

· 经验交流 ·

铍针治疗上肢皮神经卡压综合征的临床观察

尹辛成¹, 张翔¹, 董福慧², 陈力夯¹, 雷仲民¹, 靳宜¹

(1. 首都医科大学附属北京中医医院骨按科, 北京 100010; 2. 中国中医科学院骨伤科研究所)

关键词 皮神经; 卡压综合征; 铍针疗法

Clinical observation on treatment of cutaneous nerve entrapment syndrome of upper limb by Pizhen (铍针) YIN Xin-cheng*, ZHANG Xiang, DONG Fu-hui, CHEN Li-hang, LEI Zhong-min, JIN Yi. *Beijing TCM Hospital of Capital Medical University, Beijing 100010, China

Key words Cutaneous nerve; Entrapment syndrome; Acupuncture therapy

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(8): 641-642 www.zggszz.com

上肢皮神经卡压综合征是由于现代人们长期伏案工作, 上肢使用较多, 致使局部组织劳损, 上肢肌肉筋膜紧张, 出现张力增高等病理改变, 挤压刺激通过的皮神经, 进而产生上肢疼痛等症状的综合征。为解决临床上经常出现的此类疾患, 自 2006 年 1 月至 2008 年 6 月运用铍针疗法治疗上肢皮神经卡压综合征 30 例, 疗效满意, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 治疗患者 30 例, 男 15 例, 女 15 例; 年龄 32~64 岁, 平均 47 岁。病程 1 d~1 年。其中, 腋神经浅支卡压综合征 7 例, 前臂外侧皮神经卡压综合征 13 例, 前臂内侧皮神经卡压综合征 4 例, 桡神经浅支卡压综合征 1 例, 正中神经掌皮支卡压综合征 3 例, 尺神经手背支卡压综合征 2 例。

1.2 诊断标准 根据董福慧等^[1]皮神经卡压综合征诊断标准: ①长期慢性局部疼痛或感觉异常; ②明确的局部压痛点; 触诊局部可及皮下结节或条索样包块; ③局部肌肉紧张但不影响躯体运动; ④除外其他神经系统疾病。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准: ①年龄在 18~65 岁; ②符合上肢皮神经卡压综合征诊断标准的患者; 排除标准: ①局部

软组织存在炎症反应者; ②有出血倾向者; ③患有严重心脑血管疾病或脏器衰竭不能耐受刺激者; ④糖尿病患者有肢体缺血或软组织感染倾向者; ⑤有其他神经系统疾病者; ⑥意识不清不能配合治疗者。

2 治疗方法

2.1 铍针治疗 30 名患者均应用铍针治疗, 每周治疗 1 次, 治疗 1~3 次。

2.2 铍针规格 直径 0.5~0.75 mm, 全长 5~8 cm, 针头 1 cm, 针体长 4~7 cm, 末端扁平带刃, 刀口为斜口, 刀口线为 0.5~0.75 mm。针柄是用钢丝缠绕的普通针柄, 长 3~5 cm。治疗时要使刀口线和手柄的平面标记在同一平面上, 以辨别刀口线在体内的方向。

2.3 操作方法 定位: 首先在患者上肢部寻找压痛点作为进针点。选定进针点后用甲紫标记。消毒: 局部以 2% 碘酒和 75% 乙醇常规消毒。进针: 主要有 4 种方法, ①疾刺法: 医者左手拇指按压在痛点的旁边, 右手用腕力将铍针按预定好的尺度直接垂直刺入卡压点, 不捻转, 不留针, 疾刺速拔的一种方法; ②点刺法: 医者左手拇指按压在痛点旁, 右手持铍针垂直在卡压点上将针尖点刺, 不留针, 轻点后即迅速出针的一种方法。一般进针较浅(不超过 0.5 cm); ③刺割法: 主要适用于卡压后有索形成的皮神经卡压综合征。医者持针刺入预先选

基金项目: 北京市中医管理局中医药科技发展基金(编号: jj-2006-22)
通讯作者: 尹辛成 E-mail: yinxincheng@hotmail.com

(17): 1481-1482.

