

胸背肌纤维组织炎患者应用神经阻滞联合圆利针治疗的疗效探析

王丽华 王宝 杜娟

香河县人民医院 河北 廊坊 065400

【摘要】目的：探析对胸背肌纤维组织炎患者实施神经阻滞联合圆利针治疗的临床效果。**方法：**选取2021年7月至2022年6月本院收治的126例胸背肌纤维组织炎患者作为研究对象，将其随机分为对照组（63例，采用神经阻滞治疗）和研究组（63例，实施神经阻滞联合圆利针治疗），比较两组患者的治疗效果。**结果：**研究组患者的治疗总有效率高于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。治疗3d、1周、2周，研究组患者的VAS评分均低于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。治疗3d、1周、2周，研究组患者的RMDQ评分均低于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。研究组患者的症状好转时间、住院时间、治愈时间均短于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论：**与单一神经阻滞治疗方案相比，对胸背肌纤维组织炎患者实施神经阻滞联合圆利针治疗方案可收获良好的近、中期疗效，该疗法是一种安全、有效的除痛治疗手段。

【关键字】 胸背肌纤维组织炎；神经阻滞；圆利针

【中图分类号】 R473.74

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-1412(2023)13-0010-04

胸背肌纤维组织炎是指发生在胸背部肌肉和筋膜的无菌性炎症反应。胸背肌纤维组织炎患者可出现局部疼痛、僵硬、肿胀、肌肉紧张等症状，若未能接受及时、有效的治疗，可能会导致肌肉痉挛，进而影响正常生活^[1]。此外，风寒湿邪侵犯、劳损长期伏案工作、单上肢运动或肩背重物，均可引起胸背肌筋膜损伤。支配胸背肌的胸神经背支穿越大菱形肌和方肌，这两组肌肉肌纤维成交叉走向，任何一组肌肉损伤均可导致胸背发生疼痛。胸、腰、背部的肌肉、韧带、关节囊出现急性或慢性的损伤、劳损，是引起胸背肌纤维组织炎的根本原因。当机体受到着凉、疲劳、外伤等外界不良因素的刺激会诱发炎症急性发作，出现持续或间断的肌肉疼痛、酸软无力等症状^[2-3]。疾病初期患者会感到胸背不适、麻痹胀感，后续会逐渐出现疼痛。神经阻滞治疗是指在神经干末梢、神经丛、脑神经、脊神经根，或交感神经节等神经组织内或附近，通过短效或长效局部麻醉药、合用皮质类固醇激素等药物，终止、干扰、阻断神经传导功能，从而达到止痛目的。而圆利针则能改善局部血液循环，可用于治疗痛肿、痺病、急慢性软组织损等^[4]。本研究旨在探析对胸背肌纤维组织炎患者实施神经阻

滞联合圆利针治疗的临床效果，具体内容汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年7月至2022年6月本院收治的126例胸背肌纤维组织炎患者作为研究对象，将其随机分为对照组和研究组，每组63例。对照组中男性36例，女性27例；年龄28~67岁，平均年龄（ 38.97 ± 6.72 ）岁；病程0.5~20年，平均病程（ 11.67 ± 4.15 ）年。研究组中男性35例，女性28例；年龄29~67岁，平均年龄（ 38.99 ± 6.75 ）岁；病程0.5~21年，平均病程（ 11.72 ± 4.19 ）年。两组患者一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），研究可比。本研究经我院伦理委员会审核批准。

纳入标准：（1）患者均被确诊为胸背肌纤维组织炎；（2）患者均知情并自愿参与本研究。

排除标准：（1）急性外伤导致软组织损伤者；（2）颈腰椎疾病者；（3）精神疾病者；（4）针灸禁忌证者；（5）风湿疾病者。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者应用神经阻滞治疗。协助患者取

项目名称：神经阻滞联合圆利针治疗胸背肌纤维组织炎临床研究

项目编号：2021013006

俯卧位,充分暴露其胸、背部;给予患者心电监测、常规碘伏消毒及铺巾;在患者疼痛点所属肌肉的起点、中点、止点,或痛点、筋结、条索状物,与皮肤呈 30°角进针,进针深度约 1.5~7cm,针尖触及骨面回吸无血或脑脊液后,注射消炎镇痛液(2%利多卡因 40mg+曲安奈德 10mg+0.9%氯化钠 10mL)。

