

针灸治疗腕管综合症的临床证据

张议元^{1,2} 杜元灏²

(1.天津中医药大学,天津 300193; 2.天津中医药大学第一附属医院,天津 300193)

摘要 目的:评价针灸治疗腕管综合症的临床疗效,汇集与针灸临床实践高度相关的高质量证据,为临床决策提供参考。方法:围绕针灸临床实践中常见的重要问题,全面检索当前可得临床研究,按照循证医学5级标准从高到低选用能够回答对应临床问题的证据,采用 RevMan5.0.20 统计结局指标。结果:有 18 篇符合纳入标准的临床研究,目前仅有 1 项 B 级证据证明针刺治疗腕管综合症具有肯定疗效;C 级证据表明针刺可能优于弥可保或与其相当,但副作用少,安全性高;C 级证据表明针刺疗效优于推拿;1 项 B 级证据表明温针灸优于单纯毫针;1 项 B 级证据表明针灸结合西药优于单用西药。结论:针灸治疗腕管综合症肯定有效,针灸和西药相比很可能等效,目前单纯使用针灸治疗腕管综合症尚缺乏多中心大样本的临床试验,今后可设计严格的等效性或非劣性试验来验证;针药并用的效果也有一定优势,尚需要高质量试验的证实。

关键词 腕管综合症 针灸疗法 临床证据 循证医学

中图分类号 R274.31 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)04-0052-04

腕管综合症 (carpal tunnel syndrome, CTS), 又名迟发性正中神经麻痹、鼠标手, 是一种由于腕管内压力增高使正中神经受压而引起其支配区域疼痛和麻木的疾患。本病多为慢性发作, 中年女性高发。目前对于腕管综合症的治疗方法主要分为保守治疗及手术治疗, 美国骨科医师协会 (AAOS) 认为对于轻中度 CTS 患者保守治疗方法具有一定的疗效, 手术仅限于保守治疗失败时。目前针灸作为治疗腕管综合症保守疗法的相关研究仍十分有限, 因此, 本研究广泛收集现有的证据, 按照循证医学的分级标准进行逐级总结, 提炼高质量的证据信息, 并综合考虑主要结局、结果一致性等要素, 最终以临床证据的形式简要回答临床决策者和患者关心的临床问题。

1 资料和方法

1.1 针灸临床问题 研究者采用定性访谈法归纳临床问题, 访谈对象为天津中医药大学第一附属医院针灸部采用针灸疗法第一手诊治过腕管综合症患者的 5 名主任医师, 经过两轮访谈, 选择有代表性的针灸临床问题如下: (1) 针灸治疗腕管综合症本身是否有效? (2) 针灸与常规营养神经药物 (如弥可保、维生素等) 相比是否有治疗优势? (3) 针灸与推拿疗法相比是否有治疗优势? (4) 不同刺法灸法之间是否存在疗效差异, 应该如何选择? (5) 针灸结合西药是否能增效减毒?

1.2 临床证据检索

1.2.1 检索来源 采用计算机检索, 国内有中国生物医学文献数据库 (CBM)、中国知网 (CNKI)、维普数据库 (VIP) 和万方数字化期刊群 (WF), 其中中国知网包括中国期刊全文数据库、重要会议全文数据库、硕博学位论文数据库; 国外有 Pubmed、Embase 和 Cochrane Library。不能获取的全文, 则辅以手工检索天津中医药大学图书馆过刊资料库。

1.2.2 检索策略 中文检索词为针灸、针刺、腕管综合症等。英文检索词为: Acupuncture, carpal tunnel syndrome 等。所有检索均截至 2015 年 6 月 30 日。

1.2.3 纳入标准 (1) 临床研究, 包括一次研究和二次研究。语种为中、英文。(2) 受试者的年龄、性别、病例来源不限。(3) 干预措施: 如有对照组, 试验组采用针灸疗法 (其中针具材料、治疗选穴、实施手法、留针时间及疗程不限) 或配合其他方法, 对照组不限。其中针灸疗法的具体种类以第 7 版国家级规划教材《刺法灸法学》为选择标准^[1]。如没有对照组, 受试组应以针灸疗法为主。(4) 结局指标: 整体症状量表 (GSS)、数字疼痛评估量表 (NRS)、Kelly 评定^[2]、神经传导速度评定、疼痛评分法 (VAS)、不良反应等。

