

经筋齐刺温针治疗肱骨外上髁炎 30 例临床观察

袁菱梅¹ 李艳明²

(1.成都市新都区中医医院,四川成都 610500; 2.成都医学院第一附属医院,四川成都 610500)

摘要 目的:观察经筋齐刺温针治疗肱骨外上髁炎的临床疗效。方法:选取肱骨外上髁炎患者 60 例,随机分为治疗组(经筋齐刺温针组)和对照组(普通针刺组)各 30 例。观察比较 2 组整体疗效及治疗前后 VAS 评分、Mayo 肘关节功能评分。结果:治疗组总有效率为 96.7%,高于对照组的 86.7%($P<0.05$),且治疗后 VAS 评分、MEPS 评分优于对照组($P<0.05$)。结论:经筋齐刺温针治疗肱骨外上髁炎疗效显著。

关键词 肱骨外上髁炎 经筋刺法 齐刺 温针灸 VAS 评分 MEPS 评分

中图分类号 R681.705 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)01-0057-02

肱骨外上髁炎以肘外侧酸痛进行性加重、持物无力、伴旋前功能受限为主要临床表现,是肱桡肌及前臂伸肌群附着处的急、慢性损伤导致的无菌性炎症^[1]。患者常常因拧衣、扫地、倒水时发生肘外侧疼痛而影响正常生活,且易反复发作。笔者于 2014 年 4 月至 2015 年 12 月期间运用经筋齐刺温针治疗肱骨外上髁炎 30 例,并设普通针刺组 30 例作对照,效果良好,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 成都市新都区中医医院针灸康复科门诊及成都医学院第一附属医院针灸科门诊患者共 60 例,按就诊顺序随机分为 2 组。治疗组 30 例:男 13 例,女 17 例;年龄 24~65 岁,平均年龄(42.2±2.1)岁;病程 2~36 个月,平均病程(11.02±0.11)月。对照组 30 例:男 16 例,女 14 例;年龄 23~65 岁,平均年龄(40.2±1.2)岁;病程 2~36 个月,平均(10.61±0.25)年。2 组患者性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《临床诊疗指南·疼痛学分册》^[2]中诊断标准:(1)网球、羽毛球运动员、搅拌操作工及家庭主妇等多见;(2)肱骨外上髁部位明显疼痛及压痛,握拳伸腕和旋转前臂时疼痛加重;(3)Mill's 试验(抗阻力伸腕)阳性。

1.2.2 中医诊断标准 参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]中的相关诊断标准。

1.2.3 纳入标准 (1)符合上述中西医诊断标准;

(2)年龄 18~65 岁之间;(3)至少 1 周内未使用非甾体类抗炎药、皮质激素类药物或其他治疗手段者;(4)患者依从性好,自愿接受治疗者。

1.2.4 排除标准 (1)不符合上述中西医诊断标准者;(2)不能排除颈椎病等他疾病影响者;(3)妊娠或哺乳期妇女,过敏体质者;(4)合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病及精神病患者;(5)治疗期间同时接受其他治疗者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 以阿是穴为主穴,循肘关节找到明显压痛的病灶点。采用 0.30mm×50mm 毫针,快速刺入病灶点,并沿经筋循行路线于该病灶点上下各 1 寸处齐刺。针刺得气后行捻转泻法,留针期间在主穴针柄上套上长约 2cm 艾条,点燃近皮肤端处施灸,共 2 壮,燃尽起针。每日治疗 1 次,6 次为 1 个疗程,2 个疗程之间休息 1d,连续治疗 2 个疗程。

2.2 对照组 主穴为肘髁、曲池、手三里、外关、合谷。采用 0.30mm×50mm 毫针刺入,针刺得气后行平补平泻手法,留针 30min,其间行针 2~3 次。疗程同治疗组。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 视觉模拟量表 (Visual Analogue Scales, VAS) 让患者对自己感觉到的疼痛强度按 0~10 分做出评分,计分越高,患者疼痛越剧烈。

3.1.2 Mayo 肘关节功能评分标准 (MEPS) 该评分满分 100 分,包括疼痛(疼痛程度、是否需服止痛

药、疼痛是否影响关节活动)45分、关节活动度20分、关节稳定性(内外翻是否稳定)10分及日常生活功能(梳头、吃饭、个人卫生、穿衬衣、穿鞋)25分。总分 ≥ 90 分为优,75~89分为良,60~74分为中,<60分为差。

