

手法加热敏灸治疗腰椎假性滑脱临床症状及影像学改变研究

涂瑞芳¹ 于丹² 万小玲¹ 肖伟平¹ 吴春华¹

(1 江西中医学院附属医院 南昌 330006; 2 江西中医学院 南昌 330004)

摘要:目的:观察手法加热敏灸对腰椎假性滑脱治疗前后的临床症状及影像学的改变。方法:选取 50 例假性滑脱患者为研究对象,对其施予相应的手法及热敏灸治疗,7 d 为 1 个疗程,治疗 2 个疗程。结果:经 2 个疗程治疗后,痊愈 28 例,占 56%;显效 15 例,占 30%;好转 7 例,占 14%;无效 0 例,占 0%。结论:运用手法配合热敏灸治疗腰椎假性滑脱,疗效满意,值得深入研究并推广应用。

关键词:腰椎假性滑脱;退行性腰椎失稳症;手法;热敏灸;影像学改变

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.018

腰椎假性滑脱又称退行性腰椎失稳症、腰椎不稳症,系由于长期的椎间盘、关节突关节以及周围韧带的退变松弛而导致的椎间关节出现的不稳定,表现为上位椎体向前、向后或侧方滑移。假性滑脱

是腰椎退行性变的一个重要 X 线征象,大多为 I 度滑脱。本研究通过对患者行手法及腰外固定直接减少病变节段运动,配合施行热敏灸舒经通络、温经散寒,观察治疗前后患者的症状及影像学变化,发

定板术。方法:首先麻醉患者颈丛与高位臂丛,随后作切口,并向内侧牵拉胸大肌与头静脉,向外侧牵拉三角肌,随后沿着骨面进行剥离,暴露出肱骨头、肱骨结节以及附着的长头肌腱,进行复位。针对 9 例合并显著骨质缺损的患者,进行植骨^[1]。完成上述操作后,选取合适的锁定钢板,将其放在外侧大结节之下,与之相距 5 mm,应用螺钉等进行固定,随后清洗创口,并连接引流设备,进行缝合。完成手术后,6 h 内保持患者的去枕平卧体位,并密切关注其心率、呼吸、脉搏、神志等的变化,积极防控并发症。术后第 2 天,指导患者尝试运动肘关节与腕关节,术后半月,练习钟摆运动,术后 1 个月,开始着重锻炼肩关节。患者平均住院时间为 12.8 d,在出院时我院进行健康指导,鼓励患者合理进行关节活动练习。对患者进行半年以上随访,在疗前与疗后对其肩关节功能进行考察,依据 Neer 评分,分值范围:0~100,低于 70 分为差,70~79 为一般,80~89 为良好,90 以上为优秀^[2]。

1.3 统计学方法 运用 SPSS13.0 软件,对数据进行统计分析。 $P < 0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

所有患者进行半年以上随访,最长为 16 个月,最短为 7 个月,平均为 11.8 个月。随访发现,4 例患者关节功能为良好,28 例为优秀,治疗有效率达 100%。同时,无 1 例出现显著并发症,平均骨愈合时间为 10 周,9 例接受植骨患者,其平均骨折愈合时间为 9.7 周,预后效果良好。治疗后 Neer 评分较治疗前显著提高, $P < 0.05$ 。详见表 1。

表 1 患者疗前疗后 Neer 评分及优良率对比分析 ($\bar{X} \pm S$) 例

时段	Neer 评分值(分)	较差	一般	良好	优秀
治疗前	52.7±18.9	14	18	0	0
治疗后	89.3±6.4	0	0	4	28

3 讨论

骨科临床中,肱骨外科颈骨折较为常见,多发于老年群体。目前,针对该病多采用外科固定方法进行治疗,收到了不错的效果。然而,临床实践发现,在骨折治疗术后,患者肩关节灵活性下降,引发关节僵硬与活动不良,对患者的日常生活造成威胁。笔者进行本次分析,观察该类骨折的治疗方法,分析其应用效果,为临床工作提供借鉴,进一步提升治疗效果,并降低出现并发症的风险。

