

过拨正偏歪棘突,椎体关节得以恢复到正常(或代偿性)的解剖位置,使之与周围肌肉群相适应(即古籍所称“骨合缝、筋入槽”),并解除关节囊和黄韧带对神经根的压迫,改善椎动脉血流。综上所述,钩针刀通过对多裂肌的刺激可缓解多裂肌痉挛,改善其功能,在此基础上加用定点旋转手法治疗,治疗效果佳。

参考文献

- [1]王红东,赵宝力,宋天文,等.电脑控制间歇牵引配合腰椎定点旋转手法治疗腰椎间盘突出症的研究[J].现代中西医结合杂志,2017,26(1):21-23
- [2]周楠,房敏,朱清广,等.脊柱微调手法治疗腰椎间盘突出症的腰背肌生物力学性能评价[J].中国康复医学杂志,2012,27(2):115-119
- [3]李华南,王金贵,孙庆,等.整复手法治疗腰椎间盘突出症最佳应用时机的多中心随机对照研究[J].中医杂志,2013,54(13):1122-1126
- [4]冯宇,杨殊杰,高燕.手法治疗腰椎间盘突出症疗效以及解除神经根受压的 MRM 分析[J].中国骨伤,2005,18(8):456-458
- [5]江浩.综合推拿手法治疗腰椎间盘突出症 74 例疗效观察[J].山东医药,2011,51(43):102-103
- [6]张军,韩磊,王芃,等.分步斜扳手法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].中国骨伤,2010,23(2):84-86
- [7]阳静波.C 臂机可视下针刀钩活术治疗脱出型腰椎间盘突出症疗效观察[J].实用中医药杂志,2016,32(1):67-68
- [8]高志成,胡晔,李焱生,等.钩活术配合红花穴位注射治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J].中国康复,2015,30(6):448-450
- [9]田文友,赵兰巧,田青.钩活术与椎旁阻滞治疗腰椎间盘突出症疗效比较[J].山东医药,2010,50(12):55-56
- [10]沈姣.钩活术治疗腰椎间盘突出症突出型临床观察[J].社区医学杂志,2011,9(6):86
- [11]袁恒勇,袁恒奇,孙玉霞.钩治特定穴位配合骶疗治疗腰椎间盘突出症[J].中国民间疗法,2012,20(5):19-20
- [12]魏玉锁.钩针松解术微创治疗腰椎间盘突出症[J].中国临床医生,2004,32(4):43-44
- [13]Freeman MD,Woodham MA,Woodham AW.The role of the lumbar multifidus in chronic low back pain: a review [J].Pm & R,2010,2(2):142-146
- [14]Kim WH,Lee SH,Dong YL.Changes in the cross-sectional area of multifidus and psoas in unilateral sciatica caused by lumbar disc herniation [J].Journal of Korean Neurosurgical Society,2011,50(3):201-204
- [15]杜志峰,池红景,李爱华,等.腰椎间盘突出症患者不同时期多裂肌形态变化[J].临床和实验医学杂志,2012,11(8):608

(收稿日期: 2017-05-07)

不同时期针灸推拿治疗颈椎病的疗效分析

杨永奇

(河南省新乡市中医院 新乡 453000)

摘要:目的:探讨不同时期针灸推拿治疗颈椎病的疗效及对颈椎曲度的改善效果。方法:将 2016 年 4 月~2017 年 4 月我院收治的 100 例颈椎病患者按照随机数表法分为观察组与对照组,每组 50 例,观察组采用针灸推拿分期治疗,对照组采用针灸推拿同期治疗,比较两组疗效及对颈椎曲度的改善效果。结果:治疗后观察组的治疗总有效率为 88.00%明显高于对照组的 68.00%,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组颈椎曲度值和 VAS 评分均明显改善,且观察组的改善效果明显优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:针灸推拿分期治疗颈椎病可有效调整患者的经脉气血,改善颈部肌肉张力和颈椎生理曲度,疗效明显。

