

基于数据挖掘的放血疗法治疗带状疱疹规律与特点研究

陈玉倩^{1,2}, 王 璨^{1,2}, 杨嘉欣^{1,2}, 赵静怡^{1,2}, 禹晓雪^{1,2}, 戴子豪^{1,2}, 戴晓喬^{1,2*}

¹天津中医药大学第一附属医院, 天津

²中医国家临床医学研究中心, 天津

收稿日期: 2026年4月22日; 录用日期: 2026年5月27日; 发布日期: 2026年6月10日

摘 要

目的: 运用数据挖掘技术, 分析近5年放血疗法治疗带状疱疹(HZ)的临床规律及特点, 为后续临床研究与实践提供参考依据。方法: 检索2021年1月1日至2026年1月1日期间中国知网、万方、维普、中国生物医学文献数据库、PubMed、Embase、Web of Science及Cochrane Library数据库中收录的放血疗法治疗HZ的RCT, 依据纳入与排除标准进行文献筛选, 提取相关内容, 系统整理并进行描述性分析。结果: 纳入文献120篇, 其中57篇(47.5%)针对带状疱疹急性期, 50篇(41.7%)针对后遗神经痛(PHN); 纳入病例的中医证型以肝经郁热、气滞血瘀为主; 放血针具以梅花针和三棱针应用频次较高, 刺法以点刺、叩刺为主; 放血部位最常见于疱疹皮损区域(含阿是穴), 共107篇(89.2%)文献报告, 涉及穴位的操作以足太阳膀胱经穴最多; 治疗组均采用刺络放血联合其他疗法, 共形成53种联合治疗模式, 其中配合拔罐疗法最为常见(106篇, 88.3%), 拔罐时间以5~10分钟为主, 放血量以1~5 mL居多; 治疗间隔以2日1次最常见, 治疗周期多为2周, 总治疗次数以7次为多; 在明确报告不良事件的35篇(29.2%)文献中, 治疗组不良反应总发生率为6.6%, 对照组为10.5%。结论: 以放血疗法为主的综合方案在治疗带状疱疹方面具有一定的疗效及安全性优势, 但其独立疗效尚未明确, 安全性评价尚不完善, 未来仍需设计严谨的临床研究进一步验证与优化。

关键词

带状疱疹, 放血疗法, 数据挖掘, 规律与特点

Analysis of Regularities and Characteristics of Bloodletting Therapy for Herpes Zoster Based on Data Mining

Yuqian Chen^{1,2}, Can Wang^{1,2}, Jiaxin Yang^{1,2}, Jingyi Zhao^{1,2}, Xiaoxue Yu^{1,2}, Zihao Dai^{1,2}, Xiaoyu Dai^{1,2*}

*通讯作者。

文章引用: 陈玉倩, 王璨, 杨嘉欣, 赵静怡, 禹晓雪, 戴子豪, 戴晓喬. 基于数据挖掘的放血疗法治疗带状疱疹规律与特点研究[J]. 中医学, 2026, 15(6): 34-44. DOI: 10.12677/tcm.2026.156310

¹First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

²National Clinical Research Center for Chinese Medicine, Tianjin

Received: April 22, 2026; accepted: May 27, 2026; published: June 10, 2026

Abstract

Objective: To analyze the regularities and characteristics of bloodletting therapy for herpes zoster (HZ) over the past five years using data mining techniques, and to provide references for subsequent clinical research and practice. **Methods:** Randomized controlled trials (RCTs) on bloodletting therapy for HZ were searched in the following databases: CNKI, Wanfang, VIP, Sino Med, PubMed, Embase, Web of Science, and Cochrane Library, from January 1, 2021, to January 1, 2026. Literature screening was conducted according to the inclusion and exclusion criteria. Relevant content was extracted, systematically organized, and descriptively analyzed. **Results** A total of 120 articles were included. Among them, 57 (47.5%) focused on the acute stage of HZ, and 50 (41.7%) on postherpetic neuralgia (PHN). The predominant TCM syndrome types of the included cases were liver meridian heat stagnation and qi stagnation and blood stasis. The most frequently used bloodletting tools were the plum-blossom needle and the three-edged needle, with the main techniques being pricking and tapping. The most common bloodletting site was the herpetic lesion area (including Ashi points), reported in 107 articles (89.2%). Among acupoint manipulations, those on the bladder meridian of foot-taiyang were the most frequently used. All treatment groups employed pricking-bloodletting combined with other therapies, resulting in 53 combination modes. The most common combination was with cupping therapy (106 articles, 88.3%), with cupping duration primarily 5~10 minutes and bloodletting volume mostly 1~5 mL. The most common treatment frequency was once every other day. The treatment course was mostly 2 weeks, with 7 total sessions being common. Among the 35 articles (29.2%) that explicitly reported adverse events, the total incidence of adverse reactions was 6.6% in the treatment groups and 10.5% in the control groups. **Conclusion:** Comprehensive regimens based on bloodletting therapy demonstrate certain advantages in efficacy and safety for treating HZ. However, its independent efficacy remains unclear, and safety evaluation requires improvement. Future rigorous clinical studies are needed for further validation and optimization.

