

激痛点动伸推拿治疗斜方肌筋膜疼痛综合征 30 例临床研究

莫 莽 罗 凇 刘 通 彭勤燕 张 玲

(广州中医药大学第五临床医学院, 广东广州 510405)

摘 要 目的:观察激痛点动伸推拿治疗斜方肌筋膜疼痛综合征(MPS)的临床疗效。方法:将60例斜方肌MPS患者采用随机数字表法随机分为治疗组和对照组,每组30例。治疗组采用激痛点动伸推拿法治疗,对照组采用传统推拿法治疗。2组均予前3d每日治疗1次,之后隔日治疗1次,5次为1个疗程,共治疗2个疗程,2个疗程间隔2~3d。分别于治疗前、治疗结束、随访期(治疗结束后2周、4周、6周)进行VAS评分,在治疗后6周随访时进行临床疗效评定。结果:治疗结束时,2组患者VAS评分均较治疗前明显降低($P<0.05$),但组间比较无统计学差异($P>0.05$)。治疗后2周、4周、6周,治疗组VAS评分较治疗结束时有缓慢升高的趋势,但无统计学差异($P>0.05$),对照组VAS评分在随访各时间点均较治疗结束时明显升高($P<0.05$),但仍低于治疗前($P<0.05$);治疗组VAS评分在治疗后4周、6周时均明显低于对照组($P<0.05$)。6周随访时,治疗组总有效率为93.33%,对照组为73.33%,差异有统计学意义($P=0.038$)。结论:激痛点动伸推拿与传统推拿治疗斜方肌MPS均有显著疗效,但动伸推拿长期疗效优于传统推拿,值得推广且做进一步研究。

关键词 激痛点;筋膜疼痛综合征;动伸推拿;斜方肌;疼痛视觉模拟评分

中图分类号 R244.152 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2019) 07-0039-03

基金资助 国家自然科学基金资助(81574093)

肌筋膜疼痛综合征(Myofascial Pain Syndrome, MPS)是常见于疼痛科门诊的一种疾病,临床又称“肌筋膜炎”“肌筋膜触发点疼痛综合征”等,因为现代生活方式影响,本病尤以斜方肌常见。可因急性过牵、疲劳、创伤、受凉和感冒等触发激痛点引起一系列临床表现,主要有局部疼痛、牵涉痛、异常感觉、疲劳无力及情绪反应等症状^[1],对患者的学习、工作及生活造成了许多不良影响,甚则严重影响患者生活质量。在治疗方面,传统推拿治疗MPS短期内能取得不错的疗效,且患者乐于接受,但长期疗效欠

佳。为了寻求治疗方法的优化,课题组从激痛点治疗肌筋膜疼痛综合征理论着手,采用激痛点动伸推拿治疗斜方肌MPS,并与传统推拿法做近远期疗效比较,现报道结果如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60例患者均为2018年1月至7月广东省第二中医院门诊确诊为斜方肌MPS的患者,按照随机数字表法随机分为治疗组与对照组,每组30例。治疗组男17例,女13例;平均年龄(39.03 ± 11.11)岁;平均病程(3.20 ± 2.13)年。对照

- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002.
- [8] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组. 便秘症状及疗效评估[J]. 中华胃肠外科杂志, 2005, 8(4): 355.
- [9] 周峰, 张旗, 张永安, 等. 益气养阴方治疗气阴两虚型慢性功能性便秘疗效及对患者症状积分的影响[J]. 四川中医, 2018, 36(3): 82.
- [10] 金红艳. 鼓气通魄汤配合脐贴联合莫沙比利治疗气虚型老年慢性功能性便秘[J]. 吉林中医药, 2017, 37(6): 564.

- [11] 彭婉, 马骁, 王建, 等. 麦冬化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2018, 49(2): 477.

- [12] 曲中原, 冯晓敏, 邹翔, 等. 枳实研究进展[J]. 食品与药品, 2017, 19(6): 455.

第一作者:任欣(1988—),女,医学硕士,住院医师,研究方向为老年心脑血管及呼吸系统疾病的防治。shv2005@163.com

收稿日期: 2019-02-21

编辑:吴 宁

组男16例,女14例;平均年龄(38.43 ± 10.88)岁;平均病程(3.07 ± 2.41)年。2组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 斜方肌MPS诊断标准参考2015年RIVERS W E等^[2]提出的对MPS的诊断标准。必要条件:(1)触诊确定颈肩部激痛点,表现为有或无放射性疼痛;(2)触诊病人颈肩部的激痛点,可表现出疼痛的临床症状。并且至少符合下列次要条件中的3个:(1)颈肩部肌肉僵硬或痉挛;(2)颈肩部相关关节活动受限;(3)颈肩部按压后疼痛加剧;(4)颈肩部紧绷肌带或压痛小结。注意事项:(1)排除其他局部肌肉压痛的疾病,并考虑到这些疾病可能与斜方肌MPS同时存在;(2)存在颈肩部局限或放射性疼痛;(3)斜方肌MPS的症状需至少存在3个月。

