针刀刺激正反阿是穴治疗肱骨外上髁炎 32 例 临床观察

陈红根

(南京中医药大学附属医院, 江苏南京 210029)

摘要 目的:观察针刀刺激正反阿是穴治疗肱骨外上髁炎的临床疗效。方法:将 64 例患者随机分为治疗组和对照组各 32 例,治疗组用小针刀刺激阿是穴加反阿是穴治疗,对照组用小针刀刺激阿是穴治疗,2 组均在治疗 4 次后观察疗效。结果:治疗后 2 组的总有效率比较差别有统计学意义,治疗组优于对照组。结论:针刀刺激正反阿是穴治疗肱骨外上髁炎较针刀单纯刺激阿是穴效果显著,具有一定临床价值。

关键词 肱骨外上髁炎 小针刀 反阿是穴

中图分类号 R681.705

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2015)03-0059-02

近年来,笔者运用针刀刺激阿是穴加反阿是穴治疗肱骨外上髁炎 32 例,并设针刀单纯刺激阿是穴组 32 例作对照,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 南京中医药大学附属医院推拿科门诊肱骨外上髁炎患者 64 例,按就诊序列号随机分为 2 组。治疗组 32 例:男性 20 例,女性 12 例;年龄 16~59 岁;病程 3d~2 年。对照组 32 例:男性 18 例,女性 14 例;年龄 17~56 岁;病程 5d~1.5 年。2 组患者的性别、年龄、病程无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]制定:(1)多见于特殊工种或职业,如砖瓦工、网球运动员或有肘部损伤病史者;(2)肘外侧疼痛,疼痛呈持续渐进性发展,作拧衣服、扫地、端壶倒水等动作时疼痛加重,常因疼痛而致前臂无力,握力减弱,甚至持物落地,休息时疼痛明显减轻或消失;(3)肘外侧压痛,以肱骨外上髁处压痛为明显,前臂伸肌群紧张试验阳性,伸肌群抗阻试验阳性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 以肱骨外上髁为中心,半径为 1cm 范围内找寻最痛点,此压痛点为阿是穴;再在肱骨外上髁上下寻找反阿是穴,反阿是穴的特点是病灶以外的压痛点,按压此压痛点后可使肱骨外上髁处的疼痛明显减轻甚至消失^[2]。其反阿是穴的寻

找的范围非常广泛:伴随肘部旋转功能受限则查旋后肌;屈腕关节时疼痛加剧则查找桡侧腕长伸肌、桡侧腕短伸肌;屈手指时症状加重则查指伸肌;屈伸肘关节时疼痛加重则查上臂屈伸肌群,如肱二头肌、肱三头肌;甩手时疼痛明显则查肩胛带肌,如冈上肌、冈下肌、小圆肌、大圆肌;伴颈痛和活动受限则在同侧颈椎 4、5 棘突旁寻找压痛点。标记、消毒正反阿是穴后,左手夹持“乐灸牌”0.6mm×50mm 针刀进针,将针刀刺到骨面后右手摆动针柄快速点切数次出针,按压针孔 10 秒后贴无菌创可贴。每 14 天治疗 1 次,治疗 4 次后观察疗效。

2.2 对照组 用针刀单纯治疗阿是穴,操作、疗程均同治疗组。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]制定。治愈:患者无疼痛感,查体无压痛,肘部活动自如;好转:疼痛减轻,肘部功能改善;未愈:症状无改善。

3.2 治疗结果 经 4 次治疗后,治疗组和对照组疗效见表 1。

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率
治疗组	32	20	10	2	93.8%*
对照组	32	8	12	12	62.5%

注:*与对照组比较, $P<0.05$ 。

4 讨论

肱骨外上髁炎(external humeral epicondylitis),又名网球肘。属于中医学“伤筋”、“肘劳”、“筋痹”等病范畴,是由于关节慢性劳损,引起局部气血循环不畅,或因风寒湿邪乘虚侵袭而成痹。《内经》中对筋痹的描述为“在筋者屈伸不利”,《内经》对其原因的分析主要为“虚邪搏于皮肤之间,其气外发腠理,开毫毛,留而不去为痹”。

