

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.18.016

# 痛敏区刺络拔罐治疗带状疱疹后神经痛

李子祎<sup>1,2</sup>, 王少松<sup>2</sup>, 张涛<sup>2</sup>, 付渊博<sup>2</sup>, 魏嘉<sup>2</sup>, 李彬<sup>2</sup>, 刘慧林<sup>2</sup>✉

1. 北京中医药大学, 北京市朝阳区北三环东路 11 号, 100029; 2. 首都医科大学附属北京中医医院针灸中心

**[摘要]** 结合传统针灸理论和中西医研究进展, 提出取带状疱疹后神经痛 (PHN) 患者皮肤痛觉敏化区域为阿是穴刺络拔罐治疗区域的方法。认为瘀毒蕴结损伤络脉形成“病络”是 PHN 的根本病机, 治疗目标是拔除“病络”之毒邪, 使其恢复为常络, 以刺络疗法结合拔罐拔除损络之瘀毒是根治“病络”之关键。PHN 患者存在痛觉敏化, 临证采用棉签轻擦皮肤的方式探查阿是穴, 可诱发患者的神经痛发作之处即为“病络”所在, 在此区域内借鉴贺氏三通法之密刺法, 密度约每个落针点相间隔 10 mm, 并在此之上加用拔罐, 以针刺深度勿过浅、针刺密度勿过疏、放血量勿过小为操作要点, 并根据病情及演变, 将痛敏程度及范围进行区分以指导治疗频率及范围。

**[关键词]** 带状疱疹后神经痛; 刺络拔罐; 痛觉敏化; 阿是穴; 放血疗法; 病络

带状疱疹后神经痛 (postherpetic neuralgia, PHN) 是一种常见的神经病理性疼痛, 指带状疱疹皮损愈合后持续 1 个月及以上的疼痛, 以皮疹及其附近区域的自发痛、痛觉过敏、痛觉超敏及感觉异常为主要表现<sup>[1]</sup>。PHN 年发病率为 3.9~42.0/10 万<sup>[2]</sup>, 且其发病率与年龄呈正相关<sup>[3]</sup>。目前西医以钙离子通道调节剂、三环类抗抑郁药和 5% 利多卡因贴剂等药物治疗为基础镇痛, 联合微创介入治疗提高疗效、减少药量、降低不良反应、改善生活质量<sup>[1]</sup>, 但西医治疗下仅不足一半的 PHN 患者疼痛能够减轻 50%<sup>[4]</sup>。本病严重影响患者生活质量, 加重家庭和社会的经济负担<sup>[5]</sup>, 亟需更加安全且有效的治疗方法。

放血疗法可通经活络、泻热止痛、调和气血<sup>[6]</sup><sup>156</sup>, 是治疗 PHN 常采用的方法, 阿是穴是主要的放血部位<sup>[7]</sup>。我们通过临床观察和阅读文献发现, 目前 PHN 阿是穴放血存在取穴描述不清或放血范围过大的问题, 影响临床疗效。根据 PHN 患者的皮肤痛觉敏化现象, 我们采用棉签轻擦皮肤查体, 发现 PHN 患者存在范围明确的皮肤痛觉敏化

区域 (简称皮肤痛敏区), 继而在 PHN 皮肤痛敏区进行刺络放血, 取得了较好临床疗效。本文探讨 PHN 皮肤痛敏区刺络放血的理论基础, 分析皮肤痛敏区的确定, 阐述针刺深度、针刺密度、放血量等放血操作要领, 为本病的治疗提供思路。

## 1 瘀毒蕴结形成“病络”是 PHN 的根本病机

根据现代医学理论, PHN 是嗜神经性病毒水痘-带状疱疹病毒再活化, 大量复制并沿感觉神经纤维向所支配的皮节扩散, 导致神经元功能紊乱、异位放电、敏化, 临床表现为疼痛<sup>[1]</sup>。我们认为 PHN 之皮肤痛敏区可用“病络”理论解释。《素问·皮部论篇》曰:“凡十二经络脉者, 皆皮之部也”, 指出十二经的络脉皆分布于皮肤组织。叶天士在《临证指南医案》中多次提及“久痛入络”, 《临证指南医案》中注解为:“盖久痛必入于络, 络中气血, 虚实寒热, 稍有留邪, 皆能致痛”。正如清代尤在泾在《金匱要略心典》中将“毒”阐述为“邪气蕴结不解之谓”, 水痘-带状疱疹病毒为机体感受之毒邪, 正气不足时毒邪羁留于皮部络脉。络脉细小并相互缠绕, 极易发生气血瘀滞而致病<sup>[8]</sup>。邪毒蕴结而成瘀毒, 皮部正常络脉损伤则成“病络”。“病络”一词首见于《金匱要略浅注》中“以由病络而涉于经, 宜从治络血之法”, 王永炎等<sup>[9]</sup>

