

· 论著 ·

针刺肌筋膜触发点结合热敏灸在网球肘中的应用研究

檀 莉¹ 熊 俊^{2,*}

1.江西中医药大学附属医院医保科(江西南昌 330006)

2.江西中医药大学附属医院针灸过敏性鼻炎科(江西南昌 330006)

【摘要】目的 浅析针刺肌筋膜触发点结合热敏灸疗法在网球肘患者中的应用疗效。**方法** 本次研究采取前瞻性分析,以网球肘(肱骨外上髁炎)为研究疾病,将江西中医药大学附属医院2022年1月至2022年12月收治的80例网球肘患者作为研究样本,以入院时间先后进行分组,将前期入院的前40例患者作为对照组,在常规治疗基础上加用热敏灸疗法;将后期入院的余下40例患者作为观察组,在常规治疗、热敏灸基础上加用肌筋膜触发点针刺疗法;比较两组患者的网球肘评估问卷(PRTEE)、视觉模拟疼痛评分(VAS)、握力指数、日常生活质量评分(SF-36)、治疗并发症和半年期疾病复发率差异。**结果** (1)两组治疗前的PRTEE评分、VAS评分、SF-36评分和握力指数比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后1周、治疗后2周、治疗后3周,观察组的PRTEE评分均低于对照组,VAS评分均低于对照组,SF-36评分均高于对照组,握力指数均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。(2)两组治疗并发症比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(3)观察组半年期疾病复发率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 针刺肌筋膜触发点联合热敏灸可有效改善网球肘患者的患肢握力,提高患肢功能,减少疼痛反应,提高生活质量,且治疗的安全性良好,半年期疾病复发率低。

【关键词】 肱骨外上髁炎;网球肘;针刺;肌筋膜触发点;热敏灸

【中图分类号】 R684.7

【文献标识码】 A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2025.5.048

Application of Acupuncture Myofascial Trigger Point Combined with Heat-sensitive Moxibustion in Tennis Elbow Patients

TAN Li¹, XIONG Jun^{2,*}

1.Department Medical Insurance, The Affiliated Hospital of Jiangxi University of TCM, Nanchang 330006, Jiangxi Province, China

2.Department of Acupuncture and Allergic Rhinitis, The Affiliated Hospital of Jiangxi University of TCM, Nanchang 330006, Jiangxi Province, China

Abstract: Objective To analyze the therapeutic effect of acupuncture myofascial trigger point combined with heat-sensitive moxibustion therapy in tennis elbow patients. **Methods** A prospective analysis was carried out in this study, taking tennis elbow (external epicondylitis of humerus) as the study disease. 80 cases of tennis elbow patients admitted to the Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine from January 2022 to December 2022 were selected as the study samples, grouped according to the time of admission, and the first 40 patients admitted in the early stage were selected as the control group. Heat sensitive moxibustion therapy was added on the basis of conventional treatment. The remaining 40 patients admitted in the later stage were taken as the observation group, and myofascial trigger point acupuncture was added on the basis of conventional treatment and heat-sensitive moxibustion. The tennis elbow Assessment Questionnaire (PRTEE), visual analogue pain scale (VAS), grip strength index, daily quality of life score (SF-36), treatment complications and half-year disease recurrence rate were compared between the two groups. **Results** (1) There was no significant difference in PRTEE score, VAS score, SF-36 score and grip strength index between the two groups before treatment ($P>0.05$). At 1 week, 2 weeks and 3 weeks after treatment, PRTEE score, VAS score of observation group were all lower than control group, SF-36 score and grip strength index of observation group were all higher than control group and the differences were statistically significant ($P<0.05$). (2) There was no significant difference in treatment complications between the two groups ($P>0.05$). (3) The half-year disease recurrence rate of the observation group was lower than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Acupuncture myofascial trigger point combined with heat moxibustion can effectively improve the grip strength of the affected limb, improve the function of the affected limb, reduce the pain response and improve the quality of life in tennis elbow patients, and the treatment is safe and the disease recurrence rate is low in half a year.

