

畴,根据经筋理论指导取穴原则,“以痛为腧”重点取手三阳经的“筋结点”,其治疗原则是“针至病所”,即用“解结”法直接松解筋结病灶点,以治疗骨骼深邪远痹,不同于传统针灸的“气至病所”。针刺调理脏腑之功,可纠正经筋痉挛而导致的颈椎关节紊乱,松解病变及肌肉的痉挛与疼痛,使经通筋舒,从而纠正颈椎应力失稳,颈部经筋得到松解使异常应力消除后,颈椎的序列得以恢复正常,使椎动脉、颈神经根、颈交感神经节的刺激与压迫随之缓解。

从经筋理论分析,可以认为是转筋错缝,气血阻滞。要提高针灸疗效,必须结合运动针法。针刺运动针法是在针刺治疗的同时,选用一定的运动方式,主动和被动均可,以提高疗效的一种综合治法。颈椎病的运动针法就是先从病变经筋的远端针刺,得气后要求患者作颈部运动,再对疼痛和压痛的部位分辨所属经筋,再从相应的经筋循找穴位治疗。这样既可以将颈部各个部位的病灶寻找出来,又能检查治疗的即时效果,能更全面消除颈部病变。行针留针时配合运动,可使经气迅速抵达病所,使痉挛紧张的筋肉得到松弛,粘连的韧带得到松解,增强弛缓肌肉的张力,促进局部组织的解剖复位,有助于嵌顿肌腱、筋膜的复位和小关节紊乱的矫正,使颈椎逐渐恢复平衡状态^[8]。

运用分筋辨证治疗颈椎病时,先于远端治疗,配合运动针法,检查治疗的即时效应,如颈项局部疼痛未能缓解,或者仍有明显压痛点或运动障碍的,则采用“远近结合”的原则,于局部寻找阿是穴进行针刺,得气后不留针。这样可以避免颈部留针时间长引起颈部肌肉僵硬、头晕等不良反应。周立志等认为颈夹脊电针结合三维正骨手法并用,可缓解周围肌

肉痉挛,改善神经根、椎动脉和压迫物(骨质增生、椎间盘等)之间的位置关系,从而缓解颈椎各关节对椎动脉及周围神经的影响,消除对椎动脉丛、颈交感神经干和窦椎神经的压迫与刺激,使颈部生物力学失衡得以恢复^[9]。

运用经筋理论辨证,配合运动疗法治疗颈椎病的疗效优于传统的取穴方法,可以减少颈部的针灸治疗,从而减少针灸的不良反应的发生率。

参考文献

- [1] 骆书彦,马帅.十二经筋理论探释[J].江苏中医药,2004,25(1):42—43.
- [2] 秦玉革.《内经》经筋的实质是神经[J].中国针灸,2006,26(2):147—150.
- [3] 刘涛,李平.经筋实质初探[J].中国针灸,2007,27(4):297.
- [4] 马立新.经筋理论在临床中的应用体会[D].北京中医药大学硕士论文集,2004.
- [5] 韦英才.浅释经筋与经脉的异同及其临床意义[J].2007,24(3):247—248.
- [6] 何生华.经筋理论在治疗颈椎病中的理论探讨[J].时珍国医国药,2005,16(3):181—182.
- [7] 何常春,尹林玉.经筋针刺法治疗神经根型颈椎病60例临床观察[J].中医药导报,2009,15(4):66—67.
- [8] 卜彦青.针灸配合推拿治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J].中国针灸,2004,24(2):97.
- [9] 周立志,彭力,穆敬平,等.电针加三维正骨治疗椎动脉型颈椎病的临床研究[J].中国康复医学杂志,2008,23(3):238—240.
- [10] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].第1版.南京:南京大学出版社,1994.201—202.

·短篇论著·

温通针法治疗神经痛的临床疗效观察*

口锁堂¹ 吴耀持²

神经性疼痛症是指由中枢或外周神经系统原发性病变或功能障碍而引起的疼痛综合征。可由外伤或/和疾病致末梢神经、脊髓后根、脊髓及其以上中枢神经某些部位损伤而引发。根据神经损伤的病因、性质和程度不同,在临床上分为中枢神经疼痛和外周神经损伤所致的周围神经疼痛两大类。中枢神经疼痛简称中枢痛,为中枢神经系统的疼痛传导通路发

生损害或功能障碍而引起的原发性疼痛,常见于脊髓的创伤或脑血管疾病、多发性硬化症和肿瘤等^[1]。周围神经疼痛系外伤、缺血、压迫、感染、炎症、代谢等因素损伤外周神经所致,如幻肢痛、带状疱疹后神经痛、多发性神经炎、糖尿病性周围神经痛等。神经痛是临床常见症状,特别是在针灸临床上,各种原因引起的神经痛更为常见。笔者采用随机对照研究方

* 基金项目:上海市长宁区卫生系统“明日之星”培养计划项目;上海长宁区卫生局科研课题(2008404001)