针对肱骨外科颈骨折,在进行手术治疗时应注意:(1)术中需要注意保护肱骨部位的正常血液循环,并保护肩袖以及关节囊部位。为了保持良好血液循环,需要注意在骨折与接骨板之间维持合理的压力,避免因为压力过大导致组织坏死等不良后果^[3]。(2)在完成固定后,需要用合适力度,被动运动患者肩关节,确保固定良好且无异物感后,才可进行后续处理。在治疗后,需要指导患者进行康复练习,外科术式对骨折进行了初步治疗,后续的康复训练则是逐渐改善关节活动性、提升运动机能的关键。本文分析的 32 例患者,术后住院期间,治疗人员积极指导,进行了有效锻炼,预后效果良好。本研究结果显示:针对老年肱骨外科颈骨折,应用肱骨近端锁定板进行治疗,并积极进行康复练习,能够有效治疗骨折,促进骨愈合,提升关节灵活度,有着积极的临床效果,适于得到进一步的推广。

参考文献

- [1]冯斌,张震,胡宗凯,等.解剖钢板治疗老年肱骨外科颈粉碎性骨折[J].临床军医杂志,2010,38(3):344-346
- [2]黄秀珍,陈国弟,陈庚辛,等.硬纸夹板固定治疗肱骨外科颈骨折 60 例疗效观察[J].中国中医骨伤科杂志,2009,17(2):67-68
- [3]陈志豪,徐刚,季莹瑶,等.肱骨近端锁定钢板(LPHP)治疗肱骨外科颈骨折分析[J].浙江创伤外科,2010,17(5):495-496

(收稿日期:2012-11-14)

现疗效满意。现将我们的研究报告如下:

1 临床资料

全部 50 例患者均为 2011 年 7 月~2012 年 7 月江西中医学院附属医院骨科和热敏灸分院的门诊及住院患者,男 14 例,女 36 例,年龄 40~65 岁,平均 (52.67±4.12) 岁;病程半年~15 年,平均 (78.61±3.85) 个月。按 Merdering 分型^[1]: I 度 43 例,II 度 7 例。

2 治疗方法

2.1 手法治疗

2.1.1 体位选择 选择有利于复位的体位,椎体向前滑脱时取仰卧位,向后滑脱时取俯卧位,横向滑脱时取俯卧位,旋转滑脱时取侧卧位。

2.1.2 具体操作^[2] 首先推竖脊肌以放松肌肉,再针对滑脱情况运用手法。(1)对前滑脱患者,用腰部屈曲滚摇(屈脊位)手法:仰卧位,屈膝屈髋,收腹,屈脊团身,双手抱膝,头部尽量靠近膝部。术者一手扶患者踝部,一手托扶患者颈背部,嘱患者自行发力做前后往返翻滚动作,术者双手前后协调控制。每次滚翻 3~5 min,间断休息,每天治疗 3~4 次。(2)对后滑脱患者,主要用抖法结合拔伸牵引手法:俯卧位,嘱患者双手抓住床头,术者握住患者双踝向后上方牵引 3~5 min,边牵引边有节律地抖动腰部 3~5 次。牵抖手法结束后,缓慢放下双踝,再行轻手法按揉腰部。(3)对横向滑脱患者,主要用拔伸牵引结合推手法:俯卧位,先对患者行放松手法 3~5 min,然后由助手握患者双踝持续水平牵引,术者立于患者一侧,一手拉患者骨盆,另一手推患者滑脱椎体处,利用剪力使患椎复位。治疗结束前先让助手缓慢松开患者双踝,术者继续行推手法治疗 2~3 min 后再慢慢松手,按揉腰部。(4)对旋转滑脱患者,用侧扳旋转手法:侧卧位,患者患肢在上方呈屈曲位,健肢在下方呈伸直位。术者立于患者背侧,一手推患者臀部,一手固定肩部,当患者躯干扭转到一定程度时双手同时交叉用力,有节律地晃动后突然加力使患椎复位。

2.2 热敏灸治疗

2.2.1 热敏腧穴探查方法^[3] (1)环境:检测室保持安静,室内温度保持在 24~30℃。(2)体位:选择舒适、充分暴露病位的体位。(3)探查工具:22 mm×160 mm 特制精艾绒艾条(江西中医学院附属医院生产)。(4)探查方法:距离皮肤 3 cm 左右,于腰背部及下肢热敏化高发区寻找热敏腧穴,先行回旋灸 2 min 温热局部气血,继以雀啄灸 2 min 加强敏化,循经往返灸 2 min 激发经气,再施以温和灸发动感

