

揞针治疗急性软组织扭伤疗效观察

乔 敏

(河南中医学院第三附属医院, 郑州 450000)

急性软组织扭伤疼痛是指在活动过程中扭闪跌仆而造成躯体肌肉、筋膜、韧带等软组织损伤的病证,不伴有皮肤破损、骨折、脱臼等损害,其主要临床表现是受伤部位疼痛、肿胀、关节活动受限,是临床常见病之一。笔者采用揞针埋针治疗急性软组织扭伤,取得满意疗效,现报道如下。

一般资料

研究对象为 2009~2014 年我科门诊急性软组织扭伤患者,共 50 例。其中男性 32 例,女性 18 例;年龄 18~63 岁;病程 2 h~2 d;急性腰扭伤 28 例,落枕 11 例,肩胛提肌扭伤 5 例,菱形肌扭伤 3 例,腓肠肌扭伤 3 例。按就诊顺序随机分为两组,25 例患者用揞针治疗,25 例患者用毫针刺治疗。经统计学分析,两组一般临床资料没有统计学意义($P>0.05$)。

诊断标准。参照国家中医药管理局颁发的《中医病证诊断疗效标准》中的有关标准及临床情况拟定:①有外伤、扭伤史;②急性发作,病史小于 48 h;③局部疼痛,活动不利,活动时疼痛加重,因疼痛强迫体位;④疼痛处肌肉痉挛,可触及肿块或条索样改变;⑤排除皮肤破损、骨折、脱臼损伤等。

治疗方法

治疗组:揞针埋针治疗。操作:选择合适的体位,将阿是穴处皮肤常规消毒干燥后,将清铃揞针(日本清铃株式会社生产,规格:直径:0.20 mm;长度:1.5 mm)垂直刺入皮肤埋针,适度按压 1 min。根据疼痛的范围,可选一个或数个穴位埋针,留针候气 72 h。

对照组:毫针刺治疗。操作:患者取合适的体位,寻找最痛点,在最痛点所属经脉的远端选 1 穴。常规消毒后,选取合适长短的毫针先刺远端穴位,行针的同时活动相应软组织,3 min 后在痛点最高点及疼痛四周围刺。针用泻法,留针 30 min,每 10 min 行针 1 次,每日 1 次,3 d 为 1 个疗程。

疗效评定^[1]:全部病例在首次治疗前后和治疗 3 d 后进行目测类比定级法(visual analogue scale, VAS)评估,3 d 后进行综合疗效评估。

目测类比定级法:对疼痛进行评估,在纸上画长度

为 10 cm 的线段,等分为 100 段,0 cm 端表示无痛(评估为 0 分),10 cm 端表示疼痛难忍(评估为 10 分),让患者用笔根据自己感觉的疼痛程度在线段上划上相应的点。治疗前及首次治疗后 10 min、治疗 3 d 后应用 VAS 对疼痛进行评估。

治疗结果

疗效标准:治疗 3 d 后进行评价,评价疗效标准参照《中医病证诊断疗效标准》。痊愈:疼痛症状与体征完全消失,活动功能恢复;好转:疼痛症状与体征减轻,活动功能基本恢复;无效:疼痛症状与体征无改变,活动仍受限。

结果分析:治疗前 2 组病例的 VAS 评分无显著性差异($P>0.05$);与治疗前比较,治疗组和对照组首次治疗后及 3 d 后止痛效果及综合评价有统计学意义($P<0.05$);与对照组比较,治疗组首次治疗后止痛效果优于对照组($P<0.05$),但 3 d 后综合疗效评估总有效率无显著性差异($P>0.05$)。见表 1、表 2。

表 1 治疗组与对照组治疗急性软组织扭伤 VAS 评分均数比较($\bar{x}\pm s$)

组别	治疗前	首次治疗后	3 天后
治疗组	8.50±1.06	2.81±1.12	1.09±1.09
对照组	8.36±1.22	5.02±1.43	2.33±1.38

表 2 治疗组与对照组治疗急性软组织扭伤综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率
治疗组	25	20(80%)	5(20%)	0	100%
对照组	25	12(48%)	13(52%)	0	100%

讨论

急性软组织扭伤的重要症状即为软组织痉挛导致的疼痛,其功能活动的受限也因疼痛引起,故治疗时应以止痛和缓解软组织痉挛为原则。揞针埋针具有运行局部穴位气血、疏通经络、促进代谢(增加碱性物质)、解除局部软组织痉挛的功能^[2]。所以揞针治疗急性软组织扭伤疼痛具有显著的疗效。

揞针即皮下埋针,是通过浅刺而长留针来治疗疾病的方法。其治疗范围较广,包括急慢性软组织损伤、关节炎、骨质增生、网球肘、弹响指、肩周炎、足跟痛、腕管综合征、桡骨茎突狭窄性腱鞘炎、胃痛、腰痛、头痛、失眠、高血压、哮喘、月经不调和心律不齐等^[3]。笔者在临床中发现揞针埋体针抑制饥饿感也具有较好疗效。

清铃揞针针体长短粗细合适,埋入体内留针期间基本无疼痛;其胶布防水性能好、很少有过敏情况,所以可以长时间留在体表起到长效针刺的作用。又因其无疼痛,安全无副作用,节省患者时间,值得推广。

