

[文章编号] 1007-0893(2023)23-0077-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.23.023

针刀配合拔罐治疗肱骨外上髁炎 30 例

王崑萌¹ 郑雪峰² 王志强² 洪天生¹ 林万庆^{3*}

(1. 晋江市医院 上海市第六人民医院福建医院, 福建 晋江 362200; 2. 福建中医药大学针灸学院, 福建 福州 350000; 3. 福建省人民医院, 福建 福州 350000)

[摘要] 目的: 观察针刀配合拔罐治疗肱骨外上髁炎的疗效。方法: 选取 2019 年 5 月至 2022 年 7 月晋江市医院康复医学科收治的 60 例肱骨外上髁炎患者, 按照随机数字表分成观察组和对照组, 各 30 例。观察组患者采用针刀松解加拔罐治疗。对照组患者采用针刺加拔罐治疗, 统计疗效, 结束后进行半年随访观察, 比较两组患者临床效果。结果: 治疗后两组患者视觉模拟评分法 (VAS) 评分都较治疗前明显下降, 且观察组患者治疗后 VAS 评分低于对照组; 观察组患者治疗总有效率 96.67%, 高于对照组的 80.00%; 治疗后两组患者血清炎症因子水平 [C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素-6 (IL-6)、IL-10 及肿瘤坏死因子- α (TNF- α)] 都较治疗前明显下降, 且观察组患者治疗后血清炎症因子水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 针刀配合拔罐能有效消除或减轻患者的疼痛, 并且提高患者的临床效果。

[关键词] 肱骨外上髁炎; 针刀; 拔罐; 针刺**[中图分类号]** R 684.3 **[文献标识码]** B

肱骨外上髁炎是一种门诊常见的疼痛疾病, 多与手、腕及前臂的反复过度使用有关。肱骨外上髁炎主要表现为肘关节持续疼痛, 做简单家务如扫地、拧毛巾都因为疼痛不能进行, 给人们的生活带来较为严重的影响。肱骨外上髁炎, 俗称“网球肘”, 以旋转前臂时疼痛 (疼痛可沿前臂桡侧或拇指放散), 甚则不能扫地、提重物等为主要表现。现临床研究中医药治疗肱骨外上髁炎疗效显著, 针刀作为一种微创手术, 因其创伤小、操作方便等优点^[1], 为广大医患所接纳。本研究进一步观察 2019 年 5 月至 2022 年 7 月晋江市医院康复医学科针刀配合拔罐疗法对 30 例肱骨外上髁炎患者的临床疗效, 并与同期 30 例常规针刺后加拔罐患者进行比较, 发现针刀配合拔罐疗法效果比普通针刺后加拔罐有较大优势, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 5 月至 2022 年 7 月晋江市医院康复医学科收治的 60 例肱骨外上髁炎患者, 按照随机数字表分成观察组和对照组, 各 30 例。观察组男性 16 例, 女性 14 例; 年龄 25 ~ 65 岁, 平均年龄 (45.39 ± 1.48) 岁; 病程 2 ~ 24 个月, 平均病程 (13.45 ± 1.17) 个月。对照组男性 17 例, 女性 13 例; 年龄 27 ~ 65 岁, 平均

年龄 (45.61 ± 1.17) 岁; 病程 1 ~ 25 个月, 平均病程 (13.42 ± 1.09) 个月。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。本研究经过晋江市医院伦理委员会批准 (jjsyyxll-2023065)。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2], 为原发性肱骨外上髁炎均单侧发病, 临床特征: 患肢肘外侧疼痛, 劳累加重, 拧毛巾时加重, 在肱骨外上髁部有明显而局限压痛点。前臂伸肌群紧张试验, 旋臂屈腕试验阳性。

1.2.2 排除标准 (1) 患者处于内科疾病发作期、有凝血功能障碍者; (2) 存在施术部位皮肤炎症感染, 局部有红、肿、热、痛者; (3) 处于孕期、或是哺乳期妇女; (4) 为冈下肌损伤、前斜角肌损伤、颈椎病及环状韧带损伤等继发引起的肘外侧疼痛综合征; (5) 血压、血糖控制不佳者、皮肤破溃不易愈合者; (6) 严重代谢性疾病, 如肝硬化等^[3]; (7) 患者有其他严重心脑血管疾病; (8) 肺结核患者。

