

针拨法治疗成人屈指肌腱狭窄性腱鞘炎

景雅仙

(河南省商丘市中医院, 河南 商丘 476000)

摘要 **目的:**观察针拨法治疗成人屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床疗效。**方法:**2004 年 6 月至 2010 年 12 月,采用针拨法治疗成人屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者 356 例;男 58 例,女 298 例;拇指 189 例,环指 95 例,中指 56 例,食指 16 例。根据 Quinell 分级法:3 级 269 例,4 级 87 例。术后观察患指功能恢复情况。**结果:**本组患者均获得随访,随访时间 3~36 个月,中位数 13 个月。复发 5 例,再次经针拨法治疗后治愈。按照《中医病证诊断标准》评定疗效,本组治愈 228 例,好转 126 例,未愈 2 例。**结论:**采用针拨法治疗成人屈指肌腱狭窄性腱鞘炎,具有创伤小、见效快、操作简单、并发症少、痛苦小等优点,比较适合基层医院开展。

关键词 扳机指症 针拨法

屈指肌腱狭窄性腱鞘炎又称“扳机指”“弹响指”,是骨科常见病之一,多见于中年妇女及手工劳动者,亦可见于婴幼儿。前者与反复机械刺激有关,后者多属先天性因素所致^[1]。2004 年 6 月至 2010 年 12 月,笔者采用针拨法治疗成人屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者 356 例,取得了较好的疗效,现总结报告如下。

1 临床资料

本组 356 例,男 58 例,女 298 例。年龄 38~67 岁,中位数 52 岁。均为屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者。拇指 189 例,环指 95 例,中指 56 例,食指 16 例。根据 Quinell 分级法^[2]:3 级 269 例,4 级 87 例。

2 方法

2.1 术前准备 常规检查血常规、凝血四项、空腹血糖、心电图。将 20 mL 注射器与穿刺针连接好。

2.2 手术方法 于患者掌指关节掌面触摸到膨大的屈指肌腱,用龙胆紫作标记。常规消毒、铺巾,用 1% 利多卡因 2 mL 进行局部麻醉。麻醉成功后,于标记近端 2 mm 处用穿刺针与皮肤呈 45°角进针。先将穿刺针头斜坡面平行于屈指肌腱,然后再垂直于 A1 滑车。术者屈伸患指,当针尖到达增厚的 A1 滑车时,于患指伸直位将增厚的腱纤维鞘部分划拨开,边划拨边屈伸患指。最后,让患者主动屈伸患指,若患指屈伸自如,则拔出穿刺针头,用无菌敷料加压包扎。

2.3 术后处理 术后口服抗生素 3 d,术后 24 h 内患指禁止沾水,术后早期进行主动屈指功能锻炼。

3 结果

3.1 疗效评定标准 按照《中医病证诊断疗效标准》^[3] 评定疗效。治愈:指掌侧部无红肿,无压痛,屈

伸活动正常,无弹响声及交锁现象;好转:局部肿痛减轻,活动时仍有轻微疼痛,或有弹响声,但无交锁现象;未愈:症状无改善。

3.2 疗效评定结果 本组患者均获得随访,随访时间 3~36 个月,中位数 13 个月。复发 5 例,再次经针拨法治疗后治愈。按上述标准评定疗效,本组治愈 228 例,好转 126 例,未愈 2 例。

4 讨论

屈指肌腱狭窄性腱鞘炎是手指屈指肌腱的炎症,其发病机制为:由于腱鞘水肿、鞘壁增厚,导致鞘管狭窄;肌腱由于炎症而呈梭形肿胀或结节样膨大,当膨大的肌腱经过狭窄的腱鞘时,出现疼痛、弹响或交锁。采用糖皮质激素和利多卡因局部封闭进行治疗,可以有效地缓解临床症状,但容易复发。Quinell^[2] 报道,采用糖皮质激素局部封闭治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎,其治愈率仅为 38%。对于经非手术治疗无效者,可采用手术治疗。行 A1 滑车切开松解术治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎,可大大提高治愈率,但易导致指神经损伤、感染、关节僵硬、疼痛性瘢痕等并发症的发生,且创伤较大,患者不乐意接受。有研究表明,行 A1 滑车切开松解术治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎后,患者满意率为 60%~100%^[4-6]。孙云胜等^[7] 报道,采用小针刀疗法治疗手指狭窄性腱鞘炎,具有创伤小、疗效确切的优点,但易损伤神经、血管和肌腱。

笔者认为,对于 3 级以上的屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者,特别是长期从事劳动者,采用非手术治疗往往疗效不佳,应早期行针拨法将增厚的腱纤维鞘部分划拨开,这样不仅可以缩短病程,而且 (下转第 56 页)

