

浮针医学患肌理论临床应用举隅

李 虎¹, 白田雨¹, 孙 健², 王 欣¹, 王金玲¹

(1. 山东省立第三医院, 山东 济南 250031; 2. 广东省中医院, 广东 广州 510380)

[摘要] 浮针医学患肌理论从病症与患肌相关性阐释疾病发生的根源, 即患肌是引起病症的主要原因。结合具体案例, 介绍浮针医学患肌理论的临床应用, 提出以患肌理论为指导, 应用解剖与生理学的知识, 去理解疾病, 实施浮针治疗。

[关键词] 浮针; 浮针医学; 患肌理论; 患肌; 再灌注活动; 医案

[中图分类号] R246

[文献标志码] B

[文章编号] 0257-358X(2021)03-0311-04

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2021.03.019

浮针疗法是运用一次性浮针针具在局限性病痛周围或邻近四肢的皮下组织进行扫散手法的针刺活动, 其源于传统针灸, 但在发展过程中吸收了现代解剖学、生理学以及生物力学等理论知识, 是一门新兴交叉学科。自从 1996 年由符仲华教授发明问世, 经过 20 余年的临床应用与研究, 浮针疗法已逐步发展成为具有临床治疗与诊断双重作用的浮针医学, 形成了其独具特色的理论体系与临床诊疗模式, 并提出诸多新理论、新概念, 其中患肌理论被广大临床医生所认同。患肌理论是浮针医学的核心内容, 主要阐述了患肌的形成、患肌的特点及其与疾病的相互关系。随着临床研究的不断深入, 患肌理论对浮针临床实践的重要指导意义逐渐受到重视^[1-4]。患肌意为肌肉的功能性改变, 浮针疗法是通过消除患肌病变发挥治疗作用, 因此, 充分认识并理解患肌在疾病发生发展中的作用, 准确地寻找患肌, 是浮针临床实践的重要环节。笔者结合具体案例, 从“患肌直接导致疼痛”“患肌(骨骼肌)造成肌性器官功能障碍”以及“患肌影响神经血管”三个方面, 浅谈患肌理论的临床应用体会。

1 慢性踝关节不稳案

张某, 女, 54 岁, 2019 年 6 月 22 日就诊。主诉:

左侧踝关节反复疼痛年余, 加重 3 d。现病史: 患者 1 年前扭伤左侧踝关节, 时有踝关节外侧肿胀、疼痛, 活动受限, 行推拿、外用膏药治疗后好转, 后反复出现左侧踝关节疼痛, 与劳累、天气变化有关, 休息后可缓解, 并时有打软腿, 3 d 前劳累后踝关节疼痛加重, 以外踝下方、后方疼痛为主。曾在济南某医院就诊, 超声检测提示“踝关节侧副韧带损伤; 跟骨滑囊炎”, 口服药物治疗(具体不详), 疼痛略缓解。刻症: 左侧踝关节外侧下方足背处、后方足跟处疼痛, 关节活动可, 无明显肿胀。疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分 6 分。诊断: 慢性踝关节不稳。患肌检查: 左侧腓肠肌外侧头(++++)、左侧胫骨前肌(+++), 左侧腓骨长肌(+++)。

治疗: ①针对腓肠肌患肌。患者先取俯卧位, 腓肠肌下段进针, 针尖向上指向患肌, 局部消毒, 利用专用进针器使一次性浮针(中号, 南京派福医学科技有限公司生产)破皮, 进入皮下, 针体在皮下疏松结缔组织中向前推进, 皮肤表面可见线状隆起, 以软管全部埋入皮下为度。扫散时以拇指为支点固定在皮肤, 示指及无名指摆动针座, 使皮下针芯持续划出扇形扫散动作, 扫散的同时, 嘱患者做屈膝动作, 医者同时给予反方向阻力, 持续约 10 s 后嘱患者膝关节伸直以放松肌肉, 如此重复 3 次。然后将针全部取出, 局部按压止血。②针对胫骨前肌患肌。患者取仰卧位, 在膝关节外下方, 胫骨前肌近端进针, 消毒、进针同前, 针尖向下指向患肌。在扫散的同时嘱患者用力做踝关节背伸再灌注活动, 医者给予阻力, 持续约 10 s 后放松。如此重复 3 次。③针对腓骨长肌。患者取仰卧位, 在左侧腓骨头下方进针, 消毒、进针

[收稿日期] 2019-12-02

[基金项目] 山东省基层卫生科技创新计划项目(编号: JCK1909; JCK20005)

