

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2018.02.008

中图分类号: R 246 文献标志码: A

以足背痛为例探讨浮针医学中“患肌”理论的运用*

李奕萱^{1△}, 刘梦¹, 符仲华², 谭曦¹, 王谦^{1✉}(¹北京中医药大学中医学院, 北京 100029; ²南京中医药大学浮针医学研究所)

[关键词] 足背痛; 浮针; 患肌

“患肌”理论由浮针医学 (Fu's subcutaneous needling, FSN) 创始人符仲华教授所提出, 是运动中枢正常情况下, 放松状态时依旧处于紧张状态的肌肉^[1], 患肌经常引起邻近相关部位出现症状, 也就是说, 患肌往往才是引发疼痛的根源。

足痛, 作为常见病因缠绵难愈困扰着很多人, 对患者生活质量造成了一定的影响。引发足痛的原因有很多, 肌腱、韧带、肌肉、骨骼、关节、关节结构、神经、血管等的异常以及牵涉痛均可诱发足痛^[2]。引起足痛的疾病包括关节炎 (痛风性关节炎、风湿性关节炎、糖尿病足等)、应力性骨折、拇外翻、副跖骨病变、跖骨头坏死、跖骨联合及滑囊炎等^[3]。

对于诊断明确的足痛, 针对病因治疗大多能得到缓解。但仍然有一些未查出病因的慢性足痛, 运用各种疗法都无法缓解疼痛, 却通过松解足部附属肌肉使得疼痛消失^[4]。本病例亦是依据此原理, 运用浮针治疗足痛, 现报道如下。

1 病例资料

患者, 女, 44 岁, 中等身材, 于 2017 年 8 月 4 日就诊于南京中医药大学浮针医学研究所。主诉: 不明原因足背痛 2 个月, 加重 3 d。病史: 2 个月前无明显诱因出现左侧足背外侧疼痛, 触摸及运动后加重, 局部无红肿, 与阴雨天气无明显关系。曾于当地三甲西医院就诊, 影像学检查未发现异常, 诊断为不明原因足痛待查, 间断行康复治疗 (具体不详), 效果不佳。3 d 前疼痛加重。查体: 左足背外侧足小趾跖骨处疼痛, 疼痛点附近肤温不高; 左下肢无肿胀, 无疼痛, 无皮温升高及肤色异常; 左小腿胫骨前肌及腓肠肌肌肉紧张、僵硬。既往无创伤史, 无痛风史, 无高血压史及糖尿病史。否认家族遗传病史。经过详细

问诊及检查后, 亦未发现明显器质性病变。依据浮针医学理论, 诊断为“左小腿胫骨前肌及腓肠肌异常”导致局部血液供应不足等引发疼痛。鉴别诊断: 扭伤、痛风、风湿及类风湿关节炎等。

2 治疗方法

予以浮针治疗。操作: 循按患肌, 先选取左小腿胫骨前肌肌腹处 (见图 1), 常规碘伏消毒后, 针尖朝患肌方向用浮针进针器按压进针 (针器持针角度尽量与皮肤平行, 保证浮针刺入疏松结缔组织较浅, 以发挥浮针最大作用的同时尽量避免进针时疼痛, 见图 2)。浮针前端刺入皮下后, 放倒针身稍微提起针尖, 朝向患肌继续将剩余针体推入皮下组织。针身完全进入皮下组织后, 小心地退后针芯, 将软管座上的突起固定于芯座上的卡槽内。固定后进行扫散动作, 扫散过程中尽量大幅度地进行扫散 (半分钟约 50 次), 并同时配合足内翻抗阻及足背屈抗阻的再灌注动作 (见图 3, 10 s/次)^[5]。再选取腓肠肌, 进针方法同上。扫散并同时配合足外翻抗阻及足背伸抗阻的再灌注活动。两次扫散及再灌注活动以患者疼痛感消失或减轻为度。

