

浮针治疗腰臀肌筋膜炎 50 例

滕金艳^{1,2} 丁德光^{1,2△} 黄国付³ 潘红玲^{1,2} 刘思敏^{1,2} 邵义燕⁴ 马飞⁴

[摘要] 目的:观察浮针治疗腰臀肌筋膜炎的有效性及安全性。方法:选择湖北省中医院针灸科门诊 2017 年 12 月至 2018 年 12 月确诊为腰臀肌筋膜炎患者 50 例,采用浮针扫散结合再灌注活动进行治疗,2 d 1 次,6 次 1 个疗程,观察患者治疗前、治疗中、治疗后的腰部疼痛评分(VAS)、腰椎功能评分(JOA)、及治疗前及治疗后红外热像图温度变化情况,并依据《中医病证诊断疗效标准》评估临床疗效。结果:治疗中与治疗后的 VAS 及 JOA 评分均较治疗前降低,治疗后红外热像图温度较治疗前升高,50 例腰臀肌筋膜炎患者中临床痊愈 10 例,显效 31 例,有效 5 例,无效 4 例,总有效率为 92%。结论:浮针扫散结合再灌注活动治疗对腰臀肌筋膜炎有确切的疗效,可减轻疼痛程度并改善腰椎功能,操作简单,安全性好,起效快,具有临床推广应用价值。

[关键词] 浮针;再灌注;腰臀肌筋膜炎

[中图分类号] R686.3 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2019)09-0062-03

腰臀肌筋膜炎^[1]是临床常见疾病之一,表现为腰部疼痛、酸痛不适,或向下肢放射疼痛,其症状与腰椎间盘突出症相似,或两者同时存在。针灸治疗腰臀肌筋膜炎临床有效,浮针疗法作为现代针灸新疗法,具有起效快、进针点少、疼痛感轻等优势,在改善患者腰臀疼痛症状和腰部功能障碍方面具有突出效果。本研究用浮针扫散结合再灌注活动治疗腰臀肌筋膜炎 50 例,疗效确切,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本临床观察所有病例均为 2017 年 12 月至 2018 年 12 月湖北省中医院针灸科门诊部诊断为腰臀肌筋膜炎患者,共 50 例,其中男 28 例,女 22 例;年龄 19~65 岁,平均(49.54±9.92)岁;病程最短 2 d,最长 360 d,平均(87.46±81.73)d;其中左侧 19 例,右侧 31 例。

1.2 诊断标准

参考《临床诊疗指南·疼痛学分册》^[2]与《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定标准:1)腰部功能受限,臀部存在明确的疼痛,久站久行后加重,平卧休息可缓解。2)专科查体有明确的阳性体征,臀肌触诊可触及软组织内条索或结节。3)腰椎 CT 冠状位扫描提示轻度腰椎间盘突出或膨出。4)红外热像图存在腰臀部区域异常代谢影像。

1.3 纳入标准

基金项目:2017 年国家自然科学基金面上项目(81774392)

¹ 湖北省中医院针灸科(武汉,430074)

² 湖北省中医药研究院

³ 武汉市武昌医院

⁴ 湖北中医药大学针灸骨伤学院

△通信作者 E-mail:2280124400@qq.com

1)符合以上诊断标准,确诊为腰臀肌筋膜炎。2)年龄 18~65 岁,思维正常,对答准确。3)依从性好,签署知情同意书。

1.4 排除标准

1)巨大中央型腰椎间盘突出症及有腰椎手术史。2)腰椎滑脱。3)腰椎压缩性骨折及重度骨质疏松。4)合并骨性疾病,如强直性脊柱炎、椎管内肿瘤、骨结核等。5)合并腰椎管狭窄、侧隐窝狭窄。6)合并严重心脑血管疾病。7)怀孕及哺乳期。8)已接受其他治疗方法,如神经阻滞、椎管内注射、射频消融手术等。

