

◆ 临证医案 ◆

热敏灸诱发带状疱疹后遗神经痛加重反应医案1则

苏健邦¹, 刘莉¹, 王仲黎¹, 刘纯燕², 徐振华³

1. 广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广东 广州 510006

2. 广东省中医院, 广东 广州 510120

3. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510405

[关键词] 带状疱疹后遗神经痛; 热敏灸; 不良反应

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2026) 14-0181-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.14.027

带状疱疹后遗神经痛是水痘-带状疱疹病毒感染所致的最常见并发症, 表现为皮疹消退后疼痛持续超过3个月的慢性神经病理性疼痛^[1]。其临床表现是多样化的, 包括烧灼痛、痒痛、锐痛或刺痛, 严重影响患者的日常生活、睡眠、情绪和社交功能, 显著降低其生活质量。在带状疱疹后遗神经痛的流行病学研究方面, 我国大样本人群荟萃分析结果表明, 带状疱疹后遗神经痛发病率约为12.6%, 发病率与年龄密切相关, 尤其在老年人群中更为常见和严重^[2]。带状疱疹后遗神经痛的防治策略包括提高免疫力、接种疫苗(如Shingrix重组亚单位疫苗已被证明可显著降低带状疱疹后遗神经痛的发病率和严重程度)^[3]、药物镇痛(如普瑞巴林、阿米替林、利多卡因贴剂等)及介入治疗。中医外治法如针刺、艾灸、刺络放血等因其独特的疗效和较小的副作用, 也被广泛应用于带状疱疹后遗神经痛的临床治疗^[4]。

热敏灸技术是建立在传统艾灸基础上的现代艾灸技术, 其核心在于热敏化腧穴(热敏点)的选择和施灸量的个体化, 通过规范化操作手法激发透热、扩热、传热、肢端热、胃肠蠕动反应、皮肤扩散性潮红等全身或局部反应以实现“气至病所”, 从而显著提升治疗效果。该疗法强调根据每个患者的个体差异, 施以饱和灸量, 即施灸至热敏现象消退或消失为止, 以确保疗效的最大化。临床研究已证实, 热敏灸疗法在治疗带状疱疹后遗神经痛方面具有较好的疗效^[5-7]。

笔者在临床中应用热敏灸治疗1例带状疱疹后遗神经痛患者, 患者3次治疗均出现诱发疼痛加重的反应。提示在病程长、神经敏化显著的带状疱疹后遗神经痛患者中, 热敏灸并非无条件适用。目前, 关于热敏灸诱发带状疱疹后遗神经痛疼痛加重的个案报道及其机制分析的文献报道较少, 临床缺乏明确警示。基于

[收稿日期] 2025-12-24

[修回日期] 2026-06-04

[基金项目] 广东省中医药局科研项目(20243008)

[作者简介] 苏健邦(1999-), 男, 硕士研究生。

[通信作者] 徐振华(1970-), 男, 医学博士, 主任医师。

此,本研究通过报道该例热敏灸诱发带状疱疹后遗神经痛疼痛加重的典型病例,结合相关文献,从神经敏化及中医理论角度对其潜在机制进行分析,并进一步探讨不同病机状态下热敏灸的应用时机与治疗顺序,以期带状疱疹后遗神经痛患者灸法的安全、规范应用提供参考。

1 医案

患者,女,59岁。主诉:右侧胸背部带状疱疹后疼痛6年余,加重3天。2025年3月27日入住广东省中医院针灸科治疗。患者自2018年11月右胸背部带状疱疹皮疹消退后,即遗留间歇性右侧胸背、胸骨疼痛,疼痛易受天气变化诱发。入院症见:右侧胸背部、胸骨持续酸胀闷痛,间中出现放电样刺痛,翻身、转侧活动时疼痛明显。纳可,眠差,需药物助眠,大便每天2次,色黄质软,小便调。舌质暗、舌下络脉迂曲、舌苔白,脉弦。体格检查:胸骨上段可见少许褐色色素沉着,无皮疹水疱,局部肤温正常,局部痛、触觉敏感,右侧胸大肌肌肉紧张,附着点压痛(+),右侧胸椎 $T_3 \sim T_7$ 棘突旁压痛(+),入院时视觉模拟评分法(VAS)评分7分。西医诊断:带状疱疹后遗神经痛。中医辨证:蛇串疮(气滞血瘀证)。治则:行气活血,化瘀止痛。

