

本文引文格式:许靖,邱石源,农馥铭,等.原始点部位埋线治疗非癌性慢性疼痛的  
临床研究[J].右江民族医学院学报,2020,42(5):617-620.

【论著与临床报道】

## 原始点部位埋线治疗非癌性慢性疼痛的临床研究

许靖,邱石源,农馥铭,李春燕,黄文华,符显昭,李星婵

(右江民族医学院附属医院,广西 百色 533000)

**摘要:**目的 观察原始点部位埋线治疗非癌性慢性疼痛的临床效果。方法 选取符合条件的2017年1月—2018年12月期间到我院中医骨伤科门诊就诊的100例非癌性慢性疼痛患者,按照随机数字表法分为观察组和对照组,各50例。对照组采用口服塞来昔布胶囊和活血止痛胶囊治疗,观察组采用原始点部位埋线疗法治疗。两组均以28d为1个疗程,共治疗1个疗程后比较两组患者的疼痛积分、临床疗效情况。**结果** 观察组和对照组治疗28d后,疼痛积分指数现有的疼痛强度(PPD)、视觉模拟分数(VAS)、疼痛指数(PRI)评分均下降,两组之间疼痛积分评分、临床疗效差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 原始点部位埋线疗法是治疗非癌性慢性疼痛的一种有效方法,能减轻病患痛苦,提高生活质量。

**关键词:**原始点;埋线疗法;慢性疼痛

中图分类号:R246

文献标识码:A

文章编号:1001-5817(2020)05-0617-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2020.05.018

### Clinical study of Catgut Embedding at the original point in the treatment of non-cancerous chronic pain

Xu Jing, Qiu Shiyuan, Nong Fuxiang, Li Chunyan, Huang Wenhua, Fu Xianzhao, Li Xingchan

(Affiliated Hospital of Youjiang Medical University for Nationalities, Baise 533000, Guangxi, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the clinical efficacy of Catgut Embedding at the original point in the treatment of non-cancerous chronic pain. **Methods** One hundred patients with non-cancerous chronic pain who visited the TCM Osteology and Traumatology Clinic of our hospital from January 2017 to December 2018 were randomly divided into an observation group(50 cases) and a control group (50 cases). The control group was treated with oral Celecoxib Capsule and Huoxue Zhitong Capsule, whereas the observation group was treated with embedding thread at the original point. Both groups took 28 days as a course of treatment. The pain scores and clinical efficacy of the two groups were compared after one course of treatment. **Results** After 28 days of treatment, the pain scores of present pain intensity (PPD), visual analogues scale (VAS) and pain rating index (PRI) in both groups decreased. There were statistically significant differences in pain scores and clinical efficacy between two groups ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Catgut Embedding at the original point is an effective method for the treatment of non-cancerous chronic pain, with reducing the pain of patients and improving their quality of life.

**Key words:** original point; Catgut Embedding; chronic pain

基金项目:广西医疗卫生适宜技术开发与推广应用项目(桂卫科教发[2016]30号 S201652)

