

本文引文格式:江晓琼,李慧雯,邱小甜.火龙灸联合刺络放血在寒湿痹阻型腰椎间盘突出症患者中的效果观察[J].右江民族医学院学报,2026,48(4):691-694.

【临床护理】

火龙灸联合刺络放血在寒湿痹阻型腰椎间盘突出症患者中的效果观察

江晓琼,李慧雯,邱小甜

(广东省惠州市中医医院针灸科,广东 惠州 516001)

摘要:目的 探讨火龙灸联合刺络放血对寒湿痹阻型腰椎间盘突出症(LDH)患者的影响。方法 2024 年 6 月至 2025 年 7 月,选取惠州市中医医院收治的 76 例寒湿痹阻型 LDH 患者,采用随机数字表法分为对照组与观察组,每组 38 例。对照组实施普通针刺、口服塞来昔布及常规护理,观察组在对照组基础上联合火龙灸与刺络放血干预。疗程结束后,比较两组疼痛程度、功能障碍、腰椎功能、证候积分及护理满意度。结果 干预后,观察组视觉模拟评分法(VAS)评分、 Oswestry 功能障碍指数(ODI)评分及证候积分均低于对照组,日本骨科协会评估治疗分数(JOA)评分及护理总满意度均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$, $P < 0.01$)。结论 火龙灸联合刺络放血应用于寒湿痹阻型 LDH 患者,可减轻疼痛,改善功能障碍,增强腰椎功能,提高护理满意度。

关键词:腰椎间盘突出症;寒湿痹阻型;火龙灸;刺络放血;护理

中图分类号:R473.6

文献标识码:C

文章编号:1001-5817(2026)04-0691-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2026.04.031

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)是因腰椎间盘退变、损伤等导致髓核突出压迫神经根或马尾神经,引发腰腿疼痛、麻木、下肢无力等症状的疾病,若不及时干预可能致肌肉萎缩、大小便障碍甚至瘫痪^[1]。从中医角度,寒湿痹阻型是其常见证型之一,多因外感寒湿之邪或体内阳气不足、寒湿内生,痹阻腰部经络气血,加重或诱发腰部冷痛、遇寒加重等症状。针对寒湿痹阻型 LDH,以中医温经散寒、祛湿通络为核心,结合药物、针灸、艾灸等手段,必要时结合西医对症处理以综合控制病情。火龙灸是采用陈年艾绒铺于腰背部等特定部位,点燃后借助艾火温热之力并结合中药药效,通过皮肤渗透至经络脏腑的中医外治疗法,利用温热刺激疏通经络、温通气血,同时依托中药成分温经散寒、祛湿止痛;现代医学研究表明,火龙灸的温热刺激可促进局部血液循环,改善病变部位组织供氧及营养代谢,抑制炎症因子释放,同时激活机体镇痛通路,从而减轻炎症反应与疼痛感受^[2-3]。刺络放血是中医外治法之一,指用三棱针等工具在人体特定穴位或浅表血络处刺破皮肤,释放局部瘀滞的血液,以疏通经络、调和气血、消肿止痛、清热泻火,改善局部微循环,缓解疼痛、肿胀等不适;现代医学研究证实,该疗法可直接改善病变部位微循环障碍,降低局部组织压力,同

时促进瘀血吸收及炎症介质清除,通过调节局部免疫微环境发挥镇痛抗炎作用^[4-5]。但火龙灸联合刺络放血在缓解寒湿痹阻型 LDH 患者疼痛程度、改善功能障碍和腰椎功能等方面研究较少,鉴于此,本研究探讨火龙灸联合刺络放血在寒湿痹阻型 LDH 患者中的应用效果,有参考意义。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2024 年 6 月至 2025 年 7 月期间,选择惠州市中医医院收治的 76 例寒湿痹阻型 LDH 患者,借助随机数字表法实施分组操作,将上述 76 例患者分两组,每组各纳入 38 例。经本院医学伦理委员会批准(伦理审批号 NO. KY[2024]026)。观察组男 9 例,女 29 例,年龄 23~77 岁,平均(51.21±8.71)岁。对照组男 9 例,女 29 例,年龄 23~76 岁,平均(51.26±8.80)岁。组间资料对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。纳入标准:①符合 LDH 西医诊断^[6];②符合寒湿痹阻证型^[7],以腰腿冷痛重着、活动不利为主症,兼见遇寒加重、得温痛减、肢体拘急等次症,舌象多为舌淡苔白腻,脉象常呈弦紧或沉迟;③年龄 18~78 岁;④不符合手术治疗指征;⑤无火龙灸禁忌证和刺络放血禁忌证;⑥疼痛程度:采用视觉模拟评分法(VAS)评估腰部疼痛^[8],分值范围 0~10 分,0 分为无痛,10 分

