

伤筋病（踝管综合征）中医诊疗方案 (2018 年版)

一、诊断

(一) 疾病诊断

1. 中医诊断标准

采用《中医病证诊断疗效标准》^[1]中“跖管综合征”的诊断依据（ZY/T001.1-94）

(1) 有外伤史或慢性劳损史。

(2) 好发于青壮年男性，多为体力劳动者，一般呈单侧性。

(3) 足底和足跟内侧疼痛，麻木，劳累后明显，休息后减轻，趾管叩击有向足底及足跟放射痛。

(4) 肌电图检查：趾内侧神经或趾外侧神经所支配的足小肌震颤。

2. 西医诊断标准

参照《实用骨科神经伤病定位诊断学》（2006 年）^[2]及《临床诊疗指南-疼痛分册》（2007 年）^[3]“跖管综合征”，拟定标准如下：

(1) 主诉足底或踝部麻木、疼痛，负重或运动后加重，休息后略缓解。

(2) 查体见内踝后方有肿胀、压痛，神经叩击实验（Tinel 征）阳性，肌力一般不受影响；足部胫后神经的跟支和其主要分支跖内侧神经和跖外侧神经分布区感觉减退。

(3) 肌电图检查：见患足神经传导速度和感觉诱发电位潜伏期延长或消失，足拇短展肌出现自发纤颤电位等失神经改变。

(二) 证候诊断

采用《中医病证诊断疗效标准》^[1]中“跖管综合征”的证候分类（ZY/T001.1-94）

1. 气滞血瘀证：由外伤，劳损所致，轻者步行久或久坐后内踝后方出现酸胀不适，休息后消失，重者足底灼疼，麻木或蚁行感，夜重日轻。舌红苔薄，脉弦。

2. 肝血不足证：局部皮肤发白，发凉，或皮肤干燥，漫肿或见皮肤发亮变薄，趾甲失泽变脆，足底肌萎缩，内踝后方可有胀硬感，或可扪及梭形肿胀，压痛，伴放射状麻木感。舌淡，脉弦细。

二、治疗方法

(一) 针刀闭合性手术（或以针刀为治疗手段、以其他称谓命名的治疗方法）

1. 治疗原则：疏通气血，松解粘连，解除卡压。

2. 操作方法：

(1) 体位：患者侧卧于治疗床，患侧在下，患足内踝朝上，用枕头将脚踝垫平稳。

(2) 体表定位：

内踝尖与跟腱止点连线，该线与内踝后下缘的交点在分裂韧带起点处，为第1个进针点，该线与跟骨内缘的交点在分裂韧带止点处，为第2个进针点；内踝尖与跟骨结节连线，该线与内踝下缘的交点在分裂韧带的起点处，为第3个进针点，该线与跟骨内侧缘的交点在分裂韧带止点处，为第4个进针点（如图所示）。



(3) 消毒与麻醉：施术部位常规消毒并用 0.5%利多卡因局部注射麻醉，然后铺无菌洞巾，治疗点正对洞巾中间。

(4) 针刀操作：

①用 I 型 4 号针刀沿进针刀四点对其松解。

②针刀体与皮肤垂直，刀口线与分裂韧带走向平行，按针刀闭合性手术四步操作规程进针，针刀经皮肤、皮下组织、筋膜，直达骨面，沿骨面向下探寻，刀

下有坚韧感时，即到达分裂韧带，以横行松解法及纵行剥离法松解 2-3 刀，范围不超过 0.5cm。

③术毕，拔出针刀，局部压迫止血，视情况可用创可贴覆盖针眼。

(二)辨证论治

1. 气滞血瘀证

治法：活血化瘀，通脉止痛

推荐方药：小活络丹加减。制天南星、制川乌、制草乌、地龙、乳香、没药等。或具有同类功效的中成药。

2. 肝血不足证

治法：养血柔肝，舒筋散结

推荐方药：壮筋养血汤加减。当归、川芎、白芍药、续断、红花、生地黄、牛膝、牡丹皮、杜仲等。或具有同类功效的中成药。

(三)特色疗法

1. 手法治疗： 治以舒筋活血。

运用推、按、揉、弹拨、擦等手法。

具体操作：患者仰卧，患肢外旋，医者点按阴陵泉、三阴交、太溪、照海、金门等穴。继以一指禅推法或揉法于小腿内后侧，由上而下推至踝部，重点在距管局部，沿与踝管纵轴相垂直的方向推、揉 5-10 分钟，同时在局部配合弹拨法梳理经筋，最后顺肌腱方向用擦法放松。

2. 针灸治疗：选取涌泉、太溪、照海、三阴交、地机、水泉、筑宾等穴，用平补平泻手法，得气后留针 20 分钟，10 次为 1 疗程，可治疗 2 疗程。

3. 电针治疗：主穴选取患侧涌泉、太溪、然谷、公孙、商丘、三阴交穴，血瘀气滞者配昆仑、承山穴；肝血不足者配血海、足三里穴；用疏密波，3-20HZ，疏密周期 6s，每次治疗可持续 30 分钟，10 次为 1 疗程，可治疗 2 疗程。

4. 中药热敷：主要选取当归、炙乳香、赤芍、防风、海桐皮、骨碎补、红花、没药、木瓜、川椒、独活、透骨草、生杜仲、川断、羌活、川牛膝、附子、大青盐等；可于针刀闭合性手术 3 日后进行。