3.2 疗效评定标准 治愈:肘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后动作时疼痛反应消失,持物无疼痛,肘部活动自如;显效:肘部自觉痛感消失,压痛明显改善,抗阻力的腕关节背伸和前臂旋后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后动作时仍有疼痛;无效:症状无改善。^[3]

3.3 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件对所得数据进行统计学分析,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较使用配对 t 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者整体疗效比较 见表1。

表1 治疗组、对照组患者整体疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	7(23.3)	20(66.7)	2(6.7)	1(3.3)	29(96.7)*
对照组	30	2(6.7)	19(63.3)	5(16.7)	4(13.3)	26(86.7)

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后VAS评分比较 见表2。

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

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	8.30 $\pm$ 1.14	3.10 $\pm$ 0.51*
对照组	30	8.48 $\pm$ 1.42	4.24 $\pm$ 0.23

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组患者治疗前后MEPS评分比较 见表3。

表3 治疗组、对照组患者治疗前后MEPS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	50.25 $\pm$ 7.12	76.40 $\pm$ 3.01*
对照组	30	51.32 $\pm$ 5.01	72.17 $\pm$ 1.48

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

肱骨外上髁炎,现又称为“肘外侧疼痛综合征”、“前臂伸肌总腱炎”,俗称“网球肘”,是临床常见病,可反复发作。西医学认为本病是急性损伤或慢性劳损引起前臂伸肌群联合总腱在肱骨外上髁附着部出现牵拉、撕裂伤,局部出血、水肿,甚至出现纤维变性所致^[4]。

中医学认为,本病属“肘劳”“筋痹”等范畴,多

由于肘腕长期劳损,风寒之邪积聚肘节,经脉失和所致。本病的发生多与手三阳经筋有关。《灵枢·经筋》曰:“手阳明之筋,起于大指次指之端,结于腕上循臂,上结于肘外,上臑结于髀”;“手少阳之筋,起于小指次指之端,结于腕,中循臂,结于肘”;“手太阳之筋,起于小指之上,结于腕,上循臂内廉,结于肘内锐骨之后”。针对本病的病因,《黄帝内经》中同时也提出了相应的治法:“治在燔针劫刺,以知为度,以痛为腧”。后世将“腧”引申理解为天应穴、阿是穴或压痛点。阿是穴是机体的病理状态在体表局部最突出最集中的高度机能外在反应表象,又是诊断治疗疾病的核心^[5]。有研究表明,通过针灸的各种方法刺激疏通经络的部位——阿是穴之“病痛局部”来达到“通则不痛”的治疗目的^[6]。结合肘部经筋循行,利用经筋刺法“以痛为腧”的特点,笔者采用经筋刺法以“松筋解结”。齐刺法是古代十二刺法之一,《灵枢·官针》曰:“齐刺者,直入一,傍入二,以治寒气小深者,或曰三刺,三刺者,治痹气小深者也。”通常采用三针集合或平行直刺穴位及反应点^[7],覆盖面广,刺激性强,可以起到直达病所,松解粘连,改善循环,解痉止痛的作用。对于风寒之邪所致疾病,可结合具有祛风散寒之效的艾灸,三者结合共奏通经蠲痹之效。

经筋齐刺温针治疗肱骨外上髁炎疗效显著,可以明显改善肘关节功能,提高生活质量,为临床治疗肱骨外上髁炎提供新的诊疗思路,同时本法的远期疗效需进一步观察。

参考文献

- [1] 李石胜,吴耀持,张峻峰,等.温针齐刺治疗肱骨外上髁炎35例[J].河南中医,2015,35(6):1334.
- [2] 中华医学会.临床诊疗指南·疼痛学分册[M].北京:人民卫生出版社,2007:112.
- [3] 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,1994:71.
- [4] 薛立文,王云峰.贺氏火针温通法治疗肱骨外上髁炎临床观察[J].安徽中医药大学学报,2015,34(5):55.
- [5] 郭健,李岩.浅述阿是穴的源流及临床应用[J].针灸临床杂志,2011,27(5):63.
- [6] 谢正红,李素荷.阿是穴——“病痛局部”在针灸临床中的应用[J].中医外治杂志,2011,20(3):53.
- [7] 陆寿康.刺灸灸法学[M].北京:中国中医药出版社,2007:38.

第一作者:袁菱梅(1986—),女,医学硕士,住院医师,主要从事针灸临床工作。119581920@qq.com

收稿日期:2016-03-15

编辑:华 由 王沁凯