

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2018.05.030

中图分类号: R 246.1 文献标志码: A

临 证 经 验

浮针治疗非疼痛性疾病临床应用举隅*

李奕萱^{1△}, 刘 梦¹, 张瑞杰², 陆亚麟³, 谭 曦¹, 王 谦^{1✉}(¹北京中医药大学, 北京 100029; ²临汾市侯马慈济中西医结合医院; ³北京中医药大学东直门医院)

[摘 要] 浮针在“患肌”适应证的理论下治疗非疼痛性疾病常收效显著。本文列举浮针治疗慢性支气管炎急性期发作、下肢动脉硬化闭塞症(无症状期)、压力性尿失禁 3 个验案, 并以浮针医学的独特角度探析其诊疗思路、治疗要点及作用机制。

[关键词] 浮针; 患肌; 医案; 慢性支气管炎急性期发作; 下肢动脉硬化闭塞症; 压力性尿失禁

自 1996 年 9 月符仲华教授在《南方日报》首次报道浮针标志着其正式问世^[1], 经过 20 多年的蓬勃发展, 浮针囊括了浮针特色专科诊断、新理论新观念以及特色治疗方法等内容。历经数年在千万病例中浮针医学由最初的“疼痛适应证”逐渐发展为“患肌”适应证, 不断扩大其适应证范围, 疗效亦立竿见影^[2], 帮助很多曾经认为“无药可施”的病人恢复健康。现将在南京浮针医学研究所中具有一定代表性的临床验案论述如下。

1 典型案例

医案 1: 慢性支气管炎急性期发作

患者, 男, 61 岁, 2017 年 7 月 12 日以“间断慢性咳嗽、咳痰 30 余年, 加重伴喘息 3 d”就诊。病史: 30 年前在建筑工地打工, 吸入大量建筑材料粉尘而逐渐出现咳嗽, 晨起咳痰, 未予重视, 10 年前无明显诱因症状较前加重, 偶伴喘息, 于当地多家医院呼吸科查肺部 X 线、呼吸功能, 均未发现器质性病变, 影像学检查亦未发现异常, 予诊断为慢性支气管炎。经住院治疗(具体不详)后好转出院。3 d 前因受凉咳嗽明显加重, 晨起咯大量白色黏液痰, 并伴有咽部发痒感、喘息、呼吸困难, 活动后尤甚, 睡眠差, 纳食差, 面色不佳, 二便调。无吸烟史, 无糖尿病及高血压病史。查体: 患者消瘦、双肺底可闻及湿啰音, 通过循触相关嫌疑肌群后发现, 胸锁乳突肌、胸大肌、腹直肌及竖脊肌等出现不同程度的紧张、僵硬。诊断: 慢性支气管炎急性期发作。治疗: 用常规消毒方法进行医者手部消毒、浮针进针器消毒后, 检查确保一次性浮针(针芯: 长度 52 mm, 直径 0.6 mm。软套管: 长度 49 mm, 直径 1.05 mm)包装完整无损后取其安置于进针器上备用。嘱患者仰卧位, 选取胸锁乳突肌肌腹中段处作为进针点, 局部常规消毒后

