

棍针对慢性非特异性腰痛即时疗效观察[※]

苏瑟琴* 黄志强 刘晓岚

摘要 **目的:**观察棍针治疗慢性非特异性下腰痛的即时镇痛效果和改善腰椎关节活动的作用。**方法:**将慢性非特异性下腰痛患者随机分为两组,每组各40例,对照组采取常规针刺治疗,治疗组在对照组基础上予棍针治疗,两组均治疗1 d。分别记录两组治疗前后腰椎关节前屈、后伸、左旋、右旋、左侧屈、右侧屈的活动度以及患者疼痛视觉模拟评分(VAS)的变化以观察短期疗效。**结果:**治疗后,两组VAS评分均较治疗前降低,且治疗组明显低于对照组($P<0.05$);两组腰椎关节各方向活动度均较治疗前增加($P<0.05$),且治疗组前屈活动度改善程度明显优于对照组($P<0.05$)。**结论:**针刺配合棍针治疗非特异性下腰痛,可短期达到镇痛并改善腰椎前屈活动度的效果,有良好的即时效应。

关键词 棍针;即时效应;非特异性下腰痛;经筋;结筋病灶

随着工作和生活节奏的加快,人们长期缺乏运动锻炼和适当的休息,易引起慢性腰痛,其中,慢性非特异性下腰痛(Chronic nonspecific low back pain, CNLBP)无明确诱因,且持续时间超过3个月,常表现为腰背、骶尾至臀部疼痛,无压迫神经根症状,影像学检查无异常,常继发腰椎关节活动功能障碍,关节活动度降低,病久后常导致肌肉废用萎缩、腰部乏力等症^[1-2]。由于CNLBP病理学变化复杂,治疗耗时长,患者常无法坚持治疗致疗效不佳,因此寻找一种能快速减轻疼痛并能改善腰椎活动度的治疗方法迫在眉睫。笔者运用棍针治疗CNLBP患者,观察其止痛和改善腰椎活动度的即时效应^[3-4],结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2021年3月—2021年8月就诊于福建中医药大学附属泉州中医院针灸科,符合CNLBP诊断标准的患者80例,按数字表法随机分为对照组和治疗组各40例。治疗组男23例,女17例;年龄22~63岁,平均年龄(44.33 ± 1.58)岁;病程3~13个月,平均病程(5.40 ± 0.43)个月。对照组男24例,女

16例;年龄23~66岁,平均年龄(43.79 ± 1.60)岁;病程3~14个月,平均病程(5.44 ± 0.50)个月。治疗组和对照组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。伦理批号:[2020]泉中医伦理审字第006号。

1.2 诊断标准 参照《中国急/慢性非特异性腰背痛诊疗专家共识》^[5]、《循证针灸临床实践指南:腰痛》^[6]拟定:腰背部及臀部以上出现反复疼痛,病程3个月以上,影像学检查无明显异常,伴有腰椎关节活动障碍,无椎管狭窄,一般不伴有下肢放射性疼痛等神经根压迫症状。

1.3 纳入标准 ①符合以上诊断标准;②年龄20~68岁,性别不限;③近7 d内无进行与本疾病相关的治疗;④患者无认知功能障碍,表达流畅清晰;⑤患者自愿接受和配合完成本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①处于哺乳期或妊娠期的妇女;②其他器质性因素或其他疾病所致下腰痛者;③合并严重骨质疏松、强直性脊柱炎、痛风性关节炎等疾病者;④伴有其他不适而不能进入本试验者。

1.5 脱落、剔除标准 ①试验过程中发生严重并发症或有其他合并症出现者;②在本研究期间同时接受其他疗法并导致研究结果不准确者;③自行退出者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 予常规针刺治疗。选取穴位^[7]:双侧肾俞、大肠俞、环跳、委中、悬钟、申脉、昆仑、腰部夹脊穴、阿是穴。操作方法:患者采取俯卧位,穴位处常规消毒后,根据患者体型、年龄等因素,选用长为40~

