

# 针刺联合中药泥灸治疗中重度肘关节退变性骨关节炎 伴尺神经卡压综合征术后患者的疗效观察\*

杨雅慧, 田野<sup>△</sup>, 陈华, 代丽

(河北省沧州中西医结合医院, 河北 沧州 061000)

**摘要:** 目的: 观察探讨针刺联合中药泥灸治疗中、重度肘关节退变性骨关节炎伴尺神经卡压综合征 (CuTS) 术后患者的临床疗效。方法: 选取 2021 年 1 月~2021 年 9 月于我院进行治疗的中、重度肘关节退变性骨关节炎伴 CuTS 术后患者 80 例为观察对象, 将入选患者按手术先后顺序进行编号, 应用 SPSS20.0 软件生成随机数字随机分为联合组和对照组各 40 例, 2 组均成功行尺神经松解前置术并拆除石膏固定后, 对照组在此基础上进行针刺治疗, 联合组在对照组基础上联合中药泥灸进行治疗, 比较两组术后 3 个月临床疗效、中医证候积分、肘关节疼痛程度 (VAS 评分) 及上肢功能恢复情况 (DASH 评分)、尺神经功能恢复情况、肘关节活动度, 并进行安全性分析。结果: 术后 3 个月, 联合

\* 基金项目: 河北省中医药管理局科研课题 (编号: 2021336)。作者简介: 杨雅慧, 硕士, 主治医师, 研究方向: 针灸治疗神经系统疾病及内、外、妇、儿科杂病, E-mail: yangy26402@163.com; △ 通讯作者: 田野, 硕士, 主治医师, 研究方向: 中医药治疗内科、外科疾病, E-mail: 850755146@qq.com。

用度更高, 有利于下调 SP、NPY 水平, 调节胃肠动力, 改善 IBS 症状。且针灸中选取的天枢、气海、肝俞、脾俞、大肠俞、足三里、上巨虚、太冲穴均对具有调节脾胃功能<sup>[15]</sup>, 促进胃肠动力之效, 配合温针灸, 起到提高机体能量、增强免疫力之效, 配合健脾疏肝穴贴进一步提高胃肠动力, 改善临床症状。肛门直肠运动及直肠感觉功能异常是 IBS 患者的基础病理生理机制<sup>[16]</sup>, 肛门持续挤压时间、初始感觉阈值、初始排便冲动阈值、最大耐受容量、肛门最大收缩压值均为反映肛门直肠运动及直肠感觉功能的参数, 前四项参数值下降, 肛门最大收缩压值上升, 则表示肛门直肠运动能力降低, 腹泻症状加重。研究显示, 治疗后, 观察组肛门持续挤压时间、初始感觉阈值、初始排便冲动阈值、最大耐受容量、肛门最大收缩压值上升, 肛门最大收缩压值下降, 且均优于对照组, 表示观察组患者腹泻症状得到改善, 可能与其胃肠功能改善有关, 进一步证实了中医联合治疗方案的有效性。在不良事件观察中发现, 两组均未出现明显不良事件, 证实治疗方案的安全性。

综上所述, 腹泻型 IBS 应用健脾疏肝穴贴联合温针灸治疗可有效改善肛门直肠运动及直肠感觉功能, 缓解临床症状, 提高临床疗效。

### 参考文献

[1] 李子君, 肖冰. 肠易激综合征发病机制的研究进展 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2018, 23 (1): 121-123.

[2] 戴燕娜, 徐陆周. 从“调肝健脾”论治腹泻型肠易激综合征 [J]. 江苏中医药, 2023, 55 (2): 46-49.

[3] 赵旦娅, 郑浩, 宋昌娟, 等. 徐氏抑肝扶脾方治疗肝郁脾虚证腹泻型肠易激综合征的临床研究 [J]. 中华中医药杂志, 2022, 37 (12): 7491-7494.

[4] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组, 中华医学会

消化病学分会胃肠动力学组. 2020 年中国肠易激综合征专家共识意见 [J]. 中华消化杂志, 2020, 40 (12): 803-818.

[5] 国家中医药管理局. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2022: 139-143.

[6] 中华中医药学会脾胃病分会. 肠易激综合征中医诊疗共识意见 [J]. 中华中医药杂志, 2010, 25 (7): 1062-1065.

[7] 卞立群, 陆芳, 李振华, 等. IBS-SSS、AR 及 IBS-QOL 在 IBS 临床疗效评价中的反应度分析 [J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36 (10): 1191-1196.

