

针灸与手法治疗膝骨性关节炎患者的临床对比观察

黄少校

(广西南丹县中医医院 南丹 547200)

摘要:目的:比较针灸与手法治疗膝骨性关节炎患者的临床疗效。方法:选取我院 2012 年 6~10 月住院治疗的 68 例膝骨性关节炎患者,随机分为两组,分别采用针灸和手法治疗 6 周,于治疗 2 周、4 周、6 周后采用骨关节炎指数量表对患者疗效进行评估。结果:治疗 2 周、4 周、6 周后,两组患者的疼痛、日常活动功能积分、总体症状较治疗前均明显减轻($P<0.05$);针灸治疗组的骨关节炎指数评分改善率明显高于手法治疗组($P<0.05$)。结论:针灸与手法治疗膝骨性关节炎患者均有明显疗效,但针灸治疗的临床效果优于手法治疗,值得在临床推广。

关键词:膝骨性关节炎;针灸治疗;骨关节炎指数

中图分类号:R 274.9

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.045

骨性关节炎是一种涉及手指关节、膝、脊柱等的慢性疾病,具有容易导致关节软骨变性和破坏、骨质增生等特点^[1]。在骨性关节炎患者中,膝骨性关节炎患者占有较大的比例,该病临床表现为关节肿胀、疼痛、关节活动障碍等。由于病发原因比较复杂,膝骨关节病变多与众多因子有关,因此治疗膝骨性关节炎的方法也不尽相同,但由于手术治疗疗效不确定、药物治疗副作用较大,因此目前治疗膝骨性关节炎最常用的方法是针灸治疗和手法治疗。本研究采用针灸和手法两种方法治疗膝骨性关节炎,并对其临床疗效进行比较分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2012 年 6~10 月住院治疗的膝骨性关节炎患者 68 例,均符合中华骨科学会制定的《骨性关节炎诊治指南》中的膝骨性关节炎诊断标准^[2]。其中男 39 例,女 29 例;年龄 46~83 岁,平均年龄 66.5 岁。将 68 例患者随机分为针灸治疗组和手法治疗组各 34 例。其中针灸治疗组男性 20 例,女性 14 例;年龄 46~80 岁;骨关节炎指数评分等级:1 级 9 例,2 级 15 例,3 级 10 例。手法治疗组男性 19 例,女性 15 例;年龄 47~78 岁;骨关节炎指数评分等级:1 级 10 例,2 级 13 例,3 级 11 例。两

组患者年龄、性别、病情等资料比较无统计学差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 针灸治疗组 本组患者均取膝盖的内外侧的膝眼、足三里、阳陵泉等穴位为主要穴位,并以血海、腰阳关等为配穴,用 2 寸的毫针刺刺穴位,并配合 TDP 照射膝关节处的穴位,距离 40 cm 左右。每次针刺 30 min,1 次/d,2 周为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

1.2.2 手法治疗组 本组患者主要采用点揉法治疗膝骨关节炎。该方法主要是以掌指对膝关节处的穴位进行一定的按压和揉捏以便达到舒筋活络的作用。首先使患者放松整个下肢肌肉,再用揉法作用于膝关节的内外两侧以及髌骨的周围,交替按揉股四头肌腱处和内外侧的韧带,直至局部皮肤发热。每次按揉 30 min,1 次/d,2 周为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

1.3 疗效评定 两组患者均在治疗前、治疗 2 周、治疗 4 周、治疗后分别采用骨关节炎指数量表评定患者的情况。改善公式=(治疗前的评分-治疗后评分)/治疗前的评分 $\times 100\%$ 。指数越高,代表膝骨性关节炎越严重。

竭甚至关节致残,对患者的身体健康和生活质量造成了极大威胁。中医学认为通风的发病机制主要是因为人体正气不足、湿热痰瘀以及阴阳失调,造成病理产物在体内停滞,留滞经络,加上饮食劳倦、感受外邪以及房室不节等导致气血凝结不通^[3]。四妙散主要由方药牛膝、黄柏、薏苡仁以及苍术组成,根据患者的临床症状进行加味治疗,应用于治疗急性痛风性关节炎中疗效确切。其主要的药理作用包括活血化瘀、抗心肌缺血、降尿酸、降血脂、抗炎、抗动脉粥样硬化、抗生育、保肝利胆、杀菌等,对于嘌呤代谢具有良好的调节功能,能够抑制尿酸的形成,

达到促尿酸排尿的效果。本文结果显示,观察组临床总有效率为 93.3%,对照组临床总有效率为 77.8%,观察组临床疗效明显优于对照组($P<0.05$)。由此说明四妙散加味治疗急性痛风性关节炎取得的临床疗效显著,值得广泛应用和推广。

参考文献

[1]秦祖杰,庞学丰,唐金钧.中西医结合治疗急性痛风性关节炎 56 例临床观察[J].华夏医学,2012,25(1):25-29
[2]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,1994.575
[3]李幼玲.四妙散加味治疗急性痛风性关节炎 64 例观察[J].现代临床医学,2012,38(2):113-114
[4]孙旭.中西医结合治疗急性痛风性关节炎 42 例[J].中国民族民间医药,2011,20(3):114

