

· 针灸与经络 ·

活血通络腰椎巴布膏联合黄帝内针治疗气滞血瘀型
急性腰扭伤的疗效观察利锦¹, 何升华²

(1. 广州中医药大学第四临床医学院, 广东深圳 518033; 2. 深圳市中医院, 广东深圳 518033)

摘要:【目的】观察活血通络腰椎巴布膏(由桃仁、红花、川芎、香附、延胡索等组成)联合黄帝内针针刺治疗气滞血瘀型急性腰扭伤的临床疗效。【方法】采用回顾性研究方法,根据治疗方法的不同将90例气滞血瘀型急性腰扭伤患者分为对照组和观察组,每组各45例。对照组给予黄帝内针针刺治疗,观察组在对照组的基础上配合活血通络腰椎巴布膏外敷治疗,疗程为1周。观察2组患者治疗前后疼痛视觉模拟量表(VAS)评分、腰椎日本骨科协会(JOA)评分、中医证候积分、Barthel指数(BI)评分、腰椎活动度(ROM)及血清白细胞介素6(IL-6)和肿瘤坏死因子 α (TNF- α)含量的变化情况,并评价2组患者的临床疗效。【结果】(1)治疗7 d后,观察组的总有效率为97.77%(44/45),对照组为82.22%(37/45),组间比较,观察组的临床疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。(2)治疗1、3、7 d后,2组患者的VAS评分、JOA评分、中医证候积分、BI评分均较治疗前明显改善($P < 0.05$),且观察组在治疗1、3、7 d后对VAS评分、JOA评分、中医证候积分、BI评分的改善作用均明显优于对照组($P < 0.05$)。(3)治疗7 d后,2组患者的腰椎前屈、后伸、左旋、右旋、左侧屈、右侧屈的活动度均较治疗前明显改善($P < 0.05$),且观察组在治疗7 d后对腰椎前屈、后伸、左旋、右旋、左侧屈、右侧屈的活动度的改善作用均明显优于对照组($P < 0.05$)。(4)治疗7 d后,2组患者血清IL-6、TNF- α 含量均较治疗前降低($P < 0.05$),且观察组对血清IL-6、TNF- α 含量的降低作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】活血通络腰椎巴布膏联合黄帝内针针刺治疗气滞血瘀型急性腰扭伤疗效显著,可有效减轻患者疼痛程度,提高腰椎功能和生活质量,改善局部炎症环境。

关键词: 急性腰扭伤; 气滞血瘀型; 活血通络腰椎巴布膏; 黄帝内针; 针刺疗法

中图分类号: R274.34

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2023)02-0356-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2023.02.014

Therapeutic Effect of *Huoxue Tongluo* Lumbar Cataplasmata Combined with
Huangdi Acupuncture Method for the Treatment of Acute Lumbar Sprain
with *Qi* Stagnation and Blood Stasis TypeLI Jin¹, HE Sheng-Hua²

(1. The Fourth Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen 518033 Guangdong, China;

2. Shenzhen Traditional Chinese Medicine Hospital, Shenzhen 518033 Guangdong, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of external application of *Huoxue Tongluo* Lumbar Cataplasmata (mainly composed of *Persicae Semen*, *Carthami Flos*, *Chuanxiong Rhizoma*, *Cyperus Rhizoma*, and *Corydalis Rhizoma*) combined with *Huangdi* acupuncture method (an acupuncture therapy inspired from *Huangdi's Canon of Medicine*, and its principles for selection of acupoints based on the order of six meridians and triple energizer firstly, yin and yang secondly, and Ashi points finally) for the treatment of acute lumbar sprain (ALS) of *qi* stagnation and blood stasis type. **Methods** A retrospective study was conducted in 90 patients with ALS of *qi* stagnation and blood stasis type. The patients were divided into the control group and the observation group

