

皮肤针治疗带状疱疹后遗神经痛研究进展*

罗银香,李瑞雨,徐丛丛,张雪竹

天津中医药大学第一附属医院,国家中医针灸临床医学研究中心,天津 300380

摘要:带状疱疹后遗神经痛 (postherpetic neuralgia, PHN) 病位在皮部,主要累及肝、脾二脏,久则及肾。其发生涉及内、外两个因素,内因有年老体弱、素体亏虚、正气不足、情志内伤、饮食不节等,外因则与外感火毒湿热时邪有关。其病机有虚实两种,实为肝经湿热火毒蕴积与血气搏结,造成局部气血凝滞,经脉瘀阻不通,脏腑气机不畅则痛;虚为正气虚弱,无力抗邪,外感火毒之邪后,余邪未尽日久化火,耗伤阴血,阴血亏虚不能濡养肌肤经脉,不荣则痛。故该病治疗需要兼顾内外虚实,以扶正祛邪、理气活血、通络止痛为主。皮肤针治疗 PHN 可因势利导、诱邪外出,既能活血祛瘀、通络止痛,又可振奋经气、调节脏腑,常用治疗方法有:皮肤针放血、皮肤针联合普通针刺、皮肤针联合灸法、皮肤针联合中药、皮肤针联合西药等。皮肤针治疗 PHN,临床叩刺部位选择主要为局部叩刺,其次是阿是穴、夹脊穴的穴位叩刺。目前,皮肤针治疗 PHN 的临床研究仍存在以下问题:观察的样本量较小,缺乏多中心、大样本研究;疗效评价以观察性指标为主,缺乏实验室指标观察,实验结果主观性较强,缺乏客观真实性;临床应用型研究多,基础理论型研究少;PHN 易复发,病程迁延时间长,部分临床研究仅关注近期疗效,缺少后期随访;治疗主要以缓解疼痛为主,缺乏对患者的心理疏导。建议加强皮肤针治疗 PHN 的基础研究,注重客观疗效标准,同时注意后期随访及心理疏导,设计更为严谨的科研方案。

关键词:带状疱疹后遗神经痛;皮肤针;局部叩刺;阿是穴;夹脊穴

DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2024.01.0029

中图分类号:R275.952.1⁺2 **文献标志码:**A **文章编号:**1003-5028(2024)01-0156-07

Research Progress of Postherpetic Neuralgia with Skin Acupuncture

LUO Yinxiang, LI Ruiyu, XU Congcong, ZHANG Xuezhu

First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, National Clinical Research Center for Chinese Medicine Acupuncture and Moxibustion, Tianjin, China, 300380

Abstract: Postherpetic neuralgia (PHN) is a disease that is located in the skin and mainly affects the liver and spleen, and prolonged illness can damage the kidney. There are two types of pathogenesis of the disease: excess and deficiency. In terms of excess, it means that the liver meridian dampness-heat leads to fire toxin accumulation struggling with blood and *qi*, resulting in local *qi* and blood stagnation, meridians' stasis obstruction, *zang-fu* organs' unsmooth *qi* movement resulting in pain. In terms of deficiency, it means that weak healthy *qi* leads to fail to resist pathogens. If a patient is attacked by external pathogens, and the residual pathogen has not been removed for a long time, it can transform into fire consuming yin blood failing to nourish skin and muscles of the meridians, which causes pain. Therefore, the treatment of PHN needs to take into account both internal and external deficiency and excess mainly to reinforce healthy *qi* and dispel pathogens, regulate *qi* and activate blood, dredge collaterals and relieve pain. Treating PHN with skin acupuncture can guide and induce pathogens to go out according to the situation, which can not only promote blood circulation, remove blood stasis, dredge collaterals, relieve pain, but also stimulate meridian *qi* and regulate *zang-fu* organs. Commonly-used methods include skin acupuncture for bloodletting, skin acupuncture combined with ordinary acupuncture, skin acupuncture combined with moxibustion, skin acupuncture combined with Chinese medicinals, skin acupuncture combined with Western medicine, etc. In the treatment of PHN with skin acupuncture, the choice of clinical tapping site is mainly local, tapping acupuncture, followed by *Ashi* point and Jiaji (EX-B2). At pres-

* 基金项目:2020 年河北省省级科技计划项目(20377712D 号)

ent, there are still the following problems in the clinical research of skin acupuncture for PHN: The sample size of observation is small, the lack of multi-center, large sample study. The evaluation of curative effect is mainly based on observational indexes, lacks of laboratory index observation, and the experimental results are subjective and lack of objective authenticity. There are more clinical application studies, but fewer basic theory ones. PHN is prone to relapse, and the course of the disease is long. Some clinical studies only focus on the short-term effect and lack of follow-up. The treatment mainly focuses on relieving pain and lacks psychological guidance to patients. Therefore, it is recommended to strengthen the basic research of skin acupuncture for PHN, pay attention to objective efficacy criteria, later follow-up and psychological counseling, and design more rigorous scientific research programs.

