

参考文献:

- [1] 王辰, 王建安. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 502-509.
- [2] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 234-235.
- [3] 路漫漫, 鞠宝兆. 中医外治法在泄泻治疗中应用探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(1): 95-97.
- [4] 梁颜, 陈立园, 王富春. 基于现代穴位贴敷治疗腹泻选穴及用药规律分析[J]. 吉林中医药, 2018, 38(4): 373-377.
- [5] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局, 中国国家标准化管理委员会. 腧穴名称与定位[M]. 北京: 中国标准出版社, 2006: 152-153.
- [6] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典: 一部[S]. 北京: 化学工业出版社, 2005: 115-118.
- [7] 高学敏. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 241-243.
- [8] 吴安平, 杨芳, 王远娟, 等. 中药穴位敷贴联合蒙脱石散保留灌肠外治小儿泄泻[J]. 光明中医, 2017, 32(21): 3138-3140.
- [9] 张静. 七味白术散联合神阙穴外敷治疗小儿腹泻51例[J]. 光明中医, 2019, 34(5): 668-669.
- [10] 高树中. 中医脐疗大全[M]. 济南: 济南出版社, 1992: 56-70.
- [11] 贺雅琪, 梁冰雪, 冯文岳, 等. 穴位贴敷治疗高血压临床选穴及用药规律研究[J]. 中国针灸, 2020, 40(5): 565-569.
- [12] 梁冰雪, 袁天慧, 闫翠, 等. 浅谈脐疗的中医内涵[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(10): 4329-4332.
- [13] 艾双春, 杨莉, 廖方正, 等. 神阙穴敷贴对原发性骨质疏松症骨钙素的影响[J]. 上海针灸杂志, 2003, 22(3): 39.
- [14] 张文华, 曲晖, 张经东, 等. 增敷强壮膏治疗顽固性咳嗽[J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28(6): 369.
- [15] 李东晓, 王翠兰. 平肝降压贴片治疗高血压病44例临床观察[J]. 国医论坛, 2001, 16(2): 31.
- [16] 李中梓. 医宗必读[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 199.
- [17] 邓博, 贾立群, 邓超. 不同寒热属性中药透皮及促透作用的研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(1): 16-19.
- [18] 赵喜进, 赵帅. 部分中药材近4年历史价格行情回顾与2020年部分中药材种植品种分析展望[J]. 特种经济动植物, 2020, 23(2): 50-53.
- [19] 于金瑞, 王军永. 2011年~2017年我国29种中药材重点品种价格波动情况分析[J]. 现代商业, 2019(25): 35-36.
- [20] 赵喜进, 赵帅. 2018年中药材市场价格走势分析及2019年种植发展品种参考[J]. 特种经济动植物, 2019, 22(2): 16-19.

【责任编辑: 宋威】

彭氏分筋推拿疗法治疗腰背肌筋膜炎的临床疗效观察

陈奕兆, 黄聪敏, 彭旭明

(广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广东广州 510006)

摘要:【目的】通过比较彭氏分筋推拿疗法与常规推拿疗法治疗腰背肌筋膜炎的临床疗效, 以期为临床提供一种更为安全有效的腰背肌筋膜炎治疗方法。【方法】将60例腰背肌筋膜炎患者随机分为治疗组和对照组, 每组各30例。治疗组给予彭氏分筋推拿疗法治疗, 对照组给予常规推拿疗法治疗。2组每次治疗20 min, 每周治疗3次, 6次为1个疗程, 共治疗1个疗程。观察2组患者治疗前后疼痛视觉模拟量表(VAS)评分及功能障碍指数(ODI)评分的变化情况, 并评价2组患者的临床疗效。【结果】(1)治疗1个疗程后, 治疗组的总有效率为93.3%(28/30), 对照组为76.7%(23/30), 治疗组的疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的VAS评分和ODI评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$), 且治疗组对VAS评分和ODI评分的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】彭氏分筋推拿疗法治疗腰背肌筋膜炎患者疗效确切, 可显著改善患者的疼痛程度和功能障碍情况, 其疗效优于常规推拿疗法。

