

内热针治疗顽固性肱骨外上髁炎 33 例临床观察

汪军华

(衢州市中医医院,浙江衢州 324002)

摘要 目的:观察内热针治疗顽固性肱骨外上髁炎的临床疗效。方法:将 65 例顽固性肱骨外上髁炎患者随机分为 2 组,治疗组 33 例予内热针治疗,对照组 32 例予封闭治疗,治疗结束后观察临床疗效,并比较视觉模糊评分法(VAS)的变化情况。结果:治疗后 2 组 VAS 评分均较治疗前降低,治疗组下降更明显($P<0.05$)。治疗组总有效率为 96.97%,明显高于对照组的 75.00%($P<0.05$)。结论:内热针治疗顽固性肱骨外上髁炎效果良好。

关键词 肱骨外上髁炎 内热针 封闭 视觉模糊评分

中图分类号 R681.705

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)04-0059-02

肱骨外上髁炎是指肱骨外上髁部伸肌总腱的长期劳损或撕裂所产生的无菌性炎症,俗称“网球肘”^[1]。大多数患者早期治疗有效,但其复发率高,部分患者反复发作,多次治疗无效形成顽固性肱骨外上髁炎。我院采用内热针治疗本病,取得明显疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月~2015 年 8 月在我院中医康复科门诊或住院治疗的患者共 65 例,按治疗先后顺序编号分组。治疗组 33 例:男 15 例,女 18 例;年龄 28~69 岁,平均年龄 48.1 岁;病程最短 6 个半月,最长 13 个月;病变在左侧 14 例,右侧 19 例。对照组 32 例:男 16 例,女 16 例;年龄 26~72 岁,平均年龄 51.2 岁;病程最短 7 个月,最长 15 个月;病变在左侧 13 例,右侧 19 例。2 组患者的性别、年龄、病程、病变部位等一般情况差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^{[2]189}:(1)有前臂伸肌的慢性牵拉、劳损史;(2)肘关节外侧痛,可向前臂甚至手部放射痛;(3)指伸肌腱起点处压痛;(4)Mill 征阳性;(5)肘关节活动正常,肘部 X 线片检查结果无异常。

1.3 纳入标准 (1)经过口服消炎止痛药、局部理疗、针灸推拿等保守治疗 6 个月以上症状无明显好转者;(2)有反复发作史 3 次以上者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 患者取卧位,肘关节屈曲 90 度放于治疗床上,施术部位定点:第 1 点在肱骨外上髁顶点压痛处;第 2 点在肱骨外上髁前内侧,近肘横纹外侧端凹陷处,即桡侧腕长、腕短伸肌起始部的压

痛点;第 3 点在肱骨外上髁与鹰嘴骨突间的凹陷处,即肘关节囊处;第 4~7 点在肱骨外上髁上方 1cm、2cm 处肱骨内外各 2 点,即肱三头肌与肱桡肌之间的压痛点;第 8~11 点在肱骨外上髁下方 2cm、3cm 处桡骨内外各 2 点,即肘肌起始部覆盖桡骨小头和环状韧带的部位。每点用记号笔标记。施术部位用碘伏常规消毒 2 遍,用 1%利多卡因局部麻醉,选用 0.7mm×10cm 的内热针,第 1~3 进针点针尖朝向肱骨外上髁直达骨面,小幅度提插;第 4~11 进针点分别沿肱骨和桡骨内外边缘刺入约 1.5cm,小幅度提插。针刺完毕后,针柄连接 K 型内热式针灸治疗仪(济宁市佳科医疗科技有限公司产品),55℃恒温加热 20min。治疗结束后,拔出全部内热针,局部用无菌纱布按压止血 3~5min,碘伏消毒,嘱患者 24h 内针刺部位不能进水。每周治疗 1 次,总治疗次数不超过 3 次。

2.2 对照组 选用 10mL 一次性注射器,抽取 2%利多卡因、无菌注射用水各 3mL、醋酸曲安奈德 1mL(10mg)混悬液共 7mL 备用。患者取卧位,肘关节屈曲 90 度放于治疗床上,局部碘伏消毒后,注射针自肱骨外上髁稍下方刺入,直达骨面,抽吸无回血后,注射约 2mL 混悬液,然后向上下左右约 1~2cm 处浸润注射。注射完毕,用创可贴覆盖,并嘱患者屈伸旋转肘关节数次。每周治疗 1 次,总治疗次数不超过 3 次。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^{[2]190}制定。治愈:肘部外侧疼痛及压痛消失或基本消失,抗阻力的腕关节背伸和前臂旋前动作时疼痛反应消失,持物无疼痛,肘部活动自如;显效:肘部痛感

消失,压痛明显改善,抗阻力的腕关节背伸和前臂旋前动作时疼痛反应不明显;有效:局部疼痛和压痛轻微改善,抗阻力的腕关节背伸和前臂旋前动作时仍有疼痛;无效:症状无改善。

