

2.3 两组治疗后房颤疗效比较 两组治疗后,观察秩和检验,观察组疗效与对照组比较无差异($P > 0.05$)。见表4。

表4 两组治疗后房颤疗效比较(例数·%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率(%)
观察组	50	18(36.0)	15(30.0)	7(14.0)	10(20.0)	80.0
对照组	50	20(20.0)	13(26.0)	6(12.0)	11(22.0)	78.0

2.4 不良反应 治疗期间,两组均未见不良反应出现。

3 讨论

房颤是临床最常见的心律失常之一,可使卒中风险增加5倍、心力衰竭风险增加3倍、痴呆和死亡风险增加2倍^[7]。房颤治疗难度大,并发症多,容易引起栓塞和心功能损害,目前常用西药如普罗帕酮、胺碘酮等对房颤转复及预防发作有较好疗效,但长期服用副作用较大及复发率较高,严重影响了其临床的应用。阵发性房颤是持续性房颤和永久性房颤的早期表现,《2010年欧洲心脏病学会心房颤动治疗指南》指出^[8],对于阵发性房颤,若同时合并高血压、冠心病、心力衰竭等,可服用相关药物治疗抑制这些疾病引起的心肌重构。房颤与心衰均是一个进展性疾病,二者互为因果,相互影响,心衰患者出现房颤是心衰进展、恶化的标志。同时,房颤一旦发作又对心脏的血液动力学造成极大的影响进而加重心衰^[3]。因此,选择合理的药物治疗,对降低持续性和永久性房颤的发生率,提高阵发性房颤并慢性心衰患者的生活质量有着积极的意义。

定心颗粒主要由郁金、白芍、太子参、麦冬、桂枝、合欢皮、龙齿、珍珠母、炙甘草等组成。方中以郁金为君药,理气解郁,活血化瘀,清心安神。并以芍药养血柔肝,柔肝养心,补肝阴,调肝气;炙甘草补脾益气;麦冬补心阴,安心神;少用桂枝温通经脉,利肝气,四药合用,共为臣药。太子参补脾气,益心阴,脾为后天之本,脾气充沛,运化有力,则化血来源充足,心有所主,心神得安;合欢皮疏肝解郁、悦心安神;龙齿、珍珠母镇心神,共为佐药。炙甘草调和诸药,兼为使药。全方君臣佐使配伍得当,共奏益气养阴、理肝行气、活血化瘀,补益心体,镇心安神功效,则“心悸”自宁。经前

期临床研究表明,定心颗粒治疗阵发性房颤疗效可靠,可明显改善患者的症状,且不良反应小,安全指数高。本研究结果显示,定心颗粒不仅可以明显降低心室率、房颤发作持续时间,而且其作用及对房颤的疗效与胺碘酮无明显差异,这可能与其组方中的多成分作用调节有关,主要是可以维持交感、迷走神经内分泌稳态,减少肾上腺素异常分泌,增加乙酰胆碱含量,从而降低了自主神经异常对心肌膜离子通道的影响,减少房颤的发生^[11]。本研究结果还表明,定心颗粒在改善超声心动图各项指标及血浆BNP水平具有显著的作用,而且在升高EF及降低BNP水平方面,效果优于对照组,说明定心颗粒在改善心功能方面有一定的疗效,其作用机制有待深入研究。

参考文献

- [1]张丽.老年慢性房颤合并心力衰竭的治疗策略[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2013,7(24):11119-11122.
- [2]郭喜朝,李晓涛,张惠军,等.炎症在心房颤动中的研究意义[J].河北医学,2007,13(9):1073-1075.
- [3]杨水祥.重视心衰合并房颤的全面防治[J].中国心血管病研究,2013,11(8):561-563.
- [4]张倩辉,高丽君,李树仁,等.2010版欧洲心房颤动诊疗指南解读[J].心血管病学进展,2011(05):630-632.
- [5]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.慢性心力衰竭诊断治疗指南[J].中华心血管病杂志,2010,35:1076-1095.
- [6]中华人民共和国卫生部制定发布:中药新药临床研究指导原则(第二辑)[M].1995:91-94.
- [7]米力克扎提·吾甫尔,木胡牙提.心房纤颤流行病学及临床特征的研究进展[J].实用心脑血管病杂志,2012(10):1583-1584.
- [8]张凤祥,曹克将.2010年欧洲心脏病学会心房颤动治疗指南概要[J].中华心律失常学杂志,2011,15(2):157-159.
- [9]管昌益,黄金炎.定心颗粒对调节阵发性房颤神经递质的实验研究//中华中医药学会心病分会全国第十二次学术年会暨中华中医药学会心病分会换届选举工作会议论文精选[C].2010:245-249.

