

引用:吴肖梅,韦英成,梁晓行,杨勇娟,黄珍,梁文姬,党苑瑛,吴曦,杨先.腕部改良术式针刀联合火龙罐治疗腕管综合症的疗效观察[J].中医指导报,2025,31(4):109-113.

临床

腕部改良术式针刀联合火龙罐治疗腕管综合症的疗效观察*

吴肖梅,韦英成,梁晓行,杨勇娟,黄珍,梁文姬,党苑瑛,吴曦,杨先
(贵港市中医医院,广西 贵港 537100)

[摘要] 目的:探讨中医技术火龙罐在针刀治疗腕管综合征(CTS)患者中的应用效果。方法:76例患者随机分为对照组(38例)和治疗组(38例),对照组采用腕部改良术式针刀治疗及常规护理,治疗组在对照组的基础上加用中医技术火龙罐疗法,比较两组治疗效果。分别于治疗前后对CTS症状严重程度量表(SSS)积分、疗效指数,以及正中神经感觉传导速度(SCV)、感觉动作电位波幅(SNAP)、末梢运动潜伏期(DML)进行评定。结果:治疗后治疗组的愈显率(痊愈+显效)及总有效率均高于对照组($P<0.05$)。两组患者治疗后SSS积分均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组患者治疗后SSS积分低于对照组($P<0.05$)。两组患者治疗后SCV、SNAP均较治疗前升高($P<0.05$),DML较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组患者治疗后SCV、SNAP均高于对照组($P<0.05$),DML低于对照组($P<0.05$)。结论:中医技术火龙罐应用于针刀治疗腕管综合征中疗效更显著,能更好促进患者康复。

[关键词] 腕管综合征;火龙罐;改良术式针刀;电生理参数

[中图分类号] R246.9;R68 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2025)04-0109-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.04.017

Clinical Efficacy of Modified Acupotomy Combined with Huolong Cupping (火龙罐) in Treating Carpal Tunnel Syndrome

WU Xiaomei, WEI Yingcheng, LIANG Xiaoxing, YANG Yongjuan, HUANG Zhen,
LIANG Wenji, DANG Yuanying, WU Xi, YANG Xian

(Guigang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guigang Guangxi 537100, China)

[Abstract] Objective: To evaluate the therapeutic effect of Huolong Cupping (火龙罐), a traditional Chinese medicine (TCM) technique, combined with modified acupotomy in patients with carpal tunnel syndrome (CTS). Methods: Seventy-six CTS patients were randomly divided into a control group (38 cases) and a treatment group (38 cases). The control group received modified acupotomy and routine care, while the treatment group underwent additional Huolong Cupping therapy. Clinical outcomes were assessed using the symptom severity scale (SSS), efficacy indices, and electrophysiological parameters, including sensory conduction velocity (SCV), sensory nerve action potential amplitude (SNAP), and distal motor latency (DML) of the median nerve before and after treatment. Results: After treatment, the marked effectiveness rate (cure + significant improvement) and total effectiveness rate in the treatment group were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). Both groups showed reduced SSS scores post-treatment ($P<0.05$), with lower scores in the treatment group compared to the control group ($P<0.05$). SCV and SNAP increased, while DML decreased in both groups after treatment ($P<0.05$). Furthermore, the treatment group exhibited higher SCV and SNAP values and lower DML values than the control group ($P<0.05$). Conclusion: The integration of Huolong Cupping with modified acupotomy demonstrates superior efficacy in treating CTS, significantly enhancing patient recovery.