关键词:颈椎病;针灸;推拿;疗效;颈椎曲度

中图分类号:R681.55

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.015

颈椎病是由于颈椎长期劳损导致颈椎形成进行性骨赘,或颈椎间盘突出、变形导致颈椎脊髓、神经根或椎动脉受压,引起患者功能障碍的临床综合征。其临床症状较复杂,主要表现为颈背疼痛、行走困难、头晕恶心等,病情严重者可出现吞咽困难、心动过速、肌肉萎缩等现象,严重影响患者的身心健康和正常生活^[1]。目前,临床上多采用针灸推拿等保守疗法治疗颈椎病^[2]。本研究旨在探究不同时期针灸推拿治疗颈椎病的疗效及对颈椎曲度的改善效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2016 年 4 月~2017 年 4 月我院收治的 100 例颈椎病患者按照随机数表法分为观察组与对照组,每组 50 例。观察组中男 23 例,女 27 例;年龄 20~64 岁,平均年龄 (41.08 ± 5.56) 岁;病程

10 d~37 个月,平均病程 (17.58 ± 3.15) 个月;颈型 32 例,椎动脉型 11 例,交感神经型 5 例,神经根型 2 例。对照组中男 25 例,女 25 例;年龄 21~66 岁,平均年龄 (43.15 ± 6.03) 岁;病程 14 d~36 个月,平均病程 (18.21 ± 3.59) 个月;颈型 30 例,椎动脉型 13 例,交感神经型 6 例,神经根型 1 例。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 经 X 线或 CT 检查确诊病变量;符合《中医病证诊断疗效标准》^[3]中颈椎病诊断标准者;患者及家属对本研究知情,并自愿签署同意书。

1.3 排除标准 入组前半年内有颈椎外伤者;患有结核、肿瘤等恶性疾病者;患心脑血管疾病和造血功能异常者;精神疾病患者;妊娠、哺乳期妇女。

1.4 治疗方法

1.4.1 观察组 采用针灸推拿分期治疗。将颈椎病

急性期和缓解期分为针灸期(2周),将恢复期分为推拿期(1周)。针灸期:常规消毒穴位后,使用28~30号1~2寸不锈钢毫针针刺风池穴(斜刺0.5~0.8寸)、颈部夹脊穴(直刺0.5~1寸)、脑空穴(平刺0.3~0.5寸)、大椎穴(斜刺0.8~1寸)。整个过程均采用平补平泄手法,以得气为度,留针30min,1次/d,每周日不治疗,1周为1个疗程,连续治疗2个疗程。推拿期:针灸期结束后,在患者颈肩部推拿放松10~15min,恢复患者颈肩部气血通畅和肌肉张力,对颈椎小关节紊乱患者使用屈颈旋转定位板复位患者关节,使用松解手法巩固疗效,7d为1个疗程,连续治疗1个疗程。

1.4.2 对照组 采用针灸推拿同期治疗。针灸方式和推拿手法同观察组,1周为1个疗程,连续治疗3个疗程。

1.5 观察指标及疗效标准 (1)颈椎曲度:采用Borden氏法测量颈椎曲度,自C₂齿突后上缘至C₇椎体后下缘画一直线(A线),从A线至C₄椎体后缘画一垂直横交线(B线),B线长度即为颈椎曲度值;(2)疼痛程度:采用疼痛视觉模拟量表(VAS)进行疼痛评估,总分10分,0分为无痛,10分为难以忍受的剧烈疼痛,评分越高,疼痛程度越严重。(3)疗

效判定标准:治愈:临床症状和体征消失,颈椎和上肢功能恢复正常,不影响正常生活;显效:临床症状和体征显著改善,患者正常生活影响轻微;好转:临床症状和体征减轻,患者正常生活影响仍较大;无效:临床症状和体征无改善或恶化。

1.6 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件进行数据分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗后观察组的治疗总有效率为88.00%明显高于对照组的68.00%,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表1。

表1 两组的临床疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效
观察组	50	24(48.00)	20(40.00)	6(12.00)	0(0.00)	44(88.00)
对照组	50	15(30.00)	19(38.00)	12(24.00)	4(8.00)	34(68.00)
χ^2						5.8275
P						<0.05

2.2 两组颈椎曲度值与VAS评分比较 治疗前两组患者的颈椎曲度值和VAS评分相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$;治疗后两组的颈椎曲度值和VAS评分均有明显改善,且观察组的改善程度优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表2。

