

“热敏化”理论下雷火灸治疗寒凝血瘀型腰痛的疗效观察

危军 刘昌恒 郑俊 刘怡良 初晓*

(长沙医学院 湖南长沙 410219)

摘要:目的:观察“热敏化”理论下雷火灸疗法改善寒凝血瘀型腰痛患者疼痛情况和生活质量的临床治疗效果。方法:选择2021年3月至2022年8月长沙医学院附属第一医院诊断治疗的80例寒凝血瘀型腰痛患者为研究对象,随机分为治疗组和对照组,每组各40例。对照组使用普通艾条灸进行治疗,治疗组在穴位热敏化理论指导下进行雷火灸治疗,每日1次,14d为1个疗程,两组疗程均为28d,观察并比较两组患者治疗前后日本骨科协会评估治疗分数(JOA)。结果:对照组治疗后的JOA评分明显高于治疗组,有显著差异,具有统计学意义($P < 0.05$);两组均未出现严重不良反应。结论:基于穴位热敏化理论采用雷火灸疗法能有效改善寒凝血瘀型腰痛患者的疼痛情况及生活质量,提高临床疗效。

关键词:雷火灸;寒凝血瘀;腰痛;热敏化理论

腰痛在中医学中属“痹证”等范畴。特点是风寒湿邪气侵袭,产生痹证,致人体经脉受阻,气滞血瘀、因结致痛。本研究从寒凝血瘀型腰痛的病因病机着手,以中医的整体观念标本兼顾在散瘀活血,温经止痛的基础上加以强肾固本,深入研究热敏灸在寒凝血瘀型腰痛的治法应用。雷火灸热敏化穴位是基于传统悬灸灸法的突破与创新。研究发现,在热敏化理论指导下采用雷火灸灸法治疗寒凝血瘀型腰痛病可有效缓解患者病痛,值得在临床推广与运用,现论证如下。

1. 临床资料

1.1 一般资料

选取2021年3月至2022年8月长沙医学院附属第一医院就诊并确诊为寒凝血瘀型腰痛病患者80例,采用随机数字表法,将患者分为对照组和治疗组,每组各40例。治疗组:男21例,女19例;年龄20~57(40.45 ± 11.32)岁;病程3~27(13.22 ± 8.02)月。对照组:男25例,女15例;年龄19~55(35.77 ± 10.73)岁;病程3~24(16.17 ± 6.47)月。两组患者上述一般资料资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

证型诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]寒凝血瘀型腰痛:腰部冷痛,不利转侧,静卧痛无缓解,受寒及阴雨加重。或是腰腿痛如针刺,痛有定处,夜晚加重,动作受限,痛处拒按。舌质暗紫,有瘀斑,苔白腻,脉弦涩。

1.3 纳入标准:

(1) 受试者治疗前签署知情同意书;(2) 年龄处于20~60岁之间;(3) 符合中医辨证分型腰痛患者;(4) 就诊时1周未服用其他治疗本病的药物;(5) 无药物过敏史。

1.4 排除标准:

(1) 曾行腰椎手术者;(2) 过敏体质或施灸部位有皮肤破

溃患者;(3) 有急性慢性消化道溃疡病史的患者。

2. 治疗方法

2.1 对照组 使用传统普通艾灸法。取穴:肾俞、大肠俞、膀胱俞、命门、腰阳关、委中、阿是穴,使用悬灸法艾灸20~30min,每天一次,14d为1个疗程,共2个疗程。

2.2 治疗组 采用热敏化理论结合雷火灸治疗。1) 热敏化穴位,根据患者症状在腰部进行热敏化取穴。热敏化穴位取穴:经过雷火灸刺激后产生特殊的明显反应,即透热、扩热、传热、局部不热(或微热)远部热、表面不热(或微热)深部热以及非热觉等^[2]。此为热敏化穴位,根据患者病症反应依次选穴标记。2) 雷火灸,在热敏化穴位基础上应用雷火灸灸法上标记的热敏化穴位上依次进行悬灸20~30min。动作连贯,施术恰当,操作中应注意询问患者对热的敏感度以及舒适度,14d为一个疗程,共2个疗程。

