

针刀松解治疗指屈肌腱狭窄性腱鞘炎

曹亚飞, 李亨, 余伟吉, 刘伟东

(广东省深圳市中医院, 广东 深圳 518033)

摘 要 **目的:**观察针刀松解治疗指屈肌腱狭窄性腱鞘炎的临床疗效和安全性。**方法:**将 89 例指屈肌腱狭窄性腱鞘炎患者随机分为 2 组, 45 例采用针刀松解治疗, 44 例采用局部封闭治疗。分别于治疗后 3 周和 6 个月, 参照《中医病证诊断疗效标准》中指屈肌腱狭窄性腱鞘炎的疗效评定标准对 2 组患者的临床疗效进行评定和比较, 并观察并发症发生情况。**结果:**治疗后 3 周, 针刀组显效 45 例, 封闭组显效 25 例、好转 16 例、无效 3 例, 针刀组疗效优于封闭组 ($Z = -4.924, P = 0.000$)。治疗后 6 个月, 针刀组显效 43 例、好转 2 例, 封闭组显效 19 例、好转 18 例、无效 7 例; 针刀组疗效优于封闭组 ($Z = -5.348, P = 0.000$)。2 组患者均无神经、肌腱损伤及组织粘连等并发症发生。**结论:**针刀松解治疗指屈肌腱狭窄性腱鞘炎, 可有效缓解疼痛、改善患指功能, 安全可靠, 疗效优于局部封闭治疗。

关键词 小刀针; 扳机指症

Release with knife needle for the treatment of stenosing tenosynovitis of finger flexor tendon

CAO Yafei, LI Heng, YU Weiji, LIU Weidong

Shenzhen Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shenzhen 518033, Guangdong, China

ABSTRACT **Objective:** To observe the clinical curative effects and safety of knife needle release in the treatment of stenosing tenosynovitis of finger flexor tendon. **Methods:** Eighty-nine patients with stenosing tenosynovitis of finger flexor tendon were randomly divided into 2 groups, 45 patients (knife needle group) were treated with percutaneous release with knife needle and 44 patients (blocking group) were treated with local blocking therapy. The curative effect were evaluated and compared between the 2 groups at 3 weeks and 6 months after the treatment respectively by using the therapeutic effects evaluation standard of stenosing tenosynovitis of finger flexor tendon which was extracted from Standard for diagnosis and therapeutic effectiveness evaluation of traditional Chinese medicine syndromes, and the complications were also observed. **Results:** Forty-five patients got a good result in the knife needle group, while 25 patients got a good result, 16 fair and 3 poor in the blocking group at 3 weeks after the treatment. The knife needle group surpassed the blocking group in the curative effect ($Z = -4.924, P = 0.000$). Forty-three patients got a good result and 2 fair in the knife needle group, while 19 patients got a good result, 18 fair and 7 poor in the blocking group at 6 months after the treatment. The knife needle group surpassed the blocking group in the curative effect ($Z = -5.348, P = 0.000$). No complications such as nerve injuries, tendon injuries and tissue adhesions were found in the 2 groups. **Conclusion:** Percutaneous release with knife needle can effectively relieve the finger pain and improve the finger function. It is safe and reliable for treatment of stenosing tenosynovitis of finger flexor tendon, and its curative effect is better than that of local blocking therapy.

Key words small knife needle; trigger finger disorder

指屈肌腱狭窄性腱鞘炎又称扳机指, 临床表现为掌指关节疼痛、弹响及活动受限, 是临床常见病、多发病, 女性多见, 好发于拇、中、环指。随着电脑和智能手机的日益普及, 该病发病率有逐渐增高的趋势^[1]。传统治疗以局部封闭和手术切开松解为主^[2]。局部封闭治疗可消除局部无菌性炎症, 有利于缓解疼痛, 简单易行, 是治疗该病的常用方法, 但容易再次复发^[3]。手术切开松解治疗术后易并发切口感染、肌腱

黏连、神经损伤等并发症。2010 年 1 月至 2014 年 6 月, 笔者分别采用针刀松解和局部封闭 2 种方法治疗指屈肌腱狭窄性腱鞘炎患者 89 例, 并对 2 种方法的疗效和安全性进行了比较, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 指屈肌腱狭窄性腱鞘炎患者 89 例, 男 34 例、女 55 例; 年龄 45 ~ 68 岁, 中位数 46.5 岁; 左侧 31 例, 右侧 50 例, 双侧 8 例; 病程 2 ~ 13 个月, 中位数 7 个月; 均为在广东省深圳市中医院门诊就诊的患者。试验方案经医学伦理委员会审核通过。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》及《中医筋伤学》中的指屈肌腱狭窄性腱鞘炎诊断标准^[4-5]制定:①屈指受限并伴有疼痛,极屈后伸直有弹响及明显疼痛;②掌侧掌骨头处有压痛,可触及条索样结节。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准;②年龄 18 ~ 75 岁;③同意参与本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①结节处有波动感,不能排除腱鞘结核者;②合并有严重的心血管疾病者;③凝血功能障碍者。