[8] 苏健彬, 张伦. 自拟培土顺木汤治疗肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征临床观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39 (12): 2776-2781.

[9] 王春微, 文琪, 王明选. 痛泻托脾方内服联合灌肠治疗肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征临床观察 [J]. 四川中医, 2022, 40 (7): 104-106.

[10] 程健, 余莹, 何君君. 腹泻型肠易激综合征中医“肝郁脾虚”本质的探讨与思考 [J]. 中华中医药杂志, 2020, 35 (11): 5698-5703.

[11] 代巧妹, 吕梦婷, 历凯, 等. 基于“土中泻木”论痛泻要方组方配伍之内涵 [J]. 中华中医药杂志, 2018, 33 (11): 4852-4855.

[12] 冯文林, 伍海涛, 谭海波. 痛泻要方对肠道疾病多靶点治疗作用的研究 [J]. 西部中医药, 2020, 33 (08): 166-168.

[13] 吴春霞. 自拟疏肝健脾中药联合温针灸治疗腹泻型肠易激综合征的效果研究 [J]. 中国药物与临床, 2020, 20 (6): 917-919.

[14] 臧希. 痛泻要方调控脑肠肽 5-HT、SP、NPY 治疗 IBS 肝郁脾虚证的疏肝止泻机制研究 [D]. 山西中医药大学, 2020.

[15] 陈丽, 张议文, 王健. 针灸治疗腹泻型肠易激综合征选穴规律探讨 [J]. 吉林中医药, 2016, 36 (7): 737-739.

[16] 李超, 迟雁, 王化虹, 等. 腹泻型肠易激综合征患者肛管直肠动力及感觉功能与外周肥大细胞类胰蛋白酶的相关性研究 [J]. 中国全科医学, 2017, 20 (11): 1320-1325.

(收稿日期 2023-05-22)

组临床总有效率为 97.50%，显著高于对照组的 85.00% ( $P < 0.05$ )；两组各项中医证候积分及总积分均显著降低 ( $P < 0.05$ )，且联合组各积分值均明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )；两组 VAS 评分及 DASH 评分均显著降低 ( $P < 0.05$ )，且联合组各评分明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )；联合组尺神经功能恢复情况的优良率 (90.00%) 显著高于对照组 (72.50%) ( $P < 0.05$ )；两组伸屈、旋前、旋后活动度均显著升高 ( $P < 0.05$ )，且联合组各活动度明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )；治疗期间，两组肝肾功能均无明显异常，也无不良事件发生。结论：针刺联合中药泥灸治疗中、重度肘关节退变性骨关节炎伴 CuTS 疗效显著，可明显改善患者临床症状，有效解除术后疼痛和上肢功能障碍，有助于促进尺神经及肘关节功能恢复，且安全可靠，值得临床推广应用。

**关键词：**针刺；中药泥灸；肘关节退变性骨关节炎；尺神经卡压综合征；尺神经功能

**中图分类号：**R246.2 **文献标志码：**A **文章编号：**1000-3649 (2023) 10-0202-05

**Curative effect of acupuncture combined with TCM mud moxibustion in the treatment of moderate-to-severe elbow degenerative osteoarthritis with cubital tunnel syndrome/YANGYahui, TIAN Ye, CHEN Huai, et al// (Cangzhou Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Cangzhou Hebei 061000, China)**

**Abstract:** Objective: To observe and explore the clinical efficacy of acupuncture combined with traditional Chinese medicine mud moxibustion in the treatment of moderate and severe elbow degenerative osteoarthritis with ulnar nerve entrapment syndrome (CuTS). Methods: 80 patients with moderate and severe elbow degenerative osteoarthritis and CuTS who were treated in our hospital from January 2021 to September 2021 were selected as the observation objects. The selected patients were numbered according to the sequence of surgery, and randomly divided into the combination group and the control group with random numbers generated by SPSS20.0 software. After both groups successfully performed ulnar nerve release and anterior operation and removed the plaster fixation, the control group received acupuncture treatment on this basis, On the basis of the control group, the combined group was treated with traditional Chinese medicine mud moxibustion. The clinical efficacy, TCM symptom score, elbow joint pain degree (VAS score), upper limb function recovery (DASH score), ulnar nerve function recovery, elbow joint activity were compared between the two groups three months after operation, and the safety analysis was performed. Results: Three months after operation, the total clinical effective rate in the combined group was 97.50%, significantly higher than 85.00% in the control group ( $P < 0.05$ ); The scores of various TCM symptoms and total scores in the two groups were significantly lower ( $P < 0.05$ ), and the scores in the combined group were significantly lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ); The VAS score and DASH score of the two groups were significantly lower ( $P < 0.05$ ), and the scores of the combined group were significantly lower than those of the control group ( $P < 0.05$ ); The excellent and good rate of ulnar nerve function recovery in the combined group (90.00%) was significantly higher than that in the control group (72.50%) ( $P < 0.05$ ); The activities of extension, flexion, pronation and supination were significantly increased in both groups ( $P < 0.05$ ), and the activities of the combined group were significantly higher than those of the control group ( $P < 0.05$ ); During the treatment, there was no obvious abnormality in liver and kidney function and no adverse event in both groups. Conclusion: Acupuncture combined with traditional Chinese medicine mud moxibustion has a significant effect on the treatment of moderate and severe elbow degenerative osteoarthritis with CuTS, which can significantly improve the clinical symptoms of patients, effectively relieve postoperative pain and upper limb dysfunction, help promote the functional recovery of ulnar nerve and elbow joint, and is safe and reliable, and is worthy of clinical application.

