

中医药综合疗法与关节镜手术治疗顽固性 肱骨外上髁炎的疗效比较

宁凡友^{1△} 王冲¹ 王楠¹ 孔丽¹ 许海燕¹

[摘要] 目的:比较中医药综合疗法与关节镜手术治疗顽固性肱骨外上髁炎的疗效。方法:选取自2016年12月至2018年3月诊治的120例顽固性肱骨外上髁炎患者,其中60例采用中医药综合疗法治疗(中医药组),另外60例采用关节镜手术治疗(关节镜组)。比较两组术后4周、6个月、12个月疼痛VAS评分、肘关节功能Mayo评分及末次随访时Verhaar评分。结果:120例均获得12个月随访。中医药组与关节镜组治疗后疼痛VAS评分、肘关节功能Mayo评分较治疗前均明显改善,而且关节镜组治疗后4周、6个月、12个月疼痛VAS评分低于中医药组,关节镜组治疗后6个月、12个月肘关节功能Mayo评分高于中医药组,关节镜组末次随访时Verhaar评分优于中医药组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:中医药综合疗法与关节镜微创手术均是顽固性肱骨外上髁炎的有效治疗方法,中医药综合疗法可避免手术创伤,更容易被患者接受,但治疗效果稍差;关节镜微创手术对桡侧腕短伸肌腱止点的清理、松解更为彻底,疗效更好。

[关键词] 顽固性肱骨外上髁炎;关节镜手术;微创;中医药综合疗法

[中图分类号] R681.7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2020)11-0018-04

Clinical Study of Refractory Lateral Epicondylitis with Arthroscopic Surgery and Comprehensive Treatment of Traditional Chinese Medicine

NING Fanyou^{1△} WANG Chong¹ WANG Nan¹ KONG Li¹ XU Haiyan¹

¹Department of Superior Extremities, Luoyang Orthopedic-Traumatological Hospital, Luoyang 471002, Henan China.

Abstract Objective: To analyze the curative effect of the refractory lateral epicondylitis with arthroscopic surgery and comprehensive treatment of traditional Chinese medicine(TCM). **Methods:** 120 patients with the refractory lateral epicondylitis were divided into two groups from December 2016 to March 2018. 60 patients with the refractory lateral epicondylitis were treated by arthroscopic release, and the other 60 patients were treated by comprehensive treatment of TCM. The VAS score, the Mayo score of elbow joint function, and the Verhaar score at the last follow-up were compared between the two groups at 4 weeks, 6 months, and 12 months after treatment. **Results:** All the patients obtained 12 months clinical follow up after treatment. The pain VAS score and the Mayo score of elbow joint function after treatment in arthroscopic surgery group and comprehensive treatment of TCM group were significantly improved compared to before treatment. Moreover, the VAS scores in the arthroscopic surgery group were lower than those in the comprehensive treatment of TCM group at 4 weeks, 6 months, and 12 months after treatment. The Mayo score of elbow joint function in the arthroscopy group was higher than that in the TCM group at 6 and 12 months after treatment. The Verhaar score in arthroscopy group was better than TCM group at last follow-up, these differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The arthroscopic release and TCM are reasonable and effective method for the refractory lateral epicondylitis. The comprehensive treatment of TCM can avoid surgical trauma and is more easily accepted by patients, but the therapeutic effect is slightly poor. Arthroscopic minimally invasive surgery is more thorough in cleaning and loosening the extensor carpi radialisbrevis tendon, with better effect.