Keywords: External Epicondylitis of the Humerus; Tennis Elbow; Acupuncture; Myofascial Trigger Point; Heat-sensitive Moxibustion

网球肘,英文Tennis Elbow,又被称为肱骨外上髁炎,多是由于肘关节运动过度,导致慢性劳损,造成局部软组织损伤一种无菌性炎症^[1]。因为这类疾病早期多发生于网球运动爱好者身上,因此被称为网球肘^[2]。随着全民运动浪潮的兴起,各类上肢运动发展较为火热,如网球、乒乓球、羽毛球、排球、篮球等,导致网球肘的整体患病率近年来有所提升。一些年轻人的工作偏向于文职,长期操作电脑,不当的办公姿势也会导致网球肘发生。患上网球肘后,会在用力抓握或提举物体时感到患部疼痛;一旦出现这种类似症状,就要警惕网球肘的发生与进

展,建议到医院接受系统诊疗。以往临床针对网球肘的治疗,主要采取体外冲击波疗法、药物治疗和康复训练等,虽然有一定效果,但治疗周期较长,因此整体疗效难令人满意^[3-4]。本着提高疗效之初衷,学者们开始将中医技术应用于网球肘治疗领域,且取得良好的收效,如刘露露等^[5]、赵洪升等^[6]学者的研究,均主张采取中医外治技术,并取得理想的疗效反馈。本文结合循证医学观点,融合临床治疗经验,提出在常规治疗基础上加用热敏灸疗法和肌筋膜触发点针刺疗法,共治网球肘,并将江西中医药大学附属医院2022年1月至2022年12月收治的80

【第一作者】 檀 莉,女,中医师,主要研究方向:中医针灸。E-mail: tanglidongmr@yeah.net

【通讯作者】 熊 俊,男,副主任中医师,副教授、副主任医师,主要研究方向:艾灸效应及其机制研究。E-mail: xiongjun196071@163.com

例网球肘患者纳入研究,以中医“不通则痛”理论制定温经通络、行气止痛方案,取得良好的疗效反馈,具体见下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将江西中医药大学附属医院2022年1月至2022年12月收治的80例网球肘患者作为研究样本,以入院时间先后进行分组,将前期入院的前40例患者作为对照组,将后期入院的余下40例患者作为观察组。对照组男女比例25:15,年龄25~53岁,平均 (41.02 ± 8.29) 岁,病程1~6个月,平均 (3.87 ± 0.97) 个月,患肢左右比例10:30;观察组男女比例27:13,年龄26~56岁,平均 (41.71 ± 8.74) 岁,病程1~7个月,平均 (3.90 ± 1.03) 个月,患肢左右比例7:33;上述资料对比差异无统计学意义($P>0.05$)。研究取得本单位伦理组织批准。

纳入标准:确诊网球肘,包括查体主诉患肢用力时有疼痛,按压肘部能感到疼痛不适等;全程参与研究;知晓本次研究内容,自愿入组,签署同意书;可耐受相应治疗。排除标准:患处合并骨折;因活动不当,导致冈上肌、斜方肌等牵拉损伤,以至于出现类似网球肘的症状;近半年来有手臂手术史;严重全身性感染;认知功能障碍;妊娠、哺乳期女性;凝血功能障碍;不愿接受中医治疗;随访期间脱访者。

1.2 方法 对照组在常规治疗基础上加用热敏灸疗法:常规治疗包括一般干预,如指导患者注意让患肢休息,对于疼痛比较剧烈的患者,口服消炎止痛类药物,如阿司匹林等治疗;在此基础上联合物理治疗,如体外冲击波疗法、冷疗、光电疗法等,加以常规康复训练和对症护理。热敏灸需要找到患者的热敏化腧穴,一般为局部压痛点、厥阴俞、手三里和阳陵泉,在艾灸的热力效应下,患者会感觉到艾灸经过此处穴位,有非常明显的热感,且这种热感会向周围扩散,甚至沿经络传导。当发现热敏化腧穴时,予以标记。在此基础上,医生手持艾条,在热敏化腧穴上依次做回旋灸、雀啄灸、循经往返灸和最终的温和灸,让患处产生透热、扩热、传热、局部不热、远部热、表面不热、深部热及酸麻胀等感觉为宜,一次持续30min,1次/d,7次为1个疗程,连续治疗2个疗程,中间休息3d,随访半年。