间^[8],可有效降低围手术期病死率。多发伤患者尤其是骨盆骨折患者出血量多,而且常同时合并多个脏器损伤,创伤后强烈的全身炎性反应,最终会发生多器官功能障碍综合征。Hildebrand 等^[9]认为初次骨折及其引起的炎性反应是对患者的第 1 次打击,继而进行的手术治疗则是对患者的第 2 次打击。患者通过自身调节经受住了初次打击,但如果第 2 次打击强度太大,则会造成患者生理负荷崩溃^[10]。因此,对于骨盆骨折患者应按照 DCO 原则进行急救。

大量出血是导致骨盆骨折患者 24 h 内死亡的主要原因之一,因此对于骨盆骨折病人最初的评估主要围绕血流动力学状态进行。首先输血、输液、填塞,避免凝血功能紊乱、减轻全身免疫反应,降低急性呼吸窘迫综合征或多器官功能障碍综合征的发生率,同时对骨盆环不稳定者用骨盆带进行临时固定,待病情稳定后进行有关手术和后续治疗。经输血、输液、填塞、骨盆临时固定后血液动力学仍不稳定,排除内脏器官损伤后可考虑行血管造影及动脉栓塞。骨盆后环不完整者,可使用骨盆 C 型钳、骶髂螺钉、骨盆带固定;前后环均不稳定需要前后方同时固定;垂直不稳定者可考虑牵引。并发内脏器官损伤者行剖腹探查,仅做简单的引流及脏器摘除即可,待病情稳定后二期处理。合并会阴部及泌尿系损伤的病人,需要进行清创、探查、修补及膀胱造瘘等。

总之,笔者认为按照 DCO 原则抢救骨盆骨折患者,可提高抢救成功率及整体治疗效果,有效减少并发症。

(上接第 54 页)可以大大减轻患者的痛苦,同时还可以避免疼痛性瘢痕的形成,减少手术并发症。另外,术后还应早期进行积极有效的屈指功能锻炼,以防粘连的发生。

综上所述,采用针拨法治疗成人屈指肌腱狭窄性腱鞘炎,具有创伤小、见效快、操作简单、并发症少、痛苦小等优点,比较适合基层医院开展。

5 参考文献

- [1] 顾玉东,王澍寰,侍德. 手外科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2002:750.
- [2] Quinnell RC. Conservative management of trigger finger [M]. Practitioner,1980,224(1340):187-190.
- [3] 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,1994:192.

5 参考文献

- [1] 王亦璠. 骨与关节损伤[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2007:1107.
- [2] Nicodemo A, Decaroli D, Pallavicini J, et al. A treatment protocol for abdomino-pelvic injuries[J]. J Orthop Traumatol,2008,9(2):89-95.
- [3] Sathy AK, Starr AJ, Smith WR, et al. The effect of pelvic fracture on mortality after trauma: an analysis of 63,000 trauma patients[J]. J Bone Joint Surg Am,2009,91(12):2803-2810.
- [4] Fulkerson EW, Egol KA. Timing issues in fracture management: a review of current concepts[J]. Bull NYU Hosp Jt Dis,2009,67(1):58-67.
- [5] Tile M. Pelvic ring fractures: should they be fixed? [J]. J Bone Joint Surg Br,1988,70(1):1-12.
- [6] Matta JM, Saucedo T. Internal fixation of pelvic ring fractures[J]. Clin Orthop Relat Res,1989,(242):83-97.
- [7] Stone HH, Strom IR, Mullings RJ. Management of the major coagulopathy with onset during laparotomy[J]. Ann Surg,1983,197(5):532-535.
- [8] 王一镗. 严重创伤救治的策略——损伤控制性手术[J]. 中华创伤杂志,2005,21(1):32-35.
- [9] Hildebrand F, Giannoudis P, Krettek C, et al. Damage control: extremities[J]. Injury,2004,35(7):678-689.
- [10] Roberts CS, Pape HC, Jones AL, et al. Damage control orthopaedics: evolving concepts in the treatment of patients who have sustained orthopaedic trauma[J]. Instr Course Lect,2005,54:447-462.

(2011-07-12 收稿 2012-01-09 修回)

- [4] Wilhelmi BJ, Mowlavi A, Neumeister MW, et al. Safe treatment of trigger finger with longitudinal and transverse landmarks: an anatomic study of the border fingers for percutaneous release[J]. Plast Reconstr Surg,2003,112(4):993-999.
- [5] Kato N, Nemoto K, Murakami H, et al. Posttraumatic volar tendon subluxation out of the first extensor compartment: a case report[J]. J Hand Surg Am,2002,27(4):636-638.
- [6] Turowski GA, Zdankiewicz PD, Thomson JG. The results of surgical treatment of trigger finger[J]. J Hand Surg Am,1997,22(1):145-149.
- [7] 孙云胜,王培峰,薛华新. 微创治疗手指狭窄性腱鞘炎[J]. 实用骨科杂志,2006,12(3):281.

(2011-05-23 收稿 2011-08-31 修回)