

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2024.02.007

巨刺法治疗急性腰扭伤临床观察^{*}

张振营¹ 王彦璵² 厉文凤¹ 刘安利¹
徐慧颖¹ 高姿涵¹ 马良志^{1△}

¹ 山东中医药大学附属日照市中医医院针灸科, 山东日照 276826

² 山东中医药大学针灸推拿学院, 济南 250014

摘要 **目的** 观察巨刺法治疗急性腰扭伤的临床疗效。**方法** 将 90 例急性腰扭伤患者用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 45 例。观察组针刺健侧后溪穴, 对照组针刺患侧后溪穴。2 组患者均每日治疗 1 次, 共治疗 3 次。比较 2 组患者治疗前后腰椎关节活动范围(range of motion, ROM)评分、视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评分, 并进行疗效判定。**结果** 治疗后, 观察组总有效率为 91.11%, 显著高于对照组的 80.00% ($P < 0.05$)。观察组 ROM、VAS 评分均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 针刺健侧后溪穴治疗急性腰扭伤患者可以缓解腰椎疼痛、改善腰椎活动度, 且临床疗效优于患侧取穴。

关键词 急性腰扭伤; 后溪穴; 巨刺法; 健侧取穴

中图分类号 R246.9 **文献标志码** A

急性腰扭伤(acute lumbar sprain, ALS)是指在腰部过度负重后, 腰部肌肉、韧带、筋膜等软组织突然受到不平衡牵拉所致的急性损伤^[1], 临床多表现为剧烈腰痛、肌肉痉挛、活动受限等。本病是临床常见病, 约占骨科门诊就诊量的 4.0%~24.1%^[2], 占临床腰痛的 12%^[3], 且发病人群以年轻人居多, 发病后患者需卧床休息, 严重影响患者正常的工作和生活。如何快速、有效减轻 ALS 患者的临床症状, 改善其活动受限程度, 成为临床研究的热点。笔者通过对“黄帝内针”“平衡针”以及“董氏奇穴”3 种特殊针法的系统研究, 发现上述三者皆主张在健侧取穴, 这与传统在患侧进行循经取穴的方法^[4-9]大相径庭。故笔者比较针刺患侧和健侧后溪穴对于治疗 ALS 的疗效差异, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 11 月—2022 年 10 月就诊于本院针灸科诊断为 ALS 并符合纳排标准的患者共 90 例, 按照随机数字表法分为观察组与对照组, 每组 45 例。对照组, 男 27 例, 女 18 例; 年龄(37.00±8.82)岁, 年龄范围为 21~53 岁; 病程(13.89±6.66)h, 病程范围

为 3~29 h。观察组, 男 24 例, 女 21 例; 年龄(36.82±7.41)岁, 年龄范围为 23~51 岁; 病程(13.78±5.71)h, 病程范围为 3~25 h。2 组患者年龄、性别、病程对比, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

符合《临床诊疗指南·骨科分册》^[10]中相关诊断标准: ①急性发病, 有腰部扭伤史; ②腰部一侧或两侧剧烈疼痛, 活动受限, 不能翻身、坐立和行走, 查体腰部有明显压痛点; ③腰椎 X 线片检查一般无明显阳性表现。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准: 符合上述 ALS 的诊断标准; 年龄 18~55 岁; 发病期间未予其他治疗; 签署知情同意书, 符合医学伦理学要求并获本院伦理委员会审核通过(No. 2020-伦审 008-01)。

排除标准: 不符合上述诊断标准; 年龄小于 18 岁或大于 55 岁; 双侧腰痛患者; 妊娠期妇女; 腰椎间盘突出症、急性腰扭伤同时伴有其他腰骶髋脊病变者; 合并其他严重疾病者; 精神病患者; 不配合治疗者。

剔除标准: 因个人原因中途放弃治疗者; 研究过程中, 在未告知研究人员的情况下, 接受其他治疗者。

1.4 治疗方法

对照组患者选取患侧后溪穴进行针刺。用 75% 乙醇消毒后, 选用 0.25 mm×40 mm 无菌针灸针(云

^{*} 山东省中医药科技发展计划项目(No. 2019-0812)

[△] 通信作者, Corresponding author, E-mail: mlz1977@163.com

龙牌一次性无菌针灸针,标准号 GB2024-94,吴江市云龙医疗器械有限公司,苏械标准 20142270226),指切进针法随咳进针,将针刺入后溪穴,针尖透向合谷穴方向,得气后行大幅度捻转,强刺激手法,留针 30 min,每 5 min 行针 1 次,留针期间嘱患者缓慢小幅度前后左右活动腰部,逐渐加大摆动幅度,最后做蹲起动作。