Keywords: refractory lateral epicondylitis; arthroscopy; minimal invasive; comprehensive treatment of TCM

基金项目:河南省中医药科学研究专项课题(2016ZY2080)

¹ 河南省洛阳正骨医院(河南省骨科医院)上肢损伤中心
(河南 洛阳, 471002)

[△]通信作者 E-mail: ningfanyou@163.com

肱骨外上髁炎(也称为网球肘)是临床常见疾病,好发于35~50岁,其发病率为1%~3%,男女比例相

近^[1]。肱骨外上髁炎患者临床表现为肘关节外侧疼痛及腕关节背伸无力,上肢功能严重受限。对于新鲜的肱骨外上髁炎患者,建议采用系统的非手术治疗,大多能取得良好的效果^[2-3],但仍有部分患者难以治愈,被称为顽固性肱骨外上髁炎,需制定进一步的治疗方案^[4-5]。笔者回顾性分析自 2016 年 12 月至 2018 年 3 月本科收治的 120 例顽固性肱骨外上髁炎患者,分别采用中医药综合疗法与关节镜手术治疗两种方法,对比其临床疗效,现报告如下。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

2016 年 12 月至 2018 年 3 月,河南省洛阳正骨医院(河南省骨科医院)收治的顽固性巩固外上髁炎患者,共观察病例 120 例,由随机分组方案将患者分为两组(每组 60 例)。

1.2 诊断标准

1)多见于特殊工种或职业如砖瓦工、网球运动员或有肘部损伤病史者;2)肘外侧疼,疼痛呈持续渐近性发展;3)肘外侧压痛,以肱骨外上髁处压痛为明显,前臂伸肌群紧张试验阳性,伸肌群抗阻试验阳性;4)病程 ≥ 6 个月或经两次及以上治疗效果不佳;5)症候诊断,瘀血阻络证:肘部肿痛或刺痛拒按,提物无力,活动增痛,夜间加重,舌质暗红,苔黄,脉弦涩;气血亏虚证:起病时间较长,肘部酸痛反复发作,提物无力,肘外侧压痛,喜按喜揉,可见少气懒言,面色苍白。舌淡苔白,脉沉细^[6]。

1.3 纳入标准

1)符合顽固性肱骨外上髁炎诊断标准;2)年龄 18~65 岁;3)愿意加入本研究并接受随访;4)患者签署知情同意书。

1.4 排除标准

1)初次就诊或病程 < 6 个月;2)就诊后未接受系统治疗;3)其他肘部疾病,如肘关节骨性关节炎、肱骨外髁撕脱骨折、桡骨头骨折、外侧副韧带损伤等;4)合

并身体其他部位严重疾病;5)哺乳期及妊娠期妇女;6)依从性差而不能配合复查者。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法 中医药组:口服中成药治疗,舒筋活血、理气止痛,患者服用养血止痛丸(自制中成药),每次 6 g,2 次/d,4 周为 1 个疗程。

毫针治疗:主穴取肘髁、曲池、尺泽、手三里、合谷、阿是穴,配穴取膈俞、血海(瘀血阻络证)与足三里(气血亏虚证)^[7];取端坐位,体弱或怕针者可取仰卧位或侧卧位,针刺部位常规消毒,肘髁、曲池、尺泽、手三里、阿是穴、血海选用直径 0.35 mm、长 40 mm 毫针直刺 30~35 mm,合谷、膈俞选用直径 0.35 mm、长 25 mm 毫针直刺 15~20 mm;在得气基础上,肘髁、曲池、尺泽、手三里、合谷、阿是穴采用提插捻转平补平泻手法操作,足三里采用提插捻转补法操作,膈俞提插捻转泻法操作;留针 30 min,1 次/d,10 次为 1 个疗程,疗程间隔 2~3 d(见图 1)。

灸法治疗:毫针刺入后手持艾条,将点燃的一端分别悬于肘髁、曲池、尺泽、手三里、阿是穴上,使之与皮肤保持一定距离,使热力较为温和地作用于施灸部位,艾条距皮肤 2~3 cm,每穴施灸 5~6 min,1 次/d(见图 2)。