1 上海市长宁区天山中医医院,上海市长宁区天山中路868号,200051; 2 上海交通大学附属第六人民医院针推科

作者简介:口锁堂,男,博士,主治医师; 收稿日期:2009-05-20

法,观察不同针法治疗以神经痛为主要表现的病症 156 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

156 例患者为 2004 年 6 月—2008 年 12 月针灸科门诊或病房就诊的患者,皆符合该研究入选标准:①年龄 18—80

岁之间;②符合诊断标准;③排除因内脏病变、外伤等其他病变引起的疼痛;④治疗时停用其他有止痛或缓解疼痛的药物;⑤自愿参加本实验。男性 92 例,女性 64 例;颈丛神经痛 44 例,腰丛性神经痛 48 例,肋间神经痛 41 例,面神经痛 23 例。入选病例采用单盲随机法(随机数字法信封抽签)分为治疗组和对照组,每组 78 例。两组患者年龄、病情、病程经统计学分析,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性(见表 1)。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)	疼痛程度(VAS)	疼痛部位(例)			
		男	女				颈	腰	肋	面
治疗组	78	47	31	53.43±9.35	15.77±11.45	7.97±1.12	22	24	20	12
对照组	78	45	33	52.57±10.68	14.64±12.27	7.85±1.14	22	24	21	11

1.2 治疗方法

治疗组采用“温通针法”^[2]。温通针法的操作方法:针刺部位常规消毒后,押手紧按穴位,刺手持针刺入穴内,候气至,针下有沉紧感,押手加重压力,刺手拇指向前连续捻按 9 次,针下沉紧后针尖拉着有感应的部位连续小幅度重插轻提 9 次,刺手拇指再向前连续捻按 9 次后,针尖顶着有感应的部位推弩守气,使针下持续沉紧,同时,押手施以关闭法(即左手拇指按压于穴位下方经络,防止针感下传),以促使针感沿一定方向传导(使针感传至病所),守气 1—3min,留针 30min 后,缓慢出针,按压针孔。

对照组采用一般针刺方法,针刺入穴位后产生针感,留针 30min 后,出针。取疼痛部位经脉上的远端和局部经穴为主,一般以 3—5 穴为准。5 次为 1 疗程,每疗程间休息 2 天,3 个疗程后评定疗效。

1.3 疗效观察

治疗前和 3 个疗程治疗结束后患者分别对疼痛程度采用视觉类比量表(visual analogue scale, VAS)进行评估,给出对应的分值。疗效=治疗前分值-治疗后分值,本实验无脱失病例。

疗效的判断:根据病人感觉,疼痛消失为痊愈;有时偶然出现疼痛,出现≤2 次/d 为显效;疼痛频繁出现,但比治疗前缓解一半以上者为有效;疼痛缓解不足一半者无明显减轻者为无效。

1.4 统计学分析

所有数据用均数±标准差表示,运用 SPSS10.0 统计软件进行统计学处理。对数据作 ANOVA 分析。

2 结果

两组患者治疗前后疼痛评分比较见表 2。两组患者治疗前神经痛 VAS 评分差异无显著性意义($P>0.05$),治疗后比较有显著性差异($P<0.01$)。

表 2 两组治疗前后 VAS 评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	78	7.97±1.12 ^②	2.10±1.63 ^{①③}
对照组	78	7.85±1.14	3.50±1.79 ^③

与对照组比较:① $P<0.01$,② $P>0.05$;③两组组内治疗前后比较 $P<0.01$

治疗组治疗神经痛痊愈 37.18%,显效 34.62%,有效 23.08%,无效 5.13%;对照组痊愈 20.51%,显效 24.36%,有效 44.87%,无效 10.26%。经 χ^2 检验,两组有效率(治愈+显效+有效)差异无显著性($P>0.05$);治愈率差异有显著性意义($P<0.05$);显效率(治愈+显效)差异有显著性($P<0.01$)。

3 讨论

神经性疼痛是神经性疾病的一部分,适用于典型的神经性疾病的诊断步骤。对神经性疼痛的诊断在很大程度上依赖于受损神经、神经干或中枢传导通路的分布区域出现感觉异常来作出诊断。详细了解病史,尤其疼痛初次发作和与当前所患疾病、创伤及外科手术的关系。神经性疼痛亦经常出现不常见的症状和体征,但灼痛、电击样痛或电击痛复合麻刺感投射到皮肤时,应高度考虑是神经性疼痛,如果疼痛放射的部位与神经受损的水平相一致时,进一步支持神经性疼痛的诊断。对神经疼痛的治疗不仅能减轻患者身体的痛苦,而且对患者心理健康有重大关系,有利于患者生存质量的全面改善^[3]。临床和实验研究都已经证实针灸的镇痛作用^[4-6],但是不同的针法产生不同的治疗效果。

“温通针法”是著名针灸专家郑魁山教授在数十年的临床实践中,独创的治疗各种疑难杂症的特色针刺手法。该手法补泻兼施,能激发经气并通过推弩守气,推动气血运行,使气至病所,具有温经通络、清浊化痰、祛风散寒、行气活血、扶正驱邪的作用^[7]。实验研究已经证实“温通针法”能够促进机体自由基的清除^[8-9],促进神经细胞再生^[10],从而达到消肿止痛之功。本研究的病例来自门诊和住院两方面,而且病例收集

