揿针联合中药封包热敷治疗孔源性视网膜脱离术后颈肩痛气滞血瘀证临床研究

朱琳丹，邱丽娜，沈丽冬，杜诚，朱永唯

浙江中医药大学附属嘉兴市中医医院眼科，浙江 嘉兴 314000

［摘要］**目的：**观察揿针联合中药封包热敷治疗孔源性视网膜脱离术后颈肩痛气滞血瘀证的临床疗效。**方法：**选取60例孔源性视网膜脱离术后长期俯卧引起的颈肩痛气滞血瘀证患者，按随机数字表法分为对照组和观察组各30例。对照组采用俯卧位椅辅助患者保持俯卧位，观察组在对照组基础上加用揿针联合中药封包热敷治疗，2组均治疗1周。比较2组临床疗效和治疗前后视觉模拟评分法（VAS）评分及血浆黏度（PV）。**结果：**治疗后，观察组临床疗效总有效率93.33%，高于对照组70.00%，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组VAS评分均较治疗前降低，观察组VAS评分低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组PV均较治疗前降低，观察组PV低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。**结论：**揿针联合中药封包热敷治疗能缓解孔源性视网膜脱离术后长时间俯卧引起的颈肩痛，降低血液黏稠度。

［关键词］颈肩痛；孔源性视网膜脱离；气滞血瘀证；揿针；中药封包；热敷；血浆黏度

［中图分类号］R248；R246 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）10-0153-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.10.031

Clinical Study on Thumbtack Needling for Subcutaneous Embedding and Hot Compress with Chinese Medicine Packages for Neck and Shoulder Pain with Qi Stagnation and Blood Stasis Syndrome After Surgery for Rhegmatogenous Retinal Detachment

ZHU Lindan, QIU Li'na, SHEN Lidong, DU Cheng, ZHU Yongwei

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of the therapy of thumbtack needling for subcutaneous embedding and hot compress with Chinese medicine packages on neck and shoulder pain with qi stagnation and blood stasis syndrome after surgery for rhegmatogenous retinal detachment. **Methods:** A total of 60 patients with neck and shoulder pain with qi stagnation and blood stasis syndrome caused by prolonged prone lying after surgery for rhegmatogenous retinal detachment were selected and divided into the control group and the observation group according to random number table method, with 30 cases in each group. The control group was assisted by prone chair to maintain prone position, and the observation group was additionally treated with thumbtack needling for subcutaneous embedding and hot compress with Chinese medicine packages based on the treatment of the control group. Both groups were treated for 1 week. The clinical effects, scores of Visual Analogue Scale (VAS) and Plasma viscosity (PV) were compared before and after treatment between the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate was 93.33% in the observation group, higher than that of 70.00% in the control group, the difference being

［收稿日期］2022-11-30
［修回日期］2023-02-08
［基金项目］嘉兴市科技局民生科技创新研究专项（2022AD30111）；浙江省中医药科技计划项目（2021ZB284）
［作者简介］朱琳丹（1993-），女，护师，E-mail：zhulindan3@163.com。
［通信作者］沈丽冬（1986-），女，副主任护师，E-mail：jxsld2006@163.com。

significant ($P<0.05$). After treatment，the VAS scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment，and the VAS score in the observation group was lower than that in the control group，differences being significant ($P<0.05$). After treatment，the PV in the two groups were decreased when compared with those before treatment，and the PV in the observation group was lower than that in the control group，differences being significant ($P<0.05$). **Conclusion**：The therapy of thumbtack needling for subcutaneous embedding and hot compress with Chinese medicine packages can relieve neck and shoulder pain caused by prolonged prone lying after surgery for rhegmatogenous retinal detachment，which can reduce blood viscosity.

Keywords：Neck and shoulder pain；Rhgmatogenous retinal detachment；Qi stagnation and blood stasis syndrome；Thumbtack needling for subcutaneous embedding；Chinese medicine packages；Hot compress；Plasma viscosity

