

针刀靶点法联合中药药熨法 治疗顽固性网球肘 40 例总结

徐攀峰¹, 李富明²

(1. 广西中医药大学第三附属医院, 广西 柳州, 545001;

2. 广西壮族自治区柳州市人民医院, 广西 柳州, 545001)

[摘要] 目的: 观察针刀靶点法联合中药药熨法治疗顽固性网球肘的临床疗效。方法: 将 80 例顽固性网球肘患者随机分为 2 组, 每组各 40 例。治疗组采用针刀靶点法联合中药药熨法治疗, 对照组采用封闭疗法治疗。结果: 总有效率治疗组为 92.5%, 对照组为 60.0%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组握力指数、Mayo 评分、VAS 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$, $P < 0.05$)。结论: 针刀靶点法联合中药药熨法治疗网球肘疗效优于封闭疗法治疗。

[关键词] 网球肘; 中医疗法; 中药药熨; 针刀

[中图分类号] R274.917 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.03.005

Clinical effect of needle – knife therapy combined with traditional Chinese medicine ironing in treatment of refractory tennis elbow: An analysis of 40 cases

XU Panfeng¹, LI Fuming²

(1. The Third Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Liuzhou 545001, Guangxi, China;

2. The People's Hospital of Liuzhou, Liuzhou 545001, Guangxi, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of needle – knife therapy combined with traditional Chinese medicine (TCM) ironing in the treatment of refractory tennis elbow. Methods: A total of 80 patients with refractory tennis elbow were randomly divided into treatment group and control group, with 40 patients in each group. The patients in the treatment group were given needle – knife therapy combined with TCM ironing, and those in the control group were given block therapy. Results: There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group (92.5% vs 60.0%, $P < 0.05$). After treatment, both groups had significant changes in gripping index, Mayo score, and Visual Analogue Scale score, and there were significant differences in these indices between the two groups ($P < 0.01$, $P < 0.05$). Conclusion: Needle – knife therapy combined with TCM ironing has a better clinical effect than block therapy in the treatment of refractory tennis elbow.

[Key words] tennis elbow; traditional Chinese medicine treatment; traditional Chinese medicine ironing; needle – knife therapy

网球肘又名肱骨外上髁炎, 是前臂伸肌总腱起点处的慢性损伤性无菌性炎症。好发于常打网球的人群, 故称为网球肘^[1]。本病是骨科常见病、多发病, 属于中医学“肘劳”“痹证”范畴。临床上主要表现为肘部疼痛, 腕和前臂旋转功能受限, 握力下降及 Mill 征阳性等。临床治疗方法有很多种, 如药物、针灸、封闭等, 症状常常能改善, 但复发率高。临床上将多次治疗无效或效果差的肱骨外上髁炎称为顽固性网球肘, 其症状持续存在, 迁延难愈, 严重影响患者工作和日常生活。目前还没有更好的治疗方法。笔者采用针刀靶点法联合中药药熨法

治疗网球肘 40 例, 取得了较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 4 月至 2018 年 2 月我院骨科门诊患者 80 例, 按随机数字表法分为 2 组, 每组各 40 例。治疗组中, 男 21 例, 女 19 例; 平均年龄 (34.5 ± 21.5) 岁; 平均病程 (1.0 ± 1.2) 年。对照组中, 男 25 例, 女 15 例; 平均年龄 (36.0 ± 20.3) 岁; 平均病程 (1.0 ± 1.3) 年。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2] 拟定。1) 肱骨外上髁处反复疼痛甚至反射至前臂,

握物、拧毛巾困难;2)常可在肱骨外上髁处扪及明显压痛点;3)系统治疗3个月以上无明显改善或反复发作3次以上。

1.3 纳入标准 1)符合诊断标准;2)同意接受本治疗方案并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)依从性差;2)颈椎病等引起的肘部疼痛及放射痛;3)有神经系统疾病或更年期综合征。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用针刀靶点法联合中药药熨法治疗。1)针刀靶点法。患者屈肘90°,在肱骨外上髁处找到压痛点最明显的地方并标识,络合碘常规皮肤消毒,右手持针刀,垂直快速进针,达到骨面,刀口线与前臂轴线一致,纵行切割2~6刀,深度约0.5cm,然后出针。每周1次,症状较轻者连续治疗2次,症状较严重者可治疗连续3次。2)中药药熨。处方:制川乌30g,路路通20g,伸筋草30g,制草乌30g,当归15g,细辛10g,花椒10个。文火久煎,取药液50ml,加入1000ml开水(冷却至30℃)中,置入全自动中药熏蒸治疗仪中。每天1~2次,每次约30min。连续治疗3周。

