Traditional Chinese Medicine 中医学, 2026, 15(11), 185-191
Published Online November 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/tcm
https://doi.org/10.12677/tcm.2026.1511639

Hans汉斯

傅立新教授分期治疗带状疱疹经验撷菁

崔心宇[1,2*]，赵　靓[1,2]，刘敏文[1,2]，傅立新[1,2#]

[1]天津中医药大学第一附属医院针灸部，天津
[2]中医国家临床医学研究中心，天津

收稿日期：2026年10月7日；录用日期：2026年10月29日；发布日期：2026年11月12日

摘　要

总结傅立新教授分期治疗带状疱疹的临证经验与学术特色。本病以皮肤疱疹、疼痛为临床表现，傅立新教授临证诊疗带状疱疹，纵向分期侧重、阶段辨治，总结为急性期肝胆湿热证、恢复期脾虚湿困证、后遗症期虚瘀夹杂证，急则清肝泻火，直折火焰；复则健脾运中，祛除余邪；后则理气活血，通络定痛；横向分部化裁、针药合璧、形神同守贯穿始终。本文总结傅立新教授治疗带状疱疹的学术思想及临床验案，以期为临床治疗带状疱疹提供新思路。

关键词

带状疱疹，临床经验，分期，刺络

Professor Fu Lixin's Selected Experience in Treating Herpes Zoster by Stages

Xinyu Cui[1,2*], Liang Zhao[1,2], Minwen Liu[1,2], Lixin Fu[1,2#]

[1]Department of Acupuncture, First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin
[2]National Clinical Research Center for Chinese Medicine, Tianjin

Received: October 7, 2026; accepted: October 29, 2026; published: November 12, 2026

Abstract

To summarize the clinical experience and academic characteristics of Professor Fu Lixin in the treatment of Herpes Zoster by stages. The clinical manifestations of this disease are skin herpes and pain. Professor Fu diagnoses and treats HZ focusing on longitudinal stage. It is summarized as acute

*第一作者。
#通讯作者。

文章引用: 崔心宇, 赵靓, 刘敏文, 傅立新. 傅立新教授分期治疗带状疱疹经验撷菁[J]. 中医学, 2026, 15(11): 185-191. DOI: 10.12677/tcm.2026.1511639

liver and gallbladder damp-heat syndrome, spleen deficiency and dampness syndrome in recovery period, and deficiency and blood stasis syndrome in sequelae period. In the acute stage, the main target is clearing liver-heat. In the recovery period, strengthen the spleen and remove the remaining evil. Later, regulate qi and activate blood, dredging collaterals and relieving pain. On horizontal division, acupuncture and medicine, shape and spirit together throughout. This paper summarizes Professor Fu's academic thoughts and clinical cases, in order to provide new ideas for clinical treatment of HZ.

Keywords

Herpes Zoster, Clinical Experience, Staging, Blood-Letting Puncture

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－带状疱疹病毒感染引起的急性皮肤病，表现为皮肤红斑、水疱或丘疱疹，累累如串珠，排列成带状，沿一侧周围神经分布区出现，局部刺痛或伴臀核肿大[1]。中医上首见于《诸病源候论》“甑带疮者，绕腰生。此亦风湿搏血气所生，状如甑带，因以为名”[2]，被称为“蛇串疮”“缠腰火丹”。现代医学治疗以抗病毒及对症治疗为主。此病发病急、病情重，治疗周期长，病程缠绵，目前治疗效果欠佳，近半数患者的疼痛未能有效根治[3]。

傅立新教授，从事针灸临床与科研工作近四十年，师从石学敏院士，在临床中师古而不泥古，博采众长，形成一套验之有效的诊疗思路。傅师对带状疱疹有独到的见解，临证时从整体观念出发，分期辨证，重视神形兼顾，调和气血。笔者有幸侍诊，现将其治疗带状疱疹思想总结如下，以期共同探讨。

2. 分期定则，随证斡旋

傅师临证总结，将蛇串疮分三期论治，即急性期、恢复期、后遗症期，把握疾病动态变化，阶段治疗各有侧重。焰炽之时，清泄以挫其锋；邪恋之际，运中以涤其根；痛痼之日，行散以和其络。三期递进，针药相须。

2.1. 急性期——直折火热以平其焰

病初起为湿热毒蕴证，先起灼痛、跳痛剧烈难以忍受，随之皮肤出现带状红色斑丘疹，继而出现粟米黄豆大小水疱。临床曾见患者初起症状单发下肢疼痛，极易误诊为坐骨神经痛，而后三日出现簇集成群的水疱，才可确诊，故临床应多加警惕。