第一作者简介:许靖(1971—),男,本科,主任医师,研究方向:中医药治疗慢性疼痛性疾病,E-mail:1010822574@qq.com

通讯作者简介:邱石源(1988—),男,硕士,主治医师,研究方向:针灸推拿治疗神经系统疾病,E-mail:qsyqfy@126.com

疼痛是指一种真正存在的不舒服的感觉和心理上的主观感受,伴有现存的和潜在的组织损伤<sup>[1]</sup>。而慢性疼痛指超过组织愈合时间仍存在的持续性或反复性疼痛,早期将急性疼痛以6个月作为分界线,临床上更多以3个月作为分界线<sup>[2]</sup>。慢性疼痛主要有癌性疼痛与非癌性疼痛两种,非癌性慢性疼痛主要包括骨关节炎性疼痛、神经病理性疼痛、脊柱源性疼痛、内脏痛、缺血性疼痛等<sup>[3]</sup>。非癌性慢性疼痛给患者带来巨大的身心痛苦,同时也给社会及个人造成巨大的医疗费用负担。非癌性慢性疼痛目前主要以药物或者局部阻滞为主,单纯药物或者局部阻滞疗效虽快但却不能巩固,且对于一些非癌性慢性疼痛患者来说,长期止痛治疗易出现天花板效应,从而产生不良后果。在解决非癌性慢性疼痛问题的过程中,能获得长期稳固疗效的埋线疗法越来越受到中医临床工作者的重视。埋线疗法由于具有刺激时间长、疗效持久的突出优势,已经成为治疗慢性疼痛性疾病常用的中医药适宜技术。但根据长期临床实践经验来看,仍有部分非癌性慢性疼痛患者仅仅通过传统的穴位埋线治疗效果并不理想。因此有必要寻找更好的埋线治疗方法以提高疗效。笔者将原始点疗法和埋线疗法结合起来运用,希望通过二者相结合,研究出更好地治疗非癌性慢性疼痛的中医外治方法,为临床治疗非癌性慢性疼痛增加一种新的治疗途径与方法。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本课题采取方便抽样的方法,对门诊非癌性慢性疼痛患者进行调查,使用中文版简氏 McGill 疼痛问卷 SF-MPQ 进行调查<sup>[4]</sup>。将符合条件的100例非癌性慢性疼痛患者随机分为观察组与对照组,每组50例,观察组:男27例,女23例,年龄最小30岁,最大70岁,平均年龄(58.00±6.24)岁;病程最短1年,最长11年,平均病程(4.80±0.42)岁;其中,神经源性臀腿疼痛10例,神经性头痛12例,颈肩肌筋膜疼痛综合征20例,乳痛8例;对照组:男24例,女26例,年龄最小32岁,最大68岁,平均年龄(57.00±6.03)岁;病程最短1.2年,最长12年,平均病程(5.00±0.86)年;其中,神经源性臀腿疼痛8例,神经性头痛14例,颈肩肌筋膜疼痛综合征22例,乳痛6例。两组患者一般资料经过统计学分析差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准<sup>[5]</sup> 符合国际疼痛协会(IASP)的慢性疼痛诊断标准,即疼痛持续时间 $\geq 3$ 个月,视觉模拟评分(VAS) $\geq 2$ 分,疼痛每天或几乎每天都存在。慢性疼痛的评估步骤:①询问疼痛病史,回顾疼痛的位置、性质、强度、加重程度及缓解因素,是否影响睡眠和

情绪;②详细体格检查;③疼痛部位是否存在感觉异常;④评价患者生活自理能力;⑤多学科综合评估。

1.2.2 中医诊断标准<sup>[6]</sup> 中医诊断符合中医辨证属久痹患者,主症:肢体关节、肌肉疼痛,关节屈伸不利,疼痛部位固定。次症:舌质暗或有瘀斑、苔腻或薄白,脉弦紧、涩。

1.3 纳入标准 ①符合上面所述慢性疼痛的西医和中医诊断标准;②性别不限,年龄在30~70岁之间;③知情同意者。

1.4 排除标准 ①其他疾病如癌症、骨折后引起的慢性疼痛,急、慢性消化道溃疡;②药物副作用及手术后所致的医源性疼痛等;③妊娠期妇女的腰腿疼痛;④精神病患者;⑤合并肝、肾、心、造血系统等严重原发性疾病;⑥有自发性出血倾向者;⑦不符合纳入标准,未按规定进行治疗,无法判断疗效或资料不全影响疗效评定者。