**基金项目:** 国家自然科学基金 (81973925); 国家中医药管理局中医药循证能力建设项目 (2019XZZX-ZJ002); 北京市医管中心扬帆计划临床技术创新项目 (XMLX201832)

✉ 通讯作者: lhlxwy@aliyun.com

将其诠释为“络脉有常有变，常则通，变则病，病则必有‘病络’产生，‘病络’为络脉的病理过程、病机环节、病证产生的根源”。综上，我们认为带状疱疹发展过程中形成之“病络”是 PHN 的根本病机，也是导致神经痛的根源。

## 2 皮肤痛敏区即“病络”之所在

阿是穴的取穴思想源自《灵枢·经筋》的“治在燔针劫刺，以知为数，以痛为腧”，本用于经筋病。孙思邈在《备急千金要方·灸例第六》中记载：“有阿是之法，言人有病痛，即令捏其上，若理当其处，不问孔穴，即得便快成(或)痛处，……灸刺皆验”，首次明确了阿是穴的概念。近现代学者对阿是穴提出诸多新解，如肌筋膜触发点<sup>[10]</sup>、“反阿是穴”<sup>[10]</sup>、痛敏穴<sup>[11]</sup>、热敏穴<sup>[12]</sup>等。我们认为，合理应用阿是穴需全面解读“以知为数”与“以痛为腧”，二者不可割裂，其中“知”为感知，“数”为道理、方法之义。阿是穴的具体含义为医者采用按、切等方法进行查体，发现能诱发患者类似平素疼痛的部位，称为阿是穴<sup>[13]</sup>。而取阿是穴时的查体方法也非常关键，应与疾病的具体特点相结合。PHN 病在皮部络脉，临床可见痛觉敏化症状，患者皮肤痛敏区分布范围清晰、明确，触碰此处即可诱发与患者平时感受相同的神经痛症状，而无需按压。因此，我们认为可诱发神经痛的部位即为“病络”所在之处，而触碰的方式可精准探查患者皮肤痛敏区，即“病络”区域，从而进行治疗。

我们临床还发现，患者自觉疼痛的区域面积明显大于皮肤痛敏区，且可能未完全覆盖皮肤痛敏区，还有皮损与皮肤痛敏区重合度低的现象。如果无法辨别皮肤痛敏区，面对 PHN 患者所表述的定位模糊的大范围疼痛的施治则难以着手。另外，正如腧穴的范围大小、功能强弱有动态变化<sup>[14]</sup>，皮肤痛敏区的范围及痛敏程度亦呈现动态变化，这昭示着正邪相争的结果，反映病情的发展程度。PHN 患者皮肤痛敏区的大小及其敏感程度与病势的发展变化呈正相关，随症状的减轻，其敏感程度可逐步减轻，痛敏区的范围也呈现缩小趋势，放血的范围、频率、针具应进行相应调整。因此，在 PHN 的治疗中，将皮肤痛敏区作为阿是穴可有效地指导临床操作。

## 3 拔除损络之瘀毒是根治“病络”之关键

《素问针解》言：“宛陈则除之者，出恶血也。”根据贺氏针灸三通法理论，放血疗法主要应用于解

毒、泻火、止痛、退热、止痒、消肿、治麻、镇吐、止泻及救急危症十个方面<sup>[15]</sup>315-317。对于 PHN 的治疗，我们的治疗目标是使“病络”恢复为常络，相较于同样被指南<sup>[16]</sup>推荐的火针、电针、毫针围刺疗法，放血疗法直接给邪以出路，更有利于拔除损络之瘀毒。