基金项目:惠州市医疗卫生领域科技计划项目(2024CZ010271)

第一作者:江晓琼,副主任护师,研究方向:中医临床护理,E-mail:jiangxiaojiong8112@163.com

为剧烈难以忍受疼痛,分值越高代表疼痛程度越重;⑦患者在纳入研究前的 1 周时间里,未接受过与本次所患疾病相关的治疗干预;⑧具备正常的认知能力与阅读能力;⑨患者签署知情同意书。排除标准:①有认知或阅读障碍;②伴有凝血障碍、其他严重疾病、心理疾病;③妊娠期或准备妊娠的妇女。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采取常规护理:普通针刺+口服药物(塞来昔布)止痛治疗,指导患者进行腰背肌功能锻炼、核心肌群训练及姿势调整训练,明确运动强度、频率与禁忌;依病情明确卧床要求及体位护理;制定规范药物止痛方案,并告知用法、用量、疗程及不良反应。

1.2.2 观察组 以对照组为基础,联合火龙灸+刺络放血。①火龙灸:指导取俯卧位,提前备好相关物品:完整无碳化的大小毛巾各一块、经 60~70℃热水隔水加热的药酒纱块(药酒为《脾胃论》羌活胜湿汤加减自制,由羌活 150 g、独活 100 g、防风 100 g、甘草 100 g、蔓荆子 100 g、川芎 150 g,加 55 度米酒 2 500 mL 浸泡 1 个月)、95%助燃酒精、3 条模具预制艾绒(广州至信中药饮片有限公司出品)、50 mL 注射器、打火机、3 个灸疗桶(桶 1 盛 40~45℃水及 3 条小毛巾,桶 2 放冷水灭火湿毛巾,桶 3 装使用后艾绒);操作前充分告知患者治疗过程、目的、注意事项及局部会有灼热感,叮嘱患者 TS-NRS 评分达到 6 分时立即告知护士灭火。治疗准备阶段,关闭门窗(留少许缝隙通风),确保治疗室无氧源、治疗床无易燃物品,患者排空二便,反穿上衣、松解裤头以暴露腰背(女患者束发)。施灸时,先在患者背部督脉及两侧足太阳膀胱经巡经部位(上端起于大椎穴,下端至臀裂上平膀胱经下骶穴)覆盖药酒纱块,再铺 2 层折叠干毛巾,头部盖干毛巾保护头发,接着在干毛巾上盖不滴水的温热湿毛巾;随后取用宽 3 cm、高 2 cm 的预制艾绒,循双侧膀胱经及督脉将艾绒放置在温热湿毛巾上,3 条艾绒间用艾绒连接(形体肥胖或高大者可适当增加),用 50 mL 注射器抽吸 95%酒精沿脊柱正中线“之”字形均匀喷洒于艾绒表面助燃(注意勿洒到毛巾上,首次及第四次助燃需 100~120 mL,其余 3 次需 50~60 mL)。点火前嘱患者勿移动身体,用专用火枪点燃酒精和艾绒,护士全过程守护床旁,备好 2 层温热湿毛巾待灭火。操作过程中采用标准化热力感受数字评分法(Thermal Sensation Numerical Rating Scale, TS-NRS)对患者局部热力感知进行实时评估,该评分范围为 0~10 分,各分值对应明确的主观感受定义(0 分:无任何温热感;1~2 分:轻微温热感,无灼热不适;3~4 分:温和温热感,舒适无刺痛;5 分:明显温热感,略感灼热但可耐受;6 分:强烈灼热感,达到耐受阈值,无皮肤灼痛;7~8 分:剧烈灼热

