续本共识编写组将基于高质量循证医学证据的发布、流行病学数据的更新等, 结合临床实际需求, 对本共识进行适时修订与完善。

共识制订指导委员会: 李斌(上海市皮肤病医院中医皮肤科)、高兴华(中国医科大学附属第一医院皮肤科)、顾恒(中国医学科学院皮肤病医院皮肤科)、刘巧(江西中医药大学第二附属医院皮肤科)、崔勇(中日友好医院皮肤科)、吕成志(大连市皮肤病医院皮肤科)

参与共识制订的专家(按姓氏拼音排序): 刁庆春(重庆市中医院中医皮肤科)、丁振干(温州医科大学附属苍南医院皮肤科)、王红梅(天津市中医药研究院附属医院皮肤科)、王宏伟(复旦大学附属华东医院皮肤科)、王富珍(中国疾病预防控制中心免疫规划中心病毒疫苗室)、王强(沈阳市儿童医院皮肤科)、王瑞平(上海市皮肤病医院临床研究与创新转化中心)、史玉玲(上海市皮肤病医院皮肤科)、白彦萍(中日友好医院皮肤病与性病科)、吕成志(大连市皮肤病医院皮肤科)、刘巧(江西中医药大学第二附属医院皮肤科)、刘业强(上海市皮肤病医院病理科)、刘红霞(新疆医科大学附属中医医院皮肤科)、高兴华(中国医科大学附属第一医院皮肤科)、李红毅(广东省中医院皮肤科)、李邻峰(首都医科大学附属北京友谊医院皮肤科)、李若瑜(北京大学第一医院皮肤性病科)、李欣(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院皮肤科)、李斌(上海市皮肤病医院中医皮肤科)、余建明(杭州市第三人民医院皮肤科)、汪海珍(湖南中医药大学第二附属医院皮肤科)、宋坪(中国医学科学院皮肤科)、张理涛(天津市中医药研究院皮肤科)、陈柳青(武汉市第一医院皮肤科)、周冬梅(首都医科大学附属北京中医医院皮肤科)、周汎(重庆市中医院皮肤美容科)、罗光浦(南方医科大学皮肤病医院皮肤科)、胡凤鸣(江西省皮肤病专科医院中西医结合皮肤科)、郝飞(重庆医科大学附属第三医院皮肤科)、姜文成(上海市皮肤病医院中医皮肤科)、顾恒(中国医学科学院皮肤病医院皮肤科)、常建民(北京医院皮肤科)、崔勇(中日友好医院皮肤科)、谭飞(上海市皮肤病医院科教处)、樊碧发(中日友好医院疼痛科)

执笔者: 姜文成、李欣、王瑞平

编写秘书: 沈芳、王雪敏(上海市皮肤病医院中医皮肤科)

免责声明 本共识的内容仅代表参与制订的专家对带状疱疹的诊断及治疗的指导意见。专家们进行了广泛的意见征询和讨论, 但仍有不全面之处。本共识所提供的建议并非强制性意见, 与本共识不一致的做法并不意味着错误或不当。随着临床实践的不断积累及更多证据的产生, 本共识未来将定期修订、更新

利益冲突 本文所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 中国医师协会皮肤科医师分会带状疱疹专家共识工作组, 国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心. 中国带状疱疹诊疗专家共识(2022 版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2022,55(12):1033-1040. DOI: 10.35541/cjd.20220608.
- [2] Zhang Z, Liu X, Suo L, et al. The incidence of herpes zoster in China: a meta-analysis and evidence quality assessment [J]. Hum Vaccin Immunother, 2023,19(2):2228169. DOI: 10.1080/21645515.2023.2228169.
- [3] 艾津旭, 夏伟祺, 朱文辉, 等. 中国人群带状疱疹患病率及影响因素[J]. 中华流行病学杂志, 2025,46(7):1204-1208. DOI: 10.3760/cma.j.cn112338-20250203-00067.