Keywords

Herpes Zoster, Bloodletting Therapy, Data Mining, Regularities and Characteristics

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

带状疱疹(herpes zoster, HZ)是由水痘-带状疱疹病毒(varicella-zoster virus, VZV)经再激活引起的常见感染性皮肤病[1]。本病在中医古籍中首载于《诸病源候论·疮病诸侯》，古称“蛇串疮”“缠腰火丹”“蜘蛛疮”“蛇丹”等。临床表现为特征性皮肤损害，常伴有神经病理性疼痛，其中带状疱疹后神经痛(postherpetic neuralgia, PHN)是最常见的并发症[2]，多见于年龄较大、免疫功能低下人群，严重影响患者的生活质量[3]。目前带状疱疹的治疗以抗病毒药物及镇痛药物为主，但部分患者存在不良反应或药物不

耐受等问题[4]，因此寻求安全有效的补充或替代疗法具有重要意义。

放血疗法，指用三棱针等针具，在体表腧穴、病理反应点或浅表血络进行针刺放血，以达到治疗目的的疗法[5]，具有调和气血、泻热除火、化瘀消肿等功效[6]。近年来，多项系统评价和荟萃分析[7]-[9]表明，该疗法在带状疱疹的治疗中具有一定效果，能够缓解疼痛并改善患者生活质量。然而，目前该领域的临床研究仍存在局限：多数研究侧重经验总结，缺乏高质量、大样本的临床研究，操作流程尚未形成统一规范等[10]。本研究运用数据挖掘技术，对近 5 年放血疗法治疗带状疱疹的随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)进行分析，系统梳理其临床规律与特点，以期为后续临床研究及实践应用提供参考。

2. 资料与方法

2.1. 文献检索策略

检索数据来源包括中国知网(CNKI)、万方数据知识服务平台(Wanfang)、维普中文科技期刊数据库(VIP)、中国生物医学文献数据库(Sino Med)、PubMed、Embase、Web of Science 以及 Cochrane Library。检索时间为 2021 年 1 月 1 日~2026 年 1 月 1 日，以保证纳入研究的前瞻性和时效性。中文数据库采取标题、关键词、摘要相结合的方式，检索词包括：放血、刺血、刺络、点刺、带状疱疹、带状性疱疹、蛇串疮、蛇盘疮、缠腰火丹、缠腰火龙、蜘蛛疮、蛇丹。英文数据库采用主题词与自由词相结合的策略，检索词包括：herpes zoster、shingles、bloodletting therapy、pricking blood therapy、collateral pricking。

2.2. 文献纳入标准

① 研究类型：RCT；② 研究对象：确诊为 HZ 的患者，年龄、性别及种族不作限定；③ 干预方法：治疗组采用放血疗法，单一治疗或联合其他中西医疗法，对照组则使用不同于刺络放血的其他疗法；④ 有明确的治疗结果。

2.3. 文献排除标准

① 其他疾病并发带状疱疹，或属于带状疱疹特殊类型(如眼、耳、顿挫型等)的研究；② 治疗组采用多种疗法，但不以放血疗法为主；③ 综述类文章、学位、会议论文、个案报道、经验总结、动物实验等类型研究；④ 重复发表、无法获取全文的文献。

2.4. 数据处理与挖掘

将检索结果导入文献管理软件 Zotero 并去重，由两名研究者严格按照文献纳排标准进行独立筛选，结果进行交叉核对，分歧通过协商或与第三位研究者商议以达成一致，随后下载全文并审阅以确定最终纳入文献。使用 Microsoft Excel 2019 软件对纳入文献进行数据提取和整理，内容包括：文献基本信息、干预措施(针具、刺法、放血部位、放血量等)、配合疗法、治疗参数(频次、疗程、治疗次数)、安全性评价等，在此基础上，主要采用频次统计分析方法，对上述内容进行描述性统计分析。

3. 结果

3.1. 文献检索结果

初步检索获得文献 1181 篇，剔除重复文献后剩余 665 篇，初步筛选后剩余文献 171 篇，进一步审阅全文，排除条件不符文献 51 篇，最终纳入 120 篇文献，包括中文文献 119 篇和英文文献 1 篇。文献筛选流程及结果见图 1。

