doi：10.3969/j.issn.1672-397X.2019.01.023

超微针刀结合特定电磁波谱治疗头夹肌损伤30例临床观察

邱雪丽[1]　陈柏书[2]　文舒宁[1]

（1.广州中医药大学，广东广州510400；2.深圳市宝安区中医院，广东深圳518100）

摘　要　目的：观察超微针刀结合特定电磁波谱（TDP）治疗头夹肌损伤的临床疗效。方法：将60例头夹肌损伤的患者随机分为治疗组和对照组，每组30例。2组在TDP治疗基础上，治疗组结合超微针刀，对照组结合针刺。1周为1个疗程，2组均治疗3个疗程。观察2组患者治疗前后麦吉尔疼痛量表（MPQ）评分变化情况，并评估近远期临床疗效。结果：2组患者治疗后MPQ评分均较治疗前明显降低（$P<0.01$），且治疗组治疗1个疗程、3个疗程后及随访3个月时评分均明显低于同时期对照组（$P<0.01$）。治疗组治疗3个疗程后总有效率93.33%，优于对照组的73.33%（$P<0.05$）；治疗组随访3个月时总有效率93.3%，优于对照组的70.00%（$P<0.05$）。结论：超微针刀结合TDP能有效治疗头夹肌损伤，减轻患者头颈部疼痛，缓解局部活动受限，且操作简便，值得临床推广。

关键词　超微针刀；TDP；头夹肌损伤；麦吉尔疼痛量表评分

中图分类号　R685.405　　**文献标志码**　A　　**文章编号**　1672-397X（2019）01-0062-03

头夹肌起于颈3至胸3椎体棘突，向上止于乳突及枕骨上项线外侧1/3，即胸锁乳突肌的附着点深处，由颈神经C2-C5后支的外侧支所支配。头夹肌一侧收缩时，将头颈转向同侧或向同侧侧屈，双侧收缩时使头颈后伸。头夹肌因急慢性损伤后，会出现头颈部疼痛不适，甚则活动受限。随着手机、电脑等电子产品的普及，人们埋头屈颈明显增多，使头夹肌常处于紧张状态，如不尽早干预治疗，则可能会发展为神经根型、脊髓型等颈椎病。目前西医暂无特效药物治疗软组织损伤引起的颈椎病，多予非甾体类抗炎镇痛药对症治疗，但容易出现上腹隐痛、恶心等消化道不适反应[1]。特定电磁波谱（TDP）可加速血液循环，消散组织肿胀和血肿，达到消炎、消肿、镇痛的效果，被广泛应用于头夹肌损伤的治疗。近年来我们在此基础上结合针刀疗法治疗头夹肌损伤取得较好疗效，现将相关研究结果报道如下。

1　临床资料

1.1　一般资料　选取2017年1月至2018年4月广州中医药大学第一附属医院针灸科门诊诊断为头夹肌损伤的患者60例，采用随机数字表法分为治疗组与对照组。治疗组30例：男11例，女性19例；年龄19~60岁，平均年龄（41.93±10.83）岁；病程1~12个

[5] FISHER R S, van EMDE BOAS W, BLUME W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the international league against epilepsy（ILAE）and the international bureau for epilepsy（IBE）[J].Epilepsia, 2005, 46（4）: 470.

[6] 赵锦华，康永刚，鱼丽萍.强化降脂联合强化降压预防脑卒中不良事件的疗效评价[J].湖南师范大学学报（医学版），2015, 12（1）: 108.

[7] 马爱霞，李洪超，马骏捷，等.醒脑静注射液和依达拉奉治疗急性缺血性脑卒中的成本效果分析[J].中国药物评价，2013, 30（3）: 173.

[8] GOSWAMI R P, KARMAKAR P S, GHOSH A.Early seizures in first-ever acute stroke patients in India: incidence, predictive factors and impact on early outcome[J]. Eur J Neurol, 2012, 19（10）: 1361.

