

盲切法治疗扳机指近况

杨义靖¹ 罗开旭²

(1. 柳州市中医院, 广西 柳州 545001; 2. 南康市第二人民医院, 江西 南康)

“扳机指”全称屈指肌腱狭窄性腱鞘炎, 传统教科书以局部封闭为主, 无效时改用开放性手术治疗^[1]。近年来人们在寻求更为简便有效的治疗方法。本文着重介绍近 5 年来系列刀具盲切法治疗本病的进展情况。所谓盲切是指经皮切割的手术方法, 系列刀具是指各种不同样式的手术刀具。以下分 6 个方面展开讨论。

1 刀具的种类

刀具的选择决定了手术的方式。第一类刀具为扎切型刀具, 这类刀具实为一根粗针前端加一微型刀刃, 刀刃方向与针体垂直, 刀刃长 0.8mm 或更小, 象一把微型的凿子, 这类刀具如小针刀^[2,3]、注射器排气针^[4]、改良注射针刀^[5]等。第二类是直形手术刀, 如尖刀(11 号手术刀)^[6]、改良尖刀^[7](即将尖刀刀身裁减至 2mm, 切口小, 但不易加工), 还有线状刀^[8](为眼科专用器械, 一般医院未备), 最后是双刃小针刀^[9](用直形克氏针自行磨制成双刃的刀)。第三类为镰状弯刀。包括: ①虹膜刀^[10]。为眼科专用刀, 不易寻得。②自制微型弯刀^[11]。用克氏针拧弯, 在内弯处磨成刀刃, 状似小镰刀。③针灸刀^[12], 为古代九针发展而来, 有专门生产厂家。④小钩刀^[9,13](12 号手术刀)。

2 手术方法

2.1 连续扎切法 刀具用第一类刀具, 这一类刀具其刃在针端, 手术时针刀垂直扎入皮肤, 直至鞘管, 扎一次, 提至皮下, 再往切口下端或上端扎一刀, 如此连续几次, 使扎切口连成一线。此为连续扎切法, 属间断顺切。这种方法的优点是损伤极小, 存在问题若扎距过疏, 切口间形成间隙, 则切扎口不连续, 切口不成实线而成虚线, 不能完全切开鞘管, 有时须行二次至三次手术才能完全解开交锁, 病人心理负担较重。须二次以上治疗, 这在扎切类治法中是经常出现的^[2~4]。

2.2 连续顺切法 说是顺切, 实际上是挑割, 顺切只是相对扎切而言。挑割可分直刀挑割与弯刀挑割两类。

2.3 直刀挑割 这种方法用直形刀具, 刀刃在刀体的侧方, 手术时先将刀尖刺至鞘管, 然后于皮下分别往上往下划开鞘管, 刀口不扩大, 切口不足 1cm, 不必缝合。切开鞘管较充分, 克服了扎切法切开不完全的缺陷, 但有时刀划深了会划伤肌腱, 用这种方法有闫道海^[6]、周东升^[7]、朱泽^[8]、刘学宽^[14]等。

2.4 弯刀挑割 所有使用镰状刀具的治法均可归入此类, 刀刃在刀弯的内侧, 手术时用刀尖刺入鞘管, 然后于皮下分别向上向下各挡一刀, 刀口不扩大, 鞘管则充分划开, 由于刀尖拐弯, 损伤肌腱的机会更少, 亦不必缝合。持此法的人较多, 如赵明先^[15]、王鹰^[11]、沈荣胜^[10]、杨义靖^[13]等。

3 术后处理

由于切口小, 术后不用缝合, 这点大家是一致的。有相当数量的报道未言及术后功能锻炼^[6,7,10,14], 有些则强调术后 24h 开始功能锻炼, 以减少并发症^[10,12,13,15], 但如何进行功能锻炼则语焉欠详, 杨义靖^[13]明确指出, 术后 24h 即应进行功能锻炼, 正确的功能锻炼为屈伸近掌的指间关节, 而非掌指关节, 当活动近掌的指间关节时, 因手指屈肌腱上的梭状结节上下活动, 把鞘管切口撑开, 使内切口不再愈合, 达到治疗的目的。锻炼不当是复发的重要原因之一。

4 疗效

从总体上说连续顺切法疗效都在 95% 以上, 间断顺切法能达 95% 以上不多, 且后者二次以上治疗率在 9.5% ~ 18.19% 不等, 相比之下挑割法疗效要优于扎切法, 弯刀法优于直刀法^[2~4,6~17]。