- [4] 中华中医药学会皮肤科分会. 蛇串疮中医诊疗指南(2014 年修订版)[J]. 中医杂志, 2015,56(13):1163-1168. DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.13.022.
- [5] 中华医学会皮肤性病学分会, 中国康复医学会皮肤病康复专业委员会, 中国中西医结合学会皮肤性病学分会, 等. 老年带状疱疹诊疗专家共识[J]. 中华皮肤科杂志, 2023,56(2):97-104. DOI: 10.35541/cjd.20220726.
- [6] Gross GE, Eisert L, Doerr HW, 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. DOI: 10.1111/ddg.14013.
- [7] 带状疱疹后神经痛诊疗共识编写专家组. 带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016,22(3):161-167. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9852.2016.03.001.
- [8] 中华医学会疼痛学分会, 中华医学会皮肤性病学分会, 中国医师协会疼痛科医师分会, 等. 中国带状疱疹相关性疼痛全程管理指南(2025 版)[J]. 中国疼痛医学杂志, 2025,31(8):561-571. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9852.2025.08.001.
- [9] 中国医疗保健国际交流促进会皮肤科分会, 中华医学会皮肤性病学分会老年性皮肤病研究中心. 带状疱疹疫苗预防接种专家共识[J]. 中华医学杂志, 2022,102(8):538-543. DOI: 10.3760/cma.j.cn112137-20210828-01958.
- [10] 中国神经病理性疼痛诊疗指南制订专家组, 中国老年保健协会疼痛学分会, 程志祥, 等. 中国神经病理性疼痛诊疗指南(2024 版)[J]. 中华疼痛学杂志, 2024,20(4):484-508. DOI: 10.3760/cma.j.cn101658-20240813-00110.
- [11] 国家疼痛专业质控中心神经病理性疼痛专家组, 段宝霖, 樊碧发, 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, 2024,30(1):5-14. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9852.2024.01.003.
- [12] WHO. WHO handbook for guideline development [M]. 2nd ed. Geneva: WHO, 2014:93-132.
- [13] 卢传坚, 杨克虎. 中西医结合诊疗指南制定手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016.
- [14] 王瑞平, 李斌. 临床指南和专家共识制定中循证医学证据等级和推荐强度确定方法[J]. 上海医药, 2025,46(8):26-31. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1533.2025.08.006.
- [15] 国家卫生健康委员会, 国家中医药管理局. 水痘诊疗方案(2023 年版)[J]. 国际流行病学传染病学杂志, 2024,51(1):4-6. DOI: 10.3760/cma.j.cn331340-20240117-00013.
- [16] 原铭, 赵惠. 中医治疗带状疱疹后遗神经痛的研究进展[J]. 中医学, 2024,13(6):1370-1375. DOI: 10.12677/tcm.2024.136206.
- [17] 王兴旺, 杨慧兰. 带状疱疹抗病毒药物的合理选择[J]. 中华皮肤科杂志, 2023,56(3):262-265. DOI: 10.35541/cjd.20220659.
- [18] Degreaf H, Famciclovir Herpes Zoster Clinical Study Group. Famciclovir, a new oral antiherpes drug: results of the first controlled clinical study demonstrating its efficacy and safety in the treatment of uncomplicated herpes zoster in immunocompetent patients[J]. Int J Antimicrob Agents, 1994,4(4):241-246. DOI: 10.1016/0924-8579(94)90024-8.
- [19] Ono F, Yasumoto S, Furumura M, et al. Comparison between famciclovir and valacyclovir for acute pain in adult Japanese immunocompetent patients with herpes zoster [J]. J Dermatol, 2012,39(11):902-908. DOI: 10.1111/j.1346-8138.2012.01584.x.
- [20] Pott Junior H, de Oliveira M, Gambero S, et al. Randomized clinical trial of famciclovir or acyclovir for the treatment of herpes zoster in adults[J]. Int J Infect Dis, 2018,72:11-15. DOI: 10.1016/j.ijid.2018.04.4324.
