

· 临床报道 ·

针刺治疗轻中度尺神经卡压综合征 36 例

刘夕明 张志伟 马文珠

【摘要】 目的 观察针刺治疗轻中度尺神经卡压综合征疗效。**方法** 将 69 例患者随机分为 2 组,治疗组 36 例,对照组 33 例。治疗组采用针刺小海、支正、后溪、养老、腕骨等穴。通过对治疗组与对照组患者前后症状、疼痛评分、疼痛强度评定的改善情况进行对比。**结果** 针灸治疗组与空白对照组相比,患者肘部功能评定改善程度和患者疼痛评分均明显变化。**结论** 针刺治疗是治疗轻中度肘管综合征的一种安全、简便、疗效肯定且易于推广的方法。

【关键词】 尺神经卡压; 肘管综合征; 针刺

【中图分类号】 R245.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.01.033

肘部尺神经卡压是骨科常见病,多发病,是指尺神经在经过肱骨髁后沟和尺侧屈腕肌肌腱及尺骨头之间的纤维性筋膜鞘形成的骨性纤维鞘管时受到卡压而出现的一组症状和体征,如尺神经支配区感觉障碍、手部无力、骨间肌及拇收肌萎缩、爪形手畸形、手指内收及外展受限等症状。早在 1878 年 Panas 已作过报告,1958 年 Feindel 和 Stratford 称之为“肘管综合征”,在周围神经压迫性疾病中仅次于腕管综合征,居第 2 位^[1]。笔者观察针刺治疗轻中度肘部尺神经卡压患者效果,取得满意的结果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2011 年 6 月至 2015 年 6 月在北京按摩医院住院部或门诊治疗的轻中度肘部尺神经卡压患者,所有患者均符合轻中度肘部尺神经卡压诊断。总计观察病例 78 例,观察过程中脱落病例 9 例,最终纳入统计病例 69 例,针刺治疗组 36 例,空白对照组 33 例。

1.2 诊断标准

按照《周围神经卡压》进行诊断^[2],具有全部或部分以下症状:小指及无名指尺侧半的麻木、疼痛,肘部处于屈曲位时,可使症状加重,继而出现第一骨间肌、小鱼际肌及其他尺神经支配肌肉的无力、萎缩。小指及无名指尺侧半的感觉障碍,较重者可出现并指无力,骨间肌萎缩;拇指内收无力,小鱼际肌萎缩第 4、5 指指间关节屈曲。部分病人可于尺神经沟处扪及肿胀。

《周围神经卡压》^[2]中根据患者感觉、运动及查体将此

病分为轻、中、重度三级。(1)轻度:感觉:间歇性感觉异常,振动觉增高;运动:自觉(主观)衰弱无力,笨拙或失去协调性;试验:屈肘试验和(或)Tinel 征(+).(2)中度:感觉:间歇性感觉异常,振动觉正常或增高;运动:衰弱的程度较明显,并可测出有夹握力减弱;试验:屈肘试验和(或)Tinel 征(+).(3)重度:感觉:感觉异常持续存在,振动觉减低,两点辨别觉异常;运动:可测出有夹、握力减弱及肌萎缩;试验:屈肘试验和(或)Tinel 征(+).

1.3 纳入标准

(1)符合上述诊断标准且不包括其中重度症状者;(2)自愿参加试验,并签署知情同意书。

1.4 排除标准

(1)年龄在 18 岁以下或 65 岁以上;(2)有严重患心、脑血管、肝、肾等严重疾病或脏器衰竭不能耐受刺激者,精神病患者;(3)妊娠或哺乳期妇女。

1.5 剔除标准

(1)不明原因而未坚持观察者;(2)患者未按照试验要求进行试验,或未遵从医嘱;(3)治疗期间患者接受了其他治疗;有上述一项者剔除。

1.6 治疗方法

针刺治疗组:每天进行 1 次针刺治疗,共 20 次。第 10 次治疗后休息 3 天。具体操作:采用 0.30 mm×40 mm 一次性针灸针(苏州东邦医疗器械有限公司)针刺小海、支正、腕骨、养老、后溪、中渚、阳池等穴,以局部阿是穴配合治疗,进针后出现沉紧滞涩的针感,留针 20 分钟。针后 24 小时保持局部干燥、清洁即可。如在观察期内达到治愈标准则停止治疗。