本病的治疗效果不佳,容易反复,常常形成顽固性病变^[3]。肱骨外上髁的位置非常独特,它是上臂和前臂的连接枢纽,又是诸多肌肉,如前臂伸肌群等重要肌肉的附着点。伸腕、伸指为前臂伸肌群的最重要功能,该肌群在作前臂旋前、伸腕、伸指活动时,伸肌总腱起点,即肱骨外上髁处,会产生一定的应力。如果持续地保持该应力状态,则会出现各种损害,如伸肌总腱的显微撕裂,如果此时能得到及时有效的治疗,且停止伤害的继续,则撕裂会很快愈合,否则就会形成瘢痕和粘连。因此,本病的基本因素是局部的瘢痕粘连,基本病理变化是由软组织损伤所导致的慢性损伤性炎症。除直接起止于肱骨外上髁的肌肉会导致这一症状的出现外,跨越肱骨外上髁的肌肉,如肱二头肌、肱三头肌等也会导致肱骨外上髁疼痛。此外,远端的肌肉,如冈下肌、小圆肌、大圆肌等肩胛带肌的损伤,同样会出现肘外附近的牵涉痛,这让本来就非常复杂的病症变得更加错综复杂。这可能与现代医学家在对神经卡压现象的观察中发现的“双卡综合征”有关^[4-6]。该理论认为,神经的任何一端受到卡压,将增加神经另一端受压风险,如果有两个或两个以上的部位共同受压,那么临床症状就在所难免了。所以临床上颈部病变与网球肘的发病常常会出现同时出现。章氏等^[7]研究发现,对许多肌肉的斜刺会产生非常良好的治疗效果。其通过对上臂部相关肌肉的斜刺,如上臂伸肌、上臂屈肌的斜刺,或者前臂部的肌肉的斜刺,如指伸肌群、腕伸肌群激痛点的斜

刺,可以非常有效地治疗该病。在研究中他们还发现:激痛点的分布区域有一定的规律性,换言之,阿是穴与反阿是穴之间存在如下的关联性:如检查发现肱骨外上髁后上方有压痛,仔细寻找可以发现在上臂的伸肌,即肱三头肌附近可找到反阿是穴;如果患者表现为肱骨外上髁前下方的疼痛,也须仔细查找肱三头肌,必要时检查旋后肌附近的反阿是穴;部分患者疼痛出现在肘关节间隙,须查找桡侧腕长伸肌及腕短伸肌激痛点;桡骨小头表面的疼痛则被认为来源于指伸肌激痛点。

笔者运用针刀刺激正反阿是穴法治疗该病,不仅可以松解局部的粘连(阿是穴),还可结合激痛点及“双卡综合征”的理论(反阿是穴)缓解疼痛,达到“上病下治”“下病上治”的目的,取得了较好的疗效。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994
- [2] 张文兵, 霍则军. 肌肉起止点疗法——反阿是穴. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 18, 75
- [3] 龙智铨. 顽固性网球肘的治疗研究进展. 中医正骨, 2005, 17(6): 57
- [4] 张善东, 梁建新, 赵尔弘. 顽固性网球肘从颈论治及临床分析. 中国中医骨伤科杂志, 2004, 12(2): 24
- [5] 朱盛修. 周围神经显微修复学. 北京: 科学出版社, 1991: 245
- [6] 周游. 相关周围神经通道的潜在性病因与肱骨外上髁炎的发病和预防. 中国中医骨伤杂志, 1996, 4(4): 30
- [7] 章允刚, 章允志, 陈雷雷, 等. 斜刺肌筋膜激痛点治疗复发性肱骨外上髁炎. 中医正骨, 2013, 25(3): 64

第一作者: 陈红根(1971-), 男, 医学士, 博士研究生, 副主任中医师, 从事脊柱关节病及脊柱相关疾病的临床研究。chenhonggen@hotmail.com

收稿日期: 2014-10-19

编辑: 华由 王沁凯

『博士论坛』 专栏稿约

本刊《博士论坛》栏目开辟已有15年了,一直得到读者、作者的厚爱,现面向全国广大博士(在读及已毕业者)诚约稿件。

1. 选题范围

(1) 21世纪中医药发展趋势探讨; (2) 中医药现代化的内涵与目标研究; (3) 临证思路与方法探讨; (4) 新疾病谱诊治规律探讨; (5) 中医药疑点、难点、热点问题探讨; (6) 中西医结合理论与实践研究; (7) 国内外中医药研究动态与进展; (8) 其他。

2. 对于所赐稿件,将及时提交专家审定。凡符合要求者将及时编辑处理,公开发表。

3. 来稿请附作者简介(姓名、性别、出生年月、职称、学术成就)以及详细通讯地址、电子邮箱、联系电话等,并在信封注明“博士论坛”字样。

4. 欢迎广大博士登录江苏中医药编辑部远程稿件处理系统(www.jstcm.cn)进行在线投稿。栏目联系人:傅如海,电话:025-86617285。