小针刀治疗肩胛上神经卡压综合征 55 例临床观察

● 唐日强* 陈晓霞

摘要 目的:探讨小针刀治疗肩胛上神经卡压综合征的临床效果。方法:采用小针刀治疗肩胛上神经卡压综合征 55 例,并以同期电针治疗为对照,比较两种方法的治疗效果及特点。结果:小针刀组患者治疗总有效率为 94.5%,显著高于电针组 81.8% ($P < 0.05$);小针刀组中,病程 6 个月以内患者一般 1~2 次治疗即可痊愈;小针刀组平均恢复时间为 9.4 ± 0.4 周,患手负重时间 11.7 ± 0.4 周,均显著低于电针组的 10.2 ± 0.9 周 ($P < 0.05$)、 13.1 ± 1.2 周 ($P < 0.05$)。结论:相对电针治疗,小针刀治疗肩胛上神经卡压综合征效果显著,值得推广。

关键词 肩胛上神经卡压综合征 小针刀治疗 临床研究

肩胛上神经卡压综合征是由于肩胛上神经在肩胛切迹处受到压迫产生的一系列临床症状,是肩部疼痛病因中最常见的原因之一^[1]。患者通常有创伤或劳损史,以优势手多见,男性多于女性。患者多有颈肩部不适,呈酸胀钝痛,患者常不能明确指出疼痛部位。有夜间痛醒史,疼痛可沿肩肱后放射手部,亦可向肩胛下部放射、疼痛和肩部主动活动有关,被动活动不产生疼痛,颈部活动对疼痛无明显影响,逐渐出现肩外展无力、上举受限。有学者认为,该征占所有肩痛患者的 1%~2%^[2]。自 2010 年 6 月~2014 年 2 月,笔者采用小针刀治疗肩胛上神经卡压综合征 55 例,并以同期电针治疗的对照,比较两种方法的治疗效果及特点。

1 临床资料

1.1 一般资料 110 例肩胛上神经卡压综合征患者,均经韩济生、倪家骧主编的《临床诊疗指·疼痛学分册》诊断标准确诊,根据临床治疗方法分组。小针刀组 55 例,男 40 例,女 15 例;年龄 30~65 岁,平均 (57.3 ± 6.8) 岁;左侧 17 例,右侧 38 例;病程 2 个

月~5 年,平均 (2.2 ± 0.6) 年。电针组 55 例,男 38 例,女 17 例,年龄 32~64 岁,平均 (56.8 ± 7) 岁;左侧 18 例,右侧 37 例;病程 2 个月~5 年,平均 (2.1 ± 0.5) 年。两组病例性别、年龄、患侧、病程比较无统计学差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照韩济生、倪家骧主编的《临床诊疗指南·疼痛学分册》诊断标准^[3]。症状:有颈肩背酸痛或难以形容的异感、不适感,严重时影响睡眠,部分患者腋下、侧胸壁痛;上臂背伸、上举时颈部有牵拉感;天气变化、劳累、提重物时可诱发、加重症状;挥动上肢有时可缓解症状。体征:胸锁乳突肌后缘中点或前、中斜角肌三角顶点压痛并向前臂放射;部分患者前臂内侧、手指感觉减退、麻木或肩外展乏力等。特殊试验:Eaten 试验肩背痛加重,Wright 试验疼痛减轻,前斜角肌紧张试验阳性。治疗性诊断:中斜角肌肌腹或颈神经局部麻醉症状消失或明显好转。肌电图检查:可见受压神经传导速度减慢或潜伏期延长。

1.3 纳入标准 (1)符合诊断标准;(2)临床以感觉障碍、局部疼痛为主要表现;(3)能够准确自我表达,且无意识障碍;(4)自愿签署同意书。

1.4 排除标准 (1)有颈椎病患者:肩胛上神经卡压综合征无较明显冈上肌、冈下肌萎缩及肩关节功能障碍。(2)有肩周炎患者:肩周疼痛、酸重,夜间

* 作者简介 唐日强,男,副主任医师,主要从事骨伤疾病诊疗与研究。

• 作者单位 福建省漳平市中医院(364400)

