中国针灸
Chinese Acupuncture & Moxibustion
ISSN 0255-2930,CN 11-2024/R

《中国针灸》网络首发论文

题目：　刺络拔罐联合耳穴揿针治疗气滞血瘀型胸腰部带状疱疹后遗神经痛：随机对照试验
作者：　乐薇，姚函伶，贾文，吴贻森，杨格格，武彩花
DOI：　10.13703/j.0255-2930.20230925-k0005
收稿日期：　2023-09-25
网络首发日期：　2024-05-17
引用格式：　乐薇，姚函伶，贾文，吴贻森，杨格格，武彩花．刺络拔罐联合耳穴揿针治疗气滞血瘀型胸腰部带状疱疹后遗神经痛：随机对照试验[J/OL]．中国针灸．https://doi.org/10.13703/j.0255-2930.20230925-k0005

网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

网络首发时间：2024-05-17 09:18:17
网络首发地址：https://link.cnki.net/urlid/11.2024.R.20240516.0929.001

DOI：10.13703/j.0255-2930.20230925-k0005 临床研究

刺络拔罐联合耳穴揿针治疗气滞血瘀型胸腰部带状疱疹后遗神经痛：随机对照试验*

乐 薇[1]，姚函伶[2]，贾 文[1]，吴贻森[2]，杨格格[2]，武彩花[1]✉
（[1]武汉市中西医结合医院针灸科，湖北武汉 430022；[2]湖北中医药大学针灸骨伤学院，武汉 430065）

［摘 要］**目的：**探讨刺络拔罐联合耳穴揿针治疗气滞血瘀型胸腰部带状疱疹后遗神经痛（PHN）的临床疗效及安全性。**方法：**将 98 例气滞血瘀型胸腰部 PHN 患者随机分为观察组（49 例，剔除 1 例，脱落 1 例）和对照组（49 例，脱落 1 例）。观察组基于“久病入络”理论采用刺络拔罐联合耳穴揿针治疗，于疼痛部位相应脊髓节段的夹脊穴、局部阿是穴行刺络拔罐，隔日 1 次，于心、神门、内分泌、皮质下等耳穴行揿针治疗，隔 2 日 1 次；对照组采用口服普瑞巴林胶囊治疗，每次 75 mg，每日 2 次。两组均治疗 4 周，分别于治疗前后观察两组患者中医症状评分、疼痛视觉模拟量表（VAS）评分，血清免疫球蛋白 G（IgG）、白细胞介素 6（IL-6）、C 反应蛋白（CRP）水平，以及匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）、抑郁自评量表（SDS）、焦虑自评量表（SAS）评分，并评定两组临床疗效及安全性。**结果：**治疗后，两组患者中医症状各项评分与总分，以及 VAS、PSQI、SDS、SAS 评分均较治疗前降低（$P<0.05$），观察组患者痛觉敏感程度和皮肤麻木感两项中医症状评分与总分，以及 VAS、PSQI、SDS、SAS 评分均低于对照组（$P<0.05$）；观察组血清 IgG 水平高于对照组（$P<0.05$），血清 IL-6、CRP 水平低于对照组（$P<0.05$）。观察组总有效率为 95.7%（45/47），高于对照组的 77.1%（37/48，$P<0.05$）。观察组不良反应发生率为 6.4%（3/47），低于对照组的 12.5%（6/48，$P<0.05$）。**结论：**基于“久病入络”理论的刺络拔罐联合耳穴揿针治疗可有效缓解气滞血瘀型胸腰部 PHN 患者的临床症状，减轻皮损区疱疹的色素沉着，改善皮损区的瘙痒感或烧灼感、麻木感，提高睡眠质量，缓解焦虑、抑郁情绪，疗效优于口服普瑞巴林胶囊治疗。