1.3 治疗方法

1.3.1 观察组 取仰卧位, 将患侧肘关节屈曲 90°, 定位应用龙胆紫进行针刺记号在肱骨外上髁压痛明显处, 常规消毒铺巾, 使用汉章 I 型 4 号 0.8 mm 针刀, 找到压痛点, 刀口线和前臂纵轴平行, 针刀与皮肤

[收稿日期] 2023-09-18

[作者简介] 王崑萌, 男, 主治医师, 硕士研究生, 主要研究方向是颈肩腰腿痛等慢性软组织损伤的针灸、小针刀治疗。

[※ 通信作者] 林万庆 (E-mail: 517639197@qq.com; Tel: 13960829639)

呈 90° 垂直点, 针刀经皮肤、皮下组织, 由浅入深至骨面, 先纵疏横剥 2~3 刀, 然后向前沿肱骨外上髁前面的骨面铲剥骨脊样物 2~3 刀。再提针刀至皮下, 与皮肤呈 45° 角左右松解一下伸指总肌、肱桡肌、旋后肌肌腱之间的粘连, 如肱骨外上髁上方、骨凸后外上髁与尺骨鹰嘴间凹陷处、环状韧带点有压痛, 可一并定点处理^[4]。针刀术后用 75% 乙醇棉球擦拭针口, 将消毒后的玻璃罐吸附在针口处 2~3 min (拔罐前, 应仔细检查罐口是否光滑, 罐体有无裂痕, 以免伤及皮肤, 或其后罐体破裂、漏气。应选择大小适宜的火罐。拔罐动作需快、稳、准, 点燃之棉球切勿烧烤罐口, 以免烫伤皮肤) 后, 吸出 1~4 mL 血量后, 干棉球压迫针孔片刻, 待不出血后, 用无菌敷料覆盖。嘱术后减少肘关节活动, 避免患侧上肢伸腕动作及局部沾水。1 周后未愈者可再做第 2 次, 2 次后进行疗效分析。

1.3.2 对照组 (1) 针灸选穴: 曲池、手三里、手五里、合谷穴, 以及阿是穴; (2) 操作: 选按压痛点, 常规消毒后, 依其范围大小, 采用佳健 0.22 mm 粗一寸长毫针, 多针齐刺^[5], 针尖必须刺到骨膜, 余曲池、手三里、手五里、合谷穴均常规针刺, 留针 30 min, 中间行平补平泻提插捻转针法 2~3 次, 每次治疗前均检查压痛点是否变化, 适时调整。针刺完毕后先用 75% 乙醇棉球擦血迹, 后立即将玻璃罐吸附在针口处 10 min 后起罐 (拔罐注意事项同前观察组), 针灸治疗每日 1 次, 7 次为 1 疗程, 2 个疗程中间间隔 1 d, 拔罐隔日 1 次, 针刺 14 次 (与拔罐 7 次) 后评价疗效。

1.4 观察指标

(1) 观察量表采用视觉模拟评分法 (visual analogue score, VAS)^[6]: 在纸上画 10 cm 直线, 10 等分后患者根据疼痛程度在直线上划记号为 0~10 分, 正常: 无疼痛, 0 分; 轻度: 1~4 分; 中度: 5~7 分; 重度: 8~10 分。(2) 疗效标准, 根据《中医病证诊断疗效标准》^[2], 痊愈: 无肘痛, 肘关节活动自如, 伸肌腱牵拉试验阴性, 半年内无复发。显效: 肘部压痛改善明显, 握力无力等症状明显改善, 旋臂屈腕试验阴性, 随访半年症状无加重。好转: 腕关节背伸较前减轻, 但做拧毛巾等动作时症状加重, 无效: 经治疗后局部疼痛、握物无力较前差异不大或反而加重者。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 好转) / 总例数 × 100%。(3) 比较两组患者炎症因子水平: 在治疗前、治疗后测定血清 C 反应蛋白 (C-reaction protein, CRP)、白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6)、IL-10 及肿瘤坏死因子-α (tumor necrosis factor-α, TNF-α)。抽取患者静脉血液, CRP、IL-6、IL-10、TNF-α 水平运用酶联免疫吸附法测定。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 不符合正态分布的计量资料比较采用秩和检验。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 两组患者治疗前后疼痛情况比较

