

AP的发病机制是一个复杂、多因素参与的病理生理过程,可波及临近组织和其他脏器系统,至今尚未完全阐明。中医学认为,AP多因感受六淫之邪、饮食不节、情志失畅、胆石、虫积、创伤等因素致湿、热、瘀、毒蕴结中焦,腑气不通,故而腹痛。临床以腹痛最为常见,以上腹部多见。归属于中医学的“腹痛”等范畴^[1]。《内经》有“通则不痛,六腑以通为用”的原则,《金匱要略》中有“按心下满痛者,此为实也,当下之,宜大柴胡汤”的记载,故治疗上以通导为大法。大承气汤、大柴胡汤均是《伤寒论》的经典方剂。大柴胡汤主治少阳阳明合病主方,主要功能是和解少阳,通里泄热。大承气汤具有通里攻下、峻下热结之功效,主治阳明腑实证。大柴胡汤合大承气汤加减符合中医治疗脾胃实热证AP的清热通腑攻下原则。林茂华^[2]和彭惠平等^[3]报道,联合大承气汤和大柴胡汤治疗SAP,可以明显增强肠道蠕动功能,缩短胃肠道功能恢复时间,可较快控制病情,缓解症状。本院联合二方适当加减,其中生大黄泻下攻积、泻火解毒、凉血祛瘀,芒硝泻下攻积、软坚

散结、清热润燥,二药相须为用,峻下热结;厚朴下气除满,枳实消痞破结,二药配伍行积滞、消胀满;柴胡疏肝理气泄热;黄芩、黄连清热燥湿,泻火解毒;延胡索、赤芍行气活血止痛。全方共奏清热解毒、行气止痛、祛瘀通腑之效。

本研究结果显示,在常规治疗基础上加大柴胡汤合大承气汤加减治疗AP疗效显著,且能够缩短患者临床症状持续时间、血淀粉酶恢复正常时间及住院时间,促进胃肠道功能恢复,减少治疗费用,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),值得临床推广应用及进一步研究。

参考文献

[1]陆再英,钟南山.内科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2009.469
 [2]中华医学会消化病分会胰腺病学组.中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J].中华内科杂志,2004,3(3):236-238
 [3]李乾构.中医消化病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2006.175-178
 [4]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则((第一辑))[S].北京:中国医药科技出版社,1993.142-144
 [5]林茂华,李强,黎民稀,等.中西医结合治疗重症急性胰腺炎临床观察[J].中山大学学报,2007,28(z1):165
 [6]彭惠平,徐进康,吴坚芳,等.中西医结合治疗重症急性胰腺炎的临床研究及经验总结[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(12):933,940

(收稿日期:2014-02-10)

芒针结合隔药灸治疗背肌筋膜炎临床研究

刘宝国 张国芳 王丽

(湖北省十堰市武当山特区医院针灸科 十堰 442714)

摘要:目的:观察芒针配合隔药灸治疗背肌筋膜炎的临床疗效。方法:将115例背肌筋膜炎患者随机分为治疗组60例和对照组55例,治疗组采用芒针配合隔药灸治疗,对照组采用口服药物配合红外线治疗,治疗3个疗程后进行疗效评定。结果:治疗组显效率38.3%,总有效率93.3%;对照组显效率12.7%,总有效率76.4%;治疗组显效率及总有效率明显优于对照组,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:两组治疗方法均有效,但芒针配合隔药灸疗效更优,操作简单,无毒副作用,值得临床推广应用。

关键词:背肌筋膜炎;芒针疗法;隔药灸

中图分类号:R686.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.012

肌筋膜炎亦称纤维炎,是一种临床综合征,其中背肌筋膜炎最为常见,是引起颈肩腰背痛的主要原因之一。笔者临床上应用芒针配合隔药灸治疗背肌筋膜炎疗效颇佳,现报道如下,希望对临床有所帮助。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取2010年4月~2013年10月武当山特区医院门诊及住院部患者115例,男73例,女42例;年龄最小14岁,最大65岁,平均年龄27.6岁;病程最短4个月,最长11年,平均6.3年;血沉(ESR)增快21例,类风湿因子(RF)弱阳性14例,脊柱X线片异常17例。115例患者随机分为治疗组60例和对照组55例。

