

# 小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的疗效观察

张峰 李兴洲

(陕西省西安市第四医院 西安 710004)

**摘要:**目的:观察小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床疗效。方法:将 180 例屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的患者随机分为 2 组:治疗组 94 例采用小针刀治疗,对照组 86 例采用局部注射药物治疗,治疗 1 月后比较疗效并随访。结果:治疗组总有效率 97.87%,明显高于对照组总有效率 66.77%,2 组疗效比较有显著性差异( $P < 0.05$ )。结论:小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的疗效更佳,一次性治愈率和显效率更高,方法简单安全,值得大力推广。

**关键词:**屈指肌腱狭窄性腱鞘炎;针刀疗法;疗效观察

中图分类号:R 686.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)02-0051-02

屈指肌腱狭窄性腱鞘炎是一种骨科常见病,多见于女性和手工劳动者,初期表现为掌指关节疼痛,掌侧局部压痛或可触及结节,余指屈伸困难,至严重阶段有弹响或绞锁出现。我院骨科自 2003 年 3 月~2006 年 3 月采用小针刀及局部注射药物治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎共 180 例,2 组比较小针刀的疗效更佳,复发率低。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 2003 年 3 月~2006 年 3 月 180 例均为骨科门诊病人。随机将其分为 2 组,其中治疗组 94 例:男性 38 例,女性 56 例,年龄 30~72 岁,平均年龄 51 岁,病程最长 1 年 5 月,最短 1 周;对照组 86 例:男性 28 例,女性 58 例,年龄 32~75 岁,平均年龄 53.5 岁,病程最长 1 年 8 月,最短 10d。X 线结果均无骨质异常。治疗组和对照组在性别、年龄和病程、病情的轻重等方面具有可比性,差异均无显著性( $P > 0.05$ )。

1.2 诊断标准 参照《中医病症诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>对屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的诊断标准制定。(1)发生明显的绞锁征,手指不能自主屈伸活动;(2)掌指关节出现疼痛,屈伸活动困难,手指屈伸活动弹响及“扳机指”现象,近掌指关节掌侧有局限性压痛,并可触及较大硬结。

## 2 治疗方法

2.1 治疗组 患者采取坐位或平卧位,术前检查触摸术部位,定位后用龙胆紫定点,标记,消毒整个患手,铺无菌洞巾,术者戴无菌手套,触及肌腱结节形成处,向其内及周围注射 2%利多卡因 2mL 做局部浸润麻醉,麻醉 5min,术者持“汉章牌”1 型 4 号针刀垂直压在针孔处,刀口线与腱鞘方向一致,加压,待出现一定凹陷后加大指力,快速刺入皮肤,直抵骨

面,再提针至皮下,向两端排刺切割,每切 2~3 刀后纵行疏通,横行剥离,剥离范围根据病情轻重、硬结大小、绞锁情况作决定,一般在 0.5~1cm 左右。若结节较大较硬,针刀感觉紧涩,可多切几刀,也可持针刀刺至骨面,刀口转向 90° 贴紧骨面纵向铲剥几下,以使结节和骨面的粘连解除,当针刀下紧、硬、涩感消失后出针刀,压迫针孔,待不出血为止,外敷创可贴,术毕可过度掌屈背伸手指二、三下,能使腱鞘松懈得更加彻底。

2.2 对照组 采用局部注射药物治疗,寻找治疗点,皮肤常规消毒,持 5mL 一次性注射器,抽取 2%利多卡因 2mL 及强的松龙注射液 25mg,混合后在压痛点处注射药共 3mL,一定要注入肌腱韧带周围、腱鞘内部,注意不要注入皮下,每周 1 次,不超过 3 次。

## 3 疗效观察

3.1 疗效评价 按国家中医管理局制定的统一标准评定<sup>[1]</sup>:治愈:患指掌侧无肿痛,无压痛,自主伸屈活动正常,无弹响声及绞锁现象;好转:局部肿痛减轻,患指活动时时有轻微疼痛,或有弹响声,但无绞锁现象;无效:临床症状无改善。

3.2 疗效结果 见表 1。

表 1 2 组疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率
治疗组	94	87(92.55)	5(5.32)	2(2.13)	92(97.87)
对照组	86	24(27.91)	36(41.86)	26(30.23)	60(69.77)