［关键词］ 带状疱疹后遗神经痛；久病入络；刺络拔罐；耳穴揿针；随机对照试验

带状疱疹后遗神经痛（postherpetic neuralgia，PHN）是带状疱疹（herpes zoster，HZ）出现皮疹后超过 3 个月的疼痛[1]，指由潜伏的水痘-带状疱疹病毒（varicella-zoster virus，VZV）再激活继发的以疼痛持续性和多样性为主要特征的疾病，其机制可能与外周伤害性感受器敏化、中枢兴奋性神经元敏化以及炎性反应相关[2]。临床表现主要有皮损区触觉、痛觉超敏（如轻抚皮肤即可诱发疼痛）以及感觉异常（如麻木感或蚁行感），伴有睡眠障碍，焦虑、抑郁情绪等，严重危害患者的身心健康[3]。随着我国老龄化的加剧，HZ 患者 PHN 发病率达 5%～30%[4]。目前，钙通道调节剂普瑞巴林作为治疗 PHN 的一线药物，广泛应用于临床，但其在临床应用过程中常伴有头晕、嗜睡等不良反应[5]。研究表明，刺络拔罐联合电针治疗可加速 HZ 消退、缓解疼痛[6]；耳穴揿针作为特色针灸疗法，可有效改善 HZ 急性期的疼痛[7]。本研究在“久病入络”理论指导下采用刺络拔罐联合耳穴揿针治疗气滞血瘀型胸腰部 PHN，现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2021 年 12 月至 2023 年 6 月于武汉市中西医结合医院针灸科门诊招募 PHN 患者。根据前期试验，利用 PASS21.0 软件计算样本量，本研究设 $\alpha=0.05$，$\beta=0.1$，$P_1=0.95$，$P_2=0.7$，计算得出 $n=44$，以 10%估算样本脱落率，确定每组需纳入 49 例，两组共 98 例。由不参与本次研究的专业人员使用 SPSS27.0 软件生成随机序列号，将随机序列号及对应治疗方案放入不透光的信封中，并进行密封保存。患者依据纳入的次序，随机抽取信封，按照 1:1 比例分为观察组和对照组，每组 49 例。疗效评价和数据分析由专业人员负责，其不参与患者的分组、研究的设计和具体的临床干预。本研究已通过武汉市中西医结合医院伦理委员会审查（伦理批准号：W202209-4）。

1.2 诊断标准

（1）西医诊断标准：参考《中国带状疱疹诊疗专家共识（2022 版）》[1]中 PHN 的诊断标准：①HZ 出现皮疹后 3 个月及以上，仍存在持续性或反复发作性疼痛；②疼痛部位通常比皮疹区域有所扩大；③非单一性疼痛，性质复

*国家自然科学基金委员会青年科学基金项目：81804187；湖北省自然科学基金青年项目：2016CFB301
✉通信作者：武彩花，副主任医师。E-amil：wch0007@126.com

杂，多表现为烧灼感、电击麻木感、针刺感等；④多以一种疼痛为主，也可多重疼痛并存，影响睡眠质量，引发负性情绪，降低工作效率和生活质量。

（2）中医诊断标准：参照《蛇串疮中医诊疗指南（2014 年修订版）》[8]中气滞血瘀型的辨证标准。主要症状：蛇串疮后期，疱疹消退遗留色素沉着的部位疼痛剧烈，疼痛区域大于疱疹部位，并可向疱疹附近部位放射。次要症状：①胸膈部、胁肋部、胃脘及腹部胀满憋闷不适；②多有癥瘕积聚、时散时聚；③舌质紫暗、舌下络脉迂曲、苔白；④脉弦涩。

1.3　纳入标准

①符合 PNH 中、西医诊断与辨证标准；②病变部位位于胸腰部；③年龄 40～80 岁；④近 2 周内未服用钙离子通道调节药、激素或者营养神经类药物；⑤疼痛分布区域与神经解剖特点相符；⑥神识清楚，生命体征稳定，配合查体及问答；⑦自主自愿参与本试验，并签署知情同意书。

1.4　排除标准

①合并有恶性疾病，如心脑血管疾病、恶性肿瘤、严重肝肾功能障碍或病情危重者；②有严重精神疾病，不能配合试验者；③有明显出血倾向，或者凝血功能障碍者；④对于针具或者药物过敏者；⑤入组前 2 周曾接受针灸或者相关药物治疗者；⑥耳部皮肤感染者。

1.5　剔除、脱落标准

①不符合纳入标准而误纳入或者无法耐受试验方案者；②研究过程中私自使用其他疗法者；③研究过程中不论何种原因主动要求退出者。

1.6　中止标准

①治疗期间出现严重不良反应无法继续试验者；②出现新发疾病或病情恶化需转科治疗者。

2　治疗方法

2.1　观察组

予刺络拔罐联合耳穴揿针治疗。

（1）刺络拔罐[6]。取穴：疼痛部位相应脊髓节段的夹脊穴、局部阿是穴。操作：患者取坐位或侧卧位，标记疼痛部位，对局部皮肤进行常规消毒，采用一次性梅花针由轻到重叩刺疼痛部位皮肤，强度以患者耐受程度为准，直至疼痛部位皮肤微红、伴少量渗血后，采用大小适中的玻璃火罐迅速在渗血部位进行拔罐，留罐 5～10 min，起罐后用无菌棉球擦拭瘀血，消毒棉签清洁皮肤以避免感染。隔日 1 次，共治疗 4 周。