急性期需予泛昔洛韦基础抗病毒治疗，并以中药直折火热。针对湿热火毒病机，治以清肝利湿、泻火解毒，选取龙胆泻肝汤加减方，以龙胆、黄芩、车前草、栀子、泽泻、地黄、大青叶、连翘、丹皮、水牛角、三七、乳香、延胡索、川楝子为基础方：龙胆为君，大苦大寒直折肝胆实火并清下焦湿热，辅以黄芩、栀子助其清热燥湿、通泻三焦，共奏清解火毒之功；大青叶与连翘清热解毒并透邪外达，凉血药之水牛角解毒、地黄滋阴、丹皮散瘀，共减火热蔓延，并防热毒内陷；佐以三七、乳香活血化瘀、通络定痛，合延胡索、川楝子疏肝泄热、行气止痛，四药并举，破“不通则痛”之血瘀气滞；同时车前草、泽泻甘寒渗湿利水，使湿热之邪从小便而出。全方泻火与利湿同施、凉血与行气并举，清解肝胆经脉之热毒，

以消疹定痛。

针刺选取阿是穴围刺加刺络拔罐。傅师认为，皮部与经络、脏腑之间密切相连，脏腑发生病变时，经由经络反映于皮部，是故“有诸内，必形诸外”。当人体受劳逸失度、饮食不节、七情内伤等因素，脏腑气血功能紊乱，别生痰饮、瘀血、湿热等病理产物时，通过“经络－皮部”的传导通路，将内生的病理变化显现于皮肤，表现为红斑、丘疹、结节或肤色改变等皮肤损害。通过痛区阿是穴多针围刺，可直击病灶，调和病损部位的气血运行，沟通局部各经脉、络脉和皮部之间的联系，使经脉运行得以顺畅，以达“通则不痛”。《灵枢·经脉》载“卫气先行皮肤，先充络脉”[4]，皮部是卫气之所留止、邪气之所客之处，针刺皮部可以激发卫气祛除邪毒[5]，进一步加强疏经活血之功，使气畅血行，再施以刺络放血，给邪气以出路，去宛陈莝，通利经络。刺络拔罐疗法通过放血、负压吸引，可充分激发相应经脉的经络之气，使经气循行有序，往来流利。

远端配伍太冲、行间以泻肝火。太冲为肝经之输穴，“输主体重节痛”，善通经络气血以治疼痛，亦为肝经之原穴，“原”为肝之原气留止处，能直调本脏功能。行间为肝经之荥穴，“荥主身热”，最擅清泻本经热邪，其泻火之力较太冲更峻，专于清泻肝胆火热与湿热。二穴合力，取太冲疏理肝经气血、行间直折肝经火毒，共奏疏肝泻热、通络止痛之功。临床操作常施以捻转提插泻法以增清泄之力。

再选阳陵泉——足少阳胆经之合穴，亦为胆腑之下合穴，“合治内腑”，尤善疏调胆腑气机、清泻少阳郁热。一者，胆与肝相表里，泻阳陵泉可清少阳热，助行间、太冲直折肝胆火毒，从源头上截断病势；二者，少阳经循胁肋，阳陵泉为筋之会穴，善舒筋通络、活血止痛。三穴合用，肝胆同调、表里共治，既清火毒之标，又疏气机之本。手法亦施以泻法。

2.2. 恢复期——调中祛邪以断其势

恢复期邪势渐退，主以脾虚湿困证，表现为皮损色淡，疼痛不显，疱壁松弛。

针刺首先选用围刺、刺络拔罐。火罐的温热激发人体阳气，以达祛邪之功，邪去则正自安，从而温煦皮毛，效如桴鼓。

其次调理中焦，旨在激发经气，通畅三焦。傅师采用芒针深刺中脘、气海穴，行引导式呼吸吐纳法：令患者针前调息入静，选用三寸芒针，双手进针，进针后需手不离针，全神贯注，以口令“深呼吸、慢吐气”来引导患者进行轻柔细缓、均匀深长的腹式呼吸，而医者按患者呼吸动态行吸内呼出之呼吸泻法。直至医者感觉针下调和，患者自觉局部有酸胀感并向两胁、背部或下腹部放散后徐徐出针，局部不留针。以同样的方法芒针继刺气海穴，行吸出呼内之呼吸补法，待局部酸胀感向四周扩散后留针守气，并可看到针体随患者呼吸有节律的小幅度摇动，即为“气满自摇”，从而达到气机通畅的状态。

