

DOI:10.13703/j.0255-2930.2016.10.012

中图分类号:R 246.7 文献标志码:A

临 证 经 验

梅花针刺络法治疗股外侧皮神经炎 40 例

许国山

(厦门市同安中医医院针灸推拿科, 福建厦门 361100)

[摘 要] 目的:验证梅花针刺络法治疗股外侧皮神经炎的疗效。方法:将 80 例患者随机分为观察组和对照组,每组 40 例。观察组于病灶区(阿是穴)行梅花针刺络法,每 4 d 治疗 1 次;对照组采用常规围刺、针刺加拔罐治疗,每天 1 次,经 14 d 治疗后对两组进行疗效评定。结果:观察组有效率为 95.0%(38/40)、痊愈率为 82.5%(33/40),对照组分别为 85.0%(34/40)、55.0%(22/40),观察组疗效优于对照组(均 $P < 0.05$)。结论:运用梅花针刺络法治疗股外侧皮神经炎疗效显著、操作简便,疗效优于常规围刺、针刺加拔罐。

[关键词] 股外侧皮神经炎;针刺疗法;刺络法;梅花针

股外侧皮神经炎,是由各种原因引起压迫、损伤该神经行走通路,引起神经受损,致使皮神经支配区域出现局部麻木、疼痛、蚁走感等感觉异常,无肌肉萎缩和活动受限等运动神经受累的疾病,呈慢性进程。临床中,以单侧发病较多,遇久站及长时间步行而加重,易反复发作,是一种较难治的顽固性疾病。笔者于 2012 年 6 月至 2015 年 6 月采用梅花针刺络法治疗股外侧皮神经炎 40 例,并与常规局部针刺拔罐法进行疗效对照观察,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

将符合诊断标准的门诊患者 80 例采用随机数字余数法分为观察组和对照组,每组 40 例。观察组中,男 26 例,女 14 例;年龄 20~60 岁,平均(35±9)岁;病程 2 周~2.5 年,平均(14.3±10.5)个月。对照组中,男 28 例,女 12 例;年龄 18~65 岁,平均(41±10)岁;病程 1 周~3 年,平均(18.5±9.4)个月。均为单侧发病,多数患者曾经口服药物、物理治疗、局部封闭等治疗无明显效果。两组患者在性别、年龄、病程等方面比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[1]中股外侧皮神经炎的诊断依据:①一侧或双侧大腿前外侧皮肤有蚁走感、麻木或刺痛,久站或步行较久后症状加剧;②查体可有大腿外侧感觉过敏、减退或消失,无肌肉萎缩和无力等运动神经受累。

1.3 排除标准

①皮肤有感染、创伤、瘢痕、溃疡者;②伴有心脑血管

血管、肝、肾等原发性疾病及精神病患者;③急性感染、凝血功能障碍者。

2 治疗方法

2.1 观察组

充分暴露患肢大腿外侧,请患者协助用龙胆紫标记出感觉异常区域,即阿是穴。操作:病灶区(阿是穴)常规无菌消毒后,用一次性梅花针,以病变外围向中心叩刺,应用腕部弹力垂直叩击患处,并立即弹起,反复进行,用强刺激量使局部皮肤明显潮红,隐隐出血,至患处皮肤区域均出现微微出血,或者局部出血由暗红转为鲜红,血变即止,以无菌棉花擦去血迹进行常规消毒。每 4 d 治疗 1 次,共行 4 次治疗后统计疗效。嘱患者治疗当日叩刺局部避免沾水。

2.2 对照组

同上观察组方法用龙胆紫标记出感觉异常区域。取穴:阿是穴、风市、中渚、膝阳关、梁丘、血海等局部经穴^[2]。操作:治疗区域常规无菌消毒,选用 0.30 mm×50 mm 毫针,局部阿是穴围刺,针尖向病灶中心与皮肤呈 15°~30°角斜刺,每针之间间隔约 2 cm,使之能够全部覆盖感觉异常区域;局部经穴常规直刺,得气后行提插捻转平补平泻法,留针 30 min;起针后局部拔罐,用消毒后的玻璃罐,以疼痛感觉不适最为强烈的部位为中心,向四周分布排罐,拔罐数量以能够完全覆盖治疗区域为度,留罐 10 min。每天 1 次,14 d 后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

参考文献^[3-4]拟定疗效标准。痊愈:患肢大腿前外侧麻木、蚁走感、刺痛、烧灼感均消失,局部痛觉和触觉均恢复正常;好转:局部麻木、刺痛、蚁走感、烧灼感等不适症状明显减轻,痛觉和触觉较治疗前均恢复,感觉异常区域面积较治疗前变小;无效:局

作者:许国山(1979—),男,主治医师。研究方向:针灸治疗颈腰腿痛及中风、面瘫等神经系统疾病。E-mail:xgs0227@163.com

部麻木、刺痛、蚁走感、烧灼感等不适症状无减轻,痛觉和触觉均无改善,感觉异常区域面积无变化。

3.2 治疗结果

观察组与对照组治疗 14 d 后,痊愈率分别为 82.5% 和 55.0%,有效率分别 95.0% 和 85.0%,观察组优于对照组(均 $P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组股外侧皮神经炎患者疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	好转	无效	有效率/%
观察组	40	33(82.5) ¹⁾	5(12.5)	2(5.0)	95.0 ¹⁾
对照组	40	22(55.0)	12(30.0)	6(15.0)	85.0

