

小针刀配合手法治疗跖管综合征 61 例临床分析

谈湘森,田心义,陈守平

(长沙年轮骨科医院,湖南 长沙 410000)

摘要 目的:探讨小针刀配合手法治疗跖管综合征临床疗效。方法:对 61 例跖管综合征患者均采用小针刀松解术配合手法治疗。结果:临床有效率为 96.7%。并对 42 例患者分别于治疗后 3~6 个月进行随访,均无复发。结论:小针刀配合手法治疗跖管综合征疗效显著,安全性高,创伤小,恢复快,费用低,患者依从性好,符合价值医学规律,值得推广。

关键词 跖管综合征 小针刀 手法

跖管综合征为青、壮年男性常见病,多因外伤或慢性劳损使韧带弹性降低所致。该病在临床上常被误诊为风湿脚痹或末梢神经炎,且中西医治疗效果欠佳。2007 年 10 月至 2013 年 6 月,我院采用小针刀配合手法治疗跖管综合征患者 61 例,取得了很好的治疗效果。现分析如下。

1 临床资料

本组 61 例,男 43 例,女 18 例;年龄 14~75 岁,中位数 45 岁;病程 2 周至 54 个月,中位数 4 个月;有踝部扭伤史者 42 例,踝关节骨折外伤史 8 例;慢性劳损病史 11 例;患者均有不同程度足底和足跟内侧疼痛、麻木等症状,劳累后明显,休息后减轻;25 例病程较长的患者有足底灼痛,夜间或行走后更为严重;部分患者跖管叩击有向足底及足跟放射痛;均为单侧疼痛;8 例患者局部出现皮肤干燥、无汗、汗毛脱落;23 例患者经肌电图检查示跖内侧神经或跖外侧神经所支配的足小肌震颤。所有患者均符合《中医病证诊断疗效标准》^[1]中的诊断标准。

2 方法

2.1 针刀松解术 患者取患侧卧位,将患足内踝朝上,沙袋垫平稳。在内踝后缘与足跟骨划一直线,分别在内踝与跟骨内侧定位。用 1% 利多卡因局部麻醉。第 1 支针刀切开分裂韧带内踝部的起点:在内踝后缘定位,针刀体与皮肤垂直,刀口线与腓骨纵轴呈 45°角,按针刀手术四步操作规程进针刀,针刀经皮肤、皮下组织、筋膜,直达内踝后缘骨面,沿骨面向下探寻,刀下有坚韧感时,即到达分裂韧带的起点,以提插刀法切割 2~3 刀,范围不超过 0.5 cm。第 2 支针刀切开分裂韧带跟骨内侧的止点:在跟骨内侧面定位,针刀体与皮肤垂直,刀口线与下肢纵轴呈 45°角,

针刀直达跟骨内侧骨面后,沿骨面探寻,遇坚韧感时,即到达分裂韧带的止点,向上下各铲剥切割 2~3 刀,范围不超过 0.5 cm。然后,在分裂韧带起止点之间,选择 2~3 个压痛点,按上述手法,行纵疏横剥 2~3 刀。针刀术后再行手法外展、外旋踝关节数次,持续 5~10 min。

2.2 手法治疗 针刀术后,患者仰卧,患肢外旋,用大拇指以一指禅推法或揉法于小腿内后侧,由上而下推、推至踝部,重点在跖管局部,沿与跖管纵向肌垂直的方向推、揉 5~10 min,同时在局部配合弹拨手法梳理经筋,然后顺肌腱方向用擦法,最后手法外展、外旋踝关节数次,持续 5~10 min。

以上治疗如效果不佳,1 周后行第 2 次治疗,2 周后行第 3 次治疗。

3 结果

3.1 疗效评价标准 治愈:局部无肿胀,站立行走无痠胀疼痛,无麻木感,肌电图检查无异常。好转:局部肿痛减轻,步行过多或站立过久时仍有痠胀感,肌电图检查改善。未愈:症状未改善,肌电图检查无改变^[1]。

3.2 疗效评定结果 本组 61 例,治疗期间无 1 例出现不良反应。根据上述标准评定,本组患者治愈 42 例(其中 33 例患者治疗 1 次即愈,9 例病程超过 27 周的患者治疗 2 次治愈);好转 17 例(其中 3 例病程超过 42 周的患者治疗 3 次后达到好转标准);未愈 2 例(其中 1 例病程 2 年,另 1 例病程 3 年半)。经 3~6 个月,中位数 4.7 个月随访,无复发。

4 讨论

由于踝关节的疲劳、损伤,使跖管内肌腱摩擦劳损或撕裂,造成踝管出现无菌性炎症, (下转第 39 页)

为最薄弱部位的中 1/3 出现骨折的几率最高。骨折后,断端由于胸锁乳突肌、胸大肌及上肢自身重量的共同作用出现移位。如果锁骨骨折复位不良,不仅影响肩部外形美观,而且会导致锁骨承载能力下降,将影响患肩的功能恢复。因此锁骨骨折手术的目的在于解剖复位骨折,牢靠固定,以恢复锁骨的外观形态,并争取早期功能锻炼,促使肩关节功能恢复。而进行微创手术能避免手术疤痕造成形体的美观。