2.3. 后遗症期——行气化瘀以调其血

部分患者会发展成带状疱疹后神经痛(Postherpetic Neuralgia, PHN)，即皮疹愈合后持续 1 个月及以上的疼痛[6]。后遗症期为虚瘀夹杂证，以血瘀、血虚为主要病机，疹消后皮损色暗，局部疼痛不止，痛不可忍，坐卧不安，病程缠绵。此类患者因痛甚、痛久，神志失调，心神不安，加之多数患者夜间疼痛明显，耗伤心血，心神统摄无权，则痛之更甚，入血更甚，多出现麻、木感，此为血虚之象。此时论痛有二：气血瘀阻之“不通则痛”、血虚气衰之“不荣则痛”。

围刺、刺络拔罐以使气通，针刺足三里、三阴交、血海以促血荣。足三里为足阳明胃经下合穴，可调其腑，六腑以通为用，与五脏相表里，又阳明经多气多血，阳明之气合于此，故刺足三里促使脾胃之气健运，气血生化功能正常，血行顺畅，通则不痛。三阴交属足太阴脾经，为足三阴经交会之处，善调脾、肝、肾三经气血，有健脾益气、养血活血之功。血海穴又名“血郄”，为脾经之血主要聚散之处，善治营

血诸疾，有活血补血而兼止痛之验效。

3. 分部化裁，以痛择穴

蛇串疮多因肝气郁滞，久而化火，肝经火毒蕴积，常发于胸胁；或夹风邪上行，发于头面或躯干；或夹湿邪下注，流于阴部及下肢。

临床选用围刺或刺络之法，均围绕阿是穴实施。阿是穴，无归经、无固定位置，临床多用于痛证，《备急千金要方》曰：“人有病痛，即令捏其上，若里当其处，不问孔穴，即得便快或痛，即云阿是，灸刺皆验，故曰阿是穴也”[7]。此为 “以痛为腧”的取穴方法。阿是穴因在病变局部，刺激其可直接作用于病所，起疏通经络、激发经气、止痛的作用。

疼痛发于胸胁或下肢时，配伍夹脊穴。夹脊穴为经外奇穴，位于脊柱两侧，内夹督脉，外临膀胱经，是调控二经的枢纽、血气会聚的关键点[8]，据《灵枢·经脉》云“督脉之别，名曰长强，挟膂上项……下当肩胛左右，别走太阳”“膀胱足太阳之脉……挟脊抵腰……下挟脊”[4]，其在两者的经络皮部之交叠处，督脉名阳经之海，足太阳膀胱经为巨阳经，气血旺盛，针刺夹脊穴可壮督脉之阳、助膀胱之气，具有疏通经络、调节气血的作用。又因其下方分布有脊神经，带状疱疹后神经痛常受累于脊神经，故可根据发病部位来选择相应神经分布区域的夹脊穴治疗[9]。

4. 针药并施，相得益彰

《素问·移精变气论》云：“毒药治其内，针石治其外”[10]，针、药各有所长。疱疹邪毒发于肌表，“在肌肤者，针石所及”，针刺长于泻发于肌表之实邪；“汤药内调脏腑之元气”，湿热、火毒、气滞、血瘀为蛇串疮的内在实质，用汤药能更好地去除病理因素。傅师治疗本病针药并用，内外同治，行之效良。

5. 神形同守，治病本神

“上工守神，下工守形”，傅师十分注重“调神止痛”的重要性。调神理论起源于《灵枢》“凡刺之法，必先本于神”[4]，在皮肤病的治疗中，《素问》记载“诸痛痒疮，皆属于心”“心寂则痛微，心躁则痛甚”[10]，又有“心主神志”，说明皮肤病的瘙痒、疼痛与心神密切相关。运用调神理论治疗带状疱疹后期出现的疼痛、瘙痒，也是遵循针刺“调神”的基本准则。

采用调神针法，取百会、风池、神门、内关，可起到调理脑神、舒缓情绪、减轻疼痛的作用。百会位于人体巅顶，属于督脉及足太阳膀胱经循行部位，具有疏通经气、健脑安神、醒神益智的功效；风池属足少阳胆经，为足少阳经与阳维脉的交会穴，少阳枢机调节气机升降，上达清窍，少阳枢机不利则脑髓气郁、失养，神机失用，则出现情志抑郁，故针刺风池穴近可醒脑调神、疏通壅滞、清利头目，远可调畅气机、调和阴阳；神门穴是心经的原穴、输穴，为心经之气注入经脉的部位，可调节心经气血，为治疗神志病要穴。内关为心包经的络穴，能够有效沟通与之相表里的心经，心病时，心包代君主之官受邪，神门为原，内关络，原络配合，可达标本同治之效，进一步加强了安神定志之功。