3. 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 日本骨科协会评估治疗分数(JOA评分):首要即患者的主观症状、身体指标及日常生活动作等方面进行调查,主观症状包括患者的腰腿痛、患肢麻木或刺痛、步行能力等;临床体征主要是直腿抬高试验、运动障碍及肌力变化等;日常生活动作主要包括患者翻身、站立、弯腰、长时间(>1h)的坐立等方面。满分29分。所得分数越高,提示患者腰部症状改善情况越好^[3]。

3.2 疗效标准 参照《中药新药治疗腰椎间盘突出症的临床研究指导原则》^[4]判定疗效标准。显效:直腿抬高试验阴性,腰痛、腰部活动受限等临床症状消失,且3个月内未复发,恢复正常工作和生活。有效:直腿抬高试验阴性,腰痛、腰部活动受限等临床症状明显改善,不影响工作和生活;改善:直腿

抬高试验可疑阳性,腰痛有所缓解,腰部活动仍存在障碍,部分恢复正常;无效:未达到上述标准。总有效率=(显效例数+有效例数+改善例数)/总例数×100%。

3.3 统计学方法采用 SPSS23.0 统计学软件分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)进行统计和描述,采用两独立样本 t 检验;计数资料以频数和率(%)表示,用秩和检验比较等级资料间的差异。P<0.05 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组临床疗效比较

治疗后,对照组总有效率为 77.50%,治疗组总有效率为 97.50%,治疗组总有效率明显较高(P<0.05)。见表 1

表 1 两组临床疗效对比[例(%)]

组别	例数	显效	有效	改善	无效	总有效
治疗组	40	15 (37.5)	13 (32.5)	11(27.5)	1(2.5)	39(97.50)
对照组	40	14 (35)	11(27.5)	6(15)	9(22.5)	31(77.50)
χ^2		-----				8.072
P 值		-----				P<0.001

3.4.2 两组患者治疗前后日本骨科协会评估治疗分数(JOA)

评分的治疗前后评分比较

两组患者日本骨科协会评估治疗分数(JOA)评分的治疗前后及治疗后组间比较,差异有统计学意义(P<0.05)。见表 4。

表 4 两组患者治疗前后日本骨科协会评估治疗分数(JOA)评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

分组(平均值±标准差)	JOA 治疗前	JOA 治疗后
对照组(n=40)	12.700±2.127	18.350±2.887
治疗组(n=40)	12.475±1.935	25.075±2.956
t	0.495	-10.293
p	0.622	P<0.001

4.讨论

雷火灸具有补肾壮阳、散寒通络止痛等多种功效。治疗原则是以经络系统为基础,采用纯中药的全新配方,利用其燃烧时的热量、红外线辐射力、物理因子以及药化因子,激发经气,渗透到相应穴位,起到改善人体功能的作用^[5]。雷火灸燃烧时释放热能,是一种适用于机体治疗的红外线辐射。其燃烧时的物理、药化因子,与腧穴的调节、经络的输注相结合,产生了灸法的“综合效应”^[6],目前应用于临床各科较为普遍,且疗效明显^[7-8]。

穴位热敏化现象较为广泛,其与疾病紧密联系。健康状态时,穴位热敏化出现率约为 10%,而患病时穴位热敏化率上升

至 70%,显著高于健康状态。疾病好转后,穴位热敏化出现率下降至约 15%,仅略高于健康状态^[9]。大部分病例中,患病部位穴位热敏化点增多为寒凝血瘀型腰痛的间接反映。使穴位有“敏化”态转为“静息”态,便是治疗寒凝血瘀腰痛的关键^[10]。研究^[11-13]表明 TNF- α 和 IL-6 在腰痛类疾病的炎症反应中诱导炎症介质的释放及诱导炎症细胞的聚集和激活,从而促进腰痛疾病的炎症的发生发展。本研究将腧穴热敏化与雷火灸相结合,雷火灸法直接作用于热敏化穴位,促进局部血液循环并可以降低血清中炎症因子浓度,血液中炎症因子降低时,可使血管扩张,改善微循环;张广清等^[14-15]指出雷火灸不仅可调节血液循环系统,同时参与增强免疫系统有促进机体细胞和体液免疫的功能,增强机体免疫力作用的双向调节,在炎症因子高与低病理情况下,调节其失衡状态^[16]。故临床上运用雷火灸作用于热敏化穴位点治疗寒凝血瘀型腰痛的效果显著且患者易接受,值得临床应用与推广。