2 方法

2.1 治疗方法

采用浮针扫散结合再灌注活动治疗,确定进针点,在患侧腰部寻找肌筋膜触发点 1 个,患侧臀部寻找肌筋膜触发点 1 个,患侧下肢寻找肌筋膜触发点 1 个。操作:依据先远端后近端的原则,距选定点 6 cm 处,采用一次性使用中号浮针(南京派福医学科技有限公司,苏食药监械生产许可 2004-0104 号),常规消毒后,持进针器将浮针刺入皮下,然后轻推浮针针柄,使浮针在皮下疏松结缔组织中向前推进,即可见皮肤呈线状隆起,当针体完全进入皮下,退回针尖,使针体做扇形扫散运动,频率 50 次/min。扫散同时嘱患者做患肌再灌注活动,即通过外力或者患者利用自己的力量,持续重复地舒张和收缩局部肌肉或者相关联的关节,间断地挤压血管,促使局部循环产生泵样作用,增强血流的动力,帮助身体缺血的组织恢复到正常状态。再灌注活动主要涉及的患肌有腰方肌、竖脊肌、臀中肌、臀大肌、腹外斜肌、髂腰肌、股内外侧肌、腓肠肌等,每块患肌再灌注 10 s,休息 2 min 后行第 2 遍再灌注,3 个治疗点治疗结束后,抽出针芯,将浮针软管留皮下 6 h,皮肤

外软管部分医用敷贴固定,2 d 1 次,治疗 6 次为 1 个疗程。

2.2 疗效观察

2.2.1 观察指标 分别记录患者治疗前、治疗中、治疗后的 VAS 评分及 JOA 评分,患者治疗前及治疗 2 个疗程后的红外热像图温度变化情况。

- 1)视觉模拟量表(VAS)^[4]评分。
- 2)日本骨科协会量表(JOA)评分^[5]。主要用于评价人体功能性障碍,该量表的内容包括 4 个部分,分别是自觉症状、临床检查、日常生活活动和膀胱功能,量表的最高得分可达到 29 分,最低分为 0 分,分数越高表示功能障碍越少、腰腿功能越好。治疗前及每个疗程后根据患者实际情况进行评分。

3)红外热像图检查^[6]。两组治疗前后分别采用红外热像检查疼痛部位,即在无空气对流的屏蔽室内,室温控制在 22~24 ℃,患者暴露检查部位,静坐约 15 min 后检查。检查时患者距热像仪 1.5~2.0 m,扫描摄像检测后,分析其热像图分布变化及温度变化。

4)安全性指标。观察治疗过程中是否有血肿、晕针、感染、组织损伤、留置软管有无折断等情况。

2.2.2 疗效评价标准 参照中医病证诊断疗效标准^[3]:1)痊愈为腰部痛症状彻底消失,腿痛症状消失,专科检查无阳性体征,患者的日常工作和生活正常;2)显效为腰部痛症状基本消失,体格检查无明显的压痛点,无阳性体征,患者可基本恢复正常的工作和生活;3)有效为腰部疼痛症状有效缓解,专科检查可疑阳性,尚不能从事原有的工作和生活;4)无效为腰腿疼痛未见改善,甚至加重。

2.3 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计软件处理数据,计量资料比较:计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,差值符合正态分布,选用配对 t 检验;差值不符合正态分布,选用非参数检验;计数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

3 结果

3.1 治疗前中后 VAS 评分与 JOA 评分比较

治疗前中后 VAS 评分与 JOA 评分比较见表 1。
表 1 治疗前中后 VAS 评分与 JOA 评分比较($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗前	治疗中	治疗后
VAS	5.07±1.08	3.17±1.09*	1.57±1.01*
JOA	15.03±2.27	18.83±2.42*	22.47±2.86*

注:*与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

3.2 治疗前后腰臀部红外热像图温度比较

治疗前后腰臀部红外热像图温度比较见表 2。
表 2 治疗前后腰臀部红外热像图温度比较($\bar{x} \pm s, ^\circ\text{C}$)

观察指标	治疗前	治疗后
红外热像图	31.17±2.31	34.50±1.87*

注:*与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

3.3 临床疗效

治疗 1 个疗程后,临床疗效见表 3。

表 3 治疗后总体临床疗效(例)

例数	临床痊愈	显效	有效	无效	有效率/%
50	10	31	5	4	92

3.4 安全性评价

治疗过程中未出现血肿、晕针、感染等不良事件。

4 讨论

腰臀肌筋膜炎属中医“肌筋痹”范畴,病机为气虚邪侵,血瘀脉阻,以致腰臀部拘急沉冷,反转不利。腰臀肌筋膜炎是因寒冷、潮湿、慢性劳损而使臀部肌筋膜及肌组织发生水肿、渗出及纤维性变而出现的一系列症状^[7],该病常表现为一侧臀部酸痛,可向下肢外侧及后侧放射,腰臀部肌肉可扪及硬结及条索状物,触压痛点有时可引发牵涉痛,臀部肌肉、筋膜受损后发生纤维化改变,使软组织处于高张力状态,进而出现的撕裂性损伤,使纤维样组织增多、收缩、挤压局部的毛细血管和末梢神经而出现症状,这一点可以用慢性神经刺激征理论解释,常被误诊为腰椎间盘突出症^[8]。而腰椎间盘突出在腰腿痛患者中影像检查阳性率较高,臀肌筋膜炎患者多伴有腰椎间盘突出的情况,所以本临床观察将影像学中轻度腰椎间盘突出或膨出不做排除。红外热像图检查可以被动接收人体辐射的远红外线,具有无辐射、无创伤、无接触等优点,在肌筋膜炎的诊断中常用。腰臀肌筋膜炎的治疗方法以保守治疗为主,包括电针^[9]、银质针^[10]、内热针、神经组织、小针刀、物理治疗等。

