

表1 两组临床治疗结果比较

组别	例数	1个疗程后						6个月后					
		治愈		好转		无效		治愈		好转		无效	
		例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
对照组	27	7	25.92	18	66.67	2	7.41	10	37.04	7	25.92	10	37.04
康复组	27	12	44.44	15	55.56	0	0 ^①	15	55.56	9	33.33	3	11.11 ^②

与对照组相比,① $P>0.05$,② $P<0.05$

压^⑦。王斌等^⑧采用神经阻滞的方法验证了臀上皮神经卡压综合征还存在另一卡压点,认为上腰椎后关节紊乱可以造成脊神经后支卡压,也是该病发生的因素。而笔者在临床上发现部分患者除了在髂嵴处发现压痛点或条索外,往往还在胸腰段椎体棘突、患侧椎体旁及横突尖处还存在1处或1处以上压痛点或条索,这可能是双重卡压的一种佐证。臀上皮神经卡压受损后,神经本身及周围软组织出现充血、肿胀、无菌性炎症,可使其变粗、肥大,周围组织增生,出现条索样结节。

周围神经卡压的治疗原则是:消除病因,及早消除炎症、水肿,减少神经损害^⑨。局部封闭一方面可浸润麻醉,另一方面可抑制局部炎症反应,达到改善局部营养,消肿镇痛的目的。虽其近期疗效较好,但远期疗效并不满意^⑩,究其原因没能解除卡压的根本原因^⑪。本研究采用手法充分放松腰臀部组织,解除肌痉挛,松懈条索样结节,改善局部血液循环,促进局部无菌性炎症消退。运用腰椎整复法,定位在胸腰段,意在调理腰椎后关节,改善臀上皮神经发出点及行程中软组织及小关节的病理状态,解除对神经的刺激和压迫症状。刺络拔罐法可直接把富含致痛物质的痰湿、瘀血吸出,所形成的负压促使新鲜血液流向病灶处,稀释了致痛物质的浓度,改善了局部的血液循环,消除炎性水肿^⑫。同时,刺络拔罐法能有效使“风寒邪气随气水出”,促进局部损伤修复,拔罐后的瘀血和渗出物,对皮部形成一个持久的良性刺激,其作用面积大,起到有效的调营卫、行气血、通经络的作用^⑬。腰椎运动疗法能调整腰椎的生理曲度,恢复椎体的固有曲度,解除臀上皮神经卡压的根源。综上所述,本研究注重臀上皮神

经来源及行程中的病理因素,采用康复治疗的方法,近期疗效与局部封闭法相近,远期疗效(6个月后)优于局部封闭法($P<0.05$),该方法对臀上皮神经卡压综合征患者具有积极的治疗和预防作用,同时,弥补了局部封闭治疗的复发率高的不足。

参考文献

- [1] 冯天有.中西医结合治疗软组织损伤的临床研究[M].北京:中国科学技术出版社,2002.160—173.
- [2] 陈德松,曹光富.周围神经卡压性疾病[M].上海:上海医科大学出版社,1999.158—162.
- [3] 何宗宝,韩虹,汪敏.刺络拔罐法治疗慢性腰骶劳损[J].中国临床康复,2003(17):2503.
- [4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.204.
- [5] 陶甫,秦学敏,郭世跋,等.腰部脊神经后支的解剖探讨腰腿痛的机制[J].中华骨科杂志,1982,2(6):328.
- [6] Maigne JY,Doursounian L. Entrapment neuropathy of the medial superior cluneal nerve. Nineteen cases surgically treated,with a minimum of 2 years' follow-up [J].Spine, 1997, 22(10):1156—1159.
- [7] 陈德松,曹光富.周围神经卡压性疾病[M].上海:上海医科大学出版社,1999.188—189.
- [8] 王斌,刘卫,刘玉凤,等.应用神经阻滞的方法验证臀上皮神经卡压综合征存在另一卡压点[J].中国临床康复,2003,7(17):2460—2461.
- [9] 李高峰,田德虎,张英泽.周围神经卡压术后的康复治疗[J].中国康复医学杂志,2007,22(2):178—179.
- [10] 黄国志,梁东辉,樊涛,等.体外冲击波治疗脊神经后支损伤综合征的临床观察[J].中国康复医学杂志,2007,22(5):433—434.
- [11] 温乃元,范志勇,李维香,等.刺络拔罐法配合摩骨膏治疗腰椎骨质增生症的临床观察 [J]. 中国康复医学杂志,2007,22(12):1114—1115.