Keywords: postherpetic neuralgia (PHN); skin acupuncture; local tapping acupuncture; Ashi point; Jiaji (EX-B2)

带状疱疹后遗神经痛 (postherpetic neuralgia, PHN) 是水痘 - 带状疱疹病毒侵入末梢神经引起的神经炎症痛, 多发于胸胁、头面及颈部, 一般痛感剧烈, 病程迁延, 容易复发, 尤其好发于免疫力低下、神经功能衰退的老年患者^[1-2]。流行病学调查表明, PHN 的患病率随年龄的增长而逐渐升高, 60 ~ 69 岁人群发生 PHN 的概率约为 2.5%, 70 岁及以上人群 PHN 发病率更高^[3-4]。目前, 部分常规药物治疗效果欠佳、不良反应多, 如加巴喷丁、普瑞巴林易导致头晕、睡^[5]等, 严重影响患者生活质量。皮肤针作为特殊针刺方法之一, 治疗 PHN 疗效颇佳, 且不良反应少, 本文归纳总结近年来皮肤针叩刺治疗 PHN 的相关文献, 并分析其现存问题以期为临床治疗提供参考依据。

1 PHN 的中医认识

PHN 中医学称为“蛇丹痛”^[6], 属蛇串疮气滞血瘀证, 主要表现为皮疹减轻后局部放射痛, 且缠绵反复, 患者通常疼痛难耐、坐卧不安, 舌质紫暗, 舌苔薄白, 脉弦细。

此病的病位在皮部, 主要累及肝、脾二脏, 久则及肾。其发生涉及内、外两个因素^[7], 内因有年老体弱、素体亏虚、正气不足、情志内伤、饮食不节等, 外因则与外感火毒湿热时邪有关。中医病机有虚实两种^[8], 实证为肝经湿热火毒蕴积与血气搏结, 造成局部气血凝滞, 经脉瘀阻不通, 脏腑气机不畅则痛; 虚证为正气虚弱, 无力抗邪, 外感火毒之邪后, 余邪未尽日久化火, 耗伤阴血, 阴血亏虚不能濡养肌肤经脉, 不荣则痛。

治疗需要兼顾内外虚实, 以扶正祛邪、理气活血、通络止痛为主, 故中医内治法多采用理气活血、祛瘀通络的药方治疗^[9-10], 如桃红四物汤、柴胡疏肝散、益气活血汤、身痛逐瘀汤等^[11-17]。中医外治法也基于调气活血、疏通经络, 采取中药外敷丁香膏 (丁香、黄芩、黄柏、青黛)、普通针刺、灸法、拔罐法、特殊针法 (如皮肤针、火针)、电针法、穴位注射、穴

位埋线等^[18]。

2 PHN 的西医认识

PHN 是带状疱疹皮疹愈合后持续 1 个月及以上的疼痛, 常表现为沿神经区域分布的、多累及单侧的、持续性或间歇性的慢性疼痛。该疼痛性质多样, 可表现为刺痛、灼痛、刀割痛、电击痛等。病灶局部可出现瘢痕遗留、色素沉着、痛觉过敏或自主神经功能紊乱等异常表现。PHN 患者可伴有情感、睡眠和日常生活能力的障碍^[2]。

PHN 的发病机制尚未完全阐明, 目前认为可能与周围神经受损、中枢敏化、免疫功能下降、情绪焦虑等相关^[19-22]。(1) 周围神经受损机制: 与神经炎症、神经传导异常、电生理改变、外周神经敏化、Na⁺ 和 Ca⁺ 通道异常表达有关。带状疱疹病毒感染后大量复制导致外周神经及其相对应的感觉神经节和感觉神经纤维受损, 出现出血坏死、炎症浸润、脱髓鞘改变, 严重时出现神经元缺失现象^[23]。神经炎症可以刺激局部交感神经反应, 引起血管收缩, 进而导致缺血性神经损伤和疼痛^[24]。部分患者受外界因素影响, 病损部位皮肤、神经发生炎症浸润, 在治疗过程中, 产生永久性外周重塑性改变, 导致外周神经非正常愈合, 遗留永久疼痛^[25]。外周神经组织的病理学改变, 使初级传入神经纤维受损, 而幸存的初级传入神经纤维与脊髓疼痛信号神经元, 随机体修复逐渐形成新的连接—中枢突触, 此形态改变为引发 PHN 的主要原因^[26]。外周神经在受到损害时, 受损的神经末端因机体内神经因子升高会代偿性长出新芽, 此时的神经电的活动活跃, 降低了其外周神经伤害性感受器的阈值, 进而使触觉发生异常性疼痛^[23]。神经轴突脱髓鞘现象, 导致神经冲动传导时失去髓鞘的绝缘作用, 使神经冲动异常传导, 出现痛觉异常^[27]。有研究发现, 感染带状疱疹病毒后, 会增加细胞膜上钠离子通道和电压门控钙离子通道的相关基因, 导致脊髓神经元的敏感性增加, 出现对外周细小刺激的反应加剧, 致机体出现痛觉超敏现象,