阿是穴放血治疗 PHN 在指南<sup>[16]</sup>及多个版本的中医高校针灸学教材中均被推荐<sup>[6,17-18]</sup>。关于取穴，多取皮损区域为阿是穴<sup>[6,19-20]</sup>，或取疼痛处<sup>[21]</sup>，或取病变局部压痛最明显之处<sup>[22]</sup>，可见阿是穴放血治疗 PHN 虽已被使用，但放血的范围较模糊；关于放血手法、放血量，大部分文献未进行说明，部分文献采用围刺、浅刺或七星针扣刺，放血量在 5 ml 以内<sup>[6,21-22]</sup>，可见其作用部位表浅，放血量不大。结合临床实践我们发现，PHN 时期患者皮损已不明显，其疼痛的区域通常模糊而广泛，而压痛点是经筋病中阿是穴的取法，以上阿是穴的取法存在治疗范围不精准或范围过大的问题。另外 PHN 病位虽浅，但 PHN 毒邪结于“病络”，常规的放血方法临床疗效欠佳。因此，我们对于皮肤痛敏区的探查方法、放血手法及放血量进行了探索，从而建立了 PHN 皮肤痛敏区刺络放血的治疗方法，以拔除损络之瘀毒，根治“病络”。

## 4 刺络拔罐治疗 PHN 的操作要领

### 4.1 以棉签轻擦明确皮肤痛敏区的分布范围

痛觉敏化是指人体对刺激产生过度的痛觉反应，分别表现为对有害刺激的过度感知(痛觉过敏)和无害刺激的过度感知(痛觉超敏)。PHN 患者存在痛觉敏化，其疼痛主要可由日常活动中皮肤与衣服、枕被等轻微的摩擦诱发。根据这一现象，我们选择完全无伤害性的刺激模拟患者日常诱发疼痛的过程，采用棉签来回轻擦疼痛附近区域皮肤，诱发患者的神经痛发作。通过这种方式探查出“病络”的具体所在，并在皮肤上标记其分布范围，以便放血治疗 PHN。

### 4.2 刺络放血祛瘀务尽

治疗 PHN 时，我们认为针刺不宜过浅，即不宜使用梅花针、血糖针等针身过短的针具，而应取锋针。《灵枢·九针论》中记载锋针“可以泻热出血，而痼病竭”，现已用更加锋利的一次性采血针替代。针刺深度根据不同部位皮肤厚度不同而存在差异，大致进针约 3~4 mm，以到达皮下组织，但不伤及肌肉为原则。同时，我们认为针刺密度勿过

疏,明确皮肤痛敏区后,手持一次性采血针,在此区域内,借鉴贺氏三通法之密刺法<sup>[15]248</sup>,密度约每个落针点之间相隔 10 mm。在此之上加用拔罐,产生负压加强恶血的排出,拔罐一般 6~8 min。若放血部位处于发际之中、眼周、耳廓等不利于拔罐等位置,则在刺络后用酒精棉球反复擦拭刺激出血以保证出血量,以血止为度。

#### 4.3 据“病络”痛敏范围及程度分度治之

为帮助判断皮肤痛敏区“病络”的严重程度与毒邪的盛衰情况以指导治疗,我们常根据皮肤痛敏区的敏感程度及面积大小将其分级如下:1)如棉签轻擦能够明确诱发出与 PHN 相同性质、部位的疼痛,程度明显,面积较大,记为“痛敏(3+)”,表示痛敏 3 级;2)如棉签轻擦仍可诱发疼痛,但所诱发疼痛的视觉疼痛评分(VAS)为日常疼痛的 50% 以下,或已较前减轻 50% 及以上,或面积已较前缩小 50% 及以上,记为“痛敏(2+)”,表示痛敏 2 级;3)如棉签轻擦数次或反复多次轻擦仅可诱发轻微疼痛或不适感,皮肤痛敏区面积已明显缩小,局限于较小范围内,记为“痛敏(1+)”,表示痛敏 1 级。

治疗频率方面,痛敏 3 级时,应保持在至少每周 3 次;痛敏 2 级时,保持在每周 1 或 2 次;痛敏 1 级时,据患者耐受程度,可巩固治疗 1 或 2 次,并密切观察,少部分患者可能出现病情反复的情况,则应及时根据痛敏程度及面积的分级进行相应放血治疗。针具方面,痛敏 3 级时,宜采用一次性采血针(直径约 1 mm);痛敏减至 2 级及以下后,可更换为直径更细的 1 ml 注射器针头(直径约 0.33 mm)。放血范围方面,随着皮肤痛敏区面积的缩小,放血区域应随之缩小。