**Keywords:** Acupuncture; Traditional Chinese medicine mud moxibustion; Elbow degenerative osteoarthritis; Cubital tunnel syndrome; ulnar nerve function

肘关节退变性骨关节炎是常见慢性疾病之一，多发生于中老年群体，其病理性改变主要是骨赘的形成和一系列骨质症状，若肘内后侧尺神经沟内有增生的骨赘突入，极易卡压肘部尺神经，进而引发尺神经卡压综合征 (cubital tunnel syndrome, CuTS)<sup>[1]</sup>。CuTS 主要引起神经病理性变性，出现如肌肉萎缩、感觉功能减退、前臂及手部功能障碍、外观残疾等相关神经受压症状，严重者甚至可造成不可逆的功能损害，极大影响患者日常生活和身体健康<sup>[2]</sup>。中医学中并未有 CuTS 的直接病名记载，《素问·痹论》有记载：“……痹在于筋则屈不伸……”，《素问·气穴论》有曰：“积寒留舍……，肋肘不得伸，内为骨痹”，故根据其临床具体表现，该病可归属于“筋痹”、“痹症”、“痿证”、“筋伤”等范畴，基本病机为肝肾亏虚、气血瘀滞，若未得

到及时有效处理，痹久瘀滞经络，则筋骨失养成痿，不利关节活动<sup>[3]</sup>。中医治疗筋痹有循经络走行的特点，经过长期探索发现针刺疗法、灸法、穴位贴敷疗法等对治疗 CuTS 均有一定效果<sup>[4]</sup>。本研究旨在观察探讨针刺联合中药泥灸治疗中、重度肘关节退变性骨关节炎伴 CuTS 的临床疗效，以期为中医药治疗该病提供新思路和可能性，具体报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 1 月~2021 年 9 月于我院进行治疗的中、重度肘关节退变性骨关节炎伴 CuTS 术后患者 80 例为观察对象。将入选患者按手术先后顺序进行编号，应用 SPSS20.0 软件生成随机数字随机分为联合组和对照组各 40 例。本研究获得医院的伦理审核通过 (批号：2020101)。

1.2 诊断标准 西医诊断标准：参照《手外科学第

3版》<sup>[5]</sup>中的诊断标准对肘关节退变性骨关节炎进行诊断。参照《周围神经卡压》<sup>[6]</sup>中的诊断标准对CuTS进行诊断。

中医辨证标准：参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[7]</sup>中对痿病的标准，主症为上肢筋脉迟缓、肌肉萎缩、活动不利、上肢或五指麻木窜痛，次症为胸胁胀闷、肌肤麻木不仁、头晕、少气懒言、身疲乏力、遗尿失禁或小便频数，舌有瘀斑或紫暗，苔白，脉微涩而紧。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准：①神经卡压分型为中、重度CuTS<sup>[8]</sup>；②年龄18-65周岁；③均为单侧患肢发病，且成功行尺神经松解前置术并拆除石膏固定；④患者及其家人知情并已签署知情同意书。排除标准：①伴有其他神经卡压性疾病或周围神经病变者，如腕尺管综合征、胸廓出口综合征、神经根型颈椎病、神经鞘膜瘤、Guyon管尺神经卡压征等；②患侧畸形或有急慢性皮肤感染性疾病者；③接受其他术式进行治疗者及正在参加其他相关研究的受试者；④肝、肾、造血系统、内分泌系统、免疫系统异常者及患有恶性肿瘤、精神疾病者；⑤哺乳妊娠或正准备妊娠的妇女；⑥有酒精、药物滥用病史者；⑦晕针及对治疗药物过敏者。

