

背俞穴埋线与艾灸治疗背部肌筋膜疼痛综合征的疗效比较

张玲 罗凇 莫莽

(广州中医药大学第五临床医学院, 广东广州 510405)

摘要 目的:比较背俞穴埋线与艾灸治疗背部肌筋膜疼痛综合征(MPS)的临床疗效。方法:60例背部MPS患者随机分为埋线组与艾灸组,每组30例。埋线组采用穴位埋线治疗,艾灸组采用艾灸治疗,2组疗程均为4周。观察并比较2组患者治疗前后Roland-marris功能障碍量表(RDQ)评分、疼痛视觉模拟评分(VAS)变化情况,并评估临床疗效。结果:2组患者治疗后RDQ评分、疼痛VAS评分均明显低于治疗前($P<0.05$),埋线组治疗后上述指标明显低于艾灸组($P<0.05$)。埋线组总有效率为96.67%,明显高于艾灸组的86.67%($P<0.01$)。结论:背俞穴埋线法和艾灸治疗均可显著减轻背部MPS患者疼痛,有较好的临床疗效,背俞穴埋线效果更加显著。

关键词 肌筋膜疼痛综合征;穴位埋线;艾灸;背俞穴;对比研究

中图分类号 R245.91 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)08-0067-03

肌筋膜疼痛综合征(MPS)是一种全身性慢性疼痛疾病,背部最为好发。据国外的一项研究,疼痛中心的病人约有85%初步诊断为MPS^[1]。本病发病人群年龄跨度广,病情缠绵,临床在不断探索更有效的防治办法。穴位埋线将羊肠线线体作为异物植入体内,机体吸收的同时伴随排斥反应,局部产生无菌性炎症反应,从而对穴位产生持续性刺激作用^[2]。艾灸镇痛效应确切,其温热刺激可以激活穴位辣椒素

受体^[3],降低外周神经兴奋性,抑制疼痛因子的表达来降低中枢对伤害刺激信号反应。研究表明埋线及艾灸能有效改善MPS炎症反应、粘连、肌痉挛,减轻疼痛^[4]。本研究选用埋线及艾灸两种常用的方法治疗背部MPS,并对疗效进行比较,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年4月至2018年8月广东省第二中医院推拿科确诊为背部MPS的患

参考文献

- [1] BROTZMAN S B, MANSKE R C. Preface[M]//Clinical Orthopaedic Rehabilitation. Philadelphia: ELSEVIER, 2011: 211
- [2] 区广鹏,肖军,郑佐勇,等.老年膝关节骨性关节炎患病危险因素的调查[J].中国组织工程研究,2012,16(50):9463.
- [3] 周友龙,胡闯北,张雅琪,等.膝骨性关节炎中西医结合治疗进展[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(1):11.
- [4] 袁培,司井夫.基于“整体观念”推拿治疗膝骨性关节炎的随机、阳性药平行对照临床研究[J].上海中医药杂志,2018,52(10):60.
- [5] MANDELL B F, LIPANI J. Refractory osteoarthritis. Differential diagnosis and therapy[J]. Rheum Dis Clin North Am, 1995, 21(1): 163.
- [6] 张仕年.四指推法:邵铭熙临证推拿经验集要[M].北京:人民卫生出版社,2014:121.

- [7] 邵铭熙.实用推拿手册(第二版)[M].北京:人民军医出版社,2016:335.
- [8] 陈立典.康复评定学[M].北京:科学出版社,2010:297.
- [9] 刘玉峰,许世雄,严隽陶,等.外部作用力引起组织压动态变化时的毛细血管血流[J].生物医学工程学杂志,2004,21(5):699.
- [10] 张仕年,冀斌,邵铭熙.四指推法对腰椎间盘突出症患者疼痛指数与P物质的影响[J].长春中医药大学学报,2006,22(4):15.

第一作者:孔士琛(1993—),男,医学硕士,住院中医师,针灸推拿学专业。

通讯作者:陶琦,本科学历,主任中医师。
taoprs1110@126.com

修回日期:2020-04-18

编辑:吴宁

者60例,按随机数字表法分为埋线组和艾灸组,每组30例。埋线组男16例,女14例;平均年龄(48.36 ± 9.83)岁;平均病程(441.28 ± 360.29)d。艾灸组男13例,女17例;平均年龄(46.74 ± 12.16)岁;平均病程(429.25 ± 358.38)d。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 参照《疼痛学》^[5]拟定。主要标准:(1)背部疼痛,为自发性局部酸、钝痛或难以忍受的剧痛;(2)在局部有明显压痛的同时,伴有弥漫性疼痛;(3)背部肌肉僵硬发板,有沉重感;(4)可触及局部有硬结或条索带;(5)背部活动功能有不同程度障碍。次要标准:(1)常有外感风寒、劳损等病史,阴雨天及劳累后症状加重,疼痛常与天气变化有关;(2)影像学及实验室检查一般无异常;(3)排除颈椎病、肩周炎、椎间盘突出症、肺炎等。满足五个主要标准和至少一个次要标准,才能确诊为MPS(Simons, 1990)。

