

青龙摆尾针法联合藏医涂擦疗法治疗腰背肌筋膜炎的临床疗效观察

四朗拉珍

西藏自治区林芝市米林市藏医院

DOI:10.32629/bmtr.v8i3.20454

[摘要] 目的：本研究旨在观察并比较青龙摆尾针法联合藏医涂擦疗法、单纯青龙摆尾针法及单纯藏医涂擦疗法治疗腰背肌筋膜炎的临床疗效，探讨联合疗法的协同效应。方法：将90例符合纳入标准的腰背肌筋膜炎患者，采用随机数字表法分为联合组（A组）、针法组（B组）和涂擦组（C组），每组30例。A组接受青龙摆尾针法联合藏医涂擦治疗，B组仅接受青龙摆尾针法治疗，C组仅接受藏医涂擦治疗。治疗周期为2周。主要观察指标为治疗前后视觉模拟量表评分、Oswestry功能障碍指数，次要观察指标包括日本骨科协会评分、血清炎症因子水平。结果：治疗后，三组患者的VAS评分、ODI指数、血清CRP及IL-6水平均较治疗前显著下降（ $P<0.05$ ），JOA评分显著升高（ $P<0.05$ ）。组间比较显示，A组在疼痛缓解（VAS评分： 1.82 ± 0.71 ）、功能改善（ODI指数： $20.15 \pm 5.37\%$ ）、抗炎效果（CRP： $3.95 \pm 0.98 \text{ mg/L}$ ）方面均显著优于B组和C组（ $P<0.05$ ）。B组与C组比较，在疼痛与功能改善方面，B组优于C组（ $P<0.05$ ），但在降低炎症指标方面，两组差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：青龙摆尾针法与藏医涂擦疗法联合应用治疗腰背肌筋膜炎，疗效显著优于单一疗法，二者在镇痛、改善功能、抗炎方面存在明确的协同增效作用，为临床提供了疗效更优的综合治疗方案。

[关键词] 腰背肌筋膜炎；青龙摆尾针法；藏医涂擦疗法；协同效应；随机对照试验

中图分类号：R274.3 文献标识码：A

Clinical Efficacy Observation of the "Qinglong Baitui" Acupuncture Technique Combined with Tibetan Medicine Rubbing Therapy for the Treatment of Lumbar and Dorsal Myofasciitis

Silanglazhen

Tibetan Hospital, Milin City, Nyingchi City

[Abstract] Objective: This study aims to observe and compare the clinical efficacy of Qinglong Baiwei acupuncture combined with Tibetan medicine rubbing therapy, Qinglong Baiwei acupuncture alone, and Tibetan medicine rubbing therapy alone in the treatment of lumbodorsal myofasciitis, and to explore the synergistic effect of the combined therapy. Methods: A total of 90 patients with lumbodorsal myofasciitis who met the inclusion criteria were randomly divided into a combined group (Group A), an acupuncture group (Group B), and a rubbing group (Group C), with 30 patients in each group. Group A received Qinglong Baiwei acupuncture combined with Tibetan medicine rubbing therapy, Group B received only Qinglong Baiwei acupuncture therapy, and Group C received only Tibetan medicine rubbing therapy. The treatment period was 2 weeks. The main observation indicators were visual analog scale (VAS) scores and Oswestry Disability Index (ODI) before and after treatment, while secondary observation indicators included Japanese Orthopedic Association (JOA) scores and serum inflammatory factor levels. Results: After treatment, the VAS scores, ODI index, serum CRP, and IL-6 levels in all three groups significantly decreased compared to those before treatment ($P<0.05$), and the JOA scores significantly increased ($P<0.05$). Inter-group comparisons showed that Group A was significantly better than Group B and Group C in terms of pain relief (VAS scores: 1.82 ± 0.71), functional improvement (ODI index: $20.15 \pm 5.37\%$), and anti-inflammatory effect (CRP: $3.95 \pm 0.98 \text{ mg/L}$) ($P<0.05$). In terms of pain and functional improvement, Group B was superior to Group C ($P<0.05$), but there was no significant difference in reducing inflammatory indicators between the two groups ($P>0.05$). Conclusion:

The combined application of Qinglong Baiwei acupuncture and Tibetan medicine rubbing therapy for the treatment of lumbodorsal myofascitis is significantly more effective than either therapy alone. The two methods have a clear synergistic effect in analgesia, functional improvement, and anti-inflammation, providing a more effective comprehensive treatment option for clinical use.