关键词: 腰背肌筋膜炎; 推拿治疗; 彭氏分筋推拿疗法; 视觉模拟量表(VAS)评分; 功能障碍指数(ODI)评分

中图分类号: R244.1

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)02-0340-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.02.022

收稿日期: 2020-04-26

作者简介: 陈奕兆(1994-), 男, 2018级硕士研究生; E-mail: 20187107171@stu.gzucm.edu.cn

通讯作者: 彭旭明, 男, 教授, 硕士研究生导师; E-mail: pxmgzzyxy@163.com

Clinical Observation on Curative Effect of PENG's Tendon-separating Massage Manipulations for Treatment of Fasciitis of Lumbodorsal Muscles

CHEN Yi-Zhao, HUANG Cong-Min, PENG Xu-Ming

(Clinical Medical School of Acupuncture, Moxibustion and Rehabilitation, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China)

Abstract: Objective To compare the clinical efficacy of PENG's tendon-separating massage manipulations and routine massage therapy in the treatment of fasciitis of lumbodorsal muscles, so as to explore the more effective and safe therapy for the treatment of fasciitis of lumbodorsal muscles. **Methods** Sixty patients who suffered from fasciitis of lumbodorsal muscles were randomly divided into treatment group and control group, with 30 cases in each group. The treatment group was given PENG's tendon-separating massage manipulations and the control group was intervened by routine massage therapy. The two groups were treated for 20 minutes each time, 3 times per week, 6 times for one course of treatment, and the two groups were treated for one course of the treatment. Before and after the treatment, the pain scores of visual analogue scale(VAS) and the scores of Oswestry disability index(ODI) in the two groups were examined. And after treatment, the clinical efficacy in the two groups was evaluated. **Results** (1)After treatment for one course of the treatment, the total effective rate of the treatment group was 93.3%(28/30), and that of the control group was 76.7%(23/30). The intergroup comparison showed that the clinical efficacy in the treatment group was superior to that in the control group, and the difference was statistically significant($P < 0.05$). (2)After treatment, the VAS pain scores and ODI scores in the two groups were obviously decreased in comparison with those before treatment($P < 0.05$), and the decrease of VAS pain scores and ODI scores in the treatment group was superior to that in the control group, the difference being statistically significant($P < 0.05$). **Conclusion** PENG's tendon-separating massage manipulations have certain efficacy for the treatment of fasciitis of lumbodorsal muscles by relieving the pain and disability, and the efficacy is stronger than that of the routine massage therapy.

Keywords: fasciitis of lumbodorsal muscles; massage therapy; PENG's tendon-separating massage manipulations; scores of visual analogue scale(VAS); scores of Oswestry disability index(ODI)

腰背肌筋膜炎又称腰背肌纤维织炎, 属祖国医学“腰痛”“痹证”范畴, 该病的主要临床表现为腰背部弥漫性疼痛, 以两侧腰肌及髂嵴上方为甚, 常可在其周围触摸到条索或结节。若对结节进行按压可引起强烈的酸胀疼痛感^[1]。以往该病好发于中老年人, 但随着社会的发展和生活节奏的加快, 人们长时间、高强度的工作使得该病的发病年龄呈现出年轻化的趋势。国外研究表明, 腰背痛在人群中的平均患病率为11.9%, 其中1个月的患病率为23.2%, 1年的患病率更是高达38.0%^[2]。由于腰背痛的影响, 高达28%的美国劳动人口会因此暂停工作, 其中有8%的人暂停工作时长更是占到全年的40%^[3]。目前, 腰背肌筋膜炎的治疗方法呈现出多样化的趋势。西医治疗以口服非甾体类药物、封闭治疗及体外冲击波治疗为主。口服

