

火针点刺结合推拿手法治疗强直性脊柱炎

赵敬军

中国中医科学院针灸研究所, 北京 100700, 中国

【摘要】目的：观察火针点刺结合推拿手法治疗强直性脊柱炎(AS)的临床疗效。**方法：**对符合纳入标准的 49 例 AS 患者予以火针点刺及推拿手法治疗, 隔日治疗 1 次, 10 d 为 1 个疗程, 连续治疗 6 个疗程后统计疗效, 并观察临床症状及体征的变化。**结果：**治疗过程中, 脱落 7 例。完成 6 个疗程治疗的 42 例患者中临床缓解 16 例, 显效 13 例, 有效 7 例, 无效 6 例。患者的各项观察指标均较治疗前有不同程度的改善, 且治疗过程中未出现不良反应。**结论：**火针点刺联合推拿手法治疗 AS 疗效确切, 无不良反应。

【关键词】 脊柱炎, 强直性; 火针疗法; 推拿; 按摩

【中图分类号】 R245.3 **【文献标志码】** A

强直性脊柱炎(Ankylosing spondylitis, AS)是一种进行性慢性炎症病理损伤性疾病, 以累及脊柱和骶髂关节为主, 其临床表现主要有腰背部疼痛、发僵、活动受限、脊柱畸形、外周关节炎或关节外表现。该病是血清学阴性引起疼痛和进行性强直的脊柱关节疾病中的常见类型, 白种人中该病发生率为 0.2%-0.9%^[1], 黄种人中约为 0.2%-0.4%^[2]。AS 常呈慢性隐匿性起病, 一般不危及生命, 但部分患者后期会出现严重的关节强直、畸形, 导致严重的功能障碍。AS 的病变部位主要是脊柱, 而发病的模式多是由下而上累及腰椎、胸椎和颈椎。中医对本病的认识最早见于《黄帝内经》, 针刺、艾灸、推拿等是治疗本病的常用保守疗法。笔者自 2007 年至 2014 年应用火针点刺结合推拿手法治疗本病, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断依据

AS 的诊断依据 1984 年改良的纽约标准^[3]: 下腰疼痛的病程至少持续 3 个月, 疼痛随活动改善, 但休息不减轻; 腰椎在前后和侧屈方向活动受限; 胸廓扩展范围小于同年龄、同性别的正常值; 双侧骶髂关节炎 II~IV 级, 或单侧骶髂关节炎 III~IV 级。

如果患者具备第 4 项并分别附加 1~3 条中的任何一项可确诊为 AS。

对一些暂时不符合纽约标准者, 可参考以下欧洲脊柱关节病研究组(European Spondyloarthropathy Study Group, ESSG)的诊断标准^[4], 并将其纳入治疗范围。炎性脊柱痛或非对称性以下肢关节为主的滑膜炎, 并附加以下项目中的任何一项, 即: 阳性家族史; 银屑病; 炎性肠病; 关节炎前 1 个月内的尿道炎、宫颈炎或急性腹泻; 双侧臀部交替疼痛; 肌腱末端病; 骶髂关节炎。

1.2 纳入标准

四十岁以前发生腰腿痛; 隐匿发病; 病程大于 3 个月; 伴有晨僵; 活动后症状改善。符合以上 5 项中 4 项者即可入选。

1.3 排除标准

不符合上述两类诊断标准或入选标准者; 有皮肤感染, 骨肿瘤等针灸禁忌症者; 脊柱严重变形的晚期患者; 合并其他类型的风湿疾病者; 有精神疾病, 或者有心肝肾原发性疾病者; 并发开放性软组织及骨关节损伤者; 怀孕的患者。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计软件对数据进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验; 等级资料比较采用秩和检验; 率的比较采用卡方检验。

1.5 病例选择

共纳入患者 49 例, 其中男性 28 例, 女性 21 例。治疗过程中脱落 7 例, 最终有完整资料者 42 例, 其中男性 22 例, 女性 20 例; 年龄最小者 15 岁, 最大者 52 岁, 平均年龄 35 岁; 病程最短 2 个月, 最长 15 年, 平均为 5.3 年。