感,伴随轻微皮肤刺痛,超出耐受范围;9~10 分:极度灼热感,伴随明显皮肤灼痛,无法耐受)^[9]。该评分方法经临床研究验证,主观热感评分与局部温度变化相关性良好,相关系数可达 0.784~0.806,具有可靠的评估价值^[10]。护士每 30 s 主动询问患者热力感受并记录评分,操作环境温度控制在 26℃左右,避免过热过寒影响评估准确性与患者舒适度。当患者 TS-NRS 评分达到 6 分时(对应温和灸适宜温度 43~45℃范围,为临床推荐的有效治疗阈值)^[11],立即以“轻、稳、准”的操作规范,用预温的温热湿毛巾(温度 38~40℃,避免过冷刺激)完全覆盖艾绒区域灭火,操作过程中保持毛巾与皮肤平行贴合,避免快速扬动或煽风,防止艾绒飞溅或局部温度骤降引发不适。灭火后即刻再次评估患者局部热力评分,若评分仍≥5 分(提示局部温度过高),轻轻提拉干毛巾降温,保持提拉状态 10~15 s 后缓慢放下,当患者 TS-NRS 评分稳定降至 3 分(对应“温和温热感,无灼热不适”)时,实施“垂直循经按压法”:操作者双手掌根对齐督脉及双侧足太阳膀胱经循行路线,垂直向下施加压力,力度控制为 10 kg,按压速度为 3~5 厘米/秒,沿经络从大椎穴至下骶穴单向循行按压,每侧经络按压 3 次,以促进艾绒温热之力与药酒药效向深层经络渗透^[12]。第三次结束后,先移除表层湿毛巾,将艾绒上下的毛巾边缘向中间返折后翻转艾绒(充分利用未充分燃烧的下层艾绒)并稍作整理。如此重复“助燃一点火—灭火—降温—按压”操作 5~7 次(通常 5 次,依患者体质辨证及微微出汗为度)即为 1 次治疗,隔 2~3 d 1 次,常规 5 次为 1 个疗程;治疗结束后,患者背部皮肤均匀红润、全身温暖,用干毛巾擦干汗液并包裹背部,轻轻按摩,同时告知患者灸后 4 h 内注意保暖、避免受凉,严禁湿水、吹空调,且需适当饮温开水。②刺络放血:于火龙灸结束后进行,参照《针灸治疗学》^[13]选取委中穴与阿是穴作为刺血部位,所用针具为河南曙光汇知康生物科技股份有限公司生产的一次性无菌注射器针头(型号规格:0.7×30TWLB)。操作时,先对选定穴位进行常规消毒,再用一次性无菌注射器针头在放血部位点刺,刺入深度以仅刺破靠近体表一侧的血管壁为宜,避免因深刺导致淤血流入深部组织形成血肿引发患者疼痛。待出血后,在刺血部位加拔 3 号火罐,留罐约 5~10 min,出罐后需对局部皮肤再次进行消毒。

1.3 观察指标 ①疼痛程度:VAS 评估,分值范围 0~10 分,分值越高,疼痛感越强;②功能障碍:护理前后开展 Oswestry 功能障碍指数(ODI)^[9]评估,满分 100 分,分值越高,功能障碍越严重;③腰椎功能:护理前后开展日本骨科协会评估治疗分数(JOA)^[10]评估,满分 29 分,分值越高,腰椎功能越好;④证候积分:护

理前后参照《中医病证诊断疗效标准》^[7],对腰部冷痛、遇寒加重、得温痛减、腰部重着、活动不利、下肢麻木发凉等症状进行评价,按无(0分)、轻度(1分)、中度(2分)、重度(3分)计分,各症状评分相加即为寒湿痹阻证的证候积分,分值范围0~18分;⑤护理满意度:护理结束后采用医院自制护理满意度问卷开展评估,总分100分,≥85分为非常满意,60~84分为满意,<60分为不满意。问卷Cronbach's α系数为0.832。

表 1 两组疼痛程度、功能障碍、腰椎功能比较

单位:分

组别	n	VAS		ODI		JOA	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	38	6.19±0.81	1.27±0.12 ^a	35.15±3.38	6.78±0.80 ^a	15.36±1.13	25.61±1.01 ^a
对照组	38	6.08±0.76	2.93±0.27 ^a	34.97±3.29	11.95±1.12 ^a	15.50±1.24	22.26±1.03 ^a
t		0.611	34.633	0.235	23.155	0.514	14.315
P		0.543	<0.001	0.815	<0.001	0.609	<0.001

注:①表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示;②与同组护理前比较,a: $P<0.05$ 。

2.2 两组证候积分比较 护理后,观察组较对照组证候积分更低,差异有统计学意义($P<0.001$),见表2。

表 2 两组证候积分比较

单位:分

组别	n	护理前	护理后	t	P
观察组	38	16.43±0.50	4.07±0.52	105.619	<0.001
对照组	38	16.38±0.47	7.84±0.73	60.635	<0.001
t		0.449	25.930		
P		0.655	<0.001		

