

督脉盘龙灸法治疗瘀阻督脉型盘源性腰痛的临床研究

杨少锋¹ 郭彦涛¹ 宋水燕¹

[摘要] **目的:**探讨以葛根泥为媒介的盘龙灸法在盘源性腰痛治疗中的可能机制及其疗效。**方法:**将 90 例诊断为瘀阻督脉型盘源性腰痛的住院患者随机分为葛根泥盘龙灸法组(治疗组)、生姜盘龙灸法组(对照组)及传统中医定向透药组(空白对照组),每组 30 例,观察 3 组患者治疗前、治疗 2 周、4 周不同时间点的腰部疼痛、Oswestry 功能障碍指数表评分变化,检测上述时间点三组患者血常规、血沉、C-反应蛋白,进行统计分析。**结果:**治疗组及对照组在治疗 2 周、4 周两个时间点腰部疼痛评分、Oswestry 调查量表评分及血沉、C-反应蛋白检测,均较空白对照组差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**以葛根泥为媒介的盘龙灸可有效减轻该类患者的炎症反应,缓解腰部疼痛,改善腰背功能及健康状况,安全有效,值得推广。

[关键词] 督脉;盘龙灸法;盘源性腰痛;外治法

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2018)02-0041-04

Clinical Application of Du Panlong Moxibustion for Treating Discogenic Low Back Pain

YANG Shaofeng¹ GUO Yantao¹ SONG Shuiyan¹

¹First Hospital, Affiliated to Hunan University of Traditional Chinese Medicine, Changsha 410007, China.

Abstract Objective: To study the treatment effect and mechanism of Panlong moxibustion with pueraria mud as the media for treating discogenic low back pain. **Methods:** All 90 cases diagnosed as discogenic low back pain patients were randomly divided into pueraria mud Panlong moxibustion group, ginger Panlong moxibustion group and traditional Chinese medicine through directional group, with 30 cases in each group. The degree of low back pain and the Oswestry disability index scale changes were observed in three groups before treatment, at 2nd weeks and 4th weeks time points. The results of blood routine, ESR, C-reactive protein were detected and statistically analyzed at that time point between two or in three groups. **Results:** The waist pain score, Oswestry scale score, and the level of ESR, C-reactive protein were significantly different between treatment group and control group at 2nd weeks and 4th weeks time points ($P<0.05$). **Conclusion:** Panlong moxibustion with pueraria mud as the media can effectively reduce inflammation reaction of the patients, alleviate waist pain, improve lumbar function and health status, is safe and effective, and is worthy for promotion.

Keywords: Du meridian; panlong discogenic; discogenic low back pain; external treatment

盘源性腰痛(Discogenic Low Back Pain)又称为椎间盘内紊乱(Internal Disc Derangement, IDD),是一种临床常见的综合征,其多因椎间盘终板损伤,内层纤维环放射性断裂,椎间盘基质降解及其炎性反应,化学性物质刺激外层纤维环神经末梢而引起的一种慢性腰痛疾病^[1]。椎间盘腰痛占慢性腰痛 39%^[2],目前盘源性腰痛的诊疗仍未统一,非手术综合治疗仍是该病治疗的主要方法。本科基于中医“不通则痛”理论,认为督脉瘀阻是导致疾病发生的主要病机,制定“从督论

治”的治则,采用葛根泥盘龙灸法通过艾灸督脉治疗瘀阻督脉型盘源性腰痛,并与生姜盘龙灸法及传统中医定向透药疗法进行对比研究,取得了较为满意的临床效果,现报告如下。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

90 例盘源性腰痛患者来源于 2015 年 1 月至 2017 年 6 月湖南中医药大学第一附属医院脊柱骨科门诊及住院病人。将符合纳入标准的 90 例 IDD 患者按纳入先后顺序随机分为葛根盘龙灸法组(治疗组)、生姜盘龙灸法组(对照组)及中医定向透药治疗组(空白对照

¹ 湖南中医药大学第一附属医院(长沙,410007)