纳入的 42 例 AS 患者中, 29 例血沉(erythrocyte sedimentation rate, ESR)高于正常; 33 例患者轻度贫血; 27 例经 C 反应蛋白(C reactive protein, CRP)试验, 均为增高; 37 例患者做组织相容抗原 B27(human leukocyte antigen B27, HLA-B27)检查, 均为阳性; 36 例经骶髂关节 X 线平片检查, 骶髂关节炎全部在 II 级以上。

2 治疗方法

2.1 推拿治疗

患者取俯卧位, 术者立于一侧。先于两侧竖脊肌用掌根揉法, 自上而下 20~30 遍, 上至膈膈下达八髻, 重点在患者的病变节段, 充分放松两侧竖脊肌; 拇指点揉法, 沿督脉及膀胱经两线

施术,自上而下 15~20 遍(图 1);在点揉的过程中如发现条索状结节物,随时将手法改为弹拨法,拨动该条索物 3~5 遍(图 2)按揉法,手掌重叠自病变节段,沿督脉自上而下按揉至腰骶部,本法重点在腰骶部,所以要在腰骶部反复按揉 5~10 遍。



图 1. 揉法



图 2. 弹拨法

待患者完全放松后再施行以下扳法。胸椎扩胸扳法:患者坐位,十指相扣抱住颈项部,术者站于其后,用一侧膝部顶住其胸椎病变节段周围,用双手掌托住患者两肘部,使患者做前俯后仰的被动动作,运动数次待患者完全放松后,在做后伸运动同时做扩胸运动;本法重点在于两手与膝部须同时协调用力,前俯后仰的预备动作幅度须由小到大(图 3)。腰椎斜扳法:患者取侧卧位,腰椎伸直,位于下面的下肢自然伸直,上面的下肢屈髋屈膝,医者面对患者而立,一前臂顶按患者肩前部,另一手肘部抵住患者臀部,两臂协同用力,做相反方向的缓缓推动,使患者腰椎被动扭转 4-6 次,待患者腰部放松,将患者腰椎被动扭转至最大限度时,做一个稍大幅度的、有控制的突发性扳动,此时常常听到“咯咯”响声,表示手法成功。本法在本病的重点不要求出现弹响,以患者关节活动为度,以防止患者腰椎

关节粘连加重,也防止患者相邻的病变椎体间形成骨桥,适用于早期 AS 患者(图 4)。需要注意的是:骨质疏松或者骨肿瘤、外伤性骨裂等患者禁用此扳法。



图 3. 胸椎扩胸扳法



图 4. 腰椎斜扳法

然后,患者俯卧位,医生用如手掌垂直向下用力按压患者脊柱,由上而下按压 10 遍,施术重点放在腰部和病变部位(图 5)。



图 5. 按压法

最后,患者俯卧位,医者用掌揉、拿法、叩击法等放松手法,并在腰骶部施用擦法,以患处透热为佳。

注意事项:施行压法时用力应由小到大,不可粗暴或者突然用力,特别是按压胸椎节段时尤

其需要注意。擦法需要以凡士林作为介质,用力迅速渗透,防止擦破患部皮肤。

2.2 火针点刺

推拿结束后休息 5 min 再进行火针治疗。

穴位:脊中、命门、腰阳关、昆仑、阿是穴和相应病变节段的夹脊穴。

操作:患者取坐位。选用直径 0.50 mm,长 35 mm 的贺氏火针。先在取穴部位用指甲按一个十字形标记,然后用 75%酒精消毒穴区皮肤。嘱患者在治疗过程中闭目或者目视他处,以减轻紧张。然后取火针在酒精灯上烧灼至白亮,迅速点刺选取的穴位,进针深度约 0.3-0.5 寸,点刺后迅速出针,出针后不用闭合针眼,如有出血则要按压止血。

注意事项:先在选取的穴位上用指甲按压一个十字形标记,以便准确点刺穴位。消毒后,务必将火针烧至白亮后再点刺,否则点刺时会引起剧烈疼痛。依次点刺上述穴位,每点刺一次,都要将火针重新烧至白亮后方能再次点刺。

