

电针、推拿结合封闭疗法延迟肱骨外上髁炎复发临床研究

李新建^{1,2}, 周琨¹, 张恩铭¹, 齐振熙³, 许良福⁴, 孙伟青⁵

1. 北京体育大学医院, 北京 100084
2. 福建中医药大学 2013 级在职博士研究生, 福建 福州 350122
3. 福建中医药大学骨伤学院, 福建 福州 350122
4. 福建省体育局, 福建 福州 350122
5. 河北省赵县人民医院, 河北 赵县 051530

[摘要] 目的: 观察电针、推拿结合封闭疗法延迟肱骨外上髁炎复发的临床效果。方法: 将 80 例患者随机分成 2 组各 40 例, 治疗组采取电针、推拿结合封闭疗法治疗, 对照组只采取封闭疗法治疗。采用疼痛视觉模拟评分法 (VAS)、握力指数 (GSI)、肘关节活动积分 (MEPS) 及临床总有效率作为疗效评价指标, 分别对治疗前, 疗程结束后即刻、6 月、12 月及 24 月的情况进行评价、比较。结果: 治疗组疗程结束后 12 月, 2 组疗程结束后即刻、6 月 VAS 评分、MEPS 评分、GSI 分别与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 疗程结束后 12 月, 治疗组 MEPS 评分、GSI、临床疗效总有效率均高于对照组, VAS 评分低于对照组, 2 组间比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组的治疗方法对肱骨外上髁炎均有一定疗效。疗程结束后 12 月时, 治疗组疗效优于对照组, 对照组出现复发现象。疗程结束后 24 月, 2 组均出现较为严重的复发现象。结论: 电针、推拿结合封闭的治疗方法在一定的时间内对肱骨外上髁炎的疗效更能持久一些。

[关键词] 肱骨外上髁炎; 电针; 推拿; 封闭疗法

[中图分类号] R681.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 06-0187-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.089

肱骨外上髁炎, 因好发于网球运动员又称“网球肘”。一般认为是由于肱骨外上髁伸肌总腱的慢性劳损及牵扯引起, 尤其是桡侧腕伸短肌^[1]。该病多数无明显外伤史, 具有发病率、复发率高的特点, 是临床上的常见病、多发病^[2]。对于肱骨外上髁炎的治疗, 临床上有多种方法, 比如药物、针灸、推拿、封闭、冲击波、手术等, 其中封闭疗法是目前应用比较广泛的治疗方法之一。它以见效快、近期疗效好而著称, 但也具有明显的缺点, 即疗效不能持久, 容易复发, 远期疗效很差。笔者通过采用电针、推拿配合封闭治疗的方法, 在临床上取得了良好的效果, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。肘外侧疼痛; Mill 征阳性或者改良 Mill 征阳性; X 线检查: 晚期病例可见肱骨外上髁表面粗糙或骨质增生, 伸肌腱末端钙化或骨化。

1.2 纳入标准 符合肱骨外上髁炎诊断标准; 能够接受并完成本研究; 自愿参加并签署知情同意书者。

1.3 排除标准 不配合, 依从性差; 患处曾接受手术治疗或针刀治疗; 患有其他系统疾病; 颈椎病、臂丛神经损伤等引起的肘部疼痛及放射痛。

1.4 剔除与脱落标准 不符合纳入标准而被纳入者; 研究过程中不能耐受、自动退出者; 研究中出现严重不良反应或其它意外事件者; 近 1 月内因网球肘接受过药物或针灸等其他治疗方式的患者; 最终资料不全, 无法判断疗效者。

1.5 一般资料 观察病例为 2011 年 9 月~2012 年 10 月北京体育大学医院骨伤科门诊从北京体育大学竞技体育学院网球专业选取符合纳入标准的患者, 共 80 例, 随机分为 2 组各 40 例。治疗组男 27 例, 女 13 例; 年龄 18~22 岁, 平均 (19.0±2.0) 岁; 病程 3~18 月。对照组男 26 例, 女 14 例; 年龄 19~21 岁, 平均 (19.0±1.5) 岁; 病程 4~15 月。2 组患者患病部位、性别、年龄、病程等经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用封闭疗法治疗。封闭部位: 封闭点在肱骨

