

·临床报道·

浅针联合普瑞巴林治疗带状疱疹后遗神经痛33例

洪秀娥,张霖云,林旺,李明静,郑晓艳,徐欣,吴明霞*
(福建中医药大学附属第二人民医院,福建福州 350003)

摘要: 目的 观察浅针联合普瑞巴林治疗带状疱疹后遗神经痛(PHN)的临床疗效。方法 选取2024年7月—2025年7月在福建中医药大学附属第二人民医院针灸科门诊诊治的70例PHN患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组各35例,治疗过程中对照组脱落4例,观察组脱落2例,最终纳入对照组31例和观察组33例。对照组口服普瑞巴林,观察组在此基础上于阿是穴、镇静穴及山根穴实施浅针,2组疗程均为4周。于治疗前、治疗2周及4周采用视觉模拟量表(VAS)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)和焦虑自评量表(SAS)评估疼痛程度、睡眠质量及焦虑状态,并比较2组疗效与不良反应发生率。结果 与治疗前比较,2组在治疗2周与4周时VAS、PSQI、SAS评分均下降($P<0.05$),且治疗后观察组上述指标均低于对照组($P<0.05$);观察组总有效率为93.94%(31/33),高于对照组的74.19%(23/31)($P<0.05$),观察组的整体疗效分布优于对照组($Z=-2.327, P<0.05$);2组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 浅针联合普瑞巴林治疗PHN,可在短期内减轻疼痛,提高总有效率并优化疗效等级分布,同时改善睡眠质量和焦虑情绪。浅针作为中医特色的无创性针刺技术,安全性较好,依从性佳,可作为PHN规范药物治疗的有益补充。

关键词: 带状疱疹后遗神经痛;浅针;普瑞巴林;视觉模拟量表;匹兹堡睡眠质量指数;焦虑自评量表

带状疱疹后遗神经痛(postherpetic neuralgia, PHN)为皮疹消退后疼痛持续 ≥ 1 个月的慢性神经病理性疼痛,是带状疱疹常见并发症之一^[1]。流行病学研究显示,约5%~30%的带状疱疹患者进展为PHN^[2]。临床常表现为持续性或阵发性针刺样、烧灼样或电击样痛,严重干扰患者睡眠质量,常伴发抑郁、焦虑情绪,导致生活质量下降^[3-4]。目前,普瑞巴林等钙通道调节剂作为一线对症药物,虽然能够显著减轻疼痛,但起效多滞后于症状高峰,部分患者仍存在夜间残余痛及情绪负担。此外,老年群体对药物耐受性差,易发生头晕、嗜睡等不良反应,限制了临床加量空间^[5]。针灸疗法具有疏经通络、镇静安神等作用,兼具安全、简便与经济等优势,可作为本病的补充疗法^[6-7]。其中,浅针为非刺入的表浅刺激针法,因其无痛、无创的优势极大提高患者依从性,在缓解疼痛与改善睡眠方面具有独特优势^[8-11]。鉴于PHN患者普遍存在“疼痛-睡眠障碍-焦虑”互相放大效应,仅依赖药物镇痛难以兼顾其他症状。因此,本研究在规范应用普瑞巴林基础上联合浅针干预,旨在通过药物控制神经病理性疼痛的同时,发挥浅针局部止痛与调神安眠的作用,以期增强镇痛效果并同步改善睡眠和情绪,为PHN综合干预方案提供参考。现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识》^[1]制定:有明确带状疱疹病史,且疱疹

消退后疼痛持续时间 ≥ 1 个月;疼痛沿神经支配区域分布,皮损区可有色素沉着;持续性灼痛、自发性闪电样刀割痛等为主要疼痛特点;皮损区伴有触觉异常、瘙痒、紧束感等;伴有如情绪低落、失眠等情感及睡眠障碍问题。