[3] 徐天和, 王玖. 医学实验设计(第四讲): 均衡原则. 中国医刊, 2005, 40(10): 57-58.

[4] 胡良平, 陶丽新, 王琪, 等. 实验设计不容忽视随机原则. 中国骨伤, 2009, 22(6): 474-477

[5] 李杰. 关节镜下与切开逆行交锁髓内钉治疗股骨远端骨折疗效比较. 中国骨伤, 2008, 21(2): 145-146.

[6] 翁文杰, 王锋, 陈东阳, 等. 全髋关节置换术中局部注射混合镇痛液疗效的临床对照试验. 中国骨伤, 2008, 21(11): 834-835.

[7] 马毅, 陈海啸, 林列, 等. 锁骨外固定器和锁骨翼状解剖加压钢板治疗锁骨粉碎性骨折的病例对照研究. 中国骨伤, 2008, 21

(7): 494-496.

[8] 沈欢嗣, 陈朝蔚, 李玉梅, 等. 滋阴清热中药对生长延滞中骺板软骨细胞血管内皮生长因子表达的影响. 中国骨伤, 2009, 22(1): 14-16.

[9] 刘成招, 吴李勇, 何晓宇, 等. 经皮钢板固定技术在胫骨远端骨折中的应用. 中国骨伤, 2008, 21(3): 213-214.

[10] 郭生玉, 林连捷, 楚华, 等. 鹿瓜多肽治疗类风湿关节炎临床疗效观察. 中国骨伤, 2008, 21(8): 610-612.

(收稿日期: 2009-07-22 本文编辑: 李为农)

定的部位(部位一定要准确)达一定深度后,用针头的刀刃来回划割一下,通常划动度在 1 cm 左右,以划破条索为目的,动作要轻巧灵活,不可粗暴;④复式手法:主要适用于卡压后有 条索形成且卡压部位较深的情况。这种进针方法分为 3 个步骤。第 1 步是采用疾刺法,右手迅速将针刺入诊断明确的卡压 部位并一次到位;第 2 步是采用手法辅助,即用左手拇指在按 压疾刺后,继而更换捏拿收放弹拨等手法,使局部组织放松, 以减少阻力,并且初步让铍针与卡压的条索接触,确保铍针刺 入的准确性;第 3 步即在前两步的基础上采用刺割法。包扎: 出针后用无菌棉球或纱布按压针孔止血,无须敷料覆盖针孔。

2.4 观察指标与方法 主要观察治疗前后疼痛、压痛和软组 织张力的变化。疼痛和压痛采用 VAS 疼痛指数标记法(由轻 到重分为 0~10 共 11 个等级),在无任何暗示和启发下,患者 面对标尺将游标置于最能代表当时疼痛程度的位置,医师则 按标尺刻度记录疼痛的程度。记录第一次治疗前和末次治疗 后的刻度位置,并按位置计分,如刻度为 3,即为 3 分。对于软 组织张力的判断采用软组织张力计测定,在第一次治疗前和 末次治疗后用张力计测定操作部位的软组织张力各 1 次,并 记录数值(软组织张力越大其数值越小,反之则数值增大)。治 疗前后疼痛与压痛的改变采用尼莫地平法:(治疗前计分-治 疗后计分)/治疗前计分×100%,以百分数表示。治疗前后张力的 改变计分采用治疗后与治疗前的差值判断:无效,1≥(治疗 后软组织张力值-治疗前软组织张力值)>0;有效,(治疗后软 组织张力值-治疗前软组织张力值)>1。

2.5 统计学处理 数据统计采用 SPSS 10.0 软件进行统计 处理。治疗前后疼痛、压痛、软组织张力值采用均数±标准差 表示,观察指标治疗前后的比较采用成对 t 检验进行比较,以 P<0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