治疗后两组患者 VAS 评分都较治疗前明显下降, 且观察组患者治疗后 VAS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后疼痛情况比较 ($n = 30, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	7.15 ± 1.05	4.90 ± 1.18 ^a
观察组	7.02 ± 1.10	3.71 ± 0.25 ^{ab}

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 96.67%, 高于对照组的 80.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者治疗总有效率比较 [$n = 30, n(\%)$]

组别	痊愈	显效	好转	无效	总有效
对照组	14(46.7)	5(16.70)	5(16.7)	6(20.00)	24(80.00)
观察组	20(66.7)	6(20.00)	3(10.0)	1(3.33)	29(96.67) ^c

注: 与对照组治比较, ^c $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗后两组患者血清 CRP、IL-6、IL-10、TNF-α 水平都较治疗前明显下降, 且观察组患者治疗后 CRP、IL-6、IL-10、TNF-α 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 ($n = 30, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP /mg · L ⁻¹	IL-10 /ng · L ⁻¹	IL-6 /ng · L ⁻¹	TNF-α /ng · L ⁻¹
对照组	治疗前	30.03 ± 0.75	18.27 ± 0.10	20.04 ± 2.32	58.71 ± 1.46
	治疗后	16.39 ± 0.35 ^d	12.82 ± 0.28 ^d	14.78 ± 1.36 ^d	42.48 ± 3.78 ^d
观察组	治疗前	30.26 ± 0.62	18.29 ± 0.12	20.65 ± 2.34	58.75 ± 1.44
	治疗后	10.06 ± 0.21 ^{de}	9.38 ± 0.04 ^{de}	10.47 ± 1.42 ^{de}	29.34 ± 3.89 ^{de}

注: CRP — C 反应蛋白; IL — 白细胞介素; TNF-α — 肿瘤坏死因子-α。

与同组治疗前比较, ^d $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^e $P < 0.05$ 。

3 讨论

肱骨外上髁炎是一种常见的运动损伤, 其发生机制和治疗方法一直是研究的热点。肱骨外上髁炎属于中医“伤筋”“筋痹”范畴。《灵枢·经筋》记载“手阳明

之筋……，上结于肘外”“手太阳之筋，起于小指之上，结于腕，上循臂内廉，结于肘内锐骨之后”“手少阳之筋，……中循臂，结于肘”。中医学认为，本病因外伤或劳损，气血虚弱，风寒湿邪侵袭，导致肘部经络、气血不畅。在中医理论中，肱骨外上髁炎的发生与气血不畅、风寒湿邪侵袭等因素有关。因此，中医治疗肱骨外上髁炎的方法主要是通过调理气血、祛风除湿来达到治疗效果。针刀医学认为肱骨外上髁炎发病多由于前臂伸肌总腱在肱骨外上髁周围的附着点影响了微血管神经束，使其受到局部水肿、粘连、钙化的卡压，从而形成慢性无菌性炎症^[7]，直接导致局部疼痛。应用小针刀治疗在于通过这种微创方式使肱骨外上髁周围微循环得到改善，减少炎症渗出，减轻粘连，使局部动态平衡恢复，以达到治疗疾病的目的^[8]。

具体来说，中医治疗肱骨外上髁炎的方法包括针灸、推拿、中药熏洗等。中医治疗肱骨外上髁炎的方法具有一定的科学性和实用性，但需要根据患者的具体情况进行个体化的治疗方案制定^[9]。同时，中医治疗也需要结合现代医学的诊断技术和治疗方法，以达到更好的治疗效果^[10]。单纯针刺等方式取穴较多，起效较慢，要求治疗多次，患者无法完全接受。中药内服治疗肱骨外上髁炎目前临床应用报道较少，且起效较慢，需长期用药，须定期检测肝肾功能方能确保用药安全。一些新型针刀疗法创伤小、恢复快，在治疗肱骨外上髁炎方面的临床效果还缺乏客观、系统的比较观察，有待进一步的研究论证。而封闭疗法虽有即刻疗效，但对一些高血压、糖尿病患者并不适用。

