

DOI: 10.12209/CAIM202605200008

· 中西医结合临床案例 ·

耳尖放血联合耳穴疗法改善 1 例 高龄带状疱疹后遗留神经痛的护理体会

孙香圆¹, 刘素珀², 周松飞², 刘 迎³, 李薇薇³

(1. 北京市回民医院 老年病科, 北京, 100054;

2. 中国中医科学院广安门医院南区 护理部, 北京, 102618;

3. 中国中医科学院广安门医院南区 脑病针灸康复科, 北京, 102618)

摘要: 本文总结 1 例耳尖放血联合耳穴疗法改善高龄带状疱疹后遗神经痛患者中西医结合护理的经验。在常规护理基础上, 实施以耳尖放血及耳穴贴压为主的中医特色护理, 配合中药内服、针灸等中医治疗, 并针对高龄患者特点实施了多重用药管理、跌倒预防等专项护理措施。干预 2 周后, 患者 NRS 疼痛评分从 6 分降至 2 分, PSQI 睡眠质量评分从 17 分降至 6 分, SAS 焦虑评分从 75 分降至 52 分, Barthel 指数从 60 分升至 85 分, 未发生不良事件。表明耳尖放血联合耳穴疗法可安全有效地缓解高龄带状疱疹后遗神经痛, 改善患者睡眠与情绪, 值得临床借鉴推广。

关键词: 耳尖放血; 耳穴疗法; 带状疱疹后遗留神经痛; 痰瘀化热证; 中医护理

Nursing Experience of Ear Apex Bloodletting Combined with Ear Acupoint Therapy in Improving Postherpetic Neuralgia in an Elderly Patient

SUN Xiangyuan¹, LIU Supo², ZHOU Songfei², LIU Ying³, LI Weiwei³

(1. Department of Geriatric Medicine, Beijing Hui Min Hospital, Beijing, 100054;

2. Department of Nursing, South Campus of Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical
Sciences, Beijing, 102618;3. Department of Brain Disease, Acupuncture and Rehabilitation, South Campus of Guang'anmen Hospital,
China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 102618)

ABSTRACT: This article summarizes the experience of integrated traditional Chinese and Western nursing care for an elderly patient with postherpetic neuralgia treated with ear apex bloodletting combined with ear acupoint therapy. Based on standard nursing care, a distinctive TCM nursing approach focusing on ear apex bloodletting and ear acupoint pressure was implemented, complemented by oral Chinese herbal medicine and acupuncture treatments. Specialized nursing measures were also applied according to the characteristics of elderly patients, including multiple medication management and fall prevention. Two weeks after intervention, the patient's NRS pain score decreased from 6 to 2, PSQI sleep quality score dropped from 17 to 6, SAS anxiety score reduced from 75 to 52, and Barthel index improved from 60 to 85, without any adverse events. The results indicate that ear apex bloodletting combined with ear acupoint therapy is safe and effective in alleviating postherpetic neuralgia in the elderly, improving sleep and emotional well-being, and thus merits clinical application and promotion.

KEY WORDS: ear apex bloodletting; ear acupoint therapy; postherpetic neuralgia; phlegm-stasis-heat syndrome; Traditional Chinese Medicine nursing

带状疱疹后遗神经痛 (postherpetic neuralgia, PHN) 是指带状疱疹皮疹愈合后疼痛持续 ≥ 1

个月, 是带状疱疹最常见的并发症之一^[1]。流行病学资料显示, 约 29.8% 的带状疱疹患者会发展

收稿日期: 2026-05-20

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

为 PHN,且发病率随年龄增长显著升高^[2]。老年患者因免疫功能衰退、神经修复能力下降,疼痛更为顽固,会严重影响生活质量^[3]。西医常规采用钙通道调节剂、营养神经药物等方案治疗,部分患者疗效有限,且存在不良反应发生风险^[4]。中医认为 PHN 的核心病机为带状疱疹后期余邪未净、气机阻滞、瘀血内阻,即“不通则痛”,老年患者又常兼肝肾亏虚,即“不荣则痛”,临床以气滞血瘀、热毒残留证最为多见^[5]。耳尖放血可清热泻火、活血通络,耳穴贴压可调节脏腑气血、镇静止痛,二者联合契合中医“菟陈则除之”的治则^[6]。本例以耳尖放血联合耳穴疗法为主,配合中西医结合护理,取得满意效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女,87 岁,因“右侧头面部疼痛 24 d”于 2026 年 04 月 12 日收治入院。患者 24 d 前出现右侧头面部簇集性疱疹,伴剧烈疼痛,外院诊断为“带状疱疹”,予抗病毒等治疗后疱疹逐渐结痂,但疼痛未缓解。刻下表现为右侧头面部持续性灼痛,阵发性电击样加重,每次持续 2~6 min,夜间尤甚,严重影响睡眠。既往史:腔隙性脑梗死病史 4 年,双下肢静脉曲张 30 余年,直肠癌术后 4 年,左眼人工晶体植入术后 20 余年。过敏史:土霉素过敏。

