

水针刀循经阿是穴治疗肱骨外上髁炎

袁义明^{1△} 李凯华¹ 黄卫国¹ 李玉民¹

[摘要] **目的:**研究水针刀循经阿是穴治疗肱骨外上髁炎的临床效果。**方法:**选取门诊病例 48 例,按照治疗方式分为试验组和对照组,试验组选取外上髁局部阿是穴和有阳性反应的手阳明经穴,采用水针刀治疗,配合理筋手法;对照组仅选取外上髁局部阿是穴进行水针刀治疗,配合理筋手法。每 2 周治疗 1 次,3 次为 1 个疗程。两组分别于 2 周、1 个月、3 个月和 6 个月进行随访,评价疼痛和功能改善情况。**结果:**两组患者 2 周和 1 个月时的有效率均为 100%,差异无统计学意义($P>0.05$);两组 3 个月和 6 个月的有效率分别为 92.00%和 60.87%,88.00%和 52.17%,两组有效率差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论:**循经阿是穴法可进一步提高水针刀治疗肱骨外上髁炎的临床效果。

[关键词] 水针刀;针刀疗法;肱骨外上髁炎

[中图分类号] R686 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2019)06-0040-03

Clinic Study of Shuizhendao in the Treatment of Lateral Epicondylitis at the Selected Acupoints

YUAN Yiming^{1△} LI Kaihua¹ HUANG Weiguo¹ LI Yumin¹

¹ Civil Aviation General Hospital, Beijing 100123, China.

Abstract Objective: To analyze the clinical efficacy of Shuizhendao in the treatment of lateral epicondylitis(LE)at the selected acupoints. **Methods:** Forty-eight LE patients were divided into experimental group (25cases, treated with Shuizhendao at the selected acupoints and manipulations)and control group(23cases, treated with Shuizhendao at the epicondyle tenderness point only and manipulations). All patients were treated once every 2 weeks, 3 times for a course. The efficacy was assessed in two groups at 2 weeks, 1 month, 3 months and 6 months after the treatment, which focused on the improvement rate. **Results:** The total effectiveness rate at 2 weeks and a month in two groups are similar, 100% for each($P>0.05$). There is no significant difference between two groups with the total effectiveness rate at 3 and 6 months after the treatment, which are 92% and 88% respectively of the experimental group, in contrast to 60.87% and 52.17% respectively of the control group($P<0.01$). **Conclusion:** Shuizhendao can effectively treat LE. With operating at the selected acupoints on the meridian, it further improved clinical treatment effect.

Keywords: Shuizhendao; needle-knife therapy; lateral epicondylitis

肱骨外上髁炎或称网球肘,是临床常见的疾病之一,其表现为肘外侧的肱骨外上髁区域疼痛或不适,握拳、伸腕或前臂旋转可引起疼痛明显加剧。该病在临床上有多疗法,包括手术和非手术疗法,大多是在外上髁处进行局部治疗,效果良好。但仍有 3%~11% 的患者疼痛缓解不明显或复发,甚至需要手术治疗^[1]。然而,新近的荟萃分析发现,手术治疗并不比非手术治疗更有效^[2]。水针刀治疗肱骨外上髁炎有良好的临床效果^[3,4]。笔者临床发现肘外侧疼痛患者除了有局部

压痛点之外,还同时存在颈肩臂部及前臂沿经络循行部位的潜在压痛点,经过水针刀松解后进一步提高了疗效,现报告如下。

1 研究对象及方法

1.1 研究对象

本研究自 2018 年 1 月至 2018 年 12 月收集本院门诊就诊的患者 48 例,按照治疗方式分为试验组和对照组。

1.2 诊断标准

所有病例均符合国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[4]中肱骨外上髁炎的诊断标准。起病缓慢,肘关节外侧疼痛,部分患者疼痛可牵涉到前

¹ 北京民航总医院(北京,100123)