组),每组 30 例。其中治疗组男 14 例,女 16 例;年龄(42.21±2.34)岁;病程(5.33±1.24)个月。对照组男 16 例,女 14 例;年龄(41.98±2.17)岁;病程(5.42±1.45)个月。空白对照组男 15 例,女 15 例;年龄(42.03±2.11)岁;病程(5.23±1.45)个月。经统计学检验,三组患者在年龄、性别、病程等方面差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 盘源性腰痛诊断标准采用《腰椎间盘突出症》标准^[3]。1)腰痛及非根性下肢痛,腰部前屈、抬重物或咳嗽、喷嚏时加重,平卧休息后减轻。2)体查无明显阳性体征,偶伴感觉障碍,非神经皮节分布。3)影像学为 X 线及 CT 多正常或见椎间隙变窄改变;MRI 显示 T2 加权在纤维环后缘有小圆形高信号区(HIZ)表现。4)椎间盘造影为相应阶段椎间盘疼痛诱发试验阳性。

1.2.2 中医辨证标准^[4,5] 腰部有外伤或劳损史,腰痛,以下腰部为甚,起身、翻身活动受限,舌质暗或有瘀斑,苔薄黄,脉弦紧。中医辨证时由三位副高以上专家组成小组,单独辨证后采用集中制原则确定中医证型。

1.3 纳入标准

1)年龄在 18~65 岁之间;2)符合 IDD 临床诊断标准及瘀阻督脉型中医辨证标准;3)有较好依从性,能坚持本项目观察研究。

1.4 治疗方法

1.4.1 葛根泥盘龙灸法(治疗组) 患者裸背俯卧于床上,取督脉大椎至八髎穴的脊柱部位。捏脊并开背部腧穴。在治疗部位上覆盖薄薄一层纱布,再在纱布上撒药粉(保密处方),然后再在药粉上铺鲜葛根泥形如一条长龙,最后在葛根泥上面放置艾条(德仁牌)将其点燃,一次艾条燃尽后继续放置艾条点燃,燃尽,如此重复,连续灸治 3 次后把葛根泥移除。同时在足底放置艾灸盒灸涌泉穴,以引气血下行。手法封背部腧穴。再协助患者取仰卧位,将背部温热的葛根泥放置患者的前正中线即任脉,同背部灸法连续 3 次。灸疗后局部皮肤红润,交代患者待皮肤毛孔闭合后再洗澡。1 周治疗 1 次,4 次为 1 个疗程。

1.4.2 生姜盘龙灸法(对照组) 盘龙灸法同治疗组,将其艾灸物改为生姜泥,其他方法及疗程同治疗组。

1.4.3 中医定向透药治疗组(空白对照组) 预先将大小合适的纱布块浸入不同中药方泡制的中药水并加热,以不滴水为度。患者取俯卧位,定腰部最疼痛点。取出两块预先加热的纱布(以不滴水为度)涂擦患者疼痛部位,然后将纱布放置腰痛部位,定向理疗仪的电极片分别覆盖在纱布上,用一次性小中单盖好治疗部位,垫上沙袋。然后开中医定向理疗仪,选择 1 号治疗方案,再

调节能量大小至患者最佳接受程度。24 min 后,自动关机,取下电极片和纱布,交代患者注意保暖。每日 1 次,5~7 d 为 1 个疗程,连续 4 个疗程。

1.5 观察指标

1.5.1 疼痛评估 采用 VAS 评分标准,观察治疗前、治疗 2 周、4 周 3 个时间点评分情况。

1.5.2 Oswestry 功能障碍指数^[6] 该问卷表(ODI)是由 10 个问题组成,包括疼痛的强度、生活自理、提物、步行、坐位、站立、干扰睡眠、性生活、社会生活、旅游 10 个方面的情况,每个问题 6 个选项,每个问题的最高得分为 5 分,选择第一个选项得分为 0 分,依次选择最后一个选项得分为 5 分。假如 10 个问题都回答,记分方法是[实际得分/50(最高可能得分)]×100%。假如有一个问题没有回答,则记分方法是[实际得分/45(最高可能得分)]×100%,越高表明功能障碍越严重。

1.5.3 生化检测 于上述 3 个时间点抽血行血常规、血沉、C-反应蛋白检测。

1.5.4 疗效评定标准 采用改良 Macnab 疗效评定标准:优为临床症状体征消失,恢复正常工作和活动;良为临床症状体征明显好转,能做轻工作;可为临床症状体征有所缓解,不能工作;差为临床症状体征无变化或加重。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 17.0 统计软件对数据进行统计分析,数据记录采用 $\bar{x} \pm s$ 形式,计数资料采用卡方检验,等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验,符合方差齐性检验的计量数据使用单因素方差分析,组与组之间两两比较使用 LSD 法。

