# 推拿治疗纤维肌痛综合征疗效观察

张开勇[1]，杨洋[1]，徐斯伟[1]，詹红生[2]，张必萌[1]

1 上海交通大学附属第一人民医院，上海 200080，中国

2 上海中医药大学附属曙光医院，上海 200021，中国

**【摘要】目的**：观察推拿手法治疗纤维肌痛综合征(fibromyalgia syndrome，FMS)的疗效。**方法**：将符合纳入标准的 60 例 FMS 患者随机分为两组，每组 30 例。观察组患者予以脊柱“骨错缝、筋出槽”评估，根据评估结果对相应椎骨错缝节段进行推拿手法治疗；对照组患者自我进行功能锻炼。治疗前后进行 FMS 影响问卷（fibromyalgia impact questionnaire, FIQ）及视觉模拟量表（Visual Analogue Scale，VAS）评分。**结果**：治疗后，两组患者 FIQ 及 VAS 评分均较治疗前有明显下降（均 $P<0.05$）；两组间评分差异亦有统计学意义（均 $P<0.05$）。观察组总有效率为 86.7%，对照组为 63.3%。两组疗效有统计学差异（$P<0.05$）。**结论**：脊柱推拿手法治疗 FMS 安全有效，可明显提高 FMS 患者的生活质量。

**【关键词】**纤维肌痛；推拿；按摩；脊柱疗法；功能锻炼

纤维肌痛综合征(fibromyalgia syndrome，FMS)是一种非关节性风湿病，临床主要表现为身体多处疼痛与发僵，伴有疲乏无力，并在不同部位有很多压痛点，是临床上的一种常见综合征[1]。FMS 属中医学“肌痹”范畴，患者常伴有睡眠障碍，自觉肢端肿胀、麻木，肠易激综合征，慢性头痛及尿频、尿急等症状。有研究显示，人群中 FMS 的患病率在 0.15%~5%之间，门诊患者中 FMS 的患病率高达 15.7%[2]，可见，FMS 已经严重影响了人们的日常生活，降低了人们的生活质量。为寻找一种安全、有效的 FMS 治疗方案，我们观察推拿手法治疗 FMS 的疗效，现将研究结果总结如下。

## 1 临床资料

### 1.1 诊断标准

参照 1990 年美国风湿病学会（American College of Rheumatology，ACR）制定的关于 FMS 的诊断标准[3]：持续 3 个月以上的全身性疼痛（左右半身的疼痛，腰部以上和以下的疼痛。另外，必须存在中轴骨骼的疼痛。在这个定义中，肩部和臀部的疼痛包括在其各自所在半身的疼痛中）。用拇指按压（拇指平放，均匀地按压双侧每一点，压力为 4 kg/cm$^2$）18 个压痛点中至少有 11 个疼痛（双侧后枕部的枕下肌肉附着处；双侧斜方肌上缘的中点；双侧下颈部：$C_5$～$C_7$ 颈椎横突间隙的前面；双侧冈上肌起点处，肩胛上近中线处；双侧第 2 肋与第 2 肋软骨连接处，正位于连接处外侧上缘；双侧肱骨外上髁侧面，肱骨外上髁远端 2 cm 处；双侧臀肌：臀部外上相限臀肌前皱褶处；双侧大转子，即转子粗隆后方；双侧膝部，即中间的脂肪垫关节皱褶线近端）。

同时符合以上 2 个条件，并排除其他风湿病者，就可诊断为 FMS。

### 1.2 纳入标准

临床表现符合上述 FMS 诊断标准；年龄 18～70 周岁，性别不限； 积极配合临床诊疗，能较好的进行医患沟通并签署知情同意书。

### 1.3 病例排除标准

妊娠期及哺乳期妇女；合并心血管、脑血管、肝、肾、造血、消化系系统等严重疾病或精神病患者；有脊柱严重创伤史或外科手术史者；影像学所见有脊柱骨质肿瘤、结核、骨质疏松者； 脊髓型颈椎病者患者；中央型椎间盘突出症患者。

### 1.4 统计分析方法

应用 SPSS 17.0 统计软件，计量资料以均数±标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，采用 $t$ 检验。$P<0.05$ 为有统计学差异。

### 1.5 一般资料

选取我院 2012 年 11 月到 2013 年 6 月符合上述纳入标准的门诊患者 60 例，随机分为观察组和对照组，每组 30 例。两组患者性别、年龄、病程均无统计学差异，说明两组具有可比性(表 1)。