揉药法:患者坐位,医师用拇指指腹沾取约 0.05 g “七珠展筋散”(自制药物,药物组成:血竭、人工麝香、琥珀、珍珠、人工牛黄、乳香、没药等),然后将沾有“七珠展筋散”的拇指指腹分别置于肘髁、曲池、手三里、阿是穴,掌指关节微屈,用指间关节进行按摩旋转,将药慢慢揉入以上穴位,揉药范围如古铜钱大小;揉力轻重以按摩皮肤而皮肤不动为宜,按摩约 80 次,1 次/d,10 d 为 1 个疗程(见图 3)。中医药综合治疗期间禁止负重活动,治疗后可逐渐进行肘关节主被动活动。根据患者肘关节恢复情况决定是否可以恢复以前工作强度,鼓励患者 4~6 周后逐渐恢复体力劳动。

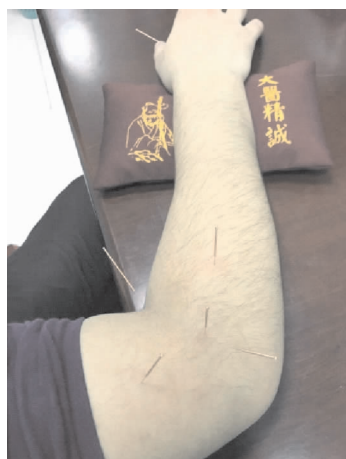


图 1 毫针治疗

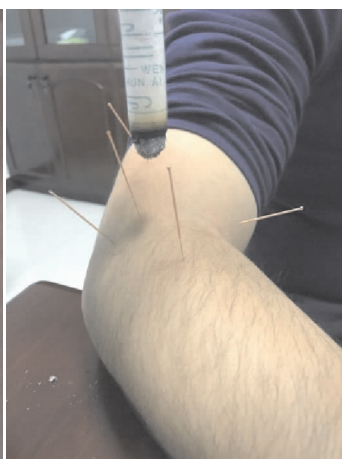


图 2 灸法治疗



图 3 揉药法

关节镜组:采用全身麻醉,取侧卧位,肘关节屈曲90°置于托位架上,上臂上气压止血带(见图4)。先以肘关节软点入路进入肘关节腔,探查肘关节内是否存在,后依次建立肘关节近前内侧入路和肘关节中前外侧入路,以肘关节近前内侧入路为观察入路,肘关节中前外侧入路为操作入路,置入等离子射频或刨刀,自内向外切除部分外侧关节囊,显露、辨认腕短伸肌腱,术中往往可发现类钙化沉积性病灶(见图5),清除腕短伸肌腱外上髌止点处的病灶(见图6),后依次缝合各个关节镜入口。术后2~3 d,待肘关节消肿后,可进行肘关节主动活动,建议配合理疗,根据患者耐受情况

4~6周后鼓励患者恢复体力劳动。
1.5.2 观察指标与统计学方法 比较2组治疗后4周、6个月、12个月疼痛VAS评分、肘关节功能Mayo评分,以及末次随访时Verhaar评分。数据采用SPSS 17.0软件进行统计学分析,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示并采用两独立样本 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

120例病例均获得术后至少12个月随访。关节镜组2例术后疼痛缓解及肌力恢复较差者再次行

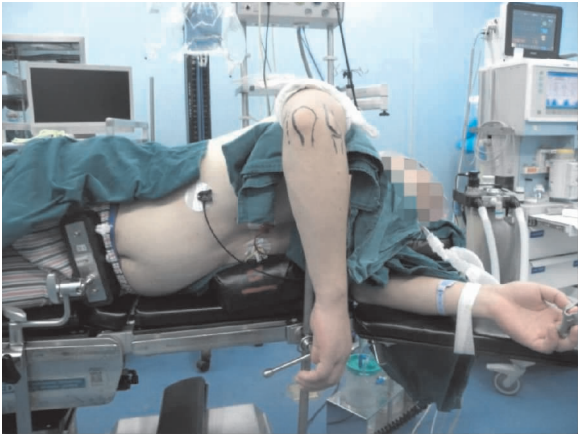


图4 手术体位



图5 类钙化沉积性病灶

图6 术中清除病灶

Nirschl手术,效果满意。中医药组与关节镜组治疗后4周、6个月、12个月疼痛VAS评分、肘关节功能Mayo评分较治疗前均明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。关节镜组治疗后4周、6个月、12个月疼痛VAS评分均低于中医药组,关节镜组治疗后6个月、12个月肘关节功能Mayo评分均高于中医药组,