2 结果

2.1 3 组患者治疗前后总体疗效比较

3 组患者的总体疗效比较差异有统计学意义($P<0.05$),提示盘龙灸法治疗盘源性腰痛的总体效果优于中医定向透药治疗组,盘龙灸法中又以葛根泥盘龙灸法的疗效最好,见表 1。

表 1 3 组患者总体疗效比较

组别	例数	疗效评定				优良率(%)
		优	良	中	差	
治疗组	30	20	7	3	2	83.3
对照组	30	16	8	3	3	80.7
空白对照组	30	14	8	6	2	73.3

注:采用秩和检验,与对照组比较, $Z=2.753, P=0.042$ 。

2.2 治疗前后不同时间点两组患者疼痛、Oswestry 功能障碍指数评分变化情况

治疗前 3 组患者在疼痛评分方面无明显差异,治疗 2 周与治疗 4 周两个时间点治疗组在上述 3 个方面的评分与对照组及空白对照组差异有统计学意义,结

果提示:盘龙灸法在缓解盘源性腰痛患者疼痛症状方面优于中医定向透药治疗组,是治疗该病的一种有效方法,其中葛根泥盘龙灸法的疼痛缓解效果优于生姜盘龙灸法,见表 2.

表 2 3 组患者疼痛评分变化情况(±s)

组别	例数	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
治疗组	30	6.57±2.33	2.82±3.21 ¹⁾⁵⁾	0.89±1.21 ²⁾⁶⁾
对照组	30	6.55±2.16	4.44±3.19 ³⁾	2.68±1.48 ⁴⁾
空白对照组	30	6.46±2.09	5.22±3.47	3.55±1.62

注:与空白对照组比较:1) $t=2.873, P=0.036$;2) $t=3.425, P=0.028$;3) $t=2.324, P=0.048$;4) $t=2.027, P=0.046$. 与对照组比较:5) $t=2.229, P=0.032$;6) $t=2.567, P=0.044$.

治疗前 3 组患者在 Oswestry 功能障碍指数评分方面无明显差异,治疗 2 周与治疗 4 周两个时间点治疗组与对照组 Oswestry 功能障碍指数的评分,与空白对照组差异有统计学意义,结果提示:盘龙灸法在改善 Oswestry 功能障碍指数方面效果优于中医定向透药治疗组,两组灸法比较,葛根泥盘龙灸法在改善 Oswestry 功能障碍指数方面优于生姜盘龙灸法,见表 3.

表 3 3 组患者 Oswestry 功能障碍指数评分变化情况(±s)

组别	例数	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
治疗组	30	42.23±2.47	20.82±3.23 ¹⁾⁵⁾	5.89±1.23 ²⁾⁶⁾
对照组	30	41.55±2.46	26.47±3.22 ³⁾	9.68±1.48 ⁴⁾
空白对照组	30	42.33±2.17	32.46±3.24	13.55±1.34

注:与空白对照组比较:1) $t=2.234, P=0.032$;2) $t=3.445, P=0.034$;3) $t=2.103, P=0.047$;4) $t=2.042, P=0.046$. 与对照组比较:5) $t=2.136, P=0.043$;6) $t=2.567, P=0.041$.

2.3 治疗前后不同时间点 3 组患者安全指标的变化

血常规(白细胞计数、红细胞计数、血红蛋白含量及血小板计数)、血沉、C-反应蛋白的结果根据其各自的正常范围进行判定,正常记 1 分,异常记 0 分.治疗前及治疗 2 周、4 周 3 组患者的血常规检测差异无统

计学意义;但在治疗 2 周及 4 周时,治疗组及对照组的血沉、C-反应蛋白的检测结果异常例数较少,结果提示盘龙灸法治疗盘源性腰痛有较高的安全性,中医定向透药疗法在缓解患者无菌性炎症指标方面较盘龙灸法差,见表 4.