这或许和 PHN 的发生也有一定关系^[28]。神经损伤后,轴突末端长出的新芽,使周围神经元自发放电,造成外周神经敏化。此外,由于组织炎症,在相关炎症介质的化学作用下,使伤害性感受器的敏感性增加,进而造成外周神经敏化^[29]。(2)中枢敏化^[20,30]:神经传入突触减少,从而引起传入阻滞的脊髓神经元细胞自发放电,使其出现自发性疼痛现象,主要是由于外周神经损伤会增加电活动,脊髓背角会抑制中间神经元,使其出现死亡或功能性失常,最终使初级传入神经元减少,从而减弱疼痛信息传导抑制作用。(3)免疫功能下降^[21,31-32]:有研究发现,PHN 患者体内 T 淋巴细胞亚群及血清免疫球蛋白水平明显异常,如 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 明显降低、CD8⁺ 升高、C₃、C₄、IgG、IgM 及 IgA 降低,说明 PHN 的发生与细胞免疫具有相关性。(4)情绪焦虑^[20,23]:多数 PHN 患者可因此病病程较长、疼痛剧烈等因素,使其生活备受困扰,出现焦虑、恐惧、抑郁等悲观情绪,给予患者心理干预治疗后,发现其临床疼痛症状也减轻,由此说明,PHN 患者发病与其心理状态具有一定关联。

PHN 的临床治疗以药物对症处理为主,主要分为局部类药物和全身类药物。局部类药物有利多卡因、辣椒素等;全身类药物有抗惊厥类药物、三环类抗抑郁药、阿片类镇痛药等^[33]。抗病毒治疗、抗感染镇痛、增强免疫力、营养神经是药物发挥主要作用的主要方向^[34]。考虑到患者个体间存在体质差异,且服用单一药物具有起效慢、不良反应多、药物依赖性强的问题,临床常联合用药,以实现患者的个体化治疗^[35]。除药物治疗外,还可采用皮下注射、神经阻滞、神经电刺激、脉冲射频等微创介入方法及重复经颅磁刺激、低强度激光等物理治疗方法^[36-37]。

3 皮肤针治疗 PHN 的方法

中医外治法也在治疗 PHN 方面发挥了重要作用,不仅操作简单,且安全、不良反应少。目前,常见疗法有皮肤针、火针、刺络拔罐、穴位注射、中药外敷等。其中,皮肤针的疗效较为显著。该针法从古代的毛刺、扬刺、半刺发展而来^[38],是使用多支短针刺刺激浅表皮肤的针刺方法,属于丛针浅刺法。根据针头所附短针数量不同,皮肤针又可分为梅花针、七星针、罗汉针等。

根据皮肤针扣刺强度不同,可分为轻刺激、中刺激、重刺激三种。据现代解剖学分析叩刺强度与皮肤层次的关系:轻刺激——表皮;中刺激——真皮、毛细血管;重刺激——浅筋膜、微血管^[39]。轻刺激

以叩刺力度小,针尖接触皮肤时间短,患者略有痛感,治疗部位皮肤充血微红,无明显出血点为度;重刺激的叩刺力度较大,针尖接触皮肤时间较长,患者痛感明显,治疗部位皮肤明显潮红,有明显的出血点或渗出;中刺激的治疗力度及针尖与皮肤接触时间介于轻、重刺激之间,患者稍感疼痛,治疗部位皮肤潮红伴少量出血点^[38]。根据操作部位的不同,皮肤针叩刺可分为局部叩刺、穴位叩刺和循经叩刺等。治疗 PHN 时,局部叩刺是指使用皮肤针以均匀的腕力直接叩刺带状疱疹皮疹愈合带附近或沿神经分布疼痛区域周围,以局部皮肤潮红为度,从而起到祛瘀通络、行气活血、理气止痛的作用。针对 PHN 的穴位叩刺,则是在选用局部阿是穴及夹脊穴的基础上,配合辨证取穴进行治疗。对 PHN 患者的阿是穴进行叩刺,可宣散病损部位湿热火毒之邪,疏通经络气血,体现了《黄帝内经》中“以痛为输”的治疗原则。叩刺相应神经节段的夹脊穴,可以直击毒邪所留之处,调畅患部脏腑气血,泻火解毒,通络止痛^[40]。针对 PHN 的循经叩刺,则是指沿督脉或疼痛部位相应经脉自上而下的叩刺。督脉总督一身阳气,有扶正祛邪之功,其上行入脑,与神经系统密切相关。现代研究表明,督脉相应节段脊神经根内带状疱疹病毒过度复制激活,可导致感觉神经系统损伤,而该损伤与 PHN 的发生关系密切^[41-42]。自疼痛部位沿经脉所循叩刺,符合“经脉所过,主治所及”的思想,该法既可疏通经脉之气,使气至病所,缓解 PHN 症状,又可通过刺激经脉上的特定穴,治疗相应经脉脏腑疾病,调整全身气机,增强正气,从而达到治病防病的目的。

