

改良针刀手术加腕管阻滞治疗腕管综合症的临床观察

吴武军¹, 潘承恩¹, 赵琳², 简文政³

(1. 西安交通大学第一医院外科, 陕西 西安 710061; 2. 西安交通大学第二医院眼科, 陕西 西安 710004; 3. 西安友谊医院针刀科, 陕西 西安 710068)

[摘要] 目的: 观察改良针刀法加腕管阻滞治疗腕管综合症的疗效。方法: 26 例患者共 28 腕接受改良针刀法治疗, 同时行腕管阻滞; 14 例患者共 16 腕接受传统针刀法治疗, 同时行腕管阻滞; 15 例患者共 15 腕仅接受腕管阻滞治疗。对 3 组患者予以疗效评价及治疗后的随访。结果: 改良针刀组术后总有效率和术后 1 年复发率分别为 85.7% 和 20.8%。传统针刀组术后总有效率和术后 1 年复发率分别为 81.3% 和 38.5%。腕管阻滞治疗组术后总有效率和术后 1 年复发率分别为 46.7% 和 85.7%。改良针刀组和传统针刀组术后疗效与复发率的比较无统计学差异, 较腕管阻滞治疗组均有明显改善 ($P < 0.05$)。改良针刀组未发现与手术操作相关的并发症和损伤。结论: 改良针刀手术易于操作, 且疗效确切, 是治疗腕管综合症的较好方法。

[关键词] 针刀; 腕管综合症; 改良手术

[中图分类号] R245.329 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-1977(2006)01-0023-03

Efficacy of modified acupotome combined with blocking therapy in patients with carpal tunnel syndrome

Wu-Jun WU¹, Cheng-En PAN¹, Lin ZHAO², Wen-Zheng JIAN³

(1. Department of Surgery, First Hospital, Xi'an Jiaotong University, Xi'an, Shaanxi Province 710061, China; 2. Department of Ophthalmology, Second Hospital, Xi'an Jiaotong University, Xi'an, Shaanxi Province 710004, China; 3. Department of Acupotome, Youyi Hospital, Xi'an, Shaanxi Province 710068, China)

ABSTRACT Objective: To observe the efficacy of modified acupotome combined with blocking therapy in patients with carpal tunnel syndrome (CTS). Methods: Fifty-five patients with CTS were divided into three groups, which were modified acupotome group including 26 CTS patients with 28 lesions treated by modified acupotome combined with blocking therapy, traditional acupotome group including 14 CTS patients with 16 lesions treated by traditional acupotome combined with blocking therapy, and blocking therapy group including 15 CTS patients with 15 lesions only treated by local blocking. The treatment outcome and one-year recurrence rate were observed. Results: The response rate and one-year recurrence rate after operation in the modified acupotome group were 85.7% (24/28) and 20.8% (5/24) respectively, which had no significant differences as compared with 81.3% (13/16) and 38.5% (5/13) in the traditional acupotome group. The response rate and one-year recurrence rate after operation in the above two groups were both improved significantly as compared with those in the blocking therapy group which were 46.7% (7/15) and 85.7% (6/7) respectively. There were no acupotome-related adverse effects and injuries observed in the modified acupotome group. Conclusion: The modified acupotome is a considerable treatment method for CTS with respect to its simple manipulation and high effectiveness.

KEY WORDS acupotome; carpal tunnel syndrome; modified operation

Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao / J Chin Integr Med, 2006, 4(1):23-25 www.jcimjournal.com

腕管综合征又名正中神经卡压症,临床多见于手工劳动者。由于频繁活动致使腕管内容物增多、体积变大,正中神经受到卡压,从而产生顽固的临床症状。传统的针灸、电疗、中药等治疗方法效果并不显著,腕管阻滞治疗也易于复发,手术治疗则不易为患者所接受。针刀的问世,使腕管综合征的治疗效果获得了明显的提高。但传统针刀手术由于进针部位多、手术时皮肤刺口多,而不为一些患者所接受。自 2000 年起,我们在传统针刀治疗的基础上,采用改良针刀手术方法治疗腕管综合征,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 病例选择标准 有腕部劳损病史;有手掌发麻、腕部疼痛、握持无力等症状,活动后加重,休息后减轻;体格检查示桡侧三指感觉麻木,部分患者大鱼际萎缩,拇指对掌无力,Tinel 征阳性;排除伴有可引起腕管症状的其他疾病及全身严重疾病患者。