[作者简介] 李虎(1986-), 男, 山东济南人, 医学硕士, 主治医师, 主要从事浮针治疗肌筋膜相关疾病临床研究。邮箱: jingtian_123@outlook.com。

[通信作者] 孙健(1978-), 男, 山东临沂人, 教授, 主任医师, 主要从事浮针治疗肌筋膜相关疾病临床研究。邮箱: sunj3610@163.com。

同前,针尖向下指向患肌。在扫散的同时,嘱患者用力做足外翻再灌注活动,医者给予阻力,持续约 10 s 后放松。如此重复 3 次,将不锈钢针芯退出,浮针软管留置局部,医用输液贴固定,红外线灯照射患处 15 min,嘱患者 6 h 后自行取出软管。即时治疗效果:踝关节 VAS 评分 3 分。后又治疗 2 次,疼痛基本消失。1 个月后随访未复发。

按:慢性踝关节不稳(CAI)是指由于维持踝关节稳定的结构受损导致的踝关节的反复扭伤,以踝关节顽固性疼痛、肿胀以及打软腿等为主要表现^[5]。CAI 的发生与踝关节急性扭伤后诊治不及时、治疗不当或过早运动等因素有关,约有 10%~30% 的急性踝关节扭伤患者可最终发展为 CAI^[6],甚至出现扭伤——不稳定——再次扭伤的恶性循环,造成软骨损伤、骨关节炎等。目前针对本病尚无统一的治疗手段,症状较轻者可采取保守治疗,踝关节严重不稳者则需采取手术治疗^[7]。在本病例中,患者的疼痛部位在踝关节外侧下方足背处、后方足跟处,超声检测示“踝关节侧副韧带损伤;跟骨滑囊炎”。患肌理论认为,踝关节疼痛原因不在于骨质增生、韧带损伤、滑囊炎症刺激以及骨关节炎等因素,患肌才是导致疼痛的直接原因^[8-9]。腓肠肌、腓骨长肌以及胫骨前肌不仅与疼痛在解剖位置上相关,并且肌肉力量及协调性是维持踝关节力学稳定性、保证踝关节正常功能的重要条件。踝关节急性扭伤时,由于局部炎症刺激,正常的肌肉出现病理性紧张,形成患肌,是机体的一种保护性反应,保证踝关节可以充分休息。然而由于 CAI 患者下肢肌肉协调性下降,造成下肢运动模式的改变^[10],以及踝关节反复扭伤,局部炎症因子对肌肉的反复刺激,造成患肌不能及时消除,因而导致了关节周围疼痛。通过对相关肌肉的触诊,可以发现部分肌肉明显处于紧张痉挛状态,符合患肌“紧、僵、硬、滑”的特点。针对患肌施以扫散手法配合再灌注活动,快速改善其缺血缺氧状态,促进肌肉功能恢复,因此能够通过 3 次治疗,使得疼痛得到明显缓解。

2 术后尿潴留案

陈某,女,81 岁,2019 年 4 月 12 日就诊。主诉:牙科全麻手术后排尿困难 40 余天。现病史:患者 2019 年 3 月 1 日在广州市某口腔医院行全麻下牙科手术(具体不详),术后逐渐出现排尿困难,伴有小腹胀满,无恶心呕吐、发热等不适,2019 年 3 月 4 日在广州市某医院急诊就诊,腹部 CT 未见尿路梗阻,

生化检查未见明显肝肾功能异常,诊断为尿潴留,并给予留置导尿至今。既往左侧髋关节置换术,高血压,腔隙性脑梗死病史。刻症:留置导尿。伴有腰部酸痛及左下肢冷痛,舌暗,苔薄,脉沉涩。查体:神志清,四肢肌力可,腹软,无压痛及反跳痛,无尿意, $L_2 \sim L_5$ 椎体旁压痛阳性,左侧髋关节附近压痛阳性。西医诊断:尿潴留;中医诊断:癃闭(脉络瘀阻,气血亏虚证)。患肌检查:左侧内收肌、左侧腰大肌、左侧腹斜肌、左侧竖脊肌、左侧臀大肌、左侧臀中肌均存在不同程度紧张与僵硬,尤其是左侧内收肌、左侧臀大肌和臀中肌紧张明显。