6. 验案举隅

6.1. 验案一

患者田某，女，70 岁，初诊主诉“左腹背部疱疹伴疼痛 10 天”，现病史：患者 10 天前出现左侧腹背部疱疹伴疼痛，自行服用药物治疗，未见缓解症状加重，昨日于外院就诊，予口服泛昔洛韦及营养神经类药物，今日为求进一步治疗就诊于我科。现症见：左腹背部疱疹，未见破溃，腹背部跳痛，持续性疼痛，伴红肿。疼痛未过中线。纳可，寐不安，心烦易怒，大便干，小便黄。舌红，苔薄黄，脉弦滑。既往带状疱疹 10 年余。视诊：左侧下腹部可见两疱疹，大者约 3 * 4 cm，小者约 2 * 3 cm。西医诊断：带状

疱疹；中医诊断：缠腰火丹(肝胆湿热证；湿热蕴肤证)。治则：清肝泻火利湿，解毒止痛。

予中药联合针刺及刺络拔罐。处方：龙胆 15 克，黄芩片 15 克，车前草 20 克，栀子 15 克，泽泻 10 克，地黄 30 克，蓼大青叶 15 克，连翘 15 克，牡丹皮 15 克，水牛角 10 克，三七粉 1.5 g 1 袋冲服，醋乳香 3 克，醋延胡索 15 克，川楝子 10 克。七剂，水煎服，早晚温服。针刺嘱患者右侧卧位，常规消毒后，选取 0.25 mm × 40 mm 针灸针于阿是穴边缘行围刺，保持针身与皮肤表面约成 15˚角，针尖朝向中心方向，深度 0.5~0.8 寸，以平泻手法施针得气，留针 30 min 后出针，然后医者戴无菌手套，患者皮肤消毒，在疼痛区域用采血针叩刺，快速浅刺 1~2 mm 深，刺五、六下见微量渗血，强度以患者能耐受为宜，紧接在出血处拔火罐，用镊子夹住 95%酒精棉球，点燃后在罐内快速绕两圈，迅速将罐扣在皮肤上，留罐 3 min，起罐时轻压罐口边缘放入少量空气，注意防止血液飞溅，擦净皮肤上的渗血。二诊疱疹渐消，疼痛减轻，舌红苔黄较前好转，处方加苍术 15 g，厚朴 15 g。针刺先嘱患者平卧，选用规格为 0.30 mm * 100 mm 的针灸针，于中脘穴直刺进针 2.5~3.0 寸，行呼吸泻法，至医者感觉针下调和，患者自觉局部有酸胀感后徐徐出针，局部不留针；气海直刺进针 2.5~3.0 寸，行呼吸补法，待局部酸胀感向四周扩散后徐徐出针。再嘱患者右侧卧位，同前行围刺及刺络。

按语：本案患者素有带状疱疹史，湿热内蕴，郁于肝胆，循经外发，阻遏肌肤脉络，本次发病出现左腹背部疱疹，灼痛跳痛，伴心烦易怒、便干溲黄，舌红苔黄、脉弦滑，辨属肝胆湿热之缠腰火丹，治以清肝泻火、利湿解毒止痛，方取龙胆泻肝汤化裁，直折火势，兼以凉血散瘀；外施围刺以调局部经气，刺络拔罐以疏滞散瘀，使邪有出路。二诊湿热渐退，疼痛减轻，酌加苍术、厚朴燥湿健脾、行气除满，并施呼吸补泻调中脘、气海，寓恢复中焦升降、扶正祛邪之意。针药并施，内外合治，近可消疹止痛，远可调畅气机，局部整体兼顾，体现了治病求本、标本同治之旨。