[△]通信作者 E-mail: yim122@126.com

臂中部,用力握拳、伸腕时可加重,不能完成拧毛巾、扫地等细小的生活动作,严重影响日常生活。

诊断要点:1)肱骨外上髁处疼痛;2)肱骨外上髁处压痛;3)Mill's 征阳性;4)前臂伸肌紧张试验阳性;5)X 线片检查阴性。

1.3 纳入标准

1)符合上述诊断标准;2)局部皮肤正常,无皮损;3)了解并同意接受该治疗方案。

1.4 排除标准

1)不符合上述诊断标准;2)局部皮损;3)发热,或局部感染者;4)既往肘部手术史;5)合并糖尿病、脑血管病后遗症肢体瘫痪或不全瘫。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法 试验组:患者取坐位,暴露患侧上肢,认真听取患者主诉(特别是疼痛诱发加重的因素),仔细检查,结合患者具体的功能障碍确定基本的治疗点,然后沿手阳明大肠经走行,采取以痛为腧的方法确定辅助治疗点,标记(见图 1),常规消毒,一次性注射器抽取 0.5%利多卡因和复方倍他米松的混合液,以 9 号针头为针刀(针头斜面为刃口),按照四部规程进针,抽插行针,得气后疏松剥离,最后注射混合液 0.5~1.0 mL,出针。先处理外上髁压痛点,观察局部疼痛消失和活动恢复正常,然后逐次处理其他治疗点。最后行理筋手法,全范围内被动屈伸旋转活动肘腕关节 2 次。



图 1 1 例患者治疗前循大肠经选取的治疗点

对照组:同治疗组,只处理肱骨外上髁局部阿是穴,观察局部疼痛消失、活动恢复正常即可,未检查处理颈肩部。

1.5.2 术后处理 针眼压迫 3 min,创可贴保护,治疗结束后门诊观察 15 min,患者无不适反应后离院。保护针眼清洁干燥 3 d,注意休息,避免肘腕过度使用。

1.5.3 随访观察 每 2 周复查 1 次,根据恢复情况决定是否再次治疗,3 次为 1 个疗程。自第 1 次治疗结束,随访观察 6 个月。

1.5.4 疗效评价方法 参照国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》^[8],分为治愈、好转、未愈 3 级。临床疗效评价:治愈为肘外侧疼痛消失,局部无压痛,肘部活动自如,持物无疼痛;好转为肘外侧疼痛

减轻,局部压痛减轻,肘部功能改善;无效为疼痛、压痛及关节活动无变化。有效率=[(痊愈例数+好转例数)/总例数]×100%。

1.6 统计学方法

采用 SPSS19.0 统计软件处理数据,有效率的比较采用 Wilcoxon Mann-Whitney 检测方法的秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 一般资料

两组共 48 例患者。试验组 25 例,男 9 例,女 16 例;平均年龄(43.4±6.4)岁;病程 1 周~1 年,平均(79.4±5.7)d。对照组 23 例,男 10 例,女 13 例;平均年龄(44.1±8.3)岁;病程 1 周~10 个月,平均(81.6±5.5)d。两组患者治疗前的年龄、性别、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2.2 疗效比较

两组患者接受治疗 1~3 次,均通过门诊或电话随访 6 个月。选择颈部治疗点的患者均有不同程度的头晕不适,未给予特殊处理自行缓解。所有患者无治疗点红肿感染并发症。

两组患者在 2 周时均取得良好的疗效,有效率 100%。虽然试验组和对照组分别有 4 例和 3 例患者经 1 次治疗痊愈,痊愈率分别为 16%和 13.04%,但经统计学检验,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 2 周时两组患者治疗效果的比较[n(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	有效率/%
试验组	25	4(16.00%)	21(84.00%)	0(0%)	100
对照组	23	3(13.04%)	20(86.96%)	0(0%)	100
μ		0.270			
$\mu_{0.05}$		1.960 ¹⁾			

注:1) $P>0.05$,两组痊愈率差异无统计学意义。

两组患者在 1 个月时均取得良好的疗效,有效率 100%。试验组和对照组各有 9 例患者经两次治疗痊愈,其中对照组 1 例经第一次治疗痊愈的患者 1 个月时症状反复,但较治疗前减轻,再次接受治疗,疗效评价改为好转。治疗痊愈率分别为 52%和 47.83%,但经统计学检验,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

表 2 1 个月时两组患者治疗效果的比较[n(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	有效率/%
试验组	25	13(52.00%)	12(48.00%)	0(0%)	100
对照组	23	11(47.83%)	12(52.17%)	0(0%)	100
μ		0.274			
$\mu_{0.05}$		1.960 ¹⁾			

注:1) $P>0.05$,两组痊愈率差异无统计学意义。

两组患者在 3 个月时的有效率分别为 92%和 60.87%,经统计学检验,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。试验组痊愈患者有 4 例经过 1 次治疗,