[9] 王丽，唐冬云，阮玉泉.醒脑静辅助卡马西平治疗脑卒中后继发性癫痫的临床疗效及安全性评价[J].医学综述，2015, 21（17）: 3243.

第一作者：张力（1977—），男，本科学历，主治医师，研究方向为中西医结合治疗脑血管病及认知障碍。zl960126@126.com

收稿日期：2018-07-29

编辑：张元清

月，平均病程（5.03±2.79）个月；其中单侧发病25例，双侧发病5例。对照组30例：男13例，女17例；年龄18~61岁，平均年龄（41.77±11.01）岁；病程1~13个月，平均病程（4.83±3.44）个月；其中单侧发病26例，双侧发病4例。2组患者性别、年龄、病程等一般资料比较均无统计学差异（P>0.05），具有可比性。

1.2 诊断标准 根据《针刀医学》[2]拟定。（1）有挥鞭伤等急性损伤史，或有长期肩部负重、经常伏案工作、转头及仰头工作的慢性劳损史。（2）疼痛及活动受限：在第7颈椎棘突，或在一侧或双侧的枕骨上项线外侧1/3，或颈椎旁，感到疼痛不适；因疼痛导致头部旋转、侧屈或后伸受限。（3）查体：头夹肌起止点及肌腹位置压痛阳性，偶尔在第7颈椎处可见圆形隆起的包块，即“扁担疙瘩”。（4）特殊检查：抗阻力试验阳性，医者将手放置患者头部后枕部，用力向下压头使屈曲颈部，同时患者主动后仰头，使颈部后伸，可导致疼痛不适加重。

1.3 纳入标准 符合以上头夹肌损伤的诊断标准；年龄18~65岁之间，能理解知情同意书及量表内容者；自愿参加本研究并签署知情同意书者；近1月内未接受相关药物或其他治疗者。

1.4 排除标准 颈椎骨折、结核、肿瘤或有手术史者；妊娠期妇女；有明显针刺恐惧症或容易晕针者；精神病患者；已接受其他有关治疗，可能影响本研究的效应指标观测者。

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 超微针刀治疗 定位：取俯卧位，医者用定点笔定位，以右侧头夹肌损伤为例，第7颈椎棘突右侧附近的压痛处定第1个点，右侧枕骨上项线外侧1/3压痛处定第2个点，沿着右侧头夹肌肌腹寻找2个压痛最明显处定第3、第4个点，单侧一共4个点，如双侧发病则共取8个点。消毒：用棉签蘸取安尔碘严格消毒2次，术者用75%酒精棉球消毒双手。定向：选取超微针刀（北京卓越华友医疗器械有限公司，规格：0.4mm×40mm）于上述定点，刀口线和头夹肌纤维走向平行，并将刀口压在进针点上，在骨面操作时刀体与骨面垂直。具体操作：右手持针刀快速刺入皮下，顺肌纤维方向再缓缓推进针刀，当针刀触及韧性物时，感受到弹性阻力，继续缓慢施加压力，直至切开。边进针刀边询问患者有无强烈刺痛、放射性麻木等异常感觉，如果有异常感觉，把针刀向上拔出1cm左右，稍向左右调整方向再继续进针刀，直至骨面或针下镂空感。退针刀至皮下，再分别向左、向右倾斜针体45° 进针刀2次。每次进针刀深度为2~3cm，出针刀后用无菌纱块压迫针孔3min左右至不再出血。

2.1.2 TDP治疗 针刀操作完毕后，予TDP（四川恒明科技开发有限公司，规格：TDP-L3）从患侧垂直向下照射，若双侧发病则从项部正中垂直照射，距离30~50cm，以患者感觉适当温热为度，每侧5~10min。

以上操作每周治疗1次，1周为1个疗程，共治疗3个疗程。随访3个月。

2.2 对照组

2.2.1 针刺治疗 患者取俯卧位，单侧发病者取患侧风池、天柱、颈百劳、肩井及阿是穴[3]，共5~7个穴位；双侧发病者双侧取10~14个穴位。予棉签蘸取75%酒精常规消毒穴位皮肤，采用1.5寸毫针（环球牌，苏州针灸用品有限公司，规格：0.30mm×40mm）对所取穴位依次进针0.5~1寸，得气后留针30min。