4 皮肤针治疗 PHN 作用机理

皮肤针法与十二皮部关系密切,十二皮部是经络系统位于人体最浅表的部位,与经络气血相通,是络脉之气散布之处,是机体的卫外屏障,也是十二经脉之气在体表皮肤的反应区,有保卫机体、抵抗外邪、反映病症的作用^[43]。基于此,中医学者认为,皮肤针作为浅刺法之一,直接作用于浅表皮肤,开泻肌表,使邪气从肌表而散,给邪出路,又可通过刺激浅表皮肤,使其轻微充血红肿,改善局部血供,通行瘀阻经脉而止痛,另外,皮部、经络、脏腑相互关联,皮肤针的刺激可以层层相传,通过皮部传入经脉,再达脏腑系统,激发经络之气,调节脏腑功能,从而达到预防及治疗 PHN 的目的^[44]。

西医学者则认为,皮肤针是通过刺激治疗区域皮肤,使皮下组织兴奋,改善周围微血管循环与新陈

代谢,快速消除炎症因子,减轻炎症反应,促进受伤组织修复,恢复 PHN 患者的神经功能。同时,皮肤针通过对神经网络的双向调节作用,可以阻滞痛觉神经传导,抑制脊髓背角细胞对疼痛的反应,从而达到镇痛效果,减轻 PHN 患者临床症状^[45-46]。皮肤针产生的刺激通过作用于机体神经分布最广、最密集的皮神经,对皮神经感觉末梢的效应器产生影响,再由脊神经直接或反射性调节大脑皮层和自主神经系统功能,形成了神经-内分泌-免疫网络调节系统,以此来改善机体反应性、增强抗病能力,从而达到防治疾病的目的^[47-48]。

5 皮肤针治疗 PHN 的临床效果

蛇丹痛的病位在皮部,《素问·皮部论》也有“皮之部也,是故百病之始生也”的论述。外邪侵入人体皮毛,闭塞经络,内传脏腑,可导致脏腑气机不通。皮肤针治疗 PHN 可因势利导、诱邪外出,既能活血祛瘀、通络止痛,又可振奋经气、调节脏腑^[44]。

5.1 皮肤针放血 赵莹莹等^[49]运用梅花针反复叩刺 PHN 患者皮疹愈合带痛点周围阿是穴及局部皮肤后进行放血治疗,与普通毫针围刺痛点周围阿是穴对比,该组 VAS 评分和 PSQI 评分显著低于毫针围刺组,有效率为 92.86%,高于毫针围刺组的 71.43%,表明梅花针叩刺阿是穴放血治疗 PHN 的疗效优于普通毫针围刺。李艳等^[50]应用梅花针叩刺病灶局部放血治疗 PHN 32 例发现,与毫针围刺局部病灶治疗相比,VAS 评分及睡眠率改善更明显,有效率为 96.7%,高于毫针组的 83.8%,梅花针放血治疗 PHN 具有较好疗效。陈金枝^[51]将 90 例 PHN 患者随机分成三组,在常规针刺治疗后,分别予皮肤针轻刺激、中刺激、强刺激放血治疗,治疗结束后,各组患者的 VAS 评分、DLQI 评分均有改善,但重刺激组的评分改善更明显,治疗结果表明,皮肤针扣刺放血治疗可有效减轻患者疼痛,改善患者生活质量,其中,皮肤针重叩刺放血治疗效果更明显。

5.2 皮肤针联合普通针刺 胡亚才等^[52]选取 25 例 PHN 患者,予针刺联合梅花针叩刺治疗,与对照组口服甲钴胺片、加巴喷丁胶囊相比较,观察组疼痛评分下降及睡眠质量改善均更明显,有效率(84%)高于对照组(76%),表明针刺联合梅花针叩刺治疗 PHN 的临床疗效比常规西药口服显著。张勇等^[53-54]使用普通针刺联合梅花针叩刺督脉治疗 PHN 40 例,与对照组口服普瑞巴林相比,VAS 减分率显著高于对照组,比较治疗前后两组患者的血清 NF- κ B、IL-6 水平变化,结果显示,梅花针叩刺督

脉能显著降低 PHN 患者血清 NF- κ B、IL-6 水平,这可能是其保护神经系统、促进炎症消散的机制之一。李映雪^[55]在治疗 50 例 PHN 患者的临床观察中,治疗组给予常规针刺联合梅花针叩刺拔罐治疗,与对照组比较,治疗组 VAS 评分降低更明显,临床疗效评估结果能更有效缓解患者疼痛,改善患者生活质量。徐晓丽^[56]对 9 例 PHN 患者使用毫针针刺受损神经节段穴位,并配合梅花针沿疼痛区域循经叩刺治疗,1 年后随访发现,9 例患者全部治愈,表明针刺联合梅花针循经叩刺治疗 PHN 疗效明显。