治疗:患者先取仰卧位,采用一次性浮针(中号,南京派福医学科技有限公司生产),选取左侧内收肌肌腹远端为进针点,局部常规消毒,针尖朝向患肌。进针后扫散的同时配合下肢内收再灌注活动,每次约 5 s,然后休息 15 s,重复 2 次。腰大肌、腹斜肌、竖脊肌、臀大肌、臀中肌的消毒、进针、扫散、治疗时间及频次同上。同时腰大肌配合屈髋再灌注活动,臀大肌配合伸髋再灌注活动,臀中肌配合外展髋关节再灌注活动。治疗结束后于患肌处留置针芯外的软管,用无菌输液贴贴敷,最后用红外线灯照射腹部 15 min 温通局部,促进局部血液循环,嘱患者于当日洗澡前 1 h 拔出,留管时间里局部勿沾水、重压。第一次治疗结束后患者自诉腰部及左下肢疼痛不适感减轻,尤其下肢冷感明显减轻。4 月 15 日二诊:患者于当日 9 时拔除尿管来到诊室,经询问无明显尿意,遂告知适量饮水,至 11 时患者有明显尿意,自主排尿约 120 mL,依前法给予第二次浮针治疗。4 月 16 日三诊:患者诉昨日下午自主排尿 2 次,每次约 120 mL,夜间排尿 1 次,无尿频、尿急等不适,依前法治疗。4 月 18 日四诊:患者诉昨日因外出憋尿,曾出现一过性排尿困难,休息后缓解,依前法治疗,并嘱其定期排尿,避免劳累及长时间憋尿。后复诊两次以巩固疗效。1 个月后电话随访,家属告知患者排尿正常,未复发。

按:尿液的贮存和定时排放需要依靠膀胱和尿道的协调活动来完成,该过程是在大脑、脊髓及周围神经的共同调节下实现的^[11]。术后尿潴留是指手术后膀胱内充满尿液但不能排出,与膀胱和尿道周围肌肉功能状态改变直接相关。围术期使用 M 受体激动剂可导致逼尿肌收缩亢进;抗胆碱药物可以造成膀胱逼尿肌收缩无力^[12]。麻醉药物对盆骶神经、会阴部和排尿低级中枢有抑制作用,阻碍了排尿反射,是

术后早期尿潴留的主要成因^[13]。研究显示,术后尿潴留的发生与年龄密切相关,年龄 >70 岁是术后尿潴留发生的危险因素^[14],其原因可能为老年患者盆底组织松弛,肌肉力量及协调性差,神经功能恢复慢;而在麻醉效果消失后,神经抑制导致的膀胱逼尿肌收缩功能障碍和尿道括约肌松弛障碍仍未解除,从而导致排尿困难、尿潴留的发生^[13]。

浮针医学认为,骨骼肌的紧张会造成肌性器官的功能障碍,尿频、尿急、漏尿等与盆底肌、膀胱尿道肌肉紧张痉挛、功能失调有关系^[9]。现代研究也证实,通过进行针对性的盆底肌肉锻炼,可改善膀胱逼尿肌、尿道括约肌和盆底肌肉的功能,从而恢复正常的储尿、排尿功能^[15-16],但该疗法周期长,起效较慢。浮针疗法通过针对下肢内侧、腹部以及臀部的患肌的扫散,配合再灌注活动,给予肌肉一定强度、持续性的收缩运动,改善患肌的缺血缺氧状态,缓解膀胱和尿道周围肌肉的痉挛状态,促进其收缩并增强其张力和协调性,恢复正常的排尿功能。

3 前斜角肌综合征案

李某,女,39 岁,2019 年 3 月 11 日就诊。主诉:反复右侧颈肩部酸胀半年余,加重伴右上肢麻木发冷 1 周。现病史:患者半年前劳累后出现右侧颈肩部疼痛、酸胀,曾在广州市某医院行颈椎 CT 示:C₄/C₅~C₆/C₇ 颈椎间盘突出,诊断为颈椎病。行保守治疗后疼痛缓解,但劳累后仍有酸胀感。1 周前受凉后出现右侧颈肩部酸胀加重,并伴有右上肢发冷,前臂麻木,尤其夜间发冷严重。查体:C₃~C₇ 棘突旁压痛阳性。右侧斜角肌、胸锁乳突肌中段、肩胛提肌及头颈夹肌可触及紧张僵硬,尤其是右侧斜角肌明显。右侧前斜角肌紧张试验阳性,右侧 Adson 试验阳性。肱二头肌反射存在;肱三头肌反射存在;霍夫曼征阴性。诊断:前斜角肌综合征,颈椎病。

治疗:患者左侧卧位,充分暴露右侧颈部。先针对斜角肌、胸锁乳突肌患肌进行治疗,选取右侧乳突下方约 2~3 cm 处为进针点,针尖朝向前下方,消毒、进针同前,进针后扫散的同时配合再灌注活动:头部抬离床面抗阻 10 s,重复 3 次,每次间隔约 15 s;再取坐位,针对肩胛提肌及头颈夹肌患肌进行治疗,取右侧肩胛骨内上角为进针点,针尖斜向内上方,消毒、进针、扫散同前,并配合再灌注活动:耸肩抗阻 10 s,右侧歪头抗阻 10 s,右侧旋转颈部抗阻 10 s。治疗后患者颈肩部酸胀及上肢麻木感明显缓解,自觉上肢有温热感。3 月 13 日二诊:患者述上肢发冷感