2.2 对照组 采用封闭疗法治疗。在肱骨外上髁处,取利多卡因注射液(天津药业集团新郑股份有限公司,批准文号:国药准字H41023668)2ml和曲安奈德注射液(昆明积大制药股份有限公司,批准文号:国药准字H53021604)2.5mg混匀,在肱骨外上髁压痛点处进行局部封闭注射治疗。每周1次,连续治疗3周。

2组患者均嘱治疗前后保持针孔干燥,防止感染。3个月内避免提重物、拧毛巾、打网球等活动,预防肱骨外上髁炎复发。2组患者治疗3个月均得到随访并进行疗效比较。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)握力指数:肌肉的相对力量,即每公斤体质量的握力;2)疼痛视觉模拟评分(VAS);3)Mayo肘关节功能评分。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]拟定。治愈:疼痛症状消失,肘腕关节活动轻松自如,握力恢复正常;好转:疼痛基本消失,肘关节功能部分改善;无效:症状未改善甚至加重。

3.3 统计学方法 采用SPSS 15.0统计软件进行数据分析。组间计数资料比较用 χ^2 检验,组间计量资料比较用 t 检验,治疗前后比较用配对 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为92.5%,对照组为60.0%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效
治疗组	40	27(67.5) ^a	10(25.0)	3(7.5)	37(92.5) ^a
对照组	40	18(45.0)	6(15.0)	16(40.0)	24(60.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组Mayo评分、VAS评分和握力指数比较 2组各项指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组Mayo评分、VAS评分和握力指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	Mayo评分(分)	VAS评分(分)	握力指数(kg)
治疗组	40	治疗前	21.14 ± 2.15	8.23 ± 1.45	23.42 ± 4.72
		治疗后	42.68 ± 1.96 ^{ab}	2.26 ± 0.43 ^{ab}	21.24 ± 0.64 ^{ab}
对照组	40	治疗前	22.35 ± 2.41	8.35 ± 1.14	22.24 ± 3.53
		治疗后	34.71 ± 1.25 ^a	2.27 ± 0.67 ^a	45.43 ± 4.35 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

网球肘也称为肱骨外上髁炎,指前臂伸肌腱止点处反复劳损导致局部组织粘连、变性、无菌性炎症^[3]。一般好发年龄为40~50岁,临床发生率为1%~3%^[4]。关于肱骨外上髁炎的发病机制争论较多,目前主流的观点认为,由于前臂不正确的旋转动作或长时间慢性劳损等,引起肘关节伸肌总腱处发生软组织撕裂、血肿机化甚至出现瘢痕形成,引起肘关节周围炎性渗出,微小神经束缺血,出现肱骨外上髁部疼痛及肘腕活动受限等临床症状^[5]。

关于肱骨外上髁炎的治疗,早期通过封闭、理疗等方法一般可取得较好疗效。封闭治疗常在肱骨外上髁压痛点敏锐处进行局部注射激素,可明显缓解局部疼痛。技术简单,创伤小,是临床常用的一种办法,但是通过临床观察,发现复发率高,容易发展为顽固性网球肘^[6-7]。目前在治疗顽固性网球肘方面出现了一些新的技术,比如等离子射频消融术、微神经切断术等,但手术复杂、费用高,难以在基层医院推广^[8-9]。

近年来,使用小针刀治疗网球肘在临床上越来越普遍。小针刀通过对肱骨外上髁处粘连组织的松解,解除肘关节局部软组织对神经束、血管的嵌压,有一定的治疗效果。而单纯使用小针刀剥离等治疗,只能解决肌腱粘连的问题,不能从根本上去

除局部软组织对血管、神经束的卡压及局部无菌性炎症等问题。笔者采用小针刀结合中药药熨法治疗顽固性网球肘,取得了良好的疗效。本病病因多为体质虚弱,外邪入侵或长时间慢性劳损等^[10],发病一般与风寒湿邪痹阻经络、气血不通等因素密切相关,故治宜祛风散寒,除湿通络。中药药熨可使药液通过毛孔进入肌肉、筋脉,通过扩张血管,改善周围组织的血供,从而起到疏风散寒、活血通络止痛功效^[11]。两种方法联用,一方面利用小针刀松解组织粘连,疏通筋脉,铲剥异常骨突或结痂的瘢痕;另一方面使用中药药熨以祛风散寒除湿、理气止痛,使热疗和药疗共同发挥作用。2组80例患者治疗3个月后均得到随访并进行疗效分析比较,用小针刀松解联合中药药熨法治疗顽固性肱骨外上髁炎,总有效率为92.5%,明显优于对照组的60.0%,且治疗组无1例复发。

针刀靶点法联合中药药熨法治疗顽固性肱骨外上髁炎,具有中西医结合、微创、操作简单、费用低廉、疗效确切、不需要住院、患者容易接受等优点。且投入少,不需要购买新的设备,在基层医院现有的设备下即可开展,值得推广运用。