- [21] Machida H, Nishitani M, Watanabe Y, et al. Comparison of the selectivity of anti-varicella-zoster virus nucleoside analogues[J]. Microbiol Immunol, 1995,39(3):201-206. DOI: 10.1111/j.1348-0421.1995.tb02189.x.
- [22] Wassilew SW, Wutzler P, Brivddin Herpes Zoster Study Group. Oral brivudin in comparison with acyclovir for improved therapy of herpes zoster in immunocompetent patients: results of a randomized, double-blind, multicentered study [J]. Antiviral Res, 2003,59(1):49-56. DOI: 10.1016/s0166-3542(03)00065-2.
- [23] Yaldiz M, Solak B, Kara RO, et al. Comparison of famciclovir, valaciclovir, and brivudine treatments in adult immunocompetent patients with herpes zoster [J]. Am J Ther, 2018,25(6):e626-e634. DOI: 10.1097/MJT.0000000000000436.
- [24] Chen J, Lei D, Cao P, et al. Efficacy and safety of brivudine for the treatment of herpes zoster: a systematic review and meta-analysis [J]. J Dermatolog Treat, 2024,35(1):2355256. DOI: 10.1080/09546634.2024.2355256.
- [25] Peng F, He H, Xia T, et al. Comparison of a one- versus two-week treatment with famciclovir upon reductions in pain and occurrence of postherpetic neuralgia in herpes zoster: a randomized open-label trial [J]. Infect Drug Resist, 2023,16:721-726. DOI: 10.2147/IDR.S385442.
- [26] Xing X, Sun K, Yan M. Delayed initiation of supplemental pain management is associated with postherpetic neuralgia: a retrospective study [J]. Pain Physician, 2020,23(1):65-72.
- [27] Zhang L, Duan A, Li Y, et al. Longdan Xiegan formula as adjuvant therapy for acute herpes zoster: a meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Dermatol Ther, 2022,35(11):e15822. DOI: 10.1111/dth.15822.
- [28] 周国权. 中医扶正补虚法治疗气血两虚型带状疱疹疗效观察 [J]. 广西中医药大学学报, 2015,18(4):33-34.
- [29] 张春玉, 罗希, 王蕾, 等. 青黛散外敷在带状疱疹急性期治疗中的临床疗效 [J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2020,36(12):750-751,759. DOI: 10.12144/zgmfskin202012750.
- [30] 陈斌宏. 云南白药外敷治疗带状疱疹 60 例疗效观察 [J]. 中华全科医学, 2012,10(5):742. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.2012.05.036.
- [31] 沈芳, 杨德刚, 吴娟, 等. 盐酸伐昔洛韦片联合季德胜蛇药片治疗急性期带状疱疹随机对照临床研究 [J]. 上海医药, 2023,44(11):3-6,16. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1533.2023.11.002.
- [32] 王玉琴. 中药内服配合六神丸及绿药膏外敷治疗带状疱疹 34 例 [J]. 中医药导报, 2012,18(11):49-50. DOI: 10.3969/j.issn.1672-951X.2012.11.021.
- [33] 朱福华. 六神丸与阿昔洛韦治疗老年急性带状疱疹的疗效及安全性比较 [J]. 中国医药指南, 2014,12(30):270-271. DOI: 10.15912/j.cnki.gocm.2014.30.202.
- [34] 郑桂芳, 陈明, 陈华强. 复方黄柏液湿敷治疗带状疱疹临床疗效 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2022,32(22):50-53. DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.22.015.
- [35] Zhang J, Mou Q, Wang Z, et al. Comparison of efficacy of acupuncture-related therapy in the treatment of herpes zoster: a network meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Medicine (Baltimore), 2023,102(39):e34920. DOI: 10.1097/MD.00000000000034920.