表 4 安全性指标变化情况

检测项目	组别	例数	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
血常规	治疗组	30	26	25	26
	对照组	30	27	28	28
	空白对照组	30	26	27	27
血沉	治疗组	30	17	25	26
	对照组	30	16	24	24
	空白对照组	30	17	21	22
C-反应蛋白	治疗组	30	18	25	26
	对照组	30	19	22	22
	空白对照组	30	18	17	18

注:经 χ^2 检验,血常规, $\chi^2=1.367, P>0.05$;血沉, $\chi^2=2.235, P>0.05$;C-反应蛋白, $\chi^2=7.119, P>0.05$.

3 讨论

盘源性腰痛属于中医“腰痛”“痹证”病等范畴,其病因病机归为“不通则痛,不荣则痛”,亦有研究者认为“腰为肾之腑”,腰痛的根本为肾虚、筋骨失养、气滞血瘀、脉络阻滞^[7].关于盘源性腰痛的中医辨证分型尚缺乏统一标准.王和鸣等^[8]在腰椎管狭窄症的中医证型辨证过程中认为椎管狭窄时脊髓受压导致督脉气瘀阻,气血运行不畅,则瘀血内停,瘀血不去则新血不生,使阳气阻滞不能交会调达于四肢,进而出现腰腿疼痛,故而将其辨证为瘀阻督脉型.谭明生等^[9]在研究寰枢关节半脱位中医证型时系统研究瘀阻督脉型多为

督脉经络瘀阻,致使气血逆乱,瘀阻经络,气血不能温煦濡养肢体所致,可“从督脉论治”^[10]并指出其基本用药原则为“活血化瘀,益气补肾通络”^[5].笔者在研究盘源性腰痛时认为瘀阻督脉型为其重要中医证型,提出从督论治的治则,取得较好效果.

现代医学认为腰椎间盘髓核变性致使纤维环应力失衡和内层纤维环破裂是腰椎间盘突出内紊乱和盘源性腰痛的病理学基础^[11],其组织学的改变则表现为纤维环损伤和软骨终板的损伤,疼痛腰椎间盘突出造影术显示造影剂总是流向纤维环后方,提示该部位为结构上的薄弱区,在上述结构损伤的基础上,髓核、PLA2、蛋白多

糖、离子、IGG/IGM 和 ATP 等椎间盘致炎物质随破裂口溢出盘外,作用于窦椎神经末梢,伤害感受器引起疼痛,其根本的发病机理仍是炎症^[12]。盘源性腰痛缺乏特异性的症状和体征,其确诊依赖于影像学资料,椎间盘造影术、腰椎间盘突出 MRI 是目前公认的诊断手段^[13]。本病治疗以非手术综合治疗为主,包括非甾体药物、理疗、制动等,但临床效果参差不齐,目前微创介入治疗成为其较好的治疗方法,从早期的 PLDD、射频消融到目前全脊柱内镜下纤维环成型^[14,15],较好提高该病疗效,严重者可行椎间融合术。

盘龙灸是在督灸的基础上演变而来的一种中医外治方法。中医学认为督脉循身之背,背为阳,对全身阳经脉气有统率、督促的作用,有“阳脉之海”之称;任脉被称为阴脉之海,任督二脉是十二经脉流注的必经之地,其流注畅通才能使人体经络有序,进而阴阳平衡,气血得以生化,人体机能才能得以真正意义上的调节。盘龙灸是在祖国传统针灸理论的基础上,结合现代医学知识演变而来的一种通过经络加温给药的方式打通任督二脉的新疗法,其火龙上山主要作用于背部督脉上,具有调和阴阳、通经活络、固肾壮阳、健脾和胃的功效^[16]。

传统的盘龙灸法多选用生姜片泥作为热灸的媒介,取生姜散寒止痛、温肾助阳之功。笔者在治疗盘源性腰痛的过程中,发现盘源性腰痛的发病多受外邪的影响,解表法是治疗该病的较好治法。在用药过程中选用葛根作为新的媒介,葛根味甘微辛,气清香,性凉,主入脾胃经,有发表解肌,升阳透疹,解热生津之功效。《本草正义》谓葛根“最能开发脾胃清阳之气”。汉代张仲景的《伤寒论》中“葛根汤”,至今仍是重要的解表方。在此理论支持下本科选用葛根泥盘龙灸,是在人体的任、督二脉上敷以大量的新葛根泥,辅佐药粉,利用艾灸的热力渗透、葛根的发表解肌作用,激发协调诸经,强化肾阴肾阳的先天之本,温通气血,培养脾土的后天之本,平衡阴阳、调整虚实、抵御病邪,从而达到治疗疾病的目的。本研究结果表明与传统中医定向透药法相比,盘龙灸法是治疗盘源性腰痛的有效方法,葛根泥的效果优于传统生姜泥。