1.3 纳入标准 符合以上诊断标准,疼痛部位在颈肩部斜方肌区域;年龄22~58周岁;配合治疗并签署知情同意书。

1.4 排除标准 入组前3个月内曾接受过斜方肌MPS相关治疗者;存在推拿禁忌证者;精神病、酗酒、药物成瘾者;治疗前2周内服用过镇静药及激素类药物者;无法完成量表填写、依从性差的患者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用激痛点动伸推拿法。患者取正坐位,施术者运用指腹对斜方肌区域进行按压,若有明确的压痛和可触及紧张带或收缩性结节,深压还常出现牵涉痛处,即认定为激痛点^[3],并用皮肤记号笔进行标记。施术步骤:(1)激痛点位于斜方肌上束纤维区域者,以左侧为例,施术者位于患者后方,将一只手放置于患者头部枕骨,使颈部略前屈,然后充分向对侧(右侧)屈曲,并同侧(左侧)旋转,至颈肩部左侧斜方肌感觉到明显且持续的拉伸感;维持此姿势并嘱患者主动对抗肌肉被拉长8~10s,同时另一只手在激痛点处进行点、按、揉、拨等操作,结束后引导患者放松,重复上述步骤3~5遍。右侧同法施治。(2)激痛点位于斜方肌中下束纤维区域者,施术者位于患者后方,嘱患者腰背挺直,手臂向前自然伸直,掌心相对,含胸向前用力,以肩部及肩胛骨内侧肌肉有明显牵拉感为度,然后环抱固定并维持此姿势8~10s,施术者将一只手置于患者一侧肩部固定,另一只手在激痛点处进行手法操作(同前),结束后引导患者放松,重复上述步骤3~5遍。操作规范:主要施力方向为垂直;施力由轻逐重,力达组织深部,以患者可耐受为度。

2.2 对照组 采用传统推拿法。患者取正坐位,施术者位于患者后方,操作参考《推拿治疗学》^[4]中项

背肌筋膜炎的治疗方法:施术者先用一指禅推法推颈项督脉,从上至下3~5遍,拿揉项部肌筋2~3min;用拇指按揉风府、风池、肩井;活动患者颈椎后,运用扳法进行颈胸椎微调;揉揉项背部,以斜方肌为主,反复3~5遍,最后叩击项背部结束治疗。

2组均由熟练掌握动伸推拿及传统推拿的人员统一按标准操作完成,每次治疗20min,操作后嘱患者避免过度疲劳,劳逸结合,注意局部保暖。前3d每日治疗1次,之后隔日1次,5次为1个疗程,共治疗2个疗程,2个疗程间隔2~3d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 记录2组患者治疗前、治疗结束时以及治疗结束后2周、4周、6周的疼痛视觉模拟(Visual Analogue Scale, VAS)评分。

3.2 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]制定。痊愈:颈肩部无疼痛及不适感,活动功能完全恢复;显效:颈肩部疼痛及不适感明显减轻,活动功能大部分恢复;有效:颈肩部疼痛及不适感减轻,活动功能部分恢复;无效:颈肩部疼痛及不适症状无改变,活动功能无恢复,甚至加重。

3.3 统计学方法 所有数据均采用SPSS 20.0软件进行检验分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用单因素方差分析,组间比较采用两独立样本 t 检验。计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 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VAS评分比较 治疗前与治疗结束时、治疗后2周,2组患者VAS评分比较无统计学差异($P>0.05$),其他时期组内及组间比较结果见表1。

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

组别	例数	治疗前	治疗结束	治疗后		
				2周	4周	6周
治疗组	30	7.23 $\pm$ 1.28	2.20 $\pm$ 1.24 [†]	2.33 $\pm$ 1.32 [†]	2.47 $\pm$ 1.4 [※]	2.53 $\pm$ 1.70 [※]
对照组	30	7.13 $\pm$ 1.17	2.03 $\pm$ 1.19 [†]	2.83 $\pm$ 1.26 [△]	3.70 $\pm$ 1.32 ^{△☆}	4.77 $\pm$ 1.89 ^{△☆}

注:†与本组治疗前比较, $P<0.05$;※与本组治疗结束时比较, $P<0.05$;△与本组治疗后2周比较, $P<0.05$;☆与本组治疗后4周比较, $P<0.05$;※与对照组治疗同时期比较, $P<0.05$ 。

3.4.2 2组治疗后6周临床疗效比较 结果见表2。

表2 治疗组与对照组治疗后6周临床疗效比较 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	4	18	6	2	93.33 [※]
对照组	30	2	7	13	8	73.33

