

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2018.06.005

中图分类号: R 246.2 文献标志码: A

浮针配合再灌注活动治疗肱骨外上髁炎 34 例*

田亚丽¹, 陆瑾², 李康¹, 符仲华³✉(¹南京中医药大学, 江苏南京 210029; ²南京中医药大学第三附属医院; ³南京中医药大学浮针医学研究所, 江苏南京 210029)

[关键词] 肱骨外上髁炎; 浮针疗法; 再灌注活动

肱骨外上髁炎俗称“网球肘”, 是一种以肘部外侧疼痛为主的多发病, 本病疼痛局限于前臂上端外侧, 多见于反复用力伸腕、旋转前臂活动的人群。在日常生活中, 以非运动员的普通人群患病居多, 通常为 40~60 岁的中老年人发病, 男女发病率无明显差异^[1]。近年来, 笔者运用浮针配合再灌注活动治疗该病 34 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

34 例肱骨外上髁炎患者均为 2016 年 1 月至 2017 年 9 月就诊于南京中医药大学第三附属医院针灸科、南京中医药大学浮针医学研究所的患者。其中男 16 例, 女 18 例; 年龄最小 37 岁, 最大 60 岁, 平均 (49 ± 6) 岁; 病程最短 3 个月, 最长 120 个月, 平均 (15.4 ± 26.8) 个月。

1.2 诊断标准

参照 2007 年中华医学会编著的《临床诊疗指南·疼痛学分册》^[2] 中肱骨外上髁炎诊断标准。①有肱骨外上髁腕伸肌附着点慢性牵拉、劳损史, 并起病缓慢, 日久则逐渐加重; ②肱骨外上髁肘关节间隙处局部压痛明显; ③外上髁疼痛, 并向前臂桡侧或尺侧放射; ④前臂伸肌牵拉试验阳性; ⑤X 线检查: 无异常表现, 病程长者可见骨膜反应, 肱骨外上髁附近钙化沉积; ⑥排除桡腕滑膜囊炎(局部可有肿胀和触痛, 穿刺针吸可见有积液)。

2 治疗方法

患者取坐位, 患侧上肢自然放松, 肘关节略屈曲。①查找“患肌”: 在放松状态时, 全部或者部分依旧处于异常紧张状态的肌肉称为“患肌”, 即医生触摸时指下有异常紧张、僵硬感, 患者自觉有酸胀疼痛或不适感。肱骨外上髁炎患者常见的患肌包括肱桡肌和肱三头肌。②进针点选择: 进针点随“患肌”位置而定, 经触摸评估肱桡肌和肱三头肌为“患肌”, 进针点选在前臂距肱骨外上髁 8~10 cm 处。③操作方

法: 进针点常规皮肤消毒, 在浮针专用进针器辅助下将一次性使用浮针(南京派福医学科技有限公司, 生产批号: 20152270832, 规格: 中号)速刺入皮下, 针尖朝向肌腹, 针体在皮下疏松结缔组织层向前推进, 进针深度一般以软套管全部埋入皮下为度, 大约 25~35 mm; 医者一手持浮针行扫散动作, 扫散幅度约 40° 角, 频率约 100 次/min, 每个进针点扫散约 2 min。浮针扫散手法应平稳、柔和, 尽量减少患者不适感。

浮针扫散同时配合相应“患肌”的再灌注活动。再灌注活动的提出受血液“缺血-再灌注”概念和动气针法的启发, 肌肉通过连续有目的的舒张和收缩, 增加“患肌”的血流动力, 从而改善相应“患肌”缺血缺氧状态。再灌注活动的操作为患者主动或被动活动患处肌肉或关节, 在患者主动收缩“患肌”时医生施加同等力量予以阻抗。肱骨外上髁炎常见患肌的再灌注活动操作如下: ①肱桡肌: 患者肘关节略屈曲, 嘱患者前臂内旋 10°~15° 角, 医者予以抗阻; 或者屈肘 30° 角抗阻, 见图 1。②肱三头肌: 屈肘位时, 嘱患者用力伸肘 45° 角, 医者予以阻抗。再灌注活动是根据肌肉的解剖功能而设计, 为了避免治疗意外发生, 每次再灌注活动持续时间不应超过 10 s, 间隔 10 s 以上, 同一块“患肌”相同的再灌注活动可重复 2~3 次, 再灌注活动操作时应遵循以下要求: 幅度大、速度慢、次数少、间隔时间长、变化多。操作完毕后抽出针芯, 将软套管留置皮下, 使用医用胶布固定软管, 留置 4 h 后, 嘱患者自行拔出软管, 用棉签按压针孔 2~3 min 以防止出血。每天治疗 1 次, 连续治疗 3 次, 3 次为一疗程, 共治疗 1 个疗程, 3 周后评价临床疗效。



图 1 浮针治疗肱骨外上髁炎患者肱桡肌进针点、扫散和再灌注活动照片

*南京市卫生局医学科技发展项目: YKK 13094

✉通信作者: 符仲华, 副教授。E-mail: 139004426@qq.com

3 治疗结果

参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]关于肱骨外上髁炎的诊断标准,结合疼痛、功能活动改善程度及治疗前后视觉模拟量表(VAS)评分变化。采用尼莫地平法,症状疗效指数(R)=[(治疗前VAS评分-治疗后VAS评分)÷治疗前VAS评分]×100%。痊愈: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, R≥90%;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前动作时疼痛反应不明显, 60%≤R<90%;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, 30%≤R<60%;无效:症状无改善, R<30%。