7例患者经过两次治疗,9例患者经过3次治疗;而对照组痊愈患者10例均经3次治疗痊愈。

两组患者在6个月时的有效率分别为88.00%和52.17%,经统计学检验,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

表3 3个月时两组患者治疗效果的比较[n(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	有效率/%
试验组	25	20(80.00%)	3(12.00%)	2(8.00%)	92.00
对照组	23	10(43.48%)	4(17.39%)	9(39.13%)	60.87
μ					2.733
$\mu_{0.01}$					2.579 ¹⁾

注:1) $P < 0.01$,两组有效率差异有统计学意义。

表4 6个月时两组患者治疗效果的比较[n(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	有效率/%
试验组	25	18(72.00%)	4(16.00%)	3(12.00%)	88.00
对照组	23	7(30.43%)	5(21.74%)	11(47.83%)	52.17
μ					3.028
$\mu_{0.01}$					2.579 ¹⁾

注:1) $P < 0.01$,两组有效率差异有统计学意义。

3 讨论

肱骨外上髁炎属中医学“肘劳”“伤筋”“痹证”范畴,中医学认为本病多因慢性劳损,且平素体质虚弱、气血不足、风寒湿邪侵袭而瘀阻经筋,致血不荣筋,筋骨失养而发病^[6]。小针刀疗法治疗有较好的效果,但仍有部分患者反复不愈。有人采用小针刀式局部封闭疗法治疗肱骨外上髁炎,把针刀疗法和局部封闭结合起来,效果有进一步的提升^[7]。

临床研究发现,肱骨外上髁炎患者除局部压痛点外,还存在有前臂伸肌和颈肩部的压痛点,单纯处理颈肩部压痛点能够成功治疗经过其他非手术疗法甚至是手术治疗仍不缓解的顽固性病例^[8-11]。肌筋膜触发点的理论认为^[12],肱骨外上髁炎是由一块或多块附着在外上髁的肌肉内的激痛点引起的,可能是继发于中心激痛点的起止点病。旋后肌、肱桡肌、桡侧腕长伸肌、指伸肌、肱三头肌、肘肌、肱二头肌和肱肌的激痛点均可以引起外上髁疼痛。斜角肌和冈上肌的激痛点诱发桡侧腕伸肌内的卫星激痛点。颈椎病神经受到刺激、肌肉疲劳和损伤、受凉以及维生素矿物质的缺乏等因素都可以诱导产生激痛点或促使潜在激痛点活化。治疗上强调激痛点的去活化和去除诱发因素。皮质激素痛点封闭疗法短期疗效很好,并且具有时效性,是因为治疗仅限于起止点病处的附着激痛点而忽略了对中心激痛点的去活化。

通过对肌筋膜触发点和十二经筋的比较研究发现,肌筋膜疼痛症是现代医学的范畴,是经筋疾病的现代表述。传统的针灸穴位与肌筋膜触发点,无论是在解剖位置方面,还是在临床主治、反映病症、针刺引起线性感传等功能方面,都有着十分的相似性^[13,14]。“以痛为腧”是针刀临床常用的取穴方法,肱骨外上髁局部的压痛点属“阿是穴”,相当于附着激痛点。腧穴

配伍组合应用体现了对复杂疾病的多靶点治疗,配伍得当可起到事半功倍增加疗效的作用^[15]。肱骨外上髁部为手阳明大肠经所过,“经脉所过,主治所及”,循经取穴也是常用的取穴方法,循经所取得经穴大概相当于中心激痛点。因为穴位是位于相对位置上的立体结构,腧穴的定位主要是利用腧穴的阿是特性(按压时出现酸麻胀重感)进行寻找,即“相对位置,得气为准”^[16]。以外上髁阿是穴为主,配伍以经络上阳性反应点处的穴位进行针刀治疗——“刀至病所”,通过针刀的松解作用——“解结”^[15],能够同时对附着激痛点和肌肉内的中心激痛点去活化,达到调畅气血、通络止痛的目的。这种取穴配伍的方法相对简单、易于掌握。在笔者的临床实践中,手阳明经穴下廉、上廉、手三里、曲池、肘髎、手五里及天鼎穴均有选配应用,其中以手三里、曲池和上廉穴最为常用。选配天鼎穴的患者可能没有颈部疼痛的症状,但局部压痛敏感,或伴有肘外侧牵涉。