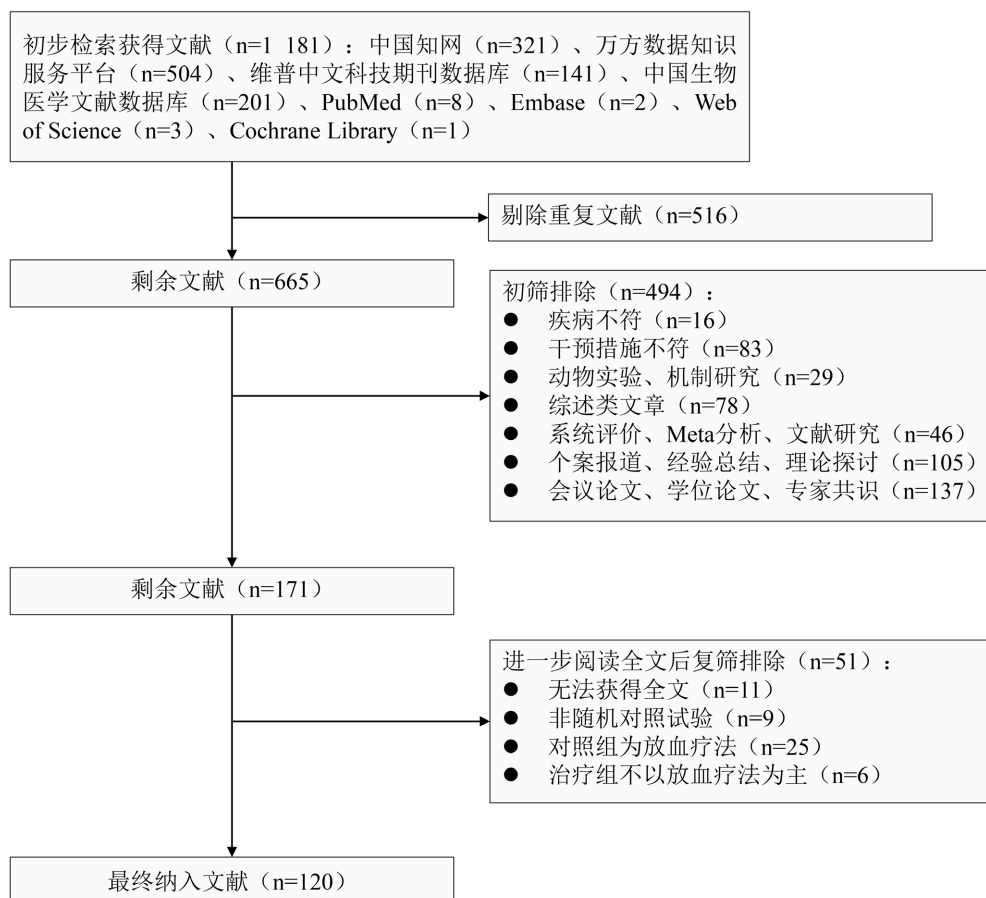


Figure 1. Literature screening process

图 1. 文献筛选流程

3.2. 纳入文献样本量特征

本研究最终纳入文献 120 篇，共计报告样本量 9973 例，其中治疗组 4960 例，对照组 5013 例。单项 RCTs 最大样本量为 292 例，最小样本量为 30 例，样本量多集中在 60~90 例，平均样本量约为 83 例。

3.3. 疾病分期与中医证型规律分析

Table 1. Distribution of TCM syndrome types in herpes zoster

表 1. 带状疱疹中医证型分布情况

基本类别	具体中医证型(频次)	总频次	构成比/%
肝(胆)经实热证	肝经郁热(17)肝胆实火(1)肝郁化火(1)	19	43.2
肝(胆)经湿热证	肝胆湿热(4)肝经湿热(1)肝火湿热(1)	6	13.6
血瘀证	气滞血瘀(16)气虚血瘀(1)	17	38.6
其他证型	脾胃湿热(1)脾虚湿蕴(1)	2	4.5

根据纳入文献中报告的诊断标准及病程信息，57 篇(47.5%)文献的研究针对带状疱疹急性期，50 篇(41.7%)文献的研究针对后遗神经痛期，另有 13 篇(10.8%)文献未明确指示疾病分期。所纳入文献中，41 篇(34.2%)文献针对带状疱疹病例进行了中医辨证分型，共涉及 10 种中医证型，经归纳后可分为 4 种基

本类别：肝(胆)经实热证、肝(胆)经湿热证、血瘀证及其他证型，各证型分布频次及构成比见表 1。

3.4. 诊断标准分析

所纳入文献中，72 篇(60.0%)文献明确报告了带状疱疹的西医诊断标准，涉及 21 部专著及条例，其中急性期的诊断标准以《带状疱疹中国专家共识》[11](8 篇，6.7%)为主，PHN 期主要参考《带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识》[12](24 篇，20.0%)。52 篇(43.3%)文献明确报告了中医诊断标准，涉及 12 部专著及条例，参考主要以国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》(1994 年版本、2012 年版本、2017 年版本)[13]-[15](21 篇，17.5%)为主。

3.5. 放血疗法规律分析

3.5.1. 针具与刺法

本次纳入文献共涉及放血针具 8 种，包括三棱针、梅花针、一次性注射器针头等，涉及刺法 5 种，包括点刺、叩刺、散刺、挑刺及密刺。各类针具与刺法的使用频次及构成比见表 2。

