

· 临床研究 ·

综合康复治疗膝关节功能障碍的疗效观察

容国安 龙耀斌

膝关节功能障碍多见于膝关节及邻近关节部位组织严重损伤后,由于关节固定时间过长引起。若膝关节屈曲范围 $<60^\circ$,将给患者日常活动带来极大不便,需通过康复治疗改善和恢复患膝关节功能。近年来我们采用推拿配合运动疗法等综合康复措施治疗膝关节功能障碍 63 例,疗效显著,现报告如下。

资料与方法

一、临床资料

膝关节功能障碍 116 例,随机分为两组。治疗组 63 例,其中男 41 例,女 22 例;平均年龄 (38.1 ± 7.3) 岁;病程 (3.51 ± 2.35) 个月;关节活动度 $(35.16 \pm 11.84)^\circ$;股骨中段骨折 11 例,股骨下段骨折 16 例,髌骨骨折 6 例,胫骨平台骨折 5 例,髌骨骨折 8 例,半月板切除手术后 11 例,其它损伤 6 例。对照组 53 例,其中男 33 例,女 20 例;平均年龄 (35 ± 7.6) 岁;病程 (3.10 ± 2.08) 个月;关节活动度 $(34.81 \pm 12.18)^\circ$;股骨中段骨折 9 例,股骨下段骨折 9 例,髌骨骨折 8 例,胫骨平台骨折 6 例,髌骨骨折 7 例,半月板切除手术后 9 例,其它损伤 5 例。两组患者均为膝关节屈曲受限,已去除外固定,大多数患者均有不同程度的股四头肌萎缩。两组临床资料经统计学检验,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

(一) 治疗组

1. 物理因子治疗:先采用波长 $0.76 \sim 1.5 \mu\text{m}$ 的双头红外线照射患膝及股四头肌约 20 min;然后用频率 1 MHz 的超声波治疗,采用膝关节移动法, 1.5 W/cm^2 ,15 min,每日 1 次;以上治疗 10 d 为 1 个疗程,疗程间休息 2 d 后继续下 1 个疗程的治疗。

2. 推拿治疗:在物理因子治疗后进行,患者仰卧位,先运用揉、摩、推、滚等手法在患侧大腿、小腿及膝关节周围推拿,由轻至重来回数遍,使关节周围有温热感。然后术者用一手掌根按压患肢冲门穴,另一手指点按太冲穴,约 2 min 后缓缓松手,患者即感热气下流,继而自上向下推捏大腿前、后、内、外侧肌肉 6 次,再用拇指点揉伏兔、风市、梁丘、血海等穴,中指拨点委中,委阳各 30 s。用拇指指腹用力拨动股四头肌、髌韧带及周围组织,推按髌骨左、右、上、下活动,手法力深重,再点揉膝眼,拿阴、阳陵泉。再令患者俯卧屈膝,术者一手握住患肢小腿下部,另一手按于大腿下部,作向内、向外的旋转摇晃和伸屈活动,以屈伸为主,活动范围由小渐大,屈伸动作缓和有节律,重复 10~20 次,以患者感到酸胀而又能忍受为度。最后以揉的手法按摩股四头肌和膝关节,达到缓解前面手法所致的不适。每次 25 min,每日 1 次。

3. 功能牵引:使用 CXKF-302 摆动式下肢功能康复器,开始牵引重量 5~10 kg,以后逐渐增加,以有轻度酸痛而能忍受为度,每次约 20 min,每日 1 次。

4. 运动疗法:由治疗师根据患者的病程、损伤部位和程度等进行指导训练,一般病程在 3 个月以内的做股四头肌静力收缩练习、膝屈伸肌抗阻练习,逐步到患肢负重站立和行走练习、空中蹬腿运动等。病程在 3 个月以上者做股四头肌抗阻练习、扶肋木下蹲运动、半蹲转膝运动、患腿前屈弓箭步下蹲运动、上下楼梯运动等锻炼,每项每次 4 个 8 拍;当膝关节屈曲 $\geq 90^\circ$ 时可骑固定自行车练习。每日 2~3 次,每次约 30 min。