差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。
末次随访时Verhaar评分:中医药组优14例,良24,可13例,差9例;关节镜组优31例,良19例,可7例,差3例;关节镜组末次随访时Verhaar评分优于中医药组,差异有统计学意义($Z=11.804, P=0.008$)。

表1 顽固性肱骨外上髌炎中医药组与关节镜组治疗后疼痛VAS评分、肘关节功能Mayo评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	疼痛 VAS 评分			肘关节功能 Mayo 评分		
		治疗后 4 周	治疗后 6 个月	治疗后 12 个月	治疗后 4 周	治疗后 6 个月	治疗后 12 个月
中医药组	60	2.94±0.8	1.32±0.7	2.11±0.9	79.3±7.2	75.5±9.2	77.0±8.9
关节镜组	60	2.62±0.9	1.01±0.6	0.8±0.6	78.8±8.4	80.3±8.1	85.0±7.8
t		2.059	2.604 5	9.381 1	0.350 1	3.033 3	5.236 3
P		0.041 7	0.010 4	<0.01	0.726 9	0.003 0	<0.01

3 讨论

肱骨外上髌炎属于临床常见疾病,其病因与多种因素有关,目前多认为与繁重的上肢体力劳动及羽毛球、网球等球拍类运动有关,同时基因表达和高糖血症也被证实与肱骨外上髌炎有明显相关^[8]。对于肱骨外上髌炎的治疗,目前多建议首先采用保守治疗,其中90%的患者经系统的保守治疗可以使临床症状出现明显缓解^[9],其治疗是一个缓慢的过程,只有13%的患者在治疗3个月后症状完全消失,34%的患者在1年后完全治愈^[10]。若经综合保守治疗超过半年无明显

疗效,被认为属于顽固性肱骨外上髌炎的范畴,需要手术干预^[11],但仍有大量患者选择非手术治疗。中医学认为肱骨外上髌炎属于“筋痹”“伤筋”范畴^[12],主要由慢性劳损所致,多因体质素弱、气血亏虚、风寒湿邪侵袭,致气血痹阻不通、营卫不和、血不荣筋、筋骨失养而发病。中医针灸对肱骨外上髌炎的治疗安全有效。曲池、手三里、合谷均为手阳明经穴。阳明经为多气多血之经,三穴同用调理气血,共奏活血养血之功;尺泽位于肘横纹中,能够疏通局部经络气血;阿是穴即压痛点,属于手阳明经脉与其经筋之循行所在,也是主要的

病理变化反应点,刺激该穴就能祛瘀活血、疏经通络、散寒止痛;膈俞为血会,血海为足阳明胃经腧穴,为生血和活血化瘀要穴,二穴同用可活血化瘀、行气止痛;足三里为胃经合穴,具有健脾和胃、补益气血、通经活络之功;诸穴合用,共奏活血化瘀、通络止痛之效^[13]。

