

手法并药物治疗急性风湿性肌纤维织炎 149 例

浙江省杭州市第三人民医院 (310009) 丁有根

我院自 1984~1995 年用手法并用非甾体类抗炎药治疗 149 例, 收到了良好效果, 现总结如下。

临床资料

1. 一般资料: 本组共 149 例, 男 83 例, 女 66 例; 年龄 16~71 岁; 病程 8~72 小时 46 例, 4~15 天 103 例, 分组: A 组: 手法并用非甾体类抗炎药共 58 例; B 组: 综合治疗, 包括局部理疗、针灸、中药制剂外敷或药液外搽及配合 C 组的药物口服, 共 44 例; C 组: 药物治疗, 包括各种抗菌素、镇痛药及非甾体类抗炎药, 共 47 例。

2. 诊断依据: (1) 症状: 有明显受风寒病史、发热、咳嗽、咽痛、鼻塞流涕共 69 例。颈、肩、胸背部疼痛, 相应受损之肌肉为斜方肌、背阔肌、冈上肌、冈下肌共 54 例, 腰背部疼痛; 相应受损肌肉为骶棘肌、腰大肌、棘上韧带共 65 例, 臀部疼痛; 受损之肌肉为臀大肌、臀中肌、梨状肌共 22 例, 小腿后侧疼痛; 受损肌肉为腓肠肌, 跟腱共 8 例。

(2) 体征: 受损肌肉处局部有不同程度肿胀并有明显压痛及功能障碍, 但局部皮肤不红亦无热感。

(3) 实验室检查, 本组 149 例的血抗链球菌溶血素 O 效 (简称抗 O) 均 >625 单位, 最高达 1250 单位。血沉 >28mm/h, 最高达 78mm/h, 共 73 例, 白细胞总数在 4200~6300/mm³ 之间。

(4) X 光摄片 104 例, 无异常发现。

治疗方法

1. 手法治疗: 根据患处的范围大小, 术者可用拇指指腹或手掌的大、小鱼际处垂直按压患处约 1 秒钟, 再放松 1 秒钟, 按压力量初时轻, 后适当逐渐加力, 操作 5 分钟后在患处皮肤上来回搓, 回搓时的力量要轻, 方向应与该肌肉纤维走向呈垂直, 直到局部皮肤有热感时操作力量可适当减轻, 频率可减慢。这样 5 分钟后再力量均匀地、向心性方向推压患处, 但在离心方向后退时注意不要用力, 时间为 5 分钟。以上操作必要时可重复 1~2 次, 最后术者用空心拳或掌有节奏地轻击患处及周围, 术毕。本法每日一次, 2~3 周为一疗程。

2. 药物治疗: 肠溶阿司匹林 0.6g, 日三次服; 消炎痛 25~50mg, 日三次服; 奈普生 0.2g, 日三次服; 布洛芬 0.1g, 日三次服。以上药物任选一种同时配服维生素 B₁50mg 及维生素 E 0.1g, 日三次服。

治疗结果

治疗标准: 优: 局部疼痛消失或基本消失, 功能正常、抗 O 及血沉正常。良: 局部疼痛基本消失, 功能基本正常, 抗 O 或血沉接近正常。可: 局部疼痛明显好转, 功能稍有障碍, 抗 O 及血沉比原指数略有降低。差: 局部疼痛稍有好转, 功能有些改善, 抗 O 及血沉未有降低。治疗一个疗程后疗效统计 A 组: 优 32 例, 良 19 例, 可 7 例。B 组: 优 16 例; 良 13 例, 可 11 例, 差 4 例。C 组: 优 8 例, 良 11 例, 可 17 例, 差 11 例。经疗效统计显示 A 组 > B 组 > C 组 (P < 0.01), A 组有效率为 100%, 再将三组中疗效为良, 可, 差共 93 例进行第二个疗程治疗, 结果优 87 例, 良 6 例。102 例经随访 5~9 个月 (占 68%), 未有复发。

体会

通过本组 149 例急性风湿性肌纤维织炎的分组治疗疗效对比观察, 可以明显看出手法并用非甾体类抗炎药治疗组优于其他二组, 总有效率达 100%。它的作用原理是手法的机械刺激通过皮肤、肌肉、结缔组织血管的感受器传至中枢, 起到神经调节作用, 达到所谓“以痛治痛”效果, 并且使局部组织改善微循环、增加局部血流量, 有利于炎性物质吸收改善细胞供氧和物质代谢, 减少有害性废物产生, 促使炎症消退, 同时手法刺激通过感觉神经纤维经脊髓传至下丘脑而分泌和释放多种激素调节内分泌系统, 达到抗炎和保护细胞活力和镇痛作用。另外, 手法尚能起到心理调节作用, 提高患者对刺激的耐受性, 加上与具有抗风湿作用的非甾体类抗炎药并用, 使抗 O 及血沉降低, 消除疼痛, 从而治疗肌风湿。此法简便易行, 安全疗效显著, 可不必住院而降低了费用, 是治疗急性肌纤维织炎的一种很好方法。

(收稿: 1996-06-06)