基本消失,夜间睡眠良好,仍有颈肩部酸胀及前臂麻木,但较前明显缓解,查找患肌及治疗同前。3 月 15 日三诊:仍有轻微酸胀麻木,治疗同前。后治疗 3 次巩固疗效,酸胀麻木等不适基本消失。1 个月后随访未复发。

按:前斜角肌综合征是指臂丛神经和锁骨下动脉从前斜角肌、中斜角肌和第一肋骨围成的三角形间隙中穿出的过程中,受到肌性卡压所引起的一组临床症状^[17],主要包括神经受压导致的颈肩部疼痛、酸胀无力或感觉障碍,以及血管受压导致的患肢发凉。前斜角肌紧张试验提示神经受到压迫;Adson 试验提示血管受到压迫。

前、中斜角肌起自 3~6 颈椎横突的前结节和所有颈椎横突后结节,止于第一肋锁骨下动脉沟前方的前斜角肌结节和第一肋锁骨下动脉沟的后方。特殊的解剖结构特征是造成神经血管卡压的基础。在正常情况下,前、中斜角肌与第一肋形成的间隙较大,神经血管有活动的余地,不易形成卡压。但女性若以胸式呼吸为主,斜角肌收缩上提第一肋参与吸气过程,加之长期低头伏案等原因,易造成斜角肌的紧张痉挛,导致神经和血管受压。

4 腓总神经卡压案

陈某,男,48 岁,2019 年 3 月 12 日就诊。主诉:腰痛伴左下肢麻木月余。现病史:患者 1 个月前劳累后出现腰痛伴左下肢麻木,阵发性,休息后可缓解。曾在广州市某医院行腰部 CT 检查示:L₄/L₅ 椎间盘突出,诊断为腰椎间盘突出症。行针灸、推拿等保守治疗,腰痛缓解,仍有左下肢麻木。查体:左小腿外侧及足背部麻木,左腿直腿抬高试验 40°,拇长伸肌、趾长伸肌肌力减弱。诊断:腓总神经卡压症,腰椎间盘突出症。患肌检查:左侧腓骨长肌、左侧腓肠肌、左侧竖脊肌、左侧股二头肌、左侧臀大肌、左侧臀中肌均存在一定程度的紧张僵硬,尤其是左侧腓骨长肌、左侧腓肠肌明显。

治疗:首先消除腓肠肌、腓骨长肌患肌,具体操作同前。治疗 1 次后,左小腿麻木消失,左足背麻木缓解。继续消除竖脊肌、臀部患肌,嘱多休息,避免劳累受凉。3 月 14 日二诊:患者述第二日左小腿麻木有反复,但较治疗前缓解,查左侧阔筋膜张肌紧张僵硬明显,先取左侧髂前上嵴后上方为进针点,针尖指向患肌,消毒、进针、扫散同前,并配合屈膝体位外展髋关节抗阻 10 s,余患肌依前法处理,治疗后小腿麻木消失,左足背麻木缓解。3 月 16 日三诊:患者述

小腿、足背麻木消失,治疗同前。后治疗 3 次巩固疗效。1 个月后随访未复发。

按:腓总神经卡压是指腓总神经在腘窝从坐骨神经分出后,至进入小腿前外侧肌群的行程中,任何部位受压或损伤所导致的麻木、功能障碍等一系列症状^[18],临床易被误诊为腰椎间盘突出症。解剖学显示,腓总神经自腘窝近侧端由坐骨神经分出,斜向外下方走行于股二头肌腱内侧缘和腓肠肌外侧头之间,然后进入由腓骨长肌和腓骨颈形成的腓管,并在腓管附近分为腓浅神经和腓深神经^[19]。腓骨长肌、股二头肌以及髂胫束等肌肉的紧张均可以导致腓总神经卡压。

浮针医学将两个案例归结为肌肉后病痛,认为肌肉后病痛的发生,多是因为患肌上 MTxP 的自发电活动导致了肌肉持续性的电活动^[20],进而造成了穿过肌肉周围的神经反复兴奋^[21];痉挛短缩的肌纤维引起筋膜皱缩,压迫通过肌肉和筋膜的血管,导致了血管流动异常,造成神经血管支配区域的功能紊乱,出现麻木、畏寒肢冷、皮肤瘙痒等病症。在前文案例中,触诊患者相关肌肉发现明显的紧张僵硬,符合患肌的临床特征。浮针治疗改善了肌肉的缺血缺氧,缓解了肌肉的痉挛,解除了对神经血管的压迫,消除了肢体的酸胀麻木以及发冷等不适。