1.2 诊断及纳入标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]:(1)本病多见于成年人和长期坐站不良体位

且肌肉缺乏锻炼者,起病可急可缓,风寒湿邪、急慢性肌肉损伤为常见病因。(2)颈肩腰背部肌肉不同程度疼痛、僵硬、沉重、酸胀、重滞感,劳累及寒冷刺激可加重反复发作,痛甚伴有肌痉挛,活动受限。(3)查体:局部肌肉紧张,患处有明显压痛,性质多为定位模糊的隐性酸痛和钝痛,有固定的压痛点和激痛点(区),一般激痛点好发于斜方肌、肩胛提肌、菱形肌、竖脊肌、冈上肌、冈下肌,腰部肌筋区以腰椎两侧筋及第三腰椎横棘突的病变损伤为常见。压痛局限,并非沿着神经分布,并且不具有感觉障碍或反射改变,还可因局部活动而增加疼痛。部分患者在疼痛部位能触及条索状、结节的筋束和筋结,可一个或多个。(4)实验室检查:除少数患者血沉加快外,多数化验及X线片无特殊。

1.3 排除标准 (1)合并有其他严重器质性疾病

者；(2) 由于感染或损伤等原因引起的临床类似症候群；(3) 认知功能障碍及精神病史者。

1.4 治疗方法 治疗组采用芒针透刺督脉法配合隔药灸治疗：(1) 芒针透刺督脉法：患者俯卧位，选督脉(必选)、华佗夹脊(视病情可选一侧)共三条经脉施针，施针时自上而下行透刺针法，根据症状部位分别选取颈 3 透颈 7、胸 1 透胸 6、胸 6 透胸 12、腰 1 透骶 1。颈腰部透刺时于身下垫一软枕，保证脊椎呈一直线，利于施针。采用直径 0.25 mm，长 5 寸、6 寸芒针行透针刺法，选取症状部位对应脊柱节段之脊上(或脊旁)，局部皮肤消毒后，以押手轻提脊上皮肤或以押手绷紧脊旁皮肤，刺手执针，使针尖抵触皮肤，押手配合，利用指力和腕力，压捻结合，自上而下透刺。出针时应先将芒针退至皮下，再轻轻拔出，以免出血或加重局部疼痛。透刺督脉得气后，接电针以疏密波留针 30 min。(2) 隔药灸：取百会、风府、大椎、身柱、至阳、筋缩、命门、腰阳关、长强等穴，选脊柱活动受限较重的 5~6 穴进行施灸。将药饼放在上述穴位上，上面放艾炷施灸，患者感觉烫时可稍作移动，药饼烤干时可在上面滴生姜汁数滴，以浸润或直接更换药饼。每穴灸 3 壮，以皮肤发红而不起泡为度，每日 1 次。药饼：追风草、寻骨风各 50 g，丁香、肉桂各 30 g，络石藤、防风、独活各 20 g，川椒、细辛各 15 g，烘干研磨成极细的粉末，用蜂蜜和生姜汁(1:1)调成膏状，做成直径 2~3 cm，厚度 0.5~1 cm 的圆饼，中间用针刺数个小孔。注意事项：(1) 灸后嘱病人注意保暖，继续卧床休息，勿马上外出以防受凉。(2) 操作中要不断询问病人穴位感觉，防止发泡。对照组采用西药治疗，双氯芬酸钠分散片(国药准字 H10980297)每次 75 mg，每日 2 次，均饭后服用。配合红外线照射：红外线治疗仪，频率 50 Hz，220 V，功率 50 W，每日照射患侧 30 min。两组均以 7 d 为 1 个疗程，疗程间休息 2~3 d，治疗 3 个疗程后统计疗效。