观察组患者选取健侧后溪穴进行针刺。操作方法同对照组。2 组患者均每日治疗 1 次,连续治疗 3 次。

1.5 观察指标及疗效评价标准

比较 2 组患者治疗前后腰椎关节活动范围(range of motion,ROM)评分、视觉模拟评分法(visual analogue scale,VAS)评分,并进行疗效判定。

腰椎 ROM 评分:采用 6 级评分法评估患者的腰椎关节活动度,分数越高表示腰椎关节活动越受限。

VAS 评分:评估患者治疗前后主观疼痛程度,满分 10 分,分数越高表示疼痛越严重。

临床疗效评价标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[11]拟定:治愈 临床症状、体征消失;好转 临床症状、体征有所改善;无效 临床症状、体征均无改善或加重。总有效率=[(治愈+好转)例数/总例数]×100%。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组 t 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 ROM、VAS 评分比较

治疗前,2 组患者 ROM、VAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组 ROM、VAS 评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且观察组显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者 ROM、VAS 评分比较($n=45$,分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	ROM 评分	VAS 评分
对照组	治疗前	4.27±0.96	7.76±1.38
	治疗后	2.64±1.13*	3.49±1.88*
观察组	治疗前	4.38±0.96	7.47±1.58
	治疗后	2.07±1.21*△	2.71±1.60*△

与治疗前比较* $P < 0.05$,与对照组比较△ $P < 0.05$

2.2 总有效率比较

治疗后,观察组总有效率为 91.11%,显著高于对照组的 80.00%($P < 0.05$)。

表 2 2 组患者总有效率比较($n=45$,例,%)

组别	治愈	好转	无效	总有效率
对照组	2	34	9	36(80.00)
观察组	3	38	4	41(91.11)△

与对照组比较△ $P < 0.05$

3 讨论

ALS 在现代医学属于软组织损伤范畴,发病机理主要是腰部的肌肉、韧带、关节囊等软组织对于腰部所受超常规外力的一种失代偿反应,病理变化主要是腰部软组织发生炎症反应、充血水肿、渗出粘连等急性损伤^[12]。西医主要以卧床休息、药物治疗和物理治疗为主,但也存在起效慢、易复发、口服药物后出现不良反应等缺陷。

本病可归于中医学“卒腰痛”“伤筋”等范畴。《诸病源候论》云:“腰者,谓卒然伤损于腰而致痛也。此由损血搏于背脊所为。”可见外伤性的 ALS 多因闪仆跌损以致经络不通、气滞血瘀。恰如尤在泾在《金匱翼·腰痛》所言:“瘀血腰痛者,闪挫及强力举重得之……则血脉凝涩,经络壅滞,令人卒痛,不能转侧。”可见血行失常,瘀于经络,凝滞血脉,不通则痛,故经脉闭阻、气血不畅为 ALS 的关键病机。《素问·骨空论》云:“督脉为病,脊强反折。”依据经络辨证,腰痛多责之督脉和足太阳膀胱经。

后溪为手太阳小肠经输穴,《难经·六十八难》载“输主体重节痛”,阳经输穴兼具条达之性。且手太阳小肠经与足太阳膀胱经经气相通,腰部除后正中线的督脉外,主要为足太阳膀胱经所循行,根据“经脉所过,主治所及”的原则,后溪可疏通足太阳经经气。同时,后溪为八脉交会穴,气贯督脉,《拦江赋》云“后溪专治督脉病”,故后溪可疏通督脉经气进而改善腰痛。此外,后溪穴针刺时透向合谷穴,针身贯穿精灵穴与威灵穴(即腰痛穴)的区域,可以起到了一针多穴、一穴多功的作用。

古代文献中关于“巨刺法”的论述,《素问·调经论》曰:“痛在于左而右脉病者,巨刺之。”《灵枢·官针》曰:“巨刺者,左取右,右取左。”《素问·阴阳应象大论》云:“故善用针者,从阴引阳,从阳引阴,以右治左,以左治右。”皆阐释了巨刺可左右交叉取穴治病,即在健侧相应经络上进行针刺刺激,以调动患侧瘀滞之经气,通过对健侧穴位的手法刺激,以达到疏通患侧瘀滞经气之功能,使患侧的损伤得以修复,以发挥正常功能。后世在此基础上发展衍生出的“黄帝内针”“平衡针”以及“董氏奇穴”等针刺方法都沿用此

道。董氏奇穴中的腕顺一穴(同后溪穴),为治疗腰痛的常用穴位之一,按照董氏奇穴“交经缪刺”的取穴原则,腕顺一穴治疗对侧腰痛^[13]。平衡针治疗亦遵循“上病下取,左病右取”的取穴原则,其取穴多以单一经验效穴为主,进针时强调针感效应,即时效果佳^[12]。黄帝内针讲究同气相求,三阴三阳经络间求同气、上中下三焦间求同气,按照其取穴原则,后溪穴常被用来治疗对侧腰痛^[14]。

