

引用:李茜. 电针夹脊穴合桂枝加葛根汤治疗前臂正中神经损伤术后 32 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(6): 70-72.

电针夹脊穴合桂枝加葛根汤 治疗前臂正中神经损伤术后 32 例临床观察

李 茜

(湘雅博爱康复医院,湖南 长沙,410029)

[摘要] 目的:探讨电针 C₅~T₁ 夹脊穴加桂枝加葛根汤序贯疗法治疗前臂正中神经损伤术后的临床疗效。方法:将 62 例前臂正中神经损伤患者随机分为治疗组 32 例和对照组 30 例。对照组采用手术修复治疗和康复治疗,治疗组在此基础上给予电针 C₅~T₁ 夹脊穴加桂枝加葛根汤序贯疗法治疗。观察比较 2 组的综合疗效、血液循环状态评分、手功能(CARROLL)评分、关节总活动度(TAM)评分、运动神经传导速度(MCV)、感觉神经传导速度(SCV)。结果:总有效率治疗组为 84.38%(27/32),对照组为 73.33%(22/30),2 组比较,差异有统计学意义(P<0.05)。2 组治疗 6 个月后的 CARROLL 评分、血液循环状态评分、TAM、MCV、SCV 均较治疗前及治疗 3 个月时改善,且治疗组均优于对照组,差异均有统计学意义(P<0.05或P<0.01)。结论:电针 C₅~T₁ 夹脊穴加桂枝加葛根汤序贯疗法治疗前臂正中神经损伤术后疗效较好。

[关键词] 前臂正中神经损伤;术后;夹脊穴;桂枝加葛根汤

[中图分类号]R277.754+.1 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.028

正中神经由臂丛内外束的内外侧头所组成,正中神经在前臂和腕部比较浅表,易被锐器损伤。损伤原因有压砸伤、挤挫伤、车拉伤、枪弹伤、切割伤、手术误伤、注射伤、冷热伤害等。但由于工农业机械化 and 以手操作的半自动化,多为开放性损伤。除了合并正中神经损伤,软组织损伤不仅仅是皮肤的切割,皮肤撕脱,常伴有深部肌腱、神经、血管损伤和骨折,严重影响患者的生活和工作。笔者采用电针 C₅~T₁ 夹脊穴加桂枝加葛根汤序贯疗法治疗前臂正中神经断裂且经显微外科修复的患者 32 例,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院 2012 年 4 月至 2019 年 4 月收治的外伤性前臂正中神经断裂患者 62 例,其中刃器伤 20 例,玻璃伤 22 例,骨折相关 6 例,机器牵拉伤 14 例。所有患者均于神经治疗术后进行康复治疗。将其随机分为治疗组 32 例和对照组 30 例。治疗组中,男 26 例,女 6 例;平均年龄(36±0.53)岁。对照组中,男 24 例,女 6 例;平均年龄(32±0.32)岁。2 组一般资料比较,差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《肌肉骨骼康复学》^[1]中有关正中神经损伤的诊断标准拟定。1)明确的前臂中远端以下部位的外伤史(玻璃、水果刀、铁片等利器切割伤)。2)临床表现。①主动运动障碍表现:前臂不能旋前,手屈腕和握拳无力,拇指外展和对掌受限,食指中指屈曲困难也不能过伸;肌肉萎缩以鱼际肌群萎缩最明显,虎口变深,掌弓平坦,拇指靠近食指形成猿手畸形。②感觉障碍:麻木,疼痛,感觉异常,痛温触觉两点分辨觉消失或减退;正中神经的绝对分布区食中指末节皮肤感觉减退。③自主神经功能障碍:剧烈的烧灼性疼痛;出汗减少或无汗,皮肤干燥或粗糙或苍白,食中指节末端发凉。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准者;2)根据 SUNDERLAND^[2]为 V 级损伤,神经干、神经束及神经外膜均离断,为最严重损伤神经断裂者;3)及时行显微外科修复术者。

1.4 排除标准 1)损伤部位为高位、上臂、肘部正中神经损伤者;2)产伤性新生儿神经损伤神经卡压;3)神经炎、肿瘤等慢性损伤者;4)神经震荡者;5)年老体弱妇儿等特殊人群;6)对中药过敏患者;

7) 伤口愈合欠佳者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用手术修复治疗和康复治疗。

1) 手术治疗:对损伤的周围神经断裂后进行神经缝合术,若损伤的神经无法作原位缝合或为神经根性撕脱损伤,则进行神经或肌腱移位术。2) 术后背侧石膏托或 KLEINERT 牵引夹板屈腕位固定,神经修复术后外固定期 4~6 周,肌腱移位术后伸肌腱固定期 3 周,屈肌腱固定期 6 周。3) 创口基本愈合和外固定解除后的康复治疗:运动疗法包括软组织牵伸技术(拉长挛缩或短缩的软组织)、关节松动训练(被动运动加向心性按摩)、改善关节活动度训练(主动运动、主动助力运动、被动运动);感觉再训练康复;减轻疼痛作业疗法,提高生活自理能力,改善手指的灵活性和实用性。康复训练每次 10~30 min,每天 1 次,训练强度以不感疲劳为度,10 d 为 1 个疗程,每个疗程间间隔 5 d,连续康复治疗至术后 6 个月。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用电针及桂枝加葛根汤序贯治疗。