1.5 中止标准 ①患者主动退出者;②合并应用其它药物治疗本病者;③治疗过程中出现晕血、晕针者。

1.6 治疗方法 观察组:采用原始点部位埋线疗法。①原始点选定:采用拇指按法在与疼痛部位相对应的区域寻找敏感痛点(全身原始点可以概括为一条脊柱加上7处原始点,压痛最敏感处即为原始点);②埋线工具:7号一次性注射针头,剪刀,4号医用肠衣线剪成每截约1cm长的线体泡在75%的消毒酒精内备用,一次性镊子,碘伏,消毒棉签,一次性针灸针;③具体操作:原始点部位皮肤常规消毒,用镊子夹住线体置于7号注射针头内,注射针管的后端塞入针灸针,将注射针头与皮肤呈 $10^{\circ}\sim 90^{\circ}$ 角扎入原始点,出现明显胀痛感后一边退出针管一边用针灸针推入线体,出针后如果针口流出少量暗黑色血液则任血自流和自行停止,如果针口下形成血肿或者针口出血量较多则按压针口,血止后再一次消毒针口;④埋线次数及疗程:间隔14d治疗1次,2次(28d)为1个疗程。对照组:口服塞来昔布胶囊(辉瑞制药有限公司生产)每次口服0.2g,1日2次,连服2周停药;活血止痛胶囊(珠海安生凤凰制药有限公司生产)每次口服6粒,1日2次,连服4周后停药,共28d为1个疗程。两组均治疗1个疗程。

## 1.7 疗效观察

1.7.1 观察指标 疼痛积分:疼痛描述与测量采用麦基尔疼痛量表-简表<sup>[4]</sup>(SF-McGill pain questionnaire, SF-MPQ),包括视觉模拟分数(visual analogues scale, VAS)、现有的疼痛强度(present pain intensity, PPI)、疼痛指数(pain rating index, PRI)等内容,量化评定采用简化 McGill 疼痛询问量表,比较治疗前后分数差异。

1.7.2 临床疗效评定 参照中药新药治疗慢性疼痛性疾病临床研究指导原则制定。治愈:临床症状消失,肢体功能恢复正常状态;显效:主要症状缓解超过70%,关节功能基本上恢复,可以参加日常工作和劳动;有效:主要症状缓解30%以上,肢体功能可以满足日常生活自理要求;无效:同治疗前比较各方面均无明显进步。

1.8 统计学方法 用SPSS 19.0统计软件进行统计学处理,计数资料用百分数(%)表示,组间比较用 $\chi^2$ 检验;计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,两组间比较用LSD-*t*检验,当 $P < 0.05$ 时认为差异具有统计学意义。

## 2 治疗效果

2.1 两组临床疗效比较 结果显示,观察组总有效率为88.00%,明显高于对照组的72.00%( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组患者临床治疗效果比较

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	50	11	20	13	6	44(88.00)
对照组	50	6	12	18	14	36(72.00)

注: $\chi^2=4.000, P=0.046$ 。

2.2 两组治疗前后PPI、VAS、PRI评分比较 两组患者治疗前PPI、VAS、PRI评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。两组患者治疗后PPI、VAS、PRI评分均较治疗前降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );经组间比较,两组患者治疗后PPI、VAS、PRI评分差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 治疗前后PPI、VAS、PRI评分比较

组别	<i>n</i>	PPI	VAS	PRI
对照组	50			
治疗前		3.66±0.51	7.35±1.17	26.12±7.04
治疗后		1.62±0.24 <sup>a</sup>	4.27±1.25 <sup>a</sup>	8.04±4.14 <sup>a</sup>
观察组	50			
治疗前		3.69±0.62	7.52±1.32	26.48±7.23
治疗后		1.29±0.18 <sup>ab</sup>	3.07±1.05 <sup>ab</sup>	6.06±2.43 <sup>ab</sup>

注:①表内计量资料数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示;②同组治疗前后比较,a: $P < 0.05$ ;治疗后观察组与对照组比较,b: $P < 0.05$ 。

2.3 安全性评价 两组在治疗期间均未出现不良反应。

## 3 讨论

非癌性慢性疼痛在临床上非常常见,郑天源等<sup>[7]</sup>对北京朝阳区的一项调查显示,4332名慢性疼痛患病率为52.99%。Salazar A等<sup>[8]</sup>对18岁以上的16

932名西班牙成年人进行横断面调查,发现慢性骨骼肌的疼痛流行率为66.9%。Leani等<sup>[9]</sup>的调查报告显示,三分之一的参加被试者有慢性疼痛,接近四分之一的参加被试者认为慢性疼痛可影响正常日常活动。目前,国内外治疗慢性疼痛的方法包括:药物镇痛治疗(全身用药、局部用药、联合用药),降低疼痛信号的传递(药物神经阻滞:短效、长效;物理神经毁损:射频、冷冻、压迫等;中枢传递信号干扰:电刺激),手术治疗(手术去除病因,手术毁损神经传导通路)。