1.2 纳入标准 ① 18~80岁;② 带状疱疹皮损部位局限于躯干或四肢;③ 遗留神经痛持续1~12个月;④ 近1周内未接受任何针对PHN的治疗或其他干预措施;⑤ 视觉模拟量表(VAS)评分 ≥ 4 分;⑥ 生命体征平稳,意识清楚,精神状态良好,能配合研究流程;⑦ 患者及家属知情同意,并签署书面知情同意书。

1.3 排除标准 ① 合并严重的心脑血管、肝、肾及造血系统原发性疾病者;② 妊娠或哺乳期妇女;③ 患有严重的原发性精神疾病,如精神分裂症、双相情感障碍等,或存在认知功能障碍,如阿尔茨海默病、皮层下动脉硬化性脑病等,导致无法配合量表评估者;④ 合并纤维肌痛、糖尿病性周围神经病变或其他原因引起的神经病理性疼痛,干扰疗效判定者;⑤ 病灶部位位于头面或会阴区域者;⑥ 施治区域皮肤破溃、感染或患有严重皮肤病,如牛皮癣、湿疹等,不宜进行浅针操作者;⑦ 对本研究所用药物或金属针具过敏者。

1.4 剔除和脱落标准 ① 研究期间自行加用其他可能干扰本病疗效判定的药物或治疗手段者;② 依从性差,未按方案规定接受治疗,影响疗效和安全性评价者;③ 因主观或客观原因未能完成全部治疗及随访者;④ 主要观察指标缺失、资料不完整者;⑤ 主动要求退出试验者。

1.5 中止标准 ① 试验过程中出现严重不良事件、严重并发症或过敏反应,经评估不宜继续者;② 病情明显恶化或突发其他需紧急处理情况,经研究者判断应终止试验者。

1.6 一般资料 选择 2024 年 7 月—2025 年 7 月就诊于福建中医药大学附属第二人民医院针灸科门诊的 PHN 患者 70 例。采用随机数字表法按 1:1 比例随机分为对照组和观察组各 35 例。最终完成试验并纳入统计分析者共 64 例,其中对照组 31 例,脱落 4 例,包含未完成全部治疗 2 例,评分缺项 2 例;观察组 33 例,脱落 2 例,包含未完成全部治疗 1 例,评分缺项 1 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。本研究经福建中医药大学附属第二人民医院医学伦理委员会审批通过(审批号:SPHFJP-S2024108-1)。

表 1 2 组一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	性别/例		年龄/岁	病程/月
		男	女		
对照组	31	16	15	56.03±12.62	5.00±2.08
观察组	33	15	18	59.24±9.43	4.67±1.74

2 治疗方法

2.1 对照组 普瑞巴林胶囊(浙江华海药业股份有限公司,产品批号:20240115,规格:75 mg×40 粒×1 盒),75 mg/次,2 次/d,餐后 30 min 口服,疗程 4 周。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用浅针治疗。
① 针具:采用由福建省名中医吴炳煌教授研制的浅针,针体总长 13.1 cm,针身 7.8 cm,针柄 5.3 cm,针柄处横断面直径 0.15 cm^[12]。② 取穴:阿是穴、镇静穴与山根穴。其中,阿是穴位于沿原疱疹带两端及其间疼痛点选 3~6 处,穴位间距 ≥ 1 cm;镇静穴位于眉头连线中点上方约 1/3 处;山根穴位于双眼内眦连线正中点^[13-14]。③ 手法:参照《吴氏浅针术》^[15]行平补平泻操作。患者视皮损所在部位选择合适体位,常规消毒,浅针针尖外包一次性无菌薄层棉花。术者右手食指、中指捏持针柄,拇指指腹抵针尾,使针尖垂直轻触所选穴位皮肤。以针尖为圆心,利用中指指甲在针柄上施以均匀力度的“上刮下推”动作,配合拇指推动针尾,使针体围绕该针尖在经穴平面做垂直和不相垂直交替的连续摆动。刮推频率约 60 次/min。规定“一刮一推”为 1 次动作,81 次计 1 个刺激量,每个穴位累计给予 3 个刺激量。每个刺激量后,针尖不离穴位表皮,先拇指指腹轻按针尾 9 下,再以食、中指夹持针柄作逆时针旋转 6 圈。单穴操作约 5 min,每日 1 次,疗程 4 周。治疗由指定的 2 名高年资主治医师操作以减少偏倚。如症状提前痊愈则终止干预。