2.2.1 电针治疗 取穴:主穴为 $C_5 \sim T_1$ 夹脊穴(棘突旁 0.5 寸),正中神经体表投影点(曲泽、臂中、大陵)。拇指外展障碍者加合谷、经渠、鱼际、阳溪穴;中指食指麻木疼痛者加孔最、阳池、外劳宫、内关穴。操作方法:将 2 寸华佗牌一次性(苏州医疗用品厂有限公司)毫针消毒后,向脊柱方向斜刺双侧 $C_5 \sim T_1$ 夹脊穴 1 寸,采用平补平泻捻转手法^[3],直刺曲泽、大陵穴 1 寸,直刺臂中穴 1~5 寸,患者有明显放射性针感后,接 G6805 电针治疗仪,正极置于受损神经近端(内关、大陵、合谷、鱼际穴),负极置于受损处神经远端($C_5 \sim T_1$ 夹脊穴),每天交替 1 组穴位刺激,采用疏密波,强度以患者能耐受为度。每次 30 min,10 d 为 1 个疗程,每个疗程间休息 5 d,连续治疗至术后 6 个月。

2.2.2 桂枝加葛根汤序贯治疗 方药组成:葛根 30 g,桂枝 10 g,生姜 10 g,白芍 12 g,甘草 5 g。肢凉者重用桂枝,加羌活;肿胀者加木瓜、防己;麻木不仁者加伸筋草、鸡血藤;神经痛者加威灵仙、全蝎、川芎。水煎,每天 1 剂,分 2 次服,于术后第 1 天开始,连服 3 个月。术后第 4~6 个月,待外固定解除,伤口完全愈合,采用同方中药熏洗。皮肤色泽晦

暗、发绀者加活血类姜黄、红花、当归;中食指末节发凉者加祛风寒湿类桑枝、伸经草、透骨草;关节僵硬者加桑枝、羌活、独活。水温以健侧耐受为宜。先热气熏蒸患处 5 min,再熏洗患处 15 min,每天 1 次,此法适用于关节松动前。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 参考《周围神经伤学》^[4]中的相关标准对血液循环状态进行评分。皮肤的色泽、温度等正常,不需给予特殊的保护者,10 分;色泽较正常稍差、温度略低、怕冷者,8 分;皮肤色泽不正常,出现发绀、苍白、温度明显变低、特别怕冷者,4 分;皮肤色泽晦暗、发绀、怕冷、气温较低时不能外露者,2 分。2) 参考《中华医学会手外科学会上肢部分功能评定试用标准》^[5]中美国巴尔的摩大学康复医学部 CARROLL 手功能评分标准评定。共有 33 个项目,分为 I~VI 类。I~IV 类为手的抓握和对捏的能力;V~VI 类为检查整个上肢的功能和协调性。项目逐个进行评分,将各项所得分数相加后计算总分。1 级(功能微弱)0~25 分;2 级(功能很差)26~50 分;3 级(功能差)51~75 分;4 级(功能不完全)76~89 分;5 级(完全有功能)90~98 分;6 级(功能正常),非利手评分 96 分,利手评分 99 分。3) 关节总活动度(TAM)将掌指关节(MP)、近位指间关节(PIP)、远位指间关节(DIP)主动屈曲度之和减去各关节主动伸直受限度之和,即为该手指的 TAM。各关节伸直以 0° 为准,过伸部分不计。4) 采用肌电图仪测量正中神经运动神经传导速度(MCV)和感觉神经传导速度(SCV)。

3.2 疗效标准 参照《实用骨科学》^[6]中有关疗效标准制定。治愈:肌电图检查无异常,MCV、SCV 恢复正常;显效:肌电图检查无或少许失神经电位,可见再生电位,运动单位呈混合相,MCV、SCV 基本正常;有效:肌电图检查有失神经电位及再生电位,运动单位减少呈单纯混合相,MCV、SCV 减慢;无效:治疗前后无明显改变。

