

# 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 $\alpha$ 均明显高于对照组，VAS评分、TNF- $\alpha$ 、TXB<sub>2</sub>、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症因子含量，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<sup>[1]</sup>。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<sup>[2]</sup>。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》<sup>[3]</sup>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》<sup>[4]</sup>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、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<sup>[5]</sup>：清晨空腹时，每位患者采集3ml 静脉血，借助ELISA法，测量6-K-PGF1 $\alpha$ 、TNF- $\alpha$ 和TXB2。评价中医症候积分<sup>[6]</sup>：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<sup>[7]</sup>，0（无痛）-10（剧烈疼痛）分；后者采用JOA量表<sup>[8]</sup>，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 $\alpha$ 均明显高于治疗前，TNF- $\alpha$ 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 $\alpha$ (ng/L)		TNF- $\alpha$ (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，<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

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，<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

### 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 <sup>a</sup>	6.71 $\pm$ 1.05	2.76 $\pm$ 0.21 <sup>a</sup>
对照组	36	11.34 $\pm$ 2.37	17.12 $\pm$ 2.11 <sup>a</sup>	6.82 $\pm$ 0.98	3.42 $\pm$ 0.32 <sup>a</sup>
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，<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

### 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<sup>[9]</sup>。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 $\alpha$ 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 $\alpha$ 均明显高于对

照组,VAS评分、TNF- $\alpha$ 、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.