推拿及火针点刺均隔日治疗 1 次,10 d 为一个疗程,疗程间休息 2 d,治疗 6 个疗程后进行疗效评定。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

疗效判定根据 1998 年全国中西医结合风湿类疾病学术会议制定的 AS 的疗效判定标准^[5]。

临床缓解:临床症状基本消失,关节活动功能基本恢复正常,各项实验室检查恢复正常或接近正常。

显效:晨僵、关节疼痛数、胸廓活动度、关节肿胀、Schober 试验等主要疗效性指标中有 4 项改善超过 50%。

有效:上述 7 项主要疗效性指标中有 4 项改善超过 20%。

无效:未达到上述标准或者病情加重者。

3.2 临床症状及体征评价标准

脊柱活动度主要分成颈部和胸腰部两部分评价,分别对前屈、后伸、侧屈与左右旋转四个指标进行评价,由患者自行评定。四个指标中三个好转为显著改善;两个指标好转为有效,只有一个指标好转或没有指标出现好转为无效。

关节疼痛数、腰骶僵痛、颈肩痛、Gaenslen 试验(Gaenslen 试验以疼痛作为评价指标)的评价方法采用常用的视觉模拟量表(visual

analogue scale, VAS)评分法,即用一条标有 0-10 刻度的直线,标“0”的一端表示正常,标“10”的一端表示最严重情况。评价时请患者根据自身症状及体征的程度在直线相应刻度上做标记。0 分表示正常;1-3 分表示症状或体征轻微,患者能忍受;4-6 分表示症状或体征较严重,影响患者睡眠,应给与临床处置,但患者尚能忍受;7-10 分表示症状或体征非常严重,患者难以忍受。患者治疗前和治疗后分别评分,分成 0、1-3、4-6、7-10 四个层次,治疗后患者评分为 0 分或者前进两个层次者为临床缓解或者显著改善;评分前进一个层次,但未降至 0 分者为显效;评分前进一个层次,但未降至 0 分,或者在同一层次而评分出现下降者为有效;未出现评分变化或者评分增加者为无效。

枕-墙距、胸廓活动度、Schober 试验根据相关文献^[6-8]自行拟定疗效标准。枕-墙距试验:即患者直立,足跟、臀、背贴墙,收颌,眼平视,测量枕骨结节与墙之间的水平距离。治疗后枕-墙距为 0-2 cm 或较治疗前缩短 2.5 cm 以上者为显著改善;治疗后枕-墙距为 2.1-4.4 cm 或较治疗前缩短 1-2.4 cm 者为有效;治疗后枕-墙距为 4.5 cm 以上或治疗后无变化者为无效。胸廓活动度:即通过胸廓扩张试验,测量患者第 4 肋间深呼吸和深吸气的胸围差值。4-5 cm 或者延长 3 cm 者为显著改善,3-3.9 cm 或者延长 2 cm 者为有效,3 cm 以下为无效。Schober 试验:即患者直立,在背中线髂后上嵴水平作一标记为 0,再向上 10 厘米作一标记,嘱患者最大程度直腿弯腰后测量两点间距离,4-5 cm 或较治疗前延长 3 cm 或以上者为显著改善;3-3.9 cm 或较治疗前延长 2 cm 者为有效;3 cm 以下者为无效。

晨僵采用时间评价^[6]:0-0.2 h 为临床缓解;0.3-0.4 h 或者缩短 15 min 者为显效;0.5-0.7 h 或者缩短 10 min 者为有效;大于 0.7 h 或者晨僵时间无变化甚至延长者为无效。

贫血情况根据患者治疗前后血常规化验结果评价,主要看血红蛋白(hemoglobin, Hb)和红细胞计数(red blood count, RBC),Hb 正常值男性为 120~160 g/L,女性为 110~150 g/L。RBC 男性正常值为 $(4.0 \sim 5.5) \times 10^{12}/L$,女性为 $(3.5 \sim 5.0) \times 10^{12}/L$ 。治疗后达到正常值范围者为临床缓解;治疗后数值上升,但并未达到正常值范围者为有效;治疗后数值未出现变化,甚至变低者为无效。