Table 2. Utilization of bloodletting appliances and pricking methods

表 2. 放血疗法针具与刺法使用情况

刺法	总频次	构成比/%	针具及使用频次
点刺	79	64.2	三棱针(37)一次性注射器针头(27)一次性采血针(7)火针(5)梅花针(2)毫针(1)
叩刺	40	32.5	梅花针(36)皮肤针(4)
散刺	2	1.6	一次性注射器针头(2)
挑刺	1	0.8	一次性手术刀片(1)
密刺	1	0.8	一次性采血针(1)

3.5.2. 放血部位规律分析

Table 3. Distribution of acupoints involved in bloodletting therapy

表 3. 放血疗法涉及穴位分布概况

类别	总频次	频率/%	穴位数	频率/%	具体穴位(频次)
经穴	56	59.6	36	75.0	大椎(4)支沟(3)太冲(3)委中(3)后溪(2)期门(2)中都(2)蠡沟(2)曲泉(2)阳陵泉(2)外丘(2)阳交(2)肺俞(2)肝俞(2)大包(2)至阳(1)百会(1)膻中(1)中脘(1)神阙(周围皮肤)(1)内关(1)曲池(1)二间(1)合谷(1)行间(1)肩井(1)侠溪(1)心俞(1)胆俞(1)膈俞(1)脾俞(1)胃俞(1)肾俞(1)大都(1)内庭(1)足三里(1)
奇穴	29	30.9	4	8.3	华佗夹脊穴(17)龙眼穴(8)蛇眼穴(2)蛇尾穴(2)
特色穴位	5	5.3	5	10.4	八阵穴(1)龙脊穴(1)项棱穴(1)莲花穴(1)壮医夹脊穴(1)
耳穴	4	4.3	3	6.3	耳背静脉(2)耳尖穴(1)结节穴(1)

对纳入文献的放血部位进行规范化处理并分类：参照《腧穴名称与定位》(GB/T 12346-2006) [16]规范腧穴名称；将疱疹皮损处、疱疹疼痛区、疱疹簇集区域等统称为疱疹区域；将阿是穴、天应穴、最痛点等统称为阿是穴。经核查，原文表述的“阿是穴”均指带状疱疹皮损范围内的最痛点或反应点。结果显示：107 篇(89.2%)文献的放血部位涉及疱疹皮损区域(含阿是穴)，35 篇(29.2%)文献的放血部位涉及具体穴位，穴位总体分布见表 3。所纳入的经穴涉及督脉、任脉、足厥阴肝经等 11 条经络，其中足太阳膀胱

经穴位报告最多(13次), 涉及腧穴 9 个, 其次为足厥阴肝经(12次), 涉及腧穴 6 个; 足少阳胆经(8次), 涉及 5 个腧穴。此外, 另有 4 篇(3.3%)文献仅提及经络区域而未具体指明穴位, 其中 2 篇选用督脉, 2 篇选用肝胆经。

3.5.3. 配合拔罐情况及拔罐时间规律分析

所纳入文献中, 106 篇(88.3%)文献采用了刺络放血配合拔罐的干预措施, 拔罐部位主要涉及疱疹皮损区域及背部腧穴。其中 95 篇(79.2%)文献明确报告了拔罐时间, 包括 3~5 min、5 min、5~10 min、10 min 等 12 种情况, 具体拔罐时间出现频次及频率见表 4。经整理归纳后, 5~10 分钟是使用率最高的拔罐时间, 共被 55 篇(45.8%)文献采用。

Table 4. Distribution of cupping duration in the included literature

表 4. 纳入文献拔罐时间应用概况

拔罐时间	具体时间(频次)	文献数/篇	频率/%
未描述		25	20.8
5 分钟以内	5 min (22) 3~5 min (7) 3 min (2)	31	25.8
5~10 分钟	10 min (22) 5~10 min (20) 5~8 min (7) 8 min (4) 5~7 min (1) 6~8 min (1)	55	45.8
超过 10 分钟	10~15 min (6) 10~12 min (2) 12 min (1)	9	7.5

3.5.4. 放血量规律分析

所纳入的 120 篇文献, 有 60 篇(50.0%)文献描述了放血量相关信息, 其中以 1~5 mL 最为常见, 共有 23 篇(19.2%)文献报告, 另有 6 篇(5.0%)文献采用“血变而止”、“隐隐出血为度”等定性文字描述, 具体放血量应用频次及频率见表 5。

Table 5. Distribution of bloodletting volume in the included literature

表 5. 纳入文献放血量应用概况

放血量	文献数/篇	频率/%	放血量	文献数/篇	频率/%
1~5 mL	23	19.2	“血变而止”	1	0.8
5~10 mL	14	11.7	隐隐出血为度	1	0.8
10~30 mL	9	7.5	放血标准为皮疹变暗、变黑	1	0.8
3~5 滴	4	3.3	罐内出血轻度部位可出血几毫升, 重度部位可出血十几毫升	1	0.8
10 滴	1	0.8	待罐中无渗液则可起罐	1	0.8
40~50 滴	1	0.8	棉球反复擦拭出血处至不再出血	1	0.8
0.1~0.5 mL	1	0.8			
0.5~1.0 mL	1	0.8			