初始治疗阶段(第1~4天)。基于患者主诉、西医诊断及中医辨证。治疗以行气活血,化瘀止痛并举为基本策略。入院后住院医师给予中西医综合治疗方案:西医予口服普瑞巴林以缓解神经病理性疼痛;中医予针刺联合皮内针治疗。体针选取曲池、内关、外关、后溪、列缺、合谷,配合血海、阳陵泉、足三里、三阴交、照海、申脉、足临泣、太冲等穴;皮内针选取①心俞、肝俞;②膈俞、胆俞。2组交替应用,留针3天。经连续治疗4天后,患者疼痛症状明显缓解,VAS评分由7分降至3分。

放电样疼痛显著减少,翻身及转侧时诱发痛明显减轻,睡眠较前略有好转,但仍需药物辅助,胸骨柄闷痛仍持续存在,舌质仍偏暗、舌下络脉迂曲、舌苔薄白,脉弦,较前变化不显。

平台期(第5~6天)。随后2天内,继续维持初始治疗阶段的中西医综合治疗方案:口服普瑞巴林剂量同前,针刺联合皮内针治疗取穴及操作方法不变。患者症状未见进一步改善,胸背部酸胀痛及放电样刺痛未再加重,胸骨柄区域闷痛同前,VAS评分3分,睡眠仍依赖助眠药物,舌质暗、舌下络脉迂曲、苔薄白,脉弦涩。提示主要致痛因素虽已部分缓解,但仍存在残余病邪未清、络脉未畅之状态,治疗效果出现阶段性停滞。针对该情况,临床需进一步评估当前病机所处阶段,并考虑在原有治疗基础上优化干预策略,以使残余病理状态得到改善。

热敏灸干预阶段(第7~9天)。鉴于患者前期治疗后疼痛明显缓解但仍残留持续性隐痛,提示处于“邪去未尽、络脉未通”的阶段,结合热敏灸具有激发经气、透达病所、促进气血运行的特点,既往研究也提示,热敏灸对带状疱疹后遗神经痛具有一定疗效。故在充分告知患者治疗特点及可能反应后,决定于原治疗基础上加用热敏灸干预,以期进一步改善残余疼痛。操作方法:选用常规艾条,灸距约3 cm,于督脉 $T_3 \sim T_7$ 椎体区域运用循经、回旋、雀啄、温和组合手法进行热敏点探查,最终在 T_5 棘突下探寻到热敏点。施灸反应:施灸过程中患者出现透热、传热等经气传导现象,温热感迅速传至病变区域。灸至4~5 min时,患者胸骨柄出现持续性刺痛及闷痛,VAS评分升至4~5分;继续施灸至8~10 min时,胸骨柄右侧出现间断性刺痛,此后约每4~6 min发

作1次, VAS评分在3~6分之间波动(胸骨柄持续性刺痛及闷痛持续存在);施灸约20 min时患者仍感疼痛明显,难以耐受,遂终止治疗。反应特点:施灸诱发的胸骨柄刺痛及隐痛在停灸后4~5 min内逐渐缓解直至消失(VAS 0分);胸骨柄闷痛在停灸后约8~10 min恢复至施灸前水平(VAS 3分)。依据热敏灸“敏消量足”的操作要求,随后2天在相同操作规范及灸量条件下重复治疗,患者反应均与首次一致,表现为施灸过程中疼痛即刻诱发并加重,停灸后可于短时间内自行缓解,在热敏灸干预的3天期间,患者疼痛不适及睡眠情况均无明显改善。舌质暗红、舌下络脉迂曲明显,苔薄黄,脉弦数。

上述现象提示当前机体对温热刺激处于异常敏感状态,尝试的温通治疗策略可能与当前病机状态并不匹配。

方案调整阶段(第10~12天)。鉴于连续3次热敏灸均诱发疼痛加重,且呈现可重复性与刺激依赖性特征,提示该反应并非偶发不良事件,而更可能与当前病理状态密切相关。遂于住院第10天主任查房时对治疗方案进行重新评估。徐振华教授结合患者病程长、辨证属气滞血瘀及热敏灸诱发疼痛加重的表现,认为当前以瘀阻为主,温热刺激可能加重局部病理状态,故暂停热敏灸治疗,改用刺络放血疗法,其余治疗方案同前。具体操作:于心俞(第5胸椎棘突下,旁开1.5寸)周围探查瘀络并行刺络放血治疗。治疗效果:经连续治疗2天后,患者疼痛症状明显改善,胸骨柄疼痛VAS评分由3分降至1分,刺痛及闷痛的强度和发作频率均显著降低。患者于住院第12天出院,自诉症状明显缓解,翻身及体位改变时疼痛基本不诱发,VAS评分1分,入睡较前容易,夜间觉醒次数减少,可减少助眠药使用,