低热、关节肿胀、疲劳乏力参照 VAS 法^[9]和 Bath 强直性脊柱炎疾病活动性指数(Bath ankylosing spondylitis disease activity index, BASDAI)^[6]制定自拟标准。用一条标有 0-10 刻度的直线,标“0”的一端表示正常,标“10”的一端表示最严重情况。评价时请患者根据自身症状的严重程度在直线相应刻度上做标记。治疗后为 0 分者为临床缓解;治疗后为 1-3 分者为显效;治疗后为 4-6 分者为有效;治疗后为 7-10 分者为无效。

3.3 治疗结果

42 例患者中临床缓解 16 例,显效 13 例,有效 7 例,无效 6 例,总有效率为 85.7%,且治疗过程中未出现不良反应。治疗后,患者临床症状及体征均有不同程度改善,具体改善情况见表 1 及表 2。

表 1. 治疗后主要体征改善情况(例数)

主要体征	n	显著改善	有效	无效
脊柱活动度	41	30	7	4
关节疼痛数	38	32	5	1
胸廓活动度	27	17	8	2
枕-墙距	35	24	7	4
Gaenslen 试验	27	23	2	2
Schober 试验	28	19	6	3

表 2. 治疗后主要症状改善情况(例数)

症状	n	临床缓解	显效	有效	无效
晨僵	41	25	10	3	3
贫血	33	25	0	3	5
低热	21	17	2	1	1
颈肩痛	29	11	9	5	4
疲倦乏力	33	16	6	7	4
腰骶僵痛	35	14	11	5	5
关节肿胀	32	20	9	0	3

4 讨论

《诸病源候论》认为本病为风冷所侵,血气捕击,阴阳俱受邪气所致。由于风冷的影响是 AS 起病的重要因素,所以温阳通络法治疗本病往往能有良好效果^[10-13]。鉴于 AS 的上述病因病机及证候特点,运用火针点刺结合推拿手法治疗,可以恢复发生病理改变的人体解剖关系,纠正强直畸形的脊柱关节和髋关节,以达到缓解痉挛、滑利关节、活血化瘀、通络止痛的功效。研

究表明^{[14]-16},推拿手法治疗不仅能激发内啡肽系统的参与,提高了痛阈,还可以影响中枢 5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)、外周乙酰胆碱(acetyl choline, ACH)及儿茶酚胺(catecholamine, CA)的分泌,从而共同达到止痛效果。火针在温经散寒,通经活络方面具有其他针法无可比拟的优势。在取穴方面,华佗夹脊穴和督脉、膀胱经相伴而行,有调阴阳、通经络、和气血的效果^[17-18]。脊中治腰脊强痛,命门、腰阳关温肾散寒、祛风除湿,昆仑为膀胱经经穴,能治疗腰背疼痛,活血通络^[19]。火针点刺上述穴位可使阳气得运,气血得行,疼痛得减。火针结合推拿手法,能通经活络,改善脊柱周围组织营养,加速脊柱关节功能的恢复。尤其值得注意的是昆仑穴,在 AS 导致的腰骶部位疼痛治疗方面,选取该穴行火针点刺,具有立竿见影的疗效,但是具体作用原理不明,提出该现象以供大家探讨研究。

本病病程长,多缠绵难愈,在治疗过程中患者需要睡硬板床,以保证脊柱的正常生理曲度,考虑到患者存在胸廓活动度减小问题,患者需要坚持做一些伸展运动以对抗胸椎关节的融合。

本研究表明,火针点刺与推拿合用,对 AS 患者晨僵、疲乏、运动功能受限等症状与体征的改善具有良好的效果,尤其需要注意的是患者在治疗过程中未出现不良反应。因现实条件所限,求助火针治疗的患者拒绝接受西药(吲哚美辛、蔡丁美酮等非甾类抗炎药)治疗,所以本文只是简单的临床观察,希望以后能对本病进行严格的随机对照研究,并开展多中心、大样本的临床观察,以为火针点刺结合推拿手法治疗 AS 找到更多的临床证据,也为 AS 患者摸索最佳的中医治疗方案。