对瘀血内停经络引起的病证，《灵枢·九针十二原》提出“宛陈则除之”的治疗方针。宛陈是血郁积已久的意思。《素问·血气形志篇》又曰“凡治病先去其血，乃去其所苦”。刺络拔罐疗法结合了刺血疗法与拔罐的优势^[11]，以三棱针、皮肤针等针具点刺人体的某些腧穴、病灶或浅表络脉数下，针孔流出少量血液之后，随即吸拔火罐，起着止痛、清除瘀血等作用，针刀术后拔上火罐，并放出少量血液，其效能与刺络拔罐类似，能广泛应用于瘀证和痛症等病症，解除术区的压力，改善局部微循环，使血液、体液向病灶的灌注量增加。针刀术毕先用 75% 乙醇棉球擦去血迹，酒精棉球的刺激可延长针眼出血时间^[12]，增加局部出血量。玻璃罐易于消毒和观察，使用起来负压大，拔吸“离经坏血”，达到“祛瘀生新”。针刀术后拔罐，能有效减轻针刀治疗术后反应，加快针刀治疗部位的修复。另注，针刀术后拔罐（尤其是使用 0.8 mm 针刀）只需留罐 2~3 min，而不同于一般的放血

后拔罐与普通拔罐 5~10 min。针刀刺激后留罐时间长反而易引发加重局部血肿或引起较大水泡。拔罐 2~3 min 即可使粘连的病变组织向罐内移动，进一步松解局部粘连。

本研究结果显示，治疗后两组患者 VAS 评分都较治疗前明显下降，且观察组患者治疗后 VAS 评分低于对照组；观察组患者治疗总有效率为 96.67%，高于对照组的 80.00%；治疗后两组患者炎症因子水平都较治疗前明显下降，且观察组患者治疗后炎症因子水平低于对照组，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。这是因为，针刀松解加拔罐联合治疗能够改善关节腔内的细胞因子水平，加速炎症反应抑制因子的释放，减少局部炎症反应，从而降低炎症因子的水平。

综上所述，针刀松解加拔罐治疗肱骨外上髁炎能有效减轻患者的疼痛程度，改善患者的上肢活动能力。

[参考文献]

- [1] 刘丹, 胡志俊, 唐占英, 等. 针刀治疗肱骨外上髁炎的临床研究进展与展望 [J]. 上海中医药杂志, 2022, 56 (11): 97-101.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 195.
- [3] 修忠标, 赵红佳. “针刀+”辨治慢性筋骨病 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2022: 18.
- [4] 庞继光. 针刀医学基础与临床 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 174.
- [5] 刘兰英, 庄垂加, 潘文谦, 等. 肌内效贴配合齐刺法治疗肱骨外上髁炎临床观察 [J]. 光明中医, 2020, 35 (14): 2187-2190.
- [6] 孙文里, 马国本. 仿浮针疗法结合刃针疗法治疗肱骨外上髁炎的临床疗效 [J]. 中国基层医药, 2021, 28 (12): 1831-1834.
- [7] MA K L, WANG H Q. Management of Lateral Epicondylitis: A Narrative Literature Review [J]. Pain Res Manag, 2020, 2020: 6965381.
- [8] 李国德, 钱晓芬, 杨远敏, 等. 针刀疗法治疗肱骨外上髁炎的临床研究进展 [J]. 中国医药导报, 2021, 18 (18): 164-167.
- [9] 殷京, 张清, 王卓, 等. 中药泡洗法治疗风寒阻络型肱骨外上髁炎随机对照研究 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22 (6): 99-103.
- [10] 寇赵渐, 赵明宇, 张向东, 等. 肱骨外上髁炎的中医药治疗研究现状 [J]. 风湿病与关节炎, 2019, 8 (12): 64-67, 80.
- [11] 陈勇, 陈波, 李牧洋, 等. 刺络拔罐疗法的机制与临床研究进展 [J]. 中国民间疗法, 2020, 28 (4): 106-109.
- [12] 许国山. 梅花针刺络法治疗股外侧皮神经炎 40 例 [J]. 中国针灸, 2016, 36 (10): 1049-1050.