右手夹持浮针进针器放置于进针点, 针尖朝向“患肌”肌肉紧张处, 左手放置于进针器前方并将进针点处的皮肤推向针尖方向(约垂直于针尖), 以保证浮针能够顺利刺入皮下并尽量避免疼痛(见图 1)。按压进针器进针控制按钮后, 便可将一次性浮针以垂直于提捏皮肤的角度射入皮下约 0.2 cm。进入皮下后, 放倒针身, 针尖微向上翘起, 以使针体与肌肉层平行, 轻柔缓慢地将剩余针身(约 1.5 cm)朝着患肌的紧张部位平行进皮下层(推进针身约 2/3 长度)。针体进入皮下组织后, 小心地将针芯退出至芯座卡槽内。右手拇指、示指及中指合力固定于针座处后进行扇形扫散(见图 2), 扫散幅度约 120°, 时间约 0.5 min, 50 次左右。扫散后配合对侧转头抗阻再灌注活动, 每次 10 s, 休息 10 s, 直至“患肌”的紧张感明显消减甚至完全消失^[3], 约 3 min。胸大肌、竖脊肌及腹直肌等肌肉基本消毒方式、进针方法、扫散方法、治疗时间、频次基本同上。同时, 胸大肌配合上臂水平内收抗阻再灌注活动(见图 3)、竖脊肌配合跪位抱头弯腰再灌注活动、腹直肌配合抱头仰卧起坐再灌注活动。治疗结束时贴医用胶贴以留置浮针软管从而对“患肌”仍然有微小的刺激作用, 30 min 后根据患者患肌紧张度变化继续进行扫散配合再灌注活动的治疗以尽量消除患肌的紧张感。根据浮针常规诊疗经验并结合患者自身状况, 每日 1 次, 连续治疗 3 d 为一疗程, 治疗 1 个疗程。结果: 一诊(第 1 天)治疗后立即感觉咽部痒感减轻, 咳嗽减轻, 张口呼吸减弱, 呼吸稍平稳。二诊(第 2 天)治疗前问诊, 患者自述咽中发痒感基本消失, 咳嗽残存一点, 睡眠少许改善, 胸锁乳突肌、胸大肌、腹直肌及竖脊肌等肌肉的紧张感及僵硬感均有不同程度减轻。三诊(第 3 天)治疗前问诊咳嗽较前明显缓解, 咳痰量较前减少, 喘息气急较前缓解, 劳动后较为明显, 听诊双肺湿啰音减少, 声音洪亮, 睡眠改善, 食欲渐佳, 面色红润, 胸锁乳突肌、胸大肌、腹直肌及竖脊肌等肌肉的

*北京中医药大学 2017 年研究生社会实践项目: 2017-LCZX-23

✉通信作者: 王谦, 教授。E-mail: wangqian@bucm.edu.cn

△李奕萱, 北京中医药大学硕士研究生。E-mail: liyixuan@bucm.edu.cn



图 1 胸锁乳突肌肌腹中段进针方法示例

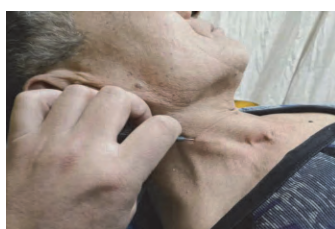


图 2 胸锁乳突肌肌腹中段扫散方法示例



注：画圈部分为胸大肌。

图 3 胸大肌上臂屈曲抗阻再灌注活动示例

紧张感及僵硬感几乎消失。三诊后未再进行治疗。15 d 后随访，咳嗽消失，未复发。

按语：本案患者因多年前遭受刺激物侵害而诱发咳嗽，病程大于 8 周且辗转多家医院诊疗未愈，今因感冒而加重。本病为无器质性病变的慢性咳嗽，结合其发病史，可能为感冒后支气管轻度感染诱发呼吸系统平滑肌或邻近骨骼肌异常加重而产生咳嗽（慢性支气管炎急性期发作）^[4-5]。同时，在对患者进行仔细查体触寻相关嫌疑肌群后发现胸锁乳突肌、竖脊肌、腹直肌及胸大肌等出现异常的僵硬及紧张。因此，运用浮针进行相关“患肌”的扫散并配合针对“患肌”功能的再灌注活动治疗，效果当场立现，三诊后咳嗽基本消失。浮针治疗本病的机制可能与改善引发咳嗽的相关“患肌”的异常紧张及牵拉、改善局部血液循环有关并产生轻微抗炎反应，明确机制需要进一步地深入研究。

医案 2：下肢动脉硬化闭塞症（无症状期）

患者，男，78 岁，于 2017 年 6 月 20 日首诊以“双下肢发麻、怕冷 3 年，加重伴间歇性跛行半月”前来就诊。现病史：双下肢发麻、怕冷 3 年余，右侧为甚，伴常年腹胀，自诉 2016 年曾于当地医院查踝肱指数（具体不详），下肢超声诊断为下肢动脉硬化闭塞症，未接受系统治疗，近半月无明显诱因出现活动后下肢疲乏疼痛感，休息可缓解，伴双下肢怕冷，皮肤发痒，右侧尤甚，无腰痛及下肢放射痛。既往史：高血压病病史 20 余年，间断服用降压药，血压控制在 140/90 mm Hg（1 mm Hg=0.133 kPa），无糖尿病史，2010 年行胆囊切除术、2012 年行肝血管瘤摘除术，术后恢复良好。辅助检查：2016 年 9 月超声检查显示下肢动脉硬化和斑块形成。查体：双下肢远端皮温降低，动脉搏动减弱，触觉减弱，右下肢尤甚。双侧腓骨长肌、腓肠肌、比目鱼肌、胫骨前肌、腹直肌以及髂腰肌等肌肉均有不同程度的僵硬和紧张。诊断：轻度下肢动脉硬化闭塞症。治疗：用常规消毒方法进行医者手部消毒、器械消毒、局部消毒后，分别选取双侧腓骨长肌、腓肠肌、比目鱼肌、胫骨前肌、腹直