34例肱骨外上髁炎患者治疗3次。治疗前后及3周后随访时VAS评分分别为(5.94±0.94)分、(2.29±1.04)分、(3.18±1.15)分。经配对样本t检验,治疗后及随访时VAS评分与治疗前比较差异均有统计学意义(均P<0.05)。3周后随访时痊愈3例,显效19例,有效9例,无效3例,总有效率为91.2%。

4 体会

现代医学认为,肱骨外上髁炎是由于肱骨外上髁伸肌总腱的慢性劳损及牵扯引起的慢性损伤性炎性反应。其病理改变是肌腱的慢性损伤性炎性反应和退行性改变,主要是由于过度使用前臂肌肉,造成前臂肌肉的损伤。其疼痛的病理基础是伸肌总腱深处有一细小血管神经束,穿过肌腱和筋膜时被卡压,导致炎性水肿引起疼痛^[4]。

近年来,浮针疗法作为一种现代针刺方法,因其安全、速效已广泛用于治疗各种疼痛类疾病^[5]。但浮针疗法不同于传统针刺,其针刺深度只达疏松结缔组织层。Langevin等^[6-7]的研究结果表明针刺操作中产生的机械力可引起疏松结缔组织层中的细胞外基质和细胞骨架的变形,通过力传导把机械信号传导至结缔组织,对疏松结缔组织的拉伸和动态牵引等刺激可引起细胞和组织的重要变化。除此之外,由于皮下疏松结缔组织是液晶状态,具有压电效应和反压电效应,浮针治疗通过扫散和再灌注活动导致疏松结缔组织的空间构型改变,从而产生生物电,改变细胞的离子通道,调动人体的抗病机制,达到迅速缓解病痛的目的。

众所周知,血管走行在肌肉或肌间隙中,当肌肉长时间处于痉挛紧张状态时,造成局部血管的压迫,引起血管周围的压力增高,由于压力增高使局部组织血流速度减缓或血循环障碍,而引起局部组织(肌

肉或器官)的缺血缺氧。然而,浮针疗法中的“患肌”是存在多个肌筋膜触发点(myofascial trigger point, MTrP)的肌肉,MTrP是骨骼肌紧绷区的敏感点,MTrP分显性MTrP和隐性MTrP,按压显性MTrP时患者可出现疼痛或不适感,或远端部位出现局部抽搐反应和牵涉痛,MTrP可使受影响肌肉出现疼痛和运动功能障碍。研究^[8-9]表明存在MTrP区域组织的血氧饱和度较正常组织低5%,针刺MTrP可增加刺激部位皮肤和肌肉的血流量。浮针由于扫散增加了对局部组织的刺激面积,因此其效应可能较传统针刺更明显。浮针疗法中的再灌注活动可使“患肌”有目的的持续收缩和舒张,引起“患肌”局部或周边的压力差不断变化,由于压力差的原因可使“患肌”的血流速度增快和流经范围扩大。通过浮针的扫散和一系列的再灌注活动可改善局部组织的缺血缺氧状态,从而达到治疗疾病的目的。但是浮针疗法中的再灌注活动^[10]不同于传统灸法中的“运动灸”和董氏奇穴中的“动气针法”。其不同点主要有:①进针部位不同:浮针在“患肌”近处进针,而传统针刺进针部位离病变部位较远;②活动方式不同:再灌注活动是根据肌肉的解剖功能有针对性的活动,而传统针灸是无意识的活动患处;③阻力:再灌注活动操作时需要医生给患者一定的阻抗,而传统针刺不需要给予阻抗。

参考文献

- [1] Regan W, Wold L, Coonrad R, et al. Microscopic histopathology of chronic refractory lateral epicondylitis[J]. Am J Sports Med, 1992, 26(6): 746-749.
- [2] 中华医学会. 临床诊疗指南·疼痛学分册[M]. 中国: 人民卫生出版社, 2007.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 189-190.
- [4] 吴在德. 外科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 857-858.
- [5] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 2-20.
- [6] Langevin M, Churchill J, Cipolla J. Mechanical signaling through connective tissue: a mechanism for the therapeutic effect of acupuncture[J]. Faseb J, 2001, 10(15): 2275-2282.
- [7] Langevin M, Bouffard A, Badger J, et al. Dynamic fibroblast cytoskeletal response to subcutaneous tissue stretch ex vivo and in vivo[J]. Am J Physiol Cell Physiol, 2004, 10(20): 747-756.
- [8] Cagnie B, Barbe T, De Ridder E, et al. The influence of dry needling of the trapezius muscle on muscle blood flow and oxygenation[J]. J Manipulative Physiol Ther, 2012, 35(9): 685-691.
- [9] Shah JP, Gilliams EA. Uncovering the biochemical milieu of myofascial trigger points using in vivo microdialysis: an application of muscle pain concepts to myofascial pain syndrome[J]. J Bodyw Mov Ther, 2008, 12(4): 371-384.
- [10] 符仲华. 再灌注和再灌注活动——关于外治法中边活动边治疗的方法[J]. 中国针灸, 2015, 35(S1): 68-71.

(收稿日期: 2017-11-30, 编辑: 孟醒)