- [36] 银子涵, 张琼月, 徐桂兴, 等. 电针夹脊穴疗法与单纯西药治疗带状疱疹疗效及安全性比较的系统评价 [J]. 护理研究, 2020,34(16):2809-2819. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.

- 2020.16.001.
- [37] 张春玉, 沈芳, 赖永贤, 等. “药-针-罐”序贯疗法治疗带状疱疹及预防后遗神经痛的临床研究[J]. 中国中医急症, 2018,27(1):74-76. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2018.01.023.
- [38] 武晓冬, 李彬, 刘保延, 等. 火针治疗带状疱疹临床方案专家共识[J]. 中国针灸, 2025,45(12):1825-1832. DOI: 10.13703/j.0255-2930.20250816-k0001.
- [39] 张艳琳, 吴松, 何晓茹, 等. 毫火针赞刺法治疗肝经郁热型急性期带状疱疹的随机对照试验[J]. 中华中医药杂志, 2025,40(7):3975-3979.
- [40] 赖永贤, 陈佳, 沈芳, 等. 无菌揲针治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2019,46(6):1278-1280. DOI: 10.13192/j.issn.1000-1719.2019.06.050.
- [41] 邱岳东. 围刺法联合除湿胃苓汤加减治疗带状疱疹脾虚湿蕴证临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2024,59(3):267. DOI: 10.3969/j.issn.0411-8421.2024.03.039.
- [42] 冯勇伟, 王朝阳, 李国梁, 等. 刺络拔罐加围刺法对急性期带状疱疹患者疼痛及相关炎症因子水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020,29(21):2333-2336. DOI: 10.3969/j.issn.1008-8849.2020.21.013.
- [43] 黄青林, 张沁春, 陈旭龙, 等. 刺络拔罐法配合紫外线照射治疗急性带状疱疹 60 例[J]. 针灸临床杂志, 2008,24(5):10-11. DOI: 10.3969/j.issn.1005-0779.2008.05.005.
- [44] 图雅, 张洪凤, 张津津. 刺络拔罐联合氦氛激光治疗 51 例带状疱疹临床观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期刊, 2015,14(6):386-387. DOI: 10.3969/j.issn.1672-0709.2015.06.019.
- [45] 梅雪峰, 罗昭兰. 艾灸治疗带状疱疹疗效观察[J]. 中医临床研究, 2016,8(6):105-106.
- [46] Li L, Xu J, Al-Danakh A, et al. Integrated western and traditional Chinese medicine approaches for herpes zoster and post-herpetic neuralgia: a narrative review[J]. Drug Des Devel Ther, 2026,20:570847. DOI: 10.2147/DDDT.S570847.
- [47] 应华亨. 常规西药配合中药外敷治疗带状疱疹 80 例的临床疗效[J]. 中国医师进修杂志, 2009,32(24):46-47. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4904.2009.24.019.
- [48] 赵平丽, 刘建东, 张平. 中西医结合治疗急性期带状疱疹临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2015,31(7):640-641,642. DOI: 10.3969/j.issn.1004-2814.2015.07.034.
- [49] Pu J, Li D, Luo X, et al. Wrist-ankle acupuncture alleviates pain in the acute phase of herpes zoster: a randomized controlled trial[J]. PLoS One, 2025,20(5):e0318386. DOI: 10.1371/journal.pone.0318386.
- [50] 刘汉山, 丁鹏, 李强, 等. 中医综合疗法治疗急性期带状疱疹的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2021,30(9):1651-1653. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2021.09.039.
- [51] 刘星, 樊碧发, 李怡帆, 等. 带状疱疹后神经痛发生的影响因素及临床预测模型构建[J]. 中国疼痛医学杂志, 2022,28(2):106-112. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9852.2022.02.005.