注:表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。

2.3 两组护理满意度比较 观察组较对照组护理总满意度更高,差异有统计学意义($P<0.01$),见表3。

表 3 两组护理满意度比较

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	38	27(71.05)	10(26.32)	1(2.63)	37(97.37)
对照组	38	17(44.74)	11(28.95)	10(26.32)	28(73.68)
χ ²					8.610
P					0.003

注:表内计数资料数据用[n(%)]表示。

3 讨论

寒湿痹阻型LDH属中医“腰痹”“痹证”范畴,核心病机为正气不足、肝肾亏虚致抗邪力弱,风寒湿邪乘虚侵袭,痹阻腰部经络、气血不畅、筋脉失养,引发腰部冷痛、重着等症^[11]。其症状反复、腰部活动受限,严重降低患者生活质量,长期还会加重腰部损伤。临床以“温经散寒、祛湿通络”为干预原则,旨在疏通经络、调和气血、缓解症状、恢复功能,同时增强机体抗邪能力,预防病情进展^[12]。

1.4 统计学方法 采用SPSS 29.0进行数据处理,先核查并剔除无效数据,其中正态分布计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,用t检验,计数资料用百分比(%)表示,用χ²检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛程度、功能障碍、腰椎功能比较 护理后,观察组较对照组VAS、ODI评分更低,JOA评分更高,差异有统计学意义($P<0.001$),见表1。

常规护理能够在一定程度上改善腰椎局部状态,减少病情加重因素,但其是以对症支持和症状控制为主,难以从根本上解决病理改变,且对中医证型的经络气血痹阻问题缺乏针对性调理。本次研究数据表明,较对照组,观察组VAS、ODI、证候积分更低,JOA、总满意度更高。提示寒湿痹阻型LDH患者联合使用火龙灸、刺络放血,可使疼痛程度进一步减轻,改善功能障碍,增强腰椎功能,提高护理满意度。其原因在于火龙灸以艾绒燃烧产生的温热之力为载体,结合羌活胜湿汤加减药酒的药效,通过背部督脉及足太阳膀胱经循经部位渗透,借助温热刺激驱散腰部经络中羁留的寒湿之邪,破除“寒性收引”“湿性黏滞”所致的经络拘急与气血阻滞,缓解因寒湿痹阻引发的腰部冷痛^[13]。其次,温热之力与药酒药效协同作用,可疏通腰部壅滞的经络气血,改善局部气血运行不畅的状态,使失养的腰部筋脉得以濡养,缓解筋脉拘挛,进而改善腰部活动受限,增强腰椎功能^[14]。护理满意度的提升是症状改善与医患互动质量协同驱动的结果;症状改善是核心基础,经络疏通、气血调和可降低疼痛阈值,减轻疼痛感受;腰部冷痛缓解、活动功能恢复能让患者切实摆脱病痛困扰,从而直接提升患者对于干预方案的认可度;温热刺激带来的舒适感与疼痛缓解后的身心放松,进一步优化了患者的治疗体验,为满意度提升奠定坚实基础;医患沟通与精细化护理是重要助推器,操作前护士详细告知治疗流程、注意事项及灼热感等反应,让患者建立清晰预期并感受到被重视;治疗中全程床旁守护,实时询问热力感受并及时调整,通过及时响应患者需求构建信任关系;治疗后针对灸后保暖、饮温开水等调护要点的细致叮嘱,以及背部按摩等后续关怀,让患者

