

电针承山穴治疗急性腰扭伤 32 例

孙阳¹ 邵萍¹ 杜震^{1△}

[摘要] 目的:观察电针承山穴治疗急性腰扭伤的临床疗效。方法:对急性腰扭伤患者采用电针承山穴疗法,每日治疗 1 次,连续治疗 5 d。记录患者治疗前(T_0)、首次治疗后即刻(T_1)、末次治疗后(T_2)的 RMDQ 评分、ROM 评分和 VAS 评分,评估治疗前后患者腰部功能障碍、腰椎活动度及疼痛症状三方面的改善情况,并运用 SPSS21.0 软件对所有数据进行统计分析。结果:最终共有 32 例患者完成临床观察,患者治疗前后在腰部功能障碍、腰椎活动度、疼痛症状三方面差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:电针承山穴治疗急性腰扭伤的临床疗效显著,首次治愈率较高。

[关键词] 电针;承山穴;急性腰扭伤;临床疗效

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2019)05-0052-03

急性腰扭伤(Acute Lumber Sprain, ALS)是指腰部软组织或小关节,包括肌肉、筋膜、韧带等软组织以及椎间、腰骶、骶髂等关节的急性损伤,可伴有椎间小关节的错位或关节囊嵌顿。ALS 俗称“闪腰”^[1],归属于中医“腰腿痛”范畴。主要表现为腰椎活动受限、局部持续性剧痛。

在临床治疗方面,各医家治疗 ALS 方法很多。西医主要采用抗炎镇痛、松弛肌肉、营养神经、痛点阻滞等方法^[2]。中医有推拿按摩、刺法灸法、中药内服外用等方法。这些疗法虽然行之有效。但其临床疗效、起效时间、安全性、可行性、患者接受度等方面参差不齐。临床应用针灸疗法治疗 ALS 有确切的疗效,临床报道其总有效率多在 90% 以上^[3]。历代医家经过不断的实践,积累了丰富的临床经验,总结出了许多行之有效治疗 ALS 的单穴。承山穴即是临床治疗 ALS 常用的远道穴位之一,经笔者长时间临床观察,应用电针承山穴能够迅速有效的缓解急性腰扭伤患者的临床症状,现将观察结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本次研究入选的 ALS 患者全部由上海中医药大学附属市中医院中医康复科门诊收治。共收入符合 ALS 诊断标准的患者 38 例。本试验共纳入患者 32 例,男 15 例,女 17 例;年龄 26~65 岁,平均(50.81±2.20)岁;病程 1~3 d,平均(2.03±1.38)d。所有患者

均每日治疗 1 次,连续治疗 5 d。分别于治疗前(T_0)、首次治疗后即刻(T_1)、末次治疗后(T_2)记录各项临床观察指标,比较其差异。

1.2 诊断标准

依据《中医病证诊断疗效标准》^[4](国家中医药管理局发布)中关于“急性腰扭伤”的诊断依据:1)有腰部扭伤史、青壮年多见;2)腰部常有剧烈疼痛的感觉,腰椎活动受限,翻身、坐立、行走困难,常需要保持一定的强迫姿势以减少疼痛;3)腰部和臀部肌肉痉挛,有时可触及到条索状痉挛的肌肉,局部有明显压痛点,脊柱生理弧度发生改变;4)直腿抬高试验常呈阳性,加强试验阴性;5)已排除腰椎间盘突出或腰椎椎管狭窄以及脊柱结核、泌尿生殖系等病变;6)中医辨证为气滞血瘀型:闪挫或强力负重后,腰部剧烈疼痛,肌肉痉挛,腰部各向活动困难,舌质暗红或有瘀点,苔薄,脉弦紧。

1.3 纳入标准

1)符合上述急性腰扭伤诊断标准;2)病程不超过 3 d;3)年龄 20~65 岁,性别不限;4)进入本研究后自愿放弃其他治疗方法;5)无重大心肺、肝肾等疾患;6)自愿参加本次临床研究课题,签署知情同意书。

1.4 排除标准

1)不符合诊断标准和纳入标准;2)对疼痛不可耐受及体质过敏者;3)影像学检查发现有腰椎间盘突出、腰椎结核或肿瘤者,或腰扭伤后出现椎体序列不稳、腰椎滑脱、骨折、髋关节病变及周围血管病变等;4)已接受了如服用药物、针灸等其他可能影响研究疗效指标的治疗方法者;5)伴有身体重要部位如心、肺、肝、肾等脏器疾病,伴有免疫系统疾病、精神疾病患者,有出血倾向者;6)治疗部位的皮肤有破溃或红肿热痛有感染者;7)孕妇;8)不愿签署知情同意书。

基金项目:上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划

(2018 年-2020 年)[ZY(2018-2020)-FWTX-8004]

¹ 上海中医药大学附属市中医院(上海,200071)