3 观察指标

3.1 疼痛程度 治疗前和治疗 2 周、治疗 4 周分别采用视觉模拟量表(VAS)^[16]评定。使用 1 条长 10 cm 的游动标尺,两端分别标记为“0”和“10”。其中,“0”端代表“无痛”,“10”端代表“剧痛”。嘱患者根据自身感受在标尺上标出相应位置,从 0 端至标记点的距离(cm)即为疼痛分值。评分越高,表明疼痛程度越剧烈。

3.2 睡眠质量 治疗前和治疗 2 周、治疗 4 周分别采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)^[17]评定。该量表包含 7 个项目,包含主观睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物使用及日间功能障碍,总分范围 0~21 分。评分越高,提示睡眠质量越差。

3.3 焦虑程度 治疗前和治疗 2 周、治疗 4 周分别采用焦虑自评量表(SAS)^[18]评定。该量表共 20 个条目,以原始分求和后 $\times 1.25$ 并取整为标准分,判定标准如下:标准分 < 50 分为正常,50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑, ≥ 70 分为重度焦虑。评分越高提示焦虑程度越严重。

3.4 疗效判定标准 参照 2002 版《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[19]中的临床疗效标准进行判定,并按尼莫地平法计算疗效指数进行评估。
① 痊愈:疗效指数 $\geq 95\%$,疼痛症状基本消失;② 显效:70% \leq 疗效指数 $< 95\%$,疼痛明显改善;③ 有效:30% \leq 疗效指数 $< 70\%$,疼痛好转;④ 无效:疗效指数 $< 30\%$,疼痛无明显减轻。

疗效指数=(治疗前 VAS 评分-治疗后 VAS 评分)/治疗前 VAS 评分 $\times 100\%$

总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$

3.5 不良反应 记录研究期间不良事件的症状、发生和持续时间、处理措施和转归。

4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行数据分析。计量资料经正态性检验后,符合正态分布者以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用两独立样本 t 检验,组内不同时间点比较采用重复测量方差分析,若不满足球形检验,采用 Greenhouse-Geisser 法校正;不符合正态分布者以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,组间比较采用 Mann-Whitney U 秩和检验,组内比较采用 Wilcoxon 符号秩检验;计数资料以($n, \%$)表示,采用 Fisher 确切概率法比较;等级资料采用 Wilcoxon 秩检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

5 结果

5.1 2 组各时间点 VAS、PSQI、SAS 评分比较 见表 2。

表2 2组各时间点VAS、PSQI、SAS评分比较($\bar{x}\pm s$)/ $M(P_{25}, P_{75})$

分

组别	例数	时间	VAS评分	PSQI评分	SAS评分
对照组	31	治疗前	8.0(6.5,9.0)	12.87±1.89	61.90±6.16
		治疗2周	4.0(3.0,6.0) ¹⁾	11.71±1.79 ¹⁾	59.45±6.11 ¹⁾
		治疗4周	3.0(1.5,5.0) ¹⁾	10.32±1.99 ¹⁾	54.90±6.52 ¹⁾
观察组	33	治疗前	8.0(7.0,9.0)	12.70±2.05	62.18±5.42
		治疗2周	3.0(2.0,4.0) ¹⁾²⁾	10.39±2.14 ¹⁾²⁾	55.85±5.43 ¹⁾²⁾
		治疗4周	1.0(1.0,3.0) ¹⁾²⁾	8.82±1.84 ¹⁾²⁾	51.70±5.46 ¹⁾²⁾

