

## · 临床研究 ·

## 手法牵拉配合髌骨松动治疗膝骨性关节炎的疗效观察

程亭秀 李海侠 李晓霞

我院自 1999 年 1 月~2002 年 1 月采用手法牵拉+髌骨松动疗法治疗膝骨性关节炎,并与传统的主动运动疗法相对照,取得满意疗效,现报告如下。

## 资料与方法

## 一、临床资料

120 例患者根据美国风湿病学会骨性关节炎诊断标准 (ACR)<sup>[1]</sup>,确诊为膝骨性关节炎。其中男 54 例,女 66 例;年龄 32~73 岁,平均 49.5 岁,病程 6 个月~1 年 36 例,1 年~2 年 45 例,2 年以上 39 例;按功能障碍(测量俯卧位关节活动范围,伸 0 度,屈曲 150 度)<sup>[2]</sup>分为 I 级 30 例,II 级 52 例,III 级 38 例;左膝骨性关节炎 44 例,右膝 52 例,双膝 24 例;经 X 线检查均有不同程度的关节面不整齐、髌间隆突变尖,或胫骨/股骨内、外髁呈唇样增生,或关节间隙变窄、软骨下骨质硬化等。随机分为 2 组,每组各 60 例,治疗组年龄 32~69 岁,平均 49.3 岁,对照组年龄 32~73 岁,平均 49.7 岁;2 组患者性别、年龄、病程、功能障碍分级等差异均无显著性,具有可比性。

## 二、治疗方法

1. 对照组:采用按摩疗法及主动关节运动(包括膝关节伸、屈等功能锻炼),每天 30~60 min,15 d 为 1 个疗程。

2. 治疗组:在对照组治疗方法的基础上给予手法牵拉配合髌骨松动疗法,即使关节达到最大活动范围后,以患者可以忍受为度,在治疗者的帮助下继续伸/屈,增加关节的活动范围,每日伸/屈 10~15 次,15 d 为 1 个疗程。以左膝为例,患者仰卧于诊疗床上,治疗者立其左侧床尾,左手握患肢踝部,右手扶其髌上,左手拔伸膝关节,右手同时向前下(患者头部方向为前)推髌,使膝关节伸直,持续 1 min;然后左、右手同时向前推患肢,使患肢屈膝屈髌,至膝关节不能屈曲为止,持续 1 min;继续拔伸、推髌,反复 10~15 次。

## 三、疗效评定标准

采用 HSS 膝关节评分来评定疗效<sup>[3]</sup>。评分≥85 分为临床治愈,70~84 分为显效,60~69 分为好转,<60 分为无效。

## 四、统计学方法

计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 结 果

经过 3 个疗程的治疗,2 组治愈人数经  $\chi^2$  检验, $P<0.005$ ,表明治疗组疗效显著高于对照组,具体数据见表 1。

2 组起效时间与治愈时间间的差异均有非常显著性意义( $P<0.01$ ),具体数据见表 2。

表 1 2 组患者疗效的比较(例)

| 组 别 | 治愈   | 显效 | 好转 | 无效 |
|-----|------|----|----|----|
| 治疗组 | 26 * | 20 | 14 | 0  |
| 对照组 | 10   | 14 | 16 | 20 |

注: \* 与对照组比较,  $\chi^2 = 28.30, P < 0.005$

表 2 2 组起效、治愈时间的比较

| 组 别 | 起效(例) | 起效时间(d)       | 治愈(例) | 治愈时间(d)               |
|-----|-------|---------------|-------|-----------------------|
| 治疗组 | 60    | 2.33 ± 1.26 * | 26    | 15.00 ± 5.36 $\Delta$ |
| 对照组 | 40    | 8.11 ± 1.33   | 10    | 30.80 ± 9.70          |

注:与对照组比较, \*  $t = 2.65, P < 0.01$ ;  $\Delta t = 6.25, P < 0.01$

## 讨 论

膝骨性关节炎的病情演变过程中伴有不同程度的疼痛,关节疼痛、肌肉痉挛可明显抑制膝关节肌肉运动,使关节活动减少,纤维关节囊粘连,日积月累则造成膝关节广泛性粘连,使其伸、屈活动受限或膝部出现无力感,而关节活动受限又进一步促使关节疼痛和关节粘连的加重<sup>[4]</sup>。手法牵拉配合髌骨松动疗法是一种借助外力的关节运动方法,克服了主动运动时患者一感到疼痛就终止运动的缺点,从而保持甚至增加关节的活动范围,这一点在膝骨性关节炎的治疗中十分重要<sup>[5]</sup>;该疗法还能提高患者的痛阈,增加肌肉的适应性,将紧张或痉挛的肌肉充分牵伸,从而解除紧张、痉挛,消除疼痛,松解粘连,恢复关节功能;另外,关节运动能保护软骨,定期挤压和放松运动,使关