- [52] Yang F, Yu S, Fan B, et al. The epidemiology of herpes zoster and postherpetic neuralgia in China: results from a cross-sectional study[J]. Pain Ther, 2019,8(2):249-259. DOI: 10.1007/s40122-019-0127-z.
- [53] Zhang D, Lei T, Qin L, et al. Efficacy and safety of crisugabalin (HSK16149) in adults with postherpetic neuralgia: a phase 3 randomized clinical trial[J]. JAMA Dermatol, 2024,160(11):1182-1191. DOI: 10.1001/jamadermatol.2024.3410.
- [54] Gou X, Yu X, Bai D, et al. Pharmacology and mechanism of action of HSK16149, a selective ligand of $\alpha 2\delta$ subunit of voltage-gated calcium channel with analgesic activity in animal models of chronic pain[J]. J Pharmacol Exp Ther, 2021,376(3):330-337. DOI: 10.1124/jpet.120.000315.
- [55] Chen Q, Wu Q, Song R, et al. A phase I study to evaluate the safety, tolerability, and pharmacokinetics of a novel, potent GABA analog HSK16149 in healthy Chinese subjects[J]. Front Pharmacol, 2023,14:1296672. DOI: 10.3389/fphar.2023.1296672.
- [56] Chen L, Qing A, Zhu T, et al. Effect and safety of extracorporeal shockwave therapy for postherpetic neuralgia: a randomized single-blind clinical study[J]. Front Neurol, 2022,13:948024. DOI: 10.3389/fneur.2022.948024.
- [57] 潘祥会, 盛平卫. 中医药治疗带状疱疹后遗神经痛的方法及其疗效的进展研究[J]. 临床医学进展, 2023,13(6):10175-10181. DOI: 10.12677/ACM.2023.1361424.
- [58] 赵娥, 王俊, 李倩, 等. 血府逐瘀汤治疗带状疱疹后遗神经痛疗效的 Meta 分析[J]. 新疆医科大学学报, 2023,46(3):390-397. DOI: 10.3969/j.issn.1009-5551.2023.03.019.
- [59] 王平, 王丽, 孟威威. 桃红四物汤加减辅助带状疱疹后遗神经痛气虚血瘀型临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2025,41(8):1634-1637. DOI: 10.3969/j.issn.1004-2814.2025.08.046.
- [60] 吴幼清, 孙清己. 补阳还五汤加减治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志, 2021,14(30):35-37. DOI: 10.15887/j.cnki.13-1389/r.2021.30.011.
- [61] Pei W, Zeng J, Lu L, et al. Is acupuncture an effective postherpetic neuralgia treatment? A systematic review and meta-analysis[J]. J Pain Res, 2019,12:2155-2165. DOI: 10.2147/JPR.S199950.
- [62] 郑洪, 沈芳, 唐苏为, 等. 平刺针法治疗带状疱疹后神经痛的临床观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020,26(11):1690-1692. DOI: 10.3969/j.issn.1006-3250.2020.11.033.
- [63] Zhang Y, Liu QN, Haung GF. Observation on therapeutic effect of combined therapy mainly based on acupuncture for postherpetic neuralgia[J]. World J Acupunct Moxibustion, 2013,23(4):1-5. DOI: 10.1016/S1003-5257(14)60001-5.
- [64] Simpson C, Dilley A, Viscidi E. 910. Herpes zoster in children: a literature review[J]. Open Forum Infect Dis, 2023,10(Suppl 2):ofad500.955. DOI: 10.1093/ofid/ofad500.955.
- [65] 李巧芬. 100 例儿童带状疱疹中西医结合治疗的临床分析[J]. 中国医药指南, 2013,11(3):268-269. DOI: 10.15912/j.cnki.gocm.2013.03.068.
- [66] Charlier C, Anselem O, Caseris M, et al. Prevention and management of VZV infection during pregnancy and the perinatal period[J]. Infect Dis Now, 2024,54(4):104857. DOI: 10.1016/j.idnow.2024.104857.