2.2.2 TDP治疗 具体治疗方法同治疗组。

以上操作隔日治疗1次，每周治疗3次，1周为1个疗程，共治疗3个疗程。随访3个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 麦吉尔疼痛量表（MPQ）评分[4] MPQ最早在1987年由Melzack提出，其内容主要包括疼痛评估指数（PRI）、视觉模拟评分法（VAS）以及现时疼痛强度（PPI）3个方面，能够较准确地反映患者颈部疼痛的性质和强度，灵敏度较高。其中PRI含有11个疼痛感觉性词与4个疼痛情绪性词，每个词按程度分“无、轻、中、重”共4级，分别对应0~3分。VAS采用10cm长直线代表疼痛程度，患者指出最能代表疼痛程度的位置，0分表示无疼痛；1~3分表示有轻度疼痛，能忍受；4~6分表示中度疼痛，患者疼痛明显并影响睡眠，尚能忍受；7~10分表示重度疼痛，患者疼痛难忍，影响食欲、睡眠。PPI分“无痛、轻微、不舒服、难忍、可怕、剧烈”共6级，分别对应0~5分。各项分值及总分越高代表疼痛程度越严重。比较2组患者治疗1个疗程、3个疗程后及随访3个月时的评分情况。

3.1.2 临床疗效 比较2组患者治疗3个疗程后及随访3个月时的临床疗效。

3.2 疗效判定标准 参照1994年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》[5]拟定。治愈：头颈部疼痛消失，头部旋转、侧屈及后仰无受限，持续工作2h无头颈部疼痛；显效：头颈部疼痛消失，头部旋转、侧屈及后仰明显改善，持续工作2h出现少许酸痛不适；有效：头颈部疼痛较前改善，头部旋转、侧屈及后仰活动部分好转，持续工作2h出现明显酸痛不适；无效：头颈部疼痛、活动等无明显缓解。

3.3 统计学方法 研究所得数据采用SPSS 22.0软件统计处理，计量资料采用独立样本 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验，P<0.05为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后及随访时MPQ评分比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后及随访时MPQ评分比较（$\bar{x}\pm s$） 分

组别	例数	治疗前	1个疗程后	3个疗程后	随访3个月
治疗组	30	41.33±5.87	21.43±3.66$^{\#\#\triangle\triangle**}$	7.20±5.37$^{\#\#**}$	8.37±5.88$^{\#\#**}$
对照组	30	41.00±5.18	28.93±4.01$^{\#\#\triangle\triangle}$	12.33±8.24$^{\#\#}$	14.30±7.35$^{\#\#\triangle}$

注：与本组治疗前比较，##P<0.01；与本组治疗3个疗程后比较，△P<0.05，△△P<0.01；与同时期对照组比较，**P<0.01。

3.4.2 2组患者治疗3个疗程后及随访时临床疗效比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗3个疗程后及随访时临床疗效比较 例（%）

组别	例数	时间	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	3个疗程后	20(66.67)	6(20.00)	2(6.67)	2(6.67)	93.33*
		随访3个月	18(60.00)	6(20.00)	4(13.33)	2(6.67)	93.33*
对照组	30	3个疗程后	10(33.33)	7(23.33)	5(16.67)	8(26.67)	73.33
		随访3个月	7(23.33)	8(26.67)	6(20.00)	9(30.00)	70.00

注：与同时期对照组比较，*P<0.05。

4 讨论

头夹肌损伤多因长期伏案等不良姿势使头夹肌长时间处于紧张状态，或者经常仰头、转头的动作使两侧头夹肌不断摩擦，逐渐出现细小的撕裂损伤，日久在肌腹或附着点处形成瘢痕、挛缩、粘连、堵塞的病理变化，导致局部血供减少或直接刺激压迫神经，表现为局部疼痛不适，同时影响肌肉的功能，引起颈部力学动态平衡失调[2]。头夹肌损伤归属于中医学“痹症”范畴。《黄帝内经》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹也”；《张氏医通》载：“观书对弈久坐而致脊背痛者”。故痹症主要因外感风寒湿邪，或劳损过度等致气机阻滞，“不通则痛”。中医多治以温通经络，行气活血导滞，达到“通则不痛”。

