

还可通过观察 VFSS 表现分析患者环咽肌弛缓的病理类型及影响因素,为环咽肌弛缓患者的临床评估及治疗方案制订提供参考依据。

参 考 文 献

- [1] 窦祖林,万桂芳,王小红,等.导尿管球囊扩张治疗环咽肌弛缓症 2 例报告.中华物理医学与康复杂志,2006,28:166-169.
- [2] 王永保,匡晓芳.食管功能障碍与环咽肌切开术.世界今日医学杂志,2000,1:549.
- [3] 杨海芳,王素素,陈红霞.2 例脑卒中后环咽肌弛缓吞咽障碍患者的治疗总结.中华临床医学研究杂志,2007,13:707-709.

- [4] Plant RL. Anatomy and physiology of swallowing in adults and geriatrics. Otolaryngol Clin North Am, 1988, 31:477-488.
- [5] Erteki C, Aydogdu I, Tarlact S, et al. Mechanism of dysphagia in supra-bulbar palsy with lacunar infarct. Stroke, 2000, 31:1370-1376.
- [6] Perie S, Coiffier L, Laccourreye L, et al. Swallowing disorders in paralysis of the low cranial nerves: a functional analysis. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1999, 108:606-611.
- [7] 汪洁. 吞咽的生理机制与卒中后吞咽障碍. 中国卒中杂志, 2007, 2: 220-225.

(收稿日期:2009-10-20)

(本文编辑:易 浩)

· 临床研究 ·

天灸联合康复训练治疗腰肌筋膜疼痛综合征的疗效观察

朱芬 陈尚杰 许琼瑜 谢红亮 梁明华

【摘要】 目的 观察天灸联合康复训练治疗腰肌筋膜疼痛综合征的疗效。**方法** 共选取 60 例腰肌筋膜疼痛综合征患者,将其随机分为治疗组及对照组,治疗组给予天灸治疗及康复训练,对照组给予假天灸治疗及康复训练。于治疗 1 d 及 3 周时采用简化 McGill 疼痛量表对患者进行评定,观察 2 组患者治疗期间副反应发生情况;于治疗后 3 个月时进行随访,观察 2 组患者腰痛复发情况。**结果** 治疗 1 d 时,治疗组患者疼痛分级指数(PRI)、疼痛目测类比评分(VAS)及现有疼痛强度(PPI)均较治疗前显著改善($P < 0.05$),而对照组上述指标无明显变化($P > 0.05$),组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);治疗 3 周后,2 组患者上述指标均较治疗前进一步改善($P < 0.01$),并且组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。在治疗期间,发现治疗组有少许患者诉皮肤瘙痒、水疱、皮肤灼痛等副反应,经处理后均自行消退。治疗后 3 个月时随访发现,治疗组患者腰痛复发情况明显优于对照组($P < 0.05$),2 组患者随访期间均无疤痕、感染发生。**结论** 天灸联合康复训练治疗腰肌筋膜疼痛综合征即时疗效及远期疗效显著,并且还具有治疗方便、副反应少、痛苦小、患者依从性好等优点,值得临床推广、应用。

【关键词】 天灸; 康复训练; 腰肌筋膜疼痛综合征; 腰痛

肌筋膜疼痛综合征(myofascial pain syndrome, MPS)是一种慢性全身性疼痛疾病,其主要病理特征是肌肉或筋膜组织因无菌性炎症诱发粘连,并有激痛点形成,该综合征是临床常见、多发病之一,具有病程长、反复发作、迁延难愈等特点,对患者日常生活、工作及学习均造成严重影响。临床发现采用针灸治疗腰肌筋膜疼痛综合征疗效满意,但患者须每日来院治疗,并且有部分患者存在畏针情况,故治疗依从性较差。天灸是传统中医非火热灸外治疗法之一,通过借助药物对人体穴位进行刺激,使局部皮肤发红、充血,以激发经络、调整气血从而防治疾病,既可改善临床症状,又可提高机体免疫功能。天灸既往多应用于呼吸系统疾病治疗,但近年来发现天灸对疼痛疾患也具有显著疗效^[1]。基于上述背景,本研究联合采用天灸及康复训练治疗腰肌筋膜疼痛综合征患者,发现临床疗效显著,患者对