参考文献

- [1] 龚大伟, 张贵峰, 黄泳, 等. 浮针治疗第3腰椎横突综合征的临床观察[J]. 甘肃中医, 2010, 23(6): 17.
- [2] 张大同, 沈瑾. 揞针配合运动疗法治疗落枕的临床意义[J]. 江西中医药, 2010, 41(7): 59.
- [3] 郝洋, 刘炜宏. 新型揞针临床应用偶拾[J]. 中国针灸, 2013, 33: 87-88. (收稿日期 2015-03-01)

针刺加电针治疗脑卒中后足内翻 150 例临床报道

齐运卫

(河南省洛阳市第一中医院, 471001)

足内翻是脑卒中后偏瘫病人的常见并发症之一, 临床发生率较高, 尤其在痉挛性偏瘫患者中最为常见。该病极易导致病人踝关节损伤, 甚至跌倒, 对病人行走和康复十分不利, 且目前尚无较好的治疗方法。笔者近年来采用电针阳陵泉、丘墟穴的方法治疗本病 150 例, 取得较好疗效, 现报道如下。

一般资料

所有病例来源于我院康复科住院患者。150 例中男 82 例, 女 68 例; 年龄最小 21 岁, 最大 78 岁, 平均 52 岁; 脑出血 63 例, 脑梗死 87 例; 弛缓性偏瘫患者 85 例, 痉挛性偏瘫患者 65 例; 发病 1 次 56 例, 发病 2 次及以上 94 例; 病程最长 4 年, 最短 25 d。

纳入标准。中医诊断: 符合 1995 年国家中医药管理局脑病急症协作组起草制订的《中风病诊断与疗效评定标准》; 西医诊断: 符合 1995 年中华医学会第四届全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》中脑梗死、脑出血诊断标准, 并经 CT 或 MRI 确诊。

临床表现及体征:患侧肢体瘫痪, 肌力、肌张力均在 II 级及以上, 踝关节向内侧屈曲, 呈足内翻状, 用力、走路时发生或加重。

治疗方法

针刺法:患者仰卧位, 选取 0.30 cm×40 cm 毫针, 皮肤常规消毒后, 采用单手进针法, 穴取人中、双侧风池、内关、三阴交; 患侧肩髃、曲池、血海、足三里、阳陵泉、丘墟。留针 30 min, 15 min 行针一次。

电针法:采用四川恒明科技开发有限公司生产的“HM6805-II 型经穴治疗仪”, 两个电极分别夹在阳陵

泉和丘墟穴上。接通电源, 波型调到连续波, 频率调到 18 Hz, 打开工作开关, 电流从 0 开始加大至看到患足外侧向上跳动为止。如果看到患足大拇指向上跳动, 而其余四趾向下跳动, 则需调整阳陵泉穴针尖方向、深度及电流大小, 直至看到足背外侧四趾向上跳动为止。

每周治疗 6 d, 4 周后观察疗效。

治疗结果

疗效标准。治愈: 走路时足能放平, 足内翻消失; 显效: 踝关节不再向内侧屈曲呈足内翻状, 仅在受刺激、用力时出现轻度足内翻, 走路时足基本能放平; 有效: 足内翻较治疗前明显好转, 但在受刺激、用力时出现中度足内翻, 走路时足不能放平; 无效: 足内翻无明显改善。

治疗 4 周后治愈 20 例, 显效 52 例, 有效 66 例, 无效 12 例, 总有效率 92.0%。

讨论

足内翻是脑卒中偏瘫患者常见并发症, 临床表现为患侧小腿内侧肌群肌张力增高, 踝关节向内侧屈曲, 患足不能放平, 走路时足外侧先着地。是因为患侧小腿内侧肌群肌肉痉挛, 外侧肌群肌肉无力, 踝关节内外两侧肌力不平衡所致。中医学认为, 本病为“经筋”病, 患侧经络不通、筋脉失养而挛急。治当养肝、柔筋、缓急。

肝为脏, 胆为腑, 肝胆相表里。阳陵泉为八会穴之筋会, 善治疗经筋病; 丘墟穴为胆经原穴, 是胆经原气汇集之处。现代解剖学证实, 阳陵泉穴处腓骨小头前下方凹陷处, 在腓骨长、短肌中, 当腓总神经分为腓浅神经及腓深神经处。腓深神经于腓骨颈高度起自腓总神经, 发肌支配小腿前群肌和足背肌; 腓浅神经亦于腓骨颈高度起自腓总神经, 下行于腓长、短肌之间, 发肌支配此二肌。而小腿前群肌中的胫骨前肌、第 3 腓骨肌有伸踝关节和足内翻的作用, 腓骨长、短肌则有屈踝关节和足外翻的作用^[1]。故针刺阳陵泉穴要使针尖到达腓骨长、短肌, 而避免触及胫骨前肌和第三腓骨肌, 从而达到增强腓骨长、短肌肌力, 纠正足内翻的作用。所以, 掌握好针刺深度与方向, 做到通电后使腓骨长、短肌收缩, 足背及 2~5 趾向上跳动至关重要。丘墟穴在外踝前下缘, 当趾长伸肌腱的外侧凹陷中, 布有足背中间皮神经分支及腓浅神经分支^[1]。故两穴通电, 能够振奋胆经经气, 柔筋缓急, 疏经通络, 兴奋腓浅神经, 提高腓骨长、短肌肌力, 纠正足内翻。

参考文献

- [1] 王怀经. 局部解剖学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 330-331. (收稿日期 2015-03-09)