非癌性慢性疼痛诊疗技术目前虽然已经取得了很大的改进,治疗手段也多种多样,但是仍然不足以让所有慢性疼痛患者都得到理想的疗效。由于非癌性慢性疼痛者以老年居多,而老年人的年龄高、合并症多等特点,手术并发症发生率、死亡率高,故手术治疗往往慎用或不用。而在药物治疗方面,部分患者病久乱服药,未考虑到服用药物的种类、剂量、代谢等情况,从而导致药物副作用、药物中毒、药物成瘾等严重后果,比如在常用的镇痛药物中,非甾体类可引起消化道溃疡,阿片类药物存在耐药性、成瘾性等问题。部分患者过分担心药物的副作用、耐药性、成瘾性,不愿意或者拒绝服用药物,坚忍疼痛,以致错过治疗时机,加速疼痛的发展,影响疾病的转归。面对现代非癌性慢性疼痛的高患病率现状,如何有效治疗疼痛、改善生活质量,已成为国内外学者共同关注的问题。

中医药治疗非癌性慢性疼痛有着独特的优势,尤其是中医外治疗法,其治疗慢性疼痛源远流长,唐代的《千金方》《外台秘要》就记载有针灸、膏摩等方法治疗痹症。传统的中医非药物外治疗法包括针刺、艾灸、推拿、磁疗、拔罐等,大部分以传统的经络学说理论为指导,对治疗常见非癌性慢性疼痛疗效确切。穴位埋线是针刺疗法的创新和发展,既有针刺刺激的效应,又有异体蛋白组织疗法效应,相当于长效针灸疗法,而且比针灸长时间留针更加安全、简便。埋线疗法对穴位的长时间刺激将《内经》中“深纳而久留之,以治顽疾”的思想充分体现了出来。微创埋线疗法在镇痛、松肌等方面与传统针刺疗法相似,但是松解肌肉效果和镇痛效果优于传统针灸<sup>[10]</sup>。吴笛等<sup>[11]</sup>经过观察发现,埋线加西药能使纤维肌痛综合征患者的超氧化物歧化酶(SOD)升高,丙二醛(MDA)降低。岳延荣<sup>[12]</sup>的研究显示穴位埋线治疗纤维肌痛综合征可有效缓解疼痛和改善抑郁状态。王玉琦等<sup>[13]</sup>用埋线治疗颈肩肌筋膜疼痛综合征疗效显著,总有效率为97%。

原始点疗法由台湾张钊汉医师研发。原始点医学认为人体身上疼痛的地方大部分只是表象而已,真正的病灶在另外的地方,按照疼痛感部位去寻找相应的敏感痛点,就是原始点。原始点医学去繁就简,将复

杂化的疼痛区域,归属到固定的一条脊柱和七处原始点上,其治疗是针对原发灶处理以治其本,在治疗慢性疼痛性疾病时疗效非常显著。慢性疼痛属于中医学的痹症、腰腿痛范畴,经络痹阻不通,气血运行不畅是引起疼痛的主要机制。叶天士对痹久不愈者,有“久病入络”之说,倡用宣通络脉之法治疗。原始点部位埋线疗法是从中医“经络痹阻不通,气血运行不畅”的理论前提出发,并结合慢性疼痛的特点而提出来的,依据原始点治疗疾病的初始、本源之义,利用埋线疗法的持久刺激疏通经络,从而达到经络通、气血行、痹症除的效果。本文章作者许靖等<sup>[14-16]</sup>曾经在臀部原始点埋线治疗臀腿疼痛,临床总有效率为 96.97%,原始点埋线配合正骨手法治疗腰腿痛 81 例,总有效率为 95.06%,上背部夹脊与肩胛内侧缘原始点埋线治疗乳痛症,总有效率为 94.44%。缪奇祥<sup>[17]</sup>在原始点处针灸,发现病人经一次原始点针灸治疗症状就可大幅度缓解,继续治疗则可取得比常规针灸治疗快得多的疗效。