3.2 视觉模糊评分法(VAS) 用0~10代表不同程度的疼痛强度,0分表示无痛,10分表示感受疼痛难以耐受达最剧烈的程度^[3]。治疗前、后各评分1次。

3.3 统计学方法 采用SPSS13.0统计软件处理,VAS评分数据采用($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果 见表1、表2。

表1 治疗组、对照组临床疗效比较 例

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	33	14	14	4	1	96.97*
对照组	32	11	7	6	8	75.00

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

表2 治疗组、对照组治疗前后VAS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	33	7.71 $\pm$ 1.35	1.59 $\pm$ 0.91* Δ
对照组	32	7.67 $\pm$ 1.13	2.14 $\pm$ 1.22*

注:*与本组治疗前比较, $P < 0.05$; Δ 与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

内热针疗法依据软组织的外科解剖,对压痛点进行密集型针刺,并利用针体均匀可控的温度,将热量导入到骨膜等深部软组织,消除肌筋膜无菌性炎症,促进其恢复^[4]。已有动物实验证实对病变局部进行内热针治疗时,内热针的一定直径,对软组织具有打孔的作用,通过创伤-愈合的病理过程,能持久改善骨骼肌的血液循环,使紧张的肌肉松弛,消除无菌性炎症,加速受损组织的修复速度^[5]。这验证了传统中医的“不通则痛,通则不痛”、“以松治痛”等基本理论。

肱骨外上髁炎好发于经常做前臂旋转、伸屈肘关节运动的劳动者,临床主要表现是肱骨外上髁处疼痛,痛点局限,压痛明显,疼痛可向伸肌腱方向扩散,腕用力背伸、前臂旋转时疼痛加剧,但肘关节活动一般不受影响。对于其发病机制,国内外学者普遍认为:前臂伸肌总腱深处有细小的微血管神经束,由于慢性积累性劳损,导致肱骨外上髁前臂伸肌腱附着处发生撕裂,出血机化,疤痕形成粘连,造成穿经伸肌总腱的血管神经束受压,从而引起肱骨外上髁部疼痛^[6]。对于肱骨外上髁炎的治疗,早期运用针灸推拿、理疗、封闭方法可取得满意的疗效,但复发率高,多次复发可形成顽固性肱骨外上髁炎。对于顽固性肱骨外上髁炎,封闭效果不佳,不能从根本上解除

血管、神经束的受压和粘连。近年来,微创治疗顽固性肱骨外上髁炎取得了一定的进展,如运用射频热凝术、微神经切断术、等离子射频消融术等治疗顽固性肱骨外上髁炎取得较好疗效^[7-9],但由于设备昂贵,手术技术复杂、创伤大等缺点,患者不易接受或基层难以推广。本院采用内热针治疗顽固性肱骨外上髁炎,其优势是:(1)内热针定位准确,可直达病所对局部软组织进行松解粘连,破坏病变组织,松解被压迫的血管神经,阻断化学性刺激对神经末梢的传导,改善微循环,达到止痛效果。(2)内热针可以解除肌肉痉挛,降低肌张力,恢复生物力学平衡,从而达到治疗效果。(3)内热针的高温效应进一步破坏了局部无菌性炎症介质,清除体内过多的自由基,提高机体的抗氧化能力,有助于缓解疼痛。(4)内热式针灸治疗仪采用内置热丝通电后加热,针体温度均匀,温度可控,操作简便安全,改善了传统加热的不足之处。(5)内热针治疗操作简单,价格便宜,创伤性小,不需要住院,患者容易接受。

综上所述,内热针治疗顽固性肱骨外上髁炎优于封闭治疗,治疗后VAS积分显著低于封闭组,而且内热针治疗顽固性肱骨外上髁炎具有见效快、治愈率高、痛苦小、操作简便等特点,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 中国针灸学会微创针刀专业委员会. 针刀医学临床诊疗与操作规范[M].北京:中国中医药出版社,2012:28.
- [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.
- [3] 吴绪平,沈玉杰. 中华内热针[M].北京:中国医药科技出版社,2015:244.
- [4] 杨志丽,高谦,王刚,等. 软组织内热针与银质针对大鼠骨骼肌慢性损伤后SOD、MDA水平的影响[J]. 中华保健医学杂志,2011,13(1):28.
- [5] 张文玉,高谦,王刚,等. 内热针对大鼠软组织慢性损伤的影响[J]. 军医进修学院学报,2013,33(6):656.
- [6] 段志泉. 外科学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2002:578.
- [7] 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(24):4590.
- [8] 陆晓文,张少成,马玉海,等. 显微松解、切断微神经支治疗顽固性肱骨外上髁炎[J]. 中华创伤杂志,2005,21(4):301.
- [9] 李恒,汪群,郭明峰,等. 等离子射频消融术在治疗肱骨外上髁炎中的应用[J]. 中国康复,2009,24(3):184.

第一作者:汪军华(1979—),男,本科学历,主治医师,研究方向为针灸康复。18207299@qq.com

收稿日期:2016-01-10

编辑:华 由 王沁凯