（2）耳穴揿针[7]。取耳穴：心、神门、内分泌、皮质下、交感、胸、腰椎。操作：患者取坐位，用消毒棉签对耳穴及周围皮肤进行消毒处理，采用 0.20 mm×1.5 mm 一次性揿针垂直刺入相应耳穴，轻压使其粘贴牢固，隔 2 d 更换 1 次，每次留针 72 h，双耳交替进行，共治疗 4 周。嘱患者每日至少按压揿针 3～5 次，每次单穴按压时间为 1 min，以耐受为度。

2.2　对照组

予普瑞巴林胶囊（德国辉瑞制药有限公司，国药准字 J20160022，75 mg）口服，每次 75 mg，每日 2 次，连续治疗 4 周。

3　疗效观察

3.1　观察指标

于治疗前及治疗 4 周后进行指标评价或检测。

3.1.1　主要结局指标

（1）中医症状评分：参考《蛇串疮中医诊疗指南（2014 年修订版）》[8]，对患者皮肤色素沉着、瘙痒程度、烧灼感程度、触觉敏感程度和皮肤麻木感进行评估，按照每个症状的严重程度分别计 0、1、2、3 分，总分为 15 分，评分越高表明 PHN 患者皮损区越疼痛。

3.1.2　次要结局指标

（1）疼痛视觉模拟量表（visual analogue scale，VAS）评分[9]：采用长 10 cm的直尺为标尺，数值“0”端为无痛，数值“10”端为无法忍受的最剧烈疼痛，统计患者在直尺上标记 PHN 发作时最痛的疼痛程度，读取评分并记录。

（2）血清免疫球蛋白 G（IgG）、白细胞介素 6（IL-6）、C 反应蛋白（CRP）水平：两组患者分别于治疗前及治疗 4 周后抽取静脉血 5 mL，离心后分离上清液，置于 EP 管中，存于-80 ℃冰箱中待用。采用免疫散射比浊法检测血清免疫球蛋白 G（IgG，正常范围 7.0∽16.6 g/L）水平，采用酶联免疫吸附法检测血清白细胞介素 6（IL-6，

正常范围 0∽7 pg/mL）、C 反应蛋白（CRP，正常范围 0∽8 mg/L）含量。

（3）匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh sleep quality index，PSQI）评分[10]：包含入睡时间、睡眠总时长、睡眠质量、睡眠效率、睡眠障碍、影响日间功能、口服催眠药物项目，分别计 0、1、2、3 分，总分范围为 0～21 分，评分越高表明睡眠状况越差。

（4）抑郁自评量表（self-rating depression scale，SDS）评分[11]：包含 20 个自评项目，每个项目分别计 1、2、3、4 分，其中第 2、5、6、11、12、14、16、17、18、20 需反向计分，分别计 4、3、2、1 分，总分=20 个项目得分×1.25（四舍五入，取整数）。总分越高表明抑郁症状越重，共分为 4 级：正常（总分＜53 分）、轻度抑郁（53 分≤总分≤62 分）、中重度抑郁（63 分≤总分＜72 分），重度抑郁（总分≥72 分）。

（5）焦虑自评量表（self-rating anxiety scale，SAS）评分[12]：包含 20 个自评项目，每个项目分别计 1、2、3、4 分，其中第 5、9、13、17、19 需反向计分，分别计 4、3、2、1 分，总分=20 个项目得分×1.25（四舍五入，取整数）。总分越高表明焦虑症状越重，共分为 4 级：正常（总分＜50 分）、轻度焦虑（50 分≤总分＜60 分）、中重度焦虑（60 分≤总分＜70 分），重度焦虑（总分≥70）。