1.3 纳入标准 (1)符合背部MPS诊断标准;(2)年龄18~70岁;(3)疼痛视觉模拟评分(VAS) >3 分;(4)自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)过敏、瘢痕体质、晕针者;(2)合并严重心肺、肝肾疾患和传染病者;(3)糖尿病血糖控制不佳者;(4)严重凝血功能障碍者;(5)合并腰部疼痛伴有功能障碍者;(6)孕妇、体质极度虚弱及不能配合者。

2 治疗方法

2.1 埋线组 采用穴位埋线法。选穴:背部阿是穴3个加双侧背俞穴2对(奇数次治疗选:厥阴俞、膈俞;偶数次治疗选:督俞、脾俞)。具体操作:患者取俯卧位,充分暴露背部。选好穴位并做标记,用75%酒精消毒医者双手及患者背部取穴部位,用镊子将1 cm长0号铬制免煮型医用外科羊肠线放入7号注射器针头,外端露出0.3~0.5 cm。所有穴位进针时针尖与皮肤呈 30° 夹角,术者右手持针头身,左手舒张施术部位皮肤,快速斜刺进针约0.8 cm,缓慢行针,得气后出针(出针时由于肌肉收缩,羊肠线留在穴位里),用干棉签压迫穴位。

2.2 艾灸组 采用间接灸治疗。选穴同埋线组,根据取穴部位选择合适型号的艾灸盒(单孔艾灸盒:8.7 cm $\times$ 8.7 cm $\times$ 8.7 cm;双孔艾灸盒:14.3 cm $\times$ 8.7 cm $\times$ 8.7 cm),将长4 cm艾段点燃后插入艾灸盒内距皮肤约3 cm施灸,放置30 min。

2组均每隔3 d治疗1次,2次为1个疗程,共4个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 Roland-marris功能障碍量表(RDQ)评分 采用RDQ评分评估功能障碍程度^[6]。RDQ由24个受腰背部疼痛特定影响的问题组成,每个问题回答“是”得1分,“否”得0分,总分值0~24分,分数越高代表功能障碍越明显。

3.1.2 疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分 采用VAS评分评估疼痛程度^[7]。10 cm的纸质尺子标注“0”到“10”分成10个刻度区间,疼痛程度依数字递增,“0”分表示无疼痛感,“10”分表示疼痛剧烈并难以忍受。评分时将无刻度的一面面对患者,让患者根据感受标出代表自身疼痛程度的相应位置。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]拟定。治愈:背部疼痛等症状和体征消失,能正常工作及生活;显效:背部疼痛等症状和体征基本消失,不影响正常工作及生活,仅偶有轻微不适感;好转:背部疼痛等症状和体征减轻,在劳累或受寒冷后有加重,但生活质量较治疗前有提高;无效:背部疼痛等症状和体征无变化,影响工作及生活质量。总有效率(%)=(治愈+显效+好转)/总例数 $\times 100\%$ 。

3.3 统计学方法 采用SPSS 21.0统计软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验(方差齐性、正态分布)或Wilcoxon秩和检验;计数资料以率表示,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RDQ评分、疼痛VAS评分比较 见表1。

表1 埋线组与艾灸组治疗前后RDQ评分、疼痛VAS评分比较($\bar{x}\pm s$) 单位:分

组别	例数	RDQ评分		疼痛VAS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
埋线组	30	9.07 $\pm$ 3.64	3.43 $\pm$ 1.30 [△]	5.97 $\pm$ 1.16	2.70 $\pm$ 0.83 [△]
艾灸组	30	9.03 $\pm$ 3.40	4.57 $\pm$ 2.14 [*]	5.97 $\pm$ 1.19	3.97 $\pm$ 0.94 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与艾灸组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

3.4.2 2组患者临床疗效比较 见表2。

表2 埋线组与艾灸组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	总有效率/%
埋线组	30	24	4	1	1	96.67 ^{△△}
艾灸组	30	15	3	8	4	86.67

注:与艾灸组比较, $\Delta P<0.01$ 。

4 讨论

MPS可归属于中医学“痹症”范畴,多因风寒等外邪袭络,外劳内伤损耗气血等致筋脉不通。本病病位在筋肉,与经络直接相关,与肝、脾关系密切,病机在于虚和瘀,治疗多以活血化瘀、通络止痛为主。MPS属于非关节(软组织)风湿范畴的疾病,主要是肌肉和筋膜因无菌性炎症而产生粘连,并有激发点形成^[9]。激发点是MPS的临床特征,对激发点进行活检,发现局部有增生、缺血、脂肪沉积等病理变化^[10]。激发点从肌组织反应性增高、快速疲劳、延迟恢复三方面导致了肌肉功能的紊乱,这些功能障碍结合到一起致机体过载和肌肉耐力下降^[11],形成的病理产物挤压局部血管、神经引起MPS。西医常采用封闭、物理治疗等方法配合止痛、肌松等药物,顽固性MPS采取射频热凝消融疗法进行对症治疗^[10]。