肌以及髂腰肌相关患肌肌腹作为进针点，进针及扫散等操作方式及治疗方式如医案 1。同时在扫散的过程中，腓骨长肌配合足外翻抗阻再灌注活动，腓肠肌配合屈膝抗阻再灌注活动，比目鱼肌配合踝关节跖屈抗阻再灌注活动，胫骨前肌配合足内翻抗阻再灌注活动，腹直肌配合抱头仰卧起坐再灌注活动，髂腰肌配合屈髋抗阻再灌注活动，每次再灌注为 3 组，每组 10 s，以轻度力竭为度，间隔休息 10 s，医者协助患者做相关“患肌”的抗阻运动。结合临床经验及该患者的具体情况，诊疗频次为每日或隔日 1 次，一般以 3 次为一疗程，治疗 1 个疗程。但尤其需要注意的是，由于出现了动脉斑块，所以各项再灌注活动必须要轻柔，动作幅度不可过大。治疗结束后嘱患者避风保暖，适当休息。结果：一诊（第 1 天）治疗后自觉下肢发热、松软，活动灵活，双侧腓骨长肌、腓肠肌及比目鱼肌的紧张感明显减轻。二诊（第 3 天）治疗前问诊，自觉发麻及发冷症状明显减轻，下肢浮肿明显减轻，自述双腿较前轻松。三诊（第 5 天）治疗前问诊：自觉双下肢及脚底有热感，发痒及发麻明显减轻，间歇性跛行有一定好转，双侧腓骨长肌、腓肠肌、比目鱼肌、胫骨前肌、腹直肌以及髂腰肌等肌肉僵硬和紧张感基本消失。同时，通过治疗常年腹胀亦得以减轻，食欲大增。三诊后症状好转，嘱患者后期进行有规律的有氧运动并配合降压药物，本疗程结束，建议患者休息一段时间考虑继续治疗。15 d 后随访，双下肢发凉、发麻感消失，间歇性跛行消失，常年腹胀大为减轻，未进行继续治疗。

按语：本案患者双下肢发冷、发麻近 3 年，后检查发现双下肢出现动脉硬化及斑块形成，尚未出现严重的肢体缺血症状，只存在自我感觉发凉、发麻等症状，尽管没有像疼痛之类症状剧烈，临床症状较轻，但亦影响患者生活。浮针医学认为，除去动脉硬化及斑块等直接因素而导致血运不畅的原因，患肌亦可导致血运不畅。人体的血管和神经大部分被肌肉包裹，肌肉在多种因素下形成患肌，异常的紧张和牵拉肌肉使邻近的血管产生物理性压迫或刺激而搏动力量减弱，以致血

液供应减少或影响相关自主神经而产生局部发凉感^[3]。因此通过循触相关肌群,找到患肌后给予浮针干预,患者很快可以感受到双下肢的温暖感,血液循环通畅浮肿自然也会消散。同时患者多年的腹胀问题通过治疗亦得到明显改善,很可能是在治疗过程中找到引发腹胀的腹直肌以及髂腰肌等相关肌群对症治疗的结果。但本病尤其需要注意的是,患者因发凉的部分原因是下肢斑块而引发的,所以在再灌注活动中需要手法轻柔,以免手法过重使斑块脱落产生危险。