1.4 研究方法 两组均成功行尺神经松解前置术并拆除石膏固定后，对照组在此基础上使用华佗牌一次性使用无菌针灸针进行针刺（生产厂家：苏州医疗用品有限公司，批号：苏械注准20162270970，规格：0.25mmx40mm）治疗。主穴：膏肓（双侧）、心俞（双侧）、足三里（双侧）、极泉下（患侧）、手三里（患侧）、少海（患侧）及通里穴（患侧）。配穴（均为患侧取穴）：外关、合谷、后溪、少泽、阳陵泉。操作：在背部膏肓、心俞穴区查找压痛及经筋节点，如有明显压痛及经筋节点则以其为治疗点，如没有明显压痛及经筋节点则以腧穴<sup>[9]</sup>为治疗点，膏肓、心俞穴针后行青龙摆尾手法；极泉下穴采用石学敏院士“石氏守神针刺疗法”，极泉下穴（即：极泉穴下一寸），直刺0.5~0.8寸，避开动脉，用提插泻法，使针感直达手指，不留针；少海，用提插法使针感沿上肢放射，不留针。其余穴位针用泻法，中强度刺激，留针30分钟。联合组在对照组基础上联合中药泥灸进行治疗，待患者出针后再行中药泥灸治疗，泥灸处方：伸筋草25g，延胡索25g，肉桂25g，葛根25g，川芎25g，丹参12g，细辛3g。操作方法：将诸药研磨成粉末状，以清水调至泥状，用纱布包裹，高温蒸2h左右至药物融和，待药泥温度冷却至皮肤耐受（40~42℃）后敷于病变关节处，再用保鲜膜覆盖固定，然后用红外线理疗机持续加热以维持温度，外敷30min后取下药泥，清洁施灸区，注意保暖。再次使用时直接将存入盒中的药泥放入微波炉中加热2-3min即可，使用6次后统一更换药泥以保证药效。两组均1天治疗1次，每6天后休息1天，治疗2周为1疗程，共治疗2疗程。试验过程中，若患者出现针刺或中药泥灸相关不良反应，应参照《针灸治疗学》及时进行对症处理。两组均术后进行常规门诊随访以评价所有患者治疗效果。

1.5 观察指标 ①中医证候积分：术前、术后3个月，对患者主要中医症状按严重程度分别记为0分、2分、4分、6分，次症按有、无分别记为0分、2

分，评分越高表明患者症状越严重。②肘关节疼痛程度及上肢功能恢复情况：术前、术后3个月，分别采用视觉模拟评分法（VAS）<sup>[10]</sup>和上肢功能障碍评定量表（DASH）<sup>[11]</sup>对患者肘关节疼痛程度和上肢功能恢复情况进行评估，其中VAS评分范围为0~10分，分数与疼痛感呈正比。DASH量表共有21个条目，均采用5级评分法，总分为21~105分，分数越低表明上肢功能恢复越好。③尺神经功能恢复情况：术后3个月，参照《中华医学会手外科学会上肢部分功能评定试用标准》<sup>[12]</sup>并结合感觉功能与肌肉功能恢复情况进行评定，其中感觉功能恢复情况分为感觉无恢复（S<sub>0</sub>）；支配区深感觉恢复（S<sub>1</sub>）；支配区感觉及触觉部分恢复（S<sub>2</sub>）；支配区感觉过敏消失，痛觉和触觉恢复，两点分辨觉>6mm（S<sub>3</sub>）；感觉完全恢复且两点分辨觉<6mm（S<sub>4</sub>）。肌肉功能恢复情况分为肌肉无收缩（M<sub>0</sub>）；近端肌肉有收缩（M<sub>1</sub>）；近远端肌肉均有收缩（M<sub>2</sub>）；肌肉能抗阻力收缩（M<sub>3</sub>）；能完成独立或协同运动（M<sub>4</sub>）。尺神经功能恢复达S<sub>3</sub>和M<sub>4</sub>以上者为优，达S<sub>3</sub>和M<sub>3</sub>者为良，达S<sub>2</sub>和M<sub>2</sub>者为可，低于S<sub>2</sub>和M<sub>2</sub>标准者为差。④肘关节活动度：术前、术后3个月，分别记录患者最大程度伸屈、旋前及旋后活动度。⑤安全性分析：治疗期间，检测患者肝肾功能指标，并记录不良反应发生情况。