参考文献

- [1] Braun J, Bollow M, Remlinger G, Eggens U, Rudwaleit M, Distler A, Sieper J. Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors. *Arthritis Rheum*, 1998, 41(1): 58-67.
- [2] Huang JX, Gu JR. Ankylosing spondylitis gene mapping defined by genome search meta analysis. *J Mod Clin Med Bioeng*, 2006, 12(6): 10-15.
- [3] 中华医学会风湿病学分会. 强直性脊柱炎诊疗指南. *中华风湿病学杂志*, 2003, 7(10): 641-644.

- [4] 黄烽. 强直性脊柱炎. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 72.
- [5] 孙国民. 中西医结合治疗强直性脊柱炎 20 例疗效观察. 辽宁中医杂志, 2010, 37(11): 2210-2211.
- [6] van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum*, 1984, 27(4): 361-368.
- [7] Anderson JJ, Baron G, van der Heijde D, Felson DT, Dougados M. Ankylosing spondylitis assessment group preliminary definition of short-term improvement in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*, 2001, 44(8): 1876-1886.
- [8] 汪玉萍, 王兴林, 梁晓镛, 胡洁. 强直性脊柱炎患者疲劳症状的量化评定及相关因素分析. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25(3): 146-150.
- [9] van der Heijde D, Dougados M, Davis J, Weisman M H, Maksymowych W, Braun J, Hallegua DS, Bruckel J. S sessment in ankylosing spondylitis international working group /spondylitis association of America recommendations for conducting clinical trials in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*, 2005, 52(2): 386-394.
- [10] 张昶, 吕福全. “伏九贴”配合针刺治疗强直性脊柱炎 16 例. 上海针灸杂志, 2013, 32(2): 137-138.
- [11] Li Li. Clinical observation on acupuncture-moxibustion therapy in treating ankylosing spondylitis. *J Acupunct Tuina Sci*, 2012, 10 (5): 318-320.
- [12] 周楠, 刘方铭. 针刀疗法配合中药熏蒸治疗强直性脊柱炎 20 例. 上海针灸杂志, 2013, 32(2): 136.
- [13] 张楠, 阎小萍. 补肾壮骨方内服联合寒痹外用方治疗强直性脊柱炎 101 例临床观察. 中医杂志, 2013, 54(16): 1394-1397.
- [14] Su SY, Huang JJ, Lei LM, Pang J, Huang XQ, Gan W. The influence on peripheral monoamine neurotransmitters in rats with acute gouty arthritis treated by tuina therapy. *Guangxi Zhongyiyao*, 2010, 33(6): 53-55.
- [15] Ying SL. Ankylosing Spondylitis. Beijing: Chinese Medical Science and Technology Press, 2003: 58-59.
- [16] Lin CX, Sun Aj, Zhao YL, Zhang LF, Ma WZ, Yu TY, Zhou PJ, Pan L, Han DW. Influence of massage on the content of β -EP and 5-HT and morphology of rabbits with soft tissue injury. *Chin J Trad Med Traum & Orthop*, 2009, 17(1): 20-22.
- [17] Zhu YY, Ling X, Wu XH. Treatment of 30 cases with ankylosing spondylitis by acupuncture at Jiaji (EX-B 2) points. *Shandong Zhongyi Zazhi*, 2009, 28(11): 787-788.
- [18] Chen YH. Clinical effect observation on acupuncture-moxibustion at Huatuo Jiaji (EX-B 2) points for ankylosing spondylitis. *Hebei Zhongyiyao Xuebao*, 2008, 23(3): 38.
- [19] Yu SZ. Treatment of low back pain with Tanbo-plucking Kunlun (BL 60). *Zhongyi Zazhi*, 1987, 28(6): 59.

作者简介：赵敬军，硕士研究生。

E-mail : tongchengzjj@163.com

基金项目：国家重点基础研究发展计划(973 课题，No. 2012CB518503)；中国中医科学院自主选题项目 (No. ZZ07006)