1.2.2 研究组患者应用神经阻滞联合圆利针治疗。圆利针沿上述穿刺路径垂直于皮肤进针,进针深度约 2.0cm 并触及小关节骨面后,对该肌肉的起点、中点、止点进行松解治疗;调整圆利针与皮肤呈 30°角进针,对胸背肌筋膜进行松解,但需注意避开大血管、神经;松解粘连的肌筋膜、肌腱,改变肌筋膜的着力点,并分离粘连的肌纤维、肌腱。操作过程顺利完毕后粘贴敷料贴;患者需休息观察 15min,若无头晕、心慌、胸闷等不适,可将其送回病房。嘱患者穿刺部位 48h 内保持清洁干燥,同时应减少活动,注意休息;每周治疗一次,连续治疗一个月。

1.3 观察指标

1.3.1 比较两组患者的治疗效果。痊愈:治疗后临床症状完全消失,活动功能恢复正常;有效:治疗后临床症

状有所改善,活动功能一定程度恢复;无效:治疗后病情无任何改善或加重。治疗总有效率=(显效例数+有效例数)/小组总例数×100%。

1.3.2 分别在治疗 3d、1 周、2 周,使用 VAS 疼痛评分评价两组患者的疼痛程度,满分为 10 分,得分越高代表患者的疼痛越严重。

1.3.3 使用 Roland-Morris 功能障碍调查表(RMDQ)评价两组患者的功能障碍严重程度,满分为 24 分,分值越高表示患者的功能障碍越严重。

1.3.4 比较两组患者的症状好转时间、住院时间、治愈时间。

1.4 统计学分析

使用 SPSS 20.0 软件分析本研究数据,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

研究组患者的治疗总有效率高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),详见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较 [$n(\%)$]

| 组别 | 例数 | 痊愈 | 有效 | 无效 | 治疗总有效率 |
|----------|----|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 研究组 | 63 | 41 (65.08%) | 17 (26.98%) | 5 (7.94%) | 58 (92.06%) |
| 对照组 | 63 | 23 (36.51%) | 25 (39.68%) | 15 (23.81%) | 48 (76.19%) |
| χ^2 | - | - | - | - | 5.020 |
| P | - | - | - | - | 0.025 |

2.2 两组患者疼痛程度比较

治疗 3d、1 周、2 周,研究组患者的 VAS 评分均低于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$),详见表 2。

表 2 两组患者疼痛程度比较 [($\bar{x}\pm s$), 分]

| 组别 | 例数 | 治疗 3d | 治疗 1 周 | 治疗 2 周 |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|
| 研究组 | 63 | 6.71±2.04 | 4.35±2.51 | 2.14±0.63 |
| 对照组 | 63 | 7.64±2.23 | 5.71±2.43 | 3.74±0.81 |
| t | - | 2.442 | 3.090 | 12.376 |
| P | - | 0.016 | 0.003 | 0.001 |

表 3 两组患者功能障碍程度比较 [($\bar{x}\pm s$), 分]

| 组别 | 例数 | 治疗 3d | 治疗 1 周 | 治疗 2 周 |
|-----|----|------------|------------|-----------|
| 研究组 | 63 | 13.37±2.38 | 8.61±2.11 | 3.21±1.54 |
| 对照组 | 63 | 16.82±2.54 | 12.47±2.34 | 6.89±1.48 |
| t | - | 7.867 | 9.724 | 13.675 |
| P | - | 0.001 | 0.001 | 0.001 |

2.4 两组患者症状好转时间、住院时间、治愈时间比较
研究组患者的症状好转时间、住院时间、治愈时间均

2.3 两组患者功能障碍程度比较

治疗 3d、1 周、2 周,研究组患者的 RMDQ 评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),详见表 3。

短于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$),详见表 4。

表 4 两组患者症状好转时间、住院时间、治愈时间比较 [($\bar{x} \pm s$), d]

| 组别 | 例数 | 症状好转时间 | 住院时间 | 治愈时间 |
|-----|----|-----------|------------|------------|
| 研究组 | 63 | 3.59±0.67 | 7.64±1.57 | 13.97±2.76 |
| 对照组 | 63 | 7.94±2.38 | 14.58±4.65 | 21.64±5.87 |
| t | - | 13.964 | 11.224 | 9.386 |
| P | - | 0.001 | 0.001 | 0.001 |