1.6 疗效评价 术后3个月，参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[13]</sup>及神经电生理检查结果进行评定，其中中医证候消失或基本消失（中医证候总积分减少≥90%），肌电图无异常，运动和感觉神经传导速度均正常者为痊愈；中医证候明显好转（中医证候总积分减少≥70%），肌电图显示有再生电位或基本无神经失电位，运动单位成混合相，神经传导速度基本正常者为显效；中医证候有好转（中医证候总积分减少≥30%），肌电图显示运动单位成单纯混合相，运动单位减少者为进步；中医证候未改善或相对加重（中医证候总积分减少<30%），肌电图显示治疗前后基本无变化者为无效。

1.7 统计学方法 数据应用SPSS22.0软件进行统计分析，临床疗效、尺神经功能恢复情况和不良反应发生率以n(%)形式表示，采用卡方检验；中医证候积分、VAS评分及DASH评分、肘关节活动度均以( $\bar{x} \pm s$ )形式表示，采用t检验。以P<0.05为差异显著有统计学意义。

## 2 结果

2.1 一般资料比较 两组一般资料差异无统计学意义(P均>0.05)，具有基线可比性，见表1。

表1 一般资料

| 组别  | n  | 年龄(岁)      | 性别(男/女) | 病变程度(中度/重度) | 病变位置(左侧/右侧) | 肘关节平均受限时间 |
|-----|----|------------|---------|-------------|-------------|-----------|
| 联合组 | 40 | 47.57±7.62 | 28/12   | 17/23       | 8/32        | 6.19±1.32 |
| 对照组 | 40 | 48.63±6.47 | 26/14   | 16/24       | 6/34        | 6.11±1.21 |

2.2 两组临床疗效比较 术后3个月，联合组临床总有效率为97.50%，显著高于对照组的85.00%(P<0.05)。见表2。

表2 两组临床疗效比较[n(%)]

| 组别  | n  | 痊愈        | 显效        | 进步        | 无效       | 总有效率      |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 联合组 | 40 | 16(40.00) | 14(35.00) | 9(22.50)  | 1(2.50)  | 39(97.50) |
| 对照组 | 40 | 9(22.50)  | 12(30.00) | 13(32.50) | 6(15.00) | 34(85.00) |

2.3 两组中医证候积分比较 术后3个月, 两组各项中医证候积分及总积分均显著降低 ( $P$  均 $<0.05$ ),

且联合组各积分值均明显低于对照组 ( $P$  均 $<0.05$ )。见表3。

表3 两组中医证候积分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

| 组别  | n  | 时间    | 肘关节疼痛                   | 关节畸形                    | 活动不利                    | 关节压痛                    | 面色暗沉                    | 总积分                     |
|-----|----|-------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 联合组 | 40 | 术前    | 4.11±0.81               | 4.23±0.85               | 4.09±0.84               | 1.84±0.35               | 1.71±0.33               | 15.98±3.15              |
|     |    | 术后3个月 | 0.87±0.17 <sup>ab</sup> | 0.93±0.19 <sup>ab</sup> | 0.82±0.16 <sup>ab</sup> | 0.46±0.11 <sup>ab</sup> | 0.42±0.09 <sup>ab</sup> | 3.50±0.76 <sup>ab</sup> |
| 对照组 | 40 | 术前    | 4.15±0.79               | 4.29±0.88               | 4.03±0.81               | 1.81±0.36               | 1.74±0.35               | 16.02±3.33              |
|     |    | 术后3个月 | 1.16±0.25 <sup>a</sup>  | 1.25±0.22 <sup>a</sup>  | 1.11±0.20 <sup>a</sup>  | 0.79±0.16 <sup>a</sup>  | 0.73±0.14 <sup>a</sup>  | 5.04±1.02               |

注: 与同组术前比较, <sup>a</sup> $P<0.05$ ; 与对照组术后3个月比较, <sup>b</sup> $P<0.05$ 。(下同)

2.4 两组肘关节疼痛程度及上肢功能恢复情况比较 术后3个月, 两组VAS评分及DASH评分均显著降低 ( $P$  均 $<0.05$ ), 且联合组各评分明显低于对照组 ( $P$  均 $<0.05$ )。见表4。

联合组尺神经功能恢复情况的优良率 (90.00%) 显著高于对照组 (72.50%) ( $P<0.05$ )。见表5。

表5 两组尺神经功能恢复情况比较( $\bar{x}\pm s$ )