舌质稍暗、舌下络脉迂曲较前减轻,苔薄微黄,脉弦缓。

出院后第12周电话随访,患者诉胸骨柄区域刺痛及闷痛较出院时进一步改善,VAS评分维持在1分左右。期间未接受其他相关治疗。疼痛发作频率明显降低,约每月1~2次,仅在天气骤冷或阴雨时可增至每月3~4次,对日常生活及工作无明显影响。

2 讨论

带状疱疹后遗神经痛是一种典型的慢性神经病理性疼痛,该疾病的发生与外周及中枢神经系统敏化密切相关^[8]。在外周层面,受损的初级传入神经纤维的功能发生异常改变,表现为神经纤维膜上电压门控钠通道的表达和分布发生异常上调和重塑,从而导致受损神经元处于高兴奋状态,自发产生高频率的异位放电被持续地传递至中枢神经系统,成为持续性自发痛的重要外周来源^[8]。在中枢层面,来自外周的持续、高强度的伤害性输入不断刺激脊髓背角,导致中枢敏化(或称脊髓背角神经元的可塑性改变)的发生。同时,脊髓中的抑制性通路的功能显著减退^[8]。这种“兴奋增强,抑制减弱”的失衡进一步加剧了神经元的过度兴奋。最终结果是,轻微的触摸即可激活痛觉通路,导致典型的异常性剧烈疼痛。

热敏灸是悬灸热敏穴位,通过激发透热、扩热、传热、非热觉、身烘热、喜热、面红(或额汗出)、肢端热、胃肠蠕动反应、皮肤扩散性潮红等艾灸得气反应,从而提高艾灸疗效^[9]。根据临床报道,艾灸的主要不良反应包括水泡、瘙痒、头晕、过敏、口干和烫伤等^[10-13]。热敏灸的主要不良反应包括水泡^[14]、头晕^[15]、红疹^[16]、腹肌紧张^[17]等,而该疗法用于带状疱疹后遗神经痛患者的不良反应报道较少^[18],申淑娴^[19]报道治疗组中1例出现胃部不

适, 1例出现头晕。

本例患者带状疱疹后遗神经痛病程已达6年, 疼痛反复发作并且易受环境变化影响, 提示其神经系统可能已处于高度敏化状态。在此情况下, 热敏灸作为以温热刺激为主要干预方式的疗法, 虽可在多数患者中发挥温通止痛作用, 但在本例中却反复诱发疼痛加重, 提示其在特定病理状态下可能由治疗性刺激转变为致痛性刺激。从机制上分析, 温热刺激可能通过激活热敏感受器(如TRPV1通道)诱发外周神经异常放电。在神经损伤及炎症状态下, 该通道的表达和功能会显著上调, 激活温度阈值会降低^[20], 即使原本非伤害性的温热刺激也可能通过激活这些敏化的TRPV1受体, 产生异常的伤害性信号。同时, 在中枢敏化背景下, 来自外周的刺激进一步被放大, 最终表现为明显的疼痛加重。这一机制可解释本例患者在热敏灸施灸过程中即刻出现明显疼痛加重, 且停灸后疼痛逐渐缓解的临床现象, 亦提示其疼痛诱发与温热刺激之间具有较为直接的关联。

从中医角度分析, 本例患者病程迁延, 久病入络, 气机郁滞, 瘀血内阻, 舌质暗、舌下络脉迂曲、舌苔白、脉弦, 辨证属气滞血瘀证。气滞则血行不畅, 瘀血阻络, 经脉闭阻, 不通则痛, 故见胸背及胸骨部位持续性疼痛反复发作。在治疗过程中, 虽经针刺及药物干预后疼痛虽有所缓解, 但舌质长期偏暗、舌下络脉迂曲未见明显改善, 提示瘀阻络脉这一核心病机仍未解除, 亦从动态舌脉变化角度印证了“邪去未尽、络脉未通”的病理状态。

徐振华教授认为, 灸法虽为温通之法, 然本例患者以瘀血阻络为主, 且病程较长, 局部络脉失养, 气血运行不畅。在瘀阻未解的状态下施以温热刺激, 易使局部气血运行一时亢奋, 但瘀血未去, 反致“行而不畅”, 甚至可