本研究结果显示,采用雷火灸基于穴位热敏化理论治疗寒凝血瘀型腰痛总有效率均高于传统普通艾灸组。此结果显示,雷火灸基于穴位热敏化理论治疗寒凝血瘀型疗效显著,能更好地减轻患者的临床症状。2 组治疗后 JOA 评分低于治疗前,且治疗组 JOA 评分低于对照组,说明雷火灸基于穴位热敏化理论治疗寒凝血瘀型腰痛可显著缓解患者腰部疼痛程度及改善腰部功能。

综上所述,雷火灸基于穴位热敏化理论治疗寒凝血瘀型可明显提高临床效果,减轻患者疼痛程度,改善腰部功能,相比之下,基于热敏化理论下雷火灸治疗寒凝血瘀型腰痛疗效效果更加显著,具有可行性,但由于研究周期限制,缺乏长期疗效观察,因此未来的研究还需要增加样本量,增加评价指标,进一步验证其临床疗效并探索其作用机理。

参考文献:

- [1]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,1994:217-218.
- [2]欧阳昕,王河宝,肖爱娇.陈日新创立热敏灸新探[J].江西中医药大学学报,2018,30(1):1-3.
- [3]史晓丽,谢晓龙,王培荣,等.大面积艾绒温灸对寒湿痹阻型腰椎间盘突出症下肢麻木的影响[J].中国医药导报,2019,16(3):139-143.
- [4]中华人民共和国卫生部制定.中药新药临床研究指导原则(第三辑)[S].1997:145-146.
- [5]王华,陈林伟,袁成业,等.雷火灸的研究现状及展望[J].中华中医药杂志,2019,34(9):4204-4206.
- [6]徐丽梅.中医灸法护理干预对原发性痛经的影响[D].河北

医科大学,2016.

[7]郭强中,汪蓉,陈敏军.雷火灸研究进展.现代中西医结合杂志,2011,20(18):2338-2340

[8]廖秋菊,张芸,赵氏雷火灸临床应用概述.实用中医药杂志,2014,30(6):575-577

[9]谢丁一,陈日新.《内经》穴法的传承与创新——腧穴敏化论的诞生.江西中医药,2016,47(3):13-16

[10]陈日新,熊俊,谢丁一.热敏灸疗法.北京:人民卫生出版社,2014

[11] Aoki Y, Rydevik B, Kikuchi S, et al. Local application of disrelated cytokines on spinal nerve roots [J]. Spine (Phila Pa1976), 2002, 27 (15): 1614-1617

[12] Lee S, Moon CS, Sul D, et al. Comparison of growth factor and cytokine expression in patients with degenerated disc disease and herniated nucleus pulposus[J]. Clin biochemistry, 2009, 42 (15): 1504- 1511.

[13] 李新友,王民,刘森,等.白细胞介素-6 在突出的腰椎间盘突出中的表达及其意义[J]. 中国矫形外科杂志, 2001, 8 (6): 581-582.

[14]张广清,胡彩华.雷火灸结合耳穴贴压治疗网球肘 84 例 [J].现代中西医结合杂志,2009,(19):2299-2300.

[15]王倩,崔霞,张雯,等.雷火灸疗法在儿科临床的应用举隅 [C].//中国民族医药学会儿科分会 2017 年学术大会论文集. 2017:103-105.

[16]杨玲玲,薛杨,王燕萍,等.中医体质辨识在中医治未病健康管理中的应用[J].中华中医药杂志,2018,(10):4595-4598.

第一作者:危军,男,汉族,本科在读,针灸推拿学专业。

*通讯作者:初晓,男,汉族,硕士研究生,副教授,研究方向:针灸推拿的临床应用与机理研究。

项目基金:国家级大学生创新创业训练计划项目:教高司函 [2021] 13 号-S202110823014