治疗结果非常满意。现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

共选取 2008 年 5 月至 2009 年 8 月间在我院门诊治疗的腰肌筋膜疼痛综合征患者 60 例,患者入选标准如下:①符合腰肌筋膜疼痛综合征诊断标准^[2];②病程 < 3 年;③年龄 20 ~ 45 岁;④能够积极配合治疗。患者剔除标准如下:①患腰椎间盘突出症、腰椎退行性变、腰椎结核、腰椎肿瘤、腰椎滑脱、椎弓根崩裂、隐性脊柱裂等脊柱病变;②患急性软组织损伤、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、痛性关节炎、强直性脊柱炎或急性创伤性关节炎等;③有结核、肿瘤等占位性病变,合并心脑血管、肝肾造血系统、内分泌系统等严重原发疾病或精神病者;④既往皮肤容易过敏者。采用随机数字表法将入选患者分为治疗组及对照组,各组 30 例。治疗组男 12 例,女 18 例;平均年龄(29.67 ± 9.51)岁;病程(9.85 ± 3.11)年。对照组男 13 例,女 17 例;平均年龄(28.52 ± 9.36)岁;病程(9.62 ± 3.29)年。2 组患者一般情况及病情经统计学比较,发现组间差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),具有可比性。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2010.03.020

基金项目:深圳市科技计划项目(200903186),深圳市宝安科技计划项目(2009346)

作者单位:518101 深圳,深圳市宝安区人民医院康复医学科

通信作者:陈尚杰,Email:csjme@163.com

二、治疗方法

治疗组患者给予天灸治疗及康复训练。天灸药物包括白芥子、细辛、元胡等,按 1:1 比例加工成细粉,贮藏于瓶中备用;用生姜汁调和,将其制成直径 1 cm、厚 1 cm 药饼。进行天灸治疗时,首先用 4 cm² 胶布将药饼贴于阿是穴、肾俞、大肠俞部位,留药时间持续 3 h。如药物贴敷后期患者感灼热、无法忍受时,可提前取走药物,每周治疗 1 次,共治疗 3 次。如患者贴药后皮肤出现潮红或小水疱属正常现象,可涂万花油或敷消毒纱布防止感染;如贴药局部皮肤瘙痒,可涂皮炎平软膏;治疗期间禁食生冷及辛辣食物。康复训练以躯干肌背伸运动为主^[3],包括肌力训练及伸展性训练。肌力训练采用俯卧位飞燕式肌力强化训练,即患者取俯卧位,双上肢置于背后,固定骨盆,尽量用力收缩腰背肌,使躯干后伸抬起,保持该姿势 3~5 s,训练 30 次为 1 组,每训练 10 次休息 2 min,每天训练 3 组,训练 10 d 为 1 个疗程,每疗程结束后休息 3 d。躯干肌伸展训练以俯卧位及站立位伸展训练为主^[4-6]。进行俯卧位伸展训练时,患者双手撑床,抬起并支撑上身躯干,骨盆、臀、腰部完全放松,伸展背部保持 1~2 s 后恢复俯卧位姿势;进行站立位伸展训练时,患者双足稍分开站立,双手置于腰部,手指向下,尽量使腰以上躯干向后伸,双手支撑腰部,维持 1~2 s 回到起始位;训练 36 次为 1 组,每训练 12 次则休息 3 min,每天训练 3 组,训练 10 d 为 1 个疗程,每疗程结束后休息 3 d。

对照组给予假天灸药物贴敷及康复训练。假天灸治疗采用甘草粉作为贴敷药物,将甘草粉加工成细粉,并使用少许黄连染色,使之外观与治疗组天灸药物一致,贮藏于瓶中备用,随后用生姜汁调和,制成直径 1 cm、厚 1 cm 药饼,对照组假天灸贴敷、取穴方法及康复训练内容均与治疗组一致。

三、疗效评定标准

于治疗前、治疗 1 d 及 3 周时采用简化 McGill 疼痛量表进行评定^[2],该量表共包括 3 个部分:①疼痛分级指数(pain rating index, PRI),含有 11 个感觉性词与 4 个情绪性词,评定结果分无、轻、中、重四级,分别计 0,1,2,3 分,计算出 PRI 总分;②目测类比评分法(visual analogue scale, VAS),画一条长约 10 cm 直线,一端代表无痛,另一端代表剧烈疼痛,嘱患者根据自身疼痛程度在直线上做出标记并计分;③现有疼痛强度(present pain intensity, PPI),分无痛、轻度不适、不适、难受、可怕的疼痛、极度痛苦 6 级,分别计 0,1,2,3,4,5 分。观察并记录 2 组患者治疗期间药物贴敷部位是否出现瘙痒、水疱、发热、感染、瘢痕及其它不适反应。于治疗后 3 个月时进行随访,观察患者天灸贴敷部位是否有疤痕、感染发生,腰痛病情有无复发等。

四、统计学分析

采用 SPSS 13.0 版统计学软件包进行数据分析,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内治疗前后比较采用配对 *t* 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

2 组患者治疗前、治疗 1 d 及 3 周时的 McGill 疼痛评分结果详见表 1,表中数据显示,治疗前 2 组患者 PRI、VAS 及 PPI 评分组间差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);治疗 1 d 后发现治疗组 PRI、VAS 及 PPI 评分均较治疗前明显改善(均 $P < 0.05$),