1.2.4 排除标准 研究对象为其他基础疾病伴随腕管综合症; 重复检出或发表的文献。

1.3 证据评价方法

1.3.1 证据分级标准 按照经典的循证医学 5 级

标准。A级:收集质量可靠的临床随机对照试验后做出的系统评价/Meta分析结果、大样本多中心随机对照试验;B级:采用正确随机方法的随机对照试验;C级:设有对照但未用随机方法分组的研究、队列研究、病例对照研究;D级:无对照的病例系列观察;E级:描述性研究、专家意见、病例报告等^[3-4]。

1.3.2 证据选择策略 2位评价者独立阅读文题和摘要,在排除明显不符合纳入标准的文献后,对可能符合纳入标准的文献阅读全文,以确定是否真正符合纳入标准。评价者交叉核对纳入试验的结果,对有分歧的文献通过讨论或由第3位评价者决定其是否纳入。围绕要回答的针灸临床问题,评价者在纳入研究中按照循证医学5级标准从高到低选择相应的临床证据。原则上,优先选用系统评价/Meta分析、高质量的临床随机对照试验,如无则选择质量较低的临床随机对照试验、临床对照研究、叙述性研究。

1.3.3 结局指标统计 采用Cochrane协作网提供的RevMan5.0.20软件核实结局指标的统计数据。连续变量采用加权均数差(WMD)或标准化均数差(SMD);分类变量采用相对危险度(RR),两者效应量均用95%CI表示, $P \leq 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 检索结果 按检索策略和资料收集方法,发表语种均为中文。经阅读文题、摘要、全文后,最终纳入共18篇临床研究。

2.2 证据概况

2.2.1 证据级别 尚没有系统评价/Meta分析和A级证据;B级证据有9项;C级证据有9项。

2.2.2 设计类型 18项临床研究均为原始研究,随机对照试验有9项,半随机对照试验有9项。

2.2.3 研究对象 研究对象均为门诊或住院病例。诊断标准参照美国神经病学学会的临床诊断标准。

2.2.4 干预措施 3项采用针灸疗法对照推拿,试验组分别为刺络配合推拿、温针灸配合推拿、针刺配合外洗^[5,15,21]。4项采用针灸疗法对照西药,如弥可保、维生素等^[6,9,14,19]。针灸疗法之间比较的有3项试验,试验组采用温针灸、电针配合穴位注射,对照组采用针刺、电针等^[8,10,16]。仅有1项试验对照组采用假针灸^[22]。2项采用针灸疗法配合西药对照西药^[11-12]。3项采用针灸配合基础治疗对照基础治疗,基础治疗如维生素、弥可保、矫形固定治疗等^[7,13,17]。3项采

用其他方法,如温针灸配合手法松解对照激素封闭配合西药,针刺配合激光对照TDP,针灸配合中药外洗对照西药封闭^[14,18,20]。具体干预措施及证据级别详见表1。

2.3 证据信息

2.3.1 针灸治疗腕管综合征本身是否有效 目前仅有1项B级证据采用针刺对照假针刺验证针灸治疗腕管综合征的有效性。1项高质量证据的B级证据显示:针刺治疗腕管综合征具有肯定的疗效^[22]。

2.3.2 针灸与常规营养神经药物相比是否有治疗优势 目前有4项试验采用针灸对照西药^[6,9,14,19],纳入试验2项采用弥可保作为对照西药^[6,9],2项采用维生素B族作为对照^[14,19]。以下根据营养神经药物的不同分别叙述相应的高级别证据。1项低质量证据的C级证据显示:针刺治疗腕管综合征的疗效可能优于弥可保或与弥可保相当^[9]。1项低质量证据的C级证据显示:针刺治疗腕管综合征的疗效可能优于维生素B族或与维生素B族相当^[19]。

