

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2018.11.007

中图分类号: R 246.2 文献标志码: B

热压伤术后瘢痕手功能障碍案

黄辉霞¹, 指导: 符仲华²(¹ 广州中医药大学第一附属医院康复护理中心, 广东广州 510000; ² 南京中医药大学浮针研究所, 江苏南京 210000)

〔摘要〕 浮针对疼痛的疗效确切,但在伤科非疼痛病症的应用几近空白。笔者应用浮针治疗热挤压伤术后瘢痕手功能障碍患者 1 例,针对患肌进行浮针皮下扫散与再灌注活动,改善关节活动功能明显,取得快速的康复疗效,对浮针在伤科术后关节活动功能改善的应用提供治疗思路与临床借鉴。

〔关键词〕 浮针;热压伤;瘢痕;手功能;患肌;再灌注活动

患者,男,42岁。就诊日期:2017年4月14日。主诉:双上肢活动受限,右臂为甚2月余。现病史:2017年2月7日双上肢卷入温度约90℃的机器中,急诊以“双上肢热压伤”行“双上肢清创术,右手背异体真皮覆盖术”,随后行“双上肢清创植皮术,左大腿取皮术”“双前臂清创植皮术,左大腿取皮术”。术后经康复治疗,双上肢功能恢复不明显,特来广东省工伤康复医院就诊。刻下症:焦虑面容,双上肢僵硬感,以右肘以下为甚,不能握匙、手指抓握,无法自主进食(采用辅助餐具进食),洗脸及如厕等自理的活动完成较差。烧伤康复专科评价:右前臂外侧、右手背及左前臂内侧可见外伤植皮痕迹,右肘部外侧至手背掌指关节一狭长瘢痕增生,宽约2cm,呈灰黑色,质硬。右肘关节、双腕关节、双手掌指关节、各指间关节活动受限。肌电图示:①右正中神经、桡神经重度受损;②左正中神经、双侧尺神经部分受损;③左桡神经轻度受损。右腕部处于掌屈10°位,无腕关节屈伸活动,瘢痕挛缩。康复评定:独立生活活动能力(FIM)量表评分100分(此量表总分108~125分为基本独立,90~107分为极轻度依赖,72~89分为轻度依赖,54~71分为中度依赖,36~53分为重度依赖,19~35分为极重度依赖);日常生活活动能力(activities of daily living, ADL)的改良 Barthel 指数(MBI)量表评分82分(此量表正常总分100分,60分以上为生活基本自理,60~40分为生活需要帮助,40~20分为生活依赖明显,20分以下为生活完全依赖);家务能力评定量表评分10分(此量表为广东省工伤康复医院试用的量表,满分100分,<20分为极重度受损);手功能评价:左上肢肘、

前臂腕手指活动均不同程度受限,对指:左手拇指可与示指、中指、环指对指,左手拇指距离左小指1.0cm,握拳:左手示指、中指、环指、小指距离掌横纹分别为3.0、3.5、3.6、3.7mm;左手臂温哥华瘢痕评估量表:前臂瘢痕MOV0-1H1P1(此量表包括对瘢痕的色泽(M)、(V)、(H)、(P)进行评估,最高为15分,最低为0分,分数越高,说明瘢痕越重)。右上肢肘、前臂、腕、手指活动较左侧受限更明显,对指:无法完成握拳,示指、中指、环指、指距离掌横纹距离分别为6.0、6.5、6.0、6.5mm,右手臂温哥华瘢痕评估量表:M1V1H1P1。

根据《浮针医学纲要》^[1]“患肌”的概念,运动神经正常的情况下出现病理紧张的肌肉,通过医者触摸指下有“紧、僵、硬、滑”的感觉,相关活动范围减小,时有乏力现象的肌肉即为患肌。双前臂除瘢痕覆盖区以外,通过触诊,确认患肌为左掌屈肌群、腕背伸肌群、旋转肌群、右肱桡肌、右腕背伸肌。在距离患肌5~10cm的范围内选定进针点,局部常规消毒后,选用M号浮针用进针器朝向患肌平刺进针,进针深度25~35mm,尽量避免患者出现麻、胀、痛等感觉,进针后进行皮下扫散,频率约100次/min,并对患肌施加负荷(下称再灌注活动^[1]),其动作包括患者的抗阻活动及医者对患者的拉伸活动,每次再灌注活动持续10s,以患肌硬度变松软为度,一般2~3次,嘱患者治疗后自行关节活动。4月15日二诊:患者左前臂活动改善明显,左腕活动仍受限,距离腕关节2cm附近屈肌及伸肌皮肤绷紧,确定为患肌。在距患肌约5cm处于前臂屈侧朝向左腕屈肌、伸侧朝向腕伸肌平刺进针,予浮针皮下扫散配合腕屈曲及背伸再灌注活动,治疗后患肌皮肤恢复正常硬度,左腕关节活动大幅度提高;右腕关节僵直,维持在掌屈