非甾体类药物及封闭治疗主要以缓解急性期疼痛为目的, 治疗后疼痛可明显缓解, 但易复发, 且长期使用易引起严重的不良反应, 故应避免反复多次使用^[4-5]。体外冲击波治疗可通过抑制神经末梢递质的释放, 缓解疼痛的传导, 从而缓解腰背部疼痛^[6], 但其受设备条件限制, 难以大范围推广。中医治疗以针灸、针刀、中药口服、中药外敷等方法为主^[7]。这些方法在临床上均可取得一定的疗效, 但由于这些方法存在煎煮中药较麻烦、或疗程较长、操作要求较高、或治疗过程可能会给患者带来不适等原因, 令不少患者难以接受。

彭旭明教授临床上运用分筋推拿疗法治疗腰背肌筋膜炎的效果显著, 且具有操作简便、见效快、患者接受程度高等独特优势。该法是彭旭明教授通过研习《黄帝内经》中的经筋理论, 并总

结自己多年的针灸推拿临床实践而逐步创立的推拿手法。该法以“以知为数，以痛为输”为取穴原则，采用扶持一指禅拨法，以拇指着力拨动，其余4指作为支撑。力道可分为“平”“浅”“深”“陷”4层，在推拿的过程中，拨动逐层深入，分别作用于“皮肤”“皮下筋膜”“肌肉”“骨缝”。对于体质强壮者，则可采用肘拨法和肘推法。拨为分筋，推为理筋，两者结合应用，力道便可逐渐深透，其拨动范围可直达深层筋膜，使得渗透力更佳，从而有效松解腰背肌筋膜的粘连，减少炎症渗出，进而恢复肌肉的弹性，以达顺筋之效^[8]。为客观评价彭氏分筋推拿疗法治疗腰背肌筋膜炎的疗效，本研究进一步采用随机对照试验，比较彭氏分筋推拿疗法和常规推拿疗法的疗效差异，现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 收集2019年1月~2020年1月期间，就诊于广东省深圳市宝安区中医院针灸康复医院门诊，明确诊断为腰背肌筋膜炎的患者，共60例。按患者就诊的先后顺序，采用随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组，每组各30例。

1.2 诊断标准 参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[9]制定，具体如下：①可有外伤后治疗不当、劳损或外感风寒等病史；②腰背部酸痛，肌肉僵硬，有沉重感，疼痛常与天气变化有关，阴雨天及劳累后可使症状加重；③腰背部有固定压痛点或压痛较为广泛；④腰背部肌肉僵硬，沿骶棘肌走行方向常可触到条索状的变化；⑤X线摄片检查无阳性征。

1.3 纳入标准 ①符合上述腰背肌筋膜炎的诊断标准；②年龄在18~60岁之间(包括18岁及60岁)；③近2周内未接受过其他有关本病的治疗；④依从性较好，同意按照医嘱定期接受推拿治疗；⑤能理解问卷内容，自愿参与本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 ①不符合上述诊断标准及纳入标准的患者；②腰背部皮肤有破损的患者；③有脊柱骨折病史的患者；④妊娠期或哺乳期妇女；⑤不能表达主观不适症状或不能配合疗效评价的患者；⑥合并有其他严重的原发性疾病、精神病或法定传染病的患者。

1.5 脱落剔除标准 ①对推拿治疗或跌打万花油过敏者；②治疗后出现与本次治疗相关的不良反应者；③在治疗过程中不遵循医嘱，擅自中断治疗或接受其他治疗者；④因其他各种原因导致疗程未结束而退出试验、失访或死亡者。