2.3.3 针灸与推拿疗法相比是否有治疗优势 目前推拿或者手法松解等方法常作为治疗腕管综合征常规治疗之一,因此针灸治疗腕管综合征对比推拿疗法的临床试验很少,仅有1篇探讨了此类方法,显示疗效有显著性差异。1项低质量的C级证据显示:针刺治疗腕管综合征的疗效可能优于推拿治疗^[21]。

2.3.4 不同刺法灸法之间是否存在疗效差异 目前针灸治疗腕管综合征的研究多数为在针灸治疗基础上加口服药物或者支具固定等常规治疗,因此就单纯刺法灸法治疗的临床试验研究尚不足,仅有3项试验为不同刺法灸法之间的比较,均显示疗效具有显著差异性^[8,10,16]。1项高质量证据的B级证据显示:针刺治疗腕管综合征具有肯定的疗效^[16]。

2.3.5 针灸结合西药是否能增效减毒 目前有2项试验采用针灸配合西药对照西药,从而比较了针灸结合西药与西药之间的疗效差异,并表明针灸结合西药优于单用西药。2项试验中西药均采用甲钴胺^[11-12]。1项高质量B级证据显示:针刺配合西药治疗腕管综合征具有肯定的疗效^[11]。

3 结论

本研究对当前可得的针灸治疗腕管综合征的临床证据,采用循证医学方法进行了有效提炼和总结,以期能够回答针灸临床中常见的重要问题。就目前而言,针灸治疗腕管综合征的系统评价/Meta分析还

表1 针灸治疗腕管综合征临床随机对照试验刺灸法比较典型证据

作者	年份	样本量	试验组	对照组	结局	备注
石玉生 ^[5]	2006	60	刺络+推拿	推拿	2组疗效差异有显著性意义。2组环指正中神经和尺神经感觉传导速度差值及第1、3疗程差值变化,治疗组优于对照组。	B级证据
宋爱群 ^[6]	2013	74	电针+TDP+局部制动	弥可保	2组临床治愈率比较有显著性意义。	C级证据
吴家满 ^[7]	2014	45	1组:电针+矫形支具 2组:电针	矫形支具	3组肌电图及临床疗效比较,治疗1组优于治疗2组及对照组。	C级证据
叶爱萍 ^[8]	2014	63	电针+穴位注射(复方当归)	毫针(常规)	2组临床显效率及复发率比较,治疗组优于对照组。	B级证据
金灵青 ^[9]	2011	75	1组:电针+穴位注射(弥可保) 2组:电针	弥可保	3组肌电图及临床疗效比较,治疗1组优于治疗2组及对照组。	C级证据
赵惠 ^[10]	2012	50	电针+甲钴胺	毫针(常规)+甲钴胺	2组疗效及神经传导速度比较,治疗组明显优于对照组。	B级证据
项翼 ^[11]	2014	60	电针+甲钴胺	甲钴胺	2组临床NRS、GSS评分及正中神经电生理检查比较,治疗组优于对照组	B级证据
周飞鸥 ^[12]	2011	64	隔姜灸+甲钴胺	甲钴胺	2组临床疗效及正中神经传导速度减慢率比较,治疗组优于对照组。	C级证据
王义生 ^[13]	2013	60	针灸+中频点治疗+手法松解+基础治疗	基础治疗(非甾体抗炎药、维生素B ₁ 、维生素B ₂ 及支具固定)	2组临床疗效及运动感觉神经传导速度比较,治疗组优于对照组。	B级证据
蔡德锋 ^[14]	2007	98	温针+手法松解	局部激素封闭(醋酸泼尼松A)+维生素B ₁ 口服	2组临床治愈率比较,有显著差异(P<0.01),治疗组优于对照组。	C级证据
李伟 ^[15]	2009	60	温针灸+推拿	推拿	2组临床疗效及神经传导速度比较,治疗组优于对照组。	B级证据
陈仲新 ^[16]	2007	92	温针灸	毫针(常规)	2组临床疗效比较,治疗组优于对照组。	B级证据
张翠彦 ^[17]	2009	60	1组:毫针(常规)+TDP+基础治疗 2组:中药熏洗+基础治疗	基础治疗(维生素B族+夹板固定)	3组临床疗效、肌电图及VAS评分比较,治疗组均优于对照组,且1组优良率优于2组。	B级证据
周相荅 ^[18]	2009	69	毫针(常规)+穴位激光照射	穴位TDP照射	2组临床疗效比较,治疗组优于对照组。	C级证据
封一平 ^[19]	2011	50	毫针(常规)	维生素B ₁₂ (肌注)	2组临床疗效比较,治疗组优于对照组。	C级证据 有随访
胡乃武 ^[20]	2000	46	毫针(常规)+中药外洗	腕管封闭(强的松龙)	2组临床疗效比较,治疗组优于对照组,有显著差异(P<0.05)。	C级证据
全议强 ^[21]	2011	48	温针灸+中药熏洗	推拿	2组临床疗效比较,治疗组治愈率优于对照组。	C级证据
王运东 ^[22]	2015	64	毫针(常规)+夜间夹板	假针灸+夜间夹板+维生素B族	2组临床症状GSS评分及电生理比较,治疗组优于对照组,有显著差异(P<0.05)。	B级证据