表4 两组肘关节疼痛程度及上肢功能恢复情况比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

| 组别  | n  | VAS评分     |                        | DASH评分     |                         |
|-----|----|-----------|------------------------|------------|-------------------------|
|     |    | 术前        | 术后3个月                  | 术前         | 术后3个月                   |
|     |    | 联合组       | 40                     | 5.18±1.04  | 1.28±0.27 <sup>ab</sup> |
| 对照组 | 40 | 5.12±1.11 | 1.71±0.35 <sup>a</sup> | 77.09±7.63 | 34.73±6.14 <sup>a</sup> |

| 组别  | n  | 优         | 良         | 可        | 差       | 优良率                |
|-----|----|-----------|-----------|----------|---------|--------------------|
| 联合组 | 40 | 17(42.50) | 19(47.50) | 4(10.00) | 0(0.00) | 90.00 <sup>b</sup> |
| 对照组 | 40 | 13(32.50) | 16(40.00) | 8(20.00) | 3(7.50) | 72.50              |

2.5 两组尺神经功能恢复情况比较 术后3个月,

2.6 两组肘关节活动度比较 术后3个月, 两组伸屈、旋前、旋后活动度均显著升高 ( $P$  均 $<0.05$ ), 且联合组各活动度明显高于对照组 ( $P$  均 $<0.05$ )。见表6。

表6 两组肘关节活动度比较( $\bar{x}\pm s$ ,°)

| 组别  | n  | 伸屈          |                          | 旋前          |                            | 旋后         |                          |
|-----|----|-------------|--------------------------|-------------|----------------------------|------------|--------------------------|
|     |    | 术前          | 术后3个月                    | 术前          | 术后3个月                      | 术前         | 术后3个月                    |
|     |    | 联合组         | 40                       | 66.19±13.43 | 104.13±18.24 <sup>ab</sup> | 47.46±9.37 | 60.02±7.51 <sup>ab</sup> |
| 对照组 | 40 | 66.82±13.01 | 95.75±14.15 <sup>a</sup> | 47.19±9.85  | 54.44±7.78 <sup>a</sup>    | 48.27±9.29 | 55.53±9.95 <sup>a</sup>  |

2.7 两组安全性分析比较 治疗期间, 两组肝肾功能均无明显异常, 也无不良事件发生。

### 3 讨论

中医认为, 心主血脉, 肝主筋, 肾主骨, 脾主肌肉, 肺主皮毛, 五脏之变, 皆能致痿, 而外邪、正虚、脉络瘀阻等多为痿症之病因, 致使局部气血输布不畅, 四肢筋脉不能濡养, 继而萎废不能用, 加上手术治疗会损伤机体正气的同时还会加重脉络运行阻碍, 致使关节腔内瘀血阻滞更甚, 治疗时需活血祛瘀以解除局部经络瘀滞与补益肝肾以恢复气血供养并重<sup>[14]</sup>。本研究选穴遵循“经脉之所过, 治疗之所及”的原则, 针刺主穴取膏肓穴, 为治各种虚劳及慢疾患之要穴, 中、重度肘关节退变性骨关节炎患者久病不愈、年老体衰, 刺之可调和全身气血、扶阳固卫、济阴安营, 有助于恢复患者肘关节气血供养和促进其身体恢复强壮提高抗病能力; 心俞穴刺之可通心脉、调气血, 促使肌肉筋脉得以濡养; 以上两个要穴采用青龙摆尾手法, 可有效疏通局部气血, 通关过节, 催发经气, 在“关节阻涩, 气不过”时, 可运用这一手法以促使得气感应, 使经气沿经络循行路径向患病之处传导, 从而达到行气通络的目的。手三里穴为治肩臂疼痛常用穴, 刺之可疏经通络、消肿止痛, 为临床治肘挛不伸、手臂不仁、肘臂酸痛屈伸难等病症常用穴; 足三里穴为强壮身心之大穴, 还是抗衰老的有效穴位, 具有通经活络、扶正祛邪、补中益气、调理脾胃等功能,