孔源性视网膜脱离是视网膜神经上皮层和色素上皮层分离的一类视网膜病变，以玻璃体和视网膜共同参与视网膜裂孔形成为特征，严重影响患者的视功能，早发现、早治疗至关重要[1]。玻璃体切割联合眼内硅油或惰性气体填充术是目前治疗孔源性视网膜脱离的主要方式，在临床应用广泛[2]。但硅油与气体具有特殊的理化性质，会浮在液体的上面，所以术后患者需要坚持长时间的俯卧位（面向下体位），以达到顶压视网膜，促进脱离的视网膜复位的目的[3]。临床要求患者术后 7 d 内每天面向下的时间不少于 16 h，即睡觉时无需严格保持俯卧位，其余时间尽可能保持俯卧位[4-5]。但俯卧位是一种被迫体位，长时间保持极易使患者颈肩部酸痛，甚至产生抵触情绪，影响治疗效果。目前临床常采用各种器具辅助患者保持俯卧位，如俯卧位椅、俯卧位枕等，但部分患者仍有颈肩部酸痛。揿针具有操作简便、安全性高等特点，临床上常用于缓解各种痛症[6]。中药封包也常被用于颈肩腰腿痛的治疗，使用较为方便[7]。本研究运用揿针联合中药封包热敷治疗孔源性视网膜脱离术后因长时间俯卧位引起的颈肩痛，通过减轻患者的颈肩痛，降低其不适感，使其尽可能长时间保持俯卧位，从而促进脱离的视网膜复位，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《眼科学》[8]中孔源性视网膜脱离的诊断标准。症见视力下降、视野遮挡、飞蚊症、闪光感；眼底检查可见脱离的视网膜呈灰白色或青灰色隆起，可见视网膜裂孔，裂孔呈圆形或马蹄形；影像学、B 超检查证实视网膜脱离隆起，超广角眼底照相可见明显视网膜裂孔。

1.2 辨证标准 参考《中医病证诊断疗效标准》[9]中颈椎病的辨证标准辨为气滞血瘀证。症见颈项强痛，疼痛固定，伴有肢体麻木，舌质暗，脉弦或涩。

1.3 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准；行玻璃体切割联合眼内硅油或惰性气体填充术治疗，术后需保持俯卧位，颈肩部出现持续疼痛、僵硬、麻木等不适感，且上述不适可辐射到上肢或头部；年龄 20～75 岁；意识清楚、无认知及沟通障碍；签署知情同意书。

1.4 排除标准 颈肩部皮肤有破损者；既往有颈肩痛或颈椎病，参与研究前 3 个月内有相关疾病治疗史者；有颈部外伤、骨折、手术史者；过敏体质者。

1.5 剔除标准 出现严重并发症，未能按照治疗方案进行治疗者；治疗不耐受者。

1.6 一般资料 选取 2022 年 1—6 月在浙江中医药大学附属嘉兴市中医医院治疗的 60 例孔源性视网膜脱离术后颈肩痛气滞血瘀证患者，采用随机数字表法分为对照组和观察组各 30 例。对照组男 16 例，女 14 例；平均年龄（55.2±8.6）岁；每天平均俯卧位时间（16.4±2.2）h；平均颈肩痛时间（2.1±0.7）d。观察组男 18 例，女 12 例；平均年龄（54.3±7.2）岁；每天平均俯卧位时间（16.9±2.8）h；平均颈肩痛时间（1.9±0.6）d。2 组一般资料比较，差异均无统计学意

义（$P>0.05$），具有可比性。本研究经浙江中医药大学附属嘉兴市中医医院医学伦理委员会批准（MEC-JHTCM2022-0106）。

2　治疗方法

2组术后均给予常规基础治疗及护理。给予局部抗炎及扩瞳眼药水治疗，嘱患者注意用眼卫生；告知患者术后保持俯卧位的重要性，指导其正确的俯卧位姿势；嘱患者食用清淡、易消化的食物。

2.1　对照组　使用浙江中医药大学附属嘉兴市中医医院眼科自制的俯卧位椅，患者双腿放置于椅子两侧，双手放置于椅面，头部向下，额头靠在椅面圆弧处。每天上午8时至11时、下午13时至16时及18时至21时分别俯卧3 h，每天共使用俯卧位椅9 h，睡觉时无需严格保持俯卧位，可选择侧卧位，其余时间可以选择在床上俯卧位（额头垫枕头或U型枕、胸部及下肢垫枕头），或缓慢步行，但要始终保持头下垂，使颜面部与地面平行，俯卧位总时长不小于每天16 h，治疗1周。

2.2　观察组　在对照组基础上采用揿针联合中药封包热敷治疗。①揿针。患者取俯卧位，选取大椎、双侧肩井和2个阿是穴，用75%乙醇消毒穴位处皮肤后，以清洁无齿镊夹取规格为0.25 mm×1.3 mm的清铃牌一次性揿针，揿针针尖对准相应穴位，垂直按入，用拇指指腹按压相应穴位，揿针上方胶布需平整并贴紧皮肤。每天按压3～5次，每次约3 min，3 d后取下，休息1 d后进行下一次治疗，共治疗2次。②中药封包热敷。处方：白芥子、菟丝子、骨碎补、补骨脂、决明子各20 g，延胡索30 g。将上述药物放于25 cm×30 cm的布袋中，再将布袋放置于可以设置加热温度的恒温加热箱中加热至50～70 ℃（实际封包治疗温度根据患者耐受程度决定），加热后的封包敷在颈肩疼痛处，每天1次，每次30 min，治疗1周。