1.6 治疗方法

1.6.1 治疗组 采用彭氏分筋推拿疗法治疗。具体操作如下：①患者取俯卧位，医者使用跌打万花油均匀涂抹于患者肩背部及腰骶部，随后用掌揉法放松，以舒筋活血，促进渗出吸收，共约2 min。②继上势，用拳推法沿足太阳膀胱经两侧，从肩背部(约大杼穴)由上至下行单方向推至腰骶部(约下髎穴)，以温经通络止痛，共约3 min。③继上势，根据患者疼痛部位，沿脊柱两侧(骶棘肌)寻找条索状的肌索及结节。用扶持一指禅拨法，从外向内逐层拨动皮肤、皮下筋膜、肌肉、棘突及棘上韧带，沿膀胱经走行方向从上至下操作，以患者可以耐受为度。对于体质强壮者，则可采用肘拨法和肘推法行如上操作，共约10 min。④继上势，用扶持一指禅拨法拨动委中、承山(根据彭教授经验，此处委中穴应取委中下一寸再内一寸的肌筋处，拨动此处患者得气感明显，可有效缓解腰背部疼痛)，以患者可以耐受为度，共约2 min。⑤继上势，用小鱼际滚法放松上述施术部位，共约3 min。⑥患者取侧卧位，行腰部斜扳法，左右各一次，以理筋整复，纠正关节紊乱。

1.6.2 对照组 采用常规推拿疗法治疗。参照全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材《推拿治疗学》^[10]中腰背肌筋膜炎的治疗方案制定。具体操作如下：①患者取俯卧位，医者用按揉法、滚法在脊柱两侧膀胱经往返交替施术，共约5 min。②继上势，用掌揉法在病变节段及周围施术，再用双手提拿脊柱两侧骶棘肌数遍，然后用掌根推法顺肌纤维方向平推施术，共约5 min。③继上势，用拇指按揉肾俞、夹脊穴、大肠俞、命门、环跳等穴位，再点按病变节段阿是穴，配合弹拨条索状的肌索及结节，共约5 min。④继上势，患者取侧卧位，行腰部斜扳法，左右各一次。⑤继上势，患者取俯卧位，在脊柱两侧膀胱经涂上跌打万花油，沿膀胱经走行方向用直擦法，以透热为度，共约5 min。

1.6.3 疗程 2组每次治疗时间均为20 min，每

周治疗3次,6次为1个疗程,共治疗1个疗程。

1.7 观察指标及疗效评价 ①疼痛程度评价:应用视觉模拟量表(VAS)评分^[11]评价2组患者治疗前后的疼痛程度变化。该量表为一条10 cm的直线,患者根据评价时的疼痛程度给予0~10分的评价。0分表示“完全无痛”,10分表示“十分严重”。②功能障碍程度评价:应用功能障碍指数量表(Oswestry disability index, ODI)^[12]评价2组患者治疗前后因腰背部疼痛对生活的影响程度。该量表包含疼痛程度、生活自理能力、活动受限情况、睡眠情况等方面的10个问题。患者根据每种情况的严重程度的不同对10个问题分别给予0~5分的评价。0分表示“无影响”,5分则表示“十分严重”。根据回答问题的得分可算出总分,计算公式为:总分=(所得分数/5×回答问题个数)×100%。③疗效评定:参考《中医病证诊断疗效标准》^[9]制定。治愈:腰背部疼痛消失,活动无不适;好转:腰背部疼痛减轻,活动时稍有不适;未愈:腰背部症状无改善。总有效率=(治愈例数+好转例数)/总病例数×100%。

1.8 统计方法 采用SPSS 22.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料用率或构成比表示,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 2组腰背肌筋膜炎患者基线资料比较 治疗组30例患者中,男13例,女17例;年龄23~55岁,平均年龄(39.57 ± 8.11)岁;病程1~12个月,平均病程(5.63 ± 2.88)个月。对照组30例患者中,男15例,女15例;年龄21~57岁,平均年龄(37.83 ± 9.19)岁;病程1~11个月,平均病程(5.37 ± 2.65)个月。2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.2 2组腰背肌筋膜炎患者治疗前后疼痛VAS评分比较 表1结果显示:治疗前,2组患者VAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者VAS评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),且治疗组对VAS评分的降低作用明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组腰背肌筋膜炎患者治疗前后疼痛VAS评分比较
Table 1 Comparison of VAS pain scores in the patients with fasciitis of lumbodorsal muscles in the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	30	6.87 ± 1.11	1.17 ± 1.34^{②}	15.590	< 0.05
对照组	30	6.47 ± 1.36	2.23 ± 2.14^{①}	9.710	< 0.05
t 值		1.251	2.310		
P 值		> 0.05	< 0.05		

