

督脉灸联合游走罐治疗阳虚质慢性疲劳综合征临床疗效观察※

● 冯 雯 张 彤 盖 云 陈 娇 花

摘 要 目的:观察督脉灸联合游走罐治疗阳虚质慢性疲劳综合征的临床疗效。方法:选择 80 例阳虚质慢性疲劳综合征患者,随机分为试验组和对照组各 40 例。试验组采用督脉灸联合游走罐治疗,对照组采用金匱肾气方加减治疗。两组均治疗 28 天后随访 1 个月,观察其临床疗效。结果:试验组总有效率为 95%(38/40),对照组总有效率为 70%(28/40),差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后临床症状积分、疲劳量表-14 评分、阳虚质评分、血清免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM 数值比较,差异具有统计学意义($P<0.05$),试验组优于对照组。结论:督脉灸联合游走罐治疗阳虚质慢性疲劳综合征临床疗效确切,能够改善患者疲劳症状,提高患者免疫水平。

关键词 督脉灸;游走罐;慢性疲劳综合征;阳虚质;疲劳量表-14;IgA;IgG;IgM

慢性疲劳综合征(Chronic Fatigue Syndrome, CFS)是 1988 年美国疾病控制中心(CDC)正式命名的一组以长期反复疲劳症状为特征的慢性症候群^[1],包括躯体肌肉关节的持续疲劳感,精神心理的抑郁、倦怠、记忆力下降、失眠健忘、免疫功能下降等涉及多器官、多系统的综合疾患^[2-3]。CFS 发病群体趋向青年白领,逐渐成为影响人类健康的主要问题之一^[4]。目前西医针对 CFS 无确切治疗方案,而中医以整体观念、辨证论治作为切入点,在治疗 CFS 中有明显优势^[5],本研究运用督脉灸联合游走罐治疗阳虚质 CFS,观察其临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取上海中医药大学附属上海市第七人民医院治未病中心 2019 年—2020 年就诊的阳虚质 CFS 患者 80 例作为临床观察对象,随机分为试验组

和对照组各 40 例。试验组中男性 18 例,女性 22 例;年龄最大 55 岁,最小 20 岁,平均年龄(38.70 ± 6.89)岁;病程最短 6.5 个月,最长 23.4 个月,平均病程(12.37 ± 4.51)个月。对照组中男性 15 例,女性 25 例;年龄最大 57 岁,最小 21 岁,平均年龄(36.90 ± 8.75)岁;病程最短 7.1 个月,最长 19.8 个月,平均病程(14.24 ± 3.92)个月。两组患者在年龄、性别、病程之间的差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究获上海市第七人民医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考 1994 年美国 CDC 修订的 CFS 诊断标准^[3],症状符合以下 2 项者即可诊断为 CFS。(1)反复发作的持续性疲劳症状在充分休息后无明显缓解,症状持续时间大于 6 个月,并排除引起相关症状的其他疾病。(2)下列症状中同时出现 4 种及以上,且反复发作大于 6 个月:①注意力不集中,记忆力下降;②淋巴结肿大;③肌肉酸胀疼痛;④多关节的疼痛不适且无关节的红肿;⑤时发头痛;⑥夜寐质量差;⑦运动后疲劳感持续 24 小时以上;⑧咽部不适及疼痛。

1.2.2 中医诊断标准 参照 2009 年中华中医药学会发布的《中医体质分类判定标准》^[6]中阳虚体质的诊断标准。阳虚质判定依据《中医体质分类与判定》制

※基金项目 1.上海市中医药事业发展三年行动计划(2018 年—2020 年)医疗机构治未病服务能力提升项目[No.ZY(2018-2020)-ZWB-1001];2.浦东新区“国家中医药发展综合改革试验区”建设项目(No.PDZY-2019-0402)

• 作者单位 上海中医药大学附属上海市第七人民医院(上海 浦东 200137)

定^[7], 每一个问题按 5 级评分, 计算原始分及转化分, 依据标准判定体质分型。转化分 ≥ 40 分, 判定为阳虚质; 30~39 分为阳虚质倾向; < 30 分不能判定属于阳虚体质。阳虚体质的主要症状为: 畏寒肢冷, 四肢不温, 肌肉松软, 喜食热食, 自汗便溏, 精神萎靡, 舌质嫩胖, 脉沉迟^[8]。