注:与治疗前比较,1) $P<0.05$;与对照组同一时间点比较,2) $P<0.05$ 。

5.2 2组疗效比较 观察组总有效率为93.94% 观察组的整体疗效分布优于对照组($Z=-2.327$, $(31/33)$),高于对照组的74.19%(23/31)($P<0.05$); $P<0.05$)。见表3。

表3 2组疗效比较($n, \%$)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	31	1(3.23)	7(22.58)	15(48.39)	8(25.81)	23(74.19)
观察组	33	3(9.09)	16(48.48)	12(36.36)	2(6.06)	31(93.94) ¹⁾

注:与对照组比较,1) $P<0.05$ 。

5.3 2组不良反应发生率比较 2组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表4。

表4 2组不良反应发生率比较($n, \%$)

组别	例数	头晕/嗜睡	皮炎/局部瘙痒	不良反应
对照组	31	4(12.90)	1(3.23)	5(16.13)
观察组	33	4(12.12)	0(0.00)	4(12.12)

6 讨论

PHN属中医“蛇丹愈后痛”“痹证”范畴,其核心病机为毒邪留伏,络脉瘀阻,气血失养^[20]。本研究基于“通络止痛,调神安眠”治疗思路,在普瑞巴林治疗基础上加用浅针干预,通过对比2种方案在缓解疼痛、改善睡眠质量与调节情绪等方面的差异,客观评价浅针疗法对PHN的增效作用。

本研究结果显示,第2周和第4周2组VAS、SAS与PSQI评分均较治疗前下降,证实了基础药物治疗的有效性。而组间比较揭示了联合干预的时效优势,即观察组VAS、SAS与PSQI在治疗2周即已出现更大降幅,至第4周时,其3项核心指标均显著低于对照组。在疗效评价方面,等级资料分析证实联合方案显著优化了疗效分布结构,促进了疗效向痊愈、显效级别的等级转归。相较于临床研究中常见的单一结局评价模式^[21],本研究同步纳入VAS、PSQI及SAS评分,构建了针对PHN患者“痛-失眠-焦虑”恶性循环的综合结局干预体系。此外,浅针局部止痛与调神类腧穴配伍产生的协同调节作用,实现了疼痛、睡眠与焦虑情绪的同步改善。

PHN病位多在皮部及浅层络脉,疼痛沿带状分布。《素问·刺要论篇》谓:“病有浮沉,刺有浅深”^[22],病在皮部与络脉宜施浅刺。浅针为福建省非物质文化遗产,经吴炳煌教授改良推广,并经吴

明霞教授进一步应用于临床。浅针源于《灵枢》九针之“鍉针”,以圆钝针端配合搔刮/下推针柄所致细微震颤为主要刺激,属浅表而持续的体表刺激^[23]。本研究沿原疱疹患处阿是穴随痛带行浅针手法,符合“以痛为腧,病浅刺浅”的选穴和刺法原则。浅针操作简便、无创痛、耐受性好与镇痛作用明确^[24-25]。从现代神经生理学角度分析,浅针的核心在于通过指甲搔刮针柄产生持续、柔和的机械振动波刺激局部皮肤。这种特定的机械振动刺激可能激活皮部粗大的A β 有髓神经纤维^[26]。根据“神经闸门控制学说”,由此产生的传入冲动能够竞争性抑制传递痛觉的C纤维和A δ 纤维,从而在脊髓水平阻断疼痛信号的上传^[27]。同时,浅针产生的细微震颤有助于改善受累区域的微循环,缓解受损神经周围的物理应激状态。普瑞巴林作为钙通道调节剂,主要通过抑制中枢神经系统电压门控钙通道的 α_2 - δ 亚基,减少兴奋性神经递质释放,从而抑制异常神经放电与减轻中枢敏化而发挥镇痛作用^[28]。然而,临床上普瑞巴林通常需从低剂量逐步滴定至目标剂量,这一过程常需1~2周或更久,导致治疗初期存在一定疗效“窗口期”。浅针的即时介入有效填补了药物滴定期的疗效空白,通过外周A β 纤维的物理刺激产生即时镇痛效应,体现了针药结合的增效优势。