5 存在问题

①有些治疗不能一次治愈, 需二次以上治疗, 这以扎切法多见。解决的办法是扎切刀在侧方加刃, 使之变间断顺切为连续顺切。使二次治疗率大大下降。②术后粘连或活动差, 闫道海^[4]报道治 152 例发生 2 例。周东升^[7]报道治 54 例, 发生 1 例。③复发: 发生率在 4% ~ 7.6% 之间, 复发的原因是切开不彻底或术后练功不得法所致。切开不彻底以扎切法多见。④科研方法缺陷: 大多数报道未设对照组, 未作统计学处理, 16 篇报道仅有 2 篇有对照组并作统计学处理, 所占比例较小, 反映了作者群中科研意识的不足。同时各种刀具间缺乏比较, 不能客观评价哪种刀具更优, 治疗后缺乏随访、缺乏统一的疗效标准, 使疗效比较缺乏客观性。

6 结语

盲切法治疗扳机指发展至今日, 逐步抛弃了门户观念, 各种流派互相融汇, 取长补短, 共促发展。如小针刀疗法有损伤小的一面, 但又有切割不彻底的一面, 二次治疗率高, 如吸收挑切法的长处, 在刀具侧方加刃, 使之可以连续顺切, 克服了切开不彻底的问题, 降低了二次治疗率。尖刀及钩刀类刀具略大, 损伤偏大, 亦向小针刀看齐, 刀具向微型化方向发展, 如虹膜刀、自制小弯刀或取现成的针灸刀, 都是在朝着刀具的微型化方向发展, 以达到疗效更好、损伤更小的目的, 可以期待今后治疗本病的疗效会更好, 后遗症及复发率更低, 甚至没有后遗症及复发现象发生。

参考文献

- [1] 黄家驷, 裘法祖. 黄家驷外科学. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 2293.
- [2] 王桂业, 梁云, 孟官维, 等. 狭窄性腱鞘炎两种疗法比较. 中国骨伤, 1996, 9(2): 13.
- [3] 潘玮, 易忠, 潘焕章. 用小针刀治疗手指屈肌腱狭窄性腱鞘炎.

颈腰痛杂志, 1996, 17(4): 249.

- [4] 徐山, 任国宏, 温有来, 等. 输液器排气针切割治疗手指屈腱狭窄性腱鞘炎 102 例. 中国骨伤, 1995, 8(4): 47.
- [5] 黄秉亮, 袁红. 注射针刀治疗狭窄性腱鞘炎 118 例. 山东中医杂志, 1996, 15(40): 164.
- [6] 闫道海, 石秀玲. 尖刀挑割治疗狭窄性腱鞘炎 200 例. 骨与关节损伤杂志, 1995, 10(2): 117.
- [7] 周东升, 赵安仁, 孙水, 等. 改良式尖刀片经皮治疗顽固性“弹响指”. 中国运动医学杂志, 1995, (3): 187-188.
- [8] 朱泽. 线状刀闭式手术治疗弹响指 50 例. 中国骨伤, 1997, 10(7): 12.
- [9] 殷西川, 赵成, 佟宏业. 自制两刃小针刀治疗狭窄性腱鞘炎. 中医正骨, 1999, 11(4): 43.
- [10] 沈荣胜, 翟衍娥. 眼科虹膜刀盲切法治疗弹响指 50 例小结. 中医正骨, 1998, 10(1): 42.

- [11] 王鹰, 施国强, 温荣彬. 经皮切开指屈肌腱纤维鞘管治疗狭窄性腱鞘炎. 中华手外科杂志, 1998, (1): 6.
- [12] 闫炳来, 邱学海, 穆庆军. 运用针灸刀分型治疗拇指扳机指的体会. 中医正骨, 1999, 11(4): 43.
- [13] 杨义靖, 尹辉林. 小钩刀盲切治疗手指屈肌腱狭窄性腱鞘炎临床对照观察. 中医正骨, 1999, 11(7): 21.
- [14] 刘学宽, 刘国伟. 尖刀挑割治疗狭窄性腱鞘炎. 中国骨伤, 1996, 9(5): 54.
- [15] 赵明先. 小钩刀挑治弹响指 136 例观察. 中国骨伤, 1997, 10(2): 31.
- [16] 韦方, 沈霖, 夏志道. 针拔法配合当归注射液局封治疗复发性拇指屈肌腱鞘炎. 中国中医骨伤科杂志, 1998, 6(4): 29.
- [17] 孟官维, 王桂业. 针刀药结合治疗拇长屈肌狭窄性腱鞘炎. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 67.