3.5.5. 治疗间隔、疗程、治疗次数

所纳入文献中, 106 篇(88.3%)文献针对治疗间隔、疗程及治疗次数进行了描述, 具体治疗间隔包括 1 天/次、2 天/次、3 天/次等 12 种类型, 其中 2 日 1 次的出现频次最高, 共有 42 篇(35.0%)文献采用, 具体治疗间隔及出现频次见表 6。此外, 治疗时长跨度 1 周~6 周, 使用频次最高的治疗周期为 2 周, 总治疗次数则以 7 次的出现频次最高。

Table 6. Distribution of treatment frequency in the included literature**表 6.** 纳入文献治疗间隔应用概况

间隔类别	治疗间隔	文献数/篇	频率/%
固定治疗间隔	1 天/次	21	17.5
	2 天/次	42	35.0
	3 天/次	12	10.0
	4 天/次	2	1.7
	5 天/次	1	0.8
	1 次/周	7	5.8
	2 次/周	8	6.7
动态治疗间隔	1~2 天/次	3	2.5
	2~3 次/周	3	2.5
阶段性治疗间隔	前 3 天 1 天/次, 之后 2 天/次	4	3.3
	前 3 次 3 天/次, 后 3 次 5 天/次	1	0.8
复合治疗间隔	点刺放血 3 次/周, 刺络拔罐 1 次/周	2	1.7

3.5.6. 配合其他疗法情况

本次纳入的 120 项研究, 治疗组干预措施均采用刺络放血联合其他疗法, 经规范化处理后, 涉及的配合疗法大致可归为 3 类: 第 1 类是中医针灸治疗(拔罐、针刺、火针等); 第 2 类是传统药物治疗(中药内服、蒙药内服、中药外敷等); 第 3 类则是现代医学治疗(西药口服、西药外用、红外线照射等), 共计 23 种具体疗法, 各种疗法的出现频次及频率见表 7。

Table 7. Combination of bloodletting therapy with other interventions**表 7.** 放血配合其他疗法使用情况

类别	配合疗法	频次	频率/%	类别	配合疗法	频次	频率/%
中医针灸	拔罐	106	88.3	传统药物	中药内服	33	27.5
	毫针刺	22	18.3		中药外敷	4	3.3
	火针	15	12.5		蒙药内服	2	1.7
	电针	9	7.5		中药涂擦	1	0.8
	灸法	7	5.8	现代医学	西药口服	59	49.2
	铜砭刮痧	4	3.3		西药静脉点滴	9	7.5
	穴位注射	3	2.5		神灯/红外线照射	6	5.0
	揶针	2	1.7		西药外用	5	4.2
	穴位埋针	1	0.8		神经根阻滞疗法	2	1.7
	穴位局部浸润	1	0.8		超短波治疗	1	0.8
针刀	1	0.8	高压氧治疗	1	0.8		
耳穴压丸	1	0.8					

3.5.7. 联合治疗方案规律分析

经过整理归纳, 本次研究共挖掘出 53 种具体联合治疗模式, 包括二联疗法 6 种, 三联疗法 15 种, 四联疗法 19 种, 五联及以上疗法 13 种。对各项治疗方案的使用频次进行统计, 结果显示, “放血 + 拔罐 + 中药内服” 的使用率最高, 共有 13 篇(10.8%)文献采用, 使用频次排名前 10 的联合治疗方案参见表 8。

Table 8. Top 10 combination treatment regimens by utilization rate
表 8. 使用率位列前 10 的联合治疗方案

序号	联合治疗方案	频次	频率/%
1	放血 + 拔罐 + 中药内服	13	10.8
2	放血 + 拔罐 + 西药口服	11	9.2
3	放血 + 拔罐	10	8.3
4	放血 + 拔罐 + 西药口服 + 中药内服	7	5.8
5	放血 + 拔罐 + 火针	5	4.2
6	放血 + 拔罐 + 电针	4	3.3
7	放血 + 拔罐 + 毫针刺	4	3.3
8	放血 + 拔罐 + 西药口服 + 电针	4	3.3
9	放血 + 拔罐 + 西药口服 + 毫针刺	4	3.3
10	放血 + 中药内服	4	3.3

3.6. 安全性评价分析

纳入的 120 篇文献中, 38 篇(31.7%)文献进行了安全性方面的评价, 其中 3 篇(2.5%)文献虽提及记录不良反应, 但未在结果中进行报告; 在明确报告不良事件的 35 篇(29.2%)文献中(治疗组 1416 例, 对照组 1413 例), 共计报告不良反应及事件 242 例次。其中治疗组报告 93 例, 总发生率为 6.6%; 对照组报告 149 例次, 总发生率为 10.5%。具体不良反应类型及发生例数见表 9。