疗效判定采用各观察指标治疗前后的变化综合评判。① 痊愈:疼痛和压痛改变为 100%,张力改变为有效;②显效:疼 痛和压痛改变为 ≥67%,张力改变为有效;③有效:疼痛和压 痛改变为 34%~66%,张力改变为有效;④无效:疼痛和压痛改 变为 ≤33%,张力改变为无效。结果痊愈 5 例,显效 21 例,有 效 4 例,无效 0 例。治疗前后观察指标的变化见表 1,经 t 检 验,差异有统计学意义,P<0.01。

表 1 治疗前后疼痛、压痛、软组织张力变化比较(x±s,分)

时间	疼痛	压痛	软组织张力
治疗前	6.70±1.12	5.76±0.72	6.33±0.59
治疗后	1.57±1.17	1.60±1.10	7.44±0.47

4 讨论

皮神经卡压综合征是指皮神经在走行过程中,由于某些 原因受到慢性卡压而引起的神经功能障碍,并表现出一系列 神经分布区的不同程度的感觉障碍、植物神经功能障碍、营养 障碍甚至运动功能障碍^[1]。铍针是根据皮神经卡压造成的软 组织高张力状态的特点设计研制,通过局部减压减张,取得理 想的临床疗效。首先术中通过铍针对上肢皮下组织、筋膜和肌 肉的切割,使上肢筋膜腔内压力减低,筋膜表面张力降低,松 解粘连,消除瘢痕,从而消除感觉神经末梢所受的刺激和压

迫,缓解疼痛。因此说铍针治疗不仅是松解粘连,而且是减压 减张。其次,对局部软组织减压减张,可改变病变部位组织的 血液循环,加快炎症代谢产物的吸收,从根本上消除引起神经 炎性损害和疼痛的病理基础^[2]。此外,铍针也具有针灸样疏通 调整经络的作用^[3]。同时由于铍针针尖细小(刀口线为 0.5~ 0.75 mm),术中对上肢皮神经及周围组织的损伤较小,局部形 成的瘢痕少,不易再次形成卡压,从而使临床症状得到明显的 改善。

多数患者由于长时间上肢劳作,如提重物,写作,电脑打 字等,使肢体长时间维持在一种使神经受压或受损的姿势或 工作中神经反复受压,或外伤损伤使韧带、筋膜因损伤而出现 出血、炎症肿胀、瘢痕形成、局部张力增高病理改变,从而挤 压刺激通过的皮神经,进而出现疼痛等临床症状。我们运用铍 针对疼痛部位进行治疗,所有患者疼痛和压痛有不同程度的 改善,其张力的测定结果也显示局部张力均有改变,进一步说 明铍针可将形成粘连、瘢痕的局部组织进行松解和减压,减低 软组织间的张力,起到减压的作用,进而减轻对经过的皮神经 的压迫和刺激,从而缓解和解除疼痛、压痛。另外通过治疗观 察发现,疼痛和压痛有改善者其张力数值变大,即软组织张力 变小;而疼痛、压痛改善明显者,其张力变小程度越大。以上临 床治疗结果表明铍针治疗能够取得满意的疗效,是一种安全 简便、疗效肯定、易于推广的新疗法,具有创口小、痛苦小、无 须麻醉、定位准确、松解较为充分的优点。

参考文献

[1] 董福慧,郭振芳,张春美,等.皮神经卡压综合征.北京:科学技术出版社,2002.100.
 [2] 王兆星,董福慧.铍针治疗臂中皮神经卡压综合征.中国骨伤, 2004,17(2):90-91.
 [3] 梁朝,林新晓,闫立,等.铍针治疗隐神经膝下支卡压症 86 例. 中国骨伤,2003,16(10):595-596.

(收稿日期:2009-04-08 本文编辑:桑志成)

·读者·作者·编者·

本刊关于作者姓名排序的声明

凡投稿本刊的论文,其作者姓名及排序一旦在投稿 时确定,在编排过程中不再作改动,特此告知。

《中国骨伤》杂志社