1.2 体格检查

西医查体:体温(T)36.8℃,脉搏(P)70 次/

min,呼吸(R)16 次/min,血压(BP)130/80 mmHg。神志清楚,精神偏弱,右侧睑裂以上面部浅感觉减退,其余神经系统检查未见异常。

中医查体:望之面色少华,右侧头面部可见簇集性疱疹已结痂,基底红肿;舌质暗红,苔薄白腻,舌下脉络青紫重度迂曲。问之疼痛固定、灼热感,伴心烦、寐差;切之脉弦滑。

1.3 辅助检查

白细胞 3.0×10⁹/L,淋巴细胞 0.7×10⁹/L;D-二聚体 1204 ng/mL;同型半胱氨酸 20.2 μmol/L;双下肢血管彩超示双下肢动脉硬化伴多发斑块形成,左侧小腿肌间静脉局部血栓形成。

1.4 诊断

中医诊断:蛇串疮(痰瘀化热证);西医诊断:带状疱疹后遗神经痛。

1.5 治疗

患者入院后接受中西医结合治疗,共住院 14 d。中医治疗:耳尖放血(双耳交替,3 次/周)、耳穴贴压(神门、交感及皮质下等穴,每日按压 3~5 次)、中药内服(化痰通络清热方,1 剂/d)、针灸(5 次/周)及关元灸、神阙贴敷等。西医治疗:口服普瑞巴林、甲钴胺、利伐沙班及阿托伐他汀,配合疼痛管理、跌倒预防、出血监测、睡眠情志护理及自理能力训练等专项护理。治疗结果:患者住院期间,采用中西医结合治疗联合专项中医特色护理,至 04 月 26 日出院时整体病情全面好转,具体转归如表 1 所示。

表 1 疗效评估

评估维度	评估指标	入院时	出院时
疼痛症状	疼痛性质与频次	右侧头面部持续性灼痛,每日阵发性电击样疼痛发作 10~12 次,单次持续 2~6 min,夜间剧痛难眠	每日发作 2~3 次,电击样程度明显减轻,无持续性剧烈灼痛,仅残留轻微酸胀不适
	NRS	6 分(重度)	2 分(轻度)
	触诱发痛	头面部痛觉敏感,触碰诱发剧痛	基本消失
睡眠质量	PSQI	17 分(重度睡眠障碍,连续睡眠<2 h,频繁痛醒)	6 分(连续安稳睡眠约 6 h,夜间觉醒 0~1 次)
焦虑情绪	SAS	75 分(重度焦虑,惧怕疼痛发作,担忧预后,烦躁)	50 分(焦虑大幅缓解,恐惧烦躁基本消退,情绪平和,康复信心提升)
中医证候	面色/皮损	面色少华,疱疹基底红肿	面部红肿消退
	舌象	舌质暗红、苔薄白腻,舌下脉络重度青紫迂曲	舌色转淡,苔腻减轻,舌下青紫迂曲明显平复
实验室指标	D-二聚体	1204 ng/mL(血液高凝状态)	344 ng/mL
自理能力	BI	60 分(中度功能障碍,洗漱、进食、起身等需协助)	85 分(进食、穿衣、洗漱、室内短距离行走可独立完成)
安全与并发症	出血/跌倒/感染	高龄+长期口服利伐沙班,出血跌倒双高风险	全程无皮下血肿、牙龈出血、黑便、皮肤感染、跌倒坠床;放血及疱疹区域愈合良好
短期随访	出院 2 周电话随访 /		疼痛无复发加重,睡眠情绪平稳,自理状态稳定,无灼痛及电击样神经痛复发