[Keywords] carpal tunnel syndrome; Huolong cupping; modified acupotomy; electrophysiological parameters

*基金项目:广西中医药管理局自筹经费科研课题(GXZYR20240777)

通信作者:韦英成,男,主任医师,研究方向为颈肩腰腿痛专病及脊柱相关疾病的治疗

腕管综合征(carpal tunnel syndrome, CTS)是正中神经通过腕部的腕管内受到卡压或刺激而产生的一系列周围神经卡压性症状和体征的总称^[1]。本病早期临床表现为正中神经在手腕部所支配的桡侧3个半手指区域(即拇指、示指、中指、半个环指)出现麻木、疼痛及感觉异常等临床表现,晚期可出现上肢屈侧肌力下降、大鱼际肌萎缩等各种症状和体征^[2]。西医早期治疗以保守治疗(包括打封闭、口服非甾体类镇痛药及营养神经药等)为主,但临床疗效不佳;晚期患者大多数需要开放性手术或微创性手术治疗为常见,因其手术部位创面大、伤口恢复慢、手指握力下降、术后瘢痕痛及柱状痛等不良反应^[3],因此临床实施受到一定的限制。中医药治疗CTS的技术和方法多样,针灸、推拿、穴位注射、刺络放血、中药内服外用、针刀等治疗方法对CTS患者显著优势。尤其是针刀技术更胜一筹,但由于盲视下针刀松解操作的局限性和风险性,加上部分患者病程较长,针刀松解术后部分患者患肢手腕仍存在不同程度的疼痛、麻木、感觉异常及活动受限等症状和体征,影响临床疗效,拖延康复时间,加重患者的经济和心理负担。因此,本研究团队将中医技术火龙罐应用于针刀治疗CTS患者中,取得显著临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断 本研究所选择病例标准参照《骨科疾病诊断标准》关于CTS临床诊断标准^[4]:(1)正中神经在手腕部所支配的桡侧3个半手指区域(即拇指、示指、中指、半个环指)出现麻木、疼痛、感觉异常等临床表现;(2)患侧上肢可合并放射性麻痛、乏力感,休息后不能缓解,患肢长时间不活动时症状通常会加重;(3)患侧腕关节活动后出现的桡侧3个半手指区域感觉异常可通过改变姿势或甩手而达到解除;(4)病程较长的患者常合并大鱼际肌感觉减退或萎缩。

1.1.2 中医诊断 参照《中医骨伤科学》中CTS的诊断标准^[5]制定:(1)好发于40~60岁的女性;(2)以桡侧3个半手指麻木为主,握车把或抓筷子乏力;(3)阴雨天及夜间麻木加重,严重者牵涉至前臂;(4)甩手或活动手腕可缓解手麻症状。

1.2 纳入标准 (1)所选择病例标准符合上述临床诊断标准;(2)纳入前经过非手术治疗的患者需经5 d以上洗脱期;(3)自愿原则并服从本研究的各项诊疗活动和工作安排。

1.3 排除标准 (1)患肢局部手术、外伤骨折、畸形、感染或肿瘤等;(2)凝血功能异常或患有出血倾向的血液病患者;(3)合并严重的心脑血管疾病患者;(4)一般情况较差,无法配合或耐受针刀治疗的患者。

1.4 研究对象 本研究符合《赫尔辛基宣言》相关伦理学要求^[6]并通过本院临床项目伦理审查(编号:GZYLL2024003)。选取2020年3月至2024年3月就诊于贵港市中医医院针灸推拿科门诊及住院的76例CTS患者作为研究对象,按随机数字表法将患者分为对照组和治疗组,每组38例。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 采用常规腕部改良术式针刀治疗及常规专科护理管理模式。