收稿日期: 2022-05-26

作者简介: 利锦(1995-), 男, 硕士研究生; E-mail: lijn19950703@163.com

通信作者: 何升华(1965-), 男, 主任医师, 博士研究生导师; E-mail: 957856407@qq.com

基金项目: 国家自然科学基金项目(编号: 82174397)

according to the treatment methods, with 45 cases in each group. The control group was treated with *Huangdi* acupuncture method, while the observation group was treated with external application of *Huoxue Tongluo* Lumbar Cataplasmata together with *Huangdi* acupuncture method. The course of treatment for both groups lasted one week. The changes in pain visual analogue scale (VAS) scores, Japanese Orthopedic Association (JOA) scores, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, Barthel index (BI) scores, lumbar range of motion (ROM) and serum interleukin 6 (IL-6) and tumour necrosis factor alpha (TNF- α) levels of the patients in the two groups were observed before and after treatment. Furthermore, the clinical efficacy of the two groups was evaluated. **Results** (1) After 7 days of treatment, the overall effective rate of the observation group was 97.77% (44/45) and that of the control group was 82.22% (37/45), and the intergroup comparison showed that the clinical efficacy of the observation group was significantly superior to that of the control group ($P < 0.05$). (2) After one, 3 and 7 day (s) of treatment, the VAS scores, JOA scores, TCM syndrome scores and BI scores in the two groups were all significantly improved compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the effect on improving VAS scores, JOA scores, TCM syndrome scores and BI scores after one, 3 and 7 day (s) of treatment in the observation group was significantly superior to that in the control group ($P < 0.05$). (3) After 7 days of treatment, the ROM of anterior flexion, posterior extension, left rotation, right rotation, left lateral flexion and right lateral flexion of the lumbar spine in both groups were significantly improved compared with that before treatment ($P < 0.05$), and the effect on improving the above lumbar ROM in the observation group was significantly superior to that in the control group after 7 days of treatment ($P < 0.05$). (4) After 7 days of treatment, the serum IL-6 and TNF- α levels in both groups were decreased compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the effect on decreasing the serum IL-6 and TNF- α levels in the observation group was significantly superior to that in the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The combination of *Huoxue Tongluo* Lumbar Cataplasmata and *Huangdi* acupuncture method has significant effect in treating ALS of *qi* stagnation and blood stasis type. The combined therapy can effectively reduce the severity of pain, and improve the lumbar function, quality of life and the local inflammatory environment of the patients.

Keywords: acute lumbar sprain (ALS); *qi* stagnation and blood stasis type; *Huoxue Tongluo* Lumbar Cataplasmata; *Huangdi* acupuncture method; acupuncture therapy

急性腰扭伤 (acute lumbar sprain, ALS) 是指因突然的外力作用下腰部周围的肌肉、筋膜、韧带、骨骼等组织受到过度牵拉而发生的急性损伤^[1], 以局部持续性疼痛、腰椎屈伸活动受限为主要症状。若不积极治疗极易复发。据统计, 大约有 10% 的急性腰扭伤的患者后期发展为慢性腰痛, 从而大幅降低患者的生活质量^[2]。目前, 临床上治疗该病以口服非甾体类抗炎药等为主, 但这类药物会破坏肠道菌群平衡, 诱发异常肠道黏膜免疫反应, 造成炎症及肠道损伤^[3], 并且具有一定的肝肾毒性。中药复方外敷是中医的特色疗法, 可以有效改善急性损伤软组织的疼痛程度^[4]。同时, 针灸可通过对特定区域的刺激, 调节神经、免疫等系统, 达到抗炎镇痛的作用^[5]。基于此, 本

研究应用活血通络腰椎巴布膏联合黄帝内针治疗急性腰扭伤, 临床疗效显著, 现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 采用回顾性研究方法, 收集 2020 年 10 月至 2022 年 1 月在深圳市中医院脊柱骨科门诊接受治疗且明确诊断为急性腰扭伤气滞血瘀证的患者, 共 90 例, 根据治疗方法的不同将患者分为对照组和观察组, 每组各 45 例。