注:2 组总有效率经统计学处理, $P < 0.05$ ,有显著性差异。

## 4 讨论

狭窄性腱鞘炎,又称“扳机指”或“弹响指”,本病多发生于屈指肌腱鞘,又以拇指、示指的掌指关节多见,其他掌指关节也可发生。发病机理主要是肌腱和腱鞘组织出现退行性病全面,中毒症状消失快,血 CHE 活力恢复快。(3)毒副作用小,“反跳”现象少,用药过量与中毒反应少。(4)不良反应轻,毒性低,安全可靠,提高抢救成功率。(5)治愈时间短,减轻患者的痛苦及家属的心理负担和经济负担。总之,盐酸戊乙奎醚治疗 AOPP 在多方面优于阿托品,值得临床大力推广。

### 参考文献

- [1]赵二鹏,申玉良,王平,等.盐酸戊乙奎醚治疗有机磷中毒的临床研究[J].中国急救医学,2004,24(9):651
- [2]曾繁忠.急性中毒的现代救治[M].北京:中国科学技术出版社,1996.109~113

(收稿日期:2006-10-30)

突触前膜  $M_2$  受体在正常生理功能中发挥了调节 Ach 释放的重要功能,即当 Ach 释放过多时,可抑制 Ach 的释放<sup>[1]</sup>。此外,盐酸戊乙奎醚对  $N_1$ 、 $N_2$  受体亦有作用,故能较好、较全面地对抗有机磷中毒导致的胆碱能功能亢进引起的一系列中毒症状,同时不良反应较少或较轻。而阿托品对  $M_1$ 、 $M_2$ 、 $M_3$  受体均有作用,而对  $N_1$ 、 $N_2$  无明显作用,故不但疗效较盐酸戊乙奎醚差,而且不良反应较大、较多,剂量大时易出现一系列有害作用<sup>[2]</sup>。

在临床上我们采用盐酸戊乙奎醚治疗急性有机磷农药中毒疗效满意,众多方面明显优于阿托品:(1)起效快,持续作用时间长,用药次数少。(2)起效剂量小,抗胆碱作用强而

# 中西医结合治疗 Barton 骨折 10 例

杨文峰 杨兵 吴杰

(浙江省平湖市第一人民医院 平湖 314200)

关键词: Barton 骨折; T 形钢板; 内固定; 中西医结合疗法; 中药煎剂

中图分类号: R 739.65

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0052-01

自 2000 年以来, 我院采用 T 形钢板内固定结合中药治疗 Barton 骨折 10 例, 疗效满意。现报告如下:

## 1 临床资料

本组 10 例, 男 7 例, 女 3 例; 年龄 18~65 岁; 右侧 6 例, 左侧 4 例; 跌伤 6 例, 车祸伤 4 例; 背侧缘骨折 7 例, 掌侧缘骨折 3 例。

## 2 治疗方法

2.1 手术方法 对背侧缘骨折脱位者采用背侧切口, 长约 5cm, 在桡侧腕长短伸肌与拇长伸肌之间进入, 切开伸肌支持带, 而对掌侧缘骨折脱位者采用掌侧“S”形切口, 将掌长肌、正中神经及指屈肌腱牵向尺侧。桡侧腕屈肌、桡动脉及桡静脉牵向桡侧, 切开屈肌支持带, 分别暴露背侧或掌侧骨折端后, 直视下将骨折复位, 选择适宜长度的已预弯的 T 形或斜 T 形钢板固定。术后石膏托固定四周。

2.2 中药治疗 术后 1~2 周以活血化瘀、利气止痛为主, 基本方: 当归、桃仁、红花、柴胡、川芎、制乳没、制香附、赤芍、炙甘草。术后 3~4 周以续筋接骨为主, 基本方: 当归、川牛膝、伸筋草、骨碎补、川续断、生地、桂枝、炒元胡、木瓜。术后 5 周以培补元气、补益肝肾为主, 基本方: 当归、黄芪、熟地、制首乌、川牛膝、茯苓、川断、白术。以上基本方根据辨证随证加减。

## 3 治疗结果

本组随访 4 个月~2 年。疗效评定以骨折复位、腕关节功能拟定以下标准。优: 骨折达解剖复位, 局部无压痛, 腕关节活动范围达健侧 80% 以上; 良: 骨折端移位小于 2mm, 局部无压痛, 腕关节活动范围达健侧 60% 以上; 差: 骨折端移位大于 2mm, 腕部活动时疼痛, 腕关节活动范围小于健侧 60%。本组优 8 例, 良 1 例, 差 1 例; 优良率 90%。