[收稿日期] 2013-12-26

[作者简介] 李新建 (1979-), 男, 在职博士研究生, 主治医师, 主要从事中医骨伤临床工作。

[通讯作者] 齐振熙, E-mail: zxqi@fjtc.edu.cn。

外上髁、肱桡韧带处和桡侧伸腕肌肌腱。药物配方：2%盐酸利多卡因 2.5 mL，曲安奈德针剂 0.5 mL(20 mg)，维生素B₁₂ 1 mL。方法：用 5 mL 的注射器及 7 号针头抽取药液后，自肱桡关节间隙处进入皮下，然后将针头滑至骨膜下浸润 0.5 mL 之后，针头滑回刺入肱桡关节内注入 1.5 mL，将针头提起在肱桡韧带处浸润 0.5 mL，之后再将针头刺入桡侧伸腕长肌腱，将药物注入 1.5 mL，最后针头向前刺入肌腱，余药全部注完。每 7 天封闭治疗 1 次，一般 2 次为 1 疗程，最多不超过 3 次^[4]。

2.2 治疗组 采用电针、推拿结合封闭治疗。①电针：患者坐位，用华佗牌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司；批号：苏食药监械(准)字 2008 第 2270626 号；规格：0.35 mm×75 mm，20 支)，蓝辉医用数码电针治疗仪[广州市蓝辉医疗仪器有限公司；型号：DZ-A1 型；批号：粤食药监械(准)字 2005 第 2260581 号]，润扬特定电磁波 TDP 治疗仪[重庆润扬医疗器械有限责任公司；型号：CQ-27；分类：I 类 B 型；批号：渝食药监械(准)字 2008 第 2260051 号]选用曲池、手三里、外关、合谷、阿是穴等穴位^[5]。使用电针时取连续波频率，电流强度以患者耐受为度，留针 25 min。治疗期间，肘部配合特定电磁波(TDP)照射，温度以患者能忍受为度。每天 1 次，10 次为 1 疗程。②推拿：患者坐位，患肢前臂旋后。医者一手握患侧腕部，另一手从前臂至上臂，来回做表面抚摸和揉捏手法，重点揉捏前臂至上臂外侧；再用拇指按压在肱骨外上髁或者肱桡关节间隙周围，向上下，左右做推拨手法 1~2 min，使之有酸胀感，同时屈伸肘关节及旋转前臂数次，掐、揉曲池、手三里、外关等穴。最后揉捏、抚摸 1~2 min，共持续 20~25 min。每天 1 次，治疗 10 天为 1 疗程^[6]。③封闭疗法：同对照组。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①疼痛视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale/Score, 简称 VAS)。具体做法是：在纸上面划一条 10 cm 的横线，横线的一端为 0，表示无痛；另一端为 10，表示剧痛；中间部分表示不同程度的疼痛。让患者根据自我感觉在横线上划一记号，表示疼痛程度。轻度疼痛平均值为(2.57±1.04)；中度疼痛平均值为(5.18±1.41)；重度疼痛平均值为(8.41±1.35)。②握力指数(简称 GSI)：是反映人前臂和手部肌肉力量的一个指标，它是指肌肉的相对力量，即每公斤体重的握力。检测方法：被测试者两脚自然分开成直立姿势，两臂下垂。一手持握力计全力握紧，记录握力计指针的刻度。用力握 2 次，取最好成绩与自身体重相比为握力指数。计算公式：握力体重指数 = 握力(kg)/体重(kg)×100。③Mayo 肘关节功能评分：Mayo 肘关节功能评分标准(MEPS)目前多用于肱骨外上髁炎治疗疗效的观察。该评分满分为 100 分，包括疼痛 45 分、运动功能 20 分、稳定性 10 分、日常活动 25 分。该评分系统从患者的关节疼痛、活动度、稳定性以及活动能力(ADL)