[△]通信作者 E-mail:1202@szy.sh.cn

2 方法

2.1 治疗方法

电针承山穴。取穴：双侧承山穴。定位：小腿后面正中，当伸直小腿或足跟上提时，腓肠肌肌腹下出现的尖角凹陷处即是。操作步骤：1)嘱患者俯卧位，放松小腿部肌肉，暴露双侧小腿后面皮肤，用 75%浓度的医用酒精常规消毒承山穴局部。2)取一次性使用无菌针灸针(无锡佳健医疗器械有限公司生产，Φ0.4 mm，长度 60 mm)，采用夹持法进针，直刺双侧承山穴，施以小幅度提插泻法，每个穴位持续刺激 1 min 左右，直至局部有酸胀感并扩散至整个小腿。3)得气后于承山穴旁非穴区皮肤上置一无关电极形成闭合电流回路，接通 BT701-1B 型电针仪，选取频率为 20 Hz 的连续波，电流强度大小以患者感觉合适为度。4)留针持续刺激 45 min，鼓励患者自由活动腰部，以能承受的最大范围为度。1 次/d，连续治疗 5 d。

对患者在治疗前(T_0)、首次治疗后即刻(T_1)、末次治疗后(T_2)分别记录 RMDQ、ROM 及 VAS 评分，并在 T_1 和 T_2 进行疗效评定。

2.2 观察指标及疗效评定

1)腰痛功能障碍调查表(RMDQ)：主要用于评价腰痛患者包括行走、站立、弯腰、卧床、穿衣、睡眠、生活自理、日常活动等 8 个方面的功能状况，每个问题的回答为“是”(1 分)或“否”(0 分)，各问题得分总和为实际得分。总分最低 0 分，最高 24 分，分值越高表示腰部功能障碍程度越严重。

2)腰椎活动度(ROM)：以中华人民共和国国家标准《事故伤害损失工作日标准》(GB/T15499—1995)中规定的腰部各向活动度为标准。即前屈 90°，后伸 30°，左右方向侧屈各 30°，左右方向旋转各 30°，活动度

总计 240°。用量角器测量患者腰部向 6 个方向活动的最大度数，得到其总和为实际活动度数。

3)视觉模拟评价系统(VAS)：由一条 10 cm 长的直线构成，直线两端分别标有“无痛”和“最痛”。患者需在 10 cm 长的线上标出他当下所感觉到的疼痛强度。从刻度直线的最低值到标记点的距离(cm)作为疼痛严重性的数量指标。

记录患者治疗前、首次治疗后、末次治疗后的各项评分(RMDQ、VAS、ROM)结果。若患者因症状明显改善而主动终止治疗的，可记录终止时的治疗结果作为统计数据。

疗效评定标准：依据患者治疗前后的 VAS 相对值进行评定：VAS 相对值=[(治疗前 VAS 评分-治疗后 VAS 评分)/治疗前 VAS 评分]×100%。治愈，VAS 相对值≥75%；好转，50%≤VAS 相对值<75%；有效，25%≤VAS 相对值<50%；无效，VAS 相对值<25%。

结合患者症状、体征进行综合性评估，一次治愈率评价于首次治疗后完成，综合治愈率评价于末次治疗后完成。

2.3 统计学方法

整理所有入组患者的病例资料，将每位患者治疗前、首次治疗后、末次治疗后的各项数据录入 Excel 表格，选用 SPSS 21.0 统计学软件对所得数据进行统计分析。统计描述：计量资料的描述采用 $\bar{x} \pm s$ 表示；计数资料的描述采用百分比构成表示。统计推断：计量资料采用配对 t 检验，重复测量资料采用方差分析。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

3 结果

3.1 临床试验结果及分析

患者 T_0 、 T_1 及 T_2 各项指标的变化情况见表 1。

表 1 患者治疗前后各项评分比较($\bar{x} \pm s$)

评分	T_0	T_1	T_2	t_1	t_2	P_1	P_2
RMDQ	21.06±0.40	6.56±0.50	1.25±0.27	21.87	39.88	<0.01	<0.01
ROM	55.78±1.42	143.59±2.95	189.84±3.10	28.53	41.78	<0.01	<0.01
VAS	7.47±0.09	2.84±0.20	0.38±0.11	23.18	44.94	<0.01	<0.01

注：患者各项评分经 t 检验，首次及末次治疗后三项评分与治疗前比较， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义，提示首次治疗及末次治疗后三项评分均有所改善，治疗有效。

3.2 疗效比较

1)依据疗效判定标准，患者 T_1 和 T_2 的治愈率情况见表 2。

表 2 患者治愈率情况(例)

时间	治愈	好转	有效	无效	治愈率/%	R
T_1	11	17	4	0	34.38	0.29
T_2	30	2	0	0	93.75	0.40

注：经秩和检验，本组患者首次及末次治愈率比较， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义，即治疗均有效。

3.3 安全性分析

所有参与临床试验的患者均完整完成既定治疗。

有 1 例患者治疗过程中出现轻度晕针，经平卧休息及饮温开水后症状缓解，后未出现其他不适。其余患者均未出现明显不适及不良反应，无患者因此次治疗而使既往疾病加重。

4 讨论

ALS 患者多为青壮年男性，以腰痛和腰椎活动受限为主要特征，进一步导致腰椎功能障碍，其疼痛剧烈严重影响了生活和工作，使得患者心情烦躁、活动受限，对患者的精神、生活质量产生极大影响^[5]。大多数患者由于疼痛和功能障碍导致情绪焦虑、日常生活能