※基金项目 泉州市科技计划项目(No.2020N062s);福建省中医学术流派泉州留氏针灸传承工作室建设项目(No.闽卫中医[2018]52号);福建省临床重点专科项目(中医)类建设项目(No.泉财指标[2021]335号)

*作者简介 苏瑟琴,女,副主任医师,硕士研究生。研究方向:脊柱及相关疾病的研究。

•作者单位 福建中医药大学附属泉州中医院针灸科(福建 泉州 362000)

75 mm,直径为0.25~0.35 mm的一次性针灸针,行平补平泻法,得气后留针30 min。

1.6.2 治疗组 在对照组的基础上予棍针治疗。棍针(福州市玉鸿基角器制品厂)长约6 cm,一侧形似宽约1.2 cm的扁平刀状,较为尖锐;另一侧形似直径约为0.8 cm的圆锥状。常规针刺后,患者充分暴露腰背、骶尾及臀部,术者以双侧拇指指腹沿双侧足太阳经、足少阳经及督脉循行方向,由上到下,由浅入深逐渐加压寻找“结筋病灶”^[8],其中特别以足太阳、足少阳经筋的结筋灶分布区域为主^[9]:腰椎(L1~L5)棘突、三焦俞次、肾俞次、大肠俞次、关元俞次、次髎次、中膂俞次、秩边次、白环俞次、环跳次。当触及增厚的条索状、圆形或其他不规则团块状肌肉处,询问患者感受,若其反应强烈,疼痛拒按,予记号笔标记。之后找到竖脊肌和腰大肌的起止点,分别位于腰椎棘突的两侧,胸腰筋膜及第十二胸椎至第五腰椎的横突前下缘做标记。常规消毒后,以棍针圆锥端于已标记处行圆周旋转的轻推慢按,手法柔和顺畅,持续约15 min;手术中注意观察并询问患者的感受,疼痛明显处换以棍针扁平端弹拨点按,以患者耐受为度,不可出现血痕。两组均治疗1 d后评估疗效。

1.7 疗效观察

1.7.1 关节活动度 分别记录两组患者治疗前后腰椎关节左右旋转、左右侧屈、前屈、后伸不同方位的活动度。关节活动度测量以专业量角器完成。

1.7.2 视觉模拟评分(Visual Analogue Scale, VAS) 一条长10 cm的横线,两端分别为0和10,“0”代表最低分,为无痛,“10”代表最高分,为剧痛,根据患者主观感受的疼痛程度,在横线上标注出相对的位置^[10]。

1.8 统计学处理 运用SPSS 23.0软件统计分析处理相关数据,组间比较应用 t 检验;计数资料进行 χ^2 检验,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,不同治疗时间的VAS评分运用重复测量资料方差分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病例脱落情况 治疗组中1例男性患者因出差无法继续完成治疗,故脱落1例;对照组无病例脱落。最终完成例数为治疗组39例,对照组40例。

2.2 两组治疗前后VAS评分比较 两组治疗前VAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组VAS评分均较治疗前降低,且治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 两组治疗前后VAS评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	40	5.15±1.42	4.70±1.24 ¹⁾
治疗组	39	5.38±1.33	4.15±1.05 ^{1),2)}

注:与治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较,²⁾ $P<0.05$

2.3 两组治疗前后腰椎关节活动度比较 治疗组和对照组治疗前腰椎关节各个方向活动度比较,无显著差异($P>0.05$)。治疗后,两组腰椎关节各个方向活动度均较治疗前增加,且治疗组前屈活动度的改善程度明显优于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 两组治疗前后腰椎关节活动度比较(°, $\bar{x} \pm s$)

关节活动	对照组(n=40)		治疗组(n=39)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
前屈	69.83±12.27	71.60±11.92 ¹⁾	69.73±11.15	75.28±9.35 ^{1),2)}
后伸	24.83±2.37	25.40±2.31 ¹⁾	25.55±1.99	26.48±1.83 ¹⁾
左侧屈	25.30±2.83	25.75±2.48 ¹⁾	25.43±2.58	26.18±1.99 ¹⁾
右侧屈	25.40±3.04	25.70±2.79 ¹⁾	25.70±2.75	26.73±1.95 ¹⁾
左侧旋	25.30±2.94	25.75±2.59 ¹⁾	25.75±2.74	26.63±2.06 ¹⁾
右侧旋	25.73±3.19	26.10±2.91 ¹⁾	26.15±2.65	27.33±1.82 ¹⁾