空白对照组:初诊时评价填写观察表,20 天后再次评价填写观察表一次。

1.7 观察指标

疗效判定标准采用疼痛指数 VAS 评分结合临床症状、体征进行疗效评定。主要指标有疼痛的直观模拟量表评分

作者单位:100035 北京按摩医院住院部(刘夕明),综合门诊部(张志伟);北京中医药大学针灸推拿学院(马文珠)

作者简介:刘夕明(1977-),女,本科,主治医师。研究方向:针灸治疗颈椎病。E-mail:liuxi771230@21cn.com

通讯作者:马文珠(1960-),女,硕士,主任医师,教授。研究方向:针灸效应相关参数的研究。E-mail:mawenzhu@139.com

(visual analogue scale, VAS)^[3]、痛强度评分、手的运动感觉评分^[4]。(1)VAS 积分具体测量方法:用一根 10 cm 长,带有刻度的钢尺进行测量。0 cm 处代表无疼痛,10 cm 处代表最疼痛,让患者在有刻度的钢尺上标记相对应的疼痛点,VAS 评分 0 为无疼痛,10 为最疼痛,治疗前后由患者对自己的疼痛程度做出评定。医生记录数据后填入病例观察表。(2)痛强度评定(PPI):用 0~5 分表示:无痛、轻痛、难受、苦难、可怕、极痛。让患者选择,医生记录相应的疼痛分值,填入病例观察表。(3)对于手的运动感觉评定打分:根据中华医学会手外科分会运动、感觉评定标准,分别从麻痛、手的灵活性、肌力、肌肉萎缩、爪型手等五个方面对于患者的损伤程度进行打分。记录相应的数据,填入观察表。

1.8 统计学处理

用 SPSS 15.0 进行数据的整理与统计。应用 t 检验比较两组年龄分布差异,运动感觉改善以及 VAS 评分改变的程度;应用秩和检验比较针灸组和对照组疼痛强度等级的改善程度;应用 χ^2 检验比较两组性别分布的差异。当 $P<0.05$,认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者一般性资料可比性检测

治疗组与对照组患者均来自我院门诊或病房患者,其中治疗组平均年龄 44.28 岁,对照组平均年龄 46.21 岁;治疗组女性 22 例,男性 14 例;对照组女性 20 例,男性 13 例。治疗组与对照组在年龄、性别等方面,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2.2 两组 VAS 评分变化

两组治疗前后评分差值的比较,差异有显著统计学意义($t=10.247, P<0.001$)。见表 1。

表 1 两组 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$)

分组	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	36	4.78±1.245	1.97±0.774	2.806±1.091
对照组	33	4.50±1.000	3.82±0.900	0.682±0.497

2.3 两组运动感觉评分变化

两组治疗前后运动感觉评分差值的比较,差异有统计学意义($t=8.934, P<0.001$)。见表 2。

表 2 两组运动感觉评分比较($\bar{x}\pm s$)

分组	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	36	3.86±0.833	1.42±0.874	2.444±1.132
对照组	33	3.21±1.244	2.82±1.236	0.394±0.704

2.4 两组疼痛强度评分变化

两组治疗前后疼痛评分差值的比较,差异有统计学意义($t=7.299, P<0.001$)。见表 3。

表 3 两组疼痛强度改善情况的比较($\bar{x}\pm s$)

分组	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	36	2.69±0.525	1.19±0.525	1.500±0.697
对照组	33	2.36±0.603	1.94±0.556	0.424±0.502

3 讨论

肘管是在尺神经沟的基础上形成的骨性纤维管,前、后、外侧壁均为骨性,内侧壁为弓状韧带,由致密结缔组织构成,内有尺神经、尺侧上副血管外,尚有一些结缔组织,其形态结构决定了它缺乏伸展性。在生理情况下,肘管的容积大小随肘关节的屈伸而不同,屈肘时鹰嘴和内上髁距离变宽,肘管后内侧的筋膜组织特别是弓状韧带被拉紧,同时外侧的尺侧副韧带向内侧凸出,肘管容积变小。因此尺神经随肘关节的屈伸运动不断在肘管内牵拉、摩擦,致使尺神经损伤和受压是本综合征发病的解剖生物力学基础^[5-6]。尺侧上副动脉为尺神经在肘部的主要营养血管^[7],当肘管受压时,尺侧上副动脉亦同时受压,使尺神经的血供减少,尺神经发生慢性缺血,更加重了尺神经的损伤。罗滨等^[8]研究认为肘关节反复屈伸时,尺神经不断在肘管内牵拉、摩擦,以及屈肘时肘管内尺神经发生机械卡压、慢性缺血,致使尺神经慢性损伤,是肘管综合征的主要原因。

