

环外层的压力变化下的被动弥散。肌动蛋白细胞骨架不仅提供维持细胞形状和细胞极性所需的组织结构框架,还是细胞运动、形态维持和跨膜信息传递的物质基础,其动力学变化还与细胞的运动、分裂、黏附以及吞噬等过程密切相关^[3],对维持椎间盘正常形态和功能有重要作用。中医认为,本病的基本病机为肝肾亏虚,筋脉痹阻;病因是外伤、劳损,肾气虚萎,风、寒、湿邪侵袭,邪阻经络。且气血、脏腑、经络运化功能的失调紊乱与腰痛的发生有着密切关系。

有关椎间盘细胞中肌动蛋白对椎间盘突出影响的研究相对较少,国内外主要从椎间盘细胞中的肌动蛋白在高渗压力下的力学变化方面入手研究。Cantiello 等^[4]认为肌动蛋白细胞骨架的重组是细胞对等渗应力反应的重要步骤,肌动蛋白含量及分布随着应力的变化而变化。人们通过对椎间盘细胞的高渗压力的灌注研究,发现高渗不但可以引起细胞的体积改变,同时还使细胞内 Ca^{2+} 浓度增加^[5],从而改变椎间盘的生理特性。徐涛涛等^[6]发现周期性压力下椎间盘细胞体积萎缩、变形,并有少量细胞碎裂、凋亡,而且加压后肌动蛋白的含量表达也减低,进而说明非正常生理应力椎间盘会产生损伤。

目前,随着对椎间盘突出症病因病理认识的逐渐深入,以及现代诊断技术的进步,对尽可能采用非手术疗法治疗腰椎间盘突出症得到临床的认可。中医学在腰椎间盘突出症治疗中有腰部斜扳、推压脊柱、揉法,点压肾俞穴、腰阳关穴,拿法等常用的推拿手法。其中揉法操作面积大,力道柔和,作用深透,具有舒筋通络、祛风散寒、活血化瘀、松解粘连等功效,可有效缓解椎旁肌不对称紧张而造成脊柱运动轴牵拉张力的不平衡问题。同时点压诸穴可起到疏理筋

骨,疏通经络,调和气血,平衡阴阳的作用,促进局部血、运改善淋巴回流,促使神经根水肿消退,缓解肌肉痉挛,阻断病理的疼痛弧。腰部斜扳、推压脊柱可以纠正椎体间错位造成的神经根管狭窄或椎间盘对神经根的直接压迫,改善神经根及其周围组织的微循环障碍,缓解病变区域水肿、缺氧状态,促进炎症的吸收,同时可纠正因椎间盘突出造成脊柱不正常的生物力学改变,消除作用于椎间盘上非正常应力。

本次研究结果显示,治疗组与对照组在治疗 0、1、2、3 周时细胞的形态及排列、肌动蛋白的表达比较无明显差异;治疗后 4、5 周治疗组中椎间盘及髓核细胞肌动蛋白的表达均要优于对照组,对照组则仅表现为髓核细胞中肌动蛋白收缩,且细胞体积缩小。从而可以证实,按摩手法治疗可以一定程度上优化椎间盘及髓核细胞形态及肌动蛋白表达的增加,并且随着治疗时间的延长,细胞形态及其内肌动蛋白的变化差异更明显。但本观察样本数量有限,需要后期更深入研究以提高观察结果的可靠性。

参考文献

[1]叶肖琳,黄雪莲,叶新苗.小针刀对腰椎间盘突出症治疗效果的 Meta 分析[J].中华中医药杂志,2016,31(7):2784-2788
 [2]周游,王均,陆声.腰椎间盘突出症疼痛机制的综述[J].中外医疗,2014,33(32):196-198
 [3]Shamji MF,Setton LA,Jarvis W,et al.Proinflammatory cytokine expression profile in degenerated and herniated human intervertebral disc tissues[J].Arthritis Rheum,2010,62(7):1974-1982
 [4]Hallows KR,Law FY,Packman CH,et al.Changes in cytoskeletalactin content,F-actin distribution,and surface morphology duringHL-60 cell volume regulation[J].J Cell Physiol,1996,167(1):60-71
 [5]蒋家耀,卢旭华.椎间盘退变生物学治疗的研究进展[J].中国骨伤,2016,29(6):576-580
 [6]徐涛涛,廖菲,金红婷,等.椎间盘退变与细胞死亡的相关研究进展[J].中国骨伤,2015,28(7):673-678