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 生理评估

①疼痛评估:采用数字疼痛评分法(NRS)评估^[1],患者入院时评分6分,属于重度疼痛,疼痛性质为持续性灼痛伴阵发性电击样加重,疼痛部位固定。②睡眠质量评估:采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评估^[8],患者入院时总分17分,属于严重睡眠障碍。③日常生活能力评估:Barthel指数60分,属于中度功能障碍。④皮肤:老年皮肤弹性回缩时间>3 s,血管脆性较高;头面部疱疹基底充血,存在感染风险;耳廓皮肤较薄,同时使用抗凝药物叠加放血有创操作,穿刺创面愈合缓慢。

2.1.2 心理社会评估

①心理评估:采用焦虑自评量表(SAS)评估^[9],患者入院时总分75分,属于重度焦虑,表现为对剧烈疼痛感到恐惧,对疾病预后存在担忧。②社会支持:患者家庭关系和睦,子女轮流探视,情感支持系统良好。③认知:患者神志清楚,能够有效沟通,对治疗护理配合度较高。

2.1.3 高风险专项评估

①跌倒风险评估:Morse跌倒风险评分65分,属于高风险。②出血风险评估:依据抗凝治疗护理评估规范,患者口服利伐沙班,叠加耳尖放血有创操作,出血风险量表评定为高危。护理重点观察皮肤渗血、瘀斑、牙龈出血及黑便等体征;药物药理及配伍评估由医师完成。

2.2 护理诊断

急性疼痛:与瘀瘀化热、经络阻滞,“不通则痛”有关;睡眠形态紊乱:与头面部灼痛、电击样疼痛刺激,高龄生理性睡眠结构改变有关;焦虑:与剧烈疼痛、对疾病转归担忧有关;有受伤的风险(跌倒/坠床):与高龄体弱、下肢静脉病变及药物所致头晕不良反应有关;皮肤完整性受损的风险:

与高龄皮肤薄弱、放血有创操作及疱疹区域病变有关;潜在并发症:出血,与使用抗凝药物利伐沙班有关;自理能力下降:与疼痛、乏力导致活动受限有关。

2.3 护理计划

根据患者的护理评估结果与明确的护理诊断,结合其高龄、多病共存、服用抗凝药物及存在跌倒风险等实际情况,制定如下个体化护理计划,预期在2周住院期间或出院时达到以下护理目标(详见表2)。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 耳尖放血

操作流程:消毒耳廓耳尖部位,备好采血针、干棉球;采用双耳交替操作,3次/周,快速点刺耳尖约2 mm;挤出血液5~10滴,待血色转红后停止操作;使用干棉球加压按压2 min止血,告知患者24 h内耳部禁水;次日查看穿刺处有无渗血、血肿。

个性化操作要点:频次与交替:双耳交替进行,3次/周,总疗程共6次。避免同一侧耳尖短时间内反复刺激,以减少局部损伤及感染风险。深度控制:快速点刺,深度严格控制在约2 mm,老年患者耳廓组织薄、血管脆性大,过深易导致皮下血肿。出血量与终点判断:挤出暗红色血液5~10滴,直至血色变为鲜红为止,对应中医“菀陈去,新血生”的理论,此为判断“瘀热得泻”的操作终点。关键安全措施(针对口服利伐沙班):因患者口服抗凝药利伐沙班^[4],操作后采用干棉球加压止血,按压时间延长至2 min,常规操作按压时间为30~60 s,并告知患者24 h内耳部禁水,嘱其观察有无渗血不止或局部血肿,次日晨责任护士重点查看穿刺部位。

2.4.1.2 耳穴贴压

选穴与配伍:主穴:神门(镇静、镇痛)、交感

表2 护理计划

护理目标	护理诊断	预期结果描述	计划评价时间
疼痛控制	急性疼痛	NRS评分由6分降至≤3分;疼痛发作频率由10~12次/d减少至≤3次/d	干预2周后
睡眠改善	睡眠障碍	PSQI评分由17分降至≤8分;夜间连续睡眠时间≥5 h	干预2周后
情绪调适	焦虑	SAS评分由75分降至≤60分;患者自述恐惧感减轻,对康复有信心	干预2周后
安全防护	有受伤的风险(跌倒/坠床)、潜在并发症(出血)、皮肤完整性受损的风险	住院期间不发生跌倒、坠床、出血或皮肤感染等不良事件;Morse跌倒风险控制措施落实率100%	住院全程
功能恢复	自理能力下降	Barthel指数由60分提升至≥80分	出院时
中医证候改善	急性疼痛(瘀瘀化热)	舌质暗红转淡、舌下脉络青紫迂曲减轻;D-二聚体水平明显下降	出院时

