

## 黄芪桂枝五物汤联合温针灸治疗腕管综合征 60 例

陶根<sup>1</sup> 嵇媛<sup>1</sup>

**【摘要】 目的:**评价黄芪桂枝五物汤联合温针灸治疗腕管综合征(CTS)的疗效。**方法:**选择 2015 年 9 月至 2017 年 10 月本院收治的 CTS 患者 60 例。施以温针灸,1 次/d,5 次/周。共治疗 2 周,加用黄芪桂枝五物汤加味治疗,1 剂/d,连续服用 4 周。比较治疗疗效、治疗前后 BCTQ 和 VAS 评分、治疗前后两组神经电生理指标变化情况。**结果:**治疗总有效率高达 95%;治疗后 BCTQ 的症状维度、功能维度评分以及 VAS 评分显著降低,差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗后中指-腕 SNAP、中指-腕 SNCV、拇指-腕 SNAP、拇指-腕 SNCV 以及拇短展肌较治疗前明显改善,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论:**黄芪桂枝五物汤联合温针灸治疗腕管综合征,可减轻疼痛,调节经络,恢复手腕功能,促进局部神经功能恢复,操作简单,费用低廉,且具有较好的远期疗效。

**【关键词】** 腕管综合征;黄芪桂枝五物汤;温针灸;疗效

**【中图分类号】** R686.1 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1005-0205(2019)03-0063-03

腕管综合征(Carpal Tunnel Syndrome, CTS)又称为“鼠标手”,随着电脑、智能手机的普及,该病的发病率呈逐年上升趋势,由于正中神经压迫,腕管压力增高等神经损伤<sup>[1]</sup>,给患者的生活和工作带来诸多不便,因此,探讨其更有效的治疗方法具有重要意义。

目前关于 CTS 的治疗方法包括保守手术治疗,对于重度 CTS 患者,手术是首选治疗方式,不在本研究范围之内。对于轻中度 CTS 患者,美国骨科医师协会认为,保守治疗是其首选治疗方式,手术治疗仅限于保守治疗无效时使用。

中医认为 CTS 属于中医痹症范畴,患者多以气虚血瘀症为主,黄芪桂枝五物汤是中药经典方剂,能改善腕管综合征患者的体质,标本兼治,具有良好的治疗作用<sup>[2]</sup>,其有效性已被证实<sup>[3]</sup>,但目前尚缺乏两种治疗方式联合应用的临床报道。本研究旨在观察黄芪桂枝五物汤联合温针灸治疗轻中度 CTS 的疗效,为临床提供更优的治疗策略。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选择 2015 年 9 月至 2017 年 10 月本院收治的 CTS 患者 60 例。本研究经我院伦理协会批准同意,患者及家属知情同意并签字确认。纳入研究的患者共 60 例,其中男 23 例,女 37 例;年龄 30~67 岁,平均年龄( $45.64\pm 2.01$ )岁;病程最短 18 d,最长 16 个月,平均病程( $7.56\pm 1.07$ )个月。病情分级:轻度 25 例,中度 35 例。发病部位:单侧 37 例,双侧 23 例。

### 1.2 诊断标准

依据《骨科诊疗常规》制定 CTS 的诊断标准<sup>[4]</sup>:有长期使用腕部职业史,腕部的骨折、脱位史等;正中神

经支配区手、前臂、上臂的麻木、疼痛感;夜间加重,活动后减轻;冬季比夏季重;握拳或持物无力;轻扣腕管侧有过电感,大鱼际萎缩,对掌受限;Phalen 试验阳性或 Tinel 阳性;上肢肌电图检查显示正中神经感觉神经传导异常,运动神经传导速度基本正常。

符合《中药新药临床研究指导原则》气虚血瘀型的辨证标准<sup>[5]</sup>:手部桡侧肌肤麻木、刺痛,感觉异常,抓、握、搓、捻等动作不灵。舌淡暗,苔薄白,脉微涩而紧。

### 1.3 分期标准

轻度为患肢间隙性出现感觉异常;中度为患肢频繁出现感觉异常;重度为患肢持续出现感觉异常,拇展短肌或拇对掌肌麻痹、萎缩以及肌力减弱。

### 1.4 纳入标准

所有患者均确诊为腕管综合征,病情分级为轻中度,血常规正常,对本研究方案知情同意并签字确认。

### 1.5 排除标准

病情分级为重度,合并神经根型颈椎病、胸廓出口综合征及多发性周围神经病,有慢性腕部外伤,正在使用其他疗法治疗,已接受封闭或手术治疗。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