(1)常规腕部改良术式针刀^[7-8]:在专用的针刀治疗室,患

者采用仰卧位,患肢腕背垫一个小枕垫,腕关节呈10°~15°的背伸位,掌心向上。用医用皮肤记号笔在2个近端点(远侧腕横纹桡侧腕屈肌腱桡侧定一点,在掌长肌腱尺侧缘与腕管交汇处分一点)及1个远端点(中指近节基底部指横纹中点与手舟骨连线的近侧3 cm定一点)标明。常规碘伏皮肤消毒,戴无菌手套并铺无菌孔巾。局部用1%盐酸利多卡因局麻,每点注射0.5~1.0 mL。选用0.8 mm×50.0 mm的针刀(马鞍山邦德医疗器械有限公司),针刀口与肌腱纵轴平行垂直迅速刺入皮下,然后试探、慢速进针,深度约0.5 cm后,当针口遇到韧带、结节或粘连样组织且无麻木触电感时,调节近端治疗点的针柄朝向近端,针体和皮肤成30°,针刀向远端纵向推切3~5下,推切长度约1.0~1.5 cm,再行横向铲剥2~3下,针下出现松动感时即可出针,按压针口止血。调节远端治疗点的针柄朝远端中指方向,针体和皮肤成30°,针刀向近端纵向推切3~5下,推切长度约1.0~1.5 cm,再行横向铲剥2~3下,针下出现松动感时即可出针,按压针口止血。最后用创可贴贴敷针口预防感染,观察15 min无异常方可离开针刀治疗室。每周治疗1次,2周为1个疗程,共治疗1个疗程。

(2)常规专科护理管理模式:治疗期间,临床护士实施常规专科护理管理模式(包括预防刀口感染、保持正确体位、科学饮食、营养神经、术肢的观察、功能锻炼、心理辅导等护理项目)。

1.5.2 治疗组 对照组治疗及护理的基础上加用中医技术火龙罐疗法。中医技术火龙罐疗法:在腕部改良术式针刀治疗后的第3天开始实施火龙罐治疗,具体操作如下:(1)患者取平卧位,以患肢正中神经循行路线、手厥阴心包经走向、腕关节及手掌局部为主,重点施术于疼痛及麻木部位;(2)选穴并标记:主穴选取患肢大陵、内关、间使、郄门、阳池、外关、鱼际、外劳宫、内劳宫等穴,配穴选取天泉、曲泽、神门、阳溪、阳谷、列缺、阿是穴、合谷、八邪等穴;(3)检查罐口是否完好无损,在罐底将艾条插稳并点燃待用,暴露患者患肢施罐部位皮肤并抹上精油;(4)等待罐底的艾条充分燃烧,罐口温而不烫;(5)术者用正旋、反旋、摇拨及摇振罐体的方法,同时结合熨、烫、揉、摇、碾、闪、点、推、按、震等手法,集艾灸、推拿、刮痧三者合一的罐法作用于患者患肢正中神经循行部位、手厥阴心包经走向、腕关节、手掌局部及穴位;(6)以患者患肢正中神经循行部位、手厥阴心包经、施术部位及穴位出现皮肤红润、全身发热感或微微渗汗为宜,术后注意保暖、避风寒^[9]。治疗1次1 d,每次25~30 min,2周为1个疗程,共治疗1个疗程。

1.5.3 质量保证 参加本研究项目的技术人员必须熟悉并掌握实验工作流程及各项操作技术;正中神经循行路线、手厥阴心包经走向和穴位由临床专科医师专人定位并标明;腕部改良术式针刀治疗由临床专科医师专人实施,火龙罐技术操作由针灸推拿科临床护士执行;研究人员制订详细的工作计划和方案、评定标准,以保证各项研究能顺利实施;研究数据采用双录双校制,从而确保准确性和可靠性。

1.6 观察指标 治疗前后观察并评估CTS症状严重程度量表(symptom severity scale, SSS)评分、疗效指数,以及电生理参数变化结果[包括正中神经感觉传导速度(SCV)、感觉动作电

位波幅(SNAP)、末梢运动潜伏期(DML)等指标]。

1.6.1 SSS积分评定 入组的每位CTS患者分别于治疗前后采用SSS积分进行评定^[10],包括:腕关节白天疼痛程度、频率、持续时间,夜间疼痛程度、频率;手指白天疼痛程度、夜间疼痛程度、频率;手指麻木感程度;手功能情况;手指或腕关节乏力程度。共11项,每项0~5分,分别评价患者症状变化情况(积分越高,症状越重)。

1.6.2 疗效指数评定 采用《中医新药临床研究指导原则》^[11]中的疗效指数标准对两组CTS患者治疗后SSS积分进行评定。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