- [67] Hayward K, Cline A, Stephens A, et al. Management of herpes zoster (shingles) during pregnancy[J]. J Obstet Gynaecol, 2018,38(7):887-894. DOI: 10.1080/01443615.2018.1446419.
- [68] 刘云, 龚丽萍, 黄港, 等. 火针联合复方黄柏液治疗妊娠期带状疱疹的临床研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019,19(50):144,148. DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2019.50.070.
- [69] 王博伟, 郭玉峰. 毫火针排针浅刺联合拔罐治疗妊娠期急性带状疱疹的经验探析[J]. 中国民间疗法, 2022,30(13):23-26. DOI: 10.19621/j.cnki.11-3555/r.2022.1309.
- [70] Kong J, Wang H, Liu Y, et al. 14-day famciclovir treatment significantly reduces the incidence of postherpetic neuralgia in elderly patients with herpes zoster[J]. J Clin Pharm Ther, 2022,47(11):1805-1810. DOI: 10.1111/jcpt.13769.
- [71] Kim J, Jeon J, Lee HS, et al. Association between the risk for cardiovascular events and antiviral treatment for herpes zoster[J]. Clin Infect Dis, 2021,73(5):758-764. DOI: 10.1093/cid/ciaa1384.
- [72] 杨贤平, 张子圣, 刘城鑫, 等. 国医大师禚国维治疗带状疱疹后神经痛经验[J]. 中华中医药杂志, 2020,35(7):3427-3429.
- [73] Tsau PW, Liao MF, Hsu JL, et al. Clinical presentations and outcome studies of cranial nerve involvement in herpes zoster infection: a retrospective single-center analysis[J]. J Clin Med, 2020,9(4):946. DOI: 10.3390/jcm9040946.
- [74] Cohen EJ, Troxel AB, Liu M, et al. Low-dose valacyclovir in herpes zoster ophthalmicus: the zoster eye disease randomized clinical trial[J]. JAMA Ophthalmol, 2025,143(4):269-276. DOI: 10.1001/jamaophthalmol.2024.6114.
- [75] 戴倩, 陆钰珏, 薛青, 等. Ramsay-Hunt 综合征的诊断和治疗

- [J]. 中华全科医师杂志, 2024,23(2):201-204. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20230729-00028.
- [76] 谢卫, 成蓓, 谢晶辉, 等. 中西医结合治疗眼带状疱疹30例[J]. 皮肤病与性病, 2002,24(1):19-20. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1310.2002.01.014.
- [77] 李媛媛, 王书红, 王杰, 等. 中西医结合治疗眼部带状疱疹30例临床观察[J]. 河北中医, 2015,37(4):536-537,538. DOI: 10.3969/j.issn.1002-2619.2015.04.021.
- [78] 苏礼潮, 苏礼和, 张伟. 中西医结合治疗眼部带状疱疹疗效观察[J]. 中国中医眼科杂志, 2000,10(2):114. DOI: 10.3969/j.issn.1002-4379.2000.02.029.
- [79] 张莹, 赵媛. 中西医结合治疗耳带状疱疹26例临床分析[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2016,24(2):128-130. DOI: 10.16542/j.cnki.issn.1007-4856.2016.02.017.
- [80] 杨秀山. 中西医结合治疗耳带状疱疹30例疗效分析[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2007,15(3):211,208. DOI: 10.3969/j.issn.1007-4856.2007.03.017.
- [81] 刘启兵, 梅贤文. 龙胆泻肝汤治疗会阴部带状疱疹26例[J]. 浙江中医杂志, 2013,48(12):866.
- [82] 王丽丽, 马祖彬. 针刺治疗会阴肛周带状疱疹并发二便障碍案[J]. 中医外治杂志, 2016,25(3):35. DOI: 10.3969/j.issn.1006-978X.2016.03.021.