浮针对软组织各种疼痛疗效明确^[11],对骨性疾病亦有效^[12]。浮针是由符仲华教授发明的现代针灸,经过 20 余年的积累和改进,已拥有独立的理论体系和技术规范^[13],浮针理论认为绝大部分软组织的慢性疼痛都是由于患肌的存在,患肌是因为局部缺血缺氧导致的能量危机^[14],浮针治疗中所指的并不是肌筋膜压痛点,而是激发出疼痛的点,找准患肌才能事半功倍。浮针疗法也从最开始的单纯浮针扫散治疗,到如今与再灌注活动完美融合,使浮针疗法的有效性大大提升,适应证也逐渐扩大^[15],再灌注活动是浮针治疗操作中不可或缺的好帮手,再灌注可以是医生与患者拮抗配合,也可患者自己实施,这些力量可促使患者有节律大幅度地活动或者短时间内大负荷活动相关肌肉,其原理是用力使患肌向心收缩或离心收缩,使得患肌局部或周边的动脉压力增加,然后迅速舒张患肌,使得患肌的血流速度较平常大幅增加,流经范围也扩大,从而促进缺血状态的患肌修复。

浮针治疗对患肌的修复作用更快更直接,在局限性疼痛周围的皮下疏松结缔组织处,通过浮针扫散、再灌注活动,达到疏经通络、行气活血的治疗效果^[16]。改善腰臀肌筋膜炎患者的疼痛程度和腰部功能,其疗效更快,效果明确,具有临床可复制性。

综上所述,浮针对腰臀肌筋膜炎疗效确切稳定,起效快,以较少的治疗次数取得满意的效果,因其治疗过

程中疼痛少,更容易被患者接受,浮针操作相对简单,本研究中无血肿、晕针、感染等不良事件发生,安全性高,且浮针学习难度系数相对较低,同样适合门诊及基层医院推广应用。

参考文献

- [1] 孙树椿,孙之镐. 临床骨科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:861-864.
- [2] 中华医学会. 临床诊疗指南·疼痛学分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:145.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:201.
- [4] JENSEN M P, KAROLY P, BRAVER S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods[J]. Pain, 1986, 27(1): 117-126.
- [5] 余维豪,霍速. 介绍一种腰椎功能评定方法[J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13(5): 214-215.
- [6] 赵景学,彭丽,唐晨. 细银质针治疗腰肌膜炎的疗效及红外热成像的应用[J]. 中国疗养医学, 2018, 27(11): 1160-1161.
- [7] 向丽婷,李飞,刘芳,等. 浮针配合董氏奇穴治疗腰背肌膜炎 35 例[J]. 河南中医, 2018, 4(4): 617-618.
- [8] 赵景学,彭丽岚,唐晨. 细银质针治疗腰肌筋膜炎的临床效果及对患者自主神经功能的影响[J]. 实用医药杂志,

2018, 8(8): 709-711.

- [9] 林桦楠,陈海鹏,丘宏龙. 针灸联合正清风痛宁离子导入治疗慢性腰背肌筋膜炎 36 例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2015, 23(1): 41-43.
- [10] 管晨彤,孟超,邓雪,等. 粗银针配合银质针温显固定器治疗腰背肌筋膜炎的临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27(4): 28-31.
- [11] 陈兴贤,石宇雄. 浮针疗法治疗前斜角肌综合征 20 例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27(5): 76-78.
- [12] 严定丰,李卫林,郭太品. 激痛点浮针治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折 50 例[J]. 中国针灸, 2018, 5(5): 539-540.
- [13] 杨江霞,符仲华. 浅析浮针的理论与临床研究[J]. 西部中医药, 2015, 28(6): 156-158.
- [14] GE H Y, FERNANDEZ-DE-LAS-PENAS C, YUE S W. Myofascial trigger points: spontaneous electrical activity and its consequences for pain induction and propagation[J]. Chin Med, 2011, 25(6): 13-18.
- [15] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京:人民卫生出版社, 2016: 158-160.
- [16] 符仲华. 浮针疗法速治软组织伤痛[M]. 北京:人民军医出版社, 2003.