没有出现,而且并没有A级证据证实针灸治疗腕管综合征的有效性;国外研究通常将对照组设计为空白或安慰剂来评价针灸有效性,而假针刺作为对照因其可能出现“类疗效”的结果而饱受争议,本研究中有1项B级证据涉及此类研究,其结果亦有一定参考价值,并不能否定针灸的有效性。相对常规营养神经药物,针灸可能有治疗优势或相当的疗效,如弥可保(C级证据)、维生素B族(C级证据)等;针刺与推拿疗法相比的临床证据还很匮乏,仅有1项C级证据表明针灸疗法疗效优于推拿疗法;有3项B级证据证明不同刺灸法之间比较,分别为电针、温针灸与常规毫针刺的比较,均有疗效差异。

以上证据结果提示,针灸治疗腕管综合征的有效性是肯定的,但现有的支持证据有限且纳入研究的样本量较小,还需要进一步开展大样本、多中心的研究验证其有效性,并且针灸治疗腕管综合征多结合西药或其他物理疗法,临床上缺乏单纯针灸疗法对治疗腕管综合征的相关研究,对照组设计也应以空白对照、安慰剂或阳性药物为主。

因此提高临床试验设计质量,并采用循证医学方法整合高质量针灸临床研究势在必行,最终形成有助于针灸临床治疗的临床证据以进一步指导临床实践者的决策。

参考文献

- [1] 陆寿康.刺灸灸法学[M].北京:中国中医药出版社,2002:15.
- [2] KELLY C P, PULISTETTI D, JAMIESON A M. Early experience with endoscopic carpal tunnel release [J]. J Hand Surg Br,1994,19(1):18.
- [3] 李幼平.循证医学[M].北京:高等教育出版社,2003:55.
- [4] 张鸣明,李幼平.Cochrane 协作网及 Cochrane 图书馆[M].北京:科学出版社,2002:108.
- [5] 石玉生,房伟,赵雪圆,等.刺络配合推拿治疗轻度腕管综合征疗效对照研究[J].中国中西医结合杂志,2006,26(6):497.
- [6] 宋爱群,张阳普.电针配合TDP、局部制动治疗腕管综合征40例[J].光明中医,2013,28(2):332.
- [7] 吴家满,卓缘圆,钟宇玲,等.电针配合矫形支具治疗妊娠合并腕管综合征疗效观察[J].中医临床研究,2014,6(16):31.
- [8] 叶爱萍,邹燃.电针配合穴位注射治疗腕管综合征疗效观察[J].上海针灸杂志,2014,33(10):941.