1.5 疗效评定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》

指屈肌腱狭窄性腱鞘炎疗效评定标准^[4]评定疗效:显效,指掌侧部肿胀及疼痛显著缓解或消失,患指主动屈伸活动正常,无弹响及交锁现象;好转,局部肿痛减轻,患指活动时有轻微疼痛,偶有弹响,但无交锁现象;无效,症状无明显改善,或加重。

2 方 法

2.1 分组方法 按就诊顺序随机分为 2 组,45 例采用针刀松解治疗,44 例采用局部封闭治疗。2 组患者性别、年龄、发病部位比较,差异无统计学意义,具有可比性(表 1)。

表 1 2 组指屈肌腱狭窄性腱鞘炎患者基线资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	发病部位(例)		
		男	女		左侧	右侧	双侧
针刀组	45	20	25	46.72 ± 1.21	13	26	6
封闭组	44	14	30	44.32 ± 2.14	18	24	2
检验统计量		$\chi^2 = 1.502$		$t = 0.556$	$\chi^2 = 2.876$		
P 值		0.220		0.164	0.237		

2.2 治疗方法

2.2.1 针刀组 在掌骨头掌侧确定腱鞘狭窄点和肌腱卡压处(可触及硬结),常规消毒后,2%利多卡因注射液局部浸润麻醉,以硬结远端手指掌面正中线上为进针点,用直径 1.2 mm 的针刀直刺入皮肤,感觉阻力增大时提示针刀抵达指屈肌腱鞘表面,沿肌腱走行方向由远向近端纵向切割 7 mm 左右,切割时针刀尖有“咔咔”声响或明显的切割阻力感。切割至阻力感消失、患指屈伸自如、无弹响即为松解成功^[6-7]。拔除针刀后,贴敷针孔。每周 1 次,共治疗 2 次。

2.2.2 封闭组 常规消毒后,将曲安奈德注射液 10 mg + 2% 利多卡因注射液 1 mL 用 5 mL 注射器注入腱鞘。每周 1 次,共治疗 2 次。

2.3 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件对数据进行处理。2 组患者性别、发病部位的组间比较采用 χ^2 检验,年龄的组间比较采用 t 检验,疗效的组间比较采用秩和检验;检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

3 结 果

治疗后 3 周,针刀组显效 45 例,封闭组显效 25 例、好转 16 例、无效 3 例,针刀组疗效优于封闭组($Z = -4.924, P = 0.000$)。治疗后 6 个月,针刀组显效 43 例、好转 2 例,封闭组显效 19 例、好转 18 例、无效 7 例,针刀组疗效优于封闭组($Z = -5.348, P = 0.000$)。2 组患者均无神经、肌腱损伤及组织黏连等

并发症发生。

4 讨 论

指屈肌腱狭窄性腱鞘炎多发于指屈肌腱纤维鞘的起始滑动部位,其病理变化表现为病变处纤维管水肿、纤维化,鞘管增厚,管腔形成环形狭窄,同时指屈肌腱也发生创伤性水肿,被增厚的环状韧带挤压而变细,两端膨大呈葫芦状,色暗黄,失去原有光泽,嵌顿于狭窄的腱鞘,妨碍肌腱活动,致使手指屈伸受限,引起“交锁征”^[8-12]。指屈肌腱腱鞘滑车系统由 5 个环形滑车(A1、A2、A3、A4、A5),4 个交叉滑车和 1 个掌腱膜滑车组成。A1 滑车位于掌指关节掌面,纤维横行,主要附着于掌指关节掌板,远端少部分纤维附着于近节指骨底及外侧髁^[13],指屈肌腱狭窄性腱鞘炎的卡压位置大多在 A1 滑车和掌腱膜滑车^[14]。

针刀治疗指屈肌腱狭窄性腱鞘炎可通过松解变厚的鞘管壁,解除肌腱所受卡压,改善局部血液循环,达到解痉止痛的目的^[15]。操作要点:①体表定位准确,进针点应在手指掌面的中线上。②针刀垂直皮肤纹理刺入,进入皮肤后调整针刀方向,使其与肌腱走行方向一致。③感觉阻力增大时提示针刀抵达指屈肌腱鞘表面,此时硬韧感明显,避免深入到肌腱。④切割的长度要足够,以保证松解彻底。若操作方法不当,可出现肌腱断裂、神经损伤等并发症^[16]。

