

膈三针联合温针灸背俞穴治疗寒湿瘀阻型腰痛的临床观察

肖 硕

北京市顺义区医院 北京 101300

摘要:目的: 分析膈三针联合温针灸背俞穴治疗寒湿瘀阻型腰痛的应用效果。方法: 选取2022年7月-2023年7月本院72例寒湿瘀阻型腰痛患者开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组36例, 行常规西药治疗, 观察组36例, 联合中医治疗, 比较两组临床疗效。结果: 观察组的治疗有效率、JOA评分和6-K-PGF1 α 均明显高于对照组, VAS评分、TNF- α 、TXB₂、腰腿冷痛、辗转不利和下肢活动受限积分均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 给予寒湿瘀阻型腰痛患者中西医结合治疗能有效降低炎性因子含量, 调节局部微循环障碍, 减轻疼痛, 具有推广价值。

关键词: 腰痛; 膈三针; 温针灸; 背俞穴; 寒湿瘀阻型

西医认为常见腰痛有下背痛、下腰痛和腰背疼痛, 其次为腿部、腰骶、下腰和骶髂等疼痛, 是一种主观感觉, 给患者带来不适感。一项研究遍布国家195个, 对365种疾病展开研究, 调查其健康寿命损失、流行率和发病率等, 研究结果认为腰痛是导致健康寿命缩短、全球生产力减少的重要因素之一^[1]。腰痛发生率为38.9%左右, 其中NLBP占比约为90%, 患者存在多种表现, 同时影像学表现缺乏特异性。腰痛目前尚无理想疗法, 主要采取NSAIDs、物理疗法等方式, 仅可以抑制病情进展, 但存在诸多副作用, 且易复发^[2]。中医认为该病病机主要为外邪影响, 经络受阻, 中医治疗该病, 经验丰富, 安全有效。本次研究以寒湿瘀阻型腰痛患者为对象, 分析中医疗法的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年7月-2023年7月本院72例寒湿瘀阻型腰痛患者开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组36例, 男19例, 女17例, 年龄为31-71岁, 平均年龄(55.58 \pm 4.46)岁; 观察组36例, 男20例, 女16例, 年龄为32-72岁, 平均年龄(55.61 \pm 4.38)岁。两组一般资料($P > 0.05$), 具有可比性。

西医诊断标准: 以《实用骨科学》^[3]为参照, 伴有腰背疼痛, 长期间断发生, 影响到活动功能, 同侧肌肉或痉挛或紧张; 存在激痛点或压痛点, 检验神经系统, 表现为阳性; 实施影像学检查, 例如MRI、CT和X线片等, 未见特异性表现。

中医诊断标准: 以《中医病证诊断疗效标准》^[4]为标准, 且符合寒湿瘀阻型。观察主症, 双侧/一侧腰部出现疼痛, 或脊中疼痛; 观察次症, 主要有腰部冷痛, 处于温热环境中有所好转, 或影响到膈、臀、骶、股, 或出

现拘挛强直。疼痛程度变化, 阴雨、寒冷时较重, 舌质存在瘀斑或紫暗, 舌苔白滑, 脉涩。

纳入标准: 符合中西医诊断标准; 采取影像学检查, 将腰椎器质性病变排除, 病程不低于2个月; 知情同意本次研究。

排除标准: 由外伤、腰椎滑脱、结核、肿瘤、腰椎间盘突出、椎管狭窄等造成的腰痛; 由妇科、内科等造成的腰痛; 接受腰椎手术; 伴有感染性疾病; 存在出血倾向; 糖尿病; 精神疾病; 治疗部位感染、受损; 发热。

1.2 方法

1.2.1 对照组

该组行常规西药治疗: 选取双氯芬酸钠缓释片(德州德药制药; 国药准字H10970008), 用量为75mg/次, 1次/d, 疗程为2周。

1.2.2 观察组

该组联合中医治疗: ①进行膈三针: 选取患侧膈窝阴谷、委阳和委中。令患者仰卧, 常规消毒处理选取穴位, 借助一次性无菌毫针, 将规格定为0.30mm \times 60mm, 进行直刺, 将深度控制在25-40mm, 保证患者得气。为患者留针时, 采取捻转泻法, 将频率设置为每分钟60次, 将行针时间控制在1min, 同时将留针时间控制在25-30min。②实施温针灸背俞穴: 选取阿是穴、肾俞、肝俞、腰阳关和脾俞。行仰卧位, 常规消毒相应穴位, 借助一次性无菌毫针, 将规格定为0.30mm \times 60mm, 对于脾俞和肝俞, 进行斜刺, 深度为15-25mm, 对于阿是穴、腰阳关和肾俞, 进行直刺, 深度为15-25mm, 保证得气。在留针过程中, 将艾绒搓成团, 在针柄上裹好, 将其点燃, 大小类似于枣核, 每次选3团, 保证局部出现温热感。每穴时间为25-30min, 1次/d, 完整治疗后, 注意规避风寒。1疗程为治疗6d, 休息1d, 进行2个疗程。