1.2 诊断标准 西医诊断标准: 参照《实用骨科学》^[6]中急性腰扭伤的诊断标准。中医诊断和辨证标准: 参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]中的诊断标准, 中医证型为气滞血瘀证。

1.3 纳入标准 ①符合上述急性腰扭伤的诊断标准;②中医证型为气滞血瘀证;③年龄18~65岁;④病程为1~3 d;⑤未接受其他中药外敷、针刺等治疗的患者。

1.4 排除标准 ①相关部位皮肤有破损、溃疡、水肿的患者;②对中药外敷过敏的患者;③无法耐受针刺治疗的患者;④合并其他腰椎疾病及既往有行腰椎手术史的患者;⑤合并有生殖系统、泌尿系统等其他可导致腰痛的患者;⑥孕妇及患有严重心、肝、肾功能不全的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 给予黄帝内针针刺治疗。黄帝内针选穴总则为“上病下治,下病上治”“左病右治,右病左治”“同气相求”“阴阳倒换求”^[8];审穴要诀为“三二一”,即三定上中下(天人地)三焦(三才)、二取六经阴阳、一求同气阿是^[9]。患处在腰上肋下、棘突两旁,属于太阳经,取手太阳经小海和足太阳经委中等;在腰部两侧,属于少阳经,取手少阳经天井和足少阳经膝阳关、阳陵泉等;在环腰处,属带脉,取八脉交会穴手少阳经外关和足少阳经临泣等;在腰骶部正中或两旁,属于督脉、太阳经,取八脉交会穴手太阳经后溪和足太阳经申脉等。用0.5%的碘伏溶液对相应腧穴常规消毒处理,选用1寸针灸针(华佗牌,规格0.30 mm×40 mm)直刺进针,得气后不做手法,留针30 min,每天1次,疗程为7 d。

1.5.2 观察组 在对照组的基础上配合活血通络腰椎巴布膏外敷治疗。将腰部疼痛局部的皮肤擦拭干净,用活血通络腰椎巴布膏(深圳市中医院院内制剂,由医院制剂中心统一制备,规格为6 cm×10 cm;中药成分为桃仁、红花、川芎、当归尾、川牛膝、香附、延胡索、土鳖虫、独活、续断、伸筋草、透骨草、乳香、没药等)外敷于患处,每天1帖,每帖外敷6 h,疗程为7 d。

1.6 观察时间和观察指标 ①观察时间:分别于治疗前和治疗1、3、7 d后进行4次的访视观察。②疼痛程度视觉模拟量表(VAS)评分:0分表示无痛,10分表示最剧烈的疼痛,分数越高,表示疼痛越严重。③腰椎日本骨科协会(JOA)评分^[10]:从主观症状、体征、日常活动和膀胱功能4个维度评估,总分为29分,分数越低,表示腰椎功能障碍越严重。④中医证候积分:参照《中医内科常

见病诊疗指南·中医病症部分》^[11],制定气滞血瘀证的中医证候分级量化评分表。主症:疼痛、痛有定处、伴有热感,根据无、轻度、中度、重度分别计为0、2、4、6分;次症:腰部僵硬、活动困难、舌红、苔腻、边有瘀血瘀点、脉弦滑或滑数,根据无、轻度、中度、重度分别计为0、1、2、3分。⑤Barthel指数(BI)评分:用于评价患者的生活质量,总分为100分,分数越高,表示生活质量越好。⑥腰椎活动度(ROM):于治疗前后测量患者腰部前屈、后伸、左旋、右旋、左侧屈、右侧屈各个角度的最大度数。⑦实验室指标检测:分别于治疗前后抽取患者空腹外周静脉血5 mL,采用酶联免疫吸附法(ELISA)测定血清白细胞介素6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)的含量。