6.2. 验案二

患者韩某，男，39 岁，主诉“右侧臀部疼痛 1 月余”，现病史：患者 1 月前因工作劳累后出现右侧臀部簇集性红斑、水疱，大小不定，疱液澄清，水疱疱壁紧张光亮，伴瘙痒、刺痛，伴低热。就诊于当地医院，诊断为“带状疱疹”，予口服阿昔洛韦片、甲钴胺片抗病毒及营养神经治疗，后皮损消退，疱疹结痂脱落，局部遗留色素沉着，伴有强烈刺痛感及轻度瘙痒，影响睡眠。刻下症：神清，精神欠佳，右侧臀部持续刺痛，伴轻度瘙痒，夜间加重，局部不规则形状的色素沉着斑，浅褐色，痛时烦躁，纳可，寐差，大便秘结，小便调。舌质暗红，苔薄白微腻，根下瘀，脉沉涩。VAS 评分 7 分。西医诊断：带状疱疹后神经痛；中医诊断：蛇串疮愈后痛(气滞血瘀证)；治则：宁心安神，化瘀止痛。

予针刺联合刺络拔罐治疗。操作如下：首先进行针刺治疗。嘱患者取左侧卧位，常规消毒后，选取 0.25 mm × 40 mm 针灸针，针刺百会穴、风池穴、神门穴(双)、内关穴(双)至得气。直刺腰背部 L2~L5 两旁夹脊穴至得气。于阿是穴边缘行围刺，针尖朝向中心方向，以平泻手法施针得气，用红外线照射病损皮肤 10 min，留针 30 min 后出针。然后进行刺络拔罐治疗，留罐 3 min，后擦净皮肤上的渗血，再次消毒。治疗后即刻患者诉疼痛感稍有减轻、周身放松。每周治疗 5 次。一周后患者诉疼痛痒感明显减轻，VAS 评分降至 3 分。两周后患者诉疼痛、瘙痒感已完全消失，VAS 分值为 0 分，色素沉着区范围缩小、颜色较前变淡，待自然消退，本病即告痊愈。3 月后随访症状未反复。

按语：本案患者过劳耗损正气，正气亏虚，气血生化乏源，肌肤筋肉失于濡养；气虚推动无力，血虚络脉失充，血行涩滞，发为疼痛，患者长期饱受疼痛折磨，神志已然失调，心神不得安宁，加之入夜后痛甚，暗耗心血，心神失却统摄之能，便使得痛感愈发剧烈。属气虚血瘀证，治以宁心调神，散瘀通经。采用调神针法以安神宁心，针刺夹脊穴以振阳通络，阿是穴处围刺及刺络拔罐以疏通瘀滞，实现心身同调，标本兼治，效果立竿见影，近可疏通病灶处经气，远可调心宁神，兼顾了局部与整体，在治疗思路上强

调“神形同守”，充分体现了中医的整体观。

7. 讨论

7.1. 机制探讨

傅师的思想融合了中药内服、围刺、刺络拔罐、芒针呼吸补泻及调神针法等多种手段，其作用机制可能涉及以下几个方面。

抗病毒与免疫调节。急性期以龙胆泻肝汤加减为主，方中龙胆、黄芩、栀子、大青叶、连翘等药物现代药理研究显示具有广谱抗病毒、抗炎及免疫调节作用。龙胆苦苷可抑制炎症因子释放，黄芩苷对水痘–带状疱疹病毒有一定抑制作用，大青叶、连翘可增强巨噬细胞吞噬功能，促进干扰素生成，减轻神经炎症损伤。

改善局部微循环与镇痛。围刺与刺络拔罐可直接作用于皮损及疼痛区域，通过机械刺激和负压吸引，促进局部血液循环，加速炎性代谢产物清除，降低致痛物质浓度。刺络放血可调节局部血流变学，改善微循环障碍，减少神经缺血性损伤。

神经调控与中枢镇痛。夹脊穴位于脊神经分布区域，针刺夹脊穴可调节相应节段神经的兴奋性，抑制异常放电，阻断痛觉传导通路。百会、风池、神门、内关等调神针法，可调节中枢神经递质如 5-羟色胺、去甲肾上腺素、内啡肽等水平，激活下行抑制系统，产生中枢性镇痛效应，同时改善焦虑、抑郁情绪。

调节自主神经与内脏功能。芒针深刺中脘、气海并施呼吸补泻，可调节自主神经功能，改善胃肠蠕动及内脏血供，增强机体恢复能力。呼吸吐纳法本身可调节迷走神经张力，降低交感兴奋，有助于减轻应激反应，促进组织修复。