跨越了4年之久,患者年龄跨度偏大,对临床疗效的评估可能存在一定偏差。本研究仅是对针刺治疗神经性疼痛的近期疗效进行了观察,尚无对远期疗效的随访和评估。对患者整体生存质量与疗效间关系的综合考察有待于进一步深入研究。但仅从不同针刺手法对疼痛缓解程度来分析,温通针法的疗效优于一般针刺方法。这与文献中有关温通针法动物实验的研究结论相一致^[7-10]。

参考文献

[1] 戴红.脊髓损伤的中枢性疼痛诊断、评价和康复治疗[J].中国康复医学杂志, 2002,6(16):2362—2363.
[2] 方晓丽,郑俊江,郑俊武.郑魁山教授“温通针法”临证运用规律总结[J].中国针灸,2007, 27(4):287—290.
[3] 马玲,倪家骧.慢性疼痛与抑郁症状的研究进展[J].中国康复医学杂志,2008,23(11):1053—1056.

[4] 周友龙,刘宜,付杰娜.踝三针对腰椎间盘突出根性痛大鼠中枢痛递质的影响[J].中国针灸, 2007, 27(12):923—926.
[5] 王樟连,陈利芳,朱维明.腹针经皮电刺激对颈肩腰腿痛患者即时镇痛效应的观察[J].中国针灸, 2007, 27(9):657—659.
[6] 郭纪涛,戴琪萍,裘敏蕾,等.电针对膝关节炎患者本体感觉影响的临床观察 [J]. 中国康复医学杂志, 2008,23(12):1114—1116.
[7] 方晓丽,李金田,郑俊江.郑魁山教授针灸学术思想初探[J].上海中医药杂志,2007, 41(2):9—11.
[8] 口锁堂,陈跃来,口维敏,等.温通针法对 VD 模型大鼠脑 ATP、LD 和 LDH 的影响[J].江苏中医药,2007,39(3):58—59.
[9] 杨晓波,口锁堂,杨晓彬.温通针法对血管性痴呆大鼠行为学及脑组织病理变化的影响[J].针刺研究,2007,32(1):29—33.
[10] 口锁堂,口维敏,杨晓波,等.温通针法对血管性痴呆大鼠脑钙调神经磷酸酶和自由基的影响[J].江西中医学院学报,2006,18(5):53—55.

·短篇论著·

腰腹肌训练对腰椎间盘突出症治疗的影响

徐建侃¹

腰椎间盘突出症是临床常见病,因椎间盘退变、破裂、后突压迫脊髓或神经引起腰腿疼,严重影响患者的生活和工作质量。针灸、推拿、理疗和牵引等常规非手术治疗是最常用的治疗手段。近年来,有学者应用腰腹肌训练对腰椎间盘突出症进行治疗,取得了一定的疗效^[1-3]。本研究通过常规非手术治疗结合腰腹肌训练对23例腰椎间盘突出症患者进行治疗,并与23例常规非手术治疗组进行对照,观察其临床疗效在治疗前后的改变。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2005年3月—2008年2月在我院康复病房住院的腰椎间盘突出症患者46例,均有腰腿痛、活动受限、棘突及棘突旁压痛、患侧直腿抬高试验及加强试验阳性、伴肌力、感觉和反射改变等症体征并经MRI确诊。随机分成对照组(针灸、推拿、理疗和牵引治疗)23例和实验组(对照组基础上加腰腹肌训练)23例,两组均排除患者腰椎手术史、腰椎结核肿瘤及心血管、呼吸、消化系统或其他系统的重大疾病。两组资料在年龄、性别、病程、MRI显示腰椎间盘突出类型等一般

资料经统计无显著性差异($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 两组患者一般情况比较

组别	年龄 (岁)	性别 (例)		病程 (月)	MRI 显示 腰椎间盘突出类型(例)		
		男	女		中央型	右后型	左后型
对照组	46.75±15.34	13	10	15.12±43.85	3	11	9
实验组	44.36±16.81	12	11	13.96±47.34	4	10	9

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组:①针灸:选穴:双侧肾俞、患侧秩边、环跳、委中、昆仑、阿是穴为主穴,承山、足三里、绝骨、解溪为辅穴。每次留针15min,1次/日,5次/周。②推拿:俯卧位,采用点穴、揉法、滚法、拿法、按法、拔伸法等,每次15min,1次/日,3次/周。③超短波治疗:型号为DL-C-B(汕头)。对置法,温热量,每次治疗10min,1次/日,3次/周。④牵引:型号为TM-300(A)牵引系统(日本伊藤公司)。牵引重量为体重的35%—75%,每次为20min,1次/日,3次/周。以上①—④均持续8周。

1.2.2 实验组:在对照组基础上加腰腹肌训练。专业康复医师进行指导:①腹肌等长收缩:仰卧位,上身向前抬起用力,不引起脊柱动作,下肢微屈曲以方便腹肌发力。30s持续/次,

1 浙江省德清县人民医院针灸推拿科,313202

作者简介:徐建侃,男,主治医师; 收稿日期:2009-04-04