5.3 皮肤针联合灸法 孔羽等^[57]在 PHN 患者病变局部用梅花针叩刺联合热敏灸治疗,与对照组口服卡马西平比较,治疗组皮损程度评分、VAS 评分及睡眠质量评分降低更明显,有效治疗例数高于对照组,患者的睡眠质量更好,皮损程度更轻,说明梅花针刺络联合热敏灸治疗 PHN 较口服卡马西平效果更好。赖少航等^[58]给 1 例 PHN 患者使用铺棉灸联合梅花针叩刺拔罐治疗,治疗 10 次后,患者的 VAS 评分从 7 分下降到 3 分,疗效较好,且 1 个月后电话随访无复发,灸法可扶阳固脱、鼓舞正气、引热外行、祛邪于肌表,配合梅花针作用于肌表达邪,给邪出路,消瘀散结,疼痛由此减轻。黄心慢等^[59]治疗 PHN 60 例,对照组予止痛、调节免疫功能、营养神经的常规西药,观察组在在常规西药基础上加用雷火灸联合梅花针叩刺治疗,治疗结束后观察组有效率(100%)高于对照组(73.3%),结果表明,在常规西医治疗基础上运用雷火灸联合梅花针叩刺治疗 PHN 的临床疗效比单一常规西医治疗更好。

5.3 皮肤针联合中药 吴家民等^[17]运用皮肤针叩刺联合身痛逐瘀汤治疗 PHN 38 例,与口服普瑞巴林胶囊、甲钴胺片对比,疼痛程度及睡眠质量改善更明显,临床疗效更确切。文琪^[60]对 32 例气虚血瘀型 PHN 患者予梅花针叩刺配合益气活血汤治疗,对照组 31 例患者口服巴喷丁胶囊和甲钴胺胶囊,治疗组有效率(96.8%)优于对照组(87.0%),治疗组患者的疼痛及睡眠改善更明显,两个月后随访,复发率也低于对照组。杜鹃^[61]在 292 例 PHN 患者治疗过程中用常规西药加龙胆泻肝汤,治疗组再加梅花针,结果表明,治疗组疗效更显著,梅花针联合龙胆泻肝汤能降低 PHN 患者血清 SP、PGE-2 水平,提高 β -EP 水平,从而减轻疼痛感。周丽娜^[62]将 68 例 PHN 患者随机分成两组,对照组采取常规西医治疗,治疗组在此基础上予血府逐瘀汤加减合梅花针叩刺拔罐放血治疗,治疗两周后,治疗组有效率 94% 优于对照组的 76%,且治疗组停药两周后的疼痛及睡眠评

分均优于对照组,表明在常规西药基础上运用血府逐瘀汤加减联合梅花针叩刺拔罐治疗 PHN 优于常规西医疗法。杨娅男^[63]运用梅花针叩刺拔罐联合补阳还五汤治疗 PHN 30 例,与对照组口服补阳还五汤比较,治疗组有效率高于对照组,VAS 评分、QS 评分改善均优于对照组,说明梅花针叩刺拔罐联合补阳还五汤可有效缓解 PHN 患者临床症状,改善生活水平。

5.4 皮肤针联合西药 张辰等^[64]使用皮肤针治疗 PHN 45 例,对照组口服普瑞巴林,治疗组在口服普瑞巴林基础上加用皮肤针叩刺疱疹区域及周围疼痛部位,各时间点的 VAS、PSQI、DLQI 评分降低程度较对照组更明显,治疗组有效率为 95.56%,高于对照组的 82.22%,表明皮肤针联合西药治疗能缓解疼痛,改善睡眠及生活质量效果更佳。黄德才等^[65]在 200 例 PHN 患者的治疗中,治疗组在对照组口服普瑞巴林的基础上予梅花针叩刺治疗,治疗 4 周结束后治疗组有效率为 92%,优于对照组的 70%,表明梅花针联合普瑞巴林可协同增加治疗 PHN 的疗效。

6 小结

通过综述近年来采用皮肤针治疗 PHN 的临床文献,笔者发现,无论是单用皮肤针治疗 PHN,还是将皮肤针与普通针刺、灸法、中药或西药联合使用,其疗效均值得肯定。该疗法可直接作用于皮损局部,治疗区域广泛,缓解疼痛明显,具有远期疗效稳定、不良反应少等优势。