1.3 观察项目和指标

评价相应标志物^[5]：清晨空腹时，每位患者采集3ml 静脉血，借助ELISA法，测量6-K-PGF1 α 、TNF- α 和TXB2。评价中医症候积分^[6]：包含腰腿冷痛、辗转不利和下肢活动受限，0分代表无症状，1分代表轻度症状，2分代表中度症状，3分代表重度症状。评价疼痛程度/腰椎功能：前者采取VAS量表^[7]，0（无痛）-10（剧烈疼痛）分；后者采用JOA量表^[8]，涵盖四个维度，分别为膀胱功能、临床体征检查、主观症状和日常生活能力，0-29分。评价治疗效果：显效为腰部活动功能大体改善，疼痛不明显；有效为腰部功能有所改善，腰痛减轻；无效为腰部功能和腰痛均未好转，对比两组治疗有效率。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据，（ $\bar{x}\pm s$ ）与（%）表示计量与计数资料，分别行t与检验， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组相应标志物比较

治疗后两组6-K-PGF1 α 均明显高于治疗前，TNF- α 和TXB2均明显低于治疗前，观察组变化更明显（ $P<0.05$ ）。详见表1。

2.2 两组中医症候积分比较

治疗后两组腰腿冷痛、辗转不利和下肢活动受限积分均明显低于治疗前，观察组变化更明显（ $P<0.05$ ）。详见表2。

表1 两组相应标志物比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	6-K-PGF1 α (ng/L)		TNF- α (ng/L)		TXB2 (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	116.68 \pm 11.84	148.68 \pm 12.36a	85.28 \pm 5.43	45.12 \pm 4.46a	54.31 \pm 5.35	20.82 \pm 3.58a
对照组	36	117.25 \pm 10.73	136.04 \pm 12.11a	85.34 \pm 5.38	71.54 \pm 4.15a	54.42 \pm 5.28	28.81 \pm 4.47a
t	/	0.214	4.383	0.047	26.020	0.088	8.371
P	/	0.831	0.000	0.963	0.000	0.930	0.000

注：与本组治疗前比较，^a $P<0.05$ 。

表2 两组中医症候积分比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	腰腿冷痛（分）		辗转不利（分）		下肢活动受限（分）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	2.12 \pm 0.42	0.41 \pm 0.03a	2.34 \pm 0.42	0.51 \pm 0.04a	2.71 \pm 0.35	0.46 \pm 0.04a
对照组	36	2.13 \pm 0.41	0.98 \pm 0.14a	2.36 \pm 0.40	1.00 \pm 0.06a	2.78 \pm 0.29	0.99 \pm 0.07a
t	/	0.102	23.886	0.207	40.770	0.924	39.443
P	/	0.919	0.000	0.837	0.000	0.359	0.000

注：与本组治疗前比较，^a $P<0.05$ 。

2.3 两组疼痛程度/腰椎功能比较

治疗后两组JOA评分均明显高于治疗前，VAS评分均明显低于治疗前，观察组变化更明显（ $P<0.05$ ）。详见表3。

表3 两组疼痛程度/腰椎功能比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	JOA（分）		VAS（分）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	11.26 \pm 2.41	19.61 \pm 2.26 ^a	6.71 \pm 1.05	2.76 \pm 0.21 ^a
对照组	36	11.34 \pm 2.37	17.12 \pm 2.11 ^a	6.82 \pm 0.98	3.42 \pm 0.32 ^a
t	/	0.142	4.832	0.460	10.346
P	/	0.887	0.000	0.647	0.000

注：与本组治疗前比较，^a $P<0.05$ 。

2.4 两组治疗效果比较

对比治疗有效率，观察组更高（ $P<0.05$ ）。详见表4。

表4 两组治疗效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	36	29	6	1	97.22
对照组	36	17	11	8	77.78
	/	/	/	/	6.222
P	/	/	/	/	0.013

3 讨论

腰痛患者常见症状有腰骶部和下背部不适、酸痛等，部分可能存在下肢疼痛。中医将腰痛划分为“伤筋”“痹证”“腰痛”等，该病当下病因不明，症状多样，影像学特征缺乏特异性。Koes等学者提出腰痛一般不存在神经根受累，同时也无严重疾患。中医认为腰痛产生机制主要有跌仆损伤、长期劳损等，致使筋脉失养、经络阻滞，血液循环受阻，瘀阻络脉，引发疼痛。腰痛和肝脾肾密切相关，中医认为疾病本质属于上述三