3 讨论

随着人们生活环境及方式的改变,胸背肌纤维组织炎的临床发病率呈逐年上升趋势。胸背肌纤维组织炎属于一种炎症性疾病,即发生于胸背部的筋膜、肌肉、肌腱、韧带等部位,且日久迁延病情易复发,会给患者的正常工作和生活带来较大痛苦及不便。胸背部纤维组织炎患者的临床表现包括患者胸背部筋膜及肌肉组织水肿、渗出、纤维性变等一系列临床症状,在疾病早期即会有轻度疼痛,随着病情不断发展、恶化,疼痛会不断加重,甚至会影响肌肉的活动功能,严重者会导致患者生活、工作、运动等方面均有所受限。分析本疾病发生原因得知,长期在空气潮湿环境中,患者皮肤代谢功能失调,导致皮下的筋膜处血流减慢,代谢产物滞留而引起组织充血、渗出等。此外,患者胸背部受寒冷因素的刺激,致使局部血管收缩而发生缺血、瘀血等现象,也会产生局部组织的纤维组织炎^[5];胸背部肌肉、筋膜处于高张力状态,胸背部肌肉慢性损伤引起局部的瘀血、渗出、水肿发生纤维化改变,使末梢神经受卡压而出现症状;病毒感染或风湿病发作,均可出现胸背部纤维组织炎。肌纤维组织炎可刺激走行在其内部的神经,使神经受压,故患者可出现神经刺激症状;若腰背肌纤维组织炎引起一侧下肢放射性的疼痛症状,患者可伴有麻木现象。早期胸背肌肉筋膜炎不会引起筋膜发生形态学改变,但随着病程进展,肌筋膜组织内充血、肿胀、渗出性改变,结缔组织中的白色纤维挛缩、瘢痕,渐形成细小的结节;散在的结节连接成块状将细小的神经分支包绕,白色纤维组织的挛缩可出现末梢神经卡压症状,胸背筋膜的固有神经孔裂伤、粘连引起背部持续疼痛,结节密集部位的肌肉组织横纹消失,附近的小血管增多、管壁增厚或厚薄不均。

针对该疾病的传统治疗手段包括针灸、针刀、推拿、按摩、理疗等,对早期症状具有缓解作用。但该疾病的病程普遍较长,且迁延、易复发,可严重影响患者的生活质量^[6]。口服非甾体类消炎止痛药,即药物通过人体血液循环系统到达胸背部筋膜处,能缓解局部炎症、炎性水肿

情况,并能减轻患者的疼痛感^[7-8]。神经阻滞治疗是指在神经干、神经丛、神经节的周围注射局麻药物,阻滞其冲动传导,使所支配的区域产生麻醉作用^[9]。神经阻滞只需注射一处即可获得较大的麻醉区域,但存在引起严重并发症的风险。对此,操作者需熟悉局部解剖,了解穿刺针所经过的组织及附近血管、脏器、体腔等结构。神经阻滞疗法能改善患者神经疼痛的症状,还能从一定程度上消除炎症,阻断神经传导,从而达到局部麻醉的效果。在此基础上,临床会联合应用激素类药物,以延长药物作用时间,减轻患者炎症反应,进而提高治疗效果。胸背肌肉筋膜炎属于中医学“胸部伤筋”“胸痹”等范畴。中医认为筋膜炎从病理而言属于慢性伤筋范围,是由局部经络阻滞、气血运行不畅导致,临床治疗应从通经活络入手。圆利针可直接作用于肌肉、筋膜等病变组织,具有促进血液流畅、修复筋膜组织的效果,能疏通经络、改善体内的气血运行、调和阴阳、扶正祛邪,并能辅助机体正气,减少胸背肌筋膜粘连、变性、纤维化及瘢痕的形成^[10]。神经阻滞联合圆利针治疗胸背肌纤维组织炎可快速缓解胸背肌纤维组织炎患者的疼痛症状,进而改善患者的功能障碍、生活质量,缩短治疗疗程,减少疾病复发情况。