(调节自主神经、缓解血管痉挛)及皮质下(调节大脑皮层功能,镇痛安神)^[6,10]。配穴:肝(疏肝行气)、心(清心泻火)及脾(健脾化痰,体现“痰瘀同治”)。操作与按压指导:用75%酒精严格消毒耳廓2遍,待干后进行贴压。采用双耳交替贴压,每周更换3次。个性化按压指导:因患者年龄大、力量感知减弱,明确告知“每穴按压1~2 min,以耳廓发热、出现酸麻胀感且能耐受为度,切勿用力过猛损伤皮肤”。指导家属协助按压,并录制按压示范视频供家属回放参考。预期作用:神门与皮质下协同作用针对“痛—眠—虑”恶性循环,交感穴改善疼痛伴随的自主神经紊乱,如心烦、夜不能寐等症状^[10]。

2.4.1.3 协同中医治疗

中药内服:遵医嘱予化痰通络清热方,组成为天麻、菊花、延胡索、白芍、鸡血藤及红花等,1剂/d,浓煎至150 mL,分早晚两次温服。重点监测:方中含红花、鸡血藤等活血药物,与利伐沙班联用期间,护理上加强出血倾向观察,每日检查皮肤瘀斑、牙龈出血、结膜出血或黑便等情况^[4],并记录于《用药—不良反应记录卡》。针灸与灸法:每周进行5次针灸,取穴为百会、风池、内关及合谷等,辅以关元悬空灸、神阙中药贴敷。护理配合:嘱患者针灸后2 h内避免针孔沾水;关元灸以局部皮肤温热、微微发红为度,严防烫伤,因高龄患者皮肤温度觉减退。

2.4.2 常规护理

本次常规护理措施全程同步实施,干预总疗程为2周,即14 d住院期,各分项护理内容如下。

2.4.2.1 疼痛护理

动态评估:每班评估疼痛性质、部位、持续时间及NRS评分^[1],尤其注意夜间及情绪波动时的疼痛加重情况,本例患者夜间疼痛加重会影响睡眠。个性化非药物干预:腹式呼吸训练,指导患者遵循“吸气4 s—屏气2 s—呼气6 s”的节奏练习^[12],在疼痛发作先兆期或夜间觉醒时使用,每日练习3组,5次/组。音乐干预:选择角调式音乐《卧龙吟》,于午休后、睡前30 min播放,音量调至20~30 dB,避免高频刺激加重烦躁情绪,连续干预2周。体位管理:协助患者取健侧卧位,避免患侧右侧头面部受压,使用U型枕支撑头颈部,减少触碰诱发疼痛。

2.4.2.2 睡眠护理

限制午睡:严格控制午休时间在1.5 h以内,

由护工或家属定时唤醒患者。固定作息:每日早晨6:30准时唤醒,拉开窗帘,引入自然光,帮助患者重建“日出而作”的作息节律。睡前准备:睡前1 h停止探视及非紧急治疗,温水擦身后播放角调音乐,环境噪声控制在30 dB以下,夜间保留地灯,防跌倒同时避免全黑暗加重老人恐惧情绪,整套睡眠干预持续2周。

2.4.2.3 情志护理

“喜胜忧”法:每日沟通时多分享轻松话题、患者感兴趣的家庭趣事,传递积极康复信息,避免讨论疾病负面后果^[13]。案例教育:责任护士打印2份本科室既往类似PHN老年患者康复案例,隐去患者隐私信息,用放大字体呈现,每日读给患者听10 min,帮助患者建立“疼痛可控、可缓解”的康复信念^[13]。家属指导:指导家属避免在床旁表现出过度焦虑或担忧,鼓励多讲鼓励性语言,每次探视时给予拥抱或握手等肢体抚触,避开疼痛区域。