传,开通经络。当某穴出现透热、扩热、传热、局部不热(或微热)远部热、表面不热(或微热)深部热或其他非热感等(如酸、胀、压、重等)感传时,此即是热敏腧穴,探查出所有的热敏腧穴并作标记。

2.2.2 热敏灸治疗 对所标记的热敏腧穴施以热敏灸,灸至热敏感传消失、局部皮肤灼热为度,完成 1 次治疗的施灸时间因人而异,一般 40~60 min。每日 1 次,7 d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

2.3 腰部固定 给予患者腰部护腰带进行外围固定,固定 2 周。

3 疗效观察

3.1 症状评分标准 参考第二届腰椎失稳专题座谈会纪要^[4]所制定的评分标准进行评分。(1)2 分:腰部轻度疼痛时作时止,活动基本正常,诱发轻微症状,轻度压痛,下肢软弱无力,远端麻木但不影响生活;(2)4 分:腰部疼痛可忍,时常发作,活动范围受限,诱发明显症状,中度压痛,下肢软弱无力,远端麻木影响部分生活;(3)6 分:腰部疼痛难忍,持续不止,活动范围严重受限,诱发严重症状,重度压痛,下肢功能基本丧失,生活不能自理。

3.2 X 线评分标准 (1)2 分:X 线示 I 度滑脱;(2)4 分:X 线示 II 度滑脱;(3)6 分:X 线示 III 度滑脱;(4)8 分:X 线示 IV 度滑脱。

3.3 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(2002)。(1)痊愈:腰部疼痛、下肢麻木、X 线表现等症状、体征积分减少 ≥95%;(2)显效:腰部疼痛、下肢麻木、X 线表现等症状、体征积分减少 70%~95%;(3)有效:腰部疼痛、下肢麻木、X 线表现等症状、体征积分减少 30%~70%;(4)无效:腰部疼痛、下肢麻木、X 线表现等症状、体征积分减少 <30%。

3.4 疗效评定结果 痊愈 28 例,占 56%;显效 15 例,占 30%;好转 7 例,占 14%;无效 0 例,占 0%。

4 讨论

腰椎滑脱症临床上以椎弓根是否断裂分为真性滑脱与假性滑脱,腰椎假性滑脱也叫退行性腰椎滑脱,是由于关节突、椎间盘、韧带、肌肉退变所致的滑脱。手法能够使滑脱椎体达到一定程度的复位,滑椎的复位,在不同程度上保持了脊柱的稳定性,扩大了节段性椎管或侧隐窝的有效空间,缓解了椎管内诸多致压因素对硬膜囊和神经根的压迫及刺激,增加了椎管的有效容积,促进了局部血液微循环和腰椎稳定性的重建,改善神经供氧状态,使脊柱重建新的生物力学平衡。复位后的稳定措施也很重要,腰椎假性滑脱复位后容易复发,为避免复发,可于治疗结束后在滑脱腰椎处给予护腰围,

关节镜清理术结合中药治疗膝骨关节炎 85 例

谢君¹ 黄勇²

(1 成都中医药大学中医骨伤科学专业 2010 级硕士研究生 四川成都 610075;

2 成都中医药大学附属医院 四川成都 610075)

摘要:目的:探讨关节镜清理术结合独活寄生汤加减治疗膝骨关节炎的经验和近期疗效观察。方法:对 85 例(85 个膝关节)进行关节镜检,并依据膝痛部位和关节受限的原因行选择性、有限化关节清理术,术后常规给予独活寄生汤加减内服辨证治疗,7 d 为 1 个疗程,4 个疗程后观察临床症状变化即疗效及毒副作用。结果:治愈 50 例,显效 30 例,无效 5 例,总有效率 94.1%。结论:关节镜下选择性、有限化关节清理术可提高手术疗效,术后常规给予独活寄生汤加减内服,符合中医学整体观的指导思想,局部与整体结合,中医与西医结合,近期疗效颇佳。