Table 9. Types of adverse events and number of incidents
表 9. 不良反应类型及发生例数

不良反应	治疗组/例	对照组/例	不良反应	治疗组/例	对照组/例
头晕/眩晕	19	30	低血压	1	3
恶心/恶心呕吐	11	27	患处灼痛	1	4
局部皮疹	10	8	局部红肿	1	2
嗜睡	10	23	视力模糊/下降	1	4
胃肠道反应	9	10	头痛	1	2
口干	3	2	周围性水肿	1	1
疲劳/乏力	3	6	血肿	3	0
食欲减退	3	9	局部刺痛	2	0
荨麻疹	3	5	皮肤灼伤	1	0
腹泻	2	2	水疱	1	0
皮肤瘙痒	2	4	针眼发红	1	0
心悸	2	2	血尿	0	2
*记录不详	2	2	步态异常	0	1

注: *记录不详指原文献中仅报告不良反应发生例数, 但未报告不良反应类型。

4. 讨论

带状疱疹作为一种病毒感染性疾病,其发病过程具有明显的阶段性。本次纳入研究中,受试者主要集中在急性期(57篇,47.5%)和后遗神经痛期(50篇,41.7%)。带状疱疹各阶段均可使用放血疗法,多项研究表明,放血疗法可降低外周血清疼痛递质水平及炎症因子水平,减轻神经炎性损伤和疼痛传递,从而有效缓解各阶段疼痛症状[17]-[19];对于急性期患者,还可缩短止疱、结痂、脱痂时间,促进皮损恢复,并降低 PHN 发生的风险[20]-[22]。

在中医辨证方面,41篇(34.2%)文献明确报告了中医证型,因参考的诊断标准来源不同,存在“肝经郁热”、“肝胆实火”等名称差异,但经整理归纳,其证型分布与疾病分期具有一定规律:在57篇明确急性期的文献中,17篇文献报告证型为肝(胆)经实热证,6篇文献报告证型为肝(胆)经湿热证;在50篇明确后遗神经痛期的文献中,14篇证型为气滞血瘀证。符合中医学理论中,本病初期多为湿热困阻、毒积火盛,后期多为气滞血瘀的理论认知[23]。

本次纳入文献中,常用放血针具为梅花针、三棱针及一次性注射器针头,其中梅花针使用率最高。梅花针属于皮肤针的一种,针头端缀有数枚不锈钢短针,排列状如梅花,其作用机理源于《素问·皮部论》之“凡十二经脉者,皮之部也,是故百病之始生也,必先于皮毛”[24]等论述,适用于疱疹皮损面积较大或疼痛范围较广的患者。三棱针古称“锋针”,针身呈三棱状,尖端三面有刃,针尖锋利,是传统刺络放血的代表性针具,点刺放血及深部放血效果较好,适合在腧穴部位、指、趾末端、耳部或血络明显的局部病灶使用[25]。一次性注射器针头通常经过特殊表面涂层处理,针尖锋利,刺破皮肤时组织损伤小,降低患者的疼痛感,因此临床上应用也日益广泛,还可以根据患者年龄、病情轻重、放血部位等实际情况,选用不同规格型号[26]。

关于放血部位,107篇(89.2%)文献涉及疱疹皮损区域及局部阿是穴,取病灶处进行操作,可使湿、热、毒、瘀诸邪快速随血而出,起到疏通经络、行气活血、祛瘀止痛的作用[20][27],从现代医学角度来讲,适量血液的释放,可以改善局部血流微循环、组织缺氧与供血不足状态,降低外周及局部炎性物质含量,并促使其随血液排出,从而发挥镇痛作用[28]-[31]。选用具体穴位放血时,涉及经络主要为足太阳膀胱经、足厥阴肝经及足少阳胆经。膀胱经中背俞穴放血使用频次较高,《外科大成》谓:“足太阳膀胱经主气,行于背,乃诸阳之首”[32],其背俞穴与五脏六腑经气相通,此处放血可调节脏腑之气,疏通经脉气血;肝经布胁肋,胆经循行于头侧、胸胁,而带状疱疹皮损好发于腰肋、胸胁或头面部,常沿肝胆经循行部位分布,正所谓“经脉所过,主治所及”。此外,龙眼穴(手小指尺侧第2、3骨节之间,握拳于横纹尽处)、蛇眼穴(大骨空两旁,即大拇指关节背侧两端骨缝处)等远端穴位,属于长期临床实践总结的经验效穴,点刺放血被认为能起到清热解毒、活血化瘀、镇痛的作用[33]-[35]。

