

针刀联合自拟跟痛方治疗跖腱膜炎临床观察

费爽明,吴世良,张开坤

(浙江省杭州市余杭区第二人民医院,浙江 杭州 311121)

摘 要 **目的:**针刀联合自拟跟痛方治疗跖腱膜炎的临床效果。**方法:**将 120 例跖腱膜炎患者随机分成 2 组,治疗组行针刀联合自拟跟痛方 1 号湿敷治疗,对照组行局部痛点封闭治疗。**结果:**经 6 个月系统随访,治疗组患者总有效率明显高于对照组($\chi^2 = 24.800, P = 0.000$)。**结论:**针刀联合自拟跟痛方 1 号湿敷治疗跖腱膜炎疗效确切,操作简单,费用低廉,值得临床推广。

关键词 跟痛症 跖腱膜炎 针刀 中药湿敷

跖腱膜炎是中老年人常见的一种足跟部慢性疾病,是跟痛症最常见的原因,多与劳损及退化有密切关系,病人多无明确外伤史^[1]。中医认为,本病多因中年以后,出现肝血肾精亏虚,气血不足,筋骨失养等所致。该病临床诊断较为容易,主要表现为足跟部疼痛,以晨起时尤明显,短距离行走后疼痛可减轻,但活动过多时疼痛又复加重,跑跳可引致突然疼痛加剧。治疗上非手术疗法(局部封闭、理疗、推拿等)疗程长,病人依从性低;手术治疗大多患者不易接受,因而针刀治疗逐渐成为目前跖腱膜炎治疗的主流选择^[2]。为进一步验证针刀疗法的疗效,2005 年 1 月至 2012 年 4 月,我们将收治的 120 例跟痛症患者随机

均分为 2 组,分别采用针刀联合跟痛方湿敷治疗和局部封闭治疗,对其疗效进行比较,现将观察结果总结报告如下。

1 临床资料

共纳入跖腱膜炎患者 120 例,按就诊时间顺序随机均分为观察组和对照组。治疗组男 28 例中,女 32 例;年龄 40 ~ 72 岁,中位数 51 岁;单足发病 48 例,双足发病 12 例,共 72 足。对照组 60 例中男 31 例,女 29 例;年龄 41 ~ 71 岁,中位数 49.5 岁;单足发病 49 例,双足发病 11 例,共 71 足。2 组患者性别、年龄、病程、发病部位等一般资料的差异均无统计学意义,具有可比性(表 1)。

表 1 2 组跖腱膜炎患者一般资料比较

组别	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)	发病部位(例)		
	男	女			左侧	右侧	双侧
治疗组	28	32	51.15 ± 6.73	20.30 ± 4.40	27	21	12
对照组	31	29	49.62 ± 7.35	18.60 ± 6.30	29	20	11
检验统计量	$\chi^2 = 0.564$		$t = 0.057$	$t = -0.101$	$\chi^2 = 1.201$		
P 值	0.428		0.764	0.840	0.268		

2 方 法

2.1 治疗组治疗方法 采用针刀治疗配合中药外敷。①针刀治疗:首先找出跖腱膜在跟骨内侧突附着点处的硬结或压痛点,用甲紫做标记,取无菌消毒处理的 4 号“汉章”牌针刀备用,局部皮肤常规消毒,用 2% 利多卡因 2 mL、复方倍他米松注射液 5 mg 局部麻醉后,在标记点使刀口线与跖腱膜呈垂直刺入针刀,直达跟骨,此处即为跖长韧带的跟骨附着点,此时针刀宜尽可能紧贴跟骨骨面,通过针刀下划行的感觉,找到致痛点、硬结处,切 4 ~ 5 次,使韧带于跟骨附着点切割分离,操作时刀尖左右移动范围不超越 1.5 cm,以较少对局部神经和血管的损伤。出针后,

用无菌敷料覆盖,术后当天即可穿软底鞋离床短距离行走。②中药外敷:针刀治疗后第 3 ~ 5 天撤除外包扎敷料,给予足跟部中药湿敷,药用自拟跟痛方 1 号方(伸筋草、透骨草、络石藤、怀牛膝、海桐皮、苏木、生艾叶、宽筋藤各 30 g,桂枝、大黄、生川草乌各 15 g),将上药搅拌后装入药袋内,放入压力锅内蒸 20 min,然后以痛点为中心外敷于足跟部,药袋与患者皮肤之间垫 2 层棉垫,以免药袋过热烫伤皮肤,温度以患者耐受为度。湿敷的同时加用直流电治疗以促进药物的透入。每次治疗 20 min,每天 1 次,12 d 为 1 个疗程,在治疗中要注意,恶性血液系统疾病、恶性肿瘤及对电流不能耐受者,禁忌使用直流电治疗;对老年人