1.5 观察指标 (1) 休息痛疗效评定采用视觉模拟评分法：0~1 分为优，2~3 分为良，4~6 分为中，>7 分为差。治疗前疼痛强度 >7 分，疗效指数 = (治疗前评分 - 治疗后评分) / 治疗前评分 × 100%。疗效指数 = 100% 为疼痛完全消失；疗效指数 >70% 为疼痛基本消失；疗效指数 30%~70% 为疼痛减轻；疗效指数 <30% 为无效。(2) 其它症状变化情况：显效：患部压痛消失，行走活动时关节活动度基本正常；改善：患部压痛减轻，关节活动度有所改善；无效：经过治疗后无好转。

1.6 统计学分析 采用 SPSS20.0 进行统计学分析，采用 q 检验和 χ^2 检验， $P < 0.05$ 表示差异有显著性意义。

2 结果

2.1 休息痛疗效 治疗组显效率及总有效率与对

照组比较差异有显著性意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组休息痛疗效比较 例(%)

组别	n	疼痛完全消失	疼痛基本消失	疼痛减轻	无效	总有效
治疗组	60	23(38.3)	26(43.3)	7(11.7)	4(6.7)	56(93.3)
对照组	55	7(12.7)	27(49.1)	8(14.5)	13(23.6)	42(76.4)

2.2 其它症状改善情况 两组显效率及总有效率比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组其它症状改善情况比较 例(%)

组别	n	显效	改善	无效	总有效
治疗组	60	25(41.7)	29(48.3)	6(10.0)	54(90.0)
对照组	55	10(18.2)	32(58.2)	13(23.6)	42(76.4)

3 讨论

肌筋膜炎常因急性损伤或慢性劳损以及寒冷潮湿等因素造成肌筋膜组织炎症、水肿、粘连、变性，并逐渐纤维化，形成瘢痕，软组织无菌炎症及疼痛刺激肌肉产生持久的收缩状态，出现肌紧张，肌肉长期痉挛造成局部软组织血管痉挛，肌肉筋膜供血不足，营养障碍，组织无菌性炎症加重，而病变的纤维组织增生和组织损伤也可释出大量多肽类及单胺类物质作用于痛觉神经而致痛^[1]。本病属中医“痹证”范畴，《素问·痹论》云：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”现代研究表明，项背部华佗夹脊穴与椎旁神经节非常接近，针刺穴位通过神经体液调节作用，影响交感神经末梢释放化学介质，使病变的脊柱、关节、肌肉、韧带等组织结构以及神经血管邻近组织产生良性反应，调整改善脊柱内外环境，可使之趋于平衡^[2]。芒针透刺督脉和华佗夹脊治疗本病，意在取督脉为“阳脉之海”，总督一身之阳，阳气具有温煦、推动作用。使用芒针进行透刺，则利用了芒针一刺透多穴的特点，减少了进针数量，可避免多穴进针给患者造成的痛苦。隔药灸具有艾灸和药物的双重作用，此疗法火力温和，其热力穿透皮肤直达组织深部，患者易接受，适用于各种慢性疾病的治^[3]。治疗时与药物同灸，借助火力以升药力，使艾灸和药物的作用直达病所，加强了艾灸的镇痛作用，从而改善了血液循环，调整了机体的代谢紊乱和免疫功能。药饼中的追风草、寻骨风、络石藤祛风除湿、行气通络；丁香、肉桂、川椒、细辛温经散寒止痛；防风、独活祛风除湿散寒；乳香、没药活血通络、破瘀止痛；诸药合用既能祛风散寒、除湿止痛，又能补益气血、强筋健骨。芒针与隔药灸针、灸、药三者合用，共奏良效，可以推广应用。

参考文献

- [1] 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
- [2] 宣蛰人, 王福根, 赵惠民, 等. 软组织外科理论与实践[M]. 北京: 人民军医出版社, 1994.10-11
- [3] 陈仁年. 针刺背三针为主治疗过敏性鼻炎 35 例分析[J]. 慢性病学杂志, 2010, 12(9): 1 038
- [4] 方宗仁, 李艳华. 灸法镇痛效益的观察[J]. 针刺研究, 1993, 18(4): 296-299

(收稿日期: 2014-01-21)