采用温针灸联合黄芪桂枝五物汤加味治疗。温针灸的具体操作如下:患者取坐位,掌心垂直于水平面。主穴:选取患肢内关、大陵;配穴:合谷、阳溪、列缺。具体操作:常规消毒后,才有  $\Phi 0.3\text{ mm}\times 40\text{ mm}$  一次性无菌针灸针行刺,大陵、内关采用提插结合捻转手法,以得气为度,同时内关穴针感向指端或上臂放射。配穴以强刺激手法,以产生酸麻胀感为度。之后,给穴位加艾,艾条长约 1 cm 左右,每个穴位艾 3 壮,直至艾绒燃尽。1 次/d,5 次/周,共治疗 2 周。

<sup>1</sup> 南京市栖霞区医院中医科(南京,210046)

黄芪桂枝五物汤组方:黄芪 15 g,赤芍 12 g,桂枝 10 g,生姜 10 g,大枣 10 g,桑寄生 15 g,伸筋草 15 g,宽筋藤 15 g. 随症加减:血虚者,症见面色苍白、头晕目眩、肢体麻木,舌质淡,脉细无力等<sup>[6]</sup>,加当归、川芎、鸡血藤;血瘀严重者,症见面色晦黯,皮肤粗糙呈褐色,色素沉着,或有紫斑,口唇黯淡,舌质青紫或有瘀点,脉细涩等<sup>[6]</sup>,加桃仁、红花;偏气虚者,症见面色晄白,头晕目眩,少气懒言,神疲乏力,甚则晕厥,舌质胖嫩,脉迟缓等<sup>[6]</sup>,重用黄芪,加党参。1 剂/d,连续服用 4 周。

2.2 疗效判定方法

2.2.1 疗效判定 依据《中国康复医学诊疗规范》制定疗效标准<sup>[7]</sup>。痊愈:患者的手掌麻木、麻痹无力的症状、体征消失,实验室指标恢复正常。显效:患者手掌麻木、麻痹无力的临床症状和体征基本消失,实验室指标有明显改善。有效:患者手掌麻木、麻痹无力的临床症状和体征缓解,实验室指标有所改善。无效:患者手掌麻木、麻痹无力的临床症状和体征无明显改善,甚至恶化。

2.2.2 Boston 腕管综合征调查问卷评分 治疗前后,对患者进行 Boston 腕管综合征调查问卷评分(Boston Carpal Tunnel Questionnaire, BCTQ),该问卷症状维度有 11 个项目,功能维度有 8 个项目,每个

表 2 治疗前后的 BCTQ 和 VAS 评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

项目		例数	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
BCTQ	症状维度	60	2.57±0.34	1.87±0.45	9.614	0.005
	功能维度	60	2.55±0.37	1.65±0.35	13.688	0.004
VAS		60	5.58±1.14	2.51±0.65	18.121	0.002

3.3 治疗前后神经电生理指标比较

研究结果显示,治疗后中指-腕 SNAP、中指-腕

项目 1~5 分,分数越高表示病情越严重<sup>[8]</sup>。治疗前后,对患者使用视觉模拟评分(VAS)评估疼痛状态,分值 0~10 分,分数越高表示疼痛感越强。

2.2.3 神经电生理指标 采用肌电图诱发电位仪对两组患者治疗前后进行神经电生理检查,具体操作见参考文献<sup>[8]</sup>。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理,计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  差异有统计学意义。

3 结果

3.1 治疗疗效结果

研究结果显示总有效率达到 95%,治疗疗效统计见表 1。

表 1 治疗疗效统计 $[n(\%)]$

例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
60	30(50.00)	16(26.67)	11(18.33)	3(5.00)	57(95.00)

3.2 治疗前后 BCTQ 和 VAS 评分比较

研究结果显示,治疗后 BCTQ 的症状维度、功能维度评分以及 VAS 评分较治疗前明显降低,见表 2。

SNCV、拇指-腕 SNAP、拇指-腕 SNCV 以及拇短展肌均显著上升,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3。

表 3 神经电生理指标变化情况比较( $\bar{x}\pm s$ )

项目	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
中指-腕 SNAP/ $\mu V$	60	9.21±2.56	13.02±3.01	7.469	0.011
中指-腕 SNCV/( $m\cdot s^{-1}$ )	60	41.27±5.57	49.43±6.37	7.470	0.010
拇指-腕 SNAP/ $\mu V$	60	8.22±1.13	13.45±2.45	15.015	0.002
拇指-腕 SNCV/( $m\cdot s^{-1}$ )	60	31.78±5.57	45.28±7.95	10.773	0.004
DML/ms	60	5.07±1.28	3.36±0.81	8.744	0.008
拇短展肌/mV	60	4.65±0.77	7.69±1.28	15.764	0.001