1.3 纳入标准 ①年龄 18~60 岁, 性别不限; ②符合西医 CFS 诊断及中医阳虚质的诊断标准; ③病程半年以上; ④受试者自愿参加临床试验, 并签署知情同意; ⑤半年内未服用过相关药物。

1.4 排除标准 ①合并其他疾病的 CFS 患者; ②严重精神障碍、生活不能自理者; ③哺乳或妊娠期妇女。

1.5 剔除和终止标准 ①试验过程中受试者出现严重不良反应事件或病情变化导致终止试验; ②受试者依从性差, 未能按照方案治疗或治疗中途放弃试验; ③治疗过程中受试者自行服用可能影响试验结果的药物。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 以金匱肾气方加减治疗^[9], 药用: 熟地黄 30 g, 山药 15 g, 山茱萸 15 g, 泽泻 10 g, 白茯苓 10 g, 牡丹皮 10 g, 桂枝 3 g, 熟附片 5 g, 益智仁 15 g, 木蝴蝶 5 g, 川芎 10 g, 炒枣仁 15 g, 鸡血藤 15 g, 炒神曲 15 g。上述中药由上海市第七人民医院中药房提供。煎煮方法: 药物混合加入纯净水, 没过药物一横指, 浸泡 40 min, 大火煎煮 15 min 后调小火煎煮 30 min, 最后煎取 400 mL 汤剂。每日服药两次, 温服, 28 天为 1 个疗程。

1.6.2 试验组 采用督脉灸联合游走罐治疗。①操作条件: 保持室温在 26℃左右, 治疗床上方有艾灸排烟管道, 治疗室内保持通风。②治疗方法: 患者取俯卧位, 充分暴露整个背部, 背部皮肤清洁消毒后, 沿背部双侧足太阳膀胱经自上而下游走罐 5 min 后, 再进行督脉灸操作。在背部督脉大椎穴至腰椎穴的脊柱部位铺上背巾, 上置督灸盒, 督灸盒内平铺 6~8 cm 厚的生姜泥, 再将 3 cm 厚的艾绒平铺在生姜泥上, 点燃艾绒的上、中、下三处, 任其自然燃烧完全后更换艾绒, 重复施灸三壮, 全程约 40 min, 以患者背部皮肤温热舒适, 无灼痛、不适为度^[10]。治疗后嘱患者多饮温水。每周治疗 1 次, 连续 4 次为 1 个疗程。

1.7 观察指标

1.7.1 临床症状积分 根据《中药新药临床研究指导原则》^[11]症状分级量化表分别进行打分。主症为疲劳; 兼症包括: ①记忆力下降; ②咽喉不适; ③睡眠质量下降; ④头痛; ⑤关节和肌肉不适感; ⑥消化系统症

状, 按照无、轻、中、重程度分别记 0 分、2 分、4 分、6 分, 治疗前后各评分 1 次。

1.7.2 疲劳量表-14 评分 受试者治疗前后填写疲劳量表-14 (CFS-14)^[12]进行疲劳症状、程度评估。总分共计 14 分, 其中 8 分为躯体疲劳评估, 6 分为脑力疲劳评估, 分值越高, 表明疲劳程度越严重。

1.7.3 阳虚体质量表评分 根据《中医体质分类判定标准》^[7], 治疗前后对患者体质各评分 1 次。

1.7.4 免疫细胞水平 抽取两组患者外周静脉血, 测定治疗前后血清免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM 水平。检测仪器为全自动生化分析仪 (日立, 型号 008AS)。