关键词:骨关节炎;关节清理术;独活寄生汤;整体观

中图分类号:R 684.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.019

骨性关节炎(KOA)为一种退行性病变,系由于增龄、肥胖、劳损、创伤、关节先天性异常、关节畸形等诸多因素引起的关节软骨退化损伤,关节边缘和软骨下骨反应性增生。它的治疗目标是控制疼痛、改善关节功能和生活质量,尽可能避免治疗的毒副作用。目前,骨关节炎缺乏治愈的手段。但是,针对患者设计的个体化治疗方案可以减轻疼痛、保持或改善关节活动度,减缓关节功能的受损。当内科保守治疗无效,而日常活动进行性受限时,应该考虑关节镜清理、截骨术和关节置换手术等外科治疗^[1]。膝骨关节炎属中医学“筋骨痹”的范畴,病理基础多为肝肾亏虚,兼夹风寒湿、痰饮、瘀血等,是以膝关节局部表现为主的一个疾病。我院自 2009 年 11 月~2012 年 4 月,采用关节镜下选择性、有限化关节清理术^[2]结合术后独活寄生汤加减内服治疗 KOA 85 例(85 个膝关节),现进行回顾分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 男 23 例,女 62 例,年龄 45~76 岁,平均 57.5 岁。为方便观察,本观察均纳入单膝病变者,左膝 19 例,右膝 66 例。病史 6 个月~23 年,平均固定 2 周。这样既有利于患椎复位,又能保持椎体稳定。

腰痛病是热敏灸常见的适宜病证,艾灸借灸火温和的热力和药物的作用,通过温热传导达到温经散寒、行气和血、扶正祛邪、治病保健的作用。热敏灸是陈日新教授科研组在临床中研究发现创立的一种热敏灸法,热敏灸法不仅是简单的传热温通机理,更重要的是对热敏化腧穴施予艾热刺激后能激发经络感传,促进经气运行,使气至病所,从而调理脏腑经络气血,达到气至而有效的治病作用,大大提高了灸疗疗效,被广泛运用于腰痛病的临床治疗。

本研究对 50 例腰椎假性滑脱病人使用手法和

均病史 6.3 年。

1.2 临床表现 多为膝关节反复疼痛,尤以上下楼梯及起蹲更甚,关节肿胀,关节功能受限,或伴有有关节绞锁、弹响等。X 线片检查:均摄双膝正侧位及髌骨轴位片,可见不同程度的关节退变,X 线片有膝骨性关节炎早期表现者 10 例,中晚期表现者 75 例(含膝内翻 3 例,游离体 20 例)。

2 治疗方法

2.1 关节镜清理术

2.1.1 关节镜检 取仰卧位,持续硬膜外麻醉,于患侧膝关节中上端扎气压止血带,压力为 250~300 mmHg,常规消毒铺巾后,从膝关节前内及前外侧入路,置入关节镜后依次于患膝髌股关节、髌间窝、内外侧间室行关节镜检。

2.1.2 关节灌洗术 利用灌洗来膨胀关节囊,清除手术产生的组织碎片以提供良好的视野。

2.1.3 清理术 镜下彻底清除病变组织,尽量保留正常组织是清理术的基本原则。清理术清除了导致关节症状的机械性因素,如:撕裂的半月板、粗糙的软骨面、游离体及影响关节活动的骨赘,为关节提热敏灸进行治疗,通过观察治疗前后临床症状及 X 线平片改变,结果发现所有病例治疗后均有不同程度的症状改善,痊愈 28 例,显效 15 例,好转 7 例,无效 0 例。本研究疗效非常满意,使用手法和热敏灸联合治疗腰椎假性滑脱,值得临床进一步研究并推广运用。

参考文献

- [1]侯树勋.脊柱外科学[M].北京:人民军医出版社,2005.834
- [2]缪辉宇,范志勇,纪桂圆,等.浅谈腰椎假性滑脱的手法治疗[J].新中医,2008,40(4):103-104
- [3]陈日新,康明非.腧穴热敏化艾灸新疗法[M].北京:人民卫生出版社,2006.184
- [4]中勇,范顺武,马宏庆,等.全国腰椎退行性失稳与滑脱专题座谈会会议纪要[J].中华骨科杂志,2009,29(8):793-795

(收稿日期:2012-10-24)