2.4.2.4 用药管理

普瑞巴林(头晕不良反应防范):首剂安排在睡前服用,遵循“夜间起始、逐渐加量”原则。每日晨评估患者有无头晕、嗜睡,若站立时出现头晕,立即指导执行“起床三部曲”并报告医生。利伐沙班(出血监测):制作床头提醒卡标注“口服抗凝药,注意防出血”。每日晨护士检查牙龈,观察刷牙时有无出血、皮肤,观察有无新发瘀斑或出血点、巩膜,观察有无结膜出血、大便颜色,观察有无黑便或血便^[4],并记录于护理单。阿托伐他汀(肝功能监测):安排在睡前服用,每周复查肝功能1次,观察有无肌痛、乏力,注意与普瑞巴林副作用相鉴别。用药教育:使用大字版《用药—不良反应记录卡》,由患者家属每日填写,护士核对记录。嘱患者不可自行加用布洛芬等NSAIDs类药物,会增加出血风险,用药监测与健康宣教持续2周。

2.4.2.5 跌倒预防

“起床三部曲”宣教:制作A3大小图文版宣教材料,贴在床头及卫生间门口。教会并考核患者及家属操作,即“床上坐起30 s→床边坐30 s→站立30 s”,无头晕不适后方可行走。环境改造:床旁加装护栏,呼叫器置于枕边患者手可触及处;夜间保留地灯,照度控制在10~15 lux,移除床旁所有小地毯、杂物;卫生间铺设防滑垫,安装扶手。陪伴与辅助器具:下床活动时必须穿防滑鞋,禁用拖鞋,由家属或护工搀扶,行走时使用四脚助行器。

2.4.2.6 皮肤护理

耳尖放血后:24 h内耳部禁水,禁止搔抓穿刺部位,次日检查有无红肿、渗液。疱疹区域:保持干燥清洁,每日用生理盐水轻轻清洗一次,避开结痂部位,穿宽松纯棉、浅色内衣,便于观察渗液情况。指甲管理:为患者勤剪指甲,磨平指甲边缘,睡前让患者佩戴棉质手套,防止睡眠中无意识搔抓皮损。

2.4.2.7 生活自理能力训练

床上训练(入院第1周):疼痛明显时以协助为主。指导患者进行踝泵运动,预防下肢血栓加重、手指操,改善精细动作,2次/d,10 min/次。床边活动(疼痛NRS≤4分后):鼓励患者独立完成洗漱、梳头及进食。从床边坐位平衡训练→站立训练→室内慢走,每次活动不超过15 min,防止疲劳诱发疼痛。目标设定:每日记录患者独立完成的活动项目,给予口头肯定,增强患者康复信心。

2.4.2.8 健康宣教

饮食:以清热、化痰、养阴为原则。提供具体食谱示例,早餐为绿豆粥+蒸蛋;午餐为冬瓜薏米排骨汤,去除排骨油脂+软米饭;晚餐为银耳百合莲子羹。忌食羊肉、海鲜、辛辣或酒精等发物,防止热毒复燃。消毒隔离:患者衣物单独清洗,用60℃热水浸泡30 min或含氯消毒液浸泡30 min,之后放在阳光下暴晒6 h,指导家属处理衣物后洗手。康复运动:疼痛稳定后,指导患者进行简化版八段锦,仅练习“双手托天理三焦”“调理脾胃须单举”两式,1次/d,以不感疲劳为度,健康宣教贯穿2周住院周期。

2.5 护理评价

经2周系统护理干预,所有护理目标均已实现。疼痛显著缓解:NRS评分由6分降至2分,疼痛发作频率由10~12次/d减至2~3次/d。睡眠质量改善:PSQI评分由17分降至6分,夜间连续睡眠可达6 h,夜间觉醒次数减至0~1次。焦虑情绪缓解:SAS评分由75分降至50分,患者自述心情较为放松,对康复有信心。安全目标达成:住院期间未发生跌倒、坠床、出血或皮肤感染等不良事件。自理能力提升:Barthel指数由60分升至85分,生活基本自理。患者舌下脉络青紫情况明显减轻,D-二聚体由1204 ng/mL降至344 ng/mL,提示血瘀状态改善。患者舌象与舌下脉络在治疗前及治疗后改变情况,如图1所示,患者及家属对护理效果表示非常满意。