1.7 临床疗效评价标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[7],将疗效分为4个等级。治愈:治疗后,症状、体征消失,局部功能恢复正常;显效:治疗后,症状消失或体征明显好转,病变部位功能基本正常;有效:治疗后,症状、体征较前稍减轻;无效:治疗后,体征和症状均无缓解。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.8 统计方法 应用SPSS 25.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料用率或构成比表示,组间比较采用 χ^2 检验。均采用双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较 观察组45例患者中,男25例,女20例;年龄22~58岁,平均(38.45±8.33)岁;病程1~3 d,平均(1.66±0.41)d。对照组45例患者中,男24例,女21例;年龄20~59岁,平均(38.89±8.64)岁;病程1~3 d,平均(1.70±0.38)d。2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后VAS评分、JOA评分、中医证候积分、BI评分比较 表1结果显示:治疗前,2组患者的VAS评分、JOA评分、中医证候积分、BI评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗1、3、7 d后,2组患者的VAS评分、JOA评

表1 2组急性腰扭伤患者治疗前后疼痛视觉模拟量表(VAS)评分、腰椎日本骨科协会(JOA)评分、中医证候积分、Barthel指数(BI)评分比较

Table 1 Comparison of VAS scores, JOA scores, TCM syndrome scores and Barthel index(BI) scores between the two groups of acute lumbar sprain patients before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	例数/例	VAS评分	JOA评分	中医证候积分	BI评分
观察组	治疗前	45	6.88 ± 1.56	13.45 ± 2.36	21.38 ± 3.02	53.78 ± 7.31
	治疗1 d后	45	4.69 ± 1.23 ^{①②}	16.33 ± 1.95 ^{①②}	18.21 ± 2.24 ^{①②}	61.05 ± 7.98 ^{①②}
	治疗3 d后	45	3.04 ± 0.68 ^{①②}	20.21 ± 1.68 ^{①②}	13.42 ± 1.83 ^{①②}	74.31 ± 8.53 ^{①②}
	治疗7 d后	45	0.86 ± 0.41 ^{①②}	25.01 ± 1.12 ^{①②}	6.22 ± 1.21 ^{①②}	90.26 ± 9.31 ^{①②}
对照组	治疗前	45	6.91 ± 1.45	13.81 ± 2.20	21.43 ± 3.11	53.95 ± 7.52
	治疗1 d后	45	5.35 ± 1.31 ^①	15.41 ± 1.86 ^①	19.36 ± 2.17 ^①	58.38 ± 7.59 ^①
	治疗3 d后	45	4.12 ± 0.84 ^①	18.53 ± 1.59 ^①	15.01 ± 1.76 ^①	69.67 ± 8.11 ^①
	治疗7 d后	45	1.56 ± 0.66 ^①	23.51 ± 1.21 ^①	9.09 ± 1.51 ^①	82.08 ± 8.29 ^①

注: ① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组同期比较

分、中医证候积分、BI评分均较治疗前改善($P < 0.05$), 且观察组在治疗1、3、7 d后对VAS评分、JOA评分、中医证候积分、BI评分的改善作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 2组患者治疗前后ROM比较 表2结果显示: 治疗前, 2组患者的腰椎前屈、后伸、左旋、右旋、左侧屈、右侧屈的活动度比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗7 d后, 2组患者的腰椎前屈、后伸、左旋、右旋、左侧屈、右侧屈的活动度均较治疗前明显改善($P < 0.05$), 且观察组在治疗7 d后对腰椎前屈、后伸、左旋、右旋、左侧

屈、右侧屈的活动度的改善作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 2组患者治疗前后血清IL-6、TNF- α 含量比较 表3结果显示: 治疗前, 2组患者血清IL-6、TNF- α 含量比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗7 d后, 2组患者血清IL-6、TNF- α 含量均较治疗前降低($P < 0.05$), 且观察组对血清IL-6、TNF- α 含量的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者临床疗效比较 表4结果显示: 治疗7 d后, 观察组的总有效率为97.77%(44/45), 对照