治疗过程中两组患者出勤率均在 90%以上，依从性良好。

Copyright©2014 Shanghai Research Institute of Acupuncture and Meridian

**表 1. 两组患者一般资料比较**

| 组别 | *n* | 性别 (例数) | | 平均年龄 | 平均病程 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 男 | 女 | ($\bar{x}$ ±*s*, 岁) | ($\bar{x}$ ±*s*, 月) |
| 观察组 | 30 | 7 | 23 | 45.8±10.6 | 60.1±8.2 |
| 对照组 | 30 | 10 | 20 | 48.8±12.2 | 58.3±10.5 |

## 2 治疗方案

### 2.1 观察组

治疗前进行脊柱“骨错缝、筋出槽”评估，针对评估出的病变脊柱节段进行治疗。颈椎病变患者取坐位，胸腰椎病变患者取卧位。按《推拿学》中的推拿手法进行操作[4]，手法由软组织放松手法和脊柱椎骨错缝整复手法组成。

软组织放松手法：首先用拇指或掌按揉病变脊柱节段周围软组织法 10 min（图 1）。然后滚病变脊柱节段周围软组织 10 min（图 2）。接着，用拇指弹拨病变脊柱节段周围软组织压痛点 5 min（图 3）。

图 1. 按揉法

图 2. 滚法

图 3. 弹拔法

脊柱椎骨错缝整复手法：首先进行脊柱“骨错缝、筋出槽”矫正手法，即根据 X 线片及触诊结果判定错缝节段，进行定点脊柱微调，颈椎采用坐位定点斜扳法（图 4）；胸椎采用坐位或仰卧位调整手法（图 5）；腰椎采用侧卧位斜扳法（图 6）。

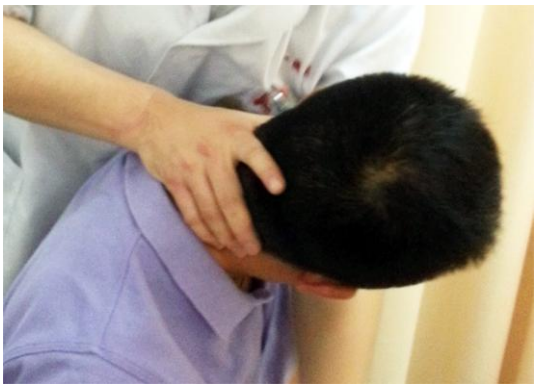

图 4. 颈椎坐位定点斜扳法

图 5. 胸椎仰卧位调整手法

Copyright©2014 Shanghai Research Institute of Acupuncture and Meridian

图 6. 腰椎侧卧位斜扳法

脊柱推拿手法治疗每星期 2 次，每次 30 min。每次均由经过培训的固定医生施治，治疗 4 星期后进行疗效观察。

**2.2 对照组**

患者采用功能锻炼进行自我治疗，每天两次。

颈椎锻炼方法：颈椎前屈（图 7）、后伸（图 8）、左右侧屈（图 9）、左右旋转（图 10）6 个方向，至极限位停留 3 s，前后旋转肩关节各 10 次（图 11）。

图 7. 颈椎前屈

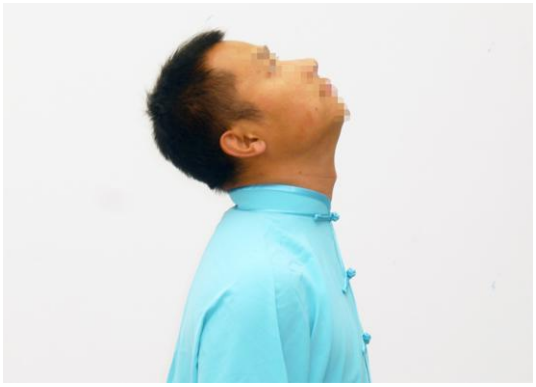

图 8. 颈椎后伸

图 9. 颈椎侧屈

图 10. 颈椎旋转

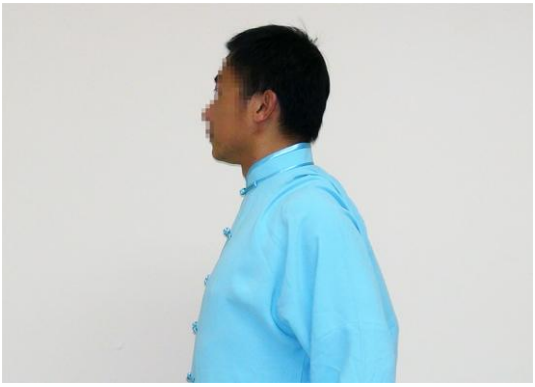

图 11. 旋转肩关节

胸腰椎锻炼方法：患者仰卧位，双膝关节伸直，将双下肢一并抬起至最大角度，在最大角度停留 5 s，缓慢放下为一次（图 12）。患者坐于床上，并将双下肢放于床面，双下肢膝关节伸直，俯腰双手握住下肢最远处，抬头 45°，维持牵拉状态 5 s 后放松为一次（图 13）。两个动作早晚各做 3 次，连续锻炼 4 星期进行疗效观察。