针灸治疗本病多选取阳性点及肝脾经穴位。本研究选用了太阳膀胱经背俞穴厥阴俞、膈俞、督俞、脾俞。厥阴俞在第四胸椎棘突下旁开1.5寸处,内应心包。心包代心受邪,诸邪犯心累聚于此,取此穴可散内外之邪;又心包代心行令,心藏神、主血脉,此穴兼能行气活血、调畅情志神思。督俞当第六胸椎棘突下旁开1.5寸,居背中部。《黄帝内经》曰“得阳者生,失阳者亡”,督脉走脊中,为阳脉之海,统帅全身阳气,督脉的阳气由督俞输向膀胱经。MPS病在经络,刺激督俞则益助膀胱经阳气而温阳通脉。膈俞当第七胸椎棘突下旁开1.5寸,为八会穴之血会,内应横膈膜,诸脉贯膈而下,理人身血脉之疾。脾俞在第十一胸椎棘突下,脊中旁开1.5寸处,内应脾脏。脾为水谷之海,后天之本,人体肌肉百骸的营养有赖脾气运化布精,故虚损羸弱为病,《素问·阴阳应象大论》云“气虚者宜掣引之”,当扶土为要而可济他脏之虚。膀胱经分布于人体背面,经脊柱两侧,经脉所过,主治所及。上述背俞穴内应脏腑,疏通经络,活血化瘀止痛,调和脏腑气血阴阳,扶正气以固本,标本兼治。

本研究结果显示,埋线组总有效率为96.7%,显著高于艾灸组的86.7% ($P<0.01$)。治疗后2组RDQ评分、疼痛VAS评分均较治疗前明显下降 ($P<0.05$),埋线组评分低于艾灸组 ($P<0.05$),表明背俞穴埋线较艾灸改善背部MPS疼痛及功能障碍效果更好。艾灸法功善温通止痛,临床观察发现艾性缓,效用期短,治病所需疗程较长^[12];埋线组于激痛点处埋线,能直达病所,通络止痛,效应迅速且对机体刺激时间长,具有针刺、针刀、留针综合效应,故

较艾灸治疗疗效更明显。本研究尚存在一些不足,如样本量较小,未对两种疗法的远期疗效进行观察,下一步拟扩充样本量,并对埋线与艾灸的远期疗效进行观察,同时探究埋线和艾灸治疗MPS的作用机制。

参考文献

- [1] 李怡贞.针刺合并埋线治疗肌筋膜疼痛综合征的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2011.
- [2] 任晓艳.穴位埋线的源流及其机理探讨[J].中国医学报,2004,19(12):757.
- [3] 李佰承,吕君玲,尹海燕,等.TRPV1的生物学特性与艾灸镇痛研究结合的思路分析[J].陕西中医,2015,36(5):580.
- [4] 王思思.针灸治疗肌筋膜炎的临床研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(A5):117.
- [5] 西克·沃尔,罗纳德·梅尔扎克.疼痛学[M].赵宝昌,崔秀云,译.3版.沈阳:辽宁教育出版社,2002:123.
- [6] WOODFORDE J M, MERSKEY H. Some relationships between subjective measures of pain[J]. J Psychosom Res, 1972, 16(3):173.
- [7] ROLAND M, MORRIS R. A study of the natural history of low-back pain. Part II: development of guidelines for trials of treatment in primary care[J]. Spine, 1983, 8(2):145.
- [8] 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,1994:212.
- [9] BUSKILA D. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrome[J]. Curr Opin Rheumatol, 1999, 11(2):119.
- [10] 高巍巍,邹德生,王伍超,等.肌筋膜疼痛综合征的研究进展[J].中国疼痛医学杂志,2017,23(6):455.
- [11] 齐格弗里德.肌痛[M].郭传友,译.北京:人民卫生出版社,2005:182.
- [12] 杨立新,王雄将.针、灸、推治疗肌筋膜疼痛综合征研究概况[J].亚太传统医药,2019,15(11):169.

第一作者:张玲(1992—),女,医学硕士,针灸推拿学专业,研究方向为针灸推拿治疗慢性疼痛类疾病。

通讯作者:罗凇,本科学历,主任中医师,硕士研究生导师。amykfyx@163.com

收稿日期:2020-03-10

编辑:蔡强