图1 舌象改善情况

3 随访

患者出院2周后行电话随访,未见神经痛复发加重,睡眠、情绪平稳,日常生活可自理,无出血、跌倒等不良情况发生,短期疗效稳定。随访过程同步开展居家延续健康宣教,指导家属协助患者持续规范按压耳穴,叮嘱患者不可自行操作耳尖放血,如需巩固治疗可到门诊复诊;强调抗凝、营养神经等药物不可擅自调整剂量,需每日观察自身出血征象,禁用非甾体类止痛药。同时叮嘱患者长期保持清淡、化痰、养阴的饮食,规避发物;坚持踝泵运动、简化八段锦练习,居家落实“起床三部曲”做好跌倒防护;告知患者若出现疼痛加剧、异常出血或下肢肿痛等情况需及时返院就诊,日常可配合呼吸放松、安神音乐做好疼痛与睡眠的自我调节。

4 讨论

带状疱疹后遗神经痛(PHN)是带状疱疹最常见的并发症之一,约29.8%的带状疱疹患者会发展为PHN,老年人群发病率更高、疼痛更为顽固^[2]。西医常规治疗如普瑞巴林,对部分高龄患者疗效有限,且存在头晕等不良反应^[4]。中医认为PHN病机为“不通则痛”与“不荣则痛”,本例辨证为痰瘀化热证,适用中医“菀陈则除之”的治疗原则^[5,7]。近年耳穴疗法在老年慢性疼痛中应用逐渐增多,但针对高龄、多病共存且接受抗凝治疗患者的护理经验仍有限^[10,13]。

本病例在常规护理基础上,采用耳尖放血联合耳穴贴压治疗,配合老年专项护理,包括多重用药管理、跌倒预防及出血监测等措施。干预2周后,患者疼痛、睡眠、焦虑及自理能力均显著改善,未发生不良事件。该方案操作简便、成本较低,避

免了药物相关的不良反应,尤其适用于高龄、不耐受常规镇痛药的患者。

本研究为单例个案研究,未设置对照分组,样本单一,研究结论的推广价值有限;干预周期仅2周,出院后随访时间较短,无法验证方案的远期疗效及疼痛复发情况;疗效评估多依靠NRS、PSQI等主观量表,客观检测指标偏少;且仅针对头面部瘀瘀化热型、口服抗凝药的高龄患者,该疗法对其他发病部位、不同中医证型患者的适用性尚不明确。后续可开展对照研究,对比单一耳尖放血、单纯耳穴贴压与二者联合干预的效果差异;延长随访时长,长期追踪患者疼痛复发、生活质量变化情况;补充炎症指标、神经电生理等客观检查完善疗效评价体系;扩大样本量,纳入多证型、多发病部位患者进行分层分析,同时建立服用抗凝药物老年患者耳尖放血标准化操作护理流程,方便临床复制应用。