1.6.3 电生理参数变化结果评定 两组患者治疗前后采用肌电诱发电位仪(品牌:Dantec-Keypoint,厂家:丹麦丹迪公司,型号:Keypoint9033A07)分别检测正中神经SCV、SNAP及DML的电生理参数,并观察其变化情况。

1.7 疗效标准 依据《中医病症诊断疗效标准》^[12]及疗效指数判定疗效。治愈:临床症状和体征消失或基本消失,疗效指数≥90%。显效:临床症状和体征明显缓解,70%≤疗效指数<90%。有效:临床症状和体征有所缓解,30%≤疗效指数<70%。无效:临床症状和体征无明显改善,疗效指数<30%。总有效=治愈+显效+有效。

1.8 统计学方法 采用SPSS 26.0统计软件包进行数据分析。计量资料服从正态分布用“均数±标准差”($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;计数资料用例(%)描述,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基线资料 两组患者性别、年龄、病程、治疗前SSS评分等临床基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。(见表1)

表1 两组 CTS 患者基线资料比较

组别	n	年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	性别/例		病程($\bar{x} \pm s$,月)	治疗前SSS评分($\bar{x} \pm s$,分)
			男	女		
治疗组	38	45.82±7.52	13	25	13.65±5.97	29.26±7.47
对照组	38	45.34±6.05	12	26	12.92±4.31	28.95±6.84
检验统计量		$t=0.303$	$\chi^2=0.060$		$t=0.617$	$t=0.192$
P		0.766	0.807		0.546	0.850

2.2 两组患者治疗前后SSS积分比较 两组患者治疗前SSS积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。两组患者治疗后SSS积分均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组患者治疗后SSS积分低于对照组($P<0.05$)。(见表2)

表2 两组患者治疗前后 SSS 积分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	38	29.26±7.47	4.39±2.91	19.115	0.000
对照组	38	28.95±6.84	13.11±3.01	13.064	0.000
t		0.192	-12.824		
P		0.850	0.000		

2.3 两组患者治疗后临床疗效比较 治疗后治疗组的愈显率(痊愈+显效)及总有效率均高于对照组($P<0.05$)。(见表3)

表3 两组患者治疗后临床疗效比较

组别	n	治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	愈显[例(%)]	总有效[例(%)]
治疗组	38	33	4	1	0	37(97.4)	38(100.0)
对照组	38	25	3	6	4	28(73.7)	34(89.5)
χ^2						8.610	2.375
P						0.003	0.039

2.4 两组患者治疗前后SCV、SNAP、DML比较 两组患者治疗前SCV、SNAP、DML比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组患者治疗后SCV、SNAP均较治疗前升高($P<0.05$),DML较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组患者治疗后SCV、SNAP均高于对照组($P<0.05$),DML低于对照组($P<0.05$)。(见表4)

3 讨论

目前认为,CTS由于腕部急慢性损伤导致腕管狭窄,正中神经被卡压或刺激而引起神经支配区域疼痛、麻木、感觉异常及运动功能障碍甚至肌肉萎缩为主要表现的一系列症状和体征,为临床周围神经卡压的常见病、多发病^[13]。正中神经起源于臂丛神经内、外侧束(C6~T1),其中感觉、运动神经纤维分别来源于外侧束(C6~7)及内侧束(C8~T1);起点自肱二头肌内侧沟动脉搏动处开始,向下延续至肱骨内外上髁中点偏内侧,再沿前臂内侧正中下行,行至腕部掌长肌腱和桡侧腕屈肌腱中间。目前国内外大多数文献已证实,CTS的发病机理是因为多种因素导致腕管内压力升高,主要病因是正中神经被卡压,从而导致手掌面桡侧3个半手指麻木、拇指的运动功能障碍,甚至引起大鱼际肌萎缩为CTS典型的临床症状和体征^[10]。CTS发病率与患者手腕关节的活动频率和力度具有相关性,因此发病者多见于其优势手,两侧同时患病者其优势手的临床表现也更为偏重^[14]。随着电脑的应用与普及,因CTS(亦称“鼠标手”)发病率的年轻化及逐年上升而受到重视^[15]。