(二) 对照组

只采用物理因子治疗,物理因子治疗方法同前。膝关节功能锻炼为患者根据自己的认识自行活动。

上述两组均治疗 10 d 为 1 个疗程,连续治疗 4 个疗程后评定疗效;两组治疗前、后均进行患膝关节活动度测定^[1]。

三、疗效判定标准

治愈:治疗后局部肿胀、疼痛消失,关节活动恢复正常,关节活动度 $\geq 120^\circ$;显效:局部肿痛基本消失,日常活动无妨碍,关节活动度 $90 \sim 120^\circ$;好转:局部肿胀、疼痛减轻,行走和日常生活轻度受限,关节活动度 $60 \sim 90^\circ$;无效:局部肿胀疼痛改善不明显,行走和日常生活明显受限,关节活动度 $<60^\circ$ 。

四、统计方法

统计分析计量资料采用 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。

结 果

一、关节活动度的评定

两组治疗前关节活动度差异无显著性意义($P>0.05$),治疗后虽都有提高,但治疗组比对照组改善显著,关节活动度平均增加 73.1° ;对照组平均增加为 45.3° 。详见表 1。

表 1 2 组治疗前、后关节活动度的变化($^\circ, \bar{x} \pm s$)

组 别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗组	63	35.16 ± 11.84	$108.49 \pm 22.65^{* \Delta}$
对照组	53	34.81 ± 12.18	$88.58 \pm 30.13^{*}$

注: * 与治疗前比较, $P<0.01$, Δ 与对照组比较, $P<0.01$

二、疗效评定

治疗组疗效优于对照组(表 2)。

表 2 2 组治疗后疗效评定(例)

组 别	<i>n</i>	治愈	显效	好转	无效	有效率(%)
治疗组	63	32	21	6	4	93.6
对照组	53	12	17	11	13	75.5

注: $\chi^2=14.9$, $P<0.01$, 差异有显著意义。* 有效包括:治愈、显效和好转

讨 论

膝关节及邻近部位组织严重损伤后,由于膝关节固定时间过长,患部静脉血及淋巴回流不畅,组织间隙中浆液纤维渗出物和纤维蛋白沉积,而发生纤维性粘连,加上关节囊、韧带和通过该关节的肌肉、肌腱的牵缩,严重影响运动功能,从而导致膝关节功能障碍^[2]。长期固定还会引起关节软骨组织退变和废用性肌萎缩。

膝关节功能障碍的治疗关键在于改善局部循环,活血散瘀、解痉松粘、通利关节等^[3]。应用推拿等手法,能促进患部的血液循环和新陈代谢,促进损伤组织修复,消除关节内、外粘连,防止肌肉萎缩和关节挛缩,改善关节活动功能。稳定持续的牵引,可克服纤维组织内部粘滞性阻力,使组织得到较大的牵伸,有利于消除关节挛缩^[4]。物理因子治疗能促进肿胀消除和炎性产物吸收,降低关节周围组织及韧带的张力,减轻疼痛,有助于推拿治疗和牵引的顺利进行。

“动”是本病治疗的特点。包括推拿中的被动活动和运动疗法的主动活动。关节的活动有助于关节软骨和关节囊组织形态学和韧带抗张强度的恢复^[5]。同时运动疗法还能促进运动条件反射的恢复,使肌肉收缩力渐增,关节稳定性加强,可有效地预防废用性肌萎缩。

我们采用的综合康复治疗是针对于关节内、外粘连等病理变化,其疗效显著。从有关资料报道和我们多年临床观察来看,病程越短疗效越好^[6]。我们治疗无效的 4 例,病程均在 1 年以上,治疗前、后关节活动度仅相差 15°,这与病程长,局部软组织粘连机化严重有关,因此,膝关节损伤后应尽早进行康复治疗。