表2 2组急性腰扭伤患者治疗前后腰椎活动度(ROM)比较

Table 2 Comparison of the range of motion of lumbar spine between the two groups of patients with acute lumbar sprain before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, °)

组别	时间	例数/例	前屈	后伸	左旋	右旋	左侧屈	右侧屈
观察组	治疗前	45	40.41 ± 4.23	10.38 ± 2.01	8.39 ± 1.84	8.43 ± 1.89	12.63 ± 2.98	13.25 ± 1.93
	治疗7 d后	45	83.12 ± 3.23 ^{①②}	26.03 ± 3.18 ^{①②}	26.34 ± 4.37 ^{①②}	26.01 ± 4.31 ^{①②}	27.23 ± 3.63 ^{①②}	27.96 ± 3.77 ^{①②}
对照组	治疗前	45	40.74 ± 4.56	11.45 ± 2.21	8.63 ± 1.97	8.74 ± 2.01	12.99 ± 3.01	13.76 ± 1.99
	治疗7 d后	45	73.35 ± 3.01 ^①	20.03 ± 3.01 ^①	21.33 ± 4.32 ^①	22.19 ± 4.19 ^①	23.74 ± 3.23 ^①	22.73 ± 3.93 ^①

注: ① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗7 d后比较

表3 2组急性腰扭伤患者治疗前后血清白细胞介素6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)含量比较

Table 3 Comparison of serum IL-6 and TNF- α levels between the two groups of patients with acute lumbar sprain before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	IL-6/(pg·L ⁻¹)		TNF- α /(μ g·L ⁻¹)	
		治疗前	治疗7 d后	治疗前	治疗7 d后
观察组	45	20.36 ± 3.65	8.25 ± 2.24 ^{①②}	29.45 ± 6.25	10.62 ± 5.14 ^{①②}
对照组	45	20.57 ± 3.43	11.37 ± 2.14 ^①	29.56 ± 6.32	14.35 ± 5.03 ^①

注: ① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗7 d后比较

表4 2组急性腰扭伤患者临床疗效比较

Table 4 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients with acute lumbar sprain [例(%)]

组别	例数/例	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	45	21(46.67)	17(37.78)	6(13.33)	1(2.22)	44(97.77) ^①
对照组	45	13(28.89)	16(35.56)	8(17.78)	8(17.78)	37(82.22)

注：① $P < 0.05$ ，与对照组比较

组为82.22%(37/45)，组间比较，观察组的临床疗效明显优于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

中医将急性腰扭伤归属于“腰痛”“筋伤”“痹证”的范畴，由于腰部周围组织突然发生急性撕裂，筋肉骨骼损伤，气血运行不畅，气滞血瘀，经络不通而发为本症。《金匱翼》中曾记载：“瘀血腰痛者，闪挫及强力举重得之。盖腰者，一身之要，屈伸俯仰，无不由之，若一有损伤，则血脉凝涩，经络壅滞，令人卒痛不能转侧，其脉涩，日轻夜重者是也”^[12]。因此，早期急性腰扭伤的证型以气滞血瘀型为主，病机总属“不通则痛”，故治法上应当以活血化瘀、行气通络、调经止痛为原则。

中药复方膏药具有鲜明的中医特色，是以中医基础理论为核心，基于四气、五味、归经等理论选用多种中药组方而成^[13]，并通过皮肤的生理渗透机制将药物的有效成分直接作用于损伤部位，以治疗局部软组织疾患，临床疗效显著，且安全可靠，副作用相对较少。何升华教授在应用外用膏药治疗脊柱疾病上有丰富的临床经验，活血通络腰椎巴布膏是其30余年来的用方总结，是在师承桂派国医大师韦贵康教授指导下，以桃仁四物汤进一步加减组方而成。方中桃仁破血化瘀，红花、川芎活血通经、祛瘀止痛，乳香、没药活血消肿、散瘀定痛，香附疏肝调经、理气止痛，延胡索活血行气止痛，独活、伸筋草、透骨草祛风除湿、舒筋活络，续断强筋壮骨、续折疗伤，川牛膝逐瘀通经、引血下行，当归尾增强其活血破血之功，诸药合用，共奏活血化瘀、行气止痛之功效。现代药理研究表明，桃红四物汤可以降低炎症因子白细胞介素6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)水平，抑制PI3K/Akt/mTOR信号通路的转导，激活细胞自噬，达到促进组织修复的作用^[14]。乳香、没药、伸筋草、延胡索等多种药物被证明