3　观察指标与统计学方法

3.1　观察指标　①临床疗效。②视觉模拟评分法（VAS）评分。在白纸上画一段长10 cm的直线，将直线平均分成10等份，从左到右依次标为0～10分，0分表示无痛，10分表示剧痛，让患者根据自身疼痛感受在直线上相应位置做标记，即为疼痛评分，得分越低表示疼痛越轻。③血浆黏度（PV）。采用SA-9000型全自动血液流变分析仪（北京赛科希德科技股份有限公司）测定。

3.2　统计学方法　采用SPSS22.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用独立样本t检验，组内治疗前后比较采用配对t检验；计数资料以百分比（%）表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　治疗1周后进行疗效评定。参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》[10]对颈肩疼痛、麻木进行计分。颈肩疼痛：轻微疼痛，时作时止计1分；疼痛可忍，时常发作计2分；疼痛难忍，持续不止计3分。颈肩麻木：轻微麻木，时作时止计1分；麻木可忍，时常发作计2分；麻木难忍，持续不止计3分。显效：颈肩、上肢功能明显改善，症状积分减少＞70%；有效：颈肩、上肢功能有所缓解，症状积分减少30%～69%；无效：未达到上述标准。总有效率=（显效+有效）例数/总例数×100%。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。治疗后，观察组临床疗效总有效率93.33%，高于对照组70.00%，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表1　2组临床疗效比较　例

组　别	例数	显效	有效	无效	总有效[例（%）]
观察组	30	17	11	2	28（93.33）
对照组	30	9	12	9	21（70.00）
χ^2值					5.455
P值					0.020

4.3　2组治疗前后VAS评分比较　见表2。治疗前，2组VAS评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组VAS评分均较治疗前降低（$P<0.05$），观察组VAS评分低于对照组（$P<0.05$）。

表2　2组治疗前后VAS评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组 别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	3.51±0.86	1.25±0.47①
对照组	30	3.38±0.81	1.58±0.65①
t值		0.603	2.253
P值		0.549	0.028

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

4.4　2组治疗前后PV比较　见表3。治疗前，2组PV比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，

2组PV均较治疗前降低，观察组PV低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

表3　2组治疗前后PV比较（$\bar{x}\pm s$）　mPa·s

组　别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	1.82±0.41	1.44±0.29①
对照组	30	1.84±0.45	1.62±0.33①
t值		0.180	2.244
P值		0.858	0.029

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

5　讨论

孔源性视网膜脱离是临床常见的视网膜脱离类型，具有发病急、病情进展迅速等特点，是一种眼科急重症[11]。中老年人是视网膜脱离的高危人群，视网膜部分或全部脱离会损伤视野和视力，对患者日常生活造成严重影响[12]。玻璃体切割术是孔源性视网膜脱离的主要治疗方法，治疗效果较好，但术后恢复期较长[13]。为了使脱离的视网膜复位，术中常采用玻璃体腔注气或硅油填充，利用惰性气体或硅油的表面张力及浮力起到支撑和顶压视网膜的作用。由于气体和硅油会浮在液体上方，为达到治疗目的，玻璃体切割术后患者需尽可能保持长时间俯卧位。但长时间俯卧位极易导致患者颈肩痛等不适，临床常使用俯卧位椅等辅助器具，通过变换体位改善患者的舒适度，帮助患者减轻俯卧位带来的颈肩不适感，但因俯卧时间较长，使用俯卧位椅后仍有较多患者出现颈肩痛。浙江中医药大学附属嘉兴市中医医院眼科将针对颈椎病治疗的外治法用于孔源性视网膜脱离术后颈肩痛的治疗，取得一定疗效。

颈肩痛归属于中医学痹证、项强等范畴，中医学认为，患者术后俯卧，颈部受压，血不循经或瘀阻不行，气行不畅，瘀血内生，不通则痛。治应活血、行气、止痛。揿针疗法根据“以痛为腧”的取穴原则，局部可取阿是穴，针刺阿是穴可以通经活络，促进局部气血运行。揿针将皮内针埋入穴位皮下，给予穴位微弱的长时间刺激，促进经络气血有序运行，激发人体正气，可祛病除邪、防治疾病。从经脉循行来看，本病主要累及督脉、足少阳胆经和足太阳膀胱经所主的颈肩部经络。经络、穴位内外相通，是调节全身气血运行的重要通道。大椎穴处于手、足三阳经与督脉的交会处，又被称为“骨会”“诸阳之会”，针刺大椎穴可升一身清阳，具有缓解颈肩部肌肉痉挛、促进颈部血液循环的作用[14]。肩井穴属足少阳胆经腧穴，具有调和气血、祛风通络、行气止痛的作用，适当刺激肩井穴可有效疏通颈肩部经脉和气血，气血通畅则颈肩疼痛症状得以改善[15]。