(收稿日期:2017-09-13)

针刀整体松解术配合华山正骨流派手法治疗肩周炎 81 例

葛占洲

(河南省濮阳市中医院骨五科 濮阳 457000)

摘要:目的:探讨针刀整体松解术与华山正骨流派手法配合治疗肩周炎的临床效果。方法:选取 2014 年 3 月~2017 年 3 月我院骨科收治的 162 例肩周炎患者为研究对象,随机分为参照组和观察组各 81 例。参照组采用针刀整体松解术治疗,观察组在此基础上配合华山正骨流派手法治疗,比较两组患者疼痛评分、功能评分及临床治疗总有效率。结果:观察组患者疼痛评分显著低于参照组,功能评分及临床治疗总有效率明显高于参照组($P<0.05$)。结论:针刀整体松解术联合华山正骨流派手法治疗肩周炎效果显著,可有效缓解患者疼痛,改善肩关节功能,促进早期康复,值得临床推广应用。

关键词:肩周炎;针刀整体松解术;华山正骨流派手法;临床疗效

中图分类号:R684.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.012

肩周炎是常见骨关节病,主要表现为肩关节疼痛及活动受限,好发于老年人,严重影响患者日常生活。相关研究显示^[1],治疗肩周炎时若采用针刀法,

并辅以手法治疗,效果显著。本研究旨在探讨针刀整体松解术与华山正骨流派手法配合治疗肩周炎的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 3 月~2017 年 3 月我院骨科收治的 162 例肩周炎患者为研究对象,随机分为参照组和观察组各 81 例。参照组男 32 例,女 49 例;年龄 45~72 岁,平均年龄(54.8±5.3)岁;病程 2 个月~4 年,平均病程(2.0±0.7)年。观察组男 33 例,女 48 例;年龄 44~72 岁,平均年龄(54.7±5.4)岁;病程 3 个月~4 年,平均病程(2.1±0.5)年。两组患者一般资料比较无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。所有患者均经全面检查后确诊,排除肩关节肿瘤或结核患者;排除心肝肾等脏器功能障碍及血液系统疾病患者,排除体质较差难以耐受者,排除凝血功能障碍者。所有患者均签署知情同意书。

1.2 治疗方法

1.2.1 参照组 采用针刀整体松解术。首先确认肩胛骨喙突点、肱骨小结节间沟点、肱骨小结节点和肱骨大结节后部等穴位点。具体操作如下:患者取端坐位,常规消毒皮肤,于 4 个穴位点分别进针,针刀刀口线应与肱骨长轴一致,并与皮肤垂直,按照四步进针规程进刀,针刀直接到达骨面,进行 3 刀的提插切割后,松解周围软组织,活动范围在 0.5 cm 内,拔出针刀,局部按压止血 3 min,使用创可贴小心覆盖切口。5 d 治疗 1 次,4 次为 1 个疗程。

1.2.2 观察组 在参照组基础上,辅以华山正骨流派手法治疗,即放松、正骨理筋、痛区、舒展等手法。具体操作如下:患者取坐位,操作者采取揉法放松肩部,根据患者肩关节功能障碍具体情况予以正骨理筋,灵活运用侧向推正法、侧弯侧摆搬按法、左右旋转摇摆法等,对肩周局部软组织进行调理,以辅助肩关节动态平衡恢复。5 d 治疗 1 次,4 次为 1 个疗程。两组患者均连续治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标及疗效判定 (1)比较两组疼痛评分,采用视觉模拟评分法(VAS)进行评估,分数范围 0~10 分,分值越高疼痛越明显;(2)比较两组关节功能情况,采用肩关节 Neer 评分进行评估,包括疼痛、功能、运动范围、解剖复位四个方面,总分 100 分,分数越高,提示关节功能越好,优:90~100 分,良:80~89 分,可:70~79 分,差:70 分以下。(3)比较两组临床治疗总有效率,判定标准^[2]:肩关节疼痛感消除,活动灵活,上臂上举 150° 及以上,可前伸、外展 90° 及以上,肩关节功能完全恢复,肌肉萎缩大体恢复为痊愈;疼痛消除或偶伴酸痛,上臂上举 130° 及以上,可前伸、外展 75° 及以上,肩关节功能基本恢复,肌肉萎缩有所改善为显效;疼痛有所减轻,上臂