3.3 统计学方法 本研究采用 SPSS 20.0 统计软件分析研究数据,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料以率(%)表示;计量资料比较采用 t 检验或非参数检验;计数资料采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为84.38%,对照组为73.33%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	6(18.75)	15(46.88)	6(18.75)	5(15.62)	27(84.38) ^a
对照组	30	1(3.33)	8(26.67)	13(43.33)	8(26.67)	22(73.33)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组不同时间节点血液循环状态评分、CARROLL评分及TAM比较 2组治疗6个月后血液循环状态评分、CARROLL评分及TAM均较同组治疗前、治疗3个月时的评分提高,且治疗组提高幅度优于对照组,2组比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组不同时间节点血液循环状态评分、CARROLL评分及TAM比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	血液循环状态(分)	CARROLL(分)	TAM(°)
治疗组	32	治疗前	3.8 ± 1.6	20.0 ± 20.0	50.5 ± 72.2
		治疗3个月	4. ± 11.4	25.0 ± 20.0	61.2 ± 77.2
		治疗6个月	8.2 ± 0.9 ^{ab}	50.0 ± 19.0 ^{ab}	184.2 ± 33.1 ^{ab}
对照组	30	治疗前	3.7 ± 1.5	20.0 ± 15.0	50.0 ± 71.3
		治疗3个月	4.2 ± 1.5	25.0 ± 25.0	58.4 ± 76.3
		治疗6个月	6.4 ± 0.7 ^a	50.0 ± 23.0 ^a	138.7 ± 31.4 ^a

注:与本组治疗前、治疗3个月比较,^a $P < 0.05$;与对照组同时间节点比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组不同时间节点SCV、MCV比较 治疗6个月后2组正中神经SCV和MCV均较治疗前、治疗3个月增快,治疗组优于对照组。(见表3)

表3 2组不同时间节点SCV、MCV比较($\bar{x} \pm s, m/s$)

组别	例数	时间节点	SCV	MCV
治疗组	32	治疗前	30.2 ± 5.9	29.8 ± 5.2
		治疗3个月	31.3 ± 5.72	29.8 ± 5.32
		治疗6个月	58.3 ± 9.4 ^{ab}	85.8 ± 9.7 ^{ab}
对照组	30	治疗前	31.6 ± 5.8	30.5 ± 5.1
		治疗3个月	31.63 ± 5.84	30.08 ± 5.47
		治疗6个月	49.38 ± 8.27 ^a	47.48 ± 8.70 ^a

注:与本组治疗前、治疗3个月比较,^a $P < 0.01$;与对照组同时间节点比较,^b $P < 0.01$ 。

4 讨论

显微外科技术的广泛应用加大了正中神经损伤康复的效果。临床证明,手部神经功能支配的恢复,需要外科手术与康复治疗共同完成^[7]。周围神

经损伤根据损伤情况不同,修复方法有神经外膜缝合、人工套管桥接缝合、神经自体移植或异体移植等。手术修复是功能康复的前提,及时介入康复治疗能避免神经肌腱大幅度地粘连,防止肌肉萎缩、关节僵硬^[8]。

中医学认为,周围神经损伤属于“痿证”“痹证”范畴。神经损伤属邪中经络,因外伤后气血瘀滞,营卫失和,筋脉失养,血郁气滞、脉络不通久则形成血块,引发局部疼痛,同时由于气血运行不足,局部筋膜肌肉得不到充分濡养,致使筋脉挛缩并硬化,而出现麻木、僵硬等。早期病机为气滞血瘀、水液潴留;中期为经络不畅、筋脉失养;晚期为筋脉久伤、筋脉不濡。桂枝加葛根汤出自《伤寒论》第14条,适用于风寒外束,营卫不和,经气不舒,筋脉失养的病证。方中桂枝发汗解肌、温通经脉、助阳化气,适用于寒凝血滞诸痛证;生姜散寒性温;葛根、白芍同属脾经,葛根解肌,白芍止痛,合甘草缓解手足挛急,全方共奏调和营卫、升津舒经之效。同方中药热敷熏洗具有舒松关节经络、疏通腠理、疏通气血的作用。

综上所述,电针C₅~T₁夹脊穴加桂枝加葛根汤序贯疗法治疗前臂正中神经损伤术后的总有效率为84.38%,优于对照组的73.33%,且能更有效提高CARROLL评分、血液循环状态评分、TAM、SCV、MCV,值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 张长杰. 肌肉骨骼康复学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:118.
- [2] SUNDERLAND S. The restoration of median nerve function after-destructive lesions which preclude end to end repair[J]. Brain, 1974,97(1):1-14.
- [3] 庞秀明,庞秀宇,李默,等. 夹脊电针联合康复训练治疗上肢周围神经损伤的疗效及对血清神经营养因子的影响[J]. 中医药信息,2018,35(5):66-69.
- [4] 朱盛修,宋守礼. 周围神经伤学[M]. 北京:人民军医出版社, 2002:100-103.
- [5] 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):130-132.
- [6] 胥少订,葛宝丰,徐印坎. 实用骨科学[M]. 3版. 北京:人民军医出版社,2010:934-943.
- [7] 李文庆,王利,宫云霞. 外伤性前臂正中神经损伤的治疗[J]. 中华手外科杂志,2005,21(1):40-41.
- [8] 胡文清,常利,常硕. 早期康复对手外伤手部功能恢复的影响[J]. 中国康复医学杂志,2006,21(12):1121-1122.

(收稿日期:2019-07-16)