近年来,采取皮肤针局部叩刺治疗 PHN 的文献报道多,其次是阿是穴、夹脊穴的穴位叩刺。局部叩刺直接作用于 PHN 患者皮疹愈合带及周围,此区域通常是疼痛程度最严重的部位^[66],有研究发现,局部叩刺使治疗区域皮下充血水肿,经多次治疗强化巩固,能增加治疗区域肌肉弹力,激活肉芽组织增生,使断裂的组织生长连接,促进局部皮损恢复,改善局部血液循环,缓解疼痛症状,还可通过刺激皮部,激发经络系统而调整内在脏腑、气血、阴阳^[67]。局部阿是穴是疾病最直接的反映之处,也是治疗的最佳刺激点,由于带状疱疹病毒潜伏于脊髓神经后根神经节的神经元内并侵害神经根,沿神经节向神经末梢移动,导致 PHN 出现沿神经疼痛的特点,取相应神经节段的夹脊穴,可刺激夹脊穴附近的脊神经后支,抑制痛觉纤维传导,提高痛阈。此外,夹脊穴位于督脉与膀胱经第一侧线之间,刺激夹脊穴可通调全身阳气和脏腑之气,从而祛邪外出、通络止痛^[40,68]。单用皮肤针叩刺治疗 PHN 因其刺激强度

较轻,治疗手段比较单一,故文献报道较少。皮肤针叩刺放血在病灶处予中、重刺激使皮肤潮红或少量渗血,再行拔罐放血,较单纯皮肤针叩刺的刺激强度更重。PHN 的起因多为余毒未清,气滞血瘀,故不通则痛。基于“久痛必瘀”,皮肤针叩刺放血既可宣散火毒湿热之邪,疏通经络气血,活血祛瘀生新,其产生的强刺激又通过刺激肌皮神经末梢,释放神经介质,修复神经功能,提高痛阈,从而达到镇痛效果,有效缓解患者临床症状,还可以改善治疗区域的血液及淋巴循环,加快新陈代谢,促进病理产物及水肿消散,减轻炎症反应,又通过释放内脏效应,调整内脏机能,达到治病防病的目的^[69-70]。该疗法不良反应少、疗效较稳定,故目前相关文献报道占比较大,可在临床治疗 PHN 中进一步推广运用。皮肤针作为特殊针法之一,治疗 PHN 旨在疏通经络,诱邪外出,消瘀散结,常与其他中、西医疗法联合运用,整体疗效更佳。

目前,皮肤针治疗 PHN 的临床研究仍存在以下问题:(1)观察的样本量较小,缺乏多中心、大样本研究;(2)疗效评价以观察性指标为主,缺乏实验室指标,实验结果主观性较强,缺乏客观真实性;(3)临床应用型研究多,基础理论型研究少;(4)PHN 易复发,病程迁延时间长,部分临床研究仅关注近期疗效,缺少后期随访;(5)治疗主要以缓解疼痛为主,缺乏对患者的心理疏导。建议加强皮肤针治疗 PHN 的基础研究,注重客观疗效标准,同时注意后期随访及心理疏导,设计更为严谨的科研方案,为皮肤针治疗 PHN 提供更有力的临床依据。

参考文献:

[1] SAGUIL A,KANE S,MERCADO M,et al. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management [J]. Am Fam Physician,2017,96(10):656-663.

[2] 于生元,万有,万琪,等. 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.

[3] YANG F,YU S Y,FAN B F,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.

[4] SHRESTHA M,CHEN A J. Modalities in managing postherpetic neuralgia [J]. Korean J Pain,2018,31(4):235-243.

[5] IRVING G. Once-daily gastroretentive gabapentin for treatment of postherpetic neuralgia [J]. Pain Manag,2012,2(3):259-265.

[6] 辛灵,梅雯惠,朱晓峰. 带状疱疹后遗神经痛的中医治疗研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘,2018,18(99):32-33,56.

[7] 刘于媛,黄虹,张锦丽,等. 中医体质与带状疱疹后神经痛的相关性研究[J]. 中国民族民间医药,2021,30(1):10-12.

[8] 单红利,鲍正飞. 滋润通络汤治疗带状疱疹后遗神经痛 31 例[J]. 四川中医,2005,23(7):74.

[9] 朱禹,岳仁宋. 中医治疗带状疱疹与带状疱疹后遗神经痛的药物新进展[J]. 中药材,2021,44(9):2251-2254.

[10] 王明明. 蔡圣朝教授治疗带状疱疹后遗神经痛经验[J]. 中医研究,2017,30(2):36-38.

[11] 徐俊涛,王丽,王莹,等. 基于 EphrinBs/EphBs 通路探讨桃红四物汤治疗带状疱疹后遗神经痛大鼠模型的作用机制[J]. 天津医药,2021,49(2):147-152.

[12] 樵书宏,寇鹏涛,郭娟莉,等. 桃红四物汤联合普瑞巴林治疗带状疱疹后遗神经痛疗效及机制研究[J]. 陕西中医,2019,40(9):1251-1254.

[13] 张永. 柴胡疏肝散合桃红四物汤加减治疗带状疱疹后遗神经痛 120 例分析[J]. 西部中医药,2017,30(9):104-106.

[14] 王楠楠,付金霞,张贺男,等. 柴胡疏肝散联合加巴喷丁治疗 PHN 患者的疗效及对炎症指标、疼痛相关物质及神经相关因子的影响[J]. 中国医院药学杂志,2019,39(24):2542-2546.