• • | Copyright©2014 Shanghai Research Institute of Acupuncture and Meridian

图 12. 仰卧位伸膝抬腿

图 13. 坐位伸膝俯腰

## 3 疗效观察

### 3.1 观察指标

#### 3.1.1 FMS 影响问卷（fibromyalgia impact questionnaire, FIQ）

FIQ 用于评估 FMS 患者机体的生理功能、一般情况、生活情况，分数范围为 0-100 分，得分越高表明病情越严重。

#### 3.1.2 视觉模拟量表（visual analogue scale，VAS）

VAS 反映患者自觉的疼痛程度。用长为 10 cm的线段，两端分别标记 0 分和 100 分，0 分表示无痛，100 分表示剧痛，让患者根据自己的疼痛程度在线段上用笔标记，研究人员记录患者标记的分值。

### 3.2 疗效标准

结合患者日常活动能力、自我感觉（如疼痛、疲倦程度、肌肉僵硬度、情志等）等情况，计算 FIQ 和 VAS 积分之和，采用尼莫地平法计算减分率。参照积分比及《中医病症诊断疗效标准》中“肌痹”的疗效标准[5]拟定本研究的疗效标准。

减分率=(治疗前积分和－治疗后积分和)÷治疗前积分和×100%。

显效：自觉疼痛、睡眠障碍等主要症状消失，减分率＞50%。

有效：自觉疼痛、睡眠障碍等主要症状减轻，减分率≥25%，≤50%。

无效：自觉疼痛、睡眠障碍等主要症状无改善，减分率＜25%。

### 3.3 结果

#### 3.3.1 FIQ评分比较

治疗前，两组 FIQ 评分无统计学差异。治疗后，两组 FIQ 评分均与本组治疗前有统计学差异（均 $P<0.05$），提示两组患者生活质量均有所提高；两组间评分差异亦具有统计学意义（$P<0.05$），提示观察组患者生活质量改善情况优于对照组（表 2）。

**表 2. 治疗前后 FIQ 评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）**

| 组别 | $n$ | 治疗前 | 治疗后 |
|---|---|---|---|
| 观察组 | 30 | 68.65±10.47 | 49.56±6.92[1)2)] |
| 对照组 | 30 | 69.93±10.01 | 54.33±8.59[1)] |

注：与本组治疗前比较，1）$P<0.05$；与对照组治疗后比较，2）$P<0.05$

#### 3.3.2 VAS评分比较

治疗前，两组 VAS 评分无统计学差异。治疗后，两组 VAS 评分均与本组治疗前有统计学差异（均 $P<0.05$），提示两组患者疼痛均有所减轻；两组间评分差异亦具有统计学意义（$P<0.05$），提示观察组患者疼痛改善情况优于对照组（表 3）。

**表 3. 治疗前后 VAS 评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）**

| 组别 | $n$ | 治疗前 | 治疗后 |
|---|---|---|---|
| 观察组 | 30 | 72.57±10.99 | 52.47±9.18[1)2)] |
| 对照组 | 30 | 73.30±9.31 | 57.87±8.22[1)] |

注：与本组治疗前比较，1）P<0.05；与对照组治疗后比较，2）$P<0.05$

#### 3.3.3 两组整体疗效比较

观察组总有效率 86.7%，对照组为 63.3%，两组疗效差异有统计学意义（$P<0.05$），提示观察组疗效优于对照组。

Copyright©2014 Shanghai Research Institute of Acupuncture and Meridian

**表 4. 两组整体疗效的比较（例数）**

| 组别 | *n* | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 30 | 14 | 12 | 4 | 86.7[1)] |
| 对照组 | 30 | 8 | 11 | 11 | 63.3 |