参 考 文 献

- 1 缪鸿石,主编. 康复医学理论与实践(上册). 上海:上海科学技术出版社,2000. 278-281.
- 2 卓大宏,主编. 中国康复医学. 北京:华夏出版社,1990. 808.
- 3 赵翔,主编. 推拿疗法与医疗练功. 北京:人民卫生出版社,1991. 9-16.
- 4 中国康复医学研究会,主编. 康复医学. 北京:人民卫生出版社,1984. 384.
- 5 吴毅,范振华,屠丹云. 运动促进制动后兔膝关节组织恢复作用. 中国康复医学杂志,1993,8:17.
- 6 郑光新,冯莉. 系统康复治疗对下肢制动后膝关节活动范围的影响. 中国康复医学杂志,1995,4:161-164.

(收稿日期:2003-02-16)

(本文编辑:熊芝兰)

推拿等综合治疗脊柱源性心律失常的疗效观察

段俊峰 宁俊忠 范秀华 陈丽贤 谢琦

临床上发现,不少心律失常患者经反复检查并未发现器质性心脏病,这些患者使用常规药物疗效不佳,而在治疗脊椎病后好转。自 2000 年 1 月~2003 年 2 月,我们应用以纠正脊椎错位为主的正骨推拿手法结合超短波等综合治疗与脊椎相关的心律失常患者 69 例,疗效满意,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

伴有颈椎或上胸椎错位的的心律失常患者 129 例,均经本院或外院心内科确诊,应用抗心律失常药物进行常规治疗效果不佳,心电图、X 线片和心脏 B 超检查排除了心脏器质性病变,随机分为综合治疗组 69 例与对照组 60 例。综合治疗组男 33 例,女 36 例;年龄 20~73 岁,平均 33.6 岁;病程 2 个月~10 年,平均 2.5 年;颈胸椎 X 线摄片示颈椎有小关节错位或节段性失稳者 46 例, T₁₋₅ 小关节错位者 23 例;所有患者颈椎或上位胸椎均有不同程度的退变、骨质增生或椎间隙变窄。对照组男 29 例,女 31 例;年龄 21~70 岁,平均 32.3 岁;病程 1.5 个月~9 年,平均 2.4 年;X 线摄片示颈椎有小关节错位或节段性失稳者 41 例, T₁₋₅ 小关节错位者 19 例;所有患者颈椎或上胸椎均有不同程度的退变。两组在年龄、性别、病情、病程等方面差异均无

显著性意义,具可比性。

二、治疗方法

综合治疗组在口服抗心律失常和活血祛瘀药物(复方丹参片或复方丹参滴丸)的基础上加用正骨推拿等综合治疗:①颈椎有旋转式错位者用摇正法纠正,有前后滑脱式错位者用推正法纠正,有侧弯侧摆式错位者用侧卧搬按法纠正,手法治疗每次 20 min,每日 1 次;②有椎间隙狭窄者加用颈椎牵引治疗,应用 Q4 型牵引椅,牵引重量 14~20 kg,每次 15 min,每日 1 次,可在牵引下辅以手法治疗;③推拿完成后给予超短波治疗,电极前、后对置于胸背部,温热量,每次 20 min,每日 1 次;④有脊椎失稳者应用 10% 葡萄糖液 20 ml 加复合维生素 B 溶液 2 ml,于颈椎或上胸椎棘突间或两侧椎板处注射,隔日 1 次,以稳定脊椎和巩固疗效。治疗 10 次为 1 个疗程,连续 2 个疗程后进行疗效评定。

对照组仅口服抗心律失常及活血祛瘀药物,根据心律失常的不同类型分别给予心得安、心律平、慢心律或乙胺碘呋酮等治疗,20 d 后评定疗效。

三、疗效评定标准

优:心悸症状消失,心率 60~100 次/min,律齐,心电图检查正常,颈、胸椎错位完全纠正;良:心悸症状基本消失,心率 60~100 次/min,律齐,心电图检查正常,颈、胸椎错位基本纠正;可:心悸症状改善,心率和心律异常好转,心电图检查大致正常,颈、胸椎错位部分纠正;差:治疗后症状、体征及心电图检查无变化