

〔文章编号〕 1007-0893(2021)07-0041-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.07.019

自制微创套管针刀治疗狭窄性腱鞘炎的疗效分析

张启锋 杨 将 戴春岗

(南通市通州区中医院, 江苏 南通 226300)

〔摘要〕 目的: 探讨分析自制微创套管针刀治疗狭窄性腱鞘炎的临床疗效。方法: 选取南通市通州区中医院 2017 年 1 月至 2019 年 10 月期间收治的 84 例狭窄性腱鞘炎患者, 随机分为手术切开组(28 例)、普通针刀组(28 例)和微创针刀组(28 例)。比较三组患者的临床疗效、手术时间、术中出血量、治疗前后视觉模拟评分法(VAS)评分及并发症发生率之间的差异。结果: 微创针刀组患者治疗总有效率为 100.0%, 高于普通针刀组的 89.3% 与手术切开组的 78.6%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 微创针刀组患者的手术时间、术中出血量及治疗后 VAS 评分均优于普通针刀组、手术切开组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 微创针刀组患者的并发症发生率为 3.8%, 低于普通针刀组的 25.0% 与手术切开组的 21.4%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 自制微创套管针刀治疗狭窄性腱鞘炎, 能够有效的缩短手术时间、减少术中出血量、降低并发症发生率, 具有更高的临床疗效。

〔关键词〕 狭窄性腱鞘炎; 针刀; 自制微创套管针刀

〔中图分类号〕 R 246 〔文献标识码〕 B

狭窄性腱鞘炎是骨科临床上颇为常见的疾病, 多是由于手指长期进行织毛衣、打字、洗衣服等快速或者用力的活动, 导致腱鞘与肌腱局部发生水肿、渗出和纤维化等, 进而造成滑动受阻^[1]。近年来, 狭窄性腱鞘炎的发病率有所上升, 给人们的日常生活质量造成不利影响, 受到了越来越多的关注^[2]。保守治疗无法彻底改变管鞘的狭窄状况, 往往需要进行手术治疗, 主要包括手术切开法或普通针刀法, 但都具有一定的局限性和并发症风险, 临床疗效并不十分理想, 如何进一步改良治疗方案、降低损伤、提高疗效, 成为了当前临床研究的重要课题^[3-4]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2017 年 1 月至 2019 年 10 月期间收治的 84 例狭窄性腱鞘炎患者, 诊断标准为: (1) 无外伤史; (2) 患指肿胀、弹响、疼痛、活动受限; (3) 经手部 X 线片检查确诊符合《外科学》^[5]相关标准。排除外伤所致、先天性畸形、合并糖尿病、自身免疫性疾病、恶性肿瘤、风湿性疾病、凝血功能障碍、相关手术禁忌证等, 取得患者及家属知情同意。随机分为手术切开组(28 例)、普通针刀组(28 例)和微创针刀组(28 例)。手术切开组: 男 7 例, 女 21 例; 年龄 32~70 岁, 平均年龄(47.4±6.8)岁; 病程 2~22 个月, 平均病程(13.2±3.7)个月。普通针刀组: 男 8 例, 女 20 例; 年龄 31~72 岁, 平均年龄(47.5±6.9)岁; 病程 2~24 个月,

平均病程(13.1±3.8)个月。微创针刀组: 男 7 例, 女 21 例; 年龄 32~72 岁, 平均年龄(47.6±6.9)岁; 病程 2~24 个月, 平均病程(13.2±3.9)个月。三组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 手术切开组 患者取平卧位, 向外侧展开患肢, 掌心向上, 消毒铺巾后, 采用 1% 利多卡因(成都第一制药有限公司, 国药准字 H51021660)进行局部浸润麻醉, 沿掌横纹行 2 cm 左右切口, 把腱鞘进行逐层分离松解, 必要时将过厚的腱鞘剪开, 改变狭窄状态, 确认手指功能无碍后, 缝合包扎。

1.2.2 普通针刀组 患者取平卧位, 向外侧展开患肢, 掌心向上, 在明确 A1 滑车定位后, 消毒铺巾, 采用 1% 利多卡因局部麻醉, 垂直刺入针刀至皮下, 在感受到阻力并突破后, 有明显落空感时表明已进入腱鞘, 平行肌腱方向由近及远逐渐切开过厚的腱鞘组织, 指导患者配合进行屈伸活动, 确认没有出现卡压、弹响等现象后, 结束手术。

1.2.3 微创针刀组 患者采用自制微创套管针刀进行治疗, 具体操作为: (1) 由硬膜外套管针改造自制微创套管针刀, 即在前方剪去 5 cm 左右的空心导管针, 保留 3 cm 左右的空心套管与瞄准器, 采用锉刀把针尾的磨光制成三角形凹槽, 平行于瞄准器塑料柄, 整体上小针刀呈“T”型, 消毒后备用; (2) 患者取平卧位, 向外侧展开患肢, 掌心向上, 对压痛最敏感处、A1 滑车近远端等处进行定位标记, 消毒