(收稿日期:2013-08-12)

双钢板内固定加自体植骨治疗胫骨平台塌陷骨折 38 例

龚健 吴月坚 张可立 唐钊 冯永顺
(广东省四会市万隆医院 四会 526200)

关键词:双钢板内固定治疗;胫骨平台塌陷骨折;自体骨移植
中图分类号:R 687.3 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.046

胫骨平台塌陷骨折(fracture of tibial plateau)是比较常见的膝关节创伤疾病,一般因比较强大的内/外翻作用或者坠落跌伤等导致^[1]。其治疗包括非手术治疗与手术治疗,对于关节塌陷小于 2 mm、劈裂错位不超过 5 mm 的患者采用非手术治疗;对于关节塌陷大于 2 mm、劈裂错位超过 5 mm 的患者采用手术治疗。根据胫骨平台塌陷骨折的具体临床骨损现象可以将其分为以下几种类型:I 型:外侧平台单纯楔形骨折或劈裂骨折;II 型:外侧平台劈裂压缩性骨折;III 型:外侧平台单纯压缩性骨折;IV 型:内侧平台骨折;V 型:包括内侧平台与外侧平台劈裂的双髁骨折;VI 型:骨干-干骺端分离^[2]。关于胫骨平台的临床并发症大致可以分为创伤后关节炎、畸形愈合及膝关节僵硬三种基本类型^[3]。而对于胫骨平台塌陷骨折的诊断一般采用 CT 扫描检测,对于伴有韧带损伤则可采用 MRI 检查^[4]。为进一步了解胫骨平台塌陷骨折的治疗方法,本文回顾性分析我院收治的 38 例患者临床资料,对其术后恢复情况

1.4 统计学方法 本实验所有数据均采用 SPSS 13.0 统计软件处理,计量资料采用 *t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后骨关节炎指数评分比较 治疗 2 周、4 周、6 周后,两组患者的疼痛、日常活动功能积分、总体症状较治疗前均明显减轻,差异具有统计学意义(*P*<0.05),见表 1。

表 1 两组患者治疗前后骨关节炎指数评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分					
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗 6 周
针灸治疗组	34	82.76±12.76	53.63±9.85	36.64±8.76	1.59±7.75
手法治疗组	34	83.13±13.83	60.16±10.43	44.37±8.95	8.28±9.63

2.2 两组治疗前后骨关节炎指数评分改善率比较 针灸治疗组的骨关节炎指数评分改善率为 73.53%,手法治疗组的骨关节炎指数评分改善率为 52.94%。针灸治疗组骨关节炎指数评分改善率明显高于手法治疗组,差异具有统计学意义(*P*<0.05)。

3 讨论

膝骨性关节炎是一种退行性病变,该病变的主要临床表现是疼痛、关节功能受限,是临床最常见

进行分析。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院 2008 年 5 月~2011 年 2 月收治的 38 例胫骨平台塌陷骨折患者,其中男 26 例,女 12 例;年龄 22~56 岁,平均年龄(34.1±5.7)岁。具体病因:高空跌落 15 例,物品砸伤 9 例,交通事故 8 例,摔伤 6 例。Schatzker 分类:II 型 12 例,III 型 17 例,IV 型 9 例。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 所有患者均行双钢板内固定加自体植骨治疗。先行腰硬联合麻醉,患肢大腿中上段给予气囊止血带,并根据患者胫骨平台的塌陷骨折情况采用外侧或外侧联合内后方切口,切开后直视下复位胫骨平台骨折,保持关节面良好,抬升塌陷关节面,下方空腔植入自体髂骨骨条,多根克氏针临时固定,C 臂 X 光机透视骨折复位满意,胫骨关节面平整,下肢力线恢复后在外侧上入高尔夫钢板,内后方上入直型重建板或短 T 型钢板。对骨折的骨关节炎之一^[3]。现代医学研究,膝骨性关节炎是生物学因素以及遗传学因素等共同作用下导致细胞外基质、软骨细胞等质和量失衡的结果,而软骨基质中主要成分的改变是导致膝骨性关节炎的直接原因^[4]。现代医学证明,针灸治疗可通过抑制痛觉中枢,发挥镇痛效应,并且能够促进软骨的修复以及软骨细胞的生长。

本研究结果显示,针灸治疗和手法治疗膝骨性关节炎均能改善患者的总体症状,但针灸治疗在该改善患者日常活动、总体症状方面效果更为明显,疗效优于手法治疗,值得在临床上推广。

参考文献

[1]库秀娟,杨松滨,褚立希,等.电针和推拿手法治疗膝骨性关节炎临床疗效比较研究[J].上海中医药杂志,2009,43(8):19-21
[2]李英杰.针灸推拿治疗膝骨性关节炎 56 例临床分析[J].中国药物经济学,2013,5(1):255-256
[3]Felson DT,Zhang Y.An update on the epidemiology of knee and hiposteoarthritis with a view to prevention [J].Arthritis Rheum, 2008,359(11):1 097-1 107
[4]Poole AR,Nelson F,Dahlberg L,et al.Proteolysis of the collagen fibril in osteoarthritis[J].Biochem Soc Symp,2003,70(1):115-123
(收稿日期:2013-07-11)