4 讨论

腕管是由腕骨和腕关节掌侧局部韧带构成的骨纤维隧道,腕管中有九条肌腱和正中神经经过,各结构间的解剖位置相对固定,空间相对狭小<sup>[9]</sup>。一旦腕管内压力升高或受炎症刺激,可造成腕管内高压,正中神经受压,血供减少,引起一系列神经损伤等临床症状<sup>[10]</sup>。据报道,腕管综合征发病率的提高和电脑的普及以及腕部使用过度有关。早、中期患者一般采用保守疗法,以解除神经的压迫性缺血及受损的神经纤维的修复与再生为主要治疗目标。而晚期患者一般会出现肌肉萎缩、麻痹,严重者会出现手部功能障碍,以手术治疗为主<sup>[11]</sup>。

祖国医学认为腕管综合征属于“筋伤”“痹证”等范畴,并认为该病的产生和患者的体质因素、生活环境以及饮食等有关。患者多素体虚弱,气血亏虚,正气不足,营卫不固。或久劳伤筋骨,筋肉反复牵拉导致腕部

筋经劳损。加之风、寒、湿外邪入侵,合而为痹,阻塞脉络,导致气血运行不畅,经脉、络脉失于濡养,不通则痛。故应治以活血化瘀、舒筋通络之法。针灸是祖国中医的传统外治方法,不仅疗效确切,而且创伤小、副作用少,目前已在临床实践中得以广泛应用。本法采用温针灸联合黄芪桂枝五物汤加味治疗,温针灸在疏通局部经络、缓解局部的经筋拘紧的同时,还能温经行血,改善气血不足等症状,使得经脉得以荣养,有助于受损神经进行修复以及再生,促进腕部和穴位周边的气血循环和交换,延缓肌肉组织病变的进程,解除麻痹和麻木,缓解临床症状。现代药理学研究表明:针刺具有调节阴阳、扶正祛邪的作用,并能提高腕管内的细胞氧的利用率,促进血液循环。据研究报道<sup>[12]</sup>,针灸能激活自身机体功能,促进神经组织修复、促进炎症介质的释放等多种途径参与疼痛调节。同时联用黄芪桂枝

五物汤加味治疗,该方出自《金匱要略》,方中黄芪味甘、性温,有益气固表、益气补血的功效;赤芍清热凉血、活血散瘀;桂枝调和营卫、温经通脉;干姜温中散寒;大枣补中益气,健脾胃;桑寄生补肝益肾,通经活络,强筋骨;伸筋草祛风散寒、除湿消肿、舒筋活血;宽筋藤祛风止痛、舒筋活络。黄芪和桂枝配伍,能破血而通卫气,通中有补,祛邪不伤正。黄芪和芍药配伍,气血并补,通经活血。生姜和大枣配伍,调脾胃,和营卫。现代药理学研究证实:黄芪的有效成分黄芪多糖和黄芪皂苷对细胞免疫和体液免疫均有增强作用,而且还有抗血小板聚集的作用<sup>[6]</sup>;桂枝可调节血液循环,改善微循环;赤芍具有抗菌抗炎、解挛以及增强免疫力等作用<sup>[13]</sup>;桑寄生总黄酮可有效的祛风湿、补肝肾、强筋骨的作用<sup>[14]</sup>。总之,该方中含量皂苷类、黄酮类、有机酸类、单萜苷类等化学成分,对关节疼痛等症状具有显著的治疗作用<sup>[15]</sup>。本研究采用黄芪桂枝五物汤联合温针灸治疗结果显示,治疗后 BCTQ 的症状维度、功能维度评分以及 VAS 评分明显降低,中指-腕 SNAP、中指-腕 SNCV、拇指-腕 SNAP、拇指-腕 SNCV 以及拇短展肌明显提高,治疗总有效率为 95.00%,说明针药结合可以改善腕管综合征的临床症状,提高治疗效果。

总之,黄芪桂枝五物汤联合温针灸治疗腕管综合征,可减轻疼痛,调节经络,恢复手腕功能,促进局部神经功能恢复,操作简单,费用低廉,是治疗腕管综合征的一种有效方法。

参考文献

[1] 陈玲,薛莉,李树茂,等. 远道巨刺结合局部针刺治疗轻中度腕管综合征临床研究[J]. 中国针灸,2017,37(5):479-482.

[2] 程少丹,王学昌,张洋,等. 弧刃针刀治疗轻中度腕管综合征的随机对照研究[J]. 中国中医骨伤科杂志,2017,25(4):5-9.

(上接第 62 页)

吸烟还是被动吸烟,吸烟导致断指再植的失败率极高,宋海涛等<sup>[12]</sup>将吸烟等危险因素对再植手术影响做相关性分析,总结 1 685 例断指再植手术,得出吸烟诱发血管危象,影响断指再植存活及质量。陈淑琴等<sup>[13]</sup>通过调查发现,吸烟可使断指再植术后血管危象发生率增高。

最后,对于一个优秀手外科团队来说,不但要在进行手术操作与临床护理时更专业与精细以控制手术失败及并发症的发生,更要总结成功与失败经验,从中查找问题、分析原因、加以改善和解决,才会有更大提高。笔者未来的工作重点是运用 PDCA 的方法做好断指再植患者的护理管理及手术管理,进一步提高断指再植的成活率,更好地为患者服务。

参考文献

[1] 程国良. 断指再植的回顾与展望[J]. 中华手外科杂志,2000,16(2):65-67.