目前,肘管综合征的治疗方法并没有形成统一的标准,大体上存在两种观点,钟志刚等^[9]认为明确诊断后应及早行手术治疗^[9];反对者则认为病程较短、临床症状轻、无明显诱因的患者可以先行 3 个月非手术治疗,无效者再考虑手术治疗。顾玉东^[10]认为后者更妥善,强调明确致病因素,如有明确致病原因如肘部外伤史、尺神经滑脱等,肘部 X 线片检查提示有骨质增生、畸形等异常影像学表现者,以及出现明显的手内在肌萎缩、爪形手、畸形手的患者,则应及早行手术治疗。

肘部尺神经卡压属于中医“痹病”范畴,其病因病机多为虚、邪、瘀所致肝肾亏虚、气血不足、寒湿阻络、气滞血瘀等。肝主筋、肾主骨,肝肾亏虚致筋骨失养,或气血不足,筋脉失养,不荣则痛,发为肘部疼痛。风寒湿三气杂至侵入肌肤经络,或客于关节,致经气阻滞,不通则痛。《素问·举痛论》提到:“寒气入经而稽迟,泣而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故卒然而痛。”长期屈肘,局部气血瘀滞,致气滞血瘀,经脉闭阻,肘部失养,发为肘部疼痛。

目前,保守治疗主要包括夹板、石膏固定,但一般需要较长时间,而且容易造成局部肌肉萎缩等不良反应。应用营养神经药物如维生素 B₁、B₆、甲钴胺片等,疗效不明显。针灸作为一种独特而有效的方法,镇痛效果确切,能明显减小周围神经损伤,促进周围神经损伤后修复。

尺神经走行路线为小肠经走行路线,故在取穴上以小肠经穴位为主,选取小海、支正、腕骨、养老、后溪、中渚、阳池等,以局部阿是穴配合治疗。针刺小海穴时使针感向小指方向放射,出现放射感后刺激不易过强,其余穴位进针后出现

沉紧滞涩的针感即可。对于手背、手指麻木患者者,可取局部如四缝(尺侧)、手指少泽、尺泽等穴。临床试验表明,治疗组患者肘部功能评定改善程度和患者疼痛打分均明显变化,说明针刺治疗是治疗轻中度肘管综合征的一种安全、简便、疗效肯定且易于推广的方法。同时,本试验仍需更大范围的样本研究,以及更多的观察指标,如治疗前后 B 型超声的检查结果及肌电图的数值变化,以进一步观察针刺治疗肘管综合征的效果。

参 考 文 献

- [1] Bozentka D J. Cubital tunnel syndrome pathophysiology[J]. Clin Orthop, 1998, 351: 90-94.
- [2] 陈德松. 周围神经卡压[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2012: 229-230.
- [3] Aitken RC. Measurement of feelings using visual analogue scales [J]. Proc R Soc Med, 1969, 62(10): 989-993.
- [4] 潘达德, 顾玉东, 侍德, 等. 中华医学会手外科分会上肢部分

功能评定标准[J]. 中华手外科杂志, 2000, 16(3): 130-135.

- [5] 杨运平, 徐达传, 许本柯. 肘管的应用解剖研究[J]. 中国临床解剖学杂志, 2000, 18(1): 8-10.
- [6] Jones RF, Gauntt C. Medical epicondylar ectomy for the ulnar nerve compression syndrome at the elbow[J]. Clin Orthop, 1979, 139: 174.
- [7] Prevel CD, Matloub HS, Ye Z, et al. The extrinsic blood supply of the ulnar nerve at the elbow: an anatomic study[J]. J Hand Surg, 1993, 18(3): 433.
- [8] 罗滨, 吴东保, 李启华. 尺神经前移术的解剖及临床[J]. 赣南医学院学报, 2002, 22(1): 15-18.
- [9] 钟志刚, 蔡植英, 林本丹, 等. 上肢周围神经嵌压综合征 23 例报告[J]. 中华显微外科杂志, 1996, 19(3): 222-223.
- [10] 顾玉东. 肘管综合征如何治疗[J]. 中华手外科杂志, 2010, 26(2): 66.

(收稿日期: 2015-10-01)

(本文编辑: 董历华)