[Key words] Lumbar and dorsal myofascitis; Qinglong Baitui acupuncture technique; Tibetan medicine rubbing therapy; Synergistic effect; Randomized controlled trial

引言

腰背肌筋膜炎 (Lumbodorsal Myofascitis, LBM) 以腰背部弥漫性钝痛、僵硬及激痛点为主要特征, 其发生与慢性劳损、不良姿势及寒湿环境相关, 病理表现为无菌性炎症与组织粘连^[1]。在青藏高原地区, 高寒低氧的气候与农牧劳作习惯进一步增加了本患病风险, 且易反复发作, 严重影响患者生活质量。现代医学以药物及物理治疗为主, 但存在疗效不稳及副作用等局限^[2]。

中医学将 LBM 归为“筋痹”, 认为系风寒湿邪闭阻经络, 气血瘀滞所致, 治以疏通为要。青龙摆尾针法以缓慢摆动针身疏导经气、松解筋结, 是治疗筋痹的特色手法^[3]。藏医学则将其纳入“白脉病”范畴, 认为“隆”的失调导致白脉功能紊乱, 引发痛、僵诸症^[4]。藏医涂擦疗法选用性质“重、温、润”的白脉软膏配以按摩, 旨在调和隆血、温通白脉^[5]。

目前, 分别运用中医针刺或藏医外治的研究较多, 但将二者有机结合并科学验证其协同效应的研究尚显不足。本研究基于中藏医理论, 设计随机对照试验, 通过设立青龙摆尾针法联合藏医涂擦组、单纯针法组及单纯涂擦组, 旨在客观比较联合与单一疗法的疗效差异, 深入探讨是否存在协同增效作用, 从而为腰背肌筋膜炎提供一种融合中藏医学优势、疗效更优的综合治疗方案。

1 资料与方法

1.1 病例来源

选取 2025 年 5 月至 2026 年 2 月期间, 就诊于西藏自治区米林市藏医院的腰背肌筋膜炎患者。

1.2 样本量估算

基于预试验结果, 设定 $\alpha=0.05$, $\beta=0.20$, 效应量 $f=0.35$, 利用 GPower 3.1 软件计算, 每组所需样本量至少为 27 例。考虑到约 10% 的脱落率, 最终确定每组纳入 30 例, 共计 90 例。

1.3 随机与盲法

采用计算机生成随机数字序列, 将 90 例患者按 1:1:1 比例随机分配至 A 组 (联合组)、B 组 (针法组) 和 C 组 (涂擦组)。随机序列由不参与招募和治疗的独立统计人员密封保存。由于治疗方式的差异性 (针刺与否), 难以对患者和实施治疗的医师实施盲法。但疗效评估者 (负责收集量表数据、检测指标的医护人员) 和数据统计人员均对分组情况不知情, 采用评估者盲和统计者盲。

1.4 诊断、纳入与排除标准

1.4.1 诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94) 中“筋痹”的诊断要点, 并结合临床实际拟定: ①有腰部慢性劳损史或急性损伤史, 或感受风寒湿邪史; ②腰背部弥漫性酸痛、胀痛或隐痛, 肌肉僵硬板滞, 活动受限, 晨起或天气变化时加重; ③腰背部可触及明确的压痛点 (激痛点) 及条索状、结节状改变; ④X 线或 CT 检查排除腰椎骨折、结核、肿瘤、严重椎间盘突出等器质性病变^[6]。

1.4.2 纳入标准

①符合上述诊断标准; ②年龄 20~65 岁, 性别不限; ③病程 ≥ 1 周; ④近 2 周内未接受过相关治疗 (如药物、针灸、推拿等); ⑤自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4.3 排除标准

①合并腰椎滑脱、椎管狭窄、强直性脊柱炎、骨质疏松性骨折、肿瘤等所致腰痛; ②合并严重心、脑、肝、肾及造血系统疾病, 或精神病患者; ③妊娠或哺乳期妇女; ④治疗局部皮肤有破损、感染或皮肤病; ⑤有晕针史或对研究所用药物已知过敏者。

