

针刀合手法治疗颈背部慢性肌筋膜炎

木荣华, 张瑞国, 全晓彬

(温州医学院附属第三医院, 浙江 瑞安 325200)

关键词 纤维肌痛 小针刀疗法 手法 临床研究

慢性肌筋膜炎又称纤维织炎或肌肉风湿症, 是指筋膜、肌肉、肌腱和韧带等软组织的无菌性炎症。对慢性肌筋膜炎的治疗目前临床上多采用非甾体类药、理疗、按摩等方法, 疗效不够肯定。自 2008 年 6 月至 2009 年 12 月, 作者应用针刀配合手法治疗颈背部慢性肌筋膜炎 186 例, 收到了满意效果。现总结报告如下。

1 临床资料

本组 186 例, 均为门诊病例, 其中女 110 例, 男 76 例。年龄 22 ~ 68 岁, 平均 45 岁。均有颈背部有外伤、劳损史, 临床表现为颈背部疼痛、酸胀, 劳累后疼痛加重。颈背部多处压痛, 颈、胸椎棘突压痛 68 例, 肩胛骨内侧压痛 102 例, 局部触及痛性结节 56 例, 颈背部肌肉紧张、僵硬 136 例。经 X 线片检查颈、胸椎未见明显异常。

2 治疗方法

2.1 针刀治疗 患者俯卧位, 局部常规消毒、铺巾, 龙胆紫作标记, 应用朱氏 4 号针刀治疗。每周 1 次, 3 次为 1 个疗程。①颈、胸椎棘突压痛者, 经棘突表面进针, 与脊柱方向平行, 进针至筋膜层, 做纵形切割 1 ~ 2 刀。②肩胛骨内侧压痛者, 经肩胛骨内侧缘, 跟皮肤呈 60°, 紧贴骨面进针, 到达筋膜层后做针刀纵行疏通、横行剥离。③颈背部触及痛性结节者, 经痛点表皮进针, 进针方向要与结节或硬条索长轴方向一致, 与局部相应层次的肌纤维走向一致, 深度以穿透筋膜到达结节或硬条索, 切割 1 ~ 2 刀, 感觉针下松动即可。④颈、背部僵硬者, 在僵硬处取 4 ~ 6 点, 进针至筋膜层后, 用针刀做十字切割, 可闻“嚓嚓”声。

2.2 手法治疗 针刀术后行手法治疗, 每周 1 次, 3 次为 1 个疗程。患者坐位, 逐步施实以下手法。①放松法: 术者用拇指自上而下交替点按脊柱两侧, 重点压风池、大椎、肩外俞、肩井、天宗等穴, 以疏通经络, 然后在背部施以滚法、掌揉法、以局部肌肉温热为

效。②弹拨法: 对颈背部压痛点及痛性结节、条索状物处或针刀术点区, 进行按压和弹拨, 手法由轻到重, 约 1 min。③牵颈法: 术者站身后, 双手掌托患者下颌处, 一膝轻抵患者背部, 双手微用力向上拉提, 约 20 s。④叩背法: 患者双手交叉抱肩, 用力屈背, 术者立其身后一侧, 双手合拢, 用手指及小鱼际叩打背部, 约 1 min。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 参照洛阳正骨·骨伤病证诊疗规范^[1]及邵宣编《实用颈腰痛学》^[2]拟定。治愈: 颈背部酸胀、疼痛消失, 局部无压痛, 未触及痛性结节或条索状物, 局部肌肉放松。显效: 颈背部酸胀、疼痛明显减轻, 局部无压痛, 条索状物减少, 肌肉僵硬明显好转。好转: 颈背部酸胀、疼痛好转, 局部痛性结节或条索状物减少, 肌肉僵硬好转。无效: 治疗前后无变化。

3.2 疗效评定结果 本组 186 例, 治疗次数 3 ~ 5 次, 平均 3.2 次。均于治疗 1 个疗程后按上述标准评定, 结果治愈 65 例, 显效 89 例, 好转 29 例, 无效 3 例, 显效率 82.9%。治疗过程中有 2 例诉有过性头晕, 片刻即缓解。

4 讨论

中医学认为, 本病属于“筋痹”范畴, 感受风寒湿邪以及劳累过度致使气血瘀阻, 经脉不畅, 不通则痛。其主要病理特点是瘀和寒, 治疗应以活血祛瘀, 温经散寒止痛为主, 故采用针刀松解合手法治疗, “以痛为腧”“去痛致松”“松则通”“通则不痛”。

现代医学认为颈背部慢性肌筋膜炎是由于慢性劳损、寒冷、潮湿、以及长时间背部肌肉收缩等原因使筋膜受到反复牵拉、摩擦、寒热异常、局部卡压等刺激, 造成局部筋膜产生缺血、增厚、变性、粘连等内在的病理变化^[3], 刺激肌肉产生持久的收缩状态, 出现肌紧张, 局部肌张力增高造成局部软组织血管痉挛, 刺激神经, 导致疼痛。在颈背部慢性肌筋炎的发病机制中, 软组织张力增高是重要的病理因(下转第 66 页)