注:※与对照组比较, $\chi^2=4.320$, $P=0.038$ 。

4 讨论

肌筋膜疼痛综合征可归属于中医学“筋痹”“筋伤”范畴。《素问·长刺结论》记载：“病在筋，筋挛节痛，不可以行，名曰筋痹。”《伤科汇纂·经筋》记载：“如伤筋者，寒则拘紧，热则纵弛……在肩则肩不能举，在膝则膝不能屈伸，皆筋之病也，亦不可不明。”由此可见疼痛、活动受限均为“筋痹”的临床表现。外来暴力、劳损伤害、外邪侵袭等外因或体质亏虚、劳逸不当等内因导致经络闭阻，不通则痛。西医认为，激痛点致痛理论为MPS的病理基础。其因急性软组织损伤、慢性劳损、环境因素、自身免疫等引起局部肌肉运动终板释放过量乙酰胆碱，引起肌纤维挛缩，从而形成紧张肌带（激痛点），而肌肉的持续痉挛状态又压迫周围神经血管，形成局部缺血缺氧状态，产生刺激神经的致痛物质，同时促进乙酰胆碱的过量释放，从而形成“能量危机”^[6]。有研究认为，活动激痛点类似中医经络“阿是穴”^[7]，有效地灭活激痛点是治疗MPS的关键。目前，激痛点治疗MPS也为国内广泛认可及运用^[8-11]。

研究表明，在患处加压会提高副交感神经的兴奋性，减少局部肌肉运动终板处乙酰胆碱的释放，缓解肌肉痉挛，在压力释放后，可见触发点处的血流量上升，意味着局部缺血缺氧状态缓解，并稀释了各种血管反应物质的浓度，并且随着血流趋于正常，因缺血而产生这些致痛物质的过程也随之终止，最终表现为患处疼痛的减弱，从而缓解了该处的“能量危机”^[12]。动伸推拿是长期临床经验总结出来的，相较于传统推拿，动伸推拿在治疗软组织疾患有其独特优势，通过主动运动或被动运动，使患肌处于拉伸状态，病灶点更接近于体表，进行推拿手法操作，力的大小、方向不变，作用点距离越短，则力矩越小，而力对物体的效应越大。同时，通过抗阻运动，使肌肉组织处于紧张固定状态，减少推拿时克服周围软组织弹性力的损耗，直达病灶。在临床中，推拿治疗师在手法的操作过程中达到病灶必定还要消耗大量的体能，时间一长就超过自身的劳力耐受，易感觉疲劳、肌肉酸痛、烦躁等。动伸推拿可以减少外力操作，达到良好的治疗效果，并一定程度上达到力量自护。

本研究结果表明，2种疗法均能有效缓解斜方肌MPS患者疼痛症状，而激痛点动伸推拿能获得更好的远期疗效。但本研究也存在一些不足之处，骨骼肌的生物力学是复杂的，患者在主动运动、被动运动或抗阻运动的过程中，目标肌肉本身也产生了力学效应，研究并未对目标肌肉运动时，肌肉的张力、收缩力等进行评估定量；疗效观察时长为6周，易反

复发作为MPS疾病临床特点，还可延长观察时间；样本量小，代表性不足，观察指标单一，且观察指标的客观性也是研究后续需要加强和改进的地方。

参考文献

- [1] TRAVELL J G, SIMONS D G. Myofascial pain and dysfunction—the trigger point manual: Vol 1. Upper half of body[M]. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983: 50.
- [2] RIVERS W E, GARRIGUES D, GRACIOSA J, et al. Signs and symptoms of myofascial pain: an international survey of pain management providers and proposed preliminary set of diagnostic criteria[J]. Pain Med, 2015, 16(9): 1794.
- [3] 刘琳, 黄强民, 汤莉, 等. 肌筋膜疼痛触发点[J]. 中国组织工程研究, 2014, 18(46): 7520.
- [4] 宋柏林, 于天源. 推拿治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 112.
- [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: 200.
- [6] HUANG Q M, YE G, ZHAO Z Y, et al. Myoelectrical activity and muscle morphology in a rat model of myofascial trigger points induced by blunt trauma to the vastus medialis[J]. Acupunct Med, 2013, 31(1): 65.
- [7] 王列, 马铁明, 曹锐, 等. 阿是穴与激痛点浅议[J]. 中医药导报, 2016, 22(20): 12.
- [8] 薛开禄, 柳围堤, 田苗, 等. 针刺激点对肌筋膜疼痛综合征患者生活质量的影响[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(8): 991.
- [9] 李观庆, 车伟军, 曹洪铭, 等. 激痛点刺络放血治疗腰背肌筋膜疼痛综合征32例临床观察[J]. 甘肃中医药大学学报, 2018, 35(3): 63.
- [10] 马钧阳, 王立勋, 陈友利, 等. 激痛点臭氧注射与射频热凝治疗斜方肌肌筋膜疼痛综合征疗效比较[J]. 海南医学, 2017, 28(7): 1073.
- [11] 郭亚秋, 齐峰, 胡启雅, 等. 斜方肌激痛点活检复合注射疗法治疗肌筋膜疼痛综合征的疗效[J]. 医学与哲学, 2014, 35(12B): 25.
- [12] MORASKA A F, HICKNER R C, KOHRT W M, et al. Changes in blood flow and cellular metabolism at a myofascial trigger point with trigger point release (ischemic compression): A proof-of-principle pilot study[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2013, 94(1): 196.

第一作者：莫莽（1992—），女，瑶族，硕士研究生，针灸推拿临床专业。

通讯作者：罗凇，本科学历，主任中医师。
amykfyx@163.com

收稿日期：2019-01-22

编辑：吴 宁