(上接第6页)

由于本研究病例数少、观察时间有限,没有对炎症因子水平进行持续观察,此外,收集标本的时间难以与足溃疡病程相一致。这些因素对分析的全面性、准确性有一定影响。今后还需进一步研究不同体质、伤口愈合不同阶段下的炎症因子水平,这将更严谨地证实体质、炎症因子对难愈性DFU的影响。

参考文献

- [1] 晋溶辰,黄政德,张晋如,等. 糖尿病足溃疡高危体质的临床特征及对伤口愈合影响的研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2016,36(4):56-59.
- [2] 张高芝,黄晓燕,林宏献,等. 糖尿病足氧化应激与炎症因子的变化及前列地尔治疗的效果观察[J]. 中国医师杂志, 2015,17(1):104-105.
- [3] Salazar JJ, Erulis WJ, Koh TJ. Diabetes medications: Impact on inflammation and wound healing[J]. J Diabetes Complications, 2016(30):746-752.
- [4] John H. Bowker, Michael A. Pfeifer, Levin and O'Neal's The diabetic foot[M]. Mosby Inc, 2007:627.
- [5] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定[M]. 北京:中国中医药出版社, 2009.

参考文献

- [1] Sharat P, Maffulli N. Tennis elbow[J]. Sports Exercise Injury, 1997,3(2):102-107.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994:189-190.
- [3] 丁明晖,徐光青,李燕,等. 手法治疗网球肘的临床研究[J]. 临床医药实践, 2010,19(1):28.
- [4] Isikan UE, Sarban S, Kocabey Y. The results of open surgical treatment in patients with chronic refractory lateral epicondylitis[J]. Acta Orthop Traumatol Turc, 2005,39(2):128-132.
- [5] 董博,杨利学,刘德玉,等. 射频热凝术微创治疗顽固性肱骨外上髁炎疗效观察[J]. 实用医学杂志, 2010,26(4):4590.
- [6] 刘胜淳,陈志强,郝永强. 网球肘的治疗[J]. 中国矫形外科杂志, 2010,7(7):661.
- [7] Renstroem P. Overuse injuries in sports - A review[J]. Sports Med, 1985(2):316.
- [8] 孙海宁,于秀淳,付志厚,等. 微创小切口等离子射频成形术治疗顽固性肱骨外上髁炎[J]. 中国骨肿瘤骨病, 2011,10(4):364-366.
- [9] 赵金升,陈国治. 电刀松解治疗顽固性肱骨外上髁炎[J]. 现代诊断与治疗, 2010,21(5):288.
- [10] 李跃,孙军强,王树安. 理筋手法治疗肱骨外上髁炎167例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2012,20(5):50-51.
- [11] 杨新,李左安,张旭鸣. 桡侧腕伸肌起点松解治疗顽固性网球肘24例[J]. 福建医药杂志, 2012,34(2):36-37.

(收稿日期:2018-11-18)

- [6] Lavery LA, Armstrong DG, Murdoch DP, et al. Validation of the Infectious Diseases Society of Americans diabetic foot infection classification system[J]. Clinical Infectious Diseases, 2007(44):562-565.
- [7] 张姐,关小宏. 糖尿病足溃疡与炎症[J]. 中国老年学杂志, 2013,33(2):493-495.
- [8] 张莹,王伟灵,杨沁彤,等. 血清VCAM、FGF2等炎症因子与难愈性糖尿病足的相关性研究[J]. 检验医学, 2014,29(5):472-476.
- [9] 熊彬,魏任雄,郭维英,等. 2型糖尿病患者白细胞介素-6和可溶性细胞黏附分子-1及血清超敏C-反应蛋白的血清水平分析[J]. 中国慢性病预防与控制, 2014,22(4):408-409.
- [10] 金剑虹,洪郁芝,徐新鹏. 感染性糖尿病患者血清白细胞介素表达与感染的关系[J]. 中华医院感染学杂志, 2015,29(5):747-749.
- [11] 王永红,张驰,乐岭,等. 糖尿病足感染病原菌分布以及血清炎症因子水平改变的研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2017,27(14):3219-3222.
- [12] 王琦. 中国人九种体质的发现[M]. 北京:科学出版社, 2011:177.
- [13] 董静,王疏,吴宏东,等. 代谢综合征体质因素的病例-对照研究[J]. 中国康复理论与实践, 2007,13(5):464-465.
- [14] 雷映红,陈辉,刘菊. 老年男性2型糖尿病患者骨密度与炎症因子相关性研究[J]. 中国骨质疏松杂志, 2017,23(2):213-215.

(收稿日期:2018-06-21)