现代医学研究表明,巨刺法在消炎镇痛与改善关节活动限度方面有积极作用^[15]。研究^[16-18]显示,人体的正常活动要依靠神经、肌肉和骨骼的有机配合,以及脊柱周围相关肌肉间形成协调的配合与拮抗关系。故在机体“应激状态”的调控下,当一侧腰部肌群的某个点位发生损伤,整个脊柱周边的肌肉平衡被打破,相应肌群会发生拘挛紧张,势必会通过肌肉、筋膜的连接影响到健侧肢体。而笔者对《解剖列车:手法与运动治疗的筋膜经线》进行研读后发现,其揭示的筋膜走行路线和人体经脉循行高度吻合。故针刺健侧手太阳小肠经上的后溪穴可以调节患侧腰部损伤的肌肉及筋膜位点,以重建机体平衡状态。

本研究结果显示,治疗后观察组 ROM、VAS 评分均明显低于对照组;表明巨刺法较普通取穴方式更能有效缓解急性腰扭伤患者的腰痛症状,改善腰椎活动度。观察组总有效率为 91.11%,显著高于对照组的 80.00%;表明巨刺法较普通取穴方式更能有效提高临床疗效。这为临床一线如何精准应用后溪穴治疗急性腰扭伤提供参考,也为后续开展交叉取穴的临床对比研究埋下伏笔。但由于本研究存在样本量较少、观察时间较短等不足,后期仍需进一步开展大样本临床研究以验证数据的客观性。

综上所述,针刺健侧后溪穴治疗急性腰扭伤患者可以缓解腰椎疼痛、改善腰椎活动度,且临床疗效优于患侧取穴。

参 考 文 献

[1] 童基伟,尹绍锴,侯小琴,等. 筋针运动疗法治疗急性腰扭伤的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(4):

739-743.
[2] Wanke EM, Koch F, Leslie-Spinks J, et al. Traumatic injuries in professional dance-past and present: ballet injuries in Berlin, 1994/95 and 2011/12[J]. Med Probl Perform Art, 2014, 29(3):168-173.
[3] Suzue N, Matsuura T, Iwame T, et al. Prevalence of childhood and adolescent soccer-related overuse injuries[J]. J Med Invest, 2014, 61(3-4):369-373.
[4] 佟雪梅,许金华. 针刺后溪穴治疗急性腰肌扭伤 108 例[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(12):127.
[5] 吴耀持,张必萌,汪崇森,等. 电针后溪穴治疗急性腰扭伤的近远期疗效观察[J]. 中国针灸, 2007, 27(1):3-5.
[6] 何仁荣,万涛. 针灸配合运动疗法治疗急性腰扭伤 86 例临床观察[J]. 中医药导报, 2010, 16(4):72.
[7] 刘静,朱光华. 针刺后溪穴治疗急性腰扭伤 39 例[J]. 陕西中医学院学报, 2011, 34(2):65.
[8] 王景辉. 针刺联合局部运动疗法治疗急性腰扭伤的临床观察[J]. 中国中医急症, 2017, 26(9):1673-1675.
[9] 张静. 循经远取动法治疗腰扭伤的临床疗效观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学, 2016.
[10] 中华医学会. 临床诊疗指南·骨科分册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009:108.
[11] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社, 1994:201.
[12] 刘莉莉,卢婧,马惠芳. 运动平衡针配合局部阿是穴治疗急性腰扭伤疗效观察[J]. 针刺研究, 2017, 42(1):72-75.
[13] 梁海松,盛东,姜仁建,等. 针刺董氏奇穴治疗急性腰扭伤的疗效分析[J]. 中国中医急症, 2020, 29(11):1944-1946.
[14] 吴尧,高伟,彭邦臣,等. 黄帝内针法治疗急性腰扭伤的理论基础分析[J]. 中国中医急症, 2023, 32(8):1388-1391.
[15] 顾吉瑞. 巨刺法的研究现状与展望[J]. 光明中医, 2022, 37(24):4601-4603.
[16] 张德明,李佳帅,高丽娟. 针灸推拿治疗运动性软组织损伤的研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(6):87-90.
[17] 张明峰. 银质针松解术治疗软组织损伤的效果评估及研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(56):11090-11091.
[18] 刘农虞,任天培,向宇. “筋针”对软组织损伤即刻镇痛效果临床观察[J]. 中国针灸, 2015, 35(9):927-929.

(收稿日期:2023-12-21)