[2] 候春林. 我国对世界显微外科发展的贡献[J]. 中华显微外科杂志,2007,30(4):246-249.

[3] 程国良,刘亚平,潘达德,等. 第八届全国显微外科学术会议暨国际显微外科研讨会纪要[J]. 中华显微外科杂志,2008,31(1):4-7.

[4] 张平,朱春平,丁永斌,等. 静脉动脉化断指再植成功八例

[3] 顾卿川,李飞. 针刀配合荣筋活络舒经汤治疗腕管综合征临床疗效观察[J]. 中医药临床杂志,2017,29(2):265-267.

[4] 蒋遥. 电针结合井穴点刺放血治疗腕管综合征临床疗效观察[J]. 四川中医,2018,36(3):186-818.

[5] 卢新刚,喻立炜,苟海昕,等. 推拿手法结合西医常规治疗轻中度腕管综合征的临床观察[J]. 上海中医药杂志,2018,52(1):58-61.

[6] 徐丽红,吴海科. 黄芪桂枝五物汤治疗气虚血瘀型腕管综合征临床研究[J]. 新中医,2018,50(4):105-108.

[7] 汪金宇,李硕熙,赵宇,等. “合谷刺法”结合局部制动治疗腕管综合征的临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志,2017,33(10):38-41.

[8] 魏小丽. 电针配合十宣放血治疗轻中度腕管综合征临床观察[J]. 湖北中医杂志,2017,39(6):58-59.

[9] 左贵松,申才良,潘宏,等. 腕管综合征术后正中神经形态变化研究分析[J]. 基因组学与应用生物学,2017,36(1):23-29.

[10] 周廷芬,李鱼,黎秋莹,等. 神经电生理技术在腕管综合征中的应用[J]. 海南医学,2018,29(1):97-100.

[11] 谢求恩,潘江,张雄,等. 电针治疗轻中度腕管综合征患者的疗效及对电生理参数的影响[J]. 现代生物医学进展,2018,18(2):343-347.

[12] 阎丽佳. 针灸联合关节松动术与针刀治疗腕管综合征的疗效对比[J]. 中国校医,2018,32(6):458-460.

[13] 王潇毅,田晓轩,张砚,等. 基于活性筛选和靶标网络预测的蒲黄和赤芍选择性抑制血小板聚集作用[J]. 中国实验方剂学杂志,2017,23(1):120-126.

[14] 张颖,关皎,刘爽爽,等. 黄芪桂枝五物汤的化学成分和药理作用研究进展[J]. 吉林医药学院学报,2018,39(4):295-298.

[15] 刘佳佳,林树元,曹灵勇. 试论太阴中风证及主治方药黄芪桂枝五物汤[J]. 中华中医药杂志,2018,33(4):1291-1293.

(收稿日期:2018-11-03)

[J]. 中华显微外科杂志,2008,31(6):472-473.

[5] 王凯,葛建华,薛兆龙,等. 完全离断伤断指再植 48 例临床体会[J]. 西南军医,2012,14(2):240-242.

[6] 花秋芳,刘瑞华. 完全离断伤断指再植的护理体会[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2011,32(19):3222-3223.

[7] 宋宁,莫忆南, Lizarov 外固定架在断指再植术后指体延长中的应用[J]. 中华手外科杂志,2007,23(1):38-41.

[8] NIBYASHI H, TAMURA K, FUJIWARA M, et al. Survival factors in digital replantation:significance of postoperative[J]. J Hand Surg br,2000,25(5):512-515.

[9] 陈雪梅,金国栋,曾永文,等. 抗生素在预防骨科与手外科手术切口感染的体会[J]. 中国乡村医药,2014,21(2):206-209.

[10] 何旭,张宏勋. 影响断指再植成活率的多因素分析[J]. 实用手外科杂志,2003,6(2):79-80.

[11] 廖家伟,陈博,吴守成,等. 前列腺电在断指再植中的应用[J]. 中国医院药学,2016,36(8):81-82.

[12] 宋海涛,田万成,王燕,等. 吸烟对断指再植手术结果影响的临床观察[J]. 中华骨科杂志,2001,21(9):541-543.

[13] 陈淑琴,张立新,于建华,等. 对吸烟患者再植断指血管危象发生率的调查[J]. 中华护理杂志,2003,38(2):88-90.

(收稿日期:2018-04-04)