

中药离子导入治疗颈肩腰腿痛的疗效观察

张江

(新疆乌鲁木齐市友谊医院 乌鲁木齐 830000)

摘要:目的:观察中药离子导入治疗颈肩腰腿痛的临床疗效。方法:随机将颈肩腰腿痛患者 142 例分为治疗组 74 例和对照组 68 例,对照组予以口服活血通络、消炎镇痛之中西药物;治疗组在此基础上采用中药离子导入治疗,每次 40min,每天 1 次,10d 为 1 个疗程,连续治疗 1~3 疗程。观察两组的综合疗效。结果:治疗组显效率 93.2%(69 例),明显优于对照组 80.9%(55 例),两组比较差异有显著性($P < 0.05$),且未发现明显的副作用。结论:中药离子导入治疗颈肩腰腿痛疗效确切、安全、有效。

关键词:中药离子导入;颈肩腰腿痛;中西医结合疗法

中图分类号:R 681.55

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.019

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照国家中医药管理局 1999 年颁布的《中医病症诊断疗效标准》^[1]。

1.2 一般资料 入选的 142 例颈肩腰腿痛患者均为我院 2007 年 3 月~2009 年 11 月收治的门诊患者。按照随机数字表法分为治疗组 74 例、对照组 68 例。治疗组男 41 例,女 33 例;年龄 21~76 岁,平均(48±6)岁;平均病程(5.6±1.3)年;颈椎病 18 例,肩周炎 13 例,腰椎间盘突出 17 例,腰肌劳损 6 例,膝关节退行性变 15 例,痛风 3 例,强直性脊柱炎 2 例。对照组男 38 例,女 30 例;年龄 19~78 岁,平均(48±1)岁;平均病程(5.5±1.1)年;颈椎病 16 岁,肩周炎 13 例,腰椎间盘突出 16 例,腰肌劳损 5 例,膝关节退行性病变 13 例,痛风 3 例,强直性脊柱炎 2 例。排除恶性肿瘤、严重心脑血管疾病。经统计学分析,两组在年龄、性别、病程、病情严重程度等方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.3 治疗方法 对照组:单纯服用消炎镇痛西药和活血化瘀、通络止痛中药。治疗组:在对照组的基础上同时使用 YK-2000B 型脉冲中频中药离子导入治疗仪,根据患者不同病症选取相应的治疗点。导入中药组成:红花、当归、川芎、羌活、牛膝、地龙、防风、海风藤、威灵仙等,研磨成颗粒,加 75%酒精浸泡 1 周后备用,将浸透药液的药垫放在电极衬垫上,将电极板放置于所选的治疗部位,电流强度由弱渐强,以患者能耐受为宜,每次 40min,每日 1 次,10 次为 1 个疗程,共 1~3 个疗程。

1.4 观察指标 观察并记录治疗前后病变部位疼痛、伴随症状、关节活动功能的改善情况及治疗过程中出现的不良反应。疼痛采用视觉模拟尺(visual analog scale,VAS)评分 0~10 分,关节功能以活动度为评判标准。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件进行统计学分析,计量资料采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 参照国家中医药管理局 1999 年颁布的《中医病症诊断疗效标准》^[1]。临床治愈:疼痛及伴随症状消失,关节活动功能正常,VAS 评分减少 $\geq 95\%$ 。显效:疼痛及伴随症状明显减轻,关节活动基本不受限,VAS 评分减少 $\geq 70\%$ 。有效:疼痛及伴随症状略有改善,关节活动轻度受限,VAS 评分减少 $\geq 30\%$ 。无效:疼痛及关节活动无明显改善,VAS 评分减少 $< 30\%$ 。

2.2 临床疗效比较 见表 1、表 2。

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	74	14	32	23	5	93.2
对照组	68	8	19	28	13	80.9

注:两组总有效率比较, $P < 0.05$ 。

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	74	7.5±1.6	2.6±1.4* [△]
对照组	68	7.6±1.5	4.7±1.8*

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

颈肩腰腿痛,临床治疗最为棘手的是上述部位慢性迁延性疼痛、进行性关节功能障碍以及患者由此产生的抑郁焦虑心理,长期易形成疼痛—抑郁焦虑—更多疼痛的恶性循环^[2]。慢性颈肩腰腿痛属中医“痹证”范畴,多因感受风寒湿热之邪引起肢体关节疼痛、酸楚、麻木以及关节肿大、屈伸不利。其机理是气血闭阻不通,不通则痛。笔者使用的中药导入液中,红花、当归、川芎具有活血祛瘀的作用,羌活祛风除湿,牛膝、地龙活血通络,防风、海风藤、威灵仙祛风散寒胜湿^[3]。利用直流电场的作用,使中药离子经皮肤进入治疗部位,在皮内形成离子堆,刺激皮内神经末梢,引起局部生理效应和全身生理效应。且直流电导入的药物在人体内停留的时间长,并形成药物储存,能逐渐消散而进入血液和淋巴液,产生长时间的全身作用。另外超强刺激电流能改善局部血液循环,消除水肿,防止肌肉和周围组织粘连^[4]。这一系列的正向效应相叠加,有效地消除或减轻无菌性炎症反应,从而达到解除疼痛、恢复

锁定接骨钢板治疗肱骨近端骨折

罗国强 吴法强 龚惠华

(江西省南昌市洪都中医院 南昌 330008)