可以抑制局部的炎性渗出和炎症因子的释放、聚集，具有良好的抗炎镇痛的作用^[15-17]。体外透皮实验表明，乳香、没药的挥发油能够增强大鼠皮肤对脂溶性、水溶性生物碱的渗透，为两亲性的天然促透剂^[18]。氧化应激反应是神经细胞退行性病变的因素之一，透骨草有很强的抗氧化能力，成分分离鉴定实验证明其苜蓿素、salcolin A、咖啡酸甲酯等主要成分能够表现出显著的神经保护活性^[19]，一定程度上可以防止急性腰扭伤导致的脊髓神经细胞退变的进展。另外，巴布贴剂的皮肤追随性好，膏体均匀，有效成分可稳定渗透，药效持久，有利于治疗软组织疾患^[20]。胡还甫等^[21]将肿痛巴布膏应用于大鼠闭合性软组织损伤模型上，发现其可以减小大鼠肿胀小腿的周长，降低损伤症状指数，并且高剂量肿痛巴布膏能显著减少前列腺素E2的含量，一定程度上改善组织形态结构。张震等^[22]运用扶元乳膏穴位贴敷治疗患者椎体成形术(PKP)后残留的腰背痛，发现其可以显著降低患者的疼痛，改善腰椎功能及生活质量，并且能够增加血清I型胶原氨基端延长肽、骨碱性磷酸酶的含量，促进骨形成，改善骨代谢。因此，活血通络腰椎巴布膏能够修复组织损伤和减轻疼痛，具有安全、方便、适用性好等特点。

阴阳是中医辨证论治的总纲，治疗疾病时应当考虑体内阴阳之气是否处于“中和”状态^[23]。《素问·三部九候论》记载：“无问其病，以平为期”，认为治疗疾病的关键是维持阴阳平和。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》记载：“凡病，若发汗、若吐、若下、若亡血、亡津液，阴阳自和者，必自愈。”表明阴阳的状态可以反映疾病治疗的进展。《灵枢·根结》中提到：“用针之要，在于知调阴与阳。”强调用针的要义在于能够调节阴阳^[24]。黄帝内针发源于《黄帝内经》，其以阴阳为理论核心，分为四大总则。首先，内针认为上下、左右、前后分阴阳，局部经络的经气运行不畅会在相反一侧产生反应点、压痛点，故以“上