3.2 疗效评定标准

参考《中医病证诊断疗效标准》[13]于治疗后根据中医症状评分减分率进行疗效评定。显效：中医症状评分减分率≥75%；有效：中医症状评分减分率≥50%，且＜75%，好转：中医症状评分减分率≥25%，且＜50%，无效：中医症状评分减分率＜25%。中医症状评分减分率（%）=［（治疗前中医症状评分－治疗后中医症状评分）÷治疗前中医症状评分］×100%。

3.3 安全性评价

随时观察两组患者在治疗过程中可能出现的不良反应，如晕针、出血、血肿、疼痛、皮疹、瘙痒等，并组织临床专家判断不良反应是否与治疗本身相关，根据不良反应的严重程度判断是否中止治疗，对于较严重的不良反应给予上报和及时对症处理[14]。

3.4 统计学处理

数据采用 SPSS27.0 软件进行统计。满足正态分布的计量资料采用均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组内比较采用配对样本 t 检验，组间比较采用两独立样本 t 检验；不满足正态分布的计量资料采用中位数（四分位数间距）［M（IQR）］表示，组内比较采用 Wilcoxon 秩和检验，组间比较 Mann-Whitney U 非参数检验；计数资料采用频数或百分数表示，组间比较采用 x^2 检验。以 P＜0.05 为差异有统计学意义。

3.5 结果

（1）两组患者一般资料比较

共 98 例患者纳入本研究，其中观察组脱落 1 例（不能耐受治疗方案选择退出）、剔除 1 例（擅自服用其他治疗性药物予以剔除），对照组脱落 1 例（不能耐受药物不良反应选择退出），故最终完成试验 95 例，观察组 47 例，对照组 48 例。两组患者性别、年龄、病程一般资料比较，差异无统计学意义（P＞＞0.05），具有可比性，见表 1。

表 1 两组气滞血瘀型胸腰部带状疱疹后遗神经痛患者一般资料比较

组别	例数	性别/例		年龄/岁			带状疱疹后遗神经痛病程/周		
		男	女	最小	最大	平均（$\bar{x}\pm s$）	最短	最长	平均（$\bar{x}\pm s$）
观察组	47	23	24	40	78	66±8	12	53	21.3±9.3
对照组	48	22	26	40	76	64±9	12	49	20.2±9.6

（2）两组患者治疗前后中医症状评分比较

治疗前，两组患者皮肤色素沉着、瘙痒程度、烧灼感程度、触觉敏感程度和皮肤麻木感各项中医症状评分及总分比较，差异无统计学意义（P＞0.05），具有可比性。治疗后，两组患者各项中医症状评分及总分较治疗前降低（P＜0.05），观察组患者痛觉敏感程度和皮肤麻木感两项评分及总分低于对照组（P＜0.05）。见表 2。

表 2 两组气滞血瘀型胸腰部带状疱疹后遗神经痛患者治疗前后中医症状评分比较［分，M（IQR）］

组别	例数	时间	皮肤色素沉着	瘙痒程度	烧灼感程度	痛觉敏感程度	皮肤麻木感	总分
观察组	47	治疗前	2.0（1.0）	3.0（1.0）	3.1（1.1）	3.3（1.3）	3.0（1.2）	14.4（4.3）

		治疗后	0.2（0.1）[1)]	1.0（0.7）[1)]	1.0（0.2）[1)]	1.0（0.3）[1) 2)]	1.0（0.2）[1) 2)]	4.2（1.5）[1) 2)]
对照组	48	治疗前	2.0（1.0）	3.0（1.0）	3.0（1.3）	3.2（1.3）	3.0（1.3）	14.2（4.2）
		治疗后	0.2（0.1）[1)]	1.0（0.8）[1)]	1.0（0.3）[1)]	2.0（1.0）[1)]	2.0（0.3）[1)]	6.2（1.5）[1)]

注：与本组治疗前比较，[1)]$P<0.05$；与对照组治疗后比较，[2)]$P<0.05$。

（3）两组患者治疗前后血清 IgG、IL-6、CRP 含量比较

治疗前，两组患者血清 IgG、IL-6、CRP 含量比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。治疗后，两组患者血清 IgG 含量较治疗前升高（$P<0.05$），血清 IL-6、CRP 含量较治疗前降低（$P<0.05$）；观察组血清 IgG 含量高于对照组（$P<0.05$），血清 IL-6、CRP 含量低于对照组（$P<0.05$），见表 3。