另外,利多卡因是临床常用的局麻药物,激素具有强大的抗炎作用。水针刀是水针和针刀的结合,以小针刀为主,药物为辅,再以手法配合,把针刺、药物和手术疗法融合为一体,具备了针刺、刀切、药疗三者的治疗作用,“杂合以治,各得其所宜”,既能松解局部粘连卡压、消除局部炎症,快速缓解疼痛,又可灭活肌肉内中心激痛点,使经络气血通畅,减少远期复发,从而提高了临床疗效。

本次研究发现,两组患者在2周、1个月时的即时治疗效果相当;而在3个月、6个月时,治疗组疗效明显优于对照组,提示循经取穴有肯定的近中期治疗效果,这可能与灭活肌肉内的中心激痛点有关。另外,两组3个月和6个月时的有效率均较2周和1个月时降低,提示治疗效果随时间的延长而有所下降,可能与没有消除患者激痛点持续活化的因素有关。

总之,循经阿是穴水针刀治疗肱骨外上髁炎是一种有效的方法,简便易行,不良反应小,体现了中医特色,值得进一步推广观察。本研究的不足之处在于分组时没有将顽固性的肱骨外上髁炎患者进行分层随机分组,样本量偏少,观察时间不够长,需在下一步研究中予以改进。

参考文献

- [1] GREGORY B P, WYsocki R W, COHEN M S. Controversies in surgical management of recalcitrant enthesopathy of the extensor carpi radialis brevis[J]. J Hand Surg Am, 2016, 41(8): 856-859.
- [2] BATEMAN M, LITTLEWOOD C, RAWSON B, et al. Surgery for tennis elbow: a systematic review[J]. Shoulder & Elbow, 2019, 11(1): 35-44.
- [3] 周志华, 李永堂, 吴洲红, 等. 水针刀与水针阿是穴治疗慢性软组织损伤疗效比较[J]. 中国中医急症, 2009, 18(4): 545-546.

膝、杜仲、红花等二十九味中草药组成,全方中当归配伍丹参共奏活血养血祛瘀之功,促进局部血液循环,濡养筋脉;牛膝、红花具有活血祛瘀、行气止痛之功,瘀血去,新血生;杜仲、牛膝、五加皮补益肝肾,强筋壮骨,诸药配合共奏活血化瘀、消肿止痛、强筋壮骨之效^[23]。临床可用于治疗腰肌劳损,软组织损伤,梨状肌损伤等五劳七伤之症。肌骨超声引导下针刀治疗后配合盘龙七片口服,活血化瘀,祛风除湿,消肿止痛,疏通筋络,调畅局部气血以濡养筋脉,促进受损组织恢复。经治疗 1 个疗程后,患者临床症状明显改善,治疗后总有效率达 94.00%,疗效肯定,说明肌骨超声引导下针刀配合盘龙七片治疗慢性梨状肌损伤操作简单,可明显提高临床疗效,不失为治疗慢性梨状肌损伤的简、便、廉、效的治疗策略,且患者更易接受,在骨伤科软组织疾病方面的诊疗具有广阔的应用前景。

参考文献

- [1] 翟磊,单云官.梨状肌综合征的解剖与临床研究进展[J].第一军医大学分校学报,2003,26(1):77-79.
- [2] 阙方绪,文一舟,王文春,等.针刀治疗梨状肌综合征临床疗效观察[J].中医临床研究,2018,11(25):32-34.
- [3] 段海萍,董晓俊,郑新华,等.彩色多普勒超声引导下针刀联合封闭治疗梨状肌综合征 30 例[J].中国中医骨伤科杂志,2017,25(5):55-56.
- [4] 蔡伟森,尹传瑞,田宗光.梨状肌综合征的影像学与临床特点分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2018,33(8):840-841.
- [5] 朱蓉雪,姜迎萍.梨状肌损伤综合征中医治疗进展概况[J].新疆中医药,2018,36(5):99-100.
- [6] BURKE C J, WALTER W R, ADLRE R S. Targeted ultrasound-guided perineural hydrodissection of the sciatic nerve for the treatment of piriformis syndrome[J]. Ultrasound Quarterly,2018, PMID:29727344.
- [7] 晏廷亮,方杰,张帆,等.小针刀治疗梨状肌综合征相对安全区的解剖学研究[J].曲靖师范学院学报,2017,36(6):41-44.
- [8] 严广斌.视觉模拟评分法[J].中华关节外科杂志,2014,8(4):273-275.