病下治,下病上治;左病右治,右病左治”为总则一和总则二,左右相比上下更为重要。其次,传统阿是穴多在患处求取,内针遵循“经络所过,主治所及”的大原则,将人体“经”“络”看成一个整体,以“同气相求”为总则三,是四大总则的核心。同气相求分为深、浅两个层次,同名经属于大同气,属于浅层,取穴模糊;三才或三焦同气属于小同气,属于深层,取穴相对具体。就四肢而言,腕踝部属上焦天部,肘膝属中焦人部,肩髃属下焦地部。就躯干而言,上焦定位于鸠尾穴及至阳穴以上的区域,中焦定位于鸠尾穴至神阙穴和至阳穴至命门穴之间的区域,下焦定位于神阙穴及命门穴以下的区域。最后,考虑到针刺的安全性和患者的依从性,肩髃区域以上进针风险相对较大,故提出“阴阳倒换求”的总则四,即下焦病症可以在腕踝区域以上治疗。因此,内针快速审穴、取穴的方法可以总结为“六三二一”原则,即通过确定六经、三才(三焦)、二阴阳、一阿是的顺序再施以针刺^[25]。例如,腰部出现急性扭伤,若局部压痛出现于足太阳膀胱经(六经)循行的左侧区域、命门穴水平线以上(中焦),则同气相求于右侧(阴阳)肘部(中焦)手太阳经小海穴(阿是穴)、右侧(阴阳)膝部(中焦)足太阳经委中穴(阿是穴)针刺。若局部压痛出现于腰骶部(下焦)正中或两侧,属督脉、太阳经循行区域,根据“阴阳倒换求”总则,则应同气相求于腕踝部(上焦)八脉交会穴手太阳经后溪穴及足太阳经申脉穴。但阿是穴的选择并不局限于传统穴位的定位,而是在循经取穴的基础上按压穴位周围寻找压痛点,以此作为调节阴阳的枢纽。本研究中,对照组单独应用黄帝内针治疗7 d后,疼痛症状和腰椎功能都得到明显改善,表明内针的疗效是值得肯定的。针刺的镇痛效应是免疫、神经等系统共同参与的结果。研究发现,体内的环核苷酸cAMP和cGMP具有互相拮抗的特性,与中医的阴阳有着类似的特点^[26]。并且针刺可以调节体内异常表达的cAMP和cGMP水平,进而发挥镇痛效应^[27],为黄帝内针的核心理论提供了现代依据。另外,Lyu Z等^[28]在最新的综述中指出,针刺可以抑制受神经胶质可塑性调节的中枢敏化,提高疼痛阈值。而且,赵辉等^[29]明确指出针药结合使用可以更好地降低大鼠体内IL-6、TNF- α

的含量,并且可以通过抑制氧化应激进而调节血管生成,改善组织血运及神经功能。因此,黄帝内针具有取穴规范、安全,患者依从性高的优点,能够有效发挥镇痛作用,有利于临床实践。

本研究结果显示,治疗后,2组患者的疼痛VAS评分、JOA评分、中医证候积分、Barthel指数(BI)评分、腰椎活动度(ROM)及血清IL-6、TNF- α 含量均较治疗前明显改善($P<0.05$),且治疗后观察组对各项指标的改善作用均明显优于对照组($P<0.05$),提示活血通络腰椎巴布膏联合黄帝内针针刺治疗急性腰扭伤疗效显著,可以有效减轻患者的疼痛程度,提高腰椎活动功能和生活质量,改善局部炎症环境,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 朱博文,袁欣瑶,叶树良,等.针刺带脉治疗急性腰扭伤38例[J].中国针灸,2022;1-4. DOI: 10.13703/j.0255-2930.20211004-k0002.
- [2] LINTON S J, NICHOLAS M, SHAW W. Why wait to address high-risk cases of acute low back pain? A comparison of stepped, stratified, and matched care[J]. Pain, 2018, 159(12): 2437-2441.
- [3] 王杨,宋佳,张晓岚.非甾体类抗炎药相关肠病与肠道菌群研究进展[J].中华内科杂志,2021,60(2): 175-178.
- [4] 丁立,高宁阳,郑显新,等.复方紫荆消伤巴布膏治疗急性软组织损伤(气滞血瘀证)的多中心临床试验[J].中国中医骨伤科杂志,2020,28(3): 36-40.
- [5] CHEN T, ZHANG W W, CHU Y X, et al. Acupuncture for pain management: molecular mechanisms of action [J]. Am J Chin Med. 2020, 48(4): 793-811.
- [6] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].4版.北京:人民军医出版社,2012: 2036-2042.
- [7] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012: 212.
- [8] 杨真海.黄帝内针[M].北京:中国中医药出版社,2016: 37.
- [9] 贾兆星,袁琪,李胜利,等.探析《黄帝内针》的审穴要诀“三二一”[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(39): 90.
- [10] HARO H, EBATA S, INOUE G, et al. Japanese Orthopedic Association(JOA) clinical practice guidelines on the management of lumbar disc herniation, third edition-secondary publication [J]. J Orthop Sci, 2022, 27(1): 31-78.
- [11] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分[M].北京:中国中医药出版社,2008: 129-131.
- [12] 尤怡.金匱翼[M].北京:中医古籍出版社,2003: 171.
- [13] 钟远鸣,叶伟权,邱伟,等.急性腰扭伤中医药治疗进展[J].陕西中医,2022,43(2): 269-272.
- [14] 徐众华,许炯博,钱文武,等.桃红四物汤对兔肩袖损伤的