1.5 治疗方法

所有治疗均由同一组经过标准化培训的医师操作, 确保操作一致性。

1.5.1 A 组 (青龙摆尾针法联合藏医涂擦疗法组): 先予青龙摆尾针法: 患者取俯卧位, 充分暴露腰背部。医者循足太阳膀胱经及督脉, 以指腹触诊寻找最明显的激痛点 (阿是穴) 2-3 个, 以记号笔标记。常规皮肤消毒后, 选用 0.30 mm \times 40 mm 一次性无菌针灸针。持针快速刺入皮下, 缓慢进针至得气 (患者诉局部酸、麻、胀感)。随后, 医者拇、食指持针柄, 在 45° 角范围内, 如船公摇橹般缓慢、连续地左右摆动针身, 频率约 60 次/分钟, 摆动幅度以针尖在组织内轻微拨动为度, 不行提插捻转。每穴操作 2 分钟。总留针时间 30 分钟。出针后按压针孔。出针后予藏医涂擦疗法: 取藏药白脉软膏 (国药准字 Z20043178, 主要成分: 姜黄、肉豆蔻、甘松、阳起石、甘草、人工麝香、干姜、藏茴香、藏菖蒲、花椒、碱花) 约 7g, 均匀涂抹于治疗前标记的激痛点及周围区域。医者以拇指指腹或掌根, 沿膀胱经走向, 先轻后重, 由内向外进行环形按摩与推擦, 力度渗透至筋膜层, 以局部

皮肤潮红、温热, 患者感觉舒适为度。每次操作 10 分钟。每日治疗 1 次, 每周连续治疗 5 天, 休息 2 天, 总计治疗 2 周 (10 次)。

1.5.2 B 组 (青龙摆尾针法组)

仅接受上述“青龙摆尾针法”治疗。治疗结束后, 不在腰背部进行任何药膏涂抹或按摩操作。每日治疗 1 次, 每周连续治疗 5 天, 休息 2 天, 总计治疗 2 周 (10 次)。

1.5.3 C 组 (藏医涂擦疗法组)

仅进行上述“藏医涂擦疗法”, 使用相同剂量的白脉软膏及相同的按摩手法与时长。每日治疗 1 次, 每周连续治疗 5 天, 休息 2 天, 总计治疗 2 周 (10 次)。

1.6 观察指标与疗效评价

1.6.1 主要疗效指标

① 疼痛视觉模拟量表评分: 于治疗前、治疗第 1 周末、治疗结束后由评估者引导患者在同一标尺上标记, 0 分为无痛, 10 分为剧痛难忍^[7]。

1.6.2 次要疗效指标

① Oswestry 功能障碍指数: 包含疼痛强度、生活自理、提物、行走、坐、站立、睡眠、社会生活、旅行、疼痛变化 10 个方面, 计算功能障碍百分比, 分值越高, 功能障碍越严重^[8]。② 日本骨科协会下腰痛评分: 评估主观症状、临床体征、日常活动受限程度, 总分 29 分, 分数越低表示功能障碍越重^[9]。③ 炎症指标: 于治疗前、治疗结束后次日清晨, 采集患者空腹静脉血 5ml, 采用酶联免疫吸附法检测血清 C 反应蛋白和白细胞介素-6 水平。

1.7 安全性评价

记录治疗过程中出现的不良事件, 如针刺部位血肿、晕针、皮肤过敏等, 并评估其与治疗的相关性。

1.8 统计学方法

采用 SPSS 28.0 软件进行统计分析。计量资料符合正态分布以均数±标准差表示, 不符合者以中位数表示。组内治疗前后比较采用配对 t 检验或 Wilcoxon 符号秩检验; 三组间基线比较及治疗后比较, 符合正态分布且方差齐时采用单因素方差分析, 两两比较采用 LSD-t 检验; 不符合条件时采用 Kruskal-Wallis H 检验及 Bonferroni 校正法进行两两比较。计数资料采用卡方检验。以 P<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 基线资料比较

研究期间, 90 例患者均完成治疗, 无脱落病例。三组患者在性别、年龄、病程、治疗前 VAS 评分、ODI 指数、JOA 评分、CRP、IL-6 等方面比较, 差异均无统计学意义 (P>0.05), 具有可比性。见表 1。

表 1 三组患者基线资料比较

项目	A 组 (联合, n=30)	B 组 (针法, n=30)	C 组 (涂擦, n=30)	统计值	P 值
性别 (男/女)	14/16	16/14	15/15	$\chi^2=0.27$	0.874
年龄 (岁)	48.6±10.2	50.1±9.7	49.2±10.5	F=0.15	0.861
病程 (日)	12.3±6.8	13.5±7.2	12.9±6.5	F=0.22	0.804
VAS 评分 (分)	6.85±1.42	6.73±1.38	6.92±1.51	F=0.12	0.887
ODI 指数 (%)	56.34±8.91	55.87±9.23	57.12±8.65	F=0.18	0.836
JOA 评分 (分)	14.25±2.61	14.50±2.83	14.08±2.72	F=0.20	0.819
CRP (mg/L)	12.58±2.41	12.31±2.35	12.76±2.50	F=0.26	0.772
IL-6 (pg/mL)	25.42±4.35	24.96±4.18	25.81±4.57	F=0.31	0.734