能出现“瘀热互结”, 使经络壅滞加重, 从而诱发或加剧疼痛。在热敏灸干预阶段, 患者舌质由暗转为暗红, 舌下络脉迂曲加重, 苔由薄白转为薄黄, 脉象由弦涩转为弦数, 提示在温热刺激作用下, 原有瘀阻基础上可能出现“瘀久化热”或“瘀热互结”, 有逐渐化热的趋势。该舌脉变化与疼痛加重的临床表现相互印证, 表明此时温热之法非但未能通络, 反而可能加重局部气血壅滞。正如《灵枢·痈疽》所言:“营气稽留于经脉之中, 则血泣而不行, 不行则卫气从之而不通, 壅遏而不得行, 故热。”^[21]结合本例在热敏灸过程中疼痛即刻加重、停灸后迅速缓解的表现, 提示该反应并非单纯“灸量不足”或“操作不当”, 故在住院第10天暂停热敏灸治疗, 又因前期针刺及药物治疗均已进入平台期, 而主要矛盾为“络瘀未解”, 故未以调整针刺方案与药物治疗方案作为主要应对策略。

《临证指南医案·诸痛》^[22]言“盖久痛必入于络, 络中气血, 虚实寒热, 稍有留邪, 皆能致痛”, 徐振华教授认为本病属“络病”范畴, 故在此基础上, 改用刺络放血疗法, 以直接祛除瘀血、疏通络脉, 且必须要寻找到最明显的瘀络刺之, 强调放血量要以放出的血从深紫红色、暗黑色变为鲜红色为度, 《素问·刺腰痛》曰:“刺解脉, 在郄中结络如黍米, 刺之血射以黑, 见赤血而已。”^[23]方可将此疗法的疗效最大化。《素问·缪刺论》亦提出:“因视其皮部有血络者, 尽取之。”^[23]强调病在络者当取血络而治。《素问·针解》又云:“菀陈则除之者, 出恶血也。”^[23]为刺络放血祛除瘀血提供了理论依据。刺络放血可直接祛除瘀血, 疏通经络, 使气血运行恢复通畅, 从而为后续治疗创造条件。本例中改用刺络放血后疼痛明显缓解, 亦从临床上印证了“瘀去则通,

通则不痛”。

在具体选穴上,取心俞行刺络治疗,既符合背俞理论,又契合病位特点。《素问·至真要大论》言:“诸痛痒疮,皆属于心。”^[23]心主血脉,而心俞是足太阳膀胱经上的穴位,作为心的“背俞穴”,是心气输注于背部的特定点,具有调理心气、通达胸络之效,可治疗与心脏和神志相关的疾病。患者疼痛位于胸骨及胸前区域,《外台秘要方》^[24]曰:“心俞……主寒热心痛,循循然与背相引而痛,胸中悒悒不得息。”且其所在节段(约T₅)与本例疼痛分布区域(T₃~T₇)相近,又是当时探寻到热敏点的部位。既可反映局部病变,又便于刺络取瘀,符合“近部取穴”与“病在络取之血络”的原则。该取穴思路体现了经络-脏腑-病位三者统一的治疗原则。

刺络放血治疗后患者疼痛明显缓解,VAS评分由3分降至1分,刺痛基本消失,闷痛显著减轻,同时舌质由暗红转为稍暗,舌下络脉较前减轻,苔由黄转为微黄,脉象由弦转为弦缓。症状改善与舌脉转归相一致,从“主观症状”与“客观舌脉”两个层面共同印证了瘀阻状态的缓解。徐振华教授临床强调,对气滞血瘀证的顽固性疼痛患者,应遵循“祛瘀后方可温通”的治疗原则。本例的诊疗过程及疗效转归,正是该经验的具体体现。

后经请教热敏灸技术创始人陈日新教授,指出带状疱疹后遗神经痛的治疗,若患者存在实证(如本例的气滞血瘀),应先应用刺络放血等方法去除患者的瘀、热、毒等病邪,再行热敏灸治疗才能取得较好疗效。本案中后续对该患者的治疗也印证了该观点。因此,在带状疱疹后遗神经痛病程较长、以气滞血瘀为主要病机且可能合并神经敏化的患者中,治疗顺序尤为关键。若在瘀阻未解、疼痛阈值降低的状态