上举 110° 及以上,可前伸、外展 60° 及以上,肩关节活动范围更大为有效;疼痛未得到有效缓解,上臂上举、前伸及外展等活动严重受限,改善幅度之和不足 30° 为无效。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计学软件进行数据信息的整理及分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疼痛评分和功能评分比较 观察组患者疼痛评分及关节功能评分均显著优于参照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者疼痛评分和功能评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	VAS 评分	Neer 评分
参照组	81	2.55±0.15	78.67±9.03
观察组	81	1.03±0.19	87.85±9.25
t		5.512	6.391
P		<0.05	<0.05

2.2 两组患者临床疗效比较 观察组患者临床治疗总有效率远高于参照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较

组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效 [例(%)]
参照组	81	23	32	16	10	71(87.65)
观察组	81	25	35	18	3	78(96.30)
χ^2						4.098
P						<0.05

3 讨论

肩周炎是临床骨科常见的一种慢性炎症,由肩周肌肉、关节囊、滑囊及肌腱等发生病变引起,最终导致肩关节内外粘连,好发于老年人^[3]。肩周炎患者可出现不同程度的肩关节疼痛伴功能障碍,严重影响患者日常生活。临床表现以肌肉痉挛及萎缩为主,是导致肩关节功能障碍及疼痛的主要原因,因此,缓解疼痛及改善功能障碍是治疗肩周炎的首要问题^[4]。临床治疗常用穴位按压及痛点按摩等方式,可舒筋活络,缓解疼痛,适用于病情较轻的患者,对严重者的疗效不够理想。

针刀是一种新型医疗器具,类似针灸针,直径不足 1 cm,可轻松介入患者肩部病损组织,在剥离、松解及经络疏通等方面具有重要作用,减少疼痛,在颈椎病、肩周炎及腰椎间盘突出等疾病的临床治疗中,具有较高的适用性,临床实践应用反馈较好。针刀具有成本低、操作方便、见效快、安全性高、适用范围较广等优势,治疗原理是通过针刀将张力增强的肌腱、肌膜、韧带、筋膜等予以剥离或切开,降低组织液静

水压疏通微动脉,提高供氧,缓解组织缺血,阻断致痛介质给神经和血管带来的恶性刺激,具有消炎并促进组织恢复的作用^[5]。

华山正骨流派手法是治疗肩周炎的特色疗法,利用力学原理及独创手法,可有效整复关节,缓解并解除肩关节功能障碍,舒筋通络,活血止痛,可显著增大关节活动范围,是一种效果突出的辅助治疗手段^[6]。

本研究结果显示,观察组患者疼痛评分显著低于参照组,功能评分及临床治疗总有效率明显高于参照组($P<0.05$)。说明针刀整体松解术结合华山正骨流派手法治疗肩周炎效果显著,可有效缓解患者疼痛,改善肩关节功能,促进早期康复,值得临床推

广应用。

参考文献

[1]董贵鑫,韩克儒.针刀整体松解术配合华山正骨流派手法治疗肩周炎 29 例[J].西部中医药,2016,29(4):106-108

[2]王旭,张天民.“C”形针刀整体松解术治疗肩部骨质疏松性肩周炎 13 例[J].中医外治杂志,2016,25(3):18-19

[3]赵兴玮,唐可,张国忠,等.C5 颈椎神经阻滞结合针刀松解术治疗颈肩综合征疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(7):731-733