4 讨 论

肩关节脱位临床常见,常用的复位方法有拔伸足蹬复位法、椅背复位法、牵引回旋法、拔伸托入法、膝顶推挤等法,复位过程中均以腋部为支点,然后对上肢进行对抗牵引,常因刺激腋下使肩关节周围肌肉产生高度紧张,出现交锁、嵌顿症状,从而导致复位的失败。

肩关节脱位后其周围肌肉已处于紧张状态,而常规的复位过程中术者脚跟及膝部等坚硬部位顶如腋窝部,受到刺激从而致使胸大肌等肌肉反应性痉挛,收缩后致使肱骨头卡在肩胛盂下方而阻碍复位,如果强行暴力复位可造成肩关节周围的血管、神经、软组织受伤,甚至医源性骨折的发生。

本法是顺着脱位的原始损伤的路径进行复位,因患者跌到时患肢处于前举外展时,肱骨大结节与肩峰紧密相连,成为杠杆的支点,迫使肱骨头冲破较薄弱的关节囊前下方滑出关节盂,形成关节盂下脱位,可合并肱骨大结节骨折^[2]。加上肩关节的肩胛骨平面与胸廓的冠状面之间有一夹角,通常肩胛骨向前倾斜 $35^{\circ} \sim 40^{\circ}$ ^[3],而患者的双手抱膝位,此位置与脱出的肱骨头、关节囊破裂口、肩胛盂平面为同一方向,使肱骨头从原始损伤路径回复原位。整个过程中无扭转、

剪切暴力,从而有效的避免医源性损伤发生^[4]。而施术前先与患者进行有效沟通,详细解说复位过程中的要点,复位过程中加入道家导引方法,要求患者进行缓慢吐呐(深呼吸)、收心、即眼观鼻、鼻观心,使之情绪放松,然后导引患者从肩部开始放松,逐步向下至前臂到手部,只有在两上肢充分放松情况下才能有效利用下肢自然下垂的重力对脱出的肩关节起到复位作用。

抱膝位自动复位法,配合天台山道家南宗导引法,能有效解除患肢紧张状态,是道医正骨的独特疗法,复位效果好,减小患者痛苦,不受场地、麻醉条件的限制。

5 参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1985: 179.
- [2] 施杞, 王和鸣. 骨伤科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 835 - 841.
- [3] 王亦聰. 骨与关节损伤[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 473.
- [4] 应有荣. 天台山道家功夫正骨真传[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 102.

(2010-08-24 收稿 2011-01-28 修回)

(上接第 64 页)素,所以治疗应以减张为主。作者采用针刀对皮下组织、筋膜和肌肉的切割,使筋膜腔内压力减低,筋膜表面张力降低,解除神经行走过程中卡压所致的软组织高压状态,达到松解粘连,减压减张的目的,从而消除感觉神经末梢的刺激和压迫,缓解疼痛^[4]。

颈背部慢性肌筋膜炎在临床症状方面跟颈型颈椎病表现较相似,可病理机制不一样及 X 线表现不同可以作为两者的主要鉴别诊断。在针刀治疗方面,本病除了颈、胸椎的棘突压痛点,肩胛骨内侧缘点,针刀纵行疏通,横行剥离力度稍大,范围稍广些,其他处深度为筋膜层足矣,不需要做大范围铲、割松解。颈背部慢性肌筋膜炎往往存在一个或数个痛性结节,触诊时明显较正常组织紧张、坚硬,常为点状或条索状,称之为“触发点”^[5]。按压触发点可以诱发出局部疼痛或加重已存在的疼痛,甚至可诱导出局部的肌肉颤搐反应。目前国内外对触发点的研究不是很清楚,认为可能跟神经末梢受卡压有关系^[6]。对颈背部慢性肌筋膜炎的治疗,触发点很关键,对肌筋膜及肌纤维在局部挛缩而形成的紧张性和痉挛性的结节采用针刀

切割,手法弹拨,使之软化,消散,只要部位选择准确,针刀对触发点的有效松解能解除肌肉,筋膜痉挛的恶性循环。针刀后的手法治疗能增加局部的血液循环,提高新陈代谢,促进炎性物质的吸收,形象地说针刀合手法减张治疗就象是在充足气的皮球上扎几个孔,再拍一掌,疗效更佳。

5 参考文献

- [1] 杜天信, 高书图. 洛阳正骨·骨伤病证诊疗规范[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2007: 332.
- [2] 邵宣. 实用颈背痛学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1992: 302.
- [3] 薛严锋. 中药加手法治疗背肌筋膜炎 156 例临床报告[J]. 中医正骨, 2007, 19(3): 38.
- [4] 董福慧. 皮神经卡压综合征的治疗[J]. 中国骨伤, 2003, 16(5): 308 - 312.
- [5] 黄强民. 肌筋膜触发点及肌筋膜疼痛综合征[J]. 颈腰痛杂志, 2004, 25(5): 36 - 37.
- [6] 董福慧, 郭振芳, 张春美. 皮神经卡压综合征[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2002: 2 - 9.

(2010-05-26 收稿 2010-10-08 修回)