1.7.5 安全性指标 治疗前后检测血常规、尿常规、肝肾功能、心电图等常规指标。

1.8 疗效评价标准 参照《中医病症诊断疗效标准》制定 CFS 疗效评价标准。①痊愈: 疲劳感消失, 兼症消失, 能够适应工作、社会节奏, 症候积分下降 $\geq 95\%$ 。②显效: 主症和兼症基本消失, $70\% \leq$ 症候积分下降 $< 95\%$ 。③有效: 主症和兼症有所好转, $30\% \leq$ 症候积分下降 $< 70\%$ 。④无效: 主症和兼症无缓解甚至加重, 症候积分下降 $< 30\%$ 。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.9 统计学方法 运用 SPSS22.0 软件进行统计学分析, 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 各组治疗前后比较采用配对 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后临床症状积分比较 治疗前两组患者临床症状积分比较差异无统计学意义。治疗后两组患者临床症状积分与治疗前比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 且试验组的临床症状积分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后临床症状积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 治疗前 | | 治疗后 | |
|-----|----|-----------------|------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | | 主症 | 兼症 | 主症 | 兼症 |
| 试验组 | 40 | 5.80 \pm 0.68 | 18.70 \pm 3.25 | 2.10 \pm 0.13 ¹⁾²⁾ | 6.90 \pm 2.67 ¹⁾²⁾ |
| 对照组 | 40 | 5.65 \pm 0.43 | 18.35 \pm 2.98 | 3.95 \pm 0.47 ¹⁾ | 9.05 \pm 2.58 ¹⁾ |

注: 与同组治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与对照组比较, ²⁾ $P < 0.05$

2.2 两组治疗前后疲劳量表-14 评分比较 治疗前两组 CFS 患者的 CFS-14 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 两组患者 CFS-14 评分与治疗前比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 且试验组的 CFS-14 评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组治疗前后阳虚体质量表评分比较 治疗前

表 2 两组治疗前后 CFS-14 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 躯体疲劳评估 | | 脑力疲劳评估 | | 总分 | |
|-----|----|-----------|---------------------------|-----------|---------------------------|------------|---------------------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 试验组 | 40 | 6.13±0.81 | 3.38±0.92 ¹⁾²⁾ | 5.78±0.06 | 1.33±0.15 ¹⁾²⁾ | 11.33±0.66 | 4.08±0.07 ¹⁾²⁾ |
| 对照组 | 40 | 6.08±0.55 | 4.80±0.75 ¹⁾ | 5.38±0.45 | 2.78±0.61 ¹⁾ | 10.80±0.17 | 6.38±0.45 ¹⁾ |

注:与同组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较,²⁾ $P<0.05$

两组 CFS 患者的阳虚体质量表评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者阳虚体质量表评分与治疗前比较,差异具有统计学意义($P<0.05$),且试验组的阳虚体质量表评分明显低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

2.4 两组治疗前后血清免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM 水平比较 治疗前两组 CFS 患者的血清免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM 水平比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 3 两组治疗前后阳虚体质量表评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗后 |
|-----|----|------------|----------------------------|
| 试验组 | 40 | 60.88±7.73 | 22.33±4.15 ¹⁾²⁾ |
| 对照组 | 40 | 61.93±8.15 | 30.78±3.61 ¹⁾ |

注:与同组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较,²⁾ $P<0.05$

治疗后,两组患者 IgA、IgG、IgM 水平与治疗前比较,差异具有统计学意义($P<0.05$),且试验组的免疫指标明显高于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组治疗前后血清免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM 水平比较(g/L, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | IgA | | IgG | | IgM | |
|-----|----|-----------|---------------------------|------------|----------------------------|-----------|---------------------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 试验组 | 40 | 1.69±0.31 | 3.06±0.09 ¹⁾²⁾ | 11.55±0.94 | 15.92±0.06 ¹⁾²⁾ | 0.78±0.07 | 1.97±0.91 ¹⁾²⁾ |
| 对照组 | 40 | 1.73±0.12 | 2.18±0.36 ¹⁾ | 11.07±0.87 | 13.68±0.15 ¹⁾ | 0.84±0.12 | 1.32±0.88 ¹⁾ |

注:与同组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较,²⁾ $P<0.05$

2.5 两组临床疗效比较 试验组治愈 4 例,有效 26 例,显效 8 例,无效 2 例,总有效率为 95%。对照组治愈 1 例,有效 17 例,显效 8 例,无效 14 例,总有效率为 70%。