综上所述,与单一神经阻滞治疗方案相比,神经阻滞联合圆利针治疗胸背肌纤维组织炎患者可收获良好的近、中期疗效,该疗法是一种安全有效的除痛治疗方法。

参考文献

[1] 吴易澄,刘佳,董津含.雷火灸配合电针治疗腰背肌筋膜炎的临床疗效[J].保健医学研究与实践,2022,19(9):47-50,75.
 [2] 胡晓.筋结点挑刺放血结合针灸治疗腰背肌筋膜炎疼痛综合征的临床观察[J].中医外治杂志,2022,31(3):78-79.
 [3] 杨焜.刺络放血联合针灸治疗腰背肌筋膜炎的效果观察[J].临床医学,2022,42(5):113-115.

(下转第 39 页)

者糖蛋白活化,以达到抑制血小板的效果。氯吡格雷自生物转化后也能抑制血小板凝聚,但目前无法将活性物质分离,发挥药物的阻断功能,促进血小板活化扩增。硫酸氯吡格雷会对患者血小板受体产生反应,但血小板正常恢复效率与血小板功能相关,患者使用药物后且药物反应结束后,血小板的凝聚功能恢复正常。

本研究结果显示,观察组患者的治疗总有效率高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,观察组患者的NIHSS评分低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者的不良反应总发生率低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,氯吡格雷联合阿司匹林治疗,可有效改善脑梗死患者的临床症状,降低患者并发症发生率,且临床安全性较高,该疗法值得临床借鉴应用。

参考文献

[1] 曾莉梅,蒙喜斯,崔伟,等.奥拉西坦对大面积脑梗死的治疗效果及机制[J].贵州医科大学学报,2021,46(9):1112-1116.

[2] 李碧艳,宋祖栏,陈煜.阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床疗效[J].当代医学,2021,27(26):18-20.

[3] 高元杰,钟纯正,王御林,等.瑞舒伐他汀联合依达拉奉治疗急性脑梗死效果观察[J].临床军医杂志,2021,49(9):1048-1050.

[4] 李耀汝,于恺,闫秋月,等.硫辛酸治疗急性脑梗死合并2型糖尿病的临床疗效及机制探讨[J].山东医药,2021,61(26):56-59.

[5] 崔懿,史一丰,袁鹏.通腑醒脑汤结合静脉溶栓治疗在急性脑梗死患者中的疗效研究[J].中国卫生标准管理,2021,12(17):131-135.

[6] 李洪君,张广丽.银杏二萜内酯葡胺注射液联合曲克芦丁脑蛋白水解物注射液治疗急性脑梗死的疗效观察[J].广西医学,2021,43(17):2062-2066.

[7] 刘嘉松.不同剂量阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗死的临床疗效及安全性比较[J].临床合理用药杂志,2021,14(25):58-60.

[8] 孙冠军.丹参注射液与依达拉奉联合治疗急性脑梗死的疗效分析[J].系统医学,2021,6(17):74-76.

(上接第12页)

[4] 张妙奇,张新响,邵越峰.圆利针伞形针刺对寒凝湿滞型慢性肩周炎患者肩关节功能的影响[J].中国疗养医学,2022,31(3):287-289.

[5] 蒋丽华,叶国栋.温针灸联合掌擦法治疗背筋膜炎临床观察[J].中医药通报,2021,20(6):50-52.

[6] 胡珊,武永清,张彦芳,等.银质针和神经阻滞治疗背部筋膜炎的疗效比较:基于红外热成像结果[J].分子影像学杂志,2021,44(4):612-617.

[7] 王丽娟,罗和平,丁一,等.针刺运动与圆利针

温针治疗风寒湿型肩周炎的随机对照试验[J].西部中医药,2021,34(7):120-123.

[8] 刘来明,程晖,丁永春,等.超微针刀联合圆利针治疗对慢性肩周炎患者疼痛程度、肩关节活动功能评分及复发的影响[J].四川中医,2021,39(5):175-179.

[9] 左玮.脊神经后支阻滞治疗腰背筋膜炎患者的疗效[J].医疗装备,2020,33(14):117-118.

[10] 胡千华,李桂凤,权建强,等.浮针疗法在项背筋膜炎治疗中的临床疗效分析[J].中国当代医药,2020,27(10):162-165.