PHN患者普遍存在睡眠障碍与焦虑情绪,疼痛、失眠与情绪低落相互影响,相互放大,易形成恶性循环。镇静穴、山根穴等安神类腧穴具有宁心安神、调和气机之功,相关临床与实验研究显示,浅针刺刺激上述穴位可降低PSQI评分,改善睡眠质量^[12,29-30];研究显示其可促进脑部血流灌注,改善

脑部功能,并通过调节交感/副交感平衡改善睡眠^[31-33]。本研究中,观察组 VAS、SAS 与 PSQI 3 项指标同向下降,且改善幅度均优于对照组,提示浅针干预对疼痛、睡眠及情绪可能具有协同调节作用。阿是穴局部针刺有助于减轻患处异常疼痛,减少因夜间疼痛导致的觉醒,从而部分改善因睡眠中断引起的痛觉敏感性升高^[8];同时,配伍镇静穴与山根穴能显著下调皮层电生理兴奋性,并经由中枢神经递质的调节作用,优化大脑情绪环路调节功能,从而缓解焦虑等负性情绪,降低患者对疼痛的过度关注和负性体验^[34-35],这与本研究中 SAS 和 PSQI 同步下降的结果相一致。

综上,口服普瑞巴林联合浅针治疗,可在短期内获得较单药更快且更充分的镇痛效果,并同步改善睡眠状况和焦虑情绪,因其具有创伤小、依从性好的优势,具有一定临床创新性和推广价值。需指出的是,尽管 PSQI 标准评价窗为 1 个月,但本研究增设 2 周观测点旨在捕捉治疗的早期起效动态,且得到同期 VAS 及 SAS 评分显著改善的佐证,客观反映了近期疼痛缓解带来的睡眠改善趋势;而 4 周作为主要终点,其评价时间窗与 PSQI 标准吻合。但本研究还需开展大样本、多中心及远期效应与复发情况研究,未来将结合血清生化指标、神经电生理等技术进一步探讨浅针物理震颤的确切生物学效应。