TDP主要应用辐射波将电磁能转化成热能，提高局部组织温度，有明显热效应，可被体表浅层组织迅速吸收，短时间内局部温度升高，加速血液循环，可以促进新陈代谢、组织的恢复和再生，消散组织肿胀和血肿，达到消炎、消肿、镇痛的效果，从中医角度来说，具有补虚温阳、温经通络、行气活血的功效[6]。针刀疗法是将针刺疗法与现代医学手术疗法融为一体的新式治疗手法，除了起到疏通经脉的针刺效果，针刀末端有刀刃，可进行切、割、削和分离，起到疏通粘连、松解瘢痕、延长挛缩、消除异常高应力、解除神经卡压、改善局部血液循环等作用，以疏通经络，“通则不痛”，从根本上起到治疗作用[7]。在针刀操作后，软组织局部的粘连、瘢痕、挛缩、堵塞得到松解，再予TDP照射，进一步加速血液循环，促进愈合。故两者的结合，是通过针刀中针刺的疏通经脉与刀的切割、TDP的温阳通络及行气活血作用，使颈部经络通则气血俱行，达到“通则不痛”的效果。

在安全性方面，超微针刀的刃很小，只有0.4mm，不但容易避开血管、神经和重要脏器，对软组织的损伤较小，易于康复，并且刃的方向跟针柄方向一致，能确保安全地将针刀进到病灶部位。但即使超微针刀的刀刃较小，切割的过程中也难免造成一定的软组织损伤，故结合TDP照射，使局部血液循环加快，可促进愈合。

本研究结果显示治疗组治疗1个疗程、3个疗程后及随访3个月时MPQ评分均明显低于对照组同时期（P<0.01）；治疗组治疗3个疗程后及随访3个月时总有效率均优于对照组同时期（P<0.05）。表明超微针刀结合TDP疗法近期及远期疗效均优于针刺结合TDP疗法，对于改善头颈部疼痛及活动受限具有明显的优势，对因头夹肌损伤引起的颈型颈椎病疗效确切，可预防患者进一步发展为神经根型、脊髓型等颈椎病。且超微针刀每个疗程只治疗1次，治疗次数少，操作简便，患者依从性高。但本研究仍存在样本量少的不足，且没有进一步研究超微针刀的进针深度对疗效的影响，下一步拟开展大样本、多中心研究，探索超微针刀最适宜的进针深度。

参考文献

[1] 傅钟伟.颈康止痛散治疗颈型颈椎病的临床随机对照试验[J].浙江中医药大学学报，2013，37（6）：733.

[2] 吴绪平.针刀医学[M].北京：中国医药科技出版社，2016：163.

[3] 蔡耿喜，赵洋，梁玉珊，等.针灸治疗颈型颈椎病取穴规律探究[J].中国全科医学，2013，16（41）：4183.

[4] 彭琳，张菊英.简化McGill疼痛问卷中文版在腰椎间盘突出所致坐骨神经痛患者中的适用性[J].中国康复医学杂志，2013，28（11）：1036.

[5] 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，1994：189.

[6] 邱玲玲，解晖.针灸结合TDP神灯治疗颈肩腰腿痛的临床疗效分析[J].内蒙古中医药，2017，36（8）：114.

[7] 杨丹，张传恩，蔡伟，等.针刀配合不同剂量泼尼松龙治疗颈椎病临床疗效评价[J].江苏中医药，2009，41（5）：50.

第一作者：邱雪丽（1992—），女，硕士研究生，针灸推拿学专业。

通讯作者：陈柏书，医学博士，副主任中医师。cbs829@sina.com

收稿日期：2018-10-21

编辑：强雨叶