感受到持续的护理温度,这种全流程的人文关怀与专业照护,显著增强了患者的信任感与获得感,进而提升护理满意度。此外,干预后通过保暖、饮温开水等调护,可巩固温通之效,防止寒湿复侵,进一步维持气血通畅,助力腰椎功能恢复,形成“祛邪—通络—养筋—护正”的良性循环,最终实现症状改善与护理体验提升的双重效果。刺络放血选取委中穴(“腰背委中求”,为腰背病症要穴)与阿是穴(直达病所),通过点刺放血结合拔罐,可直接排出腰部经络中因寒湿痹阻日久所生的“瘀滞之血”,破除“血不利则为痛”的病理状态,缓解瘀血阻滞经络引发的腰部疼痛^[15]。其次,瘀血得泻可疏通腰部壅滞的经络气血,改善因寒湿与瘀血互结导致的气血运行不畅,使气血能够正常濡养腰部筋脉,缓解筋脉拘挛,进而改善腰部活动受限,增强腰椎功能^[16]。此外,刺络放血后瘀血排出、疼痛缓解的直观效果,能让患者快速感受到病情改善,这种即时反馈更易激发患者的治疗信心;腰部活动功能的逐步恢复进一步印证了治疗价值,使患者对干预方案的信任度持续加深;护士在操作前针对穴位选取依据、放血流程及安全要点的耐心解释,可缓解患者对“放血”的恐惧心理;操作中精准的穴位定位、规范的消毒流程及轻柔的操作手法,展现了专业护理能力;操作后对针眼护理、休息禁忌等事项的细致指导,以及对患者疑虑的及时解答,通过专业且有温度的互动,让患者感受到被尊重与关怀,进而将对疗效的认可转化为对护理服务的高度满意,最终形成“祛瘀—通络—止痛—强腰”的作用链条,辅助改善临床症状与护理体验。因此,火龙灸联合刺络放血效果更佳,火龙灸以温热之力携药酒药效温经散寒、祛湿通络、濡养筋脉,刺络放血则通过点刺拔罐直达病所、疏通瘀滞、活血化瘀,二者协同作用,共奏祛寒湿、通经络、调气血、止疼痛之效。

综上所述,火龙灸联合刺络放血应用在寒湿痹阻型 LDH 患者中,能够有效缓解腰部疼痛、改善腰部功能障碍、增强腰椎活动能力,同时提升患者对护理服务的满意度。

参考文献:

[1] 李法杰,张悦,万田豪,等.海桐皮方热熨联合清宫正骨三搬法治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症随机对照临床观察[J].中医杂志,2025,66(10):1023-1030.

- [2] 胡志鹏,汪秀梅.督脉火龙灸对慢性萎缩性胃炎脾胃虚寒证胃肠激素及氧化应激水平的影响[J].针灸临床杂志,2025,41(2):53-57.
- [3] 计颖颖,张礼娟,赵增趁.中药熏洗联合火龙灸治疗膝骨关节炎的临床研究[J].中国中医骨伤科杂志,2024,32(11):27-31.
- [4] 陈子琴,陈松,陈贝,等.刺络放血疗法临床运用[J].中华中医药杂志,2023,38(1):200-203.
- [5] 熊雨墨,李梓宸,李瑛,等.通督活血汤结合刺络放血治疗退行性腰椎管狭窄症疗效观察[J].中华中医药学刊,2024,42(11):218-221.
- [6] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组,中华医学会骨科学分会骨科康复学组.腰椎间盘突出症诊疗指南[J].中华骨科杂志,2020,40(8):477-487.
- [7] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京出版社,1994:201-202.
- [8] 王艳,陈静,刘静,等.视觉模拟疼痛评分量表在慢性腰痛患者中的信效度验证[J].护理研究,2023,37(18):3281-3284.
- [9] 程继伟,王振林,刘伟,等.Oswestry 功能障碍指数的改良及信度和效度检验[J].中国脊柱脊髓杂志,2017,27(3):235-241.
- [10] 孙兵,车晓明.日本骨科协会评估治疗(JOA 评分)[J].中华神经外科杂志,2012,28(6):623.
- [11] 李洪辉,潘滔,陈江,等.加味独活寄生合剂联合体外冲击波治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症 32 例[J].环球中医药,2024,17(9):1876-1880.
- [12] 曹纪保,谭玉婷,刘王皓,等.桂枝附子汤加味对腰椎间盘突出急性期(寒湿痹阻证)所致腰腿痛的疗效观察[J].中国中医急症,2023,32(2):282-284.
- [13] 杜家丽,李智俐,李锋.火龙灸联合针刺治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床研究[J].针灸临床杂志,2025,41(5):22-27.
- [14] 张庆,黄娟,邵瑜,等.基于扶阳通痹理论的火龙灸疗法治疗风寒湿痹型类风湿关节炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2025,34(8):1099-1103.
- [15] 杨训红,陈幸生,孙强.针灸辨证取穴联合刺络放血疗法治疗腰椎间盘突出症患者疗效观察[J].辽宁中医杂志,2024,51(7):156-160.
- [16] 齐好雯,陈建华,高丽华,等.循经针刺联合刺络放血治疗血瘀型腰椎间盘突出症患者的疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2024,19(7):1377-1381,1387.

收稿日期:2025-10-18;修回日期:2025-12-02

(本文编辑 钟琳)