### 5 典型病案

患者,女,52 岁,2021 年 9 月 18 日初诊。主诉:左头面间断疼痛近 2 个月。患者 2021 年 7 月 24 日无明显诱因出现左侧额部、眼周、头皮红斑水疱,外院考虑“播散性带状疱疹、结膜炎、皮肤感染”,予阿昔洛韦抗病毒、甲强龙抗炎、甲钴胺营养神经及外用药物抗感染治疗后,左头面皮疹、水肿消退,遗留暗红色色素沉着。治疗期间出现左头面部间断灼痛,疼痛剧烈难耐,服用加巴喷丁(国药准字 H20051068,江苏恩华药业股份有限公司,每日 2 次,每次 0.3 g)后疼痛略减轻,但规律服药情况下疼痛仍严重影响正常生活,服药 3 周后自

行停药。

刻下症:左目内眦至左额顶部自发性灼痛,每次持续 5 min,每日 10 余次,左额、左头皮每次触碰均有局部瞬间针刺样痛,视觉模拟评分(VAS):6 分。因疼痛畏惧洗头、洗脸、洗澡,强迫右侧卧位,严重影响生活,纳可,眠浅,夜间左侧卧位时有痛醒,二便调。查体:左头面部遗留暗红色色素沉着,棉签轻擦探查发现左眉以上至左额顶部及左颞部约 13 cm×8 cm 范围皮肤痛敏区,痛敏(3+)。舌暗红,苔薄白,脉沉细弦。西医诊断:带状疱疹后神经痛;中医诊断:蛇串疮愈后痛,辨证属瘀毒损络、气滞血瘀。中医治以放血泻毒、通络止痛。治疗:阿是穴(皮肤痛敏区)放血,使用一次性采血针在皮肤痛敏区密刺,深度约 3~4 mm,密度每针间隔约 10 mm,在出血处用酒精棉球反复擦拭刺激出血,以不再出血为度。嘱患者针刺区域 24 小时内避免接触水,必要时可自服加巴喷丁止痛。

2021 年 9 月 20 日二诊。患者诉自发性疼痛及触痛明显减轻,VAS:4 分,疼痛每日发作约 10 次,持续时间同前,可洗头、洗脸、洗澡,可左侧卧位。查体:棉签反复轻擦探查发现左眉以上至左额顶及左颞部约 8 cm×6 cm 范围皮肤痛敏区,痛敏(3+),舌暗红,苔薄白,脉沉细弦。治疗方案同前,放血范围随皮肤痛敏区缩小。

2021 年 9 月 22 日三诊:患者诉自发性疼痛及触痛明显减轻,疼痛范围较前缩小,VAS:2~3 分,每日疼痛发作仍约 10 次,每次持续 1 min,可洗头、洗脸、洗澡,可左侧卧位。查体:棉签反复轻擦探查发现左眉以上至左额顶及左颞部约 8 cm×6 cm 范围皮肤痛敏区,痛敏(2+),舌暗红,苔薄白,脉沉细弦。针具改为 1 ml 注射器针头,余治疗方案同前。嘱患者每周复诊 1 次。

2021 年 9 月 29 日四诊:患者诉自发性疼痛及触痛减轻,VAS:2 分,疼痛频次、持续时间同前。查体:棉签反复轻擦探查发现左眉以上至左额顶及左颞部约 6 cm×4 cm 范围皮肤痛敏区,痛敏(2+),舌暗红,苔薄白,脉沉细弦。放血范围同步缩小,余治疗方案同前。

2021 年 10 月 5 日五诊:4 次放血治疗后,患者诉自发疼痛消失,触痛进一步减轻,仅偶尔穿脱衣物时可诱发,VAS:1 分。查体:棉签轻擦探查发现左眉以上至左额顶及左颞部约 6 cm×4 cm 范围皮肤痛敏区,痛敏(1+),舌暗红,苔薄白,脉沉细弦。治疗方案同前。嘱患者自行动态观察痛敏现