5. 中药泡洗：主要选取伸筋草、苏木、防风、透骨草、刘寄奴、川芎、千年健、红花、桂枝、威灵仙、荆芥、天麻等；可于针刀闭合性手术 3 日后进行。

6. 康复活动训练

(1) 背屈：下肢伸直（仰卧位或坐位）只活动脚踝做背屈动作，脚尖指向鼻头(同时保持膝盖伸直)至最背屈的位置坚持 5 秒钟。

(2) 跖屈：下肢伸直（仰卧位或坐位）只活动脚踝做跖屈动作，脚尖向下(同时保持膝盖伸直)至最跖屈的位置坚持 5 秒钟。

(3) 内翻：下肢伸直（仰卧位或坐位）脚趾向上，只活动脚踝使脚内翻，至极限的位置坚持 5 秒钟。

(4) 外翻：下肢伸直（仰卧位或坐位）脚趾向上，只活动脚踝使脚外翻，至极限的位置坚持 5 秒钟。

(四)其他外治法

1. 局部封闭：可用当归红花注射液 2ml，或强的松龙 25mg 加 2%的利多卡因 10ml，可适当加入维生素 B1 注射液、维生素 B12 注射液，在分裂韧带起止点各封闭 1 次，每周 1-2 次，2-3 周为一个疗程。

2. 物理治疗：蜡疗、半导体激光、红外线照射、电磁疗法、超声药物透入、中频治疗等，可根据患者情况每日予以单项或者多项选择性治疗。

(五)西医治疗

1. 西药治疗

(1) 对于感觉异常和（或）麻木明显者必要时给予营养神经药物，如维生素 B12、甲钴胺等。

(2) 对于伴有明显疼痛者必要时给予非甾体类镇痛消炎药，解痉镇痛，如布洛芬、阿司匹林等。

2. 外科开放式手术治疗

外科开放式手术治疗适用于有以下情况之一者：患处有占位性病变；症状严重久治无效或反复发作；踝管内有骨痂或瘢痕形成等。

手术方式有单纯屈肌支持带切开术；踝管、跟管、内外侧管松解术；胫后神经松解术及内镜治疗等。

(六)护理调摄要点

1. 术后注意伤口卫生，避免感染。

2. 使用支具可以缓解因踝管综合征引起的足部畸形。

3. 减少患肢剧烈活动，适当休息，穿宽松的鞋袜，纠正足的不良姿势。
4. 穿长筒弹力袜可缓解下肢肿胀和静脉曲张。

三、疗效评价

(一) 评价标准

参照 1994 年国家中医药管理局发布的中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》中“跖管综合征”的疗效评价。

治愈：局部无肿胀，站立行走无酸胀疼痛，无麻木感，肌电图检查无异常。

好转：局部肿痛减轻，步行过多或站立过久时仍有酸胀感，肌电图检查改。

未愈：症状未改善，肌电图检查无改变。

(二) 评价方法^[4]

马里兰足部评分标准

评价指标	结果选项	评分	得分
问题 1---- 疼痛程度	无疼痛（包括运动）	45	
	轻微日常生活或工作能力无改变	40	
	轻微日常生活或工作能力轻微改变	30	
	中度日常生活能力显著下降	20	
	显著日常生活能力极低	10	
	残废不能工作或逛商店	0	
问题 2---- 步态行走距离	无限制	10	
	轻微受限	8	
	中度受限（2-3 个街区）	5	
	严重受限（1 个街区）	2	
	不能出户	0	
问题 3---- 稳定性	正常	4	
	弱感，无真正打软退	3	
	偶尔打软	2	
	经常打软腿	1	
	应用矫形器	0	
问题 4---- 行走辅助	无	4	
	手杖	3	
	拐杖	1	
	轮椅	0	
问题 5---- 运动（踝、距下、跖趾关节、中足）	正常	5	
	轻微略低	4	
	明显减低	2	
	僵硬	0	
问题 6----	无	4	
	轻微	3	

跛行	中度	2	
	严重	1	
	不能行走	0	
问题 7----- 鞋	任何类型	10	
	较小特殊性的鞋	9	
	平的绑带子的鞋	7	
	有矫形胎的鞋	5	
	宽松的鞋子	2	
	不能穿鞋	0	
问题 8----- 上楼梯	正常	4	
	借助栏杆	3	
	借助任何其他方法	2	
	不能	0	
问题 9----- 行走	在任何路面上行走均无困难	4	
	在石头或丘陵地面上走有一定困难	3	
	在平的地面上行走有困难	0	
问题 10----- 外观	正常	10	
	轻度畸形	8	
	中度畸形	6	
	严重畸形	0	
	多种畸形	0	

总评分为以上各项评分综合：

优：95-100；良：75-89；可：50-74；差：<50

参考文献

- [1] 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，1994:218-219.
- [2] 张树桢,郑召民.实用骨科神经病定位诊断学[M].郑州：郑州大学出版社,2006:183-184.
- [3] 中华医学会.临床诊疗指南·疼痛学分册[M].北京：人民卫生出版社,2007:149.
- [4] Pfeiffer WH,CracchioloA.Clinical results after tarsal tunnel decompression[M].J Bone Joint Surg(Am),1994,76(8):1222.

牵头分会：中华中医药学会针刀医学分会

牵 头 人：郭长青（北京中医药大学）

主要完成人：

郭长青（北京中医药大学）

牛志军（北京市宣武中医医院）

赵瑞利（北京市东城区第一人民医院）

韩 峰（北京市和平里医院）

王思明（北京市东城区社区卫生服务管理中心）