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.3 2组腰背肌筋膜炎患者治疗前后ODI评分比较 表2结果显示:治疗前,2组患者ODI评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者ODI评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且治疗组对ODI评分的降低作用明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组腰背肌筋膜炎患者治疗前后ODI评分比较
Table 2 Comparison of ODI scores in the patients with fasciitis of lumbodorsal muscles in the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	30	29.23 ± 5.05	6.33 ± 5.79^{②}	14.654	< 0.05
对照组	30	27.27 ± 5.83	11.47 ± 8.32^{①}	9.758	< 0.05
t 值		1.397	2.775		
P 值		> 0.05	< 0.05		

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.4 2组腰背肌筋膜炎患者临床疗效比较 表3结果显示:治疗1个疗程后,治疗组的总有效率为93.3%(28/30),对照组为76.7%(23/30);组间比较,治疗组的疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组腰背肌筋膜炎患者临床疗效比较
Table 3 Comparison of clinical efficacy in the patients with fasciitis of lumbodorsal muscles in the two groups after treatment [例(%)]

组别	例数(例)	治愈	好转	未愈	总有效
治疗组	30	24(80.0)	4(13.3)	2(6.7)	28(93.3) ^①
对照组	30	15(50.0)	8(26.7)	7(23.3)	23(76.7)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

3 讨论

现代解剖学认为,腰部脊柱作为人体的承重枢纽,承受着人体50%以上的重量。其两侧肌肉众多,主要包括斜方肌、背阔肌、肩胛提肌、菱形肌、骶棘肌、髂腰肌等。其中最主要的骶棘肌沿脊柱两侧走行,可分为棘肌、最长肌和髂肋肌。三群肌束均起于骶骨背面和髂嵴后部,分别止于胸椎棘突、颈椎横突和肋骨角。在收缩时,可以使躯干、头部或颈部发生伸展运动,对维持人体的直立姿态有重要作用^[13]。腰背肌筋膜覆盖背部和躯干深层的肌肉。上方的筋膜向前至后锯肌上方,并在颈背部与颈深筋膜浅层相连。在胸部,其内缘附着于胸椎棘突,向外侧附着于肋骨角。在腰部,腰背肌筋膜可分为前、中、后三层。后层附着于腰椎、骶椎棘突和棘上韧带;中层向内附着于腰椎横突,向下止于髂嵴,向上附着于第12肋骨下缘和腰肋韧带;前层覆盖腰方肌,向内在腰大肌后方附着于腰椎横突的前面,向下与髂腰韧带及与髂嵴邻接部相连接,向上形成外侧弓状韧带。在骶部,后层附着于髂后上棘和髂嵴后部,并与下方的骶棘肌腱膜融合^[14]。腰背肌筋膜具有包裹肌肉、约束肌肉活动、分隔肌群3种功能,在维持肌肉形态、保持肌肉紧张度、减少肌肉摩擦等方面发挥着重要的作用。若长时间保持高强度作业或腰背部肌肉急性损伤后失治误治,肌肉间的摩擦增大,渗出液增多形成积聚,导致炎症、水肿等病理改变,使得肌筋膜张力增高,以致出现腰背部广泛疼痛。若不经有效治疗,在炎症渗出液的反复刺激下,筋膜与肌肉发生粘连、纤维变性,则会出现条索状、结节状改变,这是腰背肌筋膜炎的典型表现^[15]。