观察组在常规治疗、热敏灸基础上加用筋膜触发点针刺疗法:触碰患者患肢肱三头肌、肱桡肌和桡侧腕伸肌,当发现按压下患肢肌肉有条索样改变,同时患者能够感受到疼痛,标记该触发点。当所有触发点标记完毕后,以碘伏消毒处理,再以无菌一次性注射器配6~9号针头,以1:1比例抽吸2%利多卡因与等渗盐水配制混合液,在筋膜触发点进行穿刺,并询问患者的感受,如是否感到穿刺中肌肉酸胀和抽搐;当出现这些情况,停止针刺,滴注1~2滴利多卡因混合液。反复针刺,直到患者表示无抽搐、疼痛、酸胀感,即停止。治疗3次,每次间隔1周,随访半年。

1.3 观察指标 观察两组患者的网球肘评估问卷(PRTEE)、视觉模拟疼痛评分(VAS)、握力指数、日常生活质量评分(SF-36)、治疗并发症和半年期疾病复发率差异,具体说明见下。(1)PRTEE:该量表含2个维度、15个小条目,每个小条目赋值0~10分,满分150分,反映患者当下患肢的功能情况,分值越

低,表示患者治疗后的患肢功能恢复越理想^[7]。(2)VAS:分值0~10分,反映患者当下患肢的疼痛情况,分值越低,表示患者治疗后的疼痛程度越轻^[8]。(3)握力指数:使用电子握力计,嘱患者用最大的力量握紧握力计,记录握力计压力数值,再除以患者的体重,乘以100%,得到握力指数^[9]。(4)SF-36:主要观察患者生理功能、躯体疼痛、总体健康三个维度的评分,各维度评分0~100分,分值越高,表示患者的生活质量改善越显著;本次研究统计SF-36各维度的均分作为最终得分^[10]。(5)治疗并发症:主要观察患者治疗期间是否出现治疗部位出血、肌腱受损、感染等情况。

1.4 统计学方法 经SPSS 21.0统计软件处理所得数据,计数资料用例(%)表示, χ^2 检验;计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,t检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组PRTEE评分比较 两组治疗前的PRTEE评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后1周、治疗后2周、治疗后3周,观察组的PRTEE评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组VAS评分比较 两组治疗前的VAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后1周、治疗后2周、治疗后3周,观察组的VAS评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表1 两组PRTEE评分比较(分)

组别	n	治疗前	治疗后1周	治疗后2周	治疗后3周
观察组	40	74.25±11.29	42.36±8.47	30.11±5.48	19.84±3.02
对照组	40	75.15±11.93	50.84±9.26	42.35±6.77	26.91±4.72
t	-	0.347	4.274	8.888	7.980
P	-	0.730	0.001	0.001	0.001

表2 两组VAS评分比较(分)

组别	n	治疗前	治疗后1周	治疗后2周	治疗后3周
观察组	40	7.52±2.19	4.63±0.71	3.07±0.49	1.45±0.26
对照组	40	7.48±2.07	5.99±0.80	4.23±0.68	2.50±0.42
t	-	0.084	8.041	8.753	13.444
P	-	0.933	0.001	0.001	0.001

2.3 两组握力指数比较 两组治疗前的握力指数比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后1周、治疗后2周、治疗后3周,观察组的握力指数均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

2.4 两组SF-36评分比较 两组治疗前的SF-36评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后1周、治疗后2周、治疗后3周,观察组的SF-36评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表4。

2.5 两组治疗并发症比较 两组治疗并发症比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表5。

2.6 两组半年期疾病复发率比较 观察组半年期疾病复发率为0.00%，对照组半年期疾病复发率为10.00%(4/40)；观察组半年期疾病复发率低于对照组，差异有统计学意义($\chi^2=4.211$, $P=0.040$)。

表3 两组握力指数比较(%)