两组总有效率比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。表明试验组疗效优于对照组。见表 5。

表 5 两组临床疗效比较(例·%)

| 组别 | 例数 | 治愈 | 有效 | 显效 | 无效 | 总有效(%) |
|-----|----|----------|-----------|-----------|-----------|---------------------|
| 试验组 | 40 | 4(10.00) | 26(65.00) | 8(20.00) | 2(5.00) | 95.00 ¹⁾ |
| 对照组 | 40 | 1(2.50) | 17(42.50) | 10(25.00) | 12(30.00) | 70.00 |

注:与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$

3 讨论

慢性疲劳综合征是迁延复发的慢性全身性临床疾患,随着社会、工作、生活压力的增加,其发病率呈上升趋势。CFS 与中医中的“虚劳”“虚损”“郁烦”“百合”等病名相关,“四肢不用”“懈惰”“倦怠”等症状交叉涵盖在“虚劳”“不寐”“郁烦”等病症中^[13]。CFS 病性多属虚证或虚实夹杂。人体阴阳失衡,影响气血、脏腑功能失调,是导致 CFS 发病的根本^[14]。临床以阳虚、气虚、血虚、肝郁等证型多见,治疗多以补益疏导为主^[15]。

CFS 阳虚体质形成与后天失养密切相关,生活压力大、思虑过度、作息失调、饮食失节等日久耗伤阳气、损耗肾精,以肾气肾阳亏虚为甚。大量的实验研究已证明补肾填精中药复方可以影响细胞周期,减缓细胞衰老,抑制炎症因子^[16]。《金匱要略》中的金匱肾

气方具有温补下元、壮肾通阳、引火归元、纳气固本的功用。现代实验研究表明,金匱肾气方还具有抗衰老、促智、提高免疫功能的作用,进而改善肾阳虚状态,治疗慢性疲劳综合征^[17]。

《扁鹊心书》曰:“真气壮则人强,真气弱则人病”。游走罐和督脉灸均属于中医外治范畴,通过外治法达到调和气血阴阳、激发脏腑经气的目的。人体的五脏六腑在背部都有相对应的腧穴,多分布在足太阳膀胱经上。研究表明游走罐背部腧穴能够缓解背部肌肉的疲劳、酸痛,脊柱两侧分布有脊神经和交感神经,游走罐可以通过激活“神经-内分泌-免疫网络”系统,对机体内脏、各系统产生较长效的良性刺激,有利于失衡机体的自我修复。而且能够刺激神经和血管末梢,促进血液循环,增强血管壁的通透性,进而调节神经功能,增强人体新陈代谢,改善人体疲乏、免疫力下降

的状态^[18-20]。在背部游走罐,尤其是在肺俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞等部位重点施治,可以充分激发阳气、改善脏腑的功能活动,起到气机通达、宁心安神、阴阳调和、通调五脏的作用,使得气血运行正常,四肢百骸得到濡养则疲劳不复。

督脉为阳脉之海,起于胞宫,沿人体背部上行,止于上齿龈交穴。督脉总督一身之阳气,其穴位众多。人体有 6 条阳经与督脉交汇,“经脉所过,主治所及”,督脉主治神经系统、呼吸系统、消化系统、泌尿生殖系统、运动系统病症,以及热性病症和本经所过部位之病症。阳气虚弱病症可在督脉上找到合适的穴位进行治疗^[8,21]。历代医家均认为灸法是热效应与穴位作用相结合的疗法。一方面,通过穴位刺激作用可以疏通经络,另一方面,温热效应可鼓舞正气、扶正祛邪。督脉灸大面积作用于背部督脉、膀胱经,温通经络、温阳补虚、调节阴阳,人体虚弱病气亦被正气所祛,疲劳症状也可缓解。现代研究表明,阳虚体质与免疫系统存在一定的相关性,阳虚患者免疫功能下降,其相关的免疫因子含量异常。将姜泥、艾绒通过督脉灸综合作用于腧穴、经络,能促进局部炎性物质消散并调节人体免疫功能,试验组 IgA、IgG、IgM 水平均高于对照组,说明督脉灸联合游走罐可以改善患者的免疫功能,起到扶正温阳的目的^[22-23]。