本病例为高龄、多病共存且接受抗凝治疗的PHN患者提供了安全有效的中医护理方案,主要经验如下:①耳尖放血联合耳穴贴压可协同镇痛、改善睡眠与情绪^[6,10];②高龄患者需同步加强出血风险控制与跌倒预防^[4];③动态评估疼痛、睡眠、情绪及自理能力,及时调整护理策略^[12-13]。该方案值得在老年科及社区推广。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 中国医师协会神经内科医师分会头痛与感觉障碍学组,中国研究型医院学会头痛与感觉障碍专委会,中华医学会疼痛学分会,等. 带状疱疹后神经痛中西医结合诊疗专家共识(2026版)[J]. 中华医学杂志, 2026, 106(18): 1821-1834.
Headache and Sensory Disorders Study Group, Neurology Branch of the Chinese Medical Doctor Association; Headache and Sensory Disorders Professional Committee, Chinese Society of Research Hospitals; Pain Medicine Branch, Chinese Medical Association, et al. Expert consensus on integrated traditional Chinese and western medicine treatment of postherpetic neuralgia (2026 edition)[J]. Natl Med J China, 2026, 106(18): 1821-1834. (in Chinese)
- [2] 周慧,双慧,张夫坤. 我国带状疱疹流行病学特征及预防措施的研究进展[J]. 中国生物制品学杂志, 2025, 38(4): 508-512.
- [3] 齐晓静,任晨昕,粟顺彩,等. 针刺治疗带状疱疹后遗神经痛的研究进展[J]. 中国中医急症, 2025, 34(3): 560-564.
Qi X J, Ren C X, Su S C, et al. Research progress on acupuncture treatment of postherpetic neuralgia [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2025, 34(3): 560-564. (in Chinese)
- [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.
Lu Q Y, Wu J D. Advances in traditional Chinese medicine treatment of postherpetic neuralgia [J]. J Pract Tradit Chin Intern Med, 2025, 39(1): 113-115. (in Chinese)
- [5] 张琪悦,刘倩,刘志勇,等. 基于厥阴理论辨治带状疱疹后遗神经痛[J]. 环球中医药, 2025, 18(10): 2166-2169.
Zhang Q Y, Liu Q, Liu Z Y, et al. Differentiation and treatment of postherpetic neuralgia based on Jueyin theory [J]. Glob Tradit Chin Med, 2025, 18(10): 2166-2169. (in Chinese)
- [6] 乐薇,姚函伶,贾文,等. 刺络拔罐联合耳穴揸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]. 中国针灸, 2024, 44(8): 899-904.
Le W, Yao H L, Jia W, et al. Pricking-cupping combined with auricular thumbtack needle for postherpetic neuralgia of qi stagnation and blood stasis on chest and waist: a randomized controlled trial [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2024, 44(8): 899-904. (in Chinese)
- [7] 李吴雨,吴节. 基于“菟陈则除之”探讨刺络拔罐法在带状疱疹后神经痛治疗中的应用[J]. 成都中医药大学学报, 2023, 46(2): 8-11.
Li W Y, Wu J. Exploration of application of pricking-cupping method in treatment of postherpetic neuralgia based on the principle of removing blood stasis [J]. J Chengdu Univ Tradit Chin Med, 2023, 46(2): 8-11. (in Chinese)
- [8] 颜硕,王曙辉,颜北芳. 耳穴压豆改善轻中度抑郁症伴失眠患者抑郁状态、睡眠质量的效果观察[J]. 四川中医, 2022, 40(12): 193-196.
Yan S, Wang S H, Yan B F. Effect of auricular point pressing beans on improving depression and

- sleep quality of patients with mild to moderate depression and insomnia [J]. *J Sichuan Tradit Chin Med*, 2022, 40(12): 193–196. (in Chinese)
- [9] 王昕旭, 陈晗晖, 王宇昊, 等. Zung 焦虑自评量表在社区居民中的信效度检验[J]. *临床精神医学杂志*, 2024, 34(5): 397–401.
- Wang X X, Chen H H, Wang Y H, et al. Reliability and validity of Zung self-rating anxiety scale among community residents [J]. *J Clin Psychiatry*, 2024, 34(5): 397–401. (in Chinese)
- [10] 乐薇, 姚函伶, 贾文, 等. 刺络拔罐联合耳穴揸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]. *中国针灸*, 2024, 44(8): 899–904.
- Le W, Yao H L, Jia W, et al. Pricking-cupping combined with auricular thumbtack needle for postherpetic neuralgia of qi stagnation and blood stasis on chest and waist: a randomized controlled trial [J]. *Chin Acupunct Moxibustion*, 2024, 44(8): 899–904. (in Chinese)
- [11] 陈梓嘉, 陈锴壕, 王冬梅. 补阳还五汤治疗周围神经病理性疼痛的研究进展[J]. *广州中医药大学学报*, 2025, 42(6): 1538–1544.
- Chen Z J, Chen K H, Wang D M. Research progress on Buyang Huanwu decoction in the treatment of peripheral neuropathic pain [J]. *J Guangzhou Univ Tradit Chin Med*, 2025, 42(6): 1538–1544. (in Chinese)
- [12] 谭惠英, 杨巧红, 李耀霞. 带状疱疹后神经痛患者疼痛护理研究进展[J]. *上海护理*, 2022, 22(3): 66–69.
- Tan H Y, Yang Q H, Li Y X. Progress on pain care in patients with postherpetic neuralgia [J]. *Shanghai Nurs*, 2022, 22(3): 66–69. (in Chinese)
- [13] 刘育卓佳, 李忻红. 带状疱疹后神经痛中西医结合研究进展[J]. *医学综述*, 2024, 30(23): 2903–2909.
- Liu Y, Li X H. Research progress of integrated traditional Chinese and western medicine of postherpetic neuralgia [J]. *Med Recapitulate*, 2024, 30(23): 2903–2909. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。