组别	n	治疗前	治疗后1周	治疗后2周	治疗后3周
观察组	40	35.87±4.82	42.36±5.84	53.14±6.28	64.81±6.95
对照组	40	35.14±5.07	37.01±4.85	46.61±5.22	55.08±5.83
t	-	0.660	3.874	5.057	6.784
P	-	0.511	0.001	0.001	0.001

表4 两组SF-36评分比较(分)

组别	n	治疗前	治疗后1周	治疗后2周	治疗后3周
观察组	40	52.14±6.27	60.36±4.89	68.61±5.82	73.02±4.17
对照组	40	51.94±6.48	56.91±5.15	62.33±6.04	67.00±6.83
t	-	0.140	3.072	4.735	4.758
P	-	0.889	0.003	0.001	0.001

表5 两组治疗并发症比较(%)

组别	n	出血	肌腱受损	感染	发生率
观察组	40	1	0	0	1(2.50)
对照组	40	0	0	0	0(0.00)
χ^2	-	-	-	-	1.013
P	-	-	-	-	0.314

3 讨 论

网球肘是一类十分常见的无菌性炎症，属于慢性劳损的一种，多见于体育运动爱好者及体力劳动人群。近年来，随着我国城市化进程的不断加快，以及全民运动风潮的兴起，使网球肘患者基数不断增大。在当前时期，探讨网球肘疾病的治疗方案，有着极高的现实意义。从解剖学上分析，网球肘疾病发生的原因，是由于人体肱骨外上髁附着有指伸肌、桡侧腕长伸肌、肱桡肌等肌肉，在这些肌肉的作用下，人体可以进行伸肘伸腕等一系列活动，满足日常生产及运动的需要；但若运动过度或运动、工作不当，导致伸肌反复收缩、被动拉长，伸肌总腱附着处所受应力不断增加，甚至超过负荷，桡骨小头的环状韧带会受到一定程度的损伤，这时就会导致慢性劳损；此时手部一旦发力或运动，就会出现各种不同程度的不适感受，甚至疼痛应激^[11-12]。网球肘的发病进程缓慢，疾病迁延难治，且初期发病时，症状较轻者可能会将之与肌肉轻度劳损相关联，因此不够重视疾病，导致疾病无法得到及时、有效的治疗，最终致病情进展，增大临床治疗难度与成本^[13]。

一般临床针对网球肘的治疗，多采取保守治疗法，包括药物治疗、康复训练及以体外冲击波疗法为典型的各种物理治疗方案。但这些治疗方案的整体收效并不能令人满意，如长期服用非甾体类抗炎镇痛药物，可能会导致患者出现各种不良反应；约束肘部，避免伸肌腱过度活动，属于辅助的一般治疗手段；康复训练需要患者有极强的依从性，且要做好训练指导工作，避免康复训练动作不规范，影响最终疗效；体外冲击波设备采购昂贵，

成本较高，因此临床推广存在一定的局限性^[14-15]。本着促进患者疗效提升之初衷，本次研究在常规治疗的基础上，联合筋膜触发点针刺疗法和热敏灸疗法，行对症干预，结果发现：治疗后1周、治疗后2周、治疗后3周，观察组的PRTEE评分均低于对照组，VAS评分均低于对照组，SF-36评分均高于对照组，握力指数均高于对照组，且观察组半年期疾病复发率低于对照组，均差异显著。提示加以筋膜触发点针刺疗法，可显著改善患者的握力水平，重建患肢功能，减少患肢疼痛程度，提高生活质量，预后理想。两组治疗并发症比较，差异不显著，突出加用筋膜触发点针刺疗法的安全性。上述研究结果与郑英等^[16]、黄春华等^[17]、胡金鲁等学者^[18]的研究有一致性。这是因为热敏灸通过艾灸刺激热敏化腧穴，这些腧穴受到温热刺激，热力通过体表直达深部，作用于经络，可有效改善局部血运情况，通则不痛下，进一步缓解病灶疼痛，并舒缓肌肉紧张情况，能够很好地实现活络舒筋、消炎止痛之功效。在此基础之上针刺筋膜触发点，能够有效缓解局部肌肉紧张情况，促进血液循环，通则不痛下，进一步帮助患者缓解病灶疼痛；与热敏灸协同治疗下，患者可以取得更加理想的疗效。需要注意的是，上述操作要经过系统的培训，从而确保各穴位的选择合理、准确，以保障治疗的安全性。另外，本次研究也存在一些不足，主要在于研究样本较少，未来需要扩大样本量，以进一步提升研究的客观性。