4.1 小针刀治疗狭窄性腱鞘炎的机理 主要是通过切开因慢性炎症刺激而增生肥厚、引起狭窄、嵌顿的腱鞘滑车, 以解除对肌腱的粘连束缚, 这已得到所有医家的一致认可<sup>[1]</sup>。

4.2 治疗要点及注意事项 (1) 术前解释要细致, 彻底消除病人畏惧心理, 充分了解病人全身情况, 严防晕针现象发生。(2) 术中应按无菌手术操作要求, 严格进行消毒, 以防因手术引起感染, 由于小针刀治疗狭窄性腱鞘炎是经皮穿刺切割狭窄的腱鞘, 为闭合操作, 手术虽小, 但要求较高。首先, 应定位准确, 术者在掌骨头掌侧找到明显压痛点及触及一结节状物, 即位于掌指关节附近的屈指肌腱鞘第一环状韧带; 第二, 向远侧做过度的切割, 可能伤及腱鞘的滑车, 而影响手指的屈伸活动; 第三, 小针刀在手指屈肌腱中央进针, 顺屈肌腱方

无压痛, 腕关节活动范围达健侧 60% 以上; 差: 骨折端移位大于 2mm, 腕部活动时疼痛, 腕关节活动范围小于健侧 60%。本组优 8 例, 良 1 例, 差 1 例; 优良率 90%。

## 4 讨论

Barton 骨折是 1938 年 Barton 描述的一种腕关节半脱位伴随桡骨远端关节面的骨折, 分为背侧缘骨折及掌侧缘骨折。其损伤机制普遍认为当摔倒时腕背伸, 而前臂旋前, 暴力沿腕骨冲击桡骨远端关节面之背侧缘, 造成背侧型骨折。当摔倒时手背着地, 暴力沿腕骨冲击桡骨远端关节面之掌侧缘, 造成掌侧型骨折。

对 Barton 骨折的治疗, 目前已较倾向于手术治疗, 因手法复位困难而且不易保持对位<sup>[1]</sup>, 易造成腕部畸形、腕关节不稳等并发症。而外固定也难以维持骨折的位置, 易出现腕关节僵硬。采用切开复位 T 形钢板内固定, 既可解剖复位, 又能牢固维持复位, 并恢复正常掌倾角, 为腕关节功能恢复奠定坚实的基础。而且 T 形或斜 T 形钢板质轻板薄, 易塑形, 故钢板与骨面易贴合, 不会导致相应肌腱的粘连和滑动功能障碍, 有利于早期功能锻炼。术中注意修复腕骨间韧带, 以恢复腕关节的稳定性。术后根据中医三期辨证施治, 从而增强肌体修复能力, 促进骨折愈合。术后及早活动手指及肘关节、肩关节。4 周后去除石膏, 逐渐加强腕关节功能锻炼。

## 参考文献

[1] 陆裕朴. 实用骨科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1991. 625

(收稿日期: 2006-10-16)

向排刺切割剥离, 提插幅度在皮下和骨面之间, 防止造成屈肌腱损伤, 引起肌腱断裂, 剥离范围根据病情, 一般在 0.5~1cm 左右, 应注意防止针刀向两侧偏离而发生神经支和伴行血管的误伤。(3) 术后贴创可贴即可, 术后压迫止血 (≥ 5min), 术后 24h 患指禁止活动, 之后积极进行功能锻炼, 术后 2d 最好服用少量止痛药, 以减轻术后 1~2d 内的疼痛, 嘱患者 3d 不能洗手浸水, 以防感染, 若未愈, 10d 后可再次治疗。

综上所述, 小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎, 创伤小, 出血少, 恢复快, 愈后无瘢痕, 疗效好, 费用低廉, 患者易于接受, 且此疗法简单, 易于开展, 可重复治疗, 安全可靠, 值得大力推广。

## 参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 192

[2] 潘志雄. 小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的探讨[J]. 中国矫形外科杂志, 2006, 13(17): 1 358~1 359

[3] 朱国庆. 微创闭合松解术治疗狭窄性腱鞘炎探讨[J]. 中医外治杂志, 2003, 12(5): 26~27

(收稿日期: 2006-10-23)