注:与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

4 体会

股外侧皮神经炎属祖国传统医学的“痹痹”“肌痹”等范畴。《素问·痹论》说:“风、寒、湿三气杂至,合而为痹”。本病病机多因正气内虚、风寒湿邪乘虚外袭,或劳损外伤等外邪客于经络、皮部,卫阳被遏,筋脉闭阻,气血运行不畅,经脉肌肤失养而发病,致患处皮肤疼痛、麻木等不适感觉异常。《灵枢·经脉》曰:“经脉者,所以能决死生,处百病,调虚实,不可不通。”治疗原则应以宣通局部经脉气血为主。围刺,即有“包围”“围歼”之意,属古代针法的“扬刺”,将病患区域更加集中,加强针感,增强疗效。目前临床上大多采用围刺加拔罐治疗股外侧皮神经炎^[3-4],故本研究采用围刺加拔罐作为对照观察。

本病为大腿外侧感觉异常,无肢体活动障碍,属于“皮部病证”。梅花针叩刺是古代“毛刺”“半刺”等传统方法发展及延伸的产物。《灵枢·官针》曰:“毛刺者,刺浮痹皮肤也”,对本病的治疗具有指导意义。《千金方》云:“言人有病,即令捏其上……即得便快成痛处……刺灸皆验”,提示阿是穴在治疗疾病上是一疗效较好的经验穴。本病患处区域较大,普通针刺、围刺、排刺,需要进针的次数多、针量大,增加患者的恐惧感,而梅花针刺刺激面广、刺激量大,可完全覆盖患侧区域。通过刺激人体皮部、络脉和经脉,祛除恶血,祛瘀生新,有效疏通经络气血,激发人体经气,调整脏腑虚实,调和气血,平衡阴阳,皮部恢复卫外功能,抵抗外邪,保卫机体,使聚于皮部的风、寒、湿邪获得出处,祛除病邪。

解剖学示股外侧皮神经是从腰大肌外侧缘穿出后,到大腿前外侧皮肤的过程中,多次穿行肌群、韧带、筋膜等组织,脊柱、髋关节等肢体关节活动过程中易压迫、刺激、牵拉股外侧皮神经,致神经、肌肉组织受损,产生炎症反应,引起皮神经受卡压、激惹而出现疼痛、麻木等感觉异常的症状。本病目前现代医学临床上常给予口服营养神经、局部封闭、口服非甾体抗炎止痛药、镇静药,严重者或行筋膜或腹股沟韧带切开减压等对症处理,效果不明显、复发率高。

常规针刺、理疗疗效确切,但患者在工作、生活等实际因素影响下,大多无法按时、按需接受治疗。

梅花针刺络法包含有放血疗法、浅刺、多针刺等疗法,是一种复合的中医特色疗法的综合。放血疗法通过血液和血管特异性的刺激,可扩张局部血管,祛除血脉中的瘀血,以及各种阻滞经络物质^[5],祛除炎性致痛物质,抑制缩血管因子和致病因子的释放,促进血液循环,改善神经末梢血液供应,进而加快组织代谢、改善局部内环境,达到止痛镇痛、改善末梢神经细胞营养、促进周围神经纤维的再生和神经功能恢复的目的。浅刺,即属针灸疗法的“半刺”“毛刺”。现代医学实验已经证实针灸刺激可以通过外周感觉神经纤维传入脊髓、脑干、丘脑、大脑等中枢神经组织,激活机体自身的调制系统,通过相互协调作用;而提高人体的痛阈,加强耐受;针刺刺激可激活阿片肽系统产生内啡肽、脑啡肽、强啡肽等镇痛物质,缓解、减轻身体疼痛等不适症状;并且减轻麻木、疼痛等感觉异常的情绪反应。本治疗方法从整体上、系统性、多方位对疾病起到积极的、综合的康复治疗作用。

刺络法治疗时间间隔较长,梅花针叩击时间短,为患者增加便捷的同时减少其对针刺治疗的心理恐惧;减少药物对机体产生的不良反应;操作简便快捷,疗效显著,优于常规围刺、针刺加拔罐治疗,临床上值得应用推广。

笔者对梅花针刺络法在临床治疗中的体会有:

- ①梅花针叩刺应用腕部弹力,使针尖与治疗部位垂直,减少因操作不当斜叩引起局部“钩针”、皮肤划伤,导致患者的疼痛不适。
- ②在症状明显的部位加强叩击,使其多出血,叩刺完毕用 75% 乙醇棉球先拭去针眼处的血迹(应提前告知患者乙醇擦拭可出现刺激性疼痛),乙醇的刺激可延长针眼的出血时间,增加出血量,对于个别出血量少的患者可以在患处闪罐,增加出血量。
- ③叩刺过程中,开始出血常为暗红色,乙醇棉球多次擦拭后,血色逐渐转为鲜红色,即可用干棉球擦拭,局部很快血止,即“血变即止”。治疗后可发现病患区域逐渐变小。

参考文献

- [1] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 北京:人民军医出版社,1998:197.
- [2] 石学敏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2014:215.
- [3] 李晓燕,郑雪梅. 围刺加闪罐治疗股外侧皮神经炎疗效观察[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2010,26(5):350.
- [4] 李阳,周建华. 扬刺法治疗股外侧皮神经炎 62 例[J]. 上海针灸杂志,2011,30(2):124.
- [5] 赵银龙.《黄帝内经》论刺络法[J]. 上海针灸杂志,2015,34(1):75.

(收稿日期:2016-01-24,编辑:王晓红)