- 修复作用及机制[J]. 中国药房, 2021, 32(24): 2975-2979.
- [15] 赵子樟, 李佳响, 宿树兰, 等. 基于网络药理学及细胞实验的乳香-没药功效成分抗炎机制研究[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(21): 5674-5682.
- [16] 朱杰, 于立芹, 张华南, 等. 伸筋草经皮给药对小鼠抗炎镇痛作用及机制研究[J]. 中医药导报, 2021, 27(6): 40-44.
- [17] 程连芝, 周家梅, 马俊龙, 等. 延胡索乙素通过抑制 p38 MAPK 信号通路介导的小胶质细胞活化改善糖尿病大鼠神经病理性疼痛[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(9): 2533-2540.
- [18] 方蕾, 管咏梅, 黄诗雨, 等. 乳香没药挥发油促生物碱类成分的经皮渗透性研究[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(1): 382-390.
- [19] 张立新, 岳丹丹, 刘学贵, 等. 透骨草化学成分的分离鉴定及生物活性研究[J]. 中国药物化学杂志, 2020, 30(10): 606-612.
- [20] 林世源, 黄慧琳, 陈卉, 等. 白花丹巴布剂的基质处方优选及其体外透皮吸收研究[J]. 中国现代应用药学, 2020, 37(16): 1963-1967.
- [21] 胡还甫, 阮斌, 邹进, 等. 肿痛巴布膏对大鼠闭合性软组织损伤模型的影响[J]. 天津中医药, 2020, 37(12): 1420-1424.
- [22] 张震, 林晓生, 韩林静, 等. 扶元乳膏穴位贴敷治疗骨质疏松性椎体压缩骨折患者 PKP 术后残留腰背痛的疗效观察[J]. 中国骨质疏松杂志, 2020, 26(10): 1509-1513.
- [23] 李尚瑾, 许安萍, 周易, 等. 浅谈“中和思想”在针灸远端选穴原则中的体现[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(2): 862-864.
- [24] 王迪, 马双雨, 米博文, 等. 基于《黄帝内经》理论指导的针刺联合颈部松解手法治疗颈源性头痛的临床研究[J]. 河北中医, 2021, 43(6): 1000-1003.
- [25] 李晓燕, 朱云, 何霞. 黄帝内经配合咽部冰刺激对急性缺血性脑卒中并发吞咽障碍患者生活质量的影响[J]. 四川中医, 2021, 39(8): 186-189.
- [26] GOLDBERG N D, HADDOX M K, NICOL S E, et al. Biologic regulation through opposing influences of cyclic GMP and cyclic AMP: the Yin Yang hypothesis[J]. Adv Cyclic Nucleotide Res, 1975, 5: 307-330.
- [27] 代倩倩, 胡嘉元, 李心怡, 等. 从阴阳调和立论探讨针刺结合稀芍方治疗疼痛的效应机制[J]. 上海中医药大学学报, 2021, 35(1): 121-125.
- [28] LYU Z, GUO Y, GONG Y, et al. The role of neuroglial crosstalk and synaptic plasticity-mediated central sensitization in acupuncture analgesia[J]. Neural Plast, 2021, 2021: 8881557.
- [29] 赵辉, 杨晓静, 程芳, 等. 针药结合对脑梗死大鼠氧化应激、炎症反应及血管生成的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(5): 1116-1122.

【责任编辑：陈建宏】