下过早采用温热刺激,可能诱发或加重疼痛反应。相较之下,先行刺络放血以疏通络脉、改善局部瘀阻状态,再根据病情变化酌情选择温通之法,或更符合该类患者的病机特点。

3 结语

带状疱疹后遗神经痛病程迁延,病机复杂,多与络脉瘀阻及神经敏化相关,属虚实夹杂、动态演变之过程。本例患者以络瘀为主,在瘀阻未解状态下施以温热刺激,反致气血壅滞、瘀热互结,从而诱发疼痛加重。徐振华教授立足“络病”理论,强调以瘀为要,临证提出“先祛瘀,后温通”的治疗原则,提出通过刺络放血以疏通络脉、畅达气血,再酌情施以温通之法,以复经络之通。本例针刺、热敏灸及刺络放血治疗的先后转归,充分体现了病机辨识与治疗顺序相结合的重要性。提示临床在应用热敏灸时,应重视病机判断与个体差异,动态评估其适用时机,以提高疗效并保障安全性。

[参考文献]

- [1] JOHNSON R W, RICE A S C. Postherpetic Neuralgia[J]. N Engl J Med, 2014, 371(16): 1526-1533.
- [2] ZHANG Z, LIU X, SUO L, et al. The incidence of herpes zoster in China: A meta-analysis and evidence quality assessment[J]. Human Vaccines & Immunotherapeutics, 2023, 19(2): 1-9.
- [3] 范婷,李新刚,赵志刚. 新型带状疱疹重组亚单位疫苗Shingrix的研究进展[J]. 中国生物制品学杂志, 2019, 32(7): 814-818.
- [4] 黄石玺,毛湄,浦晶晶,等. 毫火针配合温和灸治疗带状疱疹后神经痛临床研究[J]. 中国针灸, 2014, 34(3): 225-229.
- [5] 周萍,孔舒玲,胡凤鸣. 热敏灸疗法对带状疱疹患者疼痛及生活质量的疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2021, 43(2): 242-243.
- [6] 梁美爱,段权. 热敏灸治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(6): 186-188.
- [7] 湛莉媚,熊学平. 热敏灸法联合常规方法治疗带状疱疹后遗神经痛50例临床观察[J]. 江苏中医药, 2008, 40(10): 65.
- [8] JOHNSON R W, WASNER G, SADDIER P, et al. Postherpetic neuralgia: epidemiology, pathophysiology and management[J]. Expert Review of Neurotherapeutics, 2014, 7(11): 1581-1595.
- [9] 世界中医药学会联合会热敏灸专业委员会. 热敏灸技术操作规

- 范[J]. 世界中医药, 2017, 12(8): 1959-1964.
- [10] 陈泽鹏(CHAN Chak-pang Lawrence). 岭南传统天灸5号方治疗慢性功能性便秘的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [11] 曾丽婷, 陶怡妹, 徐慧萍. 督脉灸法干预气滞血瘀型盆腔炎性疾病患者的护理效果、安全性观察[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2024, 11(21): 70-72.
- [12] 刘新娟. 八髎穴温针灸治疗阳痿31例[J]. 光明中医, 2017, 32(15): 2227-2229.
- [13] 周悦, 马天一, 庞祖宜, 等. 艾炷灸晕灸2例分析[J]. 中国针灸, 2020, 40(12): 1361-1362.
- [14] 叶丽玮. 热敏灸治疗肩周炎(风寒湿型)临床疗效观察[D]. 济南: 山东中医药大学, 2016.
- [15] LI J, LIU G. Therapeutic effect of heat-sensitive moxibustion plus medications for senile osteoporosis and its effect on serum BMP-2 and OPG levels[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science, 2020, 18(3): 213-218.
- [16] 徐璐. 热敏灸对变应性鼻炎患者症状及生活质量的影响[D]. 广州: 广州中医药大学, 2016.
- [17] 龚燕, 楚佳梅, 陈立群. 热敏灸联合针刺治疗脑卒中气阴两虚型便秘30例临床观察[J]. 中医杂志, 2014, 55(10): 862-864.
- [18] 王艳萍, 商洪才, 王飞, 等. 热敏灸治疗带状疱疹后神经痛疗效与安全性的系统评价和Meta分析[J]. 光明中医, 2021, 36(5): 675-680.
- [19] 申淑娴. 中药热奄包联合热敏灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效及对T淋巴细胞亚群的影响[D]. 南昌: 江西中医药大学, 2021.
- [20] CATERINA M J, SCHUMACHER M A, TOMINAGA M, et al. The capsaicin receptor: a heat-activated ion channel in the pain pathway[J]. Nature, 1997, 389(6653): 816-824.
- [21] 佚名. 黄帝内经灵枢[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1997: 125.
- [22] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 455.
- [23] 佚名. 黄帝内经素问[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1997: 66, 82, 99, 154.
- [24] 王焘. 外台秘要方[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 737.

(责任编辑: 刘淑婷)