〔收稿日期〕 2021-01-25

〔基金项目〕 南通市中医医疗联盟课题资助项目(TZYK201827)

〔作者简介〕 张启锋, 男, 主任医师, 主要研究方向是创伤关节。

铺巾，应用 1% 利多卡因局部麻醉；（3）自制微创套管针刀从 A1 滑车近端进针，沿皮下推至远端标记位置，并向下方将其卡顶住，被动伸直患肢，沿 A1 滑车纵轴向远端平行铲割；（4）在切割过程中，感受到针尖处的阻力消失，患指屈伸活动顺畅，没有出现卡压、弹响等现象，即视为手术成功，结束手术。

所有患者皆从术后第 2 天开始，进行指间关节活动，每日活动 5~6 次，3 次·d⁻¹。

1.3 评价指标

比较三组患者的临床疗效、手术时间、术中出血量、治疗前后视觉模拟评分法（visual analogue scale, VAS）评分（评分越高疼痛程度越高）及并发症发生率之间的差异。临床疗效判断标准：（1）显效为患者临床症状基本消失，患肢主动屈伸活动恢复正常；（2）好转为患者局部肿胀、疼痛等临床症状有所好转，患肢主动活动时时有轻微疼痛感；（3）无效为患者的临床症状未见明显好转，甚至加重。总有效率 =（显效 + 好转） / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 18.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者治疗总有效率比较

微创针刀组患者治疗总有效率为 100.0%，明显高于普通针刀组的 89.3% 与手术切开组的 78.6%，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 三组患者治疗总有效率比较（*n* = 28, 例）

组别	显效	好转	无效	总有效 / <i>n</i> (%)
手术切开组	10	12	6	22(78.6)
普通针刀组	12	13	3	25(89.3)
微创针刀组	15	13	0	28(100.0) ^a

与手术切开组、普通针刀组比较，^a*P* < 0.05

2.2 三组患者各项指标比较

经治疗，微创针刀组患者的手术时间、术中出血量及治疗后 VAS 评分均优于普通针刀组、手术切开组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 三组患者各项指标比较（*n* = 28, $\bar{x} \pm s$ ）

组别	手术时间 /min	术中出血量 /mL	VAS 评分 / 分	
			治疗前	治疗后
手术切开组	27.5 ± 2.8	25.3 ± 2.7	5.4 ± 1.3	2.9 ± 0.8
普通针刀组	16.2 ± 2.3	14.7 ± 2.1	5.5 ± 1.2	2.4 ± 0.7
微创针刀组	10.2 ± 1.8 ^b	6.2 ± 1.4 ^b	5.6 ± 1.5	1.7 ± 0.6 ^b

与手术切开组、普通针刀组比较，^b*P* < 0.05

注：VAS 一视觉模拟评分法

2.3 三组患者的并发症发生率比较

微创针刀组患者的并发症发生率为 3.8%，明显低于普通针刀组的 25.0% 与手术切开组的 21.4%，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 三组患者的并发症发生率比较（*n* = 28, 例）

组别	神经损伤	粘连复发	肌腱损伤	总有效率 / <i>n</i> (%)
手术切开组	2	2	2	6(21.4)
普通针刀组	2	2	3	7(25.0)
微创针刀组	0	0	1	1(3.8) ^c

与手术切开组、普通针刀组比较，^c*P* < 0.05

3 讨论

狭窄性腱鞘炎属于慢性损伤性疾病，中医学中归为“筋痹”的范畴，主要是由于长期劳损，伤及经筋，加之寒湿侵袭脉络，致使经脉阻滞，气血运行不畅，进而引发局部肿胀、疼痛的临床症状，严重影响患者的日常生活与工作能力^[6-7]。对于保守治疗效果不理想、病情进展或反复发作的狭窄性腱鞘炎患者，往往需要实施手术治疗，而开放性手术与普通针刀手术能够起到一定的临床治疗效果，但创伤相对较大，容易发生神经血管肌腱损伤、粘连复发等并发症，具有一定的局限性^[8-9]。

本研究结果显示，微创针刀组患者治疗总有效率为 100.0%、明显高于普通针刀组的 89.3% 与手术切开组的 78.6%，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）；微创针刀组患者的手术时间、术中出血量及治疗后 VAS 评分均优于普通针刀组、手术切开组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）；微创针刀组患者的并发症发生率为 3.8%，明显低于普通针刀组的 25.0% 与手术切开组的 21.4%，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）。笔者认为，这充分说明自制微创套管针刀在狭窄性腱鞘炎的治疗上，既能够避免开放手术切开治疗手术创伤加大、术后恢复慢的缺点，也能够有效避免普通针刀只能垂直扎切腱鞘，不能一次性完全切开病变滑车，需要多次反复进针的缺点，自制“T”型微创套管针刀更加符合患肢的局部解剖结构，在操作中能够实现腱鞘切割一步到位，缩短了手术时间，减少了术中出血量，降低了术后并发症的发生率，具有更好的临床疗效。