第一作者:黄辉霞,主治医师。E-mail: 81924406@qq.com

10° 位,虽可主动腕屈伸,因局部有挛缩,触摸腕关节僵硬位置,目标患肌为距环腕关节 1 cm 的腕屈肌及腕伸肌,在前臂距离患肌约 5 cm 的屈侧或伸侧平刺进针皮下扫散,配合腕关节屈曲、背伸等再灌注活动,治疗后右腕关节屈伸角度明显,嘱患者治疗后自行活动。4 月 18 日三诊:查左侧瘢痕外肌肉、右肱桡肌均恢复正常硬度,触诊确定目标患肌为右腕屈肌(内关穴附近),在距患肌约 5 cm 处朝向腕屈肌平刺进针,予皮下扫散,再灌注活动以医者拉伸及阻抗患者右腕屈曲为主,持续 10 s 后放松,治疗后右侧瘢痕覆盖以外肌肉硬度出现松软,右手由 10° 背伸位无活动变为可主动屈伸腕关节,嘱患者治疗后自行关节活动。4 月 20 日四诊:查患者右拇指掌侧、背侧仍有肌肉绷紧感,避开虎口挛缩的瘢痕,目标患肌为右拇展肌、拇指伸肌,分别在腕关节附近距右拇展肌、拇指伸肌 5 cm 处朝向患肌平刺进针,进行皮下扫散及拇背伸、拇外展再灌注活动,治疗后拇指背伸、外展角度增加。随后笔者分别用浮针治疗各指间肌、瘢痕覆盖区的肌肉,包括各屈指肌、伸指肌,配合皮下扫散及再灌注活动,隔日治疗 1 次,每周治疗 3 次,至 5 月 24 日,共治疗 11 次,患者逐渐实现了用勺子吃饭、用筷子吃饭、练习写字,并逐步写出端正的字等一系列手功能的改变。5 月 24 日再次评估:FIM 评分 115 分,MBI 评分 93 分;家务能力评定 35 分。手功能:左腕关节稍受限,左手能完成对指,不能完成握实心拳,示指、中指、环指、小指距离掌横纹 1.5、2.0、1.5、1.0 mm,左手臂温哥华瘢痕评估量表:MOV0HOP1;右上肢、前臂、腕、手指活动均不同程度受限,示指、中指、环指、小指距离掌横纹 4.5、4.0、3.8、3.0 mm,右手臂温哥华瘢痕评估量表:M1V1HOP0。

患者生活自理能力提高,且握力、对指功能改善,双手的瘢痕变浅。后因患者再治疗时手功能及关节活动变化不明显,触诊患手肌肉已无任何僵直紧张,停止浮针治疗。随访 2 个月,患者已能正常生活,回到家乡。

按语:浮针治疗的理论根基在于对肌肉解剖及功能解剖的掌握,浮针的“患肌”概念有两大临床特点:(1)在运动中枢正常的患者相关肌肉放松情况下,医生触摸该肌肉时医生指腹下有“紧、僵、硬、滑”的感觉,患者局部有酸胀不适感;(2)该肌肉的相关活动范围减小,时有乏力现象^[1]。本案患者右手从肘部外侧至手背覆盖瘢痕,无主动活动,治疗师曾预测该患者右利手功能无法恢复,而采用浮针治疗 1

月余后手功能快速恢复,最终实现了吃饭、写字等重要功能,生活质量极大改善。

热挤压伤常伴随瘢痕增生,严重影响手功能,常规的康复治疗,多针对瘢痕的治疗,包括早期良姿位摆放、被动活动、主动活动、支具治疗、压力治疗、物理因子治疗、运动想象治疗、心理干预等方法^[2],如疗效不明显,则需进一步采取手术的方式。该病例患手的关节活动障碍,除覆盖在关节附近狭长的瘢痕外,触诊前臂有大部僵直的患肌,对患手腕部关节活动影响甚大。浮针避开瘢痕本身,通过皮下扫散和再灌注活动,将僵直紧张的肌肉松解,解除对关节活动的影响,快速改善了右手功能,因浮针金属管外有软管保护,作用于皮下层,不接触神经、肌腱、血管等,除偶尔出现皮下出血,无任何不良反应,是安全的疗法,患者因此避免了再次手术。而患者经浮针松解患肌之后,功能再无明显进步,也表明浮针解决的是基于肌肉和筋膜原因引起的关节活动障碍,至于肌电图显示的神经损伤,在肌电图检查时因肌肉僵直受限,存在误判的可能性。符仲华^[1]认为,浮针通过挤压、扫散、牵拉等,可引起皮下疏松结缔组织空间构型的改变,通过反压电效应,改变细胞离子通道,调动人体内在抗病机制,迅速缓解患肌,解除病痛。因为肌肉紧张的快速消除,才进一步显示了病情的真相。浮针对于放松患肌的即时性,往往成为对疾病诊断性治疗的一种重要手段。近几年浮针疗法不断进步,除皮下扫散,又加入了再灌注活动的参与,同时在操作技巧方面更注重患肌的概念^[3,4],对患肌的解除,要求达到肌肉紧张到放松为操作是否到位的标准,也进一步显示了肌肉在治疗理念中的重要性,通过再灌注活动,使因肌肉紧张造成的缺血缺氧状态得到改善,从而改善关节活动障碍。

本病例浮针治疗前后患手关节活动的即时变化,提醒临床医生,影响关节活动的重要因素可能是手术或者瘢痕制动引起皮下肌肉的紧张、僵直,浮针是快速改善的有效手段之一,值得推广。

参考文献

- [1] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016.
- [2] 郭华, 舒甜, 秦萍, 等. 手烧伤的康复治疗[J]. 世界复合医学, 2015, 1(3): 238-242.
- [3] 符仲华. 再灌注和再灌注活动——关于外治法中边治疗边活动的方法[J]. 中国针灸, 2015, 35(S1): 68-71.
- [4] 李奕莹, 刘梦, 符仲华, 等. 以足背痛为例探讨浮针医学中“患肌”理论的运用[J]. 中国针灸, 2018, 38(2): 141-142.

(收稿日期: 2017-09-22, 编辑: 王晓红)