及皮肤感觉障碍者,要慎防皮肤烫伤。治疗结束后随访 6 个月。

2.2 对照组治疗方法 采用局部封闭治疗。①体位:同针刀治疗。②定位:同针刀治疗。③封闭治疗:足跟部消毒后,取复方倍他米松注射液 5 mg 加 2%利多卡因 2 mL,制成混悬液,在定位点处垂直皮肤进针达骨面后稍退针并回抽无回血后推注药液,边推注药液边略微将针尖后退约 3~5 mm,继而再次改变角度进针并推注药液,反复如此,使针道呈放射状以求药液在压痛点均匀弥散,将药液推注完。外以无菌敷料覆盖,注射每周 1 次,连续 3 周,治疗后随访 6 个月。

2.3 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件对所得数据进行统计学分析,2 组患者性别、年龄、病程时间、病变部位比较采用 χ^2 检验,临床疗效的比较采用行平均得分差检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

3 结 果

3.1 疗效评定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]判定疗效。治愈:休息痛症状完全消失,行走时无痛,恢复日常步行功能。显效:疼痛基本消失,休息痛偶尔可发生,行走无痛或轻微痛,接近正常功能。好转:休息痛明显减轻,行走仍痛,比治疗前减轻。无效:与治疗前无明显改善,休息痛仍然存在,行走痛与治疗前相同。

3.2 疗效评定结果 如表 2 所示,治疗后 2 组患者的症状体征均有所改善,且治疗组临床疗效优于对照组($\chi^2=24.800, P=0.000$),差异有统计学意义。

表 2 2 组跖腱膜炎患者临床疗效比较 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效
治疗组	60	41	12	6	1
对照组	60	19	10	15	16

4 讨 论

跖腱膜炎临床常见,治疗上目前多采用局部封闭、理疗、推拿等非手术疗法,其中针刀治疗则是诸多方法中的首选^[4],本文治疗组病人采用的治疗方法综合了中西医的优点:小针刀疗法属于一种闭合性手术,是在不切开手术情况下,针刀直达病变部位切断部分痉挛紧张跖腱膜,同时松解局部因炎症与周围组

织的粘连,改善局部血液循环从而达到治疗目的。同时,中国传统医学理论认为,跟痛症是由于中老年人肝肾气血亏虚,风寒湿邪逐渐侵袭经络,气血运行出现瘀滞,或长期慢性劳损导致局部气滞血瘀,经脉受阻,而致“不通则痛”。这与西医认为跟骨内高压和跟骨内静脉回流瘀滞是引起跟骨痛的重要原因这一观点基本达成一致。本院自拟跟痛方 1 号,就是根据上述观点而辨证用药的。中药湿敷法是中国传统医学的重要组成部分,属于中医外治法的范畴,且在外治法中占有相当重要的地位^[5]。《素问·阴阳应象大论》曰:“其有形者,渍形以汗。”张仲景《伤寒论》中 also 说:“阴气怫郁在表,当解之熏之。”利用这一原理,药物温热效应通过刺激局部皮肤感受器,进而调整神经系统的机能,促进无菌性炎症消散及吸收,加速局部的血液循环,改善代谢及营养神经血管。该法通过药物与直流电治疗的协同作用,药物可直达病变深部,使药物的祛风除湿、活血化瘀、散寒止痛、疏松腠理作用发挥到极致,并有效增高药效和加快药物的吸收,从而更加迅速改善局部血液循环,促进新陈代谢,与针刀的疗效产生叠加效果,最终达到治疗的根本目的。

本组 60 例患者经综合治疗后取得满意效果,治疗组总有效率高于对照组。据此,笔者认为利用中西医结合理论采用针刀联合自拟跟痛方湿敷治疗跖腱膜炎疗效确切,费用低廉,值得临床推广。

5 参考文献

[1] Perelman GK, Figura MA, Sandberg WS. The medical instep plantar fasciotomy[J]. J Foot Ankle surg, 1995, 34(5): 447.

[2] 陈青,孙良智,孙建民,等.跟痛症的解剖与临床微创治疗初步研究[J].中国矫形外科杂志,2009,17(19):1501-1502.

[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,1994:27.

[4] 郭春仙,李国山.小针刀治疗顽固性跟痛症[J].中国骨伤,2003,16(1):40-41.

[5] 孟彪.内服补肾通络丸结合熏洗疗法治疗足跟痛 70 例[J].中医正骨,2011,23(10):72.

(2013-03-12 收稿 2013-04-06 修回)