医案 3: 压力性尿失禁

患者,女,45岁,已婚。2017年2月21日以“咳嗽、大笑后漏尿半年余,加重半月”前来就诊。病史:半年前因劳累过度、受凉后出现咳嗽、大笑、体力活动后漏尿,平卧静止时无明显漏尿,近半月无明显诱因症状加重,打喷嚏、行走及活动后即有漏尿,无尿频、尿急、尿痛,无排尿困难,无夜尿增多,2017年1月曾于当地医院泌尿外科查尿流量+残余尿示:尿流率(VOID):19 s/280 mL/55 mL;尿常规正常,尿垫试验阳性。经盆底肌锻炼等治疗未见明显好转。查体:无明显腰痛、腹痛、发热等不适,双侧腹直肌下段,双侧腹内、外斜肌,左侧股内收肌群、腓肠肌、胫骨前肌以及腓骨长肌等均出现不同程度的紧张与僵硬。诊断:压力性尿失禁。治疗:常规消毒方式进行医者手部消毒、器具消毒及局部消毒后分别选取相关患肌,按照医案1方法进行浮针治疗,扫散以及配合相关再灌注活动。其中,腹内、外斜肌配合仰卧起坐加左右转身再灌注活动,腹直肌配合抱头仰卧起坐再灌注活动,股内收肌群配合髋关节内收抗阻再灌注活动,腓肠肌配合屈膝抗阻再灌注活动,胫骨前肌配合足内翻抗阻再灌注活动,腓骨长肌配合足外翻抗阻再灌注活动,每次再灌注为3组,每组10 s,以力竭为度,间隔休息10 s,医者协助患者做相关患肌的抗阻运动。治疗结束后嘱患者避免过度劳累,多做提肛运动以锻炼盆底肌肉,增加尿道阻力。亦可配合仰卧起坐运动。尽量使用蹲式排便,利于盆底肌群张力的恢复。结合浮针治疗的临床经验及该患者的具体情况,诊疗频次为每日1次,连续3 d为一疗程。结果:首诊(第1天)治疗后用力咳嗽和跳跃时仅有少量尿液流出。二诊(第2天)患者诉一般活动及打喷嚏时已无尿液流出,仅在重体力活或用力咳嗽时会有少量尿液流出。双侧腹直肌,左侧股内收肌群以及左侧胫骨前肌仍然有不同程度的紧张、僵硬。三诊治疗后自述用力跳跃及咳嗽时无尿液流出。三诊

(第3天)患者诉生活工作基本不受影响,仅在用力搬重物或跑跳时偶尔有少量尿液流出。双侧腹直肌下段、左侧股内收肌群以及左侧胫骨前肌仍然有一定程度的紧张和僵硬。三诊处理后漏尿消失。1周后随访,漏尿症状消失,完全不影响生活和工作。

按语:本案患者在咳嗽、打喷嚏、大笑或负重等腹压增加时发生不自主漏尿,常不伴尿意,属于压力性尿失禁范畴(轻度)。西医治疗主要是非手术治疗(包括生活方式干预、治疗便秘等慢性腹压增高的疾病、盆底肌训练、盆底肌电刺激、药物治疗等)以及手术治疗。本病案中引发患者尿失禁的肌群主要是盆底肌群,但是通过处理腹直肌、腹内外斜肌、股内收肌群、腓肠肌、胫骨前肌以及腓骨长肌等肌群,却效果甚佳。浮针医学认为,引发疾病的根源往往会出现与发病位置不一致的情况。同时,在再灌注活动的过程中,引导患者进行提肛等训练盆底肌群的活动,取得了较好的效果。需要注意的是,根据浮针治疗作用原理,对于单纯由患肌引发的尿失禁常效果显著,但对于由神经系统受损所引发的尿失禁效果较差甚至无效,在治疗前必须明确病因及正确诊断。

2 小结

笔者通过列举浮针医学中应用于慢性支气管炎急性期发作、下肢动脉硬化闭塞症(无症状期)、压力性尿失禁3个验案,表明浮针不止在治疗疼痛方面疗效显著,在非疼痛领域只要属于其适应证(浮针医学中由“患肌”所引发的疾病)均可能取得良好的疗效。同时,要注意在适应证范围内一定要综合考量各种因素的影响,包括诊断是否正确、体位选择是否合适、进针点选择是否最佳、扫散动作是否规范、再灌注活动是否到位、患者是否配合以及休息是否充分、是否再次受到冷热环境影响和情绪因素等。审慎考量这些因素,才是发挥疗效的基本保证。

参考文献

- [1] 符仲华. 浮针出世,疼痛逃遁——南方医院针灸科革新传统疗法出成果[N]. 南方日报,1996-9-16(12).
- [2] 刘爽. 浮针治疗非痛症的临床应用进展[J]. 实用中西医结合临床,2017,17(5):161-162.
- [3] 符仲华. 再灌注和再灌注活动——关于外治法中边治疗边活动的方法[J]. 中国针灸,2015(S1):68-71.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2015)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2016,39(5):323-354.
- [5] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:247-248.

(收稿日期:2017-09-02,编辑:孟醒)