力下降,其躯体功能、社会功能、心理健康都受到影响。如不积极治疗常引起慢性腰痛,难以治愈,具有严重的后果。

“骨错缝,筋出槽”理论^[6]指出,二者之间关系密切,损伤后“筋出槽”导致束骨作用减弱,骨缝处于交锁错位状态不易回复,而骨缝的错位致使肌肉韧带等软组织承受不同于常的应力而导致进一步损伤。ALS患者由于损伤后腰椎小关节嵌顿或腰部肌肉韧带等软组织痉挛,促使腰椎关节活动范围减小、产生疼痛。僵硬的腰椎关节活动时易压迫周围神经血管,从另一个方面加重了疼痛,产生恶性循环^[7]。故而 ALS 患者损伤后相当一段时间内由于疼痛而惧怕腰部活动,长时间保持强迫制动体位,错过了最佳治疗时机。

电针承山穴治疗 ALS 恰恰弥补了这一不足,随着针刺治疗的进展,患者会明显感觉到腰部疼痛减轻,在医生的鼓励下开始尝试在针刺治疗的同时进行小幅度腰部自主活动,避免了因疼痛而惧动,导致肌肉等软组织进一步痉挛板滞从而加重损伤、形成恶性循环的过程。嵌顿的小关节在轻微活动的过程中慢慢回复正常的解剖位置,周围肌肉韧带等软组织也得以放松,炎性物质的产生进而减少,疼痛得以缓解^[8],此时患者在身体和精神放松的前提下加大腰部活动的范围和幅度,使症状进一步减轻,尤其对于小关节嵌顿型患者,在腰部自主运动的同时更容易纠正腰椎小关节及其附属肌肉韧带等软组织的结构紊乱从而改善腰部功能和疼痛症状,纠正“骨错缝、筋出槽”的结构和功能异常,达到治愈的效果。良性循环促使治疗在短时间内快速起效,首次治疗 45 min 即能够取得明显疗效,促使机体达到动静平衡,从而治愈疾病。故其临床疗效,尤其是首次治愈率较高。

尽管肌松药、抗炎镇痛类等药物对 ALS 患者的疼痛、活动受限方面也能够有所改善,但起效较慢、疗效有限,且容易出现胃肠道、神经系统、全身症状等方面的不良反应。在这些方面,电针疗法表现出特有的优

势^[9]。而其中电针承山穴相对于腰部阿是穴取穴部位少,且治疗部位仅限双侧小腿,省去了患者穿脱衣服的麻烦。治疗时避免直接刺激患者疼痛部位,不仅能节约医疗资源,更能让患者在电针治疗的过程中实现腰部的自主活动,同时减少了部分患者因额外的刺激和恐惧心理导致的肌肉痉挛加重,能够转移患者对痛处的注意力,减轻患者对针灸的恐惧及紧张心理,提高了治疗的依从性。在新的“生物-医学-社会”模式中,电针疗法以其快速、准确、高效、无副作用、患者易于接受等优势,帮助患者解决疾病所带来的各种困扰^[10],为临床医生提供了一种优选的方法。

参考文献

- [1] 顾钧青,郭艳明,梁永瑛. 浮针留置时间不同对急性腰扭伤患者的临床疗效观察[J]. 中国针灸,2015,35(9):894-895.
- [2] 王昱,蔡玮,何伟,等. 浮针治疗急性腰扭伤即刻镇痛作用时效规律研究[J]. 针灸临床杂志,2018,34(10):35-39.
- [3] 栗冬,陈以国. 急性腰扭伤的针灸治疗概况[J]. 光明中医,2012,27(7):1491-1493.
- [4] 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,1994:201.
- [5] 徐逸生,彭鹏鹏,王道光,等. 子午流注纳子法及时开穴针刺治疗急性腰扭伤 40 例[J]. 中国中医骨伤科杂志,2018,26(11):55-56.
- [6] 张明才,詹红生,石印玉,等. “骨错缝,筋出槽”理论梳理[J]. 上海中医药杂志,2009,43(11):59-62.
- [7] 周熙,敖虹,毛翔,等. 七星针扣刺配合拔罐治疗急性腰扭伤疗效观察[J]. 中国中医急症,2017,26(1):103-106.
- [8] 张君. 三棱针委中刺血配合腰部功能锻炼治疗急性腰扭伤临床观察[J]. 实用中医药杂志,2018,34(2):253-254.
- [9] 宋瑞军,戴志凌,刘洁新,等. 针刺养老、手三里穴治疗急性腰扭伤 132 例[J]. 世界最新医学信息文摘,2018,18(58):218-219.
- [10] 鲁玉来,孙永华. 最新腰腿痛诊断治疗学[M]. 北京:人民军医出版社,2007:190.

(收稿日期:2018-12-07)