本研究中患者原发病为眼部疾病，肝开窍于目，后因长时间俯卧位出现颈肩痛，其病机为长期俯卧导致气机凝滞、血流不畅，不通则痛。治疗上应以活血化瘀、通络止痛为主，兼补益肝肾。延胡索活血、行气、止痛；白芥子散结、通络、止痛；骨碎补疗伤止痛、补肾强骨；菟丝子补益肝肾；补骨脂温肾助阳；决明子清肝明目。诸药合用，共奏温经通络、行气活血、消肿止痛、补益肝肾、清肝明目之功效。将加热后的中药封包放置于颈肩部，通过热蒸汽使颈肩部毛细血管扩张、血液循环加快，达到温经通络、活血行气、化瘀止痛的目的。

本研究结果显示，治疗后，观察组临床疗效总有效率高于对照组（$P<0.05$），VAS评分低于对照组（$P<0.05$）。提示揿针联合中药封包热敷治疗在减轻孔源性视网膜脱离术后颈肩痛方面具有较好的临床效果。气滞血瘀证患者往往血液黏稠度较高，血液流变学异常[16]。PV是反映血液流动性的重要指标，具有不随切变率变化而变化的特点，可以反映是否有瘀血存在。治疗后，观察组PV低于对照组（$P<0.05$）。提示揿针联合中药封包热敷治疗孔源性视网膜脱离术后颈肩痛气滞血瘀证能有效降低PV，改善血液流变性。

综上所述，揿针联合中药封包热敷治疗可以有效缓解孔源性视网膜脱离术后因长时间俯卧位引起的颈肩痛，并能降低血液黏稠度，具有一定的临床应用价值。

［参考文献］

[1] 林美英，朱小华，周亮，等. 孔源性视网膜脱离的治疗进展[J]. 临床眼科杂志，2016，24(4)：376-379.
[2] 周玲玲，戈晓华，何艳. 基于多功能辅助器的体位支持在玻璃体切割术后患者中的应用[J]. 解放军护理杂志，2019，36(11)：83-86.
[3] 李凡，艾明. 玻璃体切割联合硅油填充术后缩短俯卧位时间对疗效的影响[J]. 护理学杂志，2015，30(20)：37-39.

[4] 黎晓新，王景昭. 玻璃体视网膜手术学[M]. 北京：人民卫生出版社，2000：96-104.
[5] 李君，高艳，马修彬，等. 孔源性视网膜脱离患者玻璃体切割联合惰性气体填充手术后不同体位疗效对比观察[J]. 中华眼底病杂志，2022，38(4)：275-279.
[6] 吴炳杰，李玲玲. 冲击波结合揿针埋针治疗颈背肌筋膜疼痛综合征的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志，2020，42(1)：60-62.
[7] 郑志鹏. 中医针灸联合中药外敷治疗颈肩腰腿痛的临床疗效[J]. 内蒙古中医药，2022，41(2)：113-114.
[8] 杨培增，范先群. 眼科学[M]. 9版. 北京：人民卫生出版社，2018：188-189.
[9] 国家中医药管理局. ZY/T001.1～001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京：南京大学出版社，1994：186.
[10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：346-349.
[11] 丁恩光，李永利，王建美，等. 玻璃体切除联合硅油填充术治疗孔源性视网膜脱离的临床疗效观察[J]. 中医眼耳鼻喉杂志，2022，12(4)：188-190.
[12] 徐玥，方严，谢驰. 视网膜内层结构紊乱与增生型糖尿病视网膜病变患者玻璃体切割手术后视力预后的相关性分析[J]. 中华眼底病杂志，2020，36(11)：867-873.
[13] BANSAL R，MOHARANA B，KATOCH D，et al. Outcome of pars plana vitrectomy in patients with retinal detachments secondary to retinal vasculitis[J]. Indian Journal of Ophthalmology，2020，68(9)：1905-1911.
[14] 闫冬，陈聪，宋咏梅. 大椎穴治疗颈椎病的研究进展[J]. 山东中医杂志，2018，37(3)：262-266.
[15] 孙婷，徐荣海，王淑兰. 电针百会穴联合肩井穴对颈肩肌筋膜疼痛综合征患者疼痛及颈椎活动的影响[J]. 现代中西医结合杂志，2020，29(34)：3826-3829.
[16] 张长军，陶庆春. 临床相关检验指标在血瘀证辨证分型中的应用[J]. 国际检验医学杂志，2015，36(12)：1741-1743.

(责任编辑：刘迪成，蒋维超)