而对照组上述指标则无明显变化(均 $P > 0.05$);2 组间比较,发现差异具有统计学意义(均 $P < 0.05$);治疗 3 周后发现 2 组患者 PRI、VAS 及 PPI 评分均较治疗前进一步改善(均 $P < 0.01$),2 组间比较,发现差异无统计学意义($P > 0.05$)。在治疗过程中发现治疗组有 3 例患者敷药后皮肤出现小水疱,经刺破水疱、涂万花油处理后愈合;治疗组及对照组分别有 8 例、3 例患者主诉敷药后局部皮肤出现瘙痒症状,经涂皮炎平软膏后缓解,以上不良反应均未影响既定方案治疗。3 个月后随访时发现治疗组及对照组分别有 1 例及 9 例患者腰痛复发,2 组均无瘢痕及感染情况发生,经统计学比较,发现治疗组腰痛复发率明显优于对照组($P < 0.05$)。

表 1 治疗前、后 2 组患者简化 McGill 疼痛问卷评分结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	PRI 评分	VAS 评分	PPI 评分
治疗组	30			
治疗前		13.92 ± 5.75	56.76 ± 21.05	3.39 ± 1.26
治疗 1 d 后		10.95 ± 5.06 ^{ab}	45.17 ± 20.29 ^{ab}	2.66 ± 1.08 ^{ab}
治疗 3 周后		5.79 ± 2.17 ^a	18.35 ± 9.26 ^a	1.58 ± 0.82 ^a
对照组	30			
治疗前		14.28 ± 4.96	59.22 ± 22.79	3.42 ± 1.25
治疗 1 d 后		13.81 ± 4.89	57.68 ± 21.51	3.29 ± 1.20
治疗 3 周后		6.21 ± 2.26 ^a	19.06 ± 10.59 ^a	1.61 ± 0.69 ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组同时时间点比较,^b $P < 0.05$

讨 论

腰肌筋膜疼痛综合征又称腰肌筋膜炎、腰纤维织炎或腰肌劳损等,以长期反复发作性腰部疼痛为主要症状,临床检查无明显器质性病变。近年来腰肌筋膜疼痛综合征的发病率有逐年增高趋势,尤其多见于久坐上班族、电脑族、麻将族等群体,其发病原因包括长期坐姿不正、超负荷劳动、急性损伤后遗症以及腰部活动失衡致使部分肌肉、关节囊、滑膜、韧带等组织充血、水肿、粘连引起。

既往大量临床研究表明,康复训练对治疗腰肌筋膜疼痛综合征具有显著疗效^[7-8],如躯干肌力训练可增强神经系统对腰部肌肉活动的调节反馈机制,有效改善神经肌肉间的协调性及腰部组织代谢功能,避免致痛物质在局部过多聚积从而诱发腰痛;另外躯干伸展性训练可改善机体软组织伸展性及腰部受力情况,有利于促进腰椎力学结构平衡,增强脊柱稳定性及腰部柔韧性,有效降低腰部受伤机率及程度,从而更好地适应腰部各种活动,打破腰痛恶性病理循环^[3]。本研究对照组疗效结果表明,躯干肌力训练及伸展性训练对治疗腰肌筋膜疼痛综合征确有一定疗效,但短期疗效欠佳,明显不及治疗组水平,故患者(特别是年轻患者)治疗依从性欠佳,影响了康复训练疗效。

腰肌筋膜疼痛综合征在中医上属“痹证”范畴,多由外伤、劳损、外邪侵袭、肾虚等病因引起。据相关文献报道,针灸治疗该症疗效满意^[9-10],但患者须每日来院治疗,同时部分患者有畏针情况,故限制了针灸使用。天灸所采用药物(如白芥子、细辛、元胡等)大都具有较强刺激性,可使局部血管扩张,血液循环加速,改善周围组织营养供给;通过神经反射调节机制,增强人体免疫功能。由于患者疼痛部位多位于足太阳膀胱经或足

太阳膀胱经与督脉之间,故天灸取穴时以此二经为主,从而达到补肾活血、温阳通络、扶正祛邪等目的。

本研究表明,2 组患者经治疗 1 d 后,发现治疗组患者疼痛程度显著缓解,而对照组无明显疗效,提示康复训练联合天灸治疗腰肌筋膜疼痛综合征起效迅速;治疗 3 周时发现 2 组患者疼痛程度均较治疗前进一步改善;于治疗后 3 个月时随访发现,治疗组腰痛复发情况明显优于对照组,提示康复训练联合天灸治疗腰肌筋膜疼痛综合征的远期疗效也显著优于传统康复训练,并且该联合疗法还具有治疗方便(患者仅需每周来医院 1 次)、副反应少、痛苦小、患者依从性好等优点,值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] 林家驹,陈利芳. 天灸治疗膝关节骨关节炎临床疗效观察. 浙江中医药大学学报,2008,32:382-383.
- [2] 赵宝昌,崔秀云. 疼痛学. 3 版,沈阳:辽宁教育出版社,2002:2.
- [3] 黄杰,孙乐蓉,覃东,等. 躯干肌背伸训练对非特异性腰痛康复的价值. 中华物理医学与康复杂志,2008,30:191-192.