本研究结果表明,针刀松解治疗指屈肌腱狭窄性

腱鞘炎,可有效缓解疼痛、改善患指功能,安全可靠,疗效优于局部封闭治疗。

5 参考文献

- [1] 傅应昌,孙芳. 中药熏洗治疗早期狭窄性腱鞘炎 35 例疗效观察[J]. 中国医疗前沿, 2011, 6(9): 37.
- [2] 杨强,陈晓英,付高勇,等. 针刀治疗屈指肌腱腱鞘炎 82 例疗效观察[J]. 长春中医药大学学报, 2010, 26(4): 548.
- [3] 项攀,张玲芝. 针刀疗法治疗狭窄性腱鞘炎疗效观察[J]. 中医正骨, 2014, 26(5): 31-32.
- [4] 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: 190-192.
- [5] 孙树椿,孙之镐. 中医筋伤学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 104.
- [6] 张宇,王晓冰,孟庆江. 开皮针在屈指肌腱狭窄性腱鞘炎中的临床应用[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2013, 21(8): 57.
- [7] 李瑞琦,张国平,李宜炯,等. 自制式“镰刀状”小针刀微创治疗与开放手术治疗手指屈肌腱狭窄性腱鞘炎疗效的对比研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(10C): 3611-3613.
- [8] 朱国文,姚新苗,吕一,等. 弯形针刀经皮松解术治疗屈

指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床研究[J]. 中医正骨, 2014, 26(1): 31-33.

- [9] 朱国文,金杰,吕一,等. 屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的诊治研究进展[J]. 中医正骨, 2008, 20(11): 70-72.
- [10] 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: 366.
- [11] 陈海宏,高大伟,杨健松. 功能位固定结合中药熏洗治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效分析[J]. 中国医学创新, 2013, 10(7): 98-99.
- [12] 陈孝平,汪建平. 外科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 1021.
- [13] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎. 实用骨科学[M]. 3 版. 北京: 人民军医出版社, 2005: 1587-1588.
- [14] 周兴明,朱海波. 狭窄性腱鞘炎的微创治疗[J]. 中国误诊学杂志, 2006, 6(6): 1060-1061.
- [15] 欧阳洁,李义凯,岳永斌. 针刀治疗扳机指操作方法对手指掌侧面局部解剖结构损伤情况的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(6): 523-526.
- [16] 周冰,刘佳. 小针刀治疗屈指肌狭窄性腱鞘炎临床观察[J]. 中国中医药咨讯, 2012, 4(5): 148.

(2015-03-05 收稿 2015-06-08 修回)

· 简 讯 ·

《中医正骨》编辑部重要声明

近期,本刊编辑部在处理稿件时,发现部分作者仍然通过传统的邮寄方式投稿或通过发送电子邮件投稿,同时发现极少数作者投稿时存在一稿两投或抄袭他人论文的情况。在此,本刊编辑部郑重声明:1、本刊实行网上在线投稿,不接受纸质稿件及 E-mail 投稿。请作者登录本刊网站 www.zyzgzz.cn 注册后投稿,稿件实时处理情况可登陆本刊网站在线查询。2、作者通过本刊网站(稿件远程处理系统)在线投稿后,须提供单位介绍信(或单位推荐信),注明稿件内容真实、署名无争议、无抄袭、无一稿两投等,单位介绍信加盖公章后邮寄至本刊编辑部。3、稿件一经录用,作者须签署《论文著作权转让书》(模板从本刊网站首页的下载专区下载),并邮寄至本刊编辑部。4、本刊恕不接受已公开发表的文章,并严禁一稿两投。在稿件处理过程中,一旦发现稿件内容存在编造、抄袭、一稿两投等情况,本刊将对该稿件作退稿处理,并依据单位介绍信、单位推荐信或《论文著作权转让书》,同作者所在单位取得联系并反映情况。上述情况一经核实,编辑部将把该作者姓名加入本刊黑名单,并适时在本刊网站上予以公布。

· 通 知 ·

关于在本刊网站“下载专区”中增添论文写作参考模板和常用表格格式的通知

《中医正骨》的各位作者:

在处理稿件的过程中我们发现,部分稿件由于撰写格式不规范,给专家审稿和编辑加工带来不必要的困难,从而延长了稿件审核、刊出的周期。为方便大家在我刊投稿,提高稿件的审核和编辑加工效率,加快其刊出速度,我们根据学术论文撰写的基本要求及本刊的体例格式,编写了《中医正骨》论文写作模板和论文中常用表格格式,供大家参考。建议大家在投稿前在本刊网站首页“下载专区”中下载相应的论文模板,参照模板对稿件进行初步修改。

《中医正骨》编辑部