注:与治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较,²⁾ $P<0.05$

3 讨论

在国内外研究中,CNLBP治疗方法的即时效应研究甚少。由于该病病程长,患者多无法坚持治疗,多因中途放弃而影响最终治疗效果。因此,寻找一种在传统治疗基础上有较好即时效应的治疗方法,可明显提高患者对后续治疗的依从性,增加腰椎活动功能恢复的信心。本研究中,治疗1 d后观察发现两组治疗后腰椎各方向活动度均较治疗前升高,其中治疗组腰椎前屈活动增加的程度明显优于对照组;两组的VAS评分治疗后均较前降低,其中治疗组的VAS评分降低程度优于对照组($P<0.05$)。可见,棍针对下腰痛的即时镇痛效果及增加腰椎关节前屈活动度的作用是肯定的。

中医学认为,腰痛的病因多为风、寒、湿邪外侵,或跌仆损伤,致气血运行受阻,瘀血或痰湿阻滞,引起肌肉筋膜挛缩^[11]。《说文解字》曰“结,缔也;缔,结未解也”^[12],《灵枢·经筋》提到“以痛为腧”,腰痛在临床中多以经筋病变为主,结筋灶多表现为不规则类圆形或条索状增厚组织,按压有疼痛,多发生于十二经筋^[13]。后代医家研究发现,结筋病灶实质为瘢痕缔结组织,由于正常组织在长期的劳损老化后粘连、挛缩,出现局部的压迫刺激产生疼痛^[14]。由于经筋中无有空,各有定位,其形态特征与经脉不同,其作用是连缀百骸,

网络全身,当经筋出现病理产物——结筋病灶,即“筋结”“筋挛”,致气血运行不畅,不通则痛。足太阳经筋“上结于臀,上挟脊上项”,其病“脊反折”,经筋附着于骨,有约束骨骼的作用,主司周身关节活动,当筋脉阻滞不通,必然造成关节活动不利,腰椎俯仰受限^[15]。《灵枢》提到“坚而紧者,破而散之,气下乃止”,指出将筋结处破除散开,便可使气血运行顺畅,通则不痛,因此局部“解结”法可起到立竿见影的作用^[16]。《灵枢·卫气》曰:“必先按而在久应于手。”筋结灶的查找多以手指按压为主,而棍针代替手指对结筋病灶进行查找和刺激,较传统推拿手法渗透性更强,刺激量更大,可松解变厚坚硬的瘢痕结缔组织,解除粘连和挛缩对局部神经血管的卡压症状,恢复正常血液供应,使组织代谢正常,能在短期内达到解除疼痛的作用,同时可有效增大关节活动度。

研究中选择反阿是穴^[17-18],即肌肉的起止点疗法。起止点代表的是一个区域,而非字面所描述的点,其是指肌肉、韧带、肌腱、筋膜等组织于骨骼的附着处。在背部的所有肌群中,竖脊肌沿着脊柱分布,是全身最长、最大、分布较广的肌肉之一;而腰大肌则分布于腰椎两侧,以上的两块肌肉是维持脊柱稳定并协调腰、髋和下肢关节运动的重要组成结构。由于长期负重劳损,肌肉多呈现挛缩紧张的状态,后期出现炎性水肿,充血渗出,若选取阿是穴进行治疗常会刺激局部炎症反应,加重疼痛症状,且由于是整块肌腹受累,单独寻找局部阿是穴“以痛治痛”无法解决问题。现代研究学者将现代解剖学原理结合中医整体观的理论,通过在同一块肌肉的起止点寻找反阿是穴进行局部刺激,即所谓“痛外治痛”之法,即时效应明确。正如《灵枢·邪气脏腑病形》所言,“身之中于风也,不必动脏”,经筋系统中关节软组织病变虽为一个小的整体,病变后却能引起全身这一大整体的问题。反之,治疗时只要以病变的肌肉、肌腱、韧带等经筋系统为小整体进行治疗,亦可明显改善大整体的功能和状态^[19]。反阿是穴主要特点是局部刺激后可瞬间减轻症状。指压的局部可有或无疼痛感,肌肉起止点的寻找需要医者有较强的中医理论和现代解剖学基础,熟练感知指下触诊,并在临床中不断总结经验,当寻得正确的筋结点和反阿是穴后,以棍针治疗替代指压推拿,渗透性更强,可即刻“解结”,舒筋活络,短期内缓解疼痛。