注: 计量资料以均数±标准差表示, 采用单因素方差分析; 计数资料以例数表示, 采用卡方检验。P>0.05 表示三组基线资料均衡, 具有可比性。

2.2 三组患者治疗前后 VAS 评分、ODI 指数、JOA 评分比较

治疗后, 三组 VAS 评分均显著降低 (P<0.05)。组间比较, A 组降低幅度最大, 显著低于 B 组和 C 组 (P<0.05)。B 组的 VAS 评分亦显著低于 C 组 (P<0.05)。表明联合疗法镇痛效果最优, 单纯针法次之, 单纯涂擦再次之。治疗后三组 ODI 指数均显著改善 (P<0.05)。A 组功能障碍改善最显著, 明显优于 B、C 两组 (P<0.05)。B 组改善优于 C 组 (P<0.05)。说明联合疗法在恢复患者日常功能方面具有突出优势。治疗后, 三组 JOA 评分均显著提高 (P<0.05)。A 组评分最高, 显著优于 B 组和 C 组 (P<0.05)。B 组与 C 组间比较, B 组改善更佳 (P<0.05)。见表 2。

表 2 三组患者治疗前后主要观察指标比较

指标	组别	例数	治疗前	治疗结束后
VAS 评分 (分)	A 组 (联合)	30	6.85 ± 1.42	1.82 ± 0.71* [#] △
	B 组 (针法)	30	6.73 ± 1.38	2.94 ± 0.89*
	C 组 (涂擦)	30	6.92 ± 1.51	3.88 ± 1.12*
ODI 指数 (%)	A 组 (联合)	30	56.34 ± 8.91	20.15 ± 5.37* [#] △
	B 组 (针法)	30	55.87 ± 9.23	32.46 ± 7.02*
	C 组 (涂擦)	30	57.12 ± 8.65	38.71 ± 7.85*
JOA 评分 (分)	A 组 (联合)	30	14.25 ± 2.61	25.80 ± 2.14* [#] △
	B 组 (针法)	30	14.50 ± 2.83	21.36 ± 2.67*
	C 组 (涂擦)	30	14.08 ± 2.72	19.45 ± 2.98*

注: *组内比较: 与本组治疗前比较, P<0.05。#组间比较: 与 B 组 (针法组) 治疗后比较, P<0.05。△组间比较:

与C组(涂擦组)治疗后比较, $P<0.05$ 。

2.3 三组患者治疗前后炎症指标变化

治疗后, 三组患者的血清CRP和IL-6水平均较治疗前显著下降($P<0.05$)。组间比较发现, A组的下降幅度最大, 其CRP与IL-6水平均显著低于B组和C组($P<0.05$)。B组与C组间, 炎症指标下降水平差异无统计学意义($P>0.05$)。提示联合疗法在全身性抗炎作用方面具有协同优势。见表3。

表3 三组患者治疗前后炎症指标变化比较

指标	组别	例数	治疗前	治疗结束后
CRP (mg/L)	A组(联合)	30	12.58 ± 2.41	3.95 ± 0.98 ^{#△}
	B组(针法)	30	12.31 ± 2.35	6.83 ± 1.42 [*]
	C组(涂擦)	30	12.76 ± 2.50	7.25 ± 1.56 [*]
IL-6 (pg/mL)	A组(联合)	30	25.42 ± 4.35	7.98 ± 2.11 ^{#△}
	B组(针法)	30	24.96 ± 4.18	12.74 ± 3.32 [*]
	C组(涂擦)	30	25.81 ± 4.57	13.45 ± 3.67 [*]

注: *组内比较: 与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。#组间比较: 与B组(针法组)治疗后比较, $P<0.05$ 。△组间比较: 与C组(涂擦组)治疗后比较, $P<0.05$ 。

2.4 临床总疗效比较

根据JOA评分改善率计算临床疗效。A组痊愈8例, 显效16例, 有效5例, 无效1例, 总有效率96.67%; B组痊愈4例, 显效12例, 有效10例, 无效4例, 总有效率86.67%; C组痊愈2例, 显效9例, 有效13例, 无效6例, 总有效率80.00%。经卡方检验, A组总有效率显著高于B组和C组(χ^2 值分别为4.32和7.68, $P<0.05$), B组与C组总有效率差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
A组(联合)	30	8 (26.7)	16 (53.3)	5 (16.7)	1 (3.3)	96.7 ^{#△}
B组(针法)	30	4 (13.3)	12 (40.0)	10 (33.3)	4 (13.3)	86.7
C组(涂擦)	30	2 (6.7)	9 (30.0)	13 (43.3)	6 (20.0)	80