象,必要时及时复诊。

2022 年 3 月 14 日随访,经 5 次治疗,患者疼痛消失并至今未反复发作,自行轻擦前放血部位时未触发瘙痒症状。

按语:患者为中年女性,起病时表现为红斑水疱伴剧烈疼痛,经带状疱疹常规治疗后,来诊时皮疹已基本消退,遗留原皮疹区域及其附近的自发及触发痛。西医诊断带状疱疹后神经痛,中医辨病属蛇串疮愈后痛,辨证为瘀毒损络、气滞血瘀。患者在综合治疗后,湿热火邪已退,瘀毒客于皮部络脉,损其络脉,形成“病络”,导致气滞血瘀,因正邪交争,多见疼痛时发时止;又因“病络”表浅,故见患者诉其疼痛可频繁由日常活动中皮肤与衣物、枕被的轻微摩擦诱发,或因触摸可诱发疼痛而畏惧洗头、洗脸、洗澡,严重影响正常生活。首次使用棉签轻擦查体时,棉签摩擦左眉以上至左额顶部及左颞部皮肤可诱发出痛觉过敏,其表现与 PHN 发作时的疼痛相同,明确其为“病络”之所在,取为阿是穴进行密刺刺络放血。由于放血部位不便拔罐,以酒精棉球反复擦拭刺激出血直至血止,治疗频率为每周 3 次。二诊时,患者疼痛明显减轻,疼痛不再妨碍正常生活,查体见其皮肤痛敏区范围缩小,其诱发疼痛之程度也伴随疼痛的减轻而减轻,放血范围较前缩小,余治疗方案同前。三诊时,患者疼痛已减轻 50% 以上,查体见其皮肤痛敏区范围同前,但其敏感程度及可诱发之疼痛程度已减轻,治疗方案同前,患者痛敏已降至 2 级,予更换直径更小的针具,另外患者疼痛程度已较轻,调整治疗频率为每周 1 次。四诊时,患者疼痛较三诊略减轻,痛敏区面积进一步缩小,同步缩小放血范围,维持其余治疗方案及频率。五诊时,患者疼痛的触发几率明显下降,查体仍具有弱阳性体征,考虑络中瘀毒已拔除大半,为彻底清除瘀毒,继予刺络放血,嘱患者自行观察痛敏情况以决定是否还需复诊。

## 参考文献

- [1]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.
- [2]VAN HECKE O, AUSTIN SK, KHAN RA, et al. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies [J]. Pain, 2014, 155 (4): 654-662.
- [3]GAUTHIER A, BREUER J, CARRINGTON D, et al. Epidemiology and cost of herpes zoster and post-herpetic neuralgia in the United Kingdom [J]. Epidemiol Infect, 2009, 137(1):38-47.
- [4]JOHNSON RW, RICE AS. Clinical practice. Postherpetic neuralgia[J]. N Engl J Med, 2014, 371(16):1526-1533.
- [5]赵倩男,刘辉,王永,等.带状疱疹后神经痛病人痛觉异常的临床调查[J].中国疼痛医学杂志,2019,25(5):361-367.
- [6]梁繁荣,王华.针灸学[M].4版.北京:中国中医药出版社,2016.
- [7]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.
- [8]吴以岭.络病病机特点与病机变化[J].疑难病杂志,2004,3(5):282-284.
- [9]王永炎,常富业,杨宝琴.病络与络病对比研究[J].北京中医药大学学报,2005,28(3):1-6.
- [10]张雪琳,王孟雨,高希言.阿是穴的古往今来[J].中华中医药杂志,2018,33(7):3009-3011.
- [11]封秀梅,郑倩华,罗亚男,等.痛敏穴的探查方法概况[J].湖南中医杂志,2019,35(11):173-175.
- [12]代顺心,任奎羽,姜建振,等.基于“以知为数,以痛为腧”探析痛感取穴法演变[J].中华中医药杂志,2021,36(4):2372-2374.
- [13]邵冰,魏嘉,李彬,等.紧张型头痛属经筋病,治在燔针劫刺[J].环球中医药,2021,14(9):1679-1681.
- [14]喻晓春,朱兵,高俊虹,等.穴位动态过程的科学基础[J].中医杂志,2007,48(11):971-973.
- [15]贺普仁.针具针法[M].北京:科学技术文献出版社,2003.
- [16]中国针灸学会.循证针灸临床实践指南:带状疱疹(修订版)[M].北京:中国中医药出版社,2014:12-13.
- [17]石学敏.针灸学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:283.
- [18]高数中,杨骏.针灸治疗学[M].3版.北京:中国中医药出版社,2012:129-130.
- [19]展立芬,贺煜竣,覃思敏,等.从皮部理论辨治带状疱疹后遗神经痛[J].四川中医,2021,39(8):31-34.
- [20]吴强,张议文,王健.针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床用穴思路探讨[J].吉林中医药,2017,37(2):191-194.
- [21]陈振平,杨志波.放血拔罐联合威伐光治疗带状疱疹后神经痛临床观察[J].实用中医药杂志,2020,36(2):252-254.
- [22]卢尹凤,肖洪波,陈瑞全,等.针刺夹脊穴联合刺血拔罐治疗老年带状疱疹后神经痛的临床研究[J].湖北中医杂志,2019,41(12):49-51.

(收稿日期:2021-12-24;修回日期:2022-05-11)

[编辑:焦爽]