- [83] Dong QP, Li SJ. Ultrasound combined with DSA-guided pulsed radiofrequency for perineal herpes zoster pain management: clinical outcomes and complications[J]. Front Med (Lausanne), 2024,11:1442199. DOI: 10.3389/fmed.2024.1442199.
- [84] Koshy E, Mengting L, Kumar H, et al. Epidemiology, treatment and prevention of herpes zoster: a comprehensive review [J]. Indian J Dermatol Venereol Leprol, 2018,84(3):251-262. DOI: 10.4103/ijdv.IJVDL_1021_16.
- [85] Breton G, Fillet AM, Katlama C, et al. Acyclovir-resistant herpes zoster in human immunodeficiency virus - infected patients: results of foscarnet therapy[J]. Clin Infect Dis, 1998,27(6):1525-1527. DOI: 10.1086/515045.
- [86] Wang X, Shi H, Tang S, et al. Comparative case series of herpes zoster in older immunocompromised Chinese adults: clinical, immunological, and treatment profiles in four cases over 60 [J]. Infect Drug Resist, 2025,18:4513 - 4525. DOI: 10.2147/IDR.S531066.
- [87] Feng M, Zhang J, Zhang G. Case report: relapsed disseminated cutaneous herpes zoster successfully treated with brivudine [J]. Eur J Inflamm, 2023,21:1 - 5. DOI: 10.1177/1721727X231209827.
- [88] Tunkel AR, Glaser CA, Bloch KC, et al. The management of encephalitis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America [J]. Clin Infect Dis, 2008,47(3):303-327. DOI: 10.1086/589747.
- [89] 顾婧, 沈咏慧, 魏颖楠, 等. 水痘-带状疱疹病毒脑膜炎/脑膜脑炎患者临床特征及预后因素分析[J]. 浙江临床医学, 2024,26(6):852-854.
- [90] Lal H, Cunningham AL, Godeaux O, et al. Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults [J]. N Engl J Med, 2015,372(22):2087-2096. DOI: 10.1056/NEJMoa1501184.
- [91] Cunningham AL, Lal H, Kovac M, et al. Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older [J]. N Engl J Med, 2016,375(11):1019-1032. DOI: 10.1056/NEJMoa1603800.
- [92] Strezova A, Díez Domingo J, Cunningham AL, et al. Final analysis of the ZOE-LTFU trial to 11 years post-vaccination: efficacy of the adjuvanted recombinant zoster vaccine against herpes zoster and related complications [J]. EClinicalMedicine, 2025,83:103241. DOI: 10.1016/j.eclinm.2025.103241.
- [93] Alexandra Echeverria Proano D, Zhu F, Sun X, et al. Efficacy, reactogenicity, and safety of the adjuvanted recombinant zoster vaccine for the prevention of herpes zoster in Chinese adults $\geq$ 50 years: a randomized, placebo-controlled trial [J]. Hum Vaccin Immunother, 2024,20(1):2351584. DOI: 10.1080/21645515.2024.2351584.
- [94] Wang S, Jin P, Quan Y, et al. Efficacy and safety of a China-developed live attenuated herpes zoster vaccine in Chinese healthy adults aged 40 years and older: a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 clinical trial [J]. Clin Microbiol Infect, 2026,32(1):128-136. DOI: 10.1016/j.cmi.2025.09.009.
- [95] Dooling KL, Guo A, Patel M, et al. Recommendations of the advisory committee on immunization practices for use of herpes zoster vaccines [J]. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2018,67(3):103-108. DOI: 10.15585/mmwr.mm6703a5.
- [96] Public Health Agency of Canada. Herpes zoster (shingles) vaccine: Canadian Immunization Guide [EB/OL]. (2025-05-14) [2026-01-19]. [https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-8-herpes-zoster-\(shingles\)-vaccine.html?wbdisable=true](https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-8-herpes-zoster-(shingles)-vaccine.html?wbdisable=true).

(收稿日期:2026-01-20)

(本文编辑:朱思维)