本次纳入研究中,当放血部位涉及疱疹皮损区域及背部腧穴时,通常辅以拔罐疗法,利用负压和温热作用增加出血量,从而通经活络、扶正祛邪、调节脏腑阴阳平衡[36]。其中95篇(79.2%)文献明确报告了拔罐时间,55篇(45.8%)文献留罐时间为5~10分钟。关于出血量的报告,仅有60篇(50.0%)文献在操作细节上提及,其中1~5 mL应用频次最高;少数文献采用“血变而止”、“放血至皮疹变暗变黑”、“根据疼痛程度决定出血量多少”等经验性描述。反映出目前相关临床研究的报告,尚未形成统一规范。《素问·刺症》云:“瘦者浅刺少出血,肥者深刺多出血”[37],强调出血量根据病人体质强弱而定;贺氏三通法中的“强通法”主要根据血色变化来确定放血量,血色由暗红转为鲜红即止[38]。因此,对于临床实践而言,需要考虑患者体质、病情反应等因素,以泻血祛邪而不伤正为原则[39],灵活掌握拔罐时间和出血量。对于相关 RCT 而言,建议研究者在方案设计阶段,规范设定放血量范围,并允许在实际操作中进行合理调整,同时记录实际出血量,便于进一步探讨量效关系。

所纳入的 120 篇文献中,研究者均采用两种或两种以上疗法联合干预。其中,43 项(35.8%)研究结果均显示,治疗组采用放血疗法(未联用西药)的临床总有效率优于西药对照组。上述结果提示,以刺络放血为核心的中医综合疗法,在治疗带状疱疹方面可能优于单纯西药,为西药疗效不佳或无法耐受的患者提供可行的替代方案。然而这些研究中,治疗组同时配合拔罐、中药或电针等其他疗法,放血疗法仅作为其中一环,其疗效可能是多种疗法协同作用的结果,因此,对于单一放血疗法产生的疗效优势,仍待设计严谨的研究加以佐证。

所纳入文献中,仅有 38 篇(31.7%)进行了安全性方面的评价,1 篇文献除报告不良事件外,同时对受试者进行实验室检查,项目包括血常规、尿常规、便常规、肝功能、肾功能。针对 35 篇(29.2%)进行不良事件报告的文献,治疗组不良反应总发生率为 6.6%,对照组为 10.5%,提示以放血疗法为主的治疗组,其不良反应总发生率低于对照组。两组共有的常见不良反应为头晕、恶心、嗜睡、局部皮疹等,多与合并使用抗病毒、镇痛药物治疗有关[1];仅在治疗组出现的不良反应,如血肿、局部刺痛、皮肤灼伤、水疱、针眼发红,属于刺络放血操作引起的局部反应。综上,现有数据表明放血疗法在治疗带状疱疹的安全性上具有一定优势,其特有风险较为明确且可控。

综上所述,通过本次数据挖掘,对疾病分期、中医证型、诊断标准、操作工具与细节、疗程、配合疗法、安全性评估等方面进行整理归纳,系统梳理了放血疗法治疗带状疱疹的临床研究的规律与应用特点,为后续临床研究的设计提供规范性指导,从而更好地指导临床实践应用。本研究亦存在一定局限性:仅纳入了近 5 年内放血疗法治疗 HZ 的 RCT,多数纳入文献随机方法描述不详,疾病诊断标准存在差异,部分采用自拟标准,缺乏统一规范性。未来可纳入更多类型的研究,并扩大检索时限,补充现有证据的不足。此外,本次研究主要进行相对简单的数据关联分析,未来可运用更先进、深层次的数据分析方法,揭示放血疗法在临床疾病应用中隐藏的信息与知识,进而为带状疱疹的针灸治疗决策提供有力的证据支持。

声 明

本文无利益冲突。

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] Johnson, R.W. and Rice, A.S.C. (2014) Postherpetic Neuralgia. *New England Journal of Medicine*, **371**, 1526-1533. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1403062>
- [3] Sun, X., Wei, Z., Lin, H., Jit, M., Li, Z. and Fu, C. (2021) Incidence and Disease Burden of Herpes Zoster in the Population Aged ≥ 50 Years in China: Data from an Integrated Health Care Network. *Journal of Infection*, **82**, 253-260. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.12.013>
- [4] Whitley, R.J., Volpi, A., McKendrick, M., Wijck, A.v. and Oaklander, A.L. (2010) Management of Herpes Zoster and Post-Herpetic Neuralgia Now and in the Future. *Journal of Clinical Virology*, **48**, S20-S28. [https://doi.org/10.1016/s1386-6532\(10\)70005-6](https://doi.org/10.1016/s1386-6532(10)70005-6)
- [5] 李桂华,李桂兰,郭义.浅谈刺血疗法名称的标准化[J].针灸临床杂志,2007,23(4):1-2,66.
- [6] 张国松,易法银.刺血疗法理论探讨[J].中华中医药杂志,2020,35(6):2929-2931.
- [7] Pei, W., Zeng, J., Lu, L., Lin, G. and Ruan, J. (2019) Is Acupuncture an Effective Postherpetic Neuralgia Treatment? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain Research*, **12**, 2155-2165. <https://doi.org/10.2147/jpr.s199950>
- [8] 曾婧纯,卢立宏,陆丽明,等.刺络拔罐法为主治疗带状疱疹临床疗效及安全性的系统评价[J].世界科学技术-中医药现代化,2022,24(11):4347-4357.
- [9] Wu, D., Jiang, Y., Wu, Q., Jin, Y., Wang, C., Guan, L., et al. (2025) Efficacy and Safety of Bloodletting Therapy for Acute Herpes Zoster: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Neurology*, **16**, Article ID: 1674245. <https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1674245>