笔者在临床中将棍针疗法应用于其他疾病,如头痛、面瘫、颈椎病、肩周炎等,均取得了一定的效果。

通过实践发现,以筋论治疾病是棍针治疗的主要理论基础和实践依据,其克服了传统推拿手法无法渗透到深层、细小筋结点的弊端,且便于携带,无不良反应,操作简单,疗效立见,可在短期内解决病痛,极大地增强患者的信心。

综上所述,棍针可迅速松解粘连挛缩,改善局部血供,减轻组织神经血管压迫,有良好的即时止痛和在短时间内改善腰椎关节前屈活动度的作用。下一步研究可规律持续性治疗,增大样本量,增加长期随访,进一步观察其远期疗效。

参考文献

- [1] CHOU R. Low back pain (chronic) [J]. BMJ Clin Evid, 2010; 1116.
- [2] 刘建航, 余绍涌, 李锦威. 非特异性下腰痛的治疗进展[J]. 中华全科医学, 2019, 17(3): 459-463.
- [3] 洪嘉婧, 王丽丽, 阚俊明, 等. 助阳化瘀针灸法对慢性劳损腰痛的即时效应观察[J]. 临床医药文献杂志, 2017, 9(4): 19081-19083.
- [4] 钟建国, 陈曦, 李书娟, 等. 灵龟八法针刺治疗坐骨神经痛的即时镇痛效应观察[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(4): 477-480.
- [5] 中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会专家组. 中国急/慢性非特异性腰背痛诊疗专家共识[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2016, 26(12): 1134-1138.
- [6] 中国针灸学会. 循证针灸临床实践指南: 腰痛[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2014: 4-6.
- [7] 梁繁荣, 王华. 针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 218.
- [8] 王垒鈔, 董宝强, 林星星, 等. 针刺结筋病灶点与经穴治疗非特异性腰痛随机对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(3): 13-15.
- [9] 薛立功. 中国经筋学[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2009: 58-129.
- [10] 沈峥嵘, 王勇, 吴哲. 非特异性下腰痛评估量表、发病机制及诊疗的研究进展[J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45(8): 16-19.
- [11] 黄锦文, 庞贞兰. 腰背肌筋膜炎中医药治疗研究进展[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(31): 177-179.
- [12] 谢占清, 崔立民, 王玉双, 等. 结筋病灶点的解剖实质辨析[J]. 环球中医药, 2019, 12(10): 1569-1570.
- [13] 苏鑫童, 李春颖, 刘琪, 等. 结筋病灶点与阿是穴刍议[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(6): 45-46.
- [14] 庞轲, 刘一君, 张凯, 等. 增生性瘢痕治疗研究进展[J]. 中国烧伤创疡杂志, 2019, 31(1): 58-62.
- [15] 石方园, 董宝强, 林星星, 等. 基于经筋理论腰腹联合针刺治疗非特异性腰痛临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35(2): 93-96.
- [16] 苏鑫童, 马晓晶, 薛立功, 等. 论经筋痹痛[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(4): 381-382.
- [17] 张文兵, 霍则军. 反阿是穴肌肉起止点取穴法初探[J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28(7): 432-433.
- [18] 张文兵, 霍则军. 肌肉起止点疗法: 反阿是穴[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 11-15.
- [19] 杨东魁, 蒋芸, 杨润, 等. “肌肉起止点推拿法”治疗颈肩综合征 62 例临床观察[J]. 山西中医学院学报, 2013, 14(2): 52-54.

(收稿日期: 2023-03-16)

(本文编辑: 黄明愉)