注: #表示与B组比较, $P<0.05$; △表示与C组比较, $P<0.05$ (经卡方检验及多重比较校正后得出)。

2.4 安全性评价

治疗期间, B组出现1例轻度晕针, 经平卧、饮温水后缓解; C组出现1例局部皮肤轻微红疹, 未处理2天后自行消退。A组无不良事件发生。所有不良事件均判断与治疗可能相关, 但程度轻微, 不影响治疗进程。

3 讨论

本研究通过三组随机对照设计, 首次系统比较了青龙摆尾针法联合藏医涂擦疗法与二者单用治疗腰背肌筋膜炎的

疗效。结果表明, 联合疗法(A组)在疼痛(VAS)、功能(ODI、JOA)及炎症指标(CRP、IL-6)的改善上均显著优于单一针法(B组)或涂擦(C组), 证实二者存在明确的协同增效作用。

在镇痛与功能改善上, 联合疗法实现了针灸疏通与涂擦濡养的同时干预。青龙摆尾针法通过摆动松解筋结、疏通气血, 针对不通则痛^[10]。藏医涂擦则通过药力与按摩温养筋脉, 缓解不荣则痛^[11]。二者结合产生叠加效应, 且针法在改善症状方面显效更快。

在抗炎与微循环调节方面, 协同效应尤为显著。尽管B、C两组抗炎效果相近, 但A组作用出现飞跃。其机制可能是针法先松解组织、打开门户, 随后涂擦的药效成分更易渗透, 配合按摩进一步促进循环与炎症物质清除, 即针开其路, 药借势行。

本研究融合了中医调气与藏医调血的理论, 实践了“调气以活血, 血行则气畅”的协同思路。结论认为, 青龙摆尾针法联合藏医涂擦治疗腰背肌筋膜炎疗效确切, 其在镇痛、抗炎及促进功能恢复方面均展现协同优势, 为临床提供了一种安全有效、融合中藏医特色的创新治疗方案。

[参考文献]

- [1]李欣, 粟胜勇, 王甜, 等. 针刀治疗慢性肌肉骨骼疼痛的研究及机制进展[J]. 中医学报, 2026, 54(1): 122-128.
- [2]李思明, 王颖, 陈兴娟, 等. 疼痛散中药火灸治疗腰背肌筋膜炎临床疗效评价[J]. 河北中医, 2023, 45(10): 1623-1626.
- [3]徐虹, 陈素辉, 张亚敏, 等. 孙华针刺治疗肌筋膜炎经验[J]. 山东中医杂志, 2025, 44(5): 576-580.
- [4]王荣田, 陈兆军, 吴俊德, 等. 藏药白脉软膏实效性临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2021, 29(11): 32-37.
- [5]卓玛. 藏医药膏涂擦结合中药口服与灌肠治疗慢性盆腔炎的疗效观察[J]. 中国民族医药杂志, 2022, 28(2): 33-35.
- [6]李坤钰, 李崖雪. 苍龟探穴报刺法治疗背部肌筋膜炎30例[J]. 中国针灸, 2024, 44(8): 910-912.
- [7]宋文寒, 祝木星. 经筋排刺法联合侧位插法治疗肩胛肌筋膜炎的临床观察[J]. 中国中医急症, 2024, 33(1): 112-115.
- [8]周胜利, 贺卓众, 杨阳, 等. 基于颈骶并治理论针刀治疗腰骶肌筋膜炎30例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2025, 33(2): 67-70+75.
- [9]周林林, 王孝义. 药物罐联合腰舒止痛方在腰椎间盘突出症患者中的应用[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(11): 135-138.
- [10]张琬琪, 袁霞, 郭雨薇, 等. 王富春应用“青龙摆尾”针法经验[J]. 长春中医药大学学报, 2026, 42(1): 35-39.
- [11]索南周杰, 尕藏多吉. 藏医宁隆涂擦物理按摩疗法治疗中风后遗症短暂性失眠、面瘫的临床效果[J]. 中国民族医药杂志, 2021, 27(10): 26-28.

作者简介:

四朗拉珍(1990-), 女, 毕业于西藏藏医药大学, 藏医学, 研究方向: 藏医外治。