传统4点定位法(桡、尺屈肌腱与远端腕横纹内侧两个交点及向远端延长2.5 cm处的两个点)针刀治疗CTS为早年朱汉章发明^[16],其劣势是松解的点太多,术中及术后针口剧痛,患者容易产生心理恐惧感而不配合治疗。叶喜喜等^[17]通过研究证实要对腕管出口和入口处松解减压减张的重要性;张开勇

表4 两组患者治疗前后 SCV、SNAP、DML 比较 ($\bar{x} \pm s$,m/s)

组别	n	SCV				SNAP				DML			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	38	33.24±6.95	52.57±5.74	-13.220	0.000	6.94±1.22	15.78±1.86	-24.546	0.000	6.30±1.16	2.13±0.70	19.055	0.000
对照组	38	34.77±5.71	41.55±5.25	-5.390	0.000	7.26±1.40	11.58±2.71	-8.730	0.000	6.10±0.78	4.01±0.81	11.457	0.000
t		-1.045	8.737			-1.062	7.901			0.882	-10.825		
P		0.306	0.000			0.297	0.000			0.383	0.000		

等^[8]认为,选择掌长肌腱尺侧缘与腕管交汇处定1~2点作上述操作,目的在于进一步剥离已被针刀松解的腕横韧带,解放腕管内空间,改善腕管内病理状态从而缓解正中神经受压导致的临床症状和体征,因此选择这3点为进针点是合理的。本研究团队经过长期应用改良术式针刀治疗CTS患者,与传统式针刀治疗比较,发现该项技术为简单、安全、效果显著的针刀术式,因其不易伤及神经血管,定点少,瘢痕少,疗效明显,易于新手操作,所以为目前首选治疗CTS的技术之一。但由于盲视下针刀松解的局限性,加上部分患者病程太长,术后部分患者手腕仍存在不同程度的疼痛、麻木、感觉异常及活动受限等临床表现,影响疗效,拖延康复时间,加重患者的经济负担和心理压力,甚至临床有一定比例的患者病情容易反复。为了提高针刀治疗CTS疗效,笔者对其发病机理作了进一步研究,分析原因,探讨针刀治疗CTS疗效欠佳的对策,同时在治疗方法上作出改进,因此在改良术式针刀治疗CTS后加用中医技术火龙罐干预方法则应运而生。

国内外学者研究认为,CTS的发病机理与神经双卡、多卡综合征理论相关。神经双卡、多卡综合征理论^[7]:一条神经近端受到卡压或损伤,除了引起相应的临床症状外,还可使该神经的远端对卡压的易损伤性增强,原来并不引起神经损伤的压力,即可导致卡压性损伤;同上所述,神经近侧损伤,可导致其远侧多处出现卡压性损伤。依据神经双卡、多卡综合征理论,即神经近端受卡压时,一般不会引起明显症状,一旦该神经远端再次被卡压时,即使是轻微的压力,临床上经常会出现疼痛过敏现象发生。根据该理论,部分国内外学者认为,CTS患者手腕部劳损的同时通常合并正中神经循行路线周围软组织的病变或卡压,手腕部疼痛、麻木及感觉异常是局部腕横韧带卡压刺激所致,也可以是正中神经循行路线周围软组织的病变卡压所为,或是腕部活动功能障碍而产生局部无菌性炎症或粘连,腕管内压力上升,压迫和刺激正中神经,引起CTS的发生。因此,CTS的发生除了患肢腕管内的压迫外,正中神经干的卡压现象通常同时存在,临床上单纯的腕部局部治疗方法往往出现患者疗效欠佳甚至病情复发。