1.2 一般资料 55 例腕管综合征患者,其中男 18 例,女 37 例,多为家庭主妇及长期修剪果树的农民;年龄 40~63 岁,中位年龄 53 岁;病程 6 月~5 年,平均 3.5 年;单腕患者 51 例,双腕患者 4 例。上述患者分为 3 组:(1)改良针刀组 26 例 28 腕,采用改良针刀加腕管阻滞治疗;(2)传统针刀组 14 例共 16 腕,采用传统针刀加腕管阻滞治疗;(3)腕管阻滞治疗组 15 例 15 腕,这组患者均因惧怕手术而仅接受腕管阻滞治疗。3 组患者的年龄、病程及病情严重程度等一般资料比较无统计学差异。

1.3 治疗方法 (1)改良针刀组:手腕平放于治疗台上,垫枕,辨认掌长肌腱及桡、尺侧腕屈肌腱。于近、远侧掌横纹中点尺侧腕屈肌的内侧缘和桡侧腕屈肌内侧缘各选取一进针点,标记,消毒。用手术刀刺破皮肤层并保持刀口线与上肢长轴平行,向手侧进针达远侧腕横纹水平,刀口线方向不变,用刀在腕横韧带上切 2~3 个切口,然后退针至标记部位,并向肩侧进针至近侧腕横纹水平,再在腕横韧带上切 2~3 个切口,平推屈肌腱,出针。手术时注意避免损伤正中神经、桡动脉及尺动脉。术毕,从任一刀孔向腕管内注射由 2% 利多卡因 1 ml、强的松龙 25 mg、维生素 B₁₂ 500 μg 组成的混合液。手术结束后行手法治疗^[1],嘱患者腕部休息 1 周,同时活动手指。如未愈,1 周后行第 2 次治疗,一般同一部位治疗不逾 2 次。(2)传统针刀组:按朱汉章^[1]法,于远侧腕横纹尺侧腕屈肌内侧缘选取 1 个进针点,向远侧移动 2.5 cm 取第 2 点,远侧腕横纹桡侧腕屈肌内侧缘取第 3 点,再向远端移动 2.5 cm 后取第 4 点,

共 4 处进针点。余手术方法同改良针刀组。(3)腕管阻滞治疗组:腕管内注射由 2% 利多卡因 1 ml、强的松龙 25 mg、维生素 B₁₂ 500 μg 组成的混合液,每周 1 次,连续 3 周,3 次治疗无效者不再继续行腕管阻滞治疗。

1.4 观察指标 疗效评价标准:(1)痊愈:腕部疼痛、麻木消失,肌力恢复正常,活动正常;(2)显效:腕部疼痛、麻木消失,肌力基本恢复正常,接近正常功能,不影响活动和劳动;(3)好转:仍有轻度疼痛麻木和握持乏力,但较治疗前明显好转;(4)无效:治疗前后症状无变化。自最后 1 次手术日期起进行随访,随访时间为 1 年,观察患者病情变化。同时观察手术前后有无治疗的不良反应。