虽然锁骨有无真正的髓腔还无定论,但管状骨已得到肯定,对于管状骨骨折最佳内固定方式首推髓内固定,这既符合生物力学原理,也符合材料力学原理。钛制弹性髓内钉顺应锁骨的髓腔中心性固定,更符合生物力学原理,有效对抗弯曲应力和旋转应力。同时由于弹性材料品质的优点,在骨折端具有抗弯曲、抗旋转及轴向和横向的稳定性。术后早期肩关节功能锻炼,如骑自行车或摩托车时骨折端的微动,似轴向加压,产生持续的应力刺激,促使骨痂的形成,加速骨折的愈合^[4]。

通过本组 60 例临床观察,我们认为钛制弹性髓内钉治疗锁骨骨折具有创伤小、恢复快、并发症少、术后早期进行肩关节功能锻炼等优点,同时弹性髓内钉顺应锁骨弯曲的“S”型髓腔,使肩部活动时应力分散,减少了出现断钉的几率,同时它头部似高尔夫球杆样的弯头设计到骨折远端后又阻止了髓内钉在髓腔内的滑动和退出^[5-6],避免了钉体的松动、滑钉、断

钉等并发症。

本组中出现 4 例钉尾刺激征,究其原因,2 例为术中钉尾留置长于 1 cm,2 例钉尾未旋转 90°,顶住局部皮肤,在患者锻炼过程中,钉尾与皮肤反复摩擦造成局部炎症。1 例弹性钉远端穿出,原因在于手术过程中,因用力不当,造成弹性钉穿破皮质,虽透视过程中发现并退至皮质下,但患者锻炼造成骨折端压缩,从而再次穿出皮质,引起局部症状。因此,我们建议术中应仔细操作,多次透视,防止穿破远侧皮质,并注意钉尾长度,将钉尾平行皮肤埋于皮下。

5 参考文献

- [1] 王亦聰. 骨与关节损伤[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2003:496-505.
- [2] 高岸直人ほか. 肩关节疾患治療成績判定基準[J]. 日整會誌,1987,61:623-629.
- [3] Stanley D, Trowbridge EA, Norris SH. The mechanism of clavicular fracture: a clinical and biomechanical analysis [J]. J Bone Joint Surg, 1988, 70(3):461-464.
- [4] 罗先正. 髓内钉内固定[M]. 北京:人民卫生出版社, 1997:13-14.
- [5] Jubel A, Andermahr J, Schiffer G, et al. Elastic stable intramedullary nailing of midclavicular fractures with a titanium nail[J]. Clin Orthop Relat Res, 2003, 41(3):279-285.
- [6] 吕建元,洪嵘,陈勇等. 应用 AO 钛制弹性髓内钉微创治疗锁骨骨折的疗效观察[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2009, 24(1):78.

(2009-11-10 收稿 2010-03-25 修回)

(上接第 37 页) 充血、水肿、渗出等,久之产生纤维组织增生、肥厚、粘连、挛缩等病理变化,使管腔更为狭窄,管内压力增高,压迫胫后神经而出现临床症状。小针刀将挛缩的韧带松解,刮除瘢痕,解除对胫后神经的压迫,使内踝关节的动态平衡得到恢复,以致达到治疗目的。

我们在行小针刀治疗时,刀口线与下肢纵轴呈 45°角,与跖管内神经、肌腱、血管走行方向一致,避免了损失正常组织。在分裂韧带起止点之间选择数个压痛点治疗,使跖管减压更加充分。而压痛点多为瘢痕挛缩组织,小针刀直接对病灶进行松解、割治、清除,使疗效更为确切。

我们采用穴位点压、循经滚推手法,松解跖管内肌腱粘连及组织挛缩,松弛紧张的肌肉,减轻跖管内压力,以达到行气活血,舒筋活络,祛瘀止痛之功效。

在本次治疗研究中,61 例患者治愈 42 例,好转 17 例,总有效率为 96.7%。且病程越短,效果越好,病程超过 42 周,治疗效果较差。我们认为,小针刀配合手法治疗跖管综合征疗效好,安全性高,创伤小,无复发。其疗效高于有关资料报道^[2-3]。且时间短,恢复快,费用低,患者依从性好,符合价值医学规律,值得推广。

5 参考文献

- [1] 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,1994:199-200.
- [2] 陈珂,唐俊卿等. 针刺配合理疗治疗跖管综合征 62 例临床观察[J]. 河北中医,2012,34(6):879-881.
- [3] 陈跃山,岳凤英等. 小针刀松解治疗跖管综合征 56 例.[J]. 实用中医内科杂志,2009,23(12):115-116.

(2013-07-09 收稿 2013-10-22 修回)