中医学把CTS纳入“痹证”“筋伤”“痿证”范畴,其病因病机多为本虚标实^[18]。“风、寒、湿三气杂至,合而为痹,其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹也。”^[19]劳逸不当、正虚体弱为其发病内因;风寒湿邪痹除经络、局部挫伤血瘀为其发病外因,内因和外因致气血运行不畅,经脉失去濡养,血不通则痛,气不通则麻,导致该病发生发展,肌肉筋骨失去濡养太久,晚期甚至出现肌肉萎缩^[20]。火龙罐是在传统火罐的基础上进行改良,采用玄石和紫砂混烧打造罐体,运用金补银泻的机理将高温及鍍金鍍银技术把罐体与金银融成罐口,点燃艾条后变成有灵魂的火罐,利用其火性炎上、善行数变的特性,从而起到活血化瘀、散寒除湿、通络止痛及温补肾阳的功效^[21]。火龙罐是集推拿、按摩、艾灸、拔罐、刮痧于一体的一种中医特色治疗技术,治疗部位除了正中神经循行路线部位,重点还以手厥阴心包经和局部经穴为主,为“经络所过,主治所及”及“腧穴所在,主治所在”的充分体现^[22-23]。现代医学研究认为,正中神经相关病变选穴应以手厥阴心包经的

穴位为主^[24],正中神经远端循行于手厥阴心包经深处,并与内关、间使、郄门等穴位存在解剖位置高度一致。研究^[25]认为,中医技术火龙罐刺激正中神经循行路线的软组织、手厥阴心包经及相关穴位可激活正中神经,改善正中神经循行路线周围软组织的病变,松解正中神经的双卡或多卡现状,为临床治疗正中神经相关疾病提供参考。主穴大陵、内关、间使、郄门、外关穴深部正是正中神经循行之路,配穴多数穴位亦处在腕管附近,中医技术火龙罐通过熨、烫、揉、摇、碾、闪、点、推、按、震10种手法干预治疗,可起到行气活血、温经通络之功效,从而为改善局部血液循环,消除无菌性炎症,降低腕管压力,减少或解除正中神经压迫而达到治疗效果^[26]。

本研究结果显示,治疗后治疗组的愈显率(痊愈+显效)及总有效率均高于对照组($P<0.05$)。两组患者治疗后SSS积分均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组患者治疗后SSS积分低于对照组($P<0.05$)。两组患者治疗后SCV、SNAP均较治疗前升高($P<0.05$),DML较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组患者治疗后SCV、SNAP均高于对照组($P<0.05$),DML低于对照组($P<0.05$)。表明采用火龙罐在针刀治疗CTS中的应用临床疗效是肯定的,同时可以进一步改善CTS患者的神经电生理参数,更有利于缓解患者手腕的疼痛麻木程度,有助于改善患者的手功能,是治疗CTS有效的中医技术。其中的机理是,根据神经双卡、多卡综合征理论,在针刀松解腕横韧带治疗后,虽然局部腕横韧带卡压刺激已解除,但正中神经循行路线周围软组织的病变卡压仍然存在,因此术后部分患者手腕仍存在不同程度的疼痛、麻木、感觉异常及活动受限等临床表现,此时联合使用中医技术火龙罐刺激正中神经循行路线的软组织、手厥阴心包经及相关穴位,可起到解除正中神经循行路线周围软组织的病变,松解正中神经的双卡或多卡现状,从而激活正中神经并改善其电生理参数,达到行气活血、温经通络的功效并收到显著的临床治疗效果。

综上所述,中医技术火龙罐在针刀治疗CTS中的应用是可行的,不仅愈显率和总有效率得到提升,患者的疼痛麻木程度、腕关节功能活动及神经电生理参数也得到显著改善,较单纯采用针刀治疗临床效果更显著。因此,引入火龙罐技术干预针刀治疗CTS具有良好的临床疗效,值得临床进一步推广应用。

参考文献

- [1] 何林飞,郭爱松,朱振杰.发散式体外冲击波治疗对轻、中度腕管综合征患者疼痛、手功能和抑郁的影响[J].中国康复医学杂志,2022,37(1):39-43.
- [2] 戴敏,李开平,何宁宁.超声可视化针刀技术治疗腕管综合征的安全性及临床疗效观察[J].中华中医药学刊,2020,38(6):193-196,273.
- [3] 王小龙,韩超前,温树正,等.三种小切口腕管松解术治疗腕管综合征的对比研究[J].中华手外科杂志,2020,36(2):106-110.
- [4] 吴亮,杜维卫,张伟平,等.腕管综合征标准化治疗临床分析[J].中华手外科杂志,2017,33(1):64-65.