1.5 统计学方法 试验数据采用 SPSS 10.0 软件进行统计学分析,率的比较采用卡方检验。

2 结果

2.1 各组患者治疗后的疗效比较 改良针刀组 26 例共 28 腕中,治疗后痊愈者 14 例 15 腕,显效 7 例 8 腕,好转 1 例,无效 4 例,总有效率 85.7%;传统针刀组 14 例共 16 腕中,治疗后痊愈者 7 例 8 腕,显效 2 例 3 腕,好转 2 例,无效 3 例,总有效率 81.3%;腕管阻滞治疗组 15 例 15 腕中,治疗后痊愈者 3 例,显效 3 例,好转 1 例,无效 8 例,总有效率 46.7%。改良针刀组与传统针刀组总有效率的比较无统计学差异($\chi^2 = 0.1517, P > 0.05$),但均明显高于腕管阻滞治疗组($\chi^2 = 7.4023, P < 0.05$)。

2.2 各组患者随访期间复发率的比较 所有患者均接受 1 年的随访。改良针刀组治疗有效的 24 腕中,症状复发或较治疗前加重共 5 腕,复发率 20.8%;传统针刀组治疗有效的 13 腕中,症状复发或较治疗前加重共 5 腕,复发率 38.5%;腕管阻滞治疗组治疗有效的 7 腕中,症状复发或较治疗前加重共 6 腕,复发率 85.7%。改良针刀组与传统针刀组的复发率较低,且两组间复发率的比较无统计学差异($\chi^2 = 1.3286, P > 0.05$);腕管阻滞治疗组的复发率较改良针刀组和传统针刀组比较有明显升高,差异有统计学意义($\chi^2 = 9.9651, P < 0.05$; $\chi^2 = 40.1048, P < 0.05$)。

2.3 不良反应 手术前后及随访期间,各组患者均未出现明显的不良反应。接受改良针刀和传统针刀治疗的患者均未出现腕部血管、神经及肌肉损伤的症状,表明这两种手术方法都是安全的。

3 讨论

腕横韧带厚且坚韧,弹性较差。长期频繁的腕

部活动使肌肉肌腱水肿肥大、相互黏连,导致腕管内容积减小,正中神经受到挤压和牵拉而出现一系列的症状与体征。病理学表现为腕横韧带的慢性炎症水肿增厚、正中神经受压变性以及与周围组织的黏连^[2]。腕管综合征多见于手工劳动者,近年来在计算机使用人群中的发病率急骤升高^[3]。

过去对于此病的治疗比较困难,症状严重者须行腕横韧带切断术,术后虽然麻木、疼痛症状有所减轻,但易导致关节松弛无力。国外有学者用手术刀尖从皮肤刺入松解部分腕横韧带取得了与开放手术相似的效果^[4]。但该法刀尖刺入斜面较大,不易掌握进针深度以及切割部位,很容易造成腕部损伤。针刀疗法集针刺的定位准确以及手术刀的有效切割为一体,行闭合性手术只切开部分而不切断腕横韧带,既能解除腕横韧带对腕管内容物尤其是正中神经的压迫,还能保留腕横韧带对腕部屈肌运动的支持而不影响腕管的完整性,临床效果令人满意。本试验结果表明,改良针刀组和传统针刀组的疗效明显优于腕管阻滞治疗组,说明针刀疗法是治疗腕管综合征的较好选择。

与传统针刀治疗腕管综合征相比,改良针刀疗法仅选择两处进针点,减少了针刀刺入皮肤所产生

的疼痛,针刀在皮下可作较大范围的移动,切开腕横韧带的部位与传统方法相同。针刀器械的巧妙设计可使术者明确刀口线的位置,从而避免损伤腕部的重要组织。本试验结果还表明,改良针刀组和传统针刀组的术后疗效以及 1 年内的术后复发率比较无统计学差异,在治疗过程未发现与手术操作以及进针选择相关的并发症和损伤,表明改良针刀的手术方法安全有效。部分患者尤其是女性患者,对于针刀从皮肤刺入存在一定的恐惧感,因此在不影响疗效的前提下,采用改良针刀手术能在一定程度上减轻患者的心理恐惧。

[参考文献]

- 1 朱汉章. 针刀医学原理. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 642.
- 2 朱守荣, 朱盛修, 徐仕琦. 腕管综合征 17 例术中病变观察. 中华手外科杂志, 1995, 11(1): 29-31.
- 3 宿芳, 张智君. 键盘操作引起的腕管综合征. 中华劳动卫生职业病杂志, 2004, 22(6): 479-481.
- 4 Bhattacharya R, Birdsall PD, Finn P, et al. A randomized controlled trial of knifelight and open carpal tunnel release. J Hand Surg, 2004, 29(2): 113-115.