表 3 两组气滞血瘀型胸腰部带状疱疹后遗神经痛患者治疗前后血清 IgG、IL-6、CRP 含量比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	时间	IgG/g·L^{-1}	IL-6/pg·mL^{-1}	CRP/mg·L^{-1}
观察组	47	治疗前	7.17±2.17	17.35±5.82	11.13±2.23
		治疗后	12.52±5.31[1) 2)]	2.39±1.17[1) 2)]	2.43±1.52[1) 2)]
对照组	48	治疗前	7.09±1.98	16.98±7.82	11.27±2.52
		治疗后	9.51±2.45[1)]	4.09±2.69[1)]	4.15±1.79[1)]

注：IgG：免疫球蛋白 G；IL-6：白细胞介素 6；CRP：C 反应蛋白。与本组治疗前比较，[1)]$P<0.05$；与对照组治疗后比较，[2)]$P<0.05$。

（4）两组患者治疗前后 VAS、PSQI、SDS、SAS 评分比较

治疗前，两组患者 VAS、PSQI、SDS、SAS 评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。治疗后，两组患者 VAS、PSQI、SDS、SAS 评分较治疗前降低（$P<0.05$），观察组以上各项评分低于对照组（$P<0.05$）。见表 4。

表 4 两组气滞血瘀型胸腰部带状疱疹后遗神经痛患者治疗前后 VAS、PSQI、SDS、SAS 评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	时间	VAS 评分	PSQI 评分	SDS 评分	SAS 评分
观察组	47	治疗前	6.88±1.14	17.54±1.44	65.59±2.72	66.21±2.11
		治疗后	3.63±0.77[1)2)]	6.51±1.06[1)2)]	50.88±3.25[1)2)]	52.17±3.15[1)2)]
对照组	48	治疗前	7.04±1.08	17.58±1.46	66.62±2.83	65.57±3.09
		治疗后	5.81±0.49[1)]	10.53±1.45[1)]	56.71±3.11[1)]	55.21±2.72[1)]

注：VAS：疼痛视觉模拟量表；PSQI：匹兹堡睡眠质量指数；SDS：抑郁自评量表；SAS：焦虑自评量表。与本组治疗前比较，[1)]$P<0.05$；与对照组治疗后比较，[2)]$P<0.05$。

（5）两组患者临床疗效比较

治疗后，观察组总有效率为 95.7%，优于对照组的 77.1%（$P<0.05$），见表 5。

表 5 两组气滞血瘀型胸腰部带状疱疹后遗神经痛患者临床疗效比较 例

组别	例数	显效	有效	好转	无效	总有效率/%
观察组	47	8	28	9	2	95.7[1)]
对照组	48	5	14	18	11	77.1

注：与对照组比较，[1)]$P<0.05$。

（6）安全性评价

整个研究过程中，观察组发生 3 例（6.4%）不良反应，其中 2 例为耳穴行揿针治疗后出现血肿，冷敷后缓解，1 例为刺络拔罐后出现水疱，将水疱刺破后给予外敷处理，经治疗后 3 例患者均康复；对照组发生 6 例（12.5%）不良反应，其中 4 例为服药后出现头晕，休息后缓解，2 例为嗜睡，未行特殊处理，自行缓解。观察组不良反应发生

率低于对照组（$P<0.05$）。

4 讨论

本研究结果表明，治疗 4 周后，观察组与对照组均能缓解气滞血瘀型胸腰部带状疱疹后遗神经痛（PHN）患者的疼痛、睡眠障碍以及焦虑、抑郁情绪。观察组可上调血清 IgG 水平，下调 IL-6、CRP 水平，在中医症状评分、VAS 评分、PSQI 评分、SDS 评分以及 SAS 评分方面呈现出更好的疗效，可见刺络拔罐联合耳穴揿针疗法可提高机体免疫功能，减轻高炎性因子水平，对改善 PHN 患者疼痛、失眠及负性情绪等症状存在益处。