表2 两组患者颈椎曲度值与VAS评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	颈椎曲度值(mm)			VAS评分(分)		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	50	5.08±2.48	7.66±3.24	2.05±1.93	7.48±2.18	1.03±0.18	6.02±2.13
对照组	50	5.17±2.94	6.28±3.58	0.97±1.98	7.33±2.21	2.39±0.60	4.68±3.11
t		0.470	33.502	3.528	0.342	15.352	2.514
P		0.639	0.000	0.001	0.733	0.000	0.014

3 讨论

中医学认为颈椎病属“痹症、痿症、癱症、痉症、眩晕”等范畴。《黄帝内经·素问》记载:“风寒湿三气杂至,合而为痹也……”风寒湿三邪侵袭人体颈部,可导致颈部气血循行不通畅,形成痹症^[4-5]。《济生方》记载:“皆因体虚……而成痹也”,指出痹症的主要病机在素体虚弱,肝肾亏虚、气血瘀滞、筋骨懈怠等会造成局部或整体气血循行不畅通,进而发生痹症^[6]。

现代医学理论认为,长时间保持颈椎相对固定的不良习惯可导致颈肩部肌群张力失衡和韧带劳伤,破坏颈椎生物力学平衡,最终导致椎体移位和椎间盘退化性病理改变,发生颈椎病。目前,治疗上大多以缓解患者局部疼痛、放松肌肉为主,或通过牵引恢复颈椎曲度,但易反复发作,综合疗效不佳^[7-8]。针灸疗法可调整患者经脉气血,改善颈部肌肉张力,着重纠正“筋出槽”。推拿疗法是通过调整患者颈椎生理曲度,着重纠正“骨错缝”,从而起到维持颈椎生物

力学平衡的作用。采用针灸推拿分期治疗,分别在急性期和缓解期采用针灸改善患者血运,疏通经络,恢复患者颈部正常功能后,再在恢复期采用推拿缓解患者颈部肌肉痉挛,增大椎间隙和椎间孔,可延长治疗效果,缓解颈椎病临床症状。分期治疗在病情发展的不同时期采取不同的疗法,治疗方法个体化,可避免重复操作,从一定程度上节省了人力和物力,减轻了患者负担,且操作简便安全、副作用少,疗效明显^[9]。

本研究结果显示,治疗后观察组的治疗总有效率为88.00%明显高于对照组的68.00%,差异有统计学意义, $P < 0.05$;两组颈椎曲度值和VAS评分均明显改善,且观察组的改善效果明显优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。这说明针灸推拿分期治疗颈椎病可调整患者经脉气血,改善颈部肌肉张力和颈椎生理曲度。

综上所述,针灸推拿治疗颈椎病先期采用针灸疗法调整颈部气血和肌肉张力,可改善肌肉痉挛和粘连,恢复肌肉正常弹性和颈椎生物力学平衡,后期

采用推拿疗法可改善颈椎关节紊乱, 顺筋正骨, 改善颈椎曲度, 疗效确切。

参考文献

- [1] 项小林, 杨婷婷, 魏新萍, 等. 小针刀与针刺治疗颈型颈椎病的疗效及对颈椎活动度改善的对比观察[J]. 四川中医, 2016, 34(7): 191-193
- [2] 刘飞, 兰亚龙. 针灸推拿分期施用改善颈椎曲度治疗颈椎病[J]. 长春中医药大学学报, 2016, 32(1): 113-115
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 189
- [4] 荣兵, 李建. 针灸推拿治疗神经根型颈椎病 42 例临床研究[J]. 河南中医, 2014, 34(12): 2438-2439

- [5] 王军, 谭曾德, 宋仲涛, 等. 中医推拿配合曲度邦治疗仪治疗颈椎病伴生理曲度异常 60 例[J]. 中国中医药科技, 2015, 22(1): 101-102
- [6] 包龙飞. 针灸推拿治疗颈椎病并肩周炎 45 例临床效果分析[J]. 实用中西医结合临床, 2014, 14(12): 17-18
- [7] 石林丽. 针灸配合推拿治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(2): 122-123
- [8] 李享, 寿依夏, 任玉兰, 等. 古代不同时期针灸治疗眩晕用穴特点的数据挖掘研究[J]. 中国针灸, 2014, 34(5): 511-515
- [9] 郭昊宇. 不同入路减压内固定治疗在改善颈椎病患者颈椎曲度中的应用效果[J]. 中国实用医刊, 2015, 42(15): 16-17