- [5] 赵文海,张俐,温建民.中医骨伤科学[M].北京:科学出版社,2017:300-302.
- [6] 王福玲.世界医学会《赫尔辛基宣言》:涉及人类受试者的医学研究的伦理原则[J].中国医学伦理学,2016,29(3):544-546.
- [7] 叶喜喜,韩东,李开平.针刀治疗腕管综合征的临床对比研究[J].辽宁中医杂志,2018,45(5):1045-1048.
- [8] 张开勇,杨洋,徐斯伟,等.针刀治疗腕管综合征的病例对照研究[J].中国骨伤,2018,31(6):497-499.
- [9] 崔冬雯,刘伟承,刘伟承,火龙罐辅助老年性便秘疗效观察[J].实用中医药杂志,2021,37(4):640-641.
- [10] 何川,杨玉杰,张驰,等.正中神经掌-指Ⅲ与腕-掌段感觉传导速度比值在腕管综合征中的诊断价值[J].中华医学杂志,2016,96(31):2462-2465.
- [11] 褚美娜,张皓,蒋梦慈,等.温阳平喘方治疗阳虚型小儿咳嗽变异性哮喘临床疗效观察[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(6):120-123.
- [12] 李国锐.《中医病症诊断疗效标准》出台[J].标准化信息,1995(2):5.
- [13] 冯伟,邢丹谋,任东,等.急性腕管综合征治疗体会[J].中华手外科杂志,2016,32(1):15-16.
- [14] 张博闻,贾怀续,张巧霞,等.腕部小切口腕横韧带完全切断与部分切断治疗重度腕管综合征的疗效对比[J].实用手外科杂志,2024,38(1):29-33.
- [15] GRUBER L, GRUBER H, DJURDJEVIC T, et al. Gender influence on clinical presentation and high-resolution ultrasound findings in primary carpal tunnel syndrome: Do women only differ in incidence? [J]. J Med Ultrason, 2016, 43(3): 413-420.
- [16] 周俏吟,申毅锋,贾雁,等.经典针刀术式治疗腕管综合征的临床解剖学研究[J].中国骨伤,2020,33(8):745-749.
- [17] 叶勇,罗容,丁俊洋,等.基于神经多卡理论探讨针刀治疗脊柱及相关性疾病[J].针灸临床杂志,2020,36(3):82-85.
- [18] 王旭燕.合谷刺法治疗轻中度腕管综合征临床疗效观察[D].天津:天津中医药大学,2021.
- [19] 黄帝内经·素问[M].田代华,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [20] 刘腾飞,许军峰.石学敏院士醒脑开窍治则临床应用探秘[J].中医学报,2023,38(12):2606-2610.
- [21] 史文平,罗树雄,陈婕,等.火龙罐配合引阳入阴推拿法治疗颈源性失眠的效果观察[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(7):1150-1152.
- [22] 熊康,王祯芝,张美玲,等.基于数据挖掘研究针灸治疗帕金森病认知障碍的选穴规律[J].世界中医药,2023,18(11):1596-1600.
- [23] 李秋佳,栗胜勇,覃晓燕.针刺治疗中风后肢体痉挛研究述评[J].河南中医,2019,39(4):644-648.
- [24] 张子迪,王锐卿,刘敬萱,等.基于数据挖掘探讨电针治疗周围神经病的临床应用特点[J].针刺研究,2021,46(3):240-247.
- [25] 叶记铨,汪庆华,柯晓毅,等.正中神经针灸电刺激与正中神经经皮电刺激促醒疗效对比研究[J].亚太传统医药,2023,19(12):111-115.
- [26] 曾秋霞,钟华,冉白灵,等.火龙罐疗法改善脑卒中后肩手综合征患者症状[J].护理学杂志,2021,36(12):52-55.

(收稿日期:2024-07-11 编辑:刘国华)