祖国医学认为,腰背部为督脉、足太阳膀胱经所过,经筋所循之处,络结汇聚,脏腑之维系,运动之枢纽。《素问·痹论》指出:“风、寒、湿三气杂至,合而为痹。”“痹在于骨则重,在于脉则血凝而不流,在于筋则屈不伸,在于肉则不仁,在于皮则寒。”《素问·长刺节论》云:“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名曰筋痹”。《杂病源流犀烛·跌仆闪挫源流》曰:“跌仆闪挫,卒然身受,由外及内,气血俱伤病也”。由此可见,本病缘于机体正气亏虚,风、寒、湿邪客于筋脉,或痰湿流注筋脉,痹阻气血,或跌仆闪挫,伤及腰

脊,损及气血,以致气滞血瘀,筋拘节错,不通则痛,表现为腰背肌肿胀疼痛,活动障碍^[16-17]。

在研究过程中,患者常以腰背部疼痛为主诉前来求诊。多为晨起时发作,活动后症状可稍缓解,夜间疼痛加重,卧床休息缓解不明显。体格检查多可发现腰椎生理弧度变直,腰背部广泛压痛,触摸可有条索状痛性硬结。同时伴有不同程度的腰背部功能障碍,以腰部屈伸、旋转等活动受限为主。以上症状与腰肌劳损十分相似,但其发病特点又有别于腰肌劳损。腰肌劳损是机械性腰痛,具有活动过久则疼痛加剧,休息后可缓解的特点,临床上应重点甄别^[18]。

治疗上,根据“治病必求于本”的治疗原则,彭旭明教授认为,治疗腰背肌筋膜炎之“本”应以足太阳膀胱经为主。《灵枢·经脉》曰:“膀胱足太阳之脉……循肩膊内,挟脊抵腰中,入循膂”“其支者,从腰中,下夹脊,贯臀,入腠中。”足太阳经筋“上结于臀,上挟脊,上项。”由此可见,足太阳膀胱经脉及经筋均循行于腰背部,可通过调节膀胱经的经气以治疗腰背部的疾病。《灵枢·刺节真邪》中提出:“一经上实下虚而不通者,此必有横络盛加于大经之上,令之不通,视而泻之,此所谓解结也”。此处“横络”是指经筋走行上出现的局部条索状的肌索及结节;“解结”则是针对“横络”的治疗方法,即是松解“横络”对经脉、关节的卡压^[19]。《素问·离合真邪论》则提出了查找与松解“横络”的具体方法,即“必先扞而循之,切而散之,推而按之,弹而怒之,抓而下之,通而取之,外引其门,以闭其神”。这说明在治疗的过程中,医者应通过“扞、循、切、推、按、弹、抓”的方法在腰背部寻找与松解病变的“横络”。另外,彭旭明教授认为腰背肌筋膜炎的治疗不应局限于腰背部。根据“经络所过主治所及”的理论,应当循经而治,选取委中、承山两穴。明代针灸大家徐凤提出“腰背委中求”形象地总结了委中穴的临床作用。委中为足太阳膀胱经之合穴。根据《灵枢·九针十二原》中描述:“所出为井,所溜为荣,所注为输,所行为经,所入为合”,委中穴为足太阳经经气汇入脏腑之处。研究^[20]表明,刺激委中穴可增加血流灌注量,改善微循环,促进膀胱经经气疏通,从而达到“通则不痛”“荣则不痛”的临床疗效。彭

旭明教授在临床实践中发现,弹拨委中穴内、下各一寸的肌筋可使患者产生更为酸、麻、重、胀的得气感,弹拨刺激较委中穴显著。拨动时患者虽可能出现难以忍受的酸胀感,但拨动后可感觉腰背部明显放松,可有效缓解腰背部疼痛。承山穴是四街之一的胫气街。《灵枢·动输》提出:“四街者,气之径路也”,说明气街可以汇通经络之气。当气滞之时,拨动承山穴可以使阻滞之经气通过气街来交通经络,从而实现周身气血“如环无端”的循环^[21]。故承山穴可通调足太阳膀胱经气,疏筋活络,通调气血,从而达到“通则不痛”的临床疗效。