Grifka 等^[14]首次报道采用肘关节镜手术治疗肱骨外上髁炎,相较于其他手术方式如 Nirschl 手术,具有创伤小、术后恢复快等优点,被广泛应用于治疗顽固性肱骨外上髁炎。微创关节镜手术治疗顽固性肱骨外上髁炎大致可分为关节内手术和关节外手术,目前多以关节内手术为主^[15]。关节内手术操作全程位于肘关节腔内,可直视下通过关节镜精准定位,首先用低温等离子射频或刨刀从内侧打开关节囊,找到桡侧腕短伸肌腱止点,对病灶进行彻底的清理、松解。关节内手术的优点是可以从关节内直视下定位病灶并做精准处理,对伸肌总腱等重要组织无明显创伤。关节外手术操作空间位于肘关节外侧的皮下间隙,从外向内对桡侧腕短伸肌腱进行清理、松解。关节外手术可以直接观察桡侧腕短伸肌腱,但需对伸肌总腱有一定程度的剥离,创伤较大,有时可能会遗漏关节内的病变。本研究中关节镜组采用关节内手术方式,自内向外切除部分外侧关节囊,显露腕短伸肌腱,切除腕短伸肌腱外上髁止点处的变性坏死组织,操作简单,创伤小,取得了良好的临床疗效。关节镜组 2 例术后疼痛缓解及肌力恢复较差者再次行 Nirschl 手术,最终获得满意的临床疗效。

本研究结果显示,中医药组与关节镜组治疗后疼痛 VAS 评分及肘关节功能 Mayo 评分较治疗前均明显改善,而且关节镜组治疗后 4 周、6 个月、12 个月疼痛 VAS 评分低于中医药组,关节镜组治疗后 4 周、6 个月、12 个月肘关节功能 Mayo 评分高于中医药组,关节镜组末次随访时 Verhaar 评分优于中医药组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。因此,中医药综合疗法与关节镜微创手术均是顽固性肱骨外上髁炎的有效治疗方法,中医药综合疗法可避免手术创伤并减少医疗费用,更容易被患者接受,但治疗效果稍差;关节镜微创手术对桡侧腕短伸肌腱止点的清理、松解更为彻底,

临床疗效更好。

参考文献

- [1] AHMAD Z, SIDDIQUI N, MALIK S S, et al. Lateral epicondylitis: a review of pathology and management[J]. Bone Joint J, 2013, 95(9): 1158-1164.
- [2] WASEEM M, NUHMANI S, RAM C S, et al. Lateral epicondylitis: a review of the literature[J]. J Back Musculoskelet Rehabil, 2012, 25(2): 131-142.
- [3] 王金伟, 鲁谊. 非手术治疗肱骨外上髁炎的研究进展[J]. 中华肩肘外科电子杂志, 2016, 4(2): 123-126.
- [4] 唐剑邦, 高大伟, 吴宇峰, 等. 改良 Nirschl 法治疗难治性肱骨外上髁炎[J]. 中华创伤杂志, 2016, 32(4): 325-326.
- [5] 黄立美, 张富洪. 肌骨超声定位体外冲击波联合皮针治疗顽固性肱骨外上髁炎的疗效观察[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2019, 34(11): 1209-1210.
- [6] 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.
- [7] 汪凡. 针灸结合推拿治疗网球肘 20 例疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(6): 444.
- [8] 代飞, 向明. 肱骨外上髁炎病因与发病机制的研究进展[J]. 中华肩肘外科电子杂志, 2017, 5(2): 142-144.
- [9] 王玉龙, 王平, 刘爱峰, 等. 旋牵过伸法配合展筋乳治疗肱骨外上髁炎 52 例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2013, 21(7): 13-14.
- [10] 鲁谊. 网球肘的研究进展[J]. 中华肩肘外科电子杂志, 2017, 2(5): 158.
- [11] NIRSCHL R P. The epidemiology and health care burden of tennis elbow: a population-based study[J]. Ann Transl Med, 2015, 3(10): 133.
- [12] 孙树椿, 孙之镐. 中医筋伤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 82.
- [13] 蔡玉梅, 黄文燕, 郑继范. 麦粒灸配合针刺治疗肱骨外上髁炎临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(10): 746-747.
- [14] GRIFKA J, BOENKE S, KRAMER J. Endoscopic therapy in epicondylitis radialis humeri[J]. Arthroscopy, 1995, 11(6): 743-748.
- [15] 曹汐, 杨渝平. 顽固性网球肘关节镜治疗的研究进展[J]. 中国微创外科杂志, 2018, 18(3): 260-266.

(收稿日期: 2020-04-18)