等方面进行综合分析。满分为 100 分，如患者总分 >90 分为优，75~89 分为良，60~74 分为可，总分 <60 分为差。

3.2 统计学方法 使用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析。计量资料组间比较用 *t* 检验，治疗前后比较用配对 *t* 检验，计数资料比较用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 将疼痛、压痛和功能障碍各项观察标准按尼莫地平评分法计算疗效指数：疗效指数(n)=[(治疗前评分 - 治疗后评分)/治疗前评分]×100%。根据所得的疗效指数评定临床疗效：痊愈：*n* 为 96%~100%。显效：*n* 为 75%~95%。有效：*n* 为 30%~74%。无效：*n* <30%。

4.2 2 组治疗前与疗程结束后即刻、6 月、12 月、24 月 VAS 评分比较 见表 1。2 组治疗前、疗程结束后即刻、6 月、24 月 VAS 评分分别比较，差异均无显著性意义(*P* > 0.05)；治疗组疗程结束后 12 月，2 组疗程结束后即刻、6 月 VAS 评分分别与治疗前比较，差异均有显著性意义(*P* < 0.05)；疗程结束后 12 月，治疗组 VAS 评分低于对照组，2 组比较，差异有显著性意义(*P* < 0.05)。

表 1 2 组治疗前与疗程结束后即刻、6 月、12 月、24 月 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 治疗前 | 疗程结束后 | | | |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | 即刻 | 6 月 | 12 月 | 24 月 |
| 治疗组 | 6.46±1.91 | 4.65±1.32 | 4.76±1.31 | 4.56±1.22 | 6.49±1.62 |
| 对照组 | 6.43±1.65 | 4.61±1.67 | 4.56±1.22 | 6.64±1.58 | 6.51±1.29 |

与治疗前比较，①*P* < 0.05；与对照组比较，②*P* < 0.05

4.3 2 组治疗前与疗程结束后即刻、6 月、12 月、24 月 GSI 比较 见表 2。2 组间治疗前、疗程结束后即刻、6 月、24 月 GSI 比较，差异均无显著性意义(*P* > 0.05)；治疗组疗程结束后 12 月，2 组疗程结束后即刻、6 月 GSI 分别与治疗前比较，差异均有显著性意义(*P* < 0.05)；疗程结束后 12 月，治疗组 GSI 高于对照组，2 组间比较，差异有显著性意义(*P* < 0.05)。

表 2 2 组治疗前与疗程结束后即刻、6 月、12 月、24 月 GSI 比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 治疗前 | 疗程结束后 | | | |
|-----|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 即刻 | 6 月 | 12 月 | 24 月 |
| 治疗组 | 63.21±7.62 | 83.58±6.15 | 82.04±7.01 | 83.58±6.15 | 64.01±6.32 |
| 对照组 | 62.83±7.65 | 82.04±7.01 | 82.14±6.11 | 62.21±7.62 | 63.85±7.06 |

与治疗前比较，①*P* < 0.05；与对照组比较，②*P* < 0.05

4.4 2 组治疗前与疗程结束后即刻、6 月、12 月、24 月 MEPS 评分情况比较 见表 3。2 组间治疗前、疗程结束后即刻、6 月、24 月 MEPS 评分比较，差异均无显著性意义(*P* > 0.05)；治疗组疗程结束后 12 月，2 组疗程结束后即刻、6 月 MEPS 评分分别与治疗前比较，差异均有显著性意义(*P* <

0.05); 疗程结束后 12 月, 治疗组 MEPS 评分高于对照组, 2 组间比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗前与疗程结束后即刻、6 月、12 月、24 月 MEPS 评分情况比较($\bar{x} \pm s$) 分

| 组别 | 治疗前 | 疗程结束后 | | | |
|-----|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 即刻 | 6 月 | 12 月 | 24 月 |
| 治疗组 | 64.62±7.24 | 84.65±6.45 | 83.65±5.41 | 80.02±7.01 | 64.89±5.74 |
| 对照组 | 65.86±7.53 | 84.02±7.01 | 84.09±6.71 | 66.12±5.73 | 65.38±6.54 |