为甚,患肩前、后及外侧均有压痛,主动和被动外展、后伸、上举等功能明显受限。

1.5 治疗方法

1.5.1 小针刀组 患者取俯卧位,取肩胛冈中点上方1cm,肩胛冈中、外1/3下方。在施术部位以碘酒消毒2遍,铺无菌洞巾。1%利多卡因局部浸润麻醉,每个治疗点注药1mL。刀具选择I型4号直形针刀。第1支针刀松解肩胛上横韧带,在肩胛冈中点上方1cm,针刀体与皮肤垂直,刀口线与冈上肌肌纤维方向垂直,按四步进针刀规程进针刀,直达冈上窝骨面,然后针刀向上探寻,当有落空感时到达肩胛骨的肩胛上切迹,退针刀0.5cm到骨面上,提插刀法沿肩胛上切迹向前切割3刀,范围0.5cm。第2支针刀松解肩胛上横韧带,在肩胛冈中、外1/3下方酸、麻、胀痛明显处定位,针刀体与皮肤垂直,刀口线与冈下肌肌纤维方向一致,按四步进针刀规程进针刀,直达肩胛骨冈下窝骨面,在骨面上纵疏横剥3刀,范围0.5cm。术毕拔出针刀,局部压迫止血3分钟后,创可贴覆盖针眼。在做肩胛上横韧带针刀松解时,针刀沿肩胛骨冈上窝的骨面向上去寻找肩胛上切迹,此法安全,无危险性。针刀松解术毕,患者坐位,主动耸肩2次。应用阻抗抬肩手法;患者端坐位,医生用手掌压住患肘关节,嘱患者用力抬肩,当抬到最大位置时,医生突然放开按压的手掌,使冈下肌最大限度地收缩。上述治疗若症状改善不明显,间隔7天再针刀治疗及手法治疗1次。两周为1疗程,连续治疗1个疗程。

1.5.2 电针组 常规采用电针治疗,取穴包括肩井穴、天宗穴、臂臑穴、肩髃穴,取不锈钢毫针常规消毒后,直刺法或上下提插针刺法,后接通电针治疗仪,疏密波,频率设定为2Hz,询问患者可耐受为宜。电针治疗每次20min,每日1次。两周为1疗程,连续治疗1个疗程。

1.6 疗效评价^[4] 疗效评价标准参照2012年中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》,包括痊愈、显效、好转和无效。痊愈:疼痛完全消失,相关临床不良症状及体征消失;显效,相关不良症状及体征明显减轻,伴随症状基本消失;好转:不良症状及体征有所减轻,伴随症状有所减轻;无效:症状与体征无改善。观察两组平均恢复时间(即患者从术后到完全恢复的时间,取平均值)以及患手负重时间(即患者术后到手部能负重的时间,取平均值)。

1.7 统计学处理 应用SPSS19.0软件进行数据处

理,数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料应用卡方检验,计量资料 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组方案疗效结果比较 小针刀组患者治疗总有效率为94.5%,显著高于电针组81.8% ($P < 0.05$)。小切刀组中,病程6个月以内患者一般1~2次治疗即可痊愈,其中3例好转者均为病程5年病例,病程越长治疗效果越差。见表1。

表1 两组方案疗效结果比较(例数)

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
小针刀组	55	42	7	3	3	94.5*
电针组	55	28	14	3	10	81.8

注:与电针组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组平均恢复时间以及患者负重时间比较 小切刀组平均恢复时间与患手负重时间均显著低于电针组($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组平均恢复时间以及患手负重时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均恢复时间(周)	患手负重时间(周)
小针刀组	55	9.4 ± 0.4*	11.7 ± 0.4*
电针组	55	10.2 ± 0.9	13.1 ± 1.2

注:与电针组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

肩胛上神经卡压可因肩胛骨骨折或盂肱关节损伤等急性损伤所致。肩关节脱位也可损伤肩胛上神经。肩部前屈特别是肩胛骨固定时的前屈使肩胛上神经活动下降,易于损伤^[3-4]。肩胛上神经在冈上窝发出两根肌支支配冈上肌,两支或更多的细感觉支支配肩关节和肩锁关节的感觉。肩胛上神经的感觉神经纤维和肱骨后的皮肤感觉在相同的神经节段,且均是支配深部感觉的纤维,故有人常诉的肩周疼痛是钝痛,经常不能说清确切部位^[5-6]。

针刀疗法属于盲视下的一种微创外科手术,采用针刀疗法治疗周围神经卡压征是近年来逐渐推广并不断加以完善的一种治疗方法,在治疗过程中应严格掌握手术适应症和禁忌症,熟悉施术部位的局部解剖及手术入路,掌握好进针刀的切入点,层次

(下转第59页)