综上所述，针刺筋膜触发点联合热敏灸可有效改善网球肘患者患肢的握力水平，重建患肢功能，并减少患肢的疼痛程度，提高生活质量，治疗安全性可，半年期疾病复发率低，技术操作简单，值得推广。

参考文献

[1]Stegink-jansen CW,Jung B,Somerson JS.Translation of Runge’s 1873 publication “on the etiology and treatment of writer’s cramp”: the first description of “tennis elbow” [J].Clin Anat,2022,35(3):316-322.
 [2]Hartnett DA,Milner JD,Defroda SF.The weekend warrior:common shoulder and elbow injuries in the recreational athlete[J].Am J Med,2022,135(3):297-301.
 [3]赵丽娜,刘晓峰,赵冬雪,等.麦粒灸治疗肱骨外上髁炎疗效观察[J].上海针灸杂志,2023,42(1):42-45.
 [4]孙文里,马国本.仿浮针疗法结合刃针疗法治疗肱骨外上髁炎的临床疗效[J].中国基层医药,2021,28(12):1831-1834.
 [5]刘露露,张昆,韩兴军,等."关刺法"治疗肱骨外上髁炎临床研究[J].针灸临床杂志,2021,37(2):40-43.
 [6]赵洪升,邵长丽.双针斜刺阿是穴联合肌肉能量技术对肱骨外上髁炎患者肘关节疼痛、肘关节功能及近期预后的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(31):3487-3491.
 [7]Farzad M,Macdermid JC,Shafiee E,et al.Clinimetric testing of the Persian version of the Patient-Rated Tennis Elbow Evaluation(PRTEE)and the Disabilities of the Arm,Shoulder,and Hand(DASH)questionnaires in patients with lateral elbow tendinopathy[J].Disabil Rehabil,2022,44(12):2902-2907.
 [8]王芳,李剑峰,张君.体外冲击波联合肱骨外上髁及冈下肌内热针治疗肱骨外上髁炎临床观察[J].中华物理医学与康复杂志,2022,44(4):331-333.
 [9]曹江晨,周瑾,李路军,等.湿针针刺筋膜触发点结合牵伸训练治疗网球肘的临床疗效观察[J].东南国防医药,2021,23(1):36-40.
 [10]刘丹,胡志俊,唐占英,等.针刀治疗肱骨外上髁炎的临床研究进展与展望[J].上海中医药杂志,2022,56(11):97-101.
 [11]王树东,王列,王成龙,等.肱骨外上髁炎火针疗法系统评价[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(5):49-53.
 [12]郭林清,仲景.揲针针局部压痛点治疗肱骨外上髁炎的疗效观察[J].天津中医药,2022,39(11):1419-1422.
 [13]程连顺,张静."肘三针"傍针刺联合运动灸法治疗急性期肱骨外上髁炎[J].中国中医急症,2021,30(10):1802-1804.
 [14]吴雪莲,朱江,吴宗辉.针刺肌筋膜触发点治疗卒中后疼痛与痉挛的研究进展[J].中国康复医学杂志,2023,38(1):139-143.
 [15]郑兵,朱江,吴雪莲,等.针刺肌筋膜触发点在疼痛治疗中的研究进展[J].中国康复医学杂志,2022,37(1):117-120.
 [16]郑英,台杰,刘俊娥.温针灸联合体外冲击波治疗肱骨外上髁炎的临床效果分析[J].安徽医药,2023,27(1):121-124.
 [17]黄春华,刘汉顺,崔竟成,等.针刺肌筋膜疼痛触发点治疗神经根型颈椎病临床疗效观察[J].安徽中医药大学学报,2023,42(4):44-48.
 [18]胡金鲁,谢辉,常小荣,等.局部针刺运动对肱骨外上髁炎康复效应的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2021,41(7):1060-1064.

(收稿日期:2023-10-28)(校对编辑:江丽华)