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组比较, ② $P < 0.05$

4.5 2 组疗程结束后各时点总有效率比较 见表 4。2 组在疗程结束后即刻及疗程结束后 6 月、24 月总有效率比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 疗程结束后 12 月总有效率比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表 4 2 组疗程结束后各时点总有效率比较 例

| 疗效 | 即刻 | | 6 月 | | 12 月 | | 24 月 | |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|-----|
| | 治疗组 | 对照组 | 治疗组 | 对照组 | 治疗组 | 对照组 | 治疗组 | 对照组 |
| 痊愈 | 9 | 7 | 9 | 7 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| 显效 | 18 | 11 | 18 | 10 | 19 | 1 | 1 | 1 |
| 有效 | 8 | 16 | 7 | 16 | 5 | 4 | 0 | 1 |
| 无效 | 5 | 6 | 6 | 7 | 8 | 35 | 39 | 38 |
| 总有效率(%) | 87.5 | 85.0 | 85.0 | 82.5 | 80.0 | 12.5 | 2.5 | 5.0 |

与对照组比较, ① $P < 0.01$

综上, 疗程结束后 12 月, 治疗组疗效优于对照组, 对照组出现复发现象。疗程结束后 24 月, 2 组均出现较为严重的复发现象。

5 讨论

中医学认为, 肱骨外上髁炎(即网球肘)属痹症、肘劳、伤筋范畴, 病因多为外邪入侵、寒湿痹阻、慢性劳损等^[7], 这些因素会导致肘部气滞血瘀、经络不通。治疗时应以活血化瘀、舒经通络为原则。

在治疗网球肘方面, 实际应用时多见封闭治疗, 因为其具有操作简单, 见效快、损伤小及患者痛苦小的优点, 但是其缺点也一样明显, 即疗效不能持久, 容易复发, 远期疗效差。如何能克服其缺点而使这一疗法得到更好的应用是本研究的目的。

本研究通过具有中医特色的针灸、推拿和封闭疗法相结合的方式, 选用网球肘患者进行临床研究, 2 年后, 通过对研究对象和数据的不断观察和整理, 发现相较于单纯的封闭疗法而

言, 综合治疗的临床复发时间在第 12 月时有明显滞后现象, 这也就提示了综合治疗能够有效延迟肱骨外上髁炎的复发。

出现这种情况的原因, 笔者通过临床体会和研读医籍总结如下: 在本研究进行临床治疗肱骨外上髁炎时, 使用推拿手法通过先期的抚摩能缓解肌肉疼痛及其紧张状态, 有助于局部消肿, 止痛和消除麻木, 对神经末梢起良好刺激, 有镇静等作用; 然后通过揉捏手法的运用, 力量深达骨面, 使深部组织包括血管和神经在内都受到了良好刺激, 并且通过手法松解肘部肌腱的粘连, 可以加快血液循环, 促进组织新陈代谢, 使局部肿胀、凝滞消散, 并可缓解深部肌肉, 韧带的紧张或挛缩状态^[8]。针灸治疗的机理在于消除炎性介质, 改善微循环, 缓解痉挛, 抑制伤害信息的传导, 减轻疼痛。在治疗网球肘时, 通过对肱骨外上髁周围的穴位进行刺激, 起到舒经通络的作用。这两种方法的结合使用, 能够有效降低封闭带来的肘部肌腱粘连等副作用。

但是, 由于样本量小, 研究没有采用完全的双盲原则, 这也是下一步研究需要改进的地方。

[参考文献]

- [1] Bunata RE, Brown DS, Capelo R. Anatomic factors related to the cause of tennis elbow [J]. Bone Joint Surg(Am), 2007, 89: 1955-1963.
- [2] 范炳华, 谢远军, 叶金波. 桡尺近侧关节损伤与网球肘的鉴别及手法治疗[J]. 中国骨伤, 2007, 20(6): 397-398.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186.
- [4] 陈小梅, 廖东山, 凌恩, 等. 综合疗法治疗肱骨外上髁炎 50 例[J]. 山西中医, 2012, 28(11): 33-34.
- [5] 石学敏. 针灸学[M]. 天津: 天津科技出版社, 1996: 158-159.
- [6] 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 2 版. 北京: 人民军医出版社, 2006: 281.
- [7] 李跃, 孙军强, 王树安. 理筋手法治疗肱骨外上髁炎 167 例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2012, 20(5): 50-51.
- [8] 王玉龙, 王平, 刘爱峰. 旋牵过伸法配合展筋肌治疗肱骨外上髁炎 52 例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2013, 21(7): 13-14.

(责任编辑: 刘淑婷)