(收稿日期: 2017-07-04)

经掌侧入路锁定加压钢板固定术与手法复位石膏外固定术治疗闭合性桡骨远端骨折的疗效对比

李振威

(河南省平煤神马医疗集团总医院骨关节科 平顶山 467000)

摘要:目的: 对比分析经掌侧入路锁定加压钢板固定术与手法复位石膏外固定术治疗闭合性桡骨远端骨折的疗效。方法: 选取 2012 年 2 月~2016 年 5 月我院收治的 80 例闭合性桡骨远端骨折患者作为研究对象, 根据治疗方案分为观察组与对照组各 40 例。观察组采用经掌侧入路锁定加压钢板固定术治疗, 对照组采用手法复位石膏外固定治疗。治疗结束后对两组患者进行 6 个月的康复训练及随访, 对比分析两组患者的临床疗效。结果: 观察组的骨折愈合时间明显低于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$; 治疗 6 个月后观察组的桡骨缩短长度和尺偏角均明显低于对照组, 掌倾角明显高于对照组, 差异均有统计学意义, $P < 0.05$; 观察组的腕关节功能 Cooney 评分量表疼痛、功能状态、活动度、背伸/掌屈活动度和握力等维度评分均明显高于对照组, 差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论: 经掌侧入路锁定加压钢板固定术治疗闭合性桡骨远端骨折的疗效优于手法复位石膏外固定术, 具有骨折愈合时间短和腕关节功能恢复好等优点。

关键词: 闭合性桡骨远端骨折; 锁定加压钢板固定术; 手法复位; 石膏外固定

中图分类号: R683.41

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.016

桡骨远端骨折是临床常见的上肢骨折类型, 多发于骨质疏松患者, 因此该类骨折以老年人最为常见^[1-2]。临床治疗闭合性桡骨远端骨折传统多采用手法复位石膏外固定术, 但易出现关节疼痛、无力及活动受限等情况。随着医学技术的发展, 锁定加压钢板固定术越来越多地被应用于临床。本研究探讨了经掌侧入路锁定加压钢板固定术治疗桡骨远端骨折的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 2 月~2016 年 5 月我院收治 80 例闭合性桡骨远端骨折患者作为研究对象, 根据治疗方案分为观察组与对照组各 40 例。观察组中男 13 例, 女 27 例; 年龄 55~79 岁, 平均年龄 (64.14 ± 4.08) 岁; 骨折 AO 分型 A3 型 15 例、B2 型 9 例、B3 型 7 例、C1 型 6 例、C2 型 3 例; 左侧骨折 18 例、右侧骨折 22 例。对照组中男 16 例, 女 24 例; 年龄 56~77 岁, 平均年龄 (63.75 ± 4.12) 岁; 骨折 AO 分型 A3 型 17 例、B2 型 8 例、B3 型 6 例、C1 型 5 例、C2 型 4 例; 左侧骨折 15 例、右侧骨折 25 例。两

组患者的性别、年龄、骨折 AO 分型和部位等一般资料比较, 差异无统计学意义, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 纳入标准 结合病史、临床症状及体征、影像学检查确诊为桡骨远端骨折者; 无手术治疗禁忌症者; 签署知情同意书者。

1.3 排除标准 开放性桡骨远端骨折者; 合并神经和/或大血管损伤者; 随访丢失者。

1.4 治疗方法

1.4.1 观察组 采用经掌侧入路锁定加压钢板固定术治疗。方法如下: 经掌侧入路在桡骨侧腕屈肌作一长约 5 cm 的 S 形切口, 打开切口后切开旋前方肌, 完全暴露骨折部位; 对骨折处进行整合, 直至达到解剖复位, 注意保持桡骨长度和尺偏角, 全程避免损伤桡动脉和正中神经; 用克氏针临时固定骨折处, 并采用合适的加压钢板对桡骨远端进行锁定和固定, 控制关节面与钢板横向锁孔之间距离约为 1.5 cm; 行 X 线检查, 确定加压钢板位置适宜后, 将螺钉拧紧, 对加压钢板进行固定; 修复前, 将旋前方肌切开, 用无菌注射水对手术切口进行清洗, 逐层缝合切口, 术