刺之有助于延缓肘关节退变性病变, 减轻尺神经受压程度; 极泉下穴所处为心经最高部位, 为保护心脏的要穴, 具有醒脑开窍、通经活络、激发经气的功效, 刺之可促进患侧肘关节气血流通, 筋肉能够濡养; 临床中发现使用石氏守神针刺疗法效果较好。少海穴为心经水、气汇合之处, 有理气通络、降浊升清的功效, 与同样具有通经活络功效的后溪穴配伍主要起缓解肘臂疼痛的作用, 尤为适宜 CuTS 术后患者患者; 通里穴有尺动脉通过, 尺侧为尺神经, 沟通心肾, 刺之有通经活络、调理气血、和营熄风等功效, 同样有助于恢复患侧肘关节气血供养; 配穴除后溪外还取外关穴, 此穴为八脉交会穴之一, 具有解痉止痛、通经活络之功, 主治肘臂屈伸不利; 合谷穴为大肠经原穴, 又位虎口, 乃调理人体气机之大穴, 通过调气, 以达通经止痛、理血活血之效; 少泽穴为小肠经之井穴, 布有尺神经手背支, 具有开窍通络、清心泄热作用, 与手三里配伍可治前臂神经痛; 阳陵泉穴为足少阳胆经合穴, 又是筋会, 具有补肾壮骨、舒筋活络、祛寒除湿等功效。以上诸穴旨在疏通经络、调和气血、消肿止痛, 共奏可推动患侧肘关节气行血行, 促使关节腔内瘀血阻滞得散, 筋骨得以濡养, 临床症状得以改善, 术后疼痛和上肢功能障碍得以缓解, 进而提高肘关节活动度。本研究中, 针对中、重度肘关节退变性骨关节炎伴 CuTS 患者在术后给予常规西药治疗的基础上均进行针刺治疗, 结果发现患者中医证候积分、VAS

评分及 DASH 评分显著降低,肘关节活动度显著增加,提示针刺可有效改善中、重度肘关节退变性骨关节炎伴 CuTS 患者中医证候,促进术后疼痛和上肢功能障碍的解除,进而促进肘关节活动度的提高,与文献报道一致。

此研究中,针刺偏于恢复侧肘关节气血供养提高肌肉运动能力,而 CuTS 中、重度损害病情较重,痹症日久,气血瘀滞较重,单纯应用效果有限。中药泥灸是中医外治法之一,包含了药物作用、艾灸、机械压迫、温敷疗法等作用,属于一种温热疗法,具有疗效突出、简单易行、适应人群广、患者无痛苦、对环境无污染等特点<sup>[15]</sup>。本文中药泥灸方中伸筋草有舒筋活血、祛风散寒、除湿消肿之效,主久患风寒湿痹引起的筋骨不舒,尤善通经络,对关节酸痛、屈伸不利、肌肤麻木等改善效果较佳;延胡索有活血散瘀、理气止痛之效,为破滞行血之品,兼能行气,主一身上下诸痛;肉桂有散寒止痛、活血通经之效,大补血中温气,最解肝脾之郁,还有招导引诱之力,可消瘀血,利关节、续筋骨,生肌肉等;葛根有解肌退热、升阳止泻之功,为阳明主药,最能升发脾胃清阳之气,主诸痹,有助于患者扞御外寒;川芎有活血行气、祛风止痛之效,能治一切风、气,补肝血,调众脉,壮筋骨等;丹参有祛瘀止痛、活血通经之效,为调经顺脉之药,瘀积去则正气复也;细辛有祛风散寒、通窍止痛之效,故善开结气,宣泄郁滞。诸药合用,共奏达舒筋活血、祛瘀消癥、散寒除湿、理气止痛之效,促使 CuTS 中、重度损害患者肘关节气血瘀滞得以显著改善。同时,中药泥灸有诸多优势,如其制作工艺促使药材中的有效成分更易析出;与理疗机的结合使用有助于患者肘关节处毛孔张开,促进药效吸收;而中药泥温度一方面可促进热能吸收,发挥温经散寒、激发人体正气之效,另一方面能加强病灶局部对药效的吸收<sup>[16]</sup>。针刺与中药泥灸的联合治疗促使穴位刺激、药疗、温热疗等有效结合,从而提升治疗效果,更好的促进尺神经及肘关节功能恢复。此外,现代药理学研究发现,伸筋草、细辛主要化学成分具有镇痛、抗炎、抑菌等作用<sup>[17]</sup>;延胡索有良好的止痛作用,还能扩张血管增加血流量,有助于增强受压尺神经在肘关节活动时的对缺氧的耐受能力<sup>[18]</sup>;葛根有促进造血功能、调节血脂血糖、延缓衰老等作用<sup>[19]</sup>;丹参具有消炎、止痛、抗氧化等作用,有助于促进损伤的肘关节和尺神经修复<sup>[20]</sup>。本研究在针刺基础上联合中药泥灸进行治疗,结果发现上述指标均得到进一步改善,且疗效显著,患者尺神经功能恢复情况更优,安全可靠,提示针刺联合中药泥灸治疗中、重度肘关节退变性骨关节炎伴 CuTS 疗效显著,可明显改善患者临床症状,有效解除术后疼痛和上肢功能障碍,有助于促进尺神经及肘关节功能恢复。目前对于中、重度肘关节退变性骨关节炎伴尺神经卡压综合征术后康复的治疗研究较少,王伟等<sup>[20]</sup>人探究的是坚骨胶囊对其术后的影响。相较于内服药物,本研究的安全性较高,且见效较快。增加了中医药治疗该病的新思路和可能性。