5 体会

浮针医学是对传统针灸的发展,是基于传统针刺对现代解剖学、生理学体系的一种适应性的改变。浮针医学理论认为,患肌是引发临床病症的主要原因。上述案例虽然各不相同,但病症与患肌相关是其共同的特征,即疾病的发生都与患肌相关,在解剖位置、生理功能或病理过程具有相关性;此外,通过触诊都可以发现患肌“紧、僵、硬、滑”的临床特征,通过浮针治疗消除患肌,相关病症在短期内得到明显的缓解。浮针临床实践中,应当在患肌理论的指导下,围绕患肌相关性这一核心原则,依据现代解剖学与生理学知识,去理解疾病、实施浮针治疗。

【参考文献】

- [1] 曾馥馥,王文涛,孙健,等. 回顾性分析浮针治疗股骨头坏死 44 例[J]. 中国针灸,2017,37(7):722-724.
- [2] 李虎,白田雨,孙健,等. 浮针从患肌论治膝骨关节炎思路探析[J]. 中国中医骨伤科杂志,2020,28(1):78-81.
- [3] 敬娜,孙健,莫宗权,等. 从患肌角度探讨浮针治疗股骨头坏死的作用机制[J]. 中医药导报,2020,26(8):39-40,48.
- [4] 李虎,孙健,白田雨,等. 基于患肌理论分析浮针治疗肩周炎的临床思路与方法[J]. 中医药导报,2020,26(10):102-104.
- [5] DOHERTY C, BLEAKLEY C, HERTEL J, et al. Recovery from a first-time lateral ankle sprain and the predictors of chronic ankle instability: a prospective cohort analysis[J]. Am J Sports Med, 2016, 7(1):181-220.
- [6] FERRAN N A, OLIVA F, MAFFULLI N. Ankle instability[J]. Sports Med Arthrosc, 2009, 17(2):139-145.
- [7] 张昊,解冰,薛海鹏,等. 慢性踝关节不稳诊断与治疗的研究进展[J]. 中国骨伤,2016,29(12):1160-1163.
- [8] 李康,陆瑾,田亚丽,等. 符仲华老师浮针疗法治疗膝骨关节炎经验[J]. 现代中西医结合杂志,2019,28(6):657-660.
- [9] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:112-117.
- [10] 裴子文,孟宪梅,杨建强,等. 慢性踝关节不稳患者下肢肌肉激活特征研究现状[J]. 中国康复理论与实践,2018,24(6):678-681.
- [11] 姜先洲,赵海峰. 下尿路的神经调控[J]. 山东大学学报(医学版),2018,56(3):19-23.
- [12] 杨曦. 妇科手术后尿潴留[J]. 实用妇产科杂志,2011,27(3):176-179.
- [13] 贺必梅,潘飞鹏. 椎管内麻醉患者术后尿潴留相关因素的研究[J]. 实用医学杂志,2014,30(18):2970-2972.
- [14] GRIESDALE DE G, NEUFELD J, DHILLON D, et al. Risk factors for urinary retention after hip or knee replacement: a cohort study[J]. Can J Anaesth, 2011, 58(12):1097-1104.
- [15] 李妍. 盆底肌锻炼对产后尿潴留康复护理效果的临床分析[J]. 中国实用医药,2018,13(10):183-184.
- [16] 陈文玲,李苑,刘岚,等. 妊娠晚期盆底肌锻炼对产后膀胱功能障碍及尿动力学的影响[J]. 中国妇幼保健,2015,30(34):5963-5964.
- [17] 陈孝平. 外科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2010:1022.
- [18] 韩宁,尹望平. 腓总神经卡压综合征的诊治进展[J]. 中国矫形外科杂志,2005,13(17):1345-1346.
- [19] 尹望平,陈琳,陈德松. 腓总神经卡压的应用解剖学研究[J]. 中华骨科杂志,1998,18(8):477-479.
- [20] HUANG Q M, LV J J, RUANSHI Q M, et al. Spontaneous electrical activities at myofascial trigger points at different stages of recovery from injury in a rat model[J]. Acupunct Med, 2015, 33(4):319-324.
- [21] 朱兵,贲平,徐卫东,等. 神经—骨骼肌的继发性兴奋:“循经感传”机制研究() [J]. 中国针灸,2001,21(4):217-220.