本研究结果显示,通过督脉灸联合游走罐治疗阳虚质慢性疲劳综合征,临床总有效率为 95%,患者阳虚体质评分、疲劳症状积分等均有明显改善,效果优于对照组,说明督脉灸联合游走罐可以提高患者免疫水平,改善疲劳症状,具有重要的临床意义。

参考文献

- [1]冯雯,张彤,徐诗静.从中西医结合医角度谈慢性疲劳综合征[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(69):266-267.
- [2]洪秋阳,刘晓静,李焕芹,等.补中益气方针刺治疗气虚质慢性疲劳综合征疗效观察[J].上海针灸杂志,2020,39(11):1357-1361.
- [3]FUKUDA K, STRAUS SE, HICKIE I, et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study[J]. Ann Intern Med, 1994, 121:953-959.
- [4]刘燕芝.督脉灸结合针刺治疗阳虚质慢性疲劳综合征的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2018.

- [5]马菲,张建宾,马永利,等.中医药治疗慢性疲劳综合征的作用机制研究进展[J].中医外治杂志,2020,29(5):73-75.
- [6]中华中医药学会.中医体质分类与判定(ZYYXH/T157-2009)[J].世界中西医结合杂志,2009,4(4):303-304.
- [7]中华中医药学会.中医体质分类与判定标准[M].北京:中国中医药出版社,2009:4.
- [8]巫柳萍,余连香,赵琨,等.改进后督灸治疗阳虚质亚健康临床疗效观察[J].中医临床研究,2020,12(31):64-67.
- [9]段富津.方剂学[M].上海:上海科学技术出版社,2000:263.
- [10]滕金艳,周仲瑜,丁德光,等.督脉灸联合补肾祛瘀针法治疗强直性脊柱炎急性发作疗效观察[J].针灸临床杂志,2021,37(3):22-26.
- [11]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:141.
- [12]GRADISAR M, LACK L, RICHARDS H, et al. The Flinders Fatigue Scale: preliminary psychometric properties and clinical sensitivity of a new scale for measuring daytime fatigue associated with insomnia[J]. J Clin Sleep Med, 2007, 3(7):722-728.
- [13]徐善达,孔令军,朱清广,等.导引功法预防气虚质人群向慢性疲劳综合征转化的临床研究[J].中华中医药杂志,2020,35(12):6043-6045.
- [14]梁焯明,栗漩.中医治疗慢性疲劳综合征临床研究进展[J].河北中医,2020,42(7):1110-1115.
- [15]余希婧,华水生,聂小凤.混元灸对慢性疲劳综合征患者炎性因子及免疫功能的影响[J].当代医学,2020,26(24):3-5.
- [16]孙琳林,梁绍栋,任公平,等.四种经典补肾抗衰方对衰老大鼠免疫炎症损伤影响的比较研究[J].中华中医药学刊,2018,36(4):832-833.
- [17]付正丰,龚明,苗家伟,等.金匮肾气丸温补肾阳药理作用的实验研究[J].中成药,2015,37(5):111-114.
- [18]金成花,楼琼卿,张新喜,等.游走罐治疗咳嗽变异性哮喘 36 例[J].浙江中医杂志,2018,52(12):877-878.
- [19]徐信仪.游走罐加中药热敷包治疗腰背肌筋膜炎的研究[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(17):45-46.
- [20]朱绚丽,丁玉琴,许海英.游走罐结合中药沙袋热敷治疗更年期妇女气虚寒痹证临床疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(6):9-12.
- [21]黄晓琪,肖莹莹,梁志唯,等.督脉温灸治疗在气虚患者中的运用[J].内蒙古中医药,2020,39(12):124-125.
- [22]齐凤军,王宗佼,代瑜,等.推拿背腰部膀胱经穴对慢性疲劳综合征患者血清 IL-6、CHRM1 含量的影响及临床疗效观察[J].湖北中医药大学学报,2020,22(3):63-66.
- [23]刘杰,胡粤杭,应汝炯,等.柴胡桂枝汤治疗肝郁脾虚型慢性疲劳综合征的临床疗效及对患者免疫功能的影响[J].时珍国医国药,2019,30(6):1414-1416.

(收稿日期:2021-04-20)

(本文编辑:金冠羽)