注：与对照组比较，1）$P<0.05$

## 4 讨论

FMS 的诊断依靠全身四个象限的压痛点，9 对压痛点以脊柱为中轴对称分布。根据脊柱的整体解剖，从脊柱发病的病理机制及生理功能出发，FMS 属于中医“骨错缝、筋出槽”的范畴，运用软组织松解手法给予脊柱旁肌以良性刺激，运用脊柱调整手法纠正脊柱失稳及位置异常，可以恢复脊柱的原有生理功能，使脊柱及相应的神经发挥应有的作用，使机体恢复到正常的功能状态。从解剖角度分析手法治疗 FMS 的机理，可能是通过纠正脊柱小关节紊乱、错位、滑膜嵌顿，缓解脊旁小肌肉的痉挛，改善局部血液循环，促进炎症介质的吸收。

“骨错缝、筋出槽”是中医推拿手法存在和发展的基石，同时也是推拿手法治疗骨伤科常见疾患的靶点。脊柱的“骨错缝、筋出槽”会引发全身各个部位的相应症状[6-8]。脊柱的运动是借助脊柱若干“运动单元”组成的耦合运动来完成的 ，每两节脊柱椎体及它们之间的连接体共同组成一个“运动单元”，“运动单元”中任何一个组件发生解剖位置上的细微改变，最终都将导致三关节复合体(椎间关节两椎骨间以前方的椎间盘和两侧的关节突关节组成的复合关节)载荷分配的变化，从而改变了生物力学运动，这种生物力学的改变会导致身体各个部位的临床症状[9-10]。

脊柱的范围即中医所指的督脉及膀胱经所行。督脉的生理功能是统督背部之阳及诸阳经。因督脉循行于脊里，入络于脑，所以与脑、脊髓有密切的关系，因此认为肾、脊髓、脑髓同为一体。于督脉及膀胱经上应用推拿手法治疗，可起到统帅诸经的作用，使肝经、脾经、肾经各司其职，肝经条达，脾经生化，肾气充盈，从而出现气机顺畅，血脉充盛，筋骨得养，使脊柱的生理功能得到充分发挥[11-12]。本研究结果表明，脊柱推拿手法通过疏通经络，理筋整复，调和气血，最终使机体达到筋骨和合的状态。骨正筋柔则正常的筋骨关系得以恢复，相关的肌肉、软组织受累得以缓解，从而使 FMS 症状减轻，病情缓解。本疗法疗效可靠，操作简化，患者无痛苦，值得临床推广。

## 参考文献


[1] 张乃峥.临床风湿病学.上海: 上海科学技术出版社, 1999: 400-404.

[2] Neumann L, Buskila D. Epidemiology of fibromyalgia. Curr Pain Headache Rep, 2003, 7(5): 362-368.

[3] Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum, 1990, 33(2): 160-172.

[4] 俞大方. 推拿学. 第五版. 上海: 上海科学技术出版社, 1985.

[5] State Administration of Traditional Chinese Medicine. Criteria of Diagnosis and Therapeutic Effects of Diseases and Syndromes in Traditional Chinese Medicine. Nanjing: Nanjing University Press, 1994: 49-50.

[6] Gong WZ, Wang YQ. Observations on the therapeutic effect of acupuncture on fibromyalgia syndrome. Shanghai Zhenjiu Zazhi, 2010, 29(11): 725-726.

[7] Schafer RC, Faye LJ. Motion Palpation and Chiropractic Technic: Principles of Dynamic Chiropractic. Huntington Beach: The Motion Palpation Institute, 1989: 15.

[8] Fang M, Sun WQ, Yan JT. 三步推拿法配合教育锻炼治疗纤维肌痛综合征 2 例. Anmo Yu Daoyin, 2006, 22(9): 27-29.

[9] Huang F, Chen X, Mu JP. Clinical study on extracorporeal shock wave therapy plus electroacupuncture for myofascial pain syndrome. J Acupunct Tuina Sci, 2014, 12(1): 55-59.

[10] Gao MX, Wang J. Tongdu massage treatment of fibromyalgia syndrome the clinical research and appraises. Harbin: Master Thesis of Heilongjiang University of Traditional Chinese Medicine, 2010.

[11] Chen R, Zeng QY. Fibromyalgia Syndrome. Zhongguo Jiceng Yiyao, 2000, 7(6): 443-444.

[12] Li YH, Wang FY, Feng CQ, Yang XF, Sun YH.


• • | Copyright©2014 Shanghai Research Institute of Acupuncture and Meridian

Massage therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PloS One, 2014, 9(2): e89304.

**作者简介**：张开勇，医学硕士，住院医师
**通信作者**：张必萌，副主任医师，副教授，硕士生导师。
E-mail: pjzhtiger08@aliyun.com

· · | Copyright©2014 Shanghai Research Institute of Acupuncture and Meridian