综上所述,针刺联合中药泥灸治疗中、重度肘

关节退变性骨关节炎伴 CuTS 疗效显著,可明显改善患者临床症状,有效解除术后疼痛和上肢功能障碍,有助于促进尺神经及肘关节功能恢复,且安全可靠,值得临床推广应用。

#### 参考文献

- [1] 赵双全,梁久平,宋建勋,等.膝关节炎性关节软骨损伤的分布特征及 MRI 定量成像对比研究[J].影像诊断与介入放射学,2020,29(3):189-194.
- [2] 杨文强,于炎冰,王琦,等.皮下前置术与肌下前置术治疗透析相关尺神经卡压综合征的对比研究[J].中国微侵袭神经外科杂志,2020,25(1):21-24.
- [3] 宿晓雷,余航,李闯,等.中医疗法结合 3D 打印技术治疗中重度肘管综合征[J].中国中西医结合外科杂志,2021,27(3):498-502.
- [4] 中国中医药研究促进会中西医结合工作委员会.肘管综合征中西医结合诊疗专家共识[J].中医正骨,2021,33(10):1-5.
- [5] 王澍寰主编.手外科学第3版[M].北京:人民卫生出版社,2011,392.
- [6] 陈德松.周围神经卡压[M].上海:上海科学技术出版社,2012:229-230.
- [7] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:201-202.
- [8] 顾玉东.腕管综合征与肘管综合征的临床分型现状与建议[J].中华骨科杂志,2011,31(7):818-819.
- [9] HUANG Long-xiang. 2006 年版国家标准《腧穴名称与定位》编制说明[J].中国针灸,2009(011):029.
- [10] 陈琳,周雯,王旺.加味二仙汤联合钙尔奇 D 对绝经后骨质疏松患者骨密度、骨代谢标志物、视觉模拟评分(VAS)的影响研究[J].药物生物技术,2021,28(1):30-33.
- [11] 仲杰,吕夫新,李当科,等.中药花七散在老年桡骨远端骨折慢性疼痛管理中的应用[J].国际中医中药杂志,2020,42(7):635-639.
- [12] 潘达德,顾玉东,侍德,等.中华医学会手外科学会上肢部分功能评定试用标准[J].中华手外科杂志,2000,16(3):133-134.
- [13] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:71.
- [14] 杨松,黄昭华,詹晓欢,等.肘管综合征中医证型分布规律研究[J].中国中医骨伤科杂志,2021,29(6):17-20.
- [15] 邹生燕,李春红.平衡火罐联合中药泥灸在寒湿痹阻型腰痛病人护理中的应用[J].护理研究,2020,34(2):351-354.
- [16] 黄金怀,李秋燕,周小华,等.中药泥灸联合运动疗法对膝骨关节炎患者的干预效果研究[J].护士进修杂志,2020,35(17):1616-1619.
- [17] 朱杰,于立芹,张华南,等.伸筋草经皮给药对小鼠抗炎镇痛作用及机制研究[J].中医药导报,2021,27(6):40-44.
- [18] 于定荣,翁小刚,王本晓,等.延胡索、白芷炮制配伍对元胡止痛方中延胡索乙素、欧前胡素含量以及镇痛作用的影响[J].中草药,2021,52(8):2306-2312.
- [19] 赵丹,吴迪,李萌,等.发酵葛根与水提葛根的抗氧化活性与延缓线虫衰老的作用研究[J].天然产物研究与开发,2022,34(4):639-646.
- [20] 王元,邓跃毅.前列地尔联合丹参注射液治疗痛风性肾病的疗效及对炎症因子水平的影响[J].世界中西医结合杂志,2020,15(6):1110-1113.
- [21] 王伟,李世英,郭晓平,等.坚骨胶囊对肘关节退变性骨关节炎伴尺神经卡压综合征患者术后康复的影响[J].中华中医药学刊,2022,40(9):200-203.

(收稿日期 2023-05-10)