本研究显示以葛根泥为媒介的盘龙灸法能较好地缓解盘源性腰痛患者的腰痛症状,显著改善该类患者的生活质量,具有较高的安全性,其材料易得,成本低廉,有较高的治疗消费比,值得临床推广。其作用机制有以下推论:葛根盘龙灸法通过调整任督二脉从而调理全身阴阳,其温肾壮阳作用极大提高患者的自身免疫力,减轻了外漏髓核内物质的致炎作用;通过打通任

督二脉使得经脉循行通常,气血生化充足,筋得其养,荣则不痛,较好改善患者症状。

综上所述,以葛根泥为媒介的盘龙灸法可有效改善盘源性腰痛的疼痛症状,在降低炎症反应的基础上增强自身的免疫力,通过激发任督二脉,从而实现经脉流注畅通的目的,效果明确,值得临床推广。

参考文献

- [1] Bodgudk N, Twomey LT. Clinical anatomy of the lumbar spine[M]. 2nd ed. Melbourne: Churchill Livingstone, 1991: 161.
- [2] 彭宝淦. 椎间盘源性腰痛的诊疗进展 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2015, 21(5): 321-326.
- [3] 胡有谷. 腰椎间盘突出症 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 432.
- [4] 葛继荣, 王和鸣, 石关桐, 等. 丹鹿通督片治疗腰椎管狭窄症的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2007(21): 60-62.
- [5] 移平, 谭明生, 吕国华, 等. 督脉瘀阻型寰枢椎脱位手术联合中药治疗的临床研究 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2017, 25(1): 14-18.
- [6] 蒋协远, 王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 119.
- [7] 曹瑞, 韩月娥. 椎间盘源性下腰痛的中西医临床治疗研究进展[J]. 中医临床研究, 2015, 28(11): 1521-1524.
- [8] 王和鸣, 葛继荣, 沈冯君, 等. 丹鹿通督片治疗瘀阻督脉型腰椎管狭窄症Ⅲ期临床试验总结[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2015, 13(8): 1-4.
- [9] 谭明生, 李显, 张恩忠, 等. 寰枢椎脱位外科治疗与疏通督脉瘀阻相关性研究[J]. 中国骨伤, 2012, 25(11): 915-919.
- [10] 刘汝专. 活血化瘀中药治疗脊髓损伤的研究概况[J]. 云南中医中药杂志, 2007, 28(4): 43-45.
- [11] 彭宝淦, 李端明, 庞晓东, 等. 椎间盘源性腰痛的分型[J]. 中华骨科杂志, 2009, 29(9): 801-803.
- [12] Hampton D, Laros G, McCarron R, et al. Healing potential of the annulus fibrosus[J]. Spine, 1988, 14(4): 398.
- [13] 夏群, Steffen Sola, 胡勇成, 等. 椎间盘源性腰痛的诊断和治疗初步报告[J]. 中华骨科杂志, 2009, 27(3): 162-166.
- [14] Cheng J, Zheng W, Wang H, et al. Posterolateral transforaminal selective endoscopic discectomy with thermal annuloplasty for discogenic low back pain: a prospective observational study [J]. Spine (Phila Pa 1976), 2014, 39(26): B60-65.
- [15] 王立勋, 吕飞舟, 马晓生, 等. 椎间盘造影术与椎间盘阻滞术在椎间盘源性腰痛中诊断结果的对比分析[J]. 脊柱外科杂志, 2012, 10(5): 264-266.
- [16] 郭浪涛, 张豪斌, 郑通, 等. 盘龙灸治疗强直性脊柱炎的临床研究[J]. 陕西中医药大学学报, 2016, 39(6): 105-106.

(收稿日期: 2017-10-12)