我们的研究表明,经过 1 个疗程的治疗,观察组总有效率为 86%,对照组为 76%,观察组临床疗效更加突出。治疗后两组患者 PPI、VAS、PRI 评分均比治疗前降低,差异具有统计学意义,表明两组治疗方法均能减轻患者疼痛、改善症状;治疗后两组患者 PPI、VAS、PRI 评分组间比较,差异具有统计学意义,提示观察组在减轻患者疼痛、改善症状上具有明显优势。由此可见,在治疗非癌性慢性疼痛疾病方面,原始点部位埋线治疗和口服止痛药物均有较好的临床疗效,但是原始点部位埋线治疗临床效果更加明显,更加有效地降低非癌性慢性疼痛患者的 PPI、VAS、PRI 评分。

总之,原始点部位埋线治疗非癌性慢性疼痛疗效确切,值得在临床上推广应用。

#### 参考文献:

[1] Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms[J]. 2nd ed. Seattle: IASP, 1994.

[2] Zasler ND, Martelli MF, Nicholson K. Chronic Pain[M]. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2005: 419-436.

[3] 孙涛,傅志俭,宋文阁.阿片类药物在慢性非癌性疼痛中

的应用[J].中国疼痛医学杂志,2012,18(2):72,80.

- [4] Wright KD, Asmundson GJ, McCreary DR. Factorial validity of the short-form McGill pain questionnaire(SF-MPQ)[J]. Eur J Pain, 2001, 5(3):279-284.
- [5] 宋文阁,王春婷,傅志俭.实用临床疼痛学[M].郑州:河南科技出版社,2008(10):15-18.
- [6] 吴勉华,王新月.中医内科学[M].3版.北京:中国医药出版社,2012:427.
- [7] 郑天源,侯进才,卢锦玲,等.北京市朝阳区慢性疼痛疾病流行病学调查报告[J].中国疼痛医学杂志,2010,16(6):339-341.
- [8] Salazar A, Maria Duenas M, Ojeda B, et al. Association of painful musculoskeletal conditions and migraine headache with mental and sleep disorders among adults with disabilities, spain, 2007-2008[J]. Prev Chronic Dis, 2014, 11: E30.
- [9] Leani Souza Máximo Pereira, Catherine Sherrington, Manuela L Ferreira, et al. Self-reported chronic pain is associated with physical performance in older people leaving aged care rehabilitation[J]. Clinical Interventions in Aging, 2014, 9:259-265.
- [10] 闵屹华,朱余明,周红,等.微创埋线药物复合麻醉替代传统针麻用于肺切除手术的临床研究[J],中国针灸, 2015, 35(4):367-371.
- [11] 吴笛,熊爱社,凌楠,等.穴位埋线对纤维肌痛综合征患者 SOD、MDA 的影响[J].中医药临床杂志, 2016, 28(7):983-986.
- [12] 岳延荣.五脏俞穴位埋线治疗纤维肌痛综合征临床观察[J].光明中医, 2019, 34(12):1863-1865.
- [13] 王玉琦,王彦华,孙文善.激痛点埋线治疗颈肩肌筋膜疼痛综合征的临床效果观察[J].山西医药杂志, 2019, 48(15):1854-1856.
- [14] 许靖,邱石源,李春燕,等.臀部原始点埋线治疗臀腿疼痛的疗效观察[J].右江医学 2018, 46(4):397-399.
- [15] 许靖,李春燕,黄文华,等.原始点埋线配合正骨手法治疗腰腿痛 81 例临床观察[J].右江民族医学院学报, 2016, 38(3):310-312.
- [16] 许靖,邱石源,农馥铭,等.上背部夹脊与肩胛内侧缘原始点埋线治疗乳痛症临床研究[J].新中医, 2019, 51(10):262-264.
- [17] 缪奇祥.原始点疗法治疗腰椎间盘突出症临床体会[J].内蒙古中医药, 2014, 33(20):68-69.

收稿日期:2020-05-29;修回日期:2020-06-25