(收稿日期:2019-05-05)

(上接第 61 页)

而且可以折直,与前文中文献报道的使用穿刺针引导的方法比较,使用带针 Ethibond 线经皮缝合能使经皮操作缝合远端的过程更加简捷。5) Ethibond 线自身张力大、可永久支撑、造成的损伤小,能够保证吻合端有足够的张力。6) 在关闭切口时采用可吸收线皮内连续缝合法,能减少切口皮肤张力,避免皮缘坏死及继发切口感染的发生。7) 同使用跟腱龙等跟腱吻合辅助器械相比,此方法更为经济,操作更为简便,便于基层采用。

综上所述,经过对以上病例的回顾性分析和总结,笔者发现采用带针 Ethibond 线小切口经皮微创治疗跟腱断裂创伤小、切口愈合好、瘢痕处美观、功能满意、疗效确切、并发症发生率低,有临床推广应用价值。

参考文献

- [1] 王晓宁,朱颖波,黄鑫,等. 新型微创缝合技术治疗急性闭合性跟腱断裂[J]. 中华创伤骨科杂志, 2016, 18(3): 187-191.
- [2] 赵飞,巩凡,李晓亮,等. 急性闭合性跟腱断裂 28 例患者的 5 年随访研究[J]. 中华显微外科杂志, 2017, 40(4): 324.
- [3] SHETH U, WASSERSTEIN D, JENKINSON R, et al. The epidemiology and trends in management of acute Achilles tendon ruptures in Ontario, Canada[J]. Bone & Joint Journal, 2017, 99-B(1): 78-86.
- [4] 余炯杰,颜丹,李甲,等. 急性闭合性跟腱断裂手术治疗进展[J]. 实用骨科杂志, 2017, 23(9): 820-823.
- [5] FOX J M, BLAZINA M E, JOBE F W, et al. Degeneration and rupture of the Achilles tendon[J]. Clinical Orthopaedics and Related Research, 1975, 107: 221-224.
- [6] CETTI R, CHRISTENSEN S E, EJSTED R, et al. Operative versus nonoperative treatment of achilles tendon rupture: a prospective randomized study and review of the literature[J]. American Journal of Sports Medicine, 1993,

21(6): 791-799.

- [7] 李永耀,金阳,关继超. 后内侧入路结合皮内缝合治疗跟腱断裂[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2014, 20(1): 78-79.
- [8] AKTAS S, KOCAOGLU B. Open versus minimal invasive repair with Achillon device[J]. Foot Ankle Int, 2009, 30(5): 391-397.
- [9] CHIODO C P, GLAZEBROOK M, BLUMAN E M, et al. Diagnosis and treatment of acute Achilles tendon rupture[J]. J Am Acad Orthop Surg, 2010, 18(8): 503-510.
- [10] 王永贵,刘江涛,徐俊昌,等. 急性跟腱断裂的微创外科治疗研究进展[J]. 中国骨伤, 2016, 29(11): 1068-1070.
- [11] MA G W, GRIFFITH T G. Percutaneous repair of acute closed ruptured Achilles tendon: a new technique[J]. Clin Orthop Relat Res, 1977, 128: 247-255.
- [12] ASSAL M, JUNG M, STERN R, et al. Limited open repair of Achilles tendon ruptures: a technique with a new instrument and findings of a prospective multicenter study[J]. J Bone Joint Surg Am, 2002, 84-A(2): 161-170.
- [13] AIBINDER WR, PATEL A, ARNOUK J, et al. The rate of sural nerve violation using the Achillon device: a cadaveric study[J]. Foot Ankle Int, 2013, 34(6): 870-875.
- [14] 齐红哲,朱正国,唐佩福,等. 急性闭合性跟腱断裂治疗研究进展[J]. 人民军医, 2017, 60(4): 405-408.
- [15] HENRIQUEZ H, MUÑOZ R, CARCURO G. Is percutaneous repair better than open repair in acute achilles tendon rupture? [J]. Clin Orthop Relat Res, 2012, 470(4): 998-1003.
- [16] 刘爱峰,万春友,金鸿宾. 空心钉加 Ethibond 线荷包缝合治疗粉碎性髌骨骨折[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2010, 16(3): 370-372.

(收稿日期:2019-05-06)