[15] 王恩新. 火针配合益气活血汤治疗气血不足型带状疱疹后遗神经痛临床观察[J]. 光明中医,2022,37(14):2486-2488.

[16] 张泓博,于长生. 雷火灸联合身痛逐瘀汤治疗四肢部位带状疱疹后遗神经痛疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2019,21(6):179-181.

[17] 吴家民,谭汶键,吴锦镇,等. 皮肤针叩刺联合身痛逐瘀汤治疗气滞血瘀型带状疱疹后遗神经痛临床观察[J]. 河北中医,2018,40(2):283-286.

[18] 于幸. 中医外治法治疗带状疱疹后遗神经痛的文献研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2018.

[19] SOMMER C,LEINDERS M,ÜCEYLER N. Inflammation in the pathophysiology of neuropathic pain[J]. Pain,2017,159(3):595-602.

[20] SCHLERETH T,HEILAND A,BREIMHORST M,et al. Association between pain,central sensitization and anxiety in postherpetic neuralgia[J]. Eur J Pain,2015,19(2):193-201.

[21] SUTHERLAND J P,STEAIN M,BUCKLAND M E,et al. Persistence of a T cell infiltrate in human Ganglia years after Herpes zoster and during post-herpetic neuralgia[J]. Front Microbiol,2019,10:2117.

[22] GRUVER C,GUTHMILLER K B. Postherpetic Neuralgia [M/OL]//StatPearls. Treasure Island (FL):StatPearls Publishing,2022[2022-12-02].

[23] PHILIP A,THAKUR R. Post herpetic neuralgia[J]. J Palliat Med,2011,14(6):765-773.

[24] AMR D Y M. Effect of early stellate ganglion blockade for facial pain from acute Herpes zoster and incidence of postherpetic neuralgia[J]. Pain Phys,2012,15(6;12):E467-E474.

[25] 夏天保. 带状疱疹的治疗及后遗神经痛发病机制的研究[J]. 总装备部医学学报,2015,17(2):124-127.

[26] 朱高洁,杨海晶,王飞. 带状疱疹后神经痛中枢及周围神经发病机制研究进展[J]. 东南大学学报(医学版),2020,39(4):514-517.

[27] DEVOR M. Rethinking the causes of pain in Herpes zoster and postherpetic neuralgia:the ectopic pacemaker hypothesis[J]. PAIN Rep,2018,3(6):e702.

[28] 周森,李祥,杨旭东. 带状疱疹后遗神经痛的药物治疗及预防研究进展[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2020,19(5):489-493.

[29] 张瑜,熊源长. 带状疱疹后遗神经痛发生机制及治疗现状[J]. 贵州医药,2019,43(3):378-379,502.

[30] FELLER L,KHAMMISSA R A G,FOURIE J,et al. Postherpetic neuralgia and trigeminal neuralgia[J]. Pain Res Treat,2017,2017:1-6.

[31] PENG Q,GUO X,LUO Y,et al. Dynamic Immune Landscape and VZV-Specific T Cell Responses in Patients With Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia[J/OL]. Frontiers in Immunology,2022,13:887892.

[32] 李玉秋,王琛,韦兰,等. 带状疱疹急性期患者血清前炎性细胞因子、免疫球蛋白和 T 淋巴细胞亚群水平与后遗神经痛的相关性分析[J]. 河北医药,2020,42(6):805-809.

[33] WU J B,KOSHY E,LU M T,et al. Epidemiology, treatment and prevention of Herpes zoster;a comprehensive review[J]. Indian J Dermatol Venereol Leprol,2018,84(3):251.

[34] GROSS GERD E,LISA E,WILHELM D H,et al. S2k guideline for the diagnosis and therapy of zoster and post-zoster neuralgia[J]. GMS Infect Dis,2020,8:Doc01.

[35] HADLEY G R,GAYLE J A,RIPOLL J,et al. Post-herpetic neuralgia;a review[J]. Curr Pain Headache Rep,2016,20(3):17.

[36] 张万云,贺纯静. 带状疱疹后神经痛治疗进展[J]. 临床皮肤科杂志,2019,48(11):710-713.

[37] LIN C S. Interventional treatments for postherpetic neuralgia;a systematic review[J]. Pain Phys,2019,3(22):209-228.

[38] 王华,吴绪平,黄伟. 国家标准《针灸技术操作规范 第 7 部分:皮肤针》解读[J]. 中国针灸,2011,31(7): 657-660.

[39] 王锐卿,吕九亨,贾春生. 基于数据挖掘的皮肤针疗法临床应用病种规律和特点[J]. 河北中医药学报, 2020,35(3):25-29.

[40] 王雷,周清辰,田鸿芳,等. 基于带状疱疹后遗神经痛病症特点的针灸取穴、施术规律探析[J]. 中国针灸, 2017,37(4):429-431.

[41] 陈大伟,谢鹏,邹德智. 疱疹后遗神经痛病人的神经损伤与水痘-带状疱疹病毒持续激活和复制的关系[J]. 中国神经精神疾病杂志,2004,30(4):248-250.