穴位贴敷预防前列腺等离子电切术后便秘 29 例临床观察

郑 燕

(扬州市中医院泌尿外科,江苏扬州 225002)

摘要 目的:探讨川军通便膏穴位贴敷预防经尿道前列腺等离子电切术(TUPKP)后便秘的临床疗效。方法:选取 TUPKP 术后患者 60 例,随机分为治疗组与对照组。对照组采用前列腺增生术后常规护理,治疗组在常规护理基础上加川军通便膏穴位贴敷,观察 2 组患者术后 4d 内大便情况,比较便秘的发生率。结果:治疗组便秘发生率为 24.1%,明显低于对照组的 60.0%,差异有统计学意义($P<0.01$)。结论:川军通便膏穴位贴敷疗法可有效预防 TUPKP 术后便秘的发生。

关键词 川军通便膏 穴位贴敷 前列腺增生 等离子电切术 便秘

中图分类号 R256.350.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)04-0055-02

前列腺增生(BPH)是中老年男性的常见病,目前经尿道前列腺等离子电切术(TUPKP)已成为治疗本病的主要方法,具有创伤小、出血少、恢复快等优势。TUPKP 术后患者常发生便秘,严重影响患者的恢复。研究表明,术后 1~5d 便秘的发生率最高,发生便秘时可增加患者腹腔内压力,引起手术创面出血,还可能诱发心脑血管疾病,甚至导致猝死^[1]。我科采用院内制剂川军通便膏进行穴位贴敷来预防 TUPKP 术后便秘,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月至 2015 年 11 月在我院泌尿外科住院的前列腺增生患者 60 例,均在硬腰联合麻醉下行 TUPKP 术,年龄 60~82 岁,采用随机数字表法随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组患者平均年龄(74.3±8.2)岁;合并高血压病 11 例,冠心病 6 例,2 型糖尿病 2 例;前列腺体积为(56.82±11.7)mL;国际前列腺症状评分(IPSS)为(27.5±5.2)分;生活质量评分(QOL)为(4.8±1.3)分。对照组患者平均年龄(74.5±7.9)岁;合并高血压病

[9] 金灵青,郎伯旭.电针配合穴位注射治疗早期腕管综合征疗效观察[J].上海针灸杂志,2011,30(7):464.
 [10] 赵惠,刘蕾,徐金枝,等.电针为主治疗腕管综合征 25 例[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(21):55.
 [11] 项翼,蒋红,李建华.电针治疗轻中度腕管综合征的临床疗效观察[J].全科医学临床与教育,2014,12(6):684.
 [12] 周飞鸥.隔姜灸结合药物治疗腕管综合征 64 例疗效观察[J].临床合理用药杂志,2011,4(19):59.
 [13] 王义生,郭小文,秦小勇.急性腕管综合征的非手术治疗方法、临床疗效及可行性观察[J].吉林医学,2013,34(30):6215.
 [14] 蔡德锋.温针加手法松解治疗腕管综合征[J].中医药信息,2007,24(5):56.
 [15] 李伟.温针灸配合推拿治疗早期轻度腕管综合征疗效对照研究[J].中国实用医药,2009,4(34):206.
 [16] 陈仲新,程彬,黄松琴.温针灸治疗早期腕管综合征 46 例[J].陕西中医,2007,28(7):892.
 [17] 张翠彦,王艳香.针刺加 TDP 照射和中药熏洗治疗早期

腕管综合征疗效观察[J].中国针灸,2009,29(9):708.
 [18] 周相苍,栾玉芬,宫朝霞,等.针刺加氦氖激光治疗腕管综合征 35 例[J].上海针灸杂志,2009,28(3):170.
 [19] 封一平,石雷.针刺治疗腕管综合征 50 例[J].中国中医基础医学杂志,2011,17(6):670.
 [20] 胡乃武,刘久英,王凤敏.针药并用治疗腕管综合征的临床观察[J].中医药学报,2000,28(3):57.
 [21] 全汉强,曾红军,蒋媚月.中药熏洗配合温针灸治疗妊娠期腕管综合征 24 例[J].中医外治杂志,2011,20(1):33.
 [22] 王运东.中医针灸对腕管综合征的疗效研究[J].临床医药文献杂志(电子版),2015,2(5):890.

第一作者:张议元(1985—),女,博士研究生,主治医师,针灸推拿学专业。

通讯作者:杜元灏,教授,主任医师,博士生导师,天津市特聘教授,滨海学者。jpjs_cn@sina.com

收稿日期:2015-11-09

编辑:华 由 王沁凯