以上治疗结束后, 缓慢将分离的针身退出并留置塑料软管于身体内, 加以止血贴固定, 以使塑料软管在患者体内继续产生微小的扫散作用。嘱患者休息约 30 min 后, 继续治疗。主要治疗的肌群仍为上述肌群及其周边肌群。操作方法如上, 全部治疗结束后仍然留置塑料软管于体内, 加以止血贴固定, 约 4 h 后可自行拔出。治疗每天 1 次, 疗程视患者情况而定。

3 治疗结果

一诊治疗后患者自述疼痛立即消失; 次日二诊前询问治疗效果, 患者自述治疗后疼痛感立即消失且持续数小时, 但走路时疼痛较前加重。二诊治疗后疼痛亦立即消失。三诊未赴继续治疗。15 d 后随访, 疼痛已消失, 未复发。

*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 循按患肌

图 2 浮针进针方法

图 3 再灌注活动

4 体会

本病例因为缺少实质的器质性病变,同时其他生化指标反应不明显,所以诊断不明确,可能为足背部滑囊炎。目前在治疗本疾病时西医没有特效的方法,大多是理疗,效果甚微,主要靠患者休息自愈。针灸治疗多为局部针刺治疗,或加红外线治疗仪,收效亦不稳定。浮针医学的重要理论之一——“患肌”理论则为本病,甚至大部分疼痛疾病包括部分功能性疾病的治疗另辟蹊径。

在本病例中,足痛的疼痛点在左侧足背外侧,足小趾跖骨处,该处附着有跖跖背侧韧带。而胫骨前肌肌腱附着于跟骨结节,胫骨前肌肌腱附着于内侧楔骨跖面及第一跖骨底部^[6],这两块肌肉的肌腱尽管未附着于疼痛点,与疼痛点未产生最直接联系,但两者对足部正常运动及保持足部结构和功能稳定起着至关重要的作用,因此这两块肌肉的异常也会波及足背处。更为重要的是,在循按、触摸疼痛点附近及相关肌群时,发现这两块肌肉处于非正常的紧张和僵硬状态。根据浮针医学理论及临床经验,针对胫骨前肌与腓肠肌,运用浮针扫散并结合再灌注活动治疗后,疼痛明显减轻并在治疗 2 次后痊愈。

浮针医学认为,引起疼痛的原因往往与局部肌肉的非正常牵拉、紧张密切相关,牵拉、紧张造成局部组织缺血,而这样的肌肉在浮针医学中被称之为“患肌”。“患肌”的部位有时在主诉的部位,但在很多情况下,患肌和主诉部位常常不在一个位置。以本病为例,足背外侧无肌肉分布,尽管疼痛部位无病理性改

变但是仍会诱发疼痛,同时通过循按发现腓肠肌与胫骨前肌出现异常,这就与“患肌”理论息息相关。通过针对患肌进行治疗,足背侧疼痛能够明显减轻甚至消失。但需注意的是,有些医者易将患者的主诉或者疼痛点作为目标,治疗时针对痛点,就会铩羽而归。

虽然浮针疗法看似简单、易于上手,但是基于疾病的正确诊断、操作方法的准确运用、“患肌”理论的灵活运用及患肌的全面探寻等方法来拟定治疗思路却是需要悉心揣摩的,这常常是医者容易忽略的。部分医者运用浮针时,可能只是简单地在疼痛位置的附近处理或者患肌处理不彻底等,都会使治疗效果大打折扣。

参考文献

- [1] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 123-124.
- [2] Price MD, Chiodo CP. Foot and Ankle Pain[M]// Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology. Amsterdam: Elsevier, 2017: 734-735.
- [3] 钱占华, 白荣杰. 慢性足痛的影像学诊断[J]. 中华全科医师杂志, 2011, 10(11): 784-790.
- [4] Alhimdani S, Talbot C, Kurdy N, et al. Accessory muscles around the foot and ankle presenting as chronic undiagnosed pain: An illustrative case report and review of the literature[J]. Foot, 2013, 23(4): 154-161.
- [5] 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, 35(S1): 68-71.
- [6] 张绍祥, 张雅芳. 局部解剖学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 268-269.

(收稿日期: 2017-08-23, 编辑: 朱琦)