脏亏虚，标为风寒湿邪侵犯。

腰痛治疗指南主要为缓解疼痛，减轻有关症状，通常行物理治疗、药物治疗，常用药物有肌松药、阿片类镇痛药和NSAIDs等。相关研究显示，患者服用NSAIDs后，容易出现胃肠道副作用，长时间接受激动剂、阿片类药物，可能产生耐受，更有甚者会出现痛觉过敏。选取有效方法，以缓解腰痛，防范副作用，降低医疗作用，提升生活质量，属于研究重点。常用物理疗法有牵引、运动、针灸等。相关研究提出，针刺治疗腰痛有积极功效，同时能调节背部相关功能，NASS于2020年也证实该观点^[9]。目前，国际范围内已将针刺纳入该病主要疗法之一，英国、美国和加拿大等国家，将针灸纳入该病治疗指南。中医认为腰痛受肾、脾和肝等影响，临床治疗应遵循标本兼治，外治寒湿，内疗三脏。西医治疗基础上，联合膈三针，对背俞穴进行温针灸，能有效改善寒湿瘀阻型腰痛。《本草经》提出，艾叶可于十二经中运行，能解除气滞，通行气血，产生的热力会经由皮肤，抵达肌肉中，实施刺法时，能起到循经感传效应，联合灸法，可产生热疗反应，发挥出通络、除湿和祛风等作用，能起到其他物理疗法达不到的效果。产生的效应能直接于病灶发挥功效，然后向附近组织扩散，以缓解疼痛，促使炎症反应减轻，对由前列腺素造成的疼痛物质分泌形成阻碍。腰痛影响因素较多，包括骨源性、中枢敏化、循环炎症反应、肌肉源性等。患者机体免疫力降低，会产生炎症反应，引发痛觉过敏或者腰痛。分析其病理变化，主要有肌纤维出现非特异性炎症，微循环障碍，出现炎性物质，腰肌筋膜粘连，代谢物积聚等。一旦微循环出现障碍，血液速率减慢，血液供应量减少，导致微血栓形成，引发出血，受血小板活化影响，TXA2含量明显提升，属于血小板激活剂，当血小板聚集时，PGI2可防范血管痉挛。TXB2是TXA2的稳定代谢物，6-K-PGF1 α 是PGI2的稳定代谢物，当PGI2与TXA2失衡时，常伴有血栓形成、血管痉挛和血小板异常聚集等现象，进而引发血瘀证。本次研究结果显示观察组的治疗有效率、JOA评分和6-K-PGF1 α 均明显高于对

照组，VAS评分、TNF- α 、TXB2、腰腿冷痛、辗转不利和下肢活动受限积分均明显低于对照组 ($P < 0.05$)，表明中西医结合治疗可有效减轻病情，缓解临床症状，促使腰部活动能力尽快恢复。说明应用中西医结合疗法可以提升寒湿瘀阻型腰痛疗效。

综上所述，给予寒湿瘀阻型腰痛患者中西医结合治疗能有效降低炎症因子含量，调节局部微循环障碍，减轻疼痛，具有推广价值。

参考文献

- [1]伍美艳.《针灸甲乙经》腰痛的诊治特点探析[J].中国民族民间医药,2023,32(11):12-14.
- [2]蔡建辉,吴振华,李洪涛,孙晓伟.温针灸联合腰痛宁胶囊治疗椎间盘源性下腰痛的疗效分析[J].中国中医急症,2023,32(6):1062-1065.
- [3]杨金龙,严兴科,王皓楷,郭文龙.基于复杂网络探析针灸治疗非特异性腰痛的腧穴配伍规律[J].中央民族大学学报(自然科学版),2023,32(2):77-83.
- [4]赵海丰,王立恒,伊璠.温针灸夹脊穴联合核心肌群训练治疗椎旁肌脂肪浸润腰痛临床研究[J].河北中医,2023,45(4):617-620+625.
- [5]张薇薇,刘芷薇,田书艺,白雪,邵音,李崖雪.膈三针联合温针灸背俞穴治疗寒湿瘀阻型腰痛的临床观察[J].广州中医药大学学报,2023,40(3):665-671.
- [6]方培钢,李梦,朱才丰,刘倩萍,吴三兵.基于Neo4j图数据库技术总结刘德春名老中医针灸治疗腰痛选穴规律[J].中医临床研究,2023,15(7):83-88.
- [7]张莹莹,李立国,吴杰.腰痛五穴针灸联合推拿治疗腰痛效果观察[J].辽宁中医杂志,2023,50(5):218-221.
- [8]谢素军,闫应西,经振兴.温针灸联合邵氏无痛手法和寒痹汤内服治疗寒湿型腰痛临床观察[J].光明中医,2023,38(4):613-615.
- [9]王艳童,张玲霖,张敏,肖明明,江洪洋,吴丹卉,陈晓琴.针灸治疗寒湿型慢性非特异性腰痛的研究进展[J].实用中医内科杂志,2023,37(3):51-54.