·短篇论著·

针刺配合牵张运动治疗运动性肌肉拉伤疗效观察

刘蕊川¹ 杜加华² 易燕¹ 张玮¹

肌肉拉伤是运动训练与日常生活中的常见伤病,对训练和比赛影响很大。此伤病多见于大腿肌肉、小腿后侧及腰部肌肉,影响运动员的移动、踏跳、摆腿及后蹬等动作,如治疗不当或反复拉伤,常易形成瘢痕。笔者自2005年9月—2007年9月,运用针刺配合牵张运动治疗运动性肌肉拉伤96例,取得良好效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

96例患者中,男44例,女52例;足球运动员27例,篮球运动员24例,田径运动员32例,武术运动员8例,其他项目

运动员5例。年龄 18 ± 5 岁;病程1—20d;患者表现为局部疼痛或压痛、肿胀、抗阻力痛,常可扪及条索状肿块(除外骨折等其他原因)均为单纯性肌肉拉伤。随机分为治疗组和对照组,两组患者年龄、病程、损伤部位比较差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性(表1)。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组:①取穴:阿是穴及反阿是穴。②针刺方法:局

1 江西中医学院体育教学部,南昌,330006

2 南昌大学教育学院

作者简介:刘蕊川,女,副教授

收稿日期:2008-01-09

表1 两组患者性别、损伤部位及病程比较 (例)

组别	性别		年龄 (岁)	损伤部位			病程	
	男	女		肌腹	肌腱	肌腹合并肌腱	1—10d	>10d
	治疗组	24	25	18±5	33	11	5	14
对照组	20	27	18±5	30	9	8	15	32

两组比较 $P>0.05$

部皮肤常规消毒,根据受伤肌肉深浅选择合适毫针,一般长度50—75mm,斜刺,用捻转提插,平补平泻法行针。留针30—40min,期间每隔5min行针1次。针后用温水热敷患处20—30min。③牵张运动治疗法:在上述治疗后,术者应用外在的力量,控制牵张的方向、速度、强度和持续时间,在肌肉拉伤的部位或有疼痛的肌肉,找到适当的位置以牵张力导致肌肉或肌腱超过静息长度。一般牵张2—3次,持续15—30s左右,中间隔1min。每日1次,10日为1个疗程。

1.2.2 对照组:针刺并服用非甾体类抗炎药治疗。药物为复方氯唑沙宗分散片,口服,2片,每日3次,10日为1个疗程,周期同治疗组。

1.3 疗效标准

表2 两组患者不同病程及损伤部位疗效比较 (例)

组别	病程					损伤部位																				
	1—10d					10d后					肌腹		肌腱			肌腹合并肌腱										
	治愈	显效	好转	无效	有效率 (%)	治愈	显效	好转	无效	有效率 (%)	治愈	显效	好转	无效	有效率 (%)	治愈	显效	好转	无效	有效率 (%)						
治疗组	8	4	2	0	100	30	2	2	1	97.1 ^①	30					100	8				90.9	2				100 ^①
对照组	11	5	1	0	100	24	2	3	3	84.4	28					100	4				55.6	3				50