7.2. 与现有治疗方案比较

与单纯西医治疗比较：现代医学治疗带状疱疹以抗病毒药物(阿昔洛韦、泛昔洛韦等)、营养神经药物(甲钴胺等)、镇痛药(加巴喷丁、普瑞巴林等)为主。其优势在于起效快、抗病毒作用明确，尤其急性期可有效缩短病程、减少病毒播散。但存在以下不足：对带状疱疹后神经痛(PHN)的预防和治疗效果有限，部分患者仍遗留顽固性疼痛；镇痛药物常伴头晕、嗜睡、肝肾功能损害等不良反应；缺乏整体调节和个体化辨证，对患者神志、睡眠、情绪等关注不足。傅师方案在急性期联合抗病毒治疗的基础上，加用中药清肝泻火、利湿解毒，可增强抗病毒效果，减轻炎症反应；围刺与刺络拔罐可迅速缓解疼痛，减少镇痛药用量；调神针法可改善睡眠和情绪，提高生活质量。

与单纯中医治疗比较：单纯中药治疗虽可辨证论治，但起效相对较慢，对急性期剧烈疼痛的控制不如针刺直接。单纯针刺治疗虽镇痛效果较好，但对湿热火毒的清除不如中药全面。傅师方案将针、药、罐、灸有机结合，内服外治并举，既清内在湿热火毒，又通局部经络气血，同时兼顾神志调节，体现了“标本同治、形神共调”的优势。

优势与特色：① 分期论治，动态把握病机演变，急性期重在清泄，恢复期重在运中，后遗症期重在行散，阶段目标明确；② 针药并用，内外合治，协同增效；③ 重视“调神止痛”，将精神心理因素纳入治疗体系，符合现代生物–心理–社会医学模式；④ 操作规范，可重复性强，便于临床推广。

不足与挑战：本方案涉及多种治疗手段，操作相对复杂，对医师的针灸技术和辨证能力要求较高；中药煎服不便，部分患者依从性受影响；治疗周期较长，需多次就诊，医疗成本和时间成本较高。

8. 局限性

证据等级不高。本文属于经验总结和验案举隅，并非随机对照试验(RCT)、系统评价或队列研究，证

据等级较低。所举两例验案虽疗效显著，但个案报道无法代表总体疗效，存在选择偏倚和发表偏倚的可能。

样本量小，缺乏对照。本文仅列举 2 例验案，样本量极小，且未设立对照组，无法客观评价本疗法相对于单纯西医治疗或单纯中医治疗的优效性。疗效评价多依赖患者主观感受和 VAS 评分，缺乏客观指标如病毒载量、神经电生理检查、炎症因子水平等。

存在偏倚风险。验案为跟诊时整理，可能存在回忆偏倚和观察者偏倚；疗效评价未采用盲法，患者和医者均知晓治疗方案，可能产生期望效应；随访时间较短，对远期复发率和慢性疼痛转归的评估不足。

机制探讨尚浅。讨论部分所述作用机制多基于现代药理研究和中医理论推导，缺乏直接的实验证据，如动物模型、分子生物学实验等，机制阐释尚需进一步深入研究。

未来研究应开展多中心、大样本、随机对照试验，设立单纯西医组、单纯中医组和中西医结合组，采用盲法评价，延长随访时间，增加客观疗效指标，并开展基础实验研究探讨其作用机制，以提供更高级别的循证医学证据，推动本疗法的规范化应用和推广。

伦理声明

本文所涉及的所有病例，均已获得患者本人签署的书面知情同意书，同意将其个人病历资料用于学术发表。所有患者信息均已匿名化处理，保护患者隐私。

利益冲突

所有作者均声明不存在利益冲突。

参考文献

[1] 周冬梅, 陈维文. 蛇串疮中医诊疗指南(2014 年修订版) [J]. 中医杂志, 2015, 56(13): 1163-1168.

[2] 巢元方, 撰. 诸病源候论[M]. 黄作阵, 点校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997.

[3] 神经病理性疼痛诊疗专家组. 神经病理性疼痛诊疗专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志, 2013, 19(12): 705-710.

[4] 黄帝内经·灵枢[M]. 广州: 广东科技出版社, 2025.

[5] 何慧英. 基于“皮部理论”探讨腕踝针联合围刺治疗带状疱疹后遗神经痛的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 长沙: 湖南中医药大学, 2025.

[6] 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.

[7] 孙思邈, 撰. 备急千金要方[M]. 鲁兆麟, 主校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997.

[8] 吴昊晟, 朱超, 苏航, 等. 华佗夹脊穴理论构建的认识与启示[J]. 中国针灸, 2024, 44(7): 851-855.

[9] 陈杨, 蒲勋, 肖智, 等. 带状疱疹及带状疱疹后神经痛病人受累神经分布特点[J]. 中国疼痛医学杂志, 2022, 28(4): 295-298.

[10] 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2025.