摘要:目的:通过分析 28 例锁定接骨钢板治疗肱骨近端骨折的临床疗效,探讨治疗体会及教训。方法:2007 年 1 月~2009 年 1 月采用锁定接骨钢板治疗肱骨近端骨折 28 例。结果:本组 28 例均获得随访,随访时间 6~24 个月,平均 12 个月。28 例均达到骨性愈合,骨愈合时间为 10~20 周,平均 11 周;功能评定采用 Neer 评分,优 20 例,良 6 例,2 例四部分骨折患者,术后固定时间较长,术后功能受限,评为可,优良率达 92.86%。结论:锁定接骨钢板治疗肱骨近端骨折具有固定牢靠、操作简单、微创、能早期功能锻炼、肩关节功能恢复良好等特点,是治疗肱骨近端骨折的一种安全而行之有效的方法。

关键词:肱骨近端骨折;锁定接骨钢板;手术疗法

中图分类号:R 683.41

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.020

肱骨近端骨折就是指肱骨外科颈以近 1~2cm 至肱骨头关节面之间的骨折,包括肱骨头、大结节、小结节、肱骨干近端等结构的骨折,约占全身骨折的 4%~5%^[1],80% 的肱骨近端骨折可以采用非手术治疗,约 20% 的移位肱骨近端骨折需要手术治疗。锁定加压钢板(locking compression plate, LCP)是近年来活跃于临床的新兴产物,其钢板钉孔与螺钉钉帽采用丝扣锁定,钢板贴覆骨膜固定但不压迫骨面,如果不切开骨膜行骨折手法闭合复位,则可最大程度地保留骨折局部的血运。自 2007 年 1 月~2009 年 1 月我们采用肱骨近端锁定接骨钢板(locking proximal humerus plate LPHP)对 28 例肱骨近端骨折患者进行治疗,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 28 例,男 18 例,女 10 例,年龄 22~71 岁,平均 60 岁,其中摔伤 19 例,车祸 9 例,均为闭合性骨折。按 Neer 分型^[2],三部分骨折 25 例,四部分骨折 3 例。入院常规行肩关节前后位和穿胸位 X 线检查,三、四部分骨折均行 CT 扫描三维重建,全部采用肱骨近端 LPHP 内固定。伤后到手术时间 3~7d,平均 5d。

1.2 手术方法 采用臂丛加颈丛神经阻滞麻醉,取“沙滩椅”位,患肩垫高,取三角肌胸大肌间隙入路,显露头静脉,切断三角肌部分锁骨部,将其连同头静脉牵向内侧,显露骨折端,找到肱二头肌腱,认清大小结节,保护关节囊和肩袖血液循环,骨折间接复位,细克氏针临时固定。将锁定接骨钢板置于肱骨大结节顶点下 5mm,结节间沟后 10mm,上端不超过肱骨大结节,以 3.5 mm 皮质骨螺钉将接骨板功能的疗效。本次观察中,笔者发现将中药离子导入应用到颈肩腰腿痛的治疗中,临床疗效明显优于对照组,且该法具有直接、高效、安全、简便的特点。

参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出

固定于肱骨干,用导向器向肱骨头内打入锁定螺钉,C 型臂 X 线光机透视骨折复位固定情况,修复关节囊和肩袖,冲洗、置负压引流管 1 根。术后患肢屈肘 90°,悬吊固定于胸前,3d 后开始被动活动肩关节。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 功能评定采用 Neer 评分^[2],行常规疼痛评分及 X 线分析。Neer 评分为百分制,其中疼痛为 35 分,功能为 30 分,活动度(ROM)为 25 分,解剖位置为 10 分;优:90~100 分;良:80~89 分;可:70~79 分;差:<70 分。

2.2 疗效评定结果 本组 28 例均获得随访,随访时间 6~24 个月,平均 12 个月,均达到骨性愈合,骨愈合时间为 10~20 周,平均 11 周,功能评定结果为优 20 例,良 6 例,2 例四部分骨折患者,术后固定时间较长,术后功能受限,评为可,优良率达 92.86%。

3 讨论

肱骨近端骨折的分类方法有多种,常用的有 Neer 和 AO/ASIF 分型,Neer 提出的根据骨折块多少及移位情况进行分类的方法在临床上被广泛采用。Neer 以肱骨近端 4 个解剖标志:解剖颈、大结节、小结节和外科颈为基础,认为肱骨近端可出现相应的 4 个骨折块,以移位大于 1cm 或成角畸形大于 45° 为标准进行分类,分为一、二、三、四部分骨折。肱骨近端复杂骨折主要包括其分类中的三、四部分骨折,骨折涉及到外科颈和大小结节,肱骨头多与软组织分离且发生较大移位和旋转,加上广泛的肩关节周围软组织损伤,故要通过非手术治疗达到良好的功能十分困难,因此大多数学者主张手术

出版社,1999.168-232

[2] 张文祥,倪家骥.慢性疼痛与抑郁焦虑关系的研究进展[J].疑难病杂志,2009,8(12):764-765

[3] 梅全喜.现代中医药药理与临床手册[M].北京:中国中医药出版社,2008.608-661

[4] 李仲康.临床疼痛治疗学·修订版[M].天津:天津科学技术出版社,1998.130-132