①与对照组比较 $P<0.05$

3 讨论

肌肉拉伤是由于肌肉主动收缩产生的张力、重力或对抗所引起的肌肉过度牵伸而使肌纤维撕裂或断裂,毛细血管破裂^[1],病理表现为局部出血、水肿、细胞变性,产生疼痛,功能受限,检查时可触及变硬增粗的肌束^[2]。中医学认为,局部筋脉受损,瘀血凝滞,血脉不通则痛,筋骨屈伸不利,治疗宜活血化瘀、行气止痛。斜刺针法治疗骨骼肌损伤有着很好的疗效。有资料表明^[3-5]斜刺比直刺能更显著地促进骨骼肌收缩蛋白的合成和超微结构的恢复,经观察斜刺能很有效地解痉止痛,促进局部血液循环,对肌纤维轻度拉伤和肌痉挛为最佳治疗方法^[6]。而针刺阿是穴止痛效果明显。肌腹损伤者,取其伤处上、下两个阿是穴。肌腱或肌肉起、止点损伤者,取其伤处一个阿是穴。针刺阿是穴,可激发经气,通经活络,疏通气血,缓解疼痛,改善局部血液循环,消除炎症水肿^[4]。对肌纤维部分断裂,时间较长,局部有血肿或硬结时,应先行斜刺针法^[7],这样才能取得满意效果。由于肌肉拉伤较长时间,在10d以上的肌肉拉伤肌肉基本上都有不同程度的挛缩、粘连、瘢痕组织形成,导致肌肉、结缔组织、皮肤等软组织缩短,并由此关节活动受限,牵张运动法能很好地解除粘连、挛缩^[8]。表1示,针刺配合牵张运动治疗方法对病程较长者有治疗优势,疗效优于针刺并服用非甾体类抗炎药治疗,两组有效率比较 $P<0.05$ 。针刺配合牵张运动疗法可以提高肌腱和肌腹合并肌腱拉伤者的治愈率。原因是肌腱血运不丰富^[9],药物是很难到

达作用点起作用,这是牵张肌肉效果比药物好的原因。但是值得注意的是,损伤早期牵张次数不应过多,幅度不应过大,否则会产生新的损伤。小幅度、小剂量的牵张在肌肉拉伤急性期可捋顺肌纤维,阻止以后肌肉发生粘连、挛缩。可缩短运动员恢复性训练的时间。因此,肌肉拉伤后治疗必须遵循一定的适宜的方法和原则。

1.4 统计学分析

应用SPSS11.5软件对数据进行的是 χ^2 检验。

2 结果

见表2。肌肉损伤病程1—10d患者,两组有效率差异无显著性意义($P>0.05$);病程10d以上患者,治疗组疗效优于对照组,两组有效率比较差异有显著性意义($P<0.05$),说明针刺配合牵张运动治疗方法对病程较长者有治疗优势,疗效优于针刺并服用非甾体类抗炎药治疗。两组肌腹拉伤患者有效率比较差异无显著性意义($P>0.05$),但两组的肌腱和肌腹合并肌腱治愈率比较差异有显著性意义($P<0.05$),说明针刺配合牵张运动疗法可以提高肌腱和肌腹合并肌腱拉伤者的治愈率。

达作用点起作用,这是牵张肌肉效果比药物好的原因。但是值得注意的是,损伤早期牵张次数不应过多,幅度不应过大,否则会产生新的损伤。小幅度、小剂量的牵张在肌肉拉伤急性期可捋顺肌纤维,阻止以后肌肉发生粘连、挛缩。可缩短运动员恢复性训练的时间。因此,肌肉拉伤后治疗必须遵循一定的适宜的方法和原则。

参考文献

- [1] 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,1994.186.
- [2] 梁飞.斜刺治疗骨骼肌损伤的疗效观察[J].广州体育学院学报,2005,23(1):40—45.
- [3] 徐军,戴慧寒.实用运动疗法技术手册[M].北京:人民军医出版社,2006.137—143.
- [4] 石学敏.针灸治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2005.336—338.
- [5] 吉健友,吉健礼.斜刺配合推拿治疗创伤性跟腱周围炎35例疗效观察[J].上海针灸杂志,2007,26(9):18—19.
- [6] 涂小华.多针分层斜刺治疗腰肌损伤92例[J].上海针灸杂志,2007,25(9):32—33.
- [7] 王秀云.斜刺阿是穴配TDP治疗骨骼肌损伤[J].科技信息,2007,27.
- [8] 郭乃琴,韩社光.电针治疗运动性小腿肌肉疼痛25例[J].中国校医,2006,20(4):365—366.
- [9] 梁飞.斜刺治疗田径运动员运动损伤[J].中国临床康复,2005,17(6):2604—2605.