

腕管综合征病案

刘存志* 杨肖敏 石广霞

首都医科大学附属北京中医医院针灸中心,北京市东城区美术馆后街 23 号,100010)

* 通讯作者:lcz623780@126.com, (010)52176905

[关键词] 腕管综合征;针刺;验案

1 病历摘要

患者,女,72岁,2010年8月7日初诊。主诉:右上肢麻木2周余,加重1周。现病史:患者无明显诱因出现右手臂酸麻,手部无力,无头晕头痛,无饮水呛咳,无下肢不适。头颅核磁共振成像示:左额叶片状异常信号,慢性缺血灶不排除。经颅彩色多普勒超声示:脑动脉硬化血流改变(混合型)。颈椎X线片示:C3—7骨质增生,C3—4、C4—5、C5—6、C6—7椎间孔变窄。外院诊断为“颈椎病”,建议手术治疗,患者拒绝手术,于我院针灸门诊求治。刻下症:患者颈部僵硬感,右手臂麻酸,手部无力,动作不灵活。遂按颈椎病治疗,以颈夹脊和阳明经穴为主。取穴:C3—7颈夹脊、风池、曲池、手三里、阳池、外关、合谷等。操作方法:直刺进针得气后,行平补平泻手法。隔日治疗1次,经半个月治疗后,患者颈部僵硬感减轻,余症状无明显缓解。复经问诊和查体后发现,手指不能对拢,屈伸不利,手部无力,不能完成持筷、书写、剪指甲等动作,小手指麻木,大鱼际萎缩。肌电图示:右尺神经损害,双正中神经损害,神经传导速度(FCV)60.2m/s,出现率85%。舌淡、苔白滑,脉弦滑。西医诊断:腕管综合征。中医诊断:痹证(痛痹)。治疗:①改以心包经穴为主,针刺加红外线照射(TDP)。取穴:曲池、尺泽、少海、臂中、内关、大陵、阳溪、鱼际等。操作方法:患者仰卧位,掌心向上,直刺进针得气后,臂中用泻法,余穴行平补平泻法,TDP置于腕部上方照射20~30min。②穴位注射。取穴:曲池、内关、尺泽、臂中。两组穴位交替使用。于针刺结束后,采用注射用腺苷钴胺1.5mg,溶于灭菌注射用水2ml进行穴位注射。每周2~3次。治疗1个月后,患者右手臂酸麻感减轻,可以持筷。3个月后右手臂酸麻感消失,可以完

成书写、剪指甲等动作。半年后患者右手活动自如,肌力正常,萎缩消失,临床痊愈。

2 按语

腕管综合征(CTS)又称为迟发性正中神经麻痹,属于“累积性创伤失调”,是正中神经在腕管内受压缺血引起的,以桡侧3~4个手指感觉异常为主要特征的症候群。因局部骨折脱位、韧带增厚或腕管内肌腱肿胀、膨大引起腕管相对变窄,致使腕部正中神经慢性损伤。属于中医“痹证”范畴。该病案同时伴发颈椎病,开始按照颈椎病进行针刺治疗,选穴以颈夹脊和阳明经穴为主,效果不佳。后经复查,确诊为腕管综合征,遂改以心包经穴为主。选取手厥阴心包经的原穴大陵配伍本经的络穴内关,手少阴经、手太阴肺经和手阳明大肠经的合穴少海、尺泽和曲池,奇穴臂中,进行针刺并配以TDP照射,协同发挥温经通络、疏通经脉、消除炎症肿胀的作用。结合腺苷钴胺注射液进行穴位注射,能够维持较长时间的针刺效应,同时起到营养神经、促进修复的作用。综合治疗,取得了满意的临床疗效。该病案的诊治过程,充分体现了“循经取穴”治疗原则在针灸临床实践中的重要性。

(收稿日期:2011-04-12;修回日期:2011-05-28)

[编辑:洪涛]

欢迎邮购《中医杂志》光盘合订本

1951—1986年(4张光盘)480元;1987—1994年(1张光盘)260元;1995—2004年(1张光盘)280元。光盘合订本为计算机用数据光盘,收入了同期出版的全部《中医杂志》的内容,可对所有文章进行任意字检索,方便实用。

汇款地址:北京东直门内南小街16号中医杂志北京医海林音像书店,邮政编码:100700,电话:(010)64035632,网址:<http://www.jtcm.net.cn>。