(编辑: 李为农)

·短篇报道·

综合治疗颈椎病 283 例

胡翔 冯玉霞 尹学临 赵颖林 张满臣
(西安市中医医院, 陕西 西安 710001)

自 1991 年元月至 1997 年 12 月, 运用卧位颈颌带牵引、手法、丹参注射液静点、中药离子导入等综合疗法, 治疗颈椎病(除外脊髓型颈椎病)取得了满意效果, 现将资料完整的 283 例住院病例分析报告如下。

1 临床资料

283 例中男性 117 例, 女性 166 例; 年龄 24~84 岁; 病程最长 21 年, 最短 2 天。283 例均参照《中华人民共和国中医行业标准《中医病证诊疗标准》^[1]进行分型诊断: 颈型 16 例、神经根型 116 例、椎动脉型 151 例。

2 治疗方法

2.1 卧位颈颌带牵引 患者取仰卧位, 颈颌带牵引, 牵引重量 5kg, 每日 3 次, 每次 1h。

2.2 手法 牵引结束后, 患者取坐位, 术者站其背后, 按放松点穴扳播放松之步骤进行, 每日 1 次。①放松。采用揉、拿揉法进行 10min。②点穴。取风池、风府、翳风、扶突、肩井、肩贞、天宗穴, 运用一指禅手法点、按、揉相结合, 以微胀、痛、麻为度, 进行 10min。③扳摇。指扳旋和摇正。扳旋: 适用于有棘突偏歪者, 以棘突左偏为例, 患者头屈位, 术

者右拇指顶于偏歪棘突左侧, 左肘窝抱于颌下, 向左侧旋转颈部至最大限度, 右拇指作反方向闪动, 常可感到或听到弹响感(声)。摇正: 适用于无棘突偏歪者, 一手固定枕部, 一手端提下颌或鼻根, 双手用力, 在适当牵引下作小幅度摇摆, 同时前屈位至后伸位运动 3 次。最后再行放松手法 5min。

2.3 静脉点滴 用 10% 葡萄糖 500ml 加丹参注射液 30ml 静脉点滴, 每日 1 次, 10d 为 1 疗程。

2.4 中药离子导入法 采用 GZ-III A 型药物电泳治疗仪, 将本院自制中药水剂(方药从略)通过电泳方式导入病变部位, 每日 1 次。

3 治疗结果

本组病例疗效评定标准依《中医病证诊疗标准》^[1]: 治愈 200 例、好转 78 例、未愈 5 例。

4 讨论

颈椎骨关节结构退行性病变, 椎间隙狭窄, 髓核突出, 后关节及关节囊松弛, 使关节半脱位或错位, 关节功能紊乱, 黄韧带肥厚及骨赘形成, 使椎管容量狭小, 椎间孔变小, 横突孔狭小或扭曲, 脊髓、椎动脉、神经根或交感神经受压或

刺激, 是颈椎病发病因素, 已被学术界公认^[2]。如何解除这些致病因素, 逆转病理机制则是治疗的关键环节。卧位牵引是借助椎间韧带和小关节囊的弹力和牵引时的拉力, 使椎间隙轻微增宽, 关节对位正常, 消除因椎间盘变性, 骨质增生对神经、血管的纵向压迫和刺激。同时卧位牵引无头颅的压力, 颈肌易于放松, 更利于解除肌痉挛及物理性炎症的吸收。放松及点穴可增加病变部位软组织血供, 提高局部组织痛阈而消炎、镇痛。扳摇手法可整复筋骨, 恢复小关节错位及功能紊乱, 重建力学平衡。静点丹参注射液及局部中药离子导入法, 具有活血化瘀、消肿止痛之作用, 可使局部组织血管扩张, 血流加快, 新陈代谢旺盛, 损伤组织修复, 水肿吸收, 从而达到消炎、消肿、解痉、镇痛之目的。4 种方法联用有互补增效作用。

参考文献

- [1] 陈佑邦. 中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊疗标准》. 南京: 南京大学出版社, 1994. 186.
- [2] 邵宣, 许竞斌, 史可任, 等. 实用颈肩腰痛学. 北京: 人民军医出版社, 1992. 261.

(编辑: 李为农)