- [10] 李奇, 石晶晶, 杜红帅, 等. 放血疗法治疗带状疱疹的可视化分析[J]. 基层中医药, 2023, 2(6): 116-125.
- [11] 中国医师协会皮肤科医师分会带状疱疹专家共识工作组. 带状疱疹中国专家共识[J]. 中华皮肤科杂志, 2018, 51(6): 403-408.
- [12] 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.
- [13] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 258.
- [14] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 259-260.
- [15] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 259.
- [16] 中国国家标准化管理委员会, 中国国家标准化管理委员会. 中华人民共和国国家标准《腧穴名称与定位》(GB/T 12346-2006) [S]. 北京: 中国标准出版社, 2006.
- [17] 王丽, 方玉甫, 徐俊涛, 等. 基于 Th1/Th2 失衡和血清 P 物质探讨刺络拔罐联合中药湿敷治疗带状疱疹的作用机制[J]. 针刺研究, 2022, 47(9): 814-820.
- [18] 黄子鹏, 张文博, 邓梓丹, 等. 中医针刺放血疗法预防性治疗带状疱疹后遗神经痛的机制及临床意义[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(12): 161-165.
- [19] 冯倩, 卢加庆, 徐琳. 双重围刺联合刺络拔罐放血治疗急性期带状疱疹的价值[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(7): 198-201.
- [20] 李杨帆, 林海. 刺血拔罐法治疗带状疱疹患者急性期疼痛疗效观察[J]. 环球中医药, 2019, 12(8): 1278-1280.
- [21] 徐彬彬, 朱立建, 许瑞旭, 等. 火针赞刺联合放血疗法治疗急性期带状疱疹的疗效及对外周血清 P 物质的影响[J]. 中国中医急症, 2021, 30(11): 1993-1996.
- [22] 刘凤英, 曾勇修, 黄桂华, 等. 刺络放血联合围刺热敏灸治疗急性期带状疱疹的临床疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(22): 101-103, 106.
- [23] 中华中医药学会皮肤科分会. 蛇串疮中医诊疗指南(2014年修订版) [J]. 中医杂志, 2015, 56(13): 1163-1168.
- [24] 姚春鹏. 中华经典名著全本全注全译丛书-黄帝内经[M]. 北京: 中华书局, 2010: 561.
- [25] 梁繁荣, 王华. 针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 156-157.
- [26] 刘英才, 田利军, 元秀英. 一次性无菌注射针替代三棱针在刺络放血中的应用[C]//中国针灸学会. 2014 针药并用及穴位用药学术研讨会、山东针灸学会 2014 年学术年会论文集. 2014: 311-312.
- [27] 张晓钢, 李倩, 费文荣, 等. 刺络拔罐联合西医治疗急性期带状疱疹临床观察[J]. 河北中医, 2021, 43(3): 438-442.
- [28] 吴峻, 沈晓柔. 刺血治疗前后微循环变化 33 例对照观察[J]. 中国针灸, 2001, 21(9): 42-43.
- [29] 刘承, 张海燕. 刺络放血法治疗痛证的优势[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(12): 185-186.
- [30] 田浩, 田永静, 王兵, 等. 刺血拔罐对带状疱疹后遗神经痛患者血清 P 物质的影响[J]. 中国针灸, 2013, 33(8): 678-681.
- [31] 孟英, 朱梓焯, 朱洁好, 等. 刺血疗法临床效应特征及作用机制[J]. 针刺研究, 2020, 45(10): 835-838.
- [32] 清·祁坤. 外科大成[M]. 北京: 科技卫生出版社, 1958: 122.
- [33] 李宏大, 易庆颖. 蛇眼穴点刺对带状疱疹的早期诊断[J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(10): 11.
- [34] 李庆云, 杨宗强, 马遂, 等. 龙眼穴的临床应用[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(2): 216-217.
- [35] 傅晓峰. 针刺放血技术治疗肝经郁热型带状疱疹疗效对比研究[J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(5): 351-352.
- [36] 陈泽林, 高靓. 图解刺络放血疗法[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 16-17.
- [37] 王冰注. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1983: 210.
- [38] 贺普仁, 王麟鹏. 国家中医药管理局农村中医适宜技术推广专栏(四十一)贺氏针灸三通法治疗缺血性中风病技术(上) [J]. 中国乡村医药, 2010, 17(7): 81-83.
- [39] 张静莎, 杨怡馨, 郭义. 世界不同地区刺络放血疗法放血量的比较研究[J]. 中国中医急症, 2012, 21(2): 239-240.