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] 姬宁宁,夏明. 带状疱疹后神经痛研究进展[J]. 中国疼痛医学杂志,2024,30(7):485-493.
- [3] 皇甫佳欣,沈德新. 带状疱疹后遗神经痛的中西医疗进展[J]. 中国医药导报,2020,17(12):65-68.
- [4] 路清源,吴景东. 中医治疗带状疱疹后遗神经痛的进展[J]. 实用中医内科杂志,2025,39(1):113-115.
- [5] CAO X, SHEN Z Y, WANG X M, et al. A meta-analysis of randomized controlled trials comparing the efficacy and safety of pregabalin and gabapentin in the treatment of postherpetic neuralgia [J]. Pain Ther, 2023, 12(1):1-18.
- [6] 马瑀彤,孙忠人,胡其回,等. 浮针治疗带状疱疹后遗神经痛研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2023,32(6):866-870.
- [7] 唐文龙,张洁,张仁义,等. 不同针法治疗带状疱疹后神经痛的疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2025,44(11):1296-1301.
- [8] 庄璇,林银英,苏少云,等. 浅针配合甲钴胺片治疗带状疱疹后遗神经痛 30 例[J]. 福建中医药,2013,44(4):3-4.
- [9] 纪婷,李俐. 浅针治疗带状疱疹后遗神经痛验案[J]. 中国民间疗法,2021,29(20):108-109.
- [10] 洪天生,吴丹,张建忠,等. “吴炳煌浅针术”治疗慢性失眠的随机对照研究[J]. 世界睡眠医学杂志,2023,10(3):467-470.
- [11] 申金铭,张丽瑛,张捷,等. “吴炳煌浅针术”的即时效应机制研究[J]. 亚太传统医药,2021,17(11):84-89.
- [12] 何湏,陈芷洁,陈秀明,等. 浅针刺激镇静、山根穴治疗原发性失眠 29 例[J]. 福建中医药,2024,55(3):56-59.
- [13] 邱雅昌. 董氏奇穴实用手册[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:154-155.
- [14] 郝金凯. 针灸经外奇穴图谱[M]. 北京:中国科学技术出版社,2019:105.
- [15] 吴明霞. 吴氏浅针术[M]. 福州:福建科学技术出版社,2022:17-19.
- [16] 万丽,赵晴,陈军,等. 疼痛评估量表应用的中国专家共识(2020版)[J]. 中华疼痛学杂志,2020,16(3):177-187.
- [17] 刘贤臣,唐茂芹,胡蕾,等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华精神科杂志,1996,29(2):103-107.
- [18] 段泉泉,胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志,2012,26(9):676-679.
- [19] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:163-168.
- [20] 薛纯纯,谢磊,李晓峰,等. 带状疱疹后神经痛从络论治体会[J]. 上海中医药杂志,2023,57(7):30-33.
- [21] SACHAU J, SENDEL M, PÉCHARD M, et al. Patient reported outcome measures in chronic neuropathic pain clinical trials—a systematic literature review [J]. J Pain, 2023, 24(1):38-54.
- [22] 黄帝内经素问[M]. 田代华,整理. 北京:人民卫生出版社,2005:101.
- [23] 黄之光. 黄廷翼浅针术[M]. 福州:福建科学技术出版社,1991:1-7.
- [24] 陈梅芳,蔡怡安,黄世华,等. 黄氏浅针联合自拟中药方治疗寒湿痹阻型颞下颌关节紊乱综合征的效果观察[J]. 医学理论与实践,2024,37(11):1884-1886.
- [25] 朱雅雅,洪昆达,黄少华,等. 浅针、放血配合护理干预急性期膝骨性关节炎的疗效观察[J]. 按摩与康复医学,2018,9(10):64-65.
- [26] CASALE R, HANSSON P. The analgesic effect of localized vibration: a systematic review. Part 1: the neurophysiological basis [J]. Eur J Phys Rehabil Med, 2022, 58(2):306-315.
- [27] BRAZ J, SOLORZANO C, WANG X D, et al. Transmitting pain and itch messages: a contemporary view of the spinal cord circuits that generate gate control [J]. Neuron, 2014, 82(3):522-536.
- [28] TAYLOR C P, ANGELOTTI T, FAUMAN E. Pharmacology and mechanism of action of pregabalin: the calcium channel $\alpha 2-\delta$ ($\alpha 2$ - δ) subunit as a target for antiepileptic drug discovery [J]. Epilepsy Res, 2007, 73(2):137-150.
- [29] 付慧中,方月龙,蔡树河,等. 浅针联合艾司唑仑治疗肝郁化火型失眠患者的随机对照试验[J]. 针刺研究,2022,47(12):1107-1112.
- [30] 郑晓艳,王雪方. 浅针治疗慢性心力衰竭患者失眠症状临床观察[J]. 亚太传统医药,2023,19(8):90-93.
- [31] 赵明. 董氏三穴合用治疗失眠疗效及安全性评价[J]. 中国中医基础医学杂志,2017,23(2):252-253,280.
- [32] 龚德贵,黄国芳. 浅针在治疗失眠中的特殊作用[J]. 福建中医药,2012,43(2):50-52.
- [33] 陈秀明,何湏,詹正烜,等. 浅针疗法对原发性失眠自主神经功能的影响[J]. 河南中医,2023,43(1):130-134.
- [34] 郑美凤,郑国尧,何芙蓉,等. 浅针山根穴治疗原发性失眠静息态功能磁共振研究[J]. 福建中医药大学学报,2014,24(4):5-9.
- [35] 林栋,黄晓真,庄婉玉,等. 基于近似熵及关联维度对浅针疗法干预失眠患者脑电数据的提取及分析[J]. 针刺研究,2018,43(3):180-184.