

推拿结合电针治疗肱骨外上髁炎疗效观察

李石胜, 吴耀持, 张峻峰, 周景辉

上海交通大学附属第六人民医院, 上海 200233, 中国

【摘要】目的: 观察推拿结合电针治疗肱骨外上髁炎的临床疗效。**方法:** 将 118 例患者随机分入治疗组或对照组, 每组 59 例。治疗组采用推拿结合电针治疗, 对照组采用单独电针治疗。治疗后比较两组临床疗效。**结果:** 治疗组总有效率为 93.2%, 对照组总有效率为 84.7%, 两组比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。**结论:** 推拿结合电针治疗肱骨外上髁炎具有显著疗效。

【关键词】 推拿; 电针; 针刺疗法; 肱骨外上髁炎; 骨关节炎

肱骨外上髁炎又称“网球肘”, 是由于肱骨外上髁前臂伸肌群总腱附着处的急、慢性损伤导致的无菌性炎症, 以肘部外侧疼痛、压痛、前臂旋转不利和伸腕抗阻力阳性为主要特征。目前治疗本病的方法较多, 疗效各异^[1-5]。笔者自 2012 年 4 月至 2013 年 10 月采用推拿结合电针治疗肱骨外上髁炎患者 59 例, 并与单独电针治疗的 59 例进行疗效比较, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

根据《实用骨科手册》^[6]及《中医病症诊断疗效标准》^[7]制定诊断标准: 肘关节外侧疼痛, 可波及肘内侧或前臂, 但局部皮肤无红肿炎症表现; 肘关节肱骨外上髁处压痛; 握物前臂内旋等动作可使疼痛加重; Mills 征阳性; 肘关节 X 线片检查排除骨质病变。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准; 年龄 25-65 岁; 近 1 星期内未服用相关药物治疗或采用相关治疗方法者; 符合手法治疗适应证, 病程 <1 年; 自愿接受 2 个疗程的治疗并签定知情同意书。

1.3 排除标准

不符合纳入标准者; 精神病患者; 妊娠或哺乳期妇女; 有肱骨外上髁手术史者; 合并心脑血管疾病或肝、肾等原发性疾病者; X 线诊断为肘关节脱位或创伤性关节炎者; 风湿病或结核或肿瘤患者。

1.4 统计方法

数据采用 SPSS 19.0 统计软件处理。计量资料用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组治疗前后 VAS 评分比较用配对 t 检验; 两组临床疗效

比较采用秩和检验, 以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

1.4 一般资料

共纳入 118 例肱骨外上髁炎患者, 根据就诊次序随机分入治疗组或对照组, 每组 59 例。两组患者性别、年龄、病程等一般资料差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性(表 1)。

表 1. 两组患者一般资料比较

组别	n	性别 (例数)		平均年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	平均病程 ($\bar{x} \pm s$, 月)
		男	女		
治疗组	59	28	31	44.0±9.8	3.3±1.2
对照组	59	29	30	41.0±10.1	3.4±1.3

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 推拿治疗

以左肘患病为例。患者取坐位, 术者位于患者左外前方, 右手拖握住患者左肘后方, 使患者左肘外展前屈, 拇指置于患者左肱骨外上髁处, 其余四指放于患肘内侧。

首先术者左手握患者左腕部, 右手拇指指腹按揉前臂桡侧肌群总腱附着处(痛点周围及痛点), 使其产生酸、胀、麻感; 术者左手左右旋转患者前臂, 并使患者肘关节作被动的屈伸运动, 约 10 min (图 1)。

然后术者右手拇指弹拨压痛点与桡侧伸腕肌, 约 5 min (图 2)。



图 1. 按揉与旋转



图 2. 弹拔



然后术者右手拇指压住痛点,左手握住患者左腕部做肘关节屈伸的被动运动与前臂的旋转运动,约 5 min。

最后,术者右手拇指按揉患部,然后擦桡侧伸腕肌及肱骨外上髁,约 10 min。



推拿治疗每日 1 次,10 次为 1 个疗程,疗程间间隔 5 d,共治疗 2 个疗程。

2.1.2 电针治疗

穴位:阿是穴、手三里、手五里、曲池、肘髎。

操作:患者取坐位,患臂外展前屈位,搁置治疗桌上,肘关节微屈,肘下垫枕。选择直径 0.30 mm,长 40 mm 一次性毫针刺。得气后,每次选取阿是穴与其他四穴中的一个穴位连接 BT701-1B 型电针仪,采用连续波,频率 2 Hz,刺激强度以患者耐受为度,每次 20 min,每日 1 次,10 次为一个疗程,疗程间间隔 5 d,共治疗 2 个疗程。

2.2 对照组

仅采用与治疗组相同的电针治疗,取穴、操作及疗程等均与治疗组相同。

3 疗效观察

3.1 观察指标

肘关节疼痛程度评分:采用视觉模拟量表 (visual analogous scale, VAS) 评定肘关节疼痛程度。即使用 10 cm 长的标尺,该标尺一端为 0,代表无痛,另一端为 10,代表患者主观感觉最剧烈的疼痛。在同一位医生指导下,让患者于治疗前及治疗 2 个疗程后在直尺上标出代表自己疼痛程度的相应位置,医师根据患者标出的位置记录其评分。

3.2 疗效标准

参照《中医病症诊断疗效标准》^[7],结合 VAS 减分率制定疗效标准。

$VAS \text{ 减分率} = (\text{治疗前 VAS 评分} - \text{治疗后 VAS 评分}) \div \text{治疗前 VAS 评分} \times 100\%$ 。

临床痊愈:肘部外侧疼痛及压痛消失或基本消失,抗阻力的腕关节背伸和前臂旋前动作时

疼痛消失,持物无疼痛,肘部活动自如;VAS 减分率 $\geq 95\%$ 。

显效:肘部自觉痛感消失,压痛明显改善,抗阻力的腕关节背伸和前臂旋前动作时疼痛反应不明显;VAS 减分率 $\geq 70\%$,但 $< 95\%$ 。

有效:肘部疼痛和压痛有轻微改善,抗阻力的腕关节背伸和前臂旋前动作时仍有疼痛,VAS 减分率 $\geq 30\%$,但 $< 70\%$ 。

无效:症状无改善,VAS 减分率 $< 30\%$ 。

3.3 治疗结果

3.3.1 VAS评分比较

治疗前两组 VAS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组 VAS 评分均较本组治疗

前有明显下降(均 $P < 0.05$),且治疗组改善情况优于对照组($P < 0.05$), (表 2)。

表 2. 两组治疗前后 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	59	8.26 \pm 0.53	2.23 \pm 0.45 ¹⁾²⁾
对照组	59	8.32 \pm 0.46	2.54 \pm 0.47 ¹⁾

注:与本组治疗前比较,1) $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,2) $P < 0.05$

3.3.2 临床疗效比较

两组疗效经秩和检验,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示治疗组疗效优于对照组(表 3)。

表 3. 两组临床疗效比较 (例数)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	59	14	21	20	4	93.2 ¹⁾
对照组	59	8	17	25	9	84.7

注:与对照组比较,1) $P < 0.05$

4 讨论

肱骨外上髁炎是由于肱骨外上髁伸肌总腱由于受到反复的牵拉刺激而引起的慢性劳损。肌内纤维局部血管韧带等受到过度的牵拉,因而造成了伸腕肌附着点处出现纤维撕裂或轻微出血,随着人体的自我修复,逐渐形成局部的粘连。当伸肌用力收缩时,粘连处撕裂,引起肉芽组织反应性增殖,出现典型的肘外侧疼痛^[8]。

本病属于中医学“伤筋”及“痹证”范畴。其病因主要是由于长期劳累而致损伤筋脉,筋脉受损,气血虚弱,风寒湿邪等乘虚侵袭人体,致筋脉痹阻不通,不通则痛而发病。

适宜的推拿手法治疗可滑利关节,舒筋通络,能促进局部的血液循环,促进无菌性炎症的消散,使粘连得以松解^[9-10]。对肘部外侧明显的压痛点施以强有力的持续弹拨能缓解前臂伸肌的痉挛,剥离肘外侧软组织粘连,减轻对神经血管束的压迫,从而恢复正常的肘部生理功能^[11]。按揉肘外侧伸肌可使肘关节局部组织粘连得以松解,并通过肘关节的被动屈伸,增加肘关节活动,使慢性损伤的肘关节局部组织、血管、神经受到低度良性刺激,提高局部组织的兴奋性,改