[4]葛绍清,徐金红.小针刀与手法的联合治疗方案在肩周炎治疗中的应用[J].医疗卫生装备,2017,38(2):83-85

[5]田小军,郑琦,刘飞,等.小针刀配合手法松解治疗肱骨近端骨折术后肩关节粘连疗效分析[J].浙江中医药大学学报,2016,40(7):554-556

[6]董贵鑫,韩克儒.针刀松解联合中医流派手法治疗腕管综合征的临床观察[J].中医药信息,2016,33(2):81-84

(收稿日期: 2017-10-20)

平行双钢板复位内固定在肱骨骨折治疗中的应用

张晓兵

(河南省许昌襄城中西医结合医院骨科 襄城 461700)

摘要:目的:探究平行双钢板复位内固定在肱骨骨折治疗中的应用效果。方法:选取 2015 年 3 月~2017 年 2 月我院收治的 68 例肱骨远端 C 型骨折患者作为研究对象,按照手术方法分为对照组和观察组,每组 34 例。对照组行 Y 型钢板经尺骨鹰嘴截骨入路切开复位内固定,观察组行平行双钢板经尺骨鹰嘴截骨入路切开复位内固定。采用 Cassebaum 肘关节评分表评估比较两组术后的肘关节功能,采用简明健康状况调查量表(SF-36)评估比较两组手术前后的生活质量。结果:观察组的 Cassebaum 肘关节评分优良率为 91.18%,高于对照组的 70.59%,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组术后的生理功能、躯体疼痛、社会功能和生理职能评分高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:采用平行双钢板经尺骨鹰嘴截骨入路切开复位内固定治疗肱骨远端 C 型骨折,可提高患者的肘关节功能和患者生活质量。

关键词:肱骨远端 C 型骨折;平行双钢板;尺骨鹰嘴截骨;关节功能

中图分类号:R683.41

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.013

肱骨远端骨折按照 AO 分型可分为 A 型、B 型和 C 型。肱骨远端 C 型骨折为关节内骨折,是指肱骨远端双柱发生的骨折,会累及肱骨远端关节面。肱骨远端解剖结构复杂,手法复位较困难,常采取切开复位^[1]。肱骨远端有正中神经和肱动脉等通过,肱骨远端 C 型骨折多伴有血管神经和关节囊损伤。临床常采用经尺骨鹰嘴截骨入路切开复位内固定,可清除关节腔内血肿、碎骨片及软组织等,避免发生关节炎,但临床上内固定方式的选择仍存在异议。本研究选取了我院收治的 68 例肱骨远端 C 型骨折患者作为研究对象,分组比较了经尺骨鹰嘴截骨入路切开复位内固定和平行双钢板复位内固定在肱骨骨折治疗中的应用效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月~2017 年 2 月我院收治的 68 例肱骨远端 C 型骨折患者作为研究对象,按照手术方法分为对照组和观察组,每组 34 例。对照组中男 19 例,女 15 例;年龄 22~61 岁,平均年

龄(41.26± 2.18)岁;坠落伤 18 例,车祸伤 10 例,砸伤 4 例,其他 2 例。观察组中男 18 例,女 16 例;年龄 23~60 岁,平均年龄(41.59± 1.95)岁;坠落伤 17 例,车祸伤 11 例,砸伤 5 例,其他 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。本研究经我院伦理委员会批准。

1.2 手术方法

1.2.1 观察组 采用平行双钢板经尺骨鹰嘴截骨入路切开复位内固定。行气管插管全麻,取仰卧位,肘关节保持屈曲,肘后正中做一长约 15 cm 的弧形切口,切开皮肤和筋膜,暴露尺骨鹰嘴;游离并牵开尺神经,在距尺骨近端 2 cm 处,用线锯截断尺骨鹰嘴,翻起带肱三头肌腱的截骨块并朝向近端,暴露内外踝骨折与肱骨远端,清除骨折内血肿、碎骨片及软组织;用空心钉固定踝间,将踝间骨折转为踝上骨折,直视下复位踝上骨折;若为粉碎性骨折,可用克氏钉临时固定骨折块;C 臂下透视骨折复位良好后,用两块重建钢板分别在肱骨远端内、外侧柱相对缘塑性