- [9] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:204-205.
- [10] 蒋君军,罗庆华.MRI对梨状肌综合征的影像价值[J].中国医药指南,2013,11(19):16-17.
- [11] 周伟,臧波.中医治疗梨状肌综合征临床研究[J].中国实用医药,2018,13(28):120-121.
- [12] 欧国峰,董博,姚洁,等.小针刀结合骨复生治疗早中期股骨头坏死疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(22):2395-2397.
- [13] 张海燕.针刺加推拿治疗梨状肌损伤综合征[J].内蒙古中医药,2012,31(18):28-29.
- [14] 秦云,李萍.针灸防治梨状肌综合征研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,9(6):2516-2517.
- [15] 张贵荣.彩色多普勒超声引导下针刀联合封闭治疗梨状肌综合征的效果[J].中外医疗,2018,28:181-183.
- [16] 向娟,薛智慧,陈果,等.针刀治疗梨状肌综合征疗效的 mate 分析[J].针灸临床杂志,2015,31(7):67-71.
- [17] 柯于麟,陈顺锦.揉拨理筋法联合桃红四物汤治疗梨状肌综合征 67 例[J].时珍国医国药,2018,29(8):1899-1900.
- [18] 申毅峰,周俏吟,李石良,等.超声引导下针刀治疗进展[J].中国医药导报,2017,11(14):55-56.
- [19] 时宗庭,刘恒平,于栋,等.肌骨超声引导下精准针刀治疗腰椎关节突关节源性腰痛 35 例[J].中国中医骨伤科杂志,2018,26(4):69-71.
- [20] 贺利锋,董博,欧国峰,等.针刺八穴配合盆底肌肉训练治疗前列腺气化电切术后并发尿失禁 76 例临床观察[J].中国医药导报,2017,14(12):172-175.
- [21] 薛静旋,梁桂生,黄祯,等.B超引导下小针刀治疗腰脊神经后支卡压综合征的疗效观察[J].广西医学,2015,37(10):1512-1514.
- [22] 艾尔肯·阿木冬,田慧中,吕霞,等.用薄刀骨刀行半椎板切除全椎管减压治疗老年性腰椎管狭窄症[J].中国矫形外科杂志,2011,19(16):1385-1387.
- [23] 张旭,李文雄,李小群,等.盘龙七片配合中药外敷治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J].中国中医骨伤科杂志,2018,26(7):54-57.

(收稿日期:2019-01-08)

(上接第 42 页)

- [4] 李晓初,钟庭开,陈平.水针刀治疗肱骨外上髁炎的临床疗效体会[J].医学信息,2009,22(6):1019-1020.
- [5] 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,2012:190-191.
- [6] 孙树椿,孙之镐.中医筋伤学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2001:821.
- [7] 沈俊武.小针刀式局部封闭疗法治疗肱骨外上髁炎疗效观察[J].中医正骨,2005,17(6):18-20.
- [8] 张善东,梁建新,赵尔弘.顽固性网球肘从颈论治及临床分析[J].中国中医骨伤科杂志,2004,12(2):24-26.
- [9] 陈德松,陈琳,薛峰.颈神经根卡压引起的肘外侧顽固性疼痛[J].中华手外科杂志,1999,15(1):14-16.
- [10] 宣蛰人.宣蛰人软组织外科学[M].上海:文汇出版社,2002:290-291.
- [11] 张长江,董福慧.脊柱相关疾病[M].北京:人民卫生出版社,1998:402.

- [12] SIMONS D G, TRAVELL J G, SIMONS L S. 肌筋膜疼痛与功能障碍:激痛点手册(第 1 卷,上半身)[M].赵冲,田阳春,译.北京:人民军医出版社,2014:665-667.
- [13] 彭增福.西方针刺疗法之激痛点与传统针灸腧穴的比较[J].中国针灸,2008,28(5):349-352.
- [14] DORSHER P T. Can classical acupuncture points and trigger points be compared in the treatment of pain disorders? Birch's analysis revisited[J]. J of Altern Complementary Med,2008,14(4):353-359.
- [15] 吴绪平.针刀治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2012:29-30.
- [16] 彭荣琛.论腧穴的三维结构[J].中医药通报,2011,10(4):1-2.

(收稿日期:2019-03-02)