[收稿日期] 2005-09-19

Correction 更正

本刊 2005 年第 3 卷第 6 期劳力行和布赖恩·博尔曼“针刺治疗骨关节炎的疗效评价——介绍马里兰大学的一种循序渐进研究的方法”一文第 424 页图 1 中的“WOMAC Function Score”一图中,漏排了两个“*”号。现将图 1 更正如下。

Erratum to “Evaluating the effects of acupuncture on knee osteoarthritis: A stepwise approach to research, University of Maryland experience” [Lixing Lao, Ph.D., L.Ac., and Brian Berman, MD. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao/ J Chin Integr Med, 2005, 3(6): 421-425].

The editor would like to apologize for a copyediting error in page 424 of this paper. There are two “*” lost in the Figure 1 (WOMAC Function Score), which mean that acupuncture started to show the effect at week 8 and continues at week 14 and 26. The printed page only shows it at week 26. The correct version of the complete figure is given below.

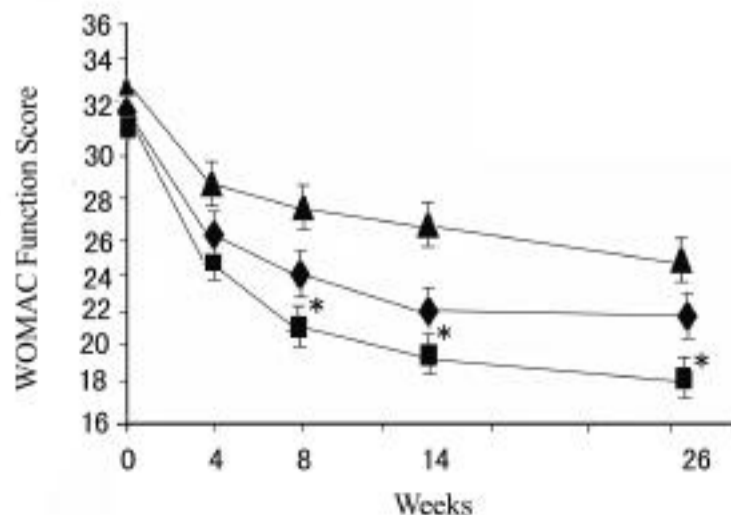
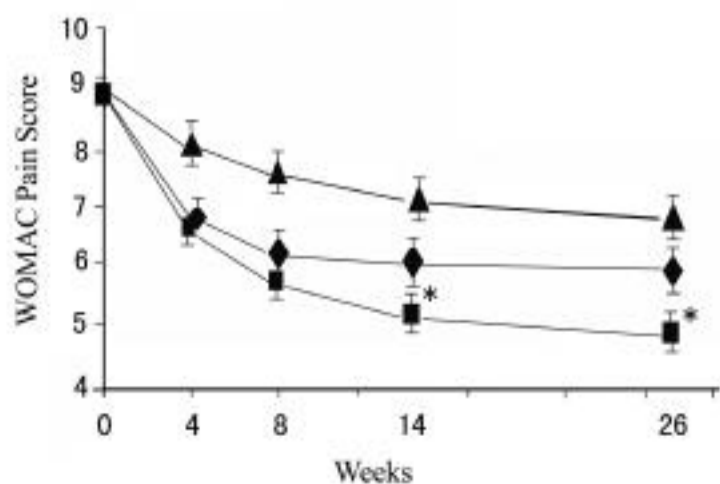


图 1 26 周观察期间真实针刺组(■)、假针刺组(◆)、辅导教育对照组(▲)患者 WOMAC 疼痛积分和功能积分的比较(* P < 0.05)