- [4] 徐军. McKenzie 力学诊断和治疗方法在腰部疾病中的应用. 中华物理医学与康复杂志,2002,24:310-312.
- [5] 孙启良. McKenzie 疗法和腰痛治疗体操. 中华物理医学与康复杂志,2001,23:197-198.
- [6] 徐军,成鹏,黄国志. McKenzie 力学诊断和治疗技术研究进展. 中华物理医学与康复杂志,2001,23:243-244.
- [7] Kuan TS. Current studies on myofascial pain syndrome. Curr Pain Headache Rep,2009,13:365-369.
- [8] Lartigue AM. Patient education and self-advocacy. Myofascial pain syndrome; treatments. J Pain Palliat Care Pharmacother,2009,23:169-170.
- [9] Zhang JF, Wu YC, Mi YQ. Observation on therapeutic effect of acupuncture at pain points for treatment of myofascial pain syndrome. Zhongguo Zhen Jiu,2009,29:717-720.
- [10] 陈日新,康明非,何维莉,等. 热敏灸灸治疗肌筋膜疼痛综合征:多中心随机对照研究. 中国针灸,2008,28:395-398.

(修回日期:2009-08-29)

(本文编辑:易 浩)

· 临床研究 ·

穴位激光照射配合穴位针刺治疗灼口综合征的疗效观察

邱宏亮

【摘要】目的 观察穴位激光照射配合穴位针刺治疗灼口综合征(BMS)的疗效。**方法** 共选取 200 例 BMS 患者,将其随机分为治疗组及对照组。治疗组给予穴位(翳风穴、地仓穴、天容穴)激光照射及穴位针刺治疗,对照组给予穴位(翳风穴、地仓穴、天容穴)注射维生素 B₁ 及维生素 B₁₂。**结果** 治疗组显效 48 例,有效 50 例,无效 2 例,总有效率达 98%;对照组显效 15 例,有效 52 例,无效 33 例,总有效率达 67%,2 组疗效间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 穴位激光照射配合穴位针刺治疗 BMS 疗效显著,同时还具有治疗时间短、操作方便、患者依从性好等优点,值得临床推广、应用。

【关键词】 激光照射; 穴位针刺; 穴位注射; 灼口综合征

灼口综合征(burning mouth syndrome, BMS)是一组以痛、麻、涩、灼为主要表现的口腔综合征,病灶多位于舌部及口腔黏膜部位,以烧灼样疼痛为主,又称为舌痛症,其发病机制目前尚未明确^[1]。我国有超过 600 万成年人遭受 BMS 困扰,且无特效方法治疗,国内多采用穴位注射维生素 B₁ 及维生素 B₁₂,经临床证实确有一定疗效,但患者常因不能耐受穴位注射时疼痛而最终放弃治疗。本研究采用穴位激光照射配合穴位针刺治疗 BMS 患者,取得满意疗效,患者治疗依从性显著提高。现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

共选取 2008 年 4 月至 2009 年 3 月间在我院治疗的 BMS 患者 200 例,入选标准如下:以舌部烧灼样疼痛为主要症状,同

时伴有舌感觉功能异常、舌体麻木等口腔不适;患者无严重全身疾患,近 1 个月内未服用调节植物神经功能药物。所选患者均排除患有口腔白色念珠菌感染、口腔溃疡、舌炎、糖尿病、扁平苔藓、三叉神经痛、免疫性疾病、肝炎等可干扰 BMS 诊断的疾病。采用随机数字表法将上述患者分为治疗组及对照组,2 组患者一般情况及病情详见表 1,表中数据经统计学比较,发现组间差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

表 1 2 组患者一般情况及病情比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁)	病程 (d)	临床症状 评分(分)
		男	女			
治疗组	100	40	60	51.3 ± 10.5	446 ± 65	43.15 ± 10.52
对照组	100	44	56	53.5 ± 12.4	438 ± 62	42.33 ± 10.75

二、治疗方法

治疗组给予穴位激光照射及穴位针刺联合治疗,取穴包括两侧翳风穴、天容穴及地仓穴,穴位激光照射采用上海产 MDC-1000-31BP 型半导体激光治疗机,输出激光波长为 650/810 nm,