PHN 属于中医“蛇串疮”“缠腰火丹”等范畴[8]，以稽留毒邪为致病因素，病机关键在于络损不复，故在治疗时应以活血化瘀通络为主要原则[15]，总体上符合叶天士的“久病血伤入络”理论以及“久”而“顽”的发病规律[16]，因此可从“久病入络”理论进行论治。在此理论指导下，结合 PHN 患者皮损区脉络不通、不通则痛的病机特点，予以刺络拔罐法刺激局部，联合耳穴揿针激发十二皮部之气血，达到去瘀生新、通络止痛的效果。王少松等[17]采用不同梯度负压刺络放血疗法治疗 PHN，增加刺络放血疗法抽吸负压可加大出血量，在 PHN 患者的疼痛程度和睡眠质量改善方面，高负压（46～55 kPa）刺络放血疗法效果最佳。刺络拔罐法以“宛陈则除之”为原则，一则通过其吸附作用，使皮损区组织高度充血，湿热之邪和瘀血随之排出；二则通过其温热作用促进皮损区血液循环，加速新陈代谢。

《灵枢·口问》记载“耳者，宗脉之所聚也”。荣培晶团队[18]提出“耳穴-迷走神经联系”理论，认为耳针在抑郁、失眠、疼痛等方面的治疗中存在重要作用。此外，生物全息理论与“倒置胎儿”耳廓穴位分布高度相似，耳穴胸、腰椎位于对耳轮区，管遵信[19]认为此区主要为耳大神经分布，刺激此区域与痛觉的传导联系密切。PHN 余毒久伏，“络脉失和”致皮损区疼痛日久不愈，与“久病入络”理论相吻合[16]。《素问·离合真邪论》中“痛宜久留”以及《灵枢·官针》所载“深不见者，刺之微内针而久留之”，表明调动人体本身的正气抵御病邪，宜浅不宜深，共同为揿针治疗 PHN 提供了一定的理论基础[20]。本研究于心、神门、内分泌、皮质下、交感、胸、腰椎行耳穴揿针治疗，一则疏通皮部气血，使络脉通畅，络脉气血得以交会生化，通则不痛；二则顺应全息理论，司外揣内；三则祛瘀生新，气血营卫调和，机体阴阳平衡则心静神安。

现代研究[4]表明，PHN 的发病与细胞免疫失衡、炎性反应等因素息息相关。IgG 作为初级免疫应答过程中较重要且较持久的抗体之一，主要来源于脾脏和淋巴结中的浆细胞，是再次体液免疫应答产生的主要抗体，也是机体发挥抗感染作用的重要力量。当机体免疫力下降时，PHN 的发生率会增加，延长 PHN 的预后时间[21]。此外，炎性反应也与 PHN 疼痛的程度及预后关系密切，IL-6 作为 B 淋巴细胞、T 淋巴细胞和内皮细胞的分化和生长因子，作用于外周和中枢神经系统神经细胞的生长、分化、再生和降解，其水平与 PHN 患者皮损区的疼痛、浅感觉异常正相关[22]。CRP 是临床工作中最容易获取的炎性反应标志物之一，研究[23]证实 CRP 水平与 PHN 的发生密切相关，高水平的 CRP 可作为 PHN 发生的预测因素之一。西医学治疗 PHN 的一线药物为钙通道调节剂普瑞巴林，其可减轻 PHN 患者的疼痛[24]，还可下调炎性介质的释放（如 IL-6、CRP），并对机体免疫功能存在改善作用[25-27]。但由于普瑞巴林常伴发头晕、嗜睡等不良反应，影响患者日常生活，故部分患者难以耐受此种治疗方案。本研究中，治疗后观察组血清 IgG 水平升高，血清 IL-6、CRP 水平降低，VAS 评分、痛觉敏感度、皮肤麻木症状均改善，提示刺络拔罐联合耳穴揿针可提高机体免疫功能，减轻高炎性因子水平所致的皮损区疼痛及麻木感，临床疗效优于口服普瑞巴林胶囊。

综上，本研究初步证实，运用“久病入络”理论指导刺络拔罐联合耳穴揿针治疗在改善气滞血瘀型胸腰部 PHN 患者皮损区疼痛、麻木感、痛觉超敏、睡眠状态以及焦虑、抑郁情绪方面具有独特优势。根据 PHN“久”而“顽”的发病规律，今后应在本研究治疗方案基础上增加随访以评估远期疗效，以期为刺络拔罐联合耳穴揿针疗法的临床应用提供更多研究证据。

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.

[2] 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.

[3]《中华医学杂志》社皮肤科慢病能力提升项目专家组,中国医师协会疼痛科医师分会,国家远程医疗与互联网医学中心皮肤科专委会.带状疱疹相关性疼痛全程管理专家共识[J].中华皮肤科杂志,2021,54(10):841-846.