本研究结果显示,治疗1个疗程后,治疗组的总有效率为93.3%(28/30),对照组为76.7%(23/30),治疗组的疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。同时,2组患者治疗后的VAS评分和ODI评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),且治疗组对VAS评分和ODI评分的降低作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。说明彭氏分筋推拿疗法治疗腰背肌筋膜炎患者疗效确切,可显著改善患者的疼痛程度和功能障碍情况,其疗效优于常规推拿疗法。

综上所述,彭氏分筋推拿疗法主要运用一指禅拨法对腰背部病变经筋进行分拨,可疏筋活络,通调气血,释放筋膜压力,松解腰背肌筋膜的粘连,从而缓解腰背部疼痛。与其他疗法相比,彭氏分筋推拿疗法具有安全性高、操作简便、患者依从性高等独特优势,临床上值得推广借鉴。

参考文献:

[1] HUANG Q M, LIU L. Wet needling of myofascial trigger points in abdominal muscles for treatment of primary dysmenorrhoea [J]. *Acupunct Med*, 2014, 32(4): 346-349.

[2] HOY D, BAIN C, WILLIAMS G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain [J]. *Arthritis Rheum*, 2012, 64(6): 2028-2037.

[3] MANCHIKANTI L, SINGH V, FALCO F J, et al. Epidemiology of low back pain in adults [J]. *Neuromodulation*, 2014, 17(Suppl

2): 3-10.

[4] 刘艳红,周小平,刘荣华.非甾体抗炎药研究进展[J].*江西中医药*, 2013, 44(11): 78-80.

[5] 杜晓冰.硬膜外腔注射曲安奈德、神经妥乐平、弥可保混合液治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J].*中国临床研究*, 2015, 28(12): 1623-1625.

[6] 马理元,姜劲挺,张伦广,等.体外冲击波治疗骨伤科常见疾病的研究进展及体会[J].*中医临床研究*, 2018, 10(5): 144-146.

[7] 徐杰,吴铅谈,翁文水.腰背肌筋膜炎近年治疗进展[J].*按摩与康复医学*, 2018, 9(17): 92-94.

[8] 沈兴邦,彭旭明.彭氏“分筋推拿”疗法治疗早期桡骨茎突狭窄性腱鞘炎疗效观察[J].*中医药导报*, 2018, 24(13): 87-89.

[9] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.

[10] 范炳华.推拿治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2016: 77-81.

[11] 白跃宏,戴刚.下腰痛临床与康复[M].北京:人民军医出版社,2006: 326.

[12] 毛晶,吴建贤.腰痛患者康复功能评估方法学的研究和进展[J].*安徽医药*, 2010, 14(5): 497-500.

[13] NEUMANN D A 著,刘颖,师玉涛,闫琪,等译.骨骼肌肉功能解剖学[M].2版.北京:人民军医出版社,2014: 393-396.

[14] STANDRING S 著,丁自海,刘树伟译.格氏解剖学[M].济南:山东科学技术出版社,2017: 710-711.

[15] 薛立功.经筋理论的探讨与发挥[J].*中国针灸*, 1997, 17(11): 698-699.

[16] 薛立功,张海荣.经筋理论与临床疼痛诊疗学[M].北京:中国中医药出版社,2002: 29-31.

[17] 王可欣.针刺结合拔罐法治疗腰背肌筋膜炎的临床疗效观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2019.

[18] 岑毕文,吴亚鹏,王达义,等.滋阴壮骨中药内服合双柏散外敷治疗慢性腰肌劳损疗效及对血栓素B2和6-酮前列腺素F1a的影响[J].*现代中西医结合杂志*, 2018, 27(7): 778-781.

[19] 周嘉仪.经筋疗法治疗腰背肌筋膜炎的临床观察[D].广州:南方医科大学,2014.

[20] 邓德万,王彬,周震,等.“腰背委中求”理论的机制研究概况[J].*上海针灸杂志*, 2019, 38(9): 1075-1078.

[21] 丁宁,李瑞.气街理论在承山穴中的应用[J].*上海针灸杂志*, 2014, 33(12): 1167-1168.

【责任编辑:陈建宏】