[42] 张勇,薛志欣. 督脉梅花针叩刺治疗带状疱疹后神经痛 70 例[J]. 陕西中医,2014,35(5):590-591.

[43] 龚憬. 经络皮部理论对针灸临床的指导意义[J]. 湖南中医药导报,1998,4(4):10.

[44] 王美玲,刘娟,太景伟,等. 梅花针的作用机理及临床应用进展[J]. 现代中医临床,2019,26(5):61-65.

[45] 朱兵. 系统针灸学[M]. 北京:人民卫生出版社,2015: 1048.

[46] 王志福,俞向梅,陶静. 腕踝针镇痛实验机制及 fMRI 应用概况[J]. 中国民族民间医药,2016,25(24): 50-52.

[47] 李宏伟,贾孟辉,黑晓英,等. 试论以“浅刺”代“深刺”的新针刺观[J]. 河北中医,2017,39(2):277-280.

[48] 鲁珊珊,王佳琦,黄锦,等. 针刺抗炎镇痛机制探讨[J]. 针灸临床杂志,2021,37(5):1-4.

[49] 赵莹莹,许萍,毕军,等. 梅花针刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛患者的临床效果[J]. 中国民康医学, 2020,32(11):89-90,93.

[50] 李艳,文业成,王佳丽,等. 梅花针放血治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察[J]. 实用中医药杂志,2020,36(5):657-658.

[51] 陈金枝. 皮肤针叩刺不同放血量治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察[D]. 南昌:江西中医药大学,2022.

[52] 胡亚才,刘佳琳. 针刺联合梅花针叩刺治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察[J]. 内蒙古中医药,2022,41(1):89-90.

[53] 张勇,薛志欣,李佩佩. 梅花针叩刺督脉治疗带状疱疹后遗神经痛 40 例[J]. 陕西中医药大学学报, 2018,41(6):85-87.

[54] 张勇,薛志欣,李佩佩. 梅花针叩刺督脉对带状疱疹后神经痛患者血清 NF- κ B、IL-6 含量的影响[J]. 陕西中医药大学学报,2018,41(5):69-71.

[55] 李映雪. 常规针刺联合梅花针叩刺、拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察[J]. 中国民间疗法,2021,

29(5):45-47.

[56] 徐晓丽. 针刺配合梅花针叩刺治疗带状疱疹后遗神经痛[J]. 内蒙古中医药,2014,33(25):42.

[57] 孔羽,刘俊,蔡萱,等. 梅花针扣刺联合热敏灸治疗老年带状疱疹后遗神经痛的效果[J]. 中国当代医药, 2019,26(17):154-156.

[58] 赖少航,刘彩林. 铺棉灸配合梅花针叩刺拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛 1 例[J]. 中国民间疗法,2020,28(1):82-83.

[59] 黄心慢,邓享强,张赛赛,等. 雷火灸结合皮肤针叩刺治疗带状疱疹后遗神经痛 30 例[J]. 湖南中医杂志, 2016,32(12):98-99.

[60] 文琪. 自拟益气活血汤配合梅花针叩刺治疗带状疱疹后遗神经痛(气虚血瘀型)的临床观察[D]. 成都:成都中医药大学,2018.

[61] 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(5):177-180.

[62] 周丽娜. 血府逐瘀汤加减联合梅花针叩刺及拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察[J]. 中国社区医师,2019,35(14):101-102.

[63] 杨娅男. 补阳还五汤联合梅花针叩刺及拔罐治疗 PHN 临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2018, 16(3):102-103.

[64] 张辰,郭姗姗,谢川,等. 梅花针联合普瑞巴林治疗带状疱疹后遗神经痛疗效研究[J]. 陕西中医,2021,42(3):376-378,382.

[65] 黄德才,张娇娇. 梅花针叩刺联合普瑞巴林治疗带状疱疹后遗神经痛患者的效果[J]. 中国民康医学, 2021,33(22):119-120,123.

[66] 景中坤,邱玲. 浅刺针法治疗带状疱疹后遗神经痛机制探讨[J]. 河南中医,2018,38(4):619-622.

[67] 潘霏,阳仁达. 浅谈针灸除皱的优势[J]. 湖南中医杂志,2015,31(12):94-95.

[68] 敖琼媛,黄亚风,谭洁,等. 基于聚类分析方法的针灸治疗带状疱疹后神经痛选穴规律研究[J]. 长春中医药大学学报,2017,33(5):786-789.

[69] 李琛妮,付于. 皮部浅刺法治疗眼肌型重症肌无力[J]. 河南中医,2018,38(3):458-460.

[70] 贾成文,王宗柱. 皮部理论在针刺中的应用[J]. 陕西中医学院学报,2001,24(2):50-51.

收稿日期:2023-08-17

作者简介:罗银香(1999-),女,湖南湘潭人,硕士研究生。

通信作者:张雪竹,E-mail:2546617484@qq.com

(编辑:焦凡)