[4] 曾永芬，金毅．带状疱疹后神经痛发病危险因素研究进展[J]．中国疼痛医学杂志，2020，26(8)：603-607.

[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.

[6] 樊展，黄国付．电针配合刺络拔罐治疗带状疱疹的疗效观察[J]．湖北中医杂志，2016，38(1)：66-68.

[7] 王会，戴丽娟，王淑兰，等．耳穴揿针联合电针治疗带状疱疹急性期的疗效及对血清细胞因子的影响[J]．中国中医急症，2021， 7(12)：2195-2197.

[8] 周冬梅，陈维文．蛇串疮中医诊疗指南(2014 年修订版)[J]．中医杂志，2015，56(13)：1163-1168.

[9] Kane RL，Bershadsky B，Rockwood T，et al. Visual Analog Scale pain reporting was standardized[J]． J Clin Epidemiol， 2005， 58(6)：618-623.

[10] 刘红秀，黎东梅．睡眠质量评估相关参数的调查分析[J]．广东医学，2017，38(S2)：118-120.

[11] 王征宇，迟玉芬．抑郁自评量表(SDS)[J]．上海精神医学，1984(2)：71-72.

[12] 王征宇，迟玉芬．焦虑自评量表(SAS)[J]．上海精神医学，1984(2)：73-74.

[13]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012:39.

[14] 高玲，谢峦，李相良，等．耳穴磁贴联合导管球囊扩张术治疗脑卒中后环咽肌功能障碍：随机对照试验[J]．中国针灸，2022， 8(10)：1083-1088.

[15] 李元文，王京军，孙占学，等．从“络” 探讨带状疱疹后遗神经痛的中医治疗[J]．中医杂志，2019，60(8)：653-655.

[16] 赵真宜，刘耀纶，朴益熙，等．叶天士“久病入络”思想与带状疱疹后遗神经痛的治疗[J]．中国中医急症，2015，24(06)：1025-1026+1028.

[17] 王少松，孙敬青，王麟鹏．不同负压刺络拔罐放血对带状疱疹后神经痛患者疼痛及睡眠质量的影响[J]．中医杂志，2022， 8(20)：1946-1951.

[18] 荣培晶，张悦，李少源，等．经皮耳穴迷走神经刺激治疗脑及相关疾病的现状与展望[J]．世界科学技术-中医药现代化，2019，21(9)：1799-1804.

[19] 管遵信．中国耳针学[M]．上海：上海科学技术出版社，1995.

[20] 刘润英，黎琼，黄娟．中医揿针联合多维度协同镇痛对带状疱疹患者预后的影响[J]．齐鲁护理杂志，2023，29(23)：165-168.

[21] 胡丹，黄虹．中医药治疗带状疱疹后神经痛研究进展[J]．云南中医中药杂志，2019，40(9)：76-80.

[22] Lin D，Zhong C，Jiang Q，et al. Serum interleukin-6 levels are increased in post-herpetic neuralgia: a single-center retrospective study. An Bras Dermatol. 2023 Apr; 98(2)：202-207.

[23] Kim JY，Park GH，Kim MJ，et al. Usefulness of inflammatory markers for the prediction of postherpetic neuralgia in patients with acute herpes zoster[J]. Ann Dermatol， 2018， 30(2)：158-163.

[24] Cheng ETL, Cheik-Hussein M, Lin N, et al. A meta-epidemiological study on the reported treatment effect of pregabalin in neuropathic pain trials over time[J]. PloS One, 2023, 18(1): e0280593.
[25] Zhou Y, Liu XT, Ding C, et al. Positive preemptive analgesia effectiveness of pregabalin combined with celecoxib in total knee arthroplasty: a prospective controlled randomized study[J]. Pain Res Manag, 2023, 2023: 7088004.
[26] Khan J, Noboru N, Imamura Y, et al. Effect of Pregabalin and Diclofenac on tactile allodynia, mechanical hyperalgesia and pro inflammatory cytokine levels (IL-6, IL-1β) induced by chronic constriction injury of the infraorbital nerve in rats[J]. Cytokine, 2018, 104: 124-129.
[27] Mercan A, Uzun ST, Keles S, et al. Immunological mechanism of postherpetic neuralgia and effect of pregabalin treatment on the mechanism: a prospective single-arm observational study[J].Korean J Pain, 2021, 34(4): 463-470.

（收稿日期：2023-09-25，编辑：杨立丽）