善局部血液循环和微环境,使病变组织逐步恢复正常的代谢,从而控制炎症、缓解疼痛。

电针治疗能使局部血脉通畅,筋骨得养,关节屈伸灵活,还可促进机体释放内源性吗啡肽等镇痛物质,提高痛阈,达到镇痛的目的^[12]。电针作用于神经肌肉时,可使肌肉产生有节律的收缩,被动的肌肉运动可改善血液循环和组织营养,提高新陈代谢,对血液循环和血管舒缩功能起到调节作用,从而促进患处炎性渗出物的清除^[13]。同时,电针的脉冲电流作用人体时,组织中的离子会发生定向运动,消除细胞膜极化状态,使离子浓度和分布发生显著变化,从而影响人体组织功能^[14]。

本研究结果表明,推拿结合电针治疗肱骨外上髁炎具有疗效好、患者痛苦小等优点,其疗效优于单独电针治疗,因此可作为肱骨外上髁炎的临床治疗方案推广应用。

参考文献

- [1] Cai YM, Huang WY, Zheng JF. Clinical study on the treatment of lateral humeral epicondylitis by wheat-grain moxibustion plus acupuncture. Shanghai Zhenjiu Zazhi, 2012, 31(10): 746-747.
- [2] Zhang DY, Song HY. Observation on clinical effect of

- superficial needling for intractable humeral epicondylitis. *J Acupunct Tuina Sci*, 2013, 11(5): 322-325.
- [3] Liu ZL, Pan QJ. Observations on the efficacy of superficial needling therapy for tennis elbow. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2011, 30(10): 693-694.
- [4] Zheng ZJ. Clinical observation on Ashi point injection of ozone for tennis elbow. *J Acupunct Tuina Sci*, 2009, 7(6): 347-348.
- [5] Chen LA, Ye XP, He YJ. Observations on the efficacy of a knife needle plus acupoint catgut-embedding in treating refractory tennis elbow. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2009, 28(5): 266-267.
- [6] 陈中伟. 实用骨科手册. 上海: 上海科学教育出版社, 1992: 310.
- [7] State Administration of Traditional Chinese Medicine. *Criteria of Diagnosis and Therapeutic Effects of Diseases and Syndromes in Traditional Chinese Medicine*. Nanjing: Nanjing University Press, 1994: 189-190.
- [8] Zhang YH, Li JX, Wu LH. 电针加按摩治疗肱骨外上髁炎. *Xiandai Zhongxiyi Jiehe Zazhi*, 2008, 17(8): 1207-1208.
- [9] Zhou J, Peng SM. 针刺加火罐配合 TDP 治疗网球肘 50 例临床观察. *Zhongguo Yixue Chuangxin*, 2009, 6(14): 83.
- [10] Hu SJ, Ying YR. 肱骨外上髁炎合并前臂外侧皮神经卡压综合征. *Zhongyi Zhenggu*, 2007, 19(11): 46.
- [11] Liu YG, Zhou AX. 中药熏洗与推拿治疗肱骨外上髁炎 58 例. *Jilin Zhongyiyao*, 2006, 26(4): 43.
- [12] Zhang W, Zhang Y, Liu HB, Zhang HX, Zhang DY, Xiao H, Jiang YH, Shu ZH. Comparative study of the acupuncture on chronic sport injury of elbow in athletes with magnetic resonance imaging. *Zhongguo Kangfu Yixue Zazhi*, 2011, 26(2): 135-138.
- [13] 高希言. 针灸学临床. 北京: 人民军医出版社, 2006: 166.
- [14] Su X, Wu ZQ, Cao XM. Effects of electroacupuncture of different frequencies for treatment of patients with refractory tennis elbow syndrome. *Zhongguo Zhenjiu*, 2010, 30(1): 43-44.

作者简介: 李石胜, 医学硕士, 住院医师

通信作者: 吴耀持, 主任医师, 教授、博士生导师。

E-mail: wuyaochi11238@hotmail.com

收稿日期: 2014-6-20