〔参考文献〕

- 于长禾, 罗涛, 翁志文, 等. 影响中医经皮微创松解术治疗狭窄性腱鞘炎疗效的相关因素分析 (J). 国际中医中药杂志, 2018, 40(4): 314-318.
- 王宇. 小针刀微创治疗手指屈肌腱狭窄性腱鞘炎的效果评价 (J). 中国伤残医学, 2017, 25(13): 66-67.
- 王朝亮, 黄素芳, 王仲秋, 等. 微创环切手术治疗狭窄性腱鞘炎的临床观察 (J). 中华医学杂志, 2017, 97(37): 2923-2927.
- 赵杰, 戴小宇, 何双华. 桡骨茎突狭窄性腱鞘炎的治疗进

- 展 (J). 中国骨伤, 2019, 32(4): 387-390.
- (5) 陈孝平, 汪建平. 外科学 (M). 8 版, 北京: 人民卫生出版社, 2013: 467-469.
- (6) 于长禾, 罗涛, 刘长信, 等. 推割刀经皮微创松解术治疗狭窄性腱鞘炎的临床研究 (J). 北京中医药大学学报, 2018, 41(3): 259-264.
- (7) 申毅锋, 周俏吟, 李石良, 等. 基于解剖结构的桡骨茎突狭窄性腱鞘炎研究进展 (J). 中国骨伤, 2019, 32(5): 479-484.
- (8) 张东, 王琦. 小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎 40 例 (J). 武警医学, 2018, 29(7): 713-714.
- (9) 陈荣国, 曾怿. 自制钩刀微创治疗与开放式手术治疗手指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的疗效比较 (J). 实用手外科杂志, 2017, 31(3): 293-296.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)07-0043-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.07.020

中西医结合治疗流行性感冒轻症的疗效

谢坚冰

(鹤山市中医院, 广东 鹤山 529700)

〔摘要〕 目的: 基于中西医结合治疗流行性感冒轻症的特征、病情转归规律的差异性和安全性, 比较中西医结合治疗的疗效和安全性。方法: 选取鹤山市中医院 2018 年 2 月至 2019 年 8 月期间收治的 80 例流行性感冒轻症患者, 按照数字表法均分为对照组和观察组, 各 40 例。对照组实施西医治疗, 观察组实施中西医结合治疗, 比较两组患者的治疗效果、退热时间、并发症发生情况。结果: 观察组患者治疗总有效率为 90.00%, 高于对照组的 67.50%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的退热起效时间以及完全退热时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的并发症发生率为 12.50%, 低于对照组的 35.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗在流行性感冒轻症中有非常好的治疗效果, 临床要根据实际情况选择合理的治疗方式, 更好的达到治疗预期。

〔关键词〕 流行性感冒; 辨证论治; 中西医结合疗法

〔中图分类号〕 R 511.7 〔文献标识码〕 B

流行性感冒轻症患者一般会出现发热、呼吸道症候群、精神萎靡、打喷嚏、流鼻涕等不良病症, 而且流行性感冒通过呼吸道传播, 具有非常强的传播力度和非常快的传播速度, 严重后果还有致死危险。临床对中西医结合治疗进行了研究, 发现两种治疗方式都有非常好的作用, 临床要根据具体情况为患者提供合理的治疗方式, 如果条件允许最好先选择中医治疗, 因为中医治疗副作用更少, 患者出现并发症的概率更低, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取本院 2018 年 2 月至 2019 年 8 月期间收治的 80 例流行性感冒轻症患者, 按照数字表法均分为对照组和观察组, 各 40 例。所有患者均出现了呼吸道症状表现、发热等临床特征, 经病理学检测确诊为流行性感冒轻症。排除患者有结

核、麻疹、艾滋病等情况。对照组男 25 例, 女 15 例; 平均年龄 (44.85 ± 6.62) 岁。观察组男 29 例, 女 11 例; 平均年龄 (44.71 ± 6.25) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 实施西医治疗, 主要包括: 让患者卧床休息、保持清淡饮食、改善患者机体中的水电解质紊乱情况、为患者提供物理降温、呼吸道隔离等常规治疗, 然后让患者口服可威奥司他韦 (宜昌东阳光长江药业股份有限公司, 国药准字 H20065415) $75 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$, $2 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$, 连续服用 5 d, 如果患者出现细菌性感染, 要根据病原学检测结果为患者提供抗菌药物, 再根据患者病情进行对症治疗。

1.2.2 观察组 行中西医结合疗法, 西医治疗方法和对照组相同, 中医方案如下, 风热犯卫证: 金银花 20 g, 牛蒡子 15 g, 薄荷 10 g (后下), 连翘 20 g, 芦根 30 g, 桑叶 15 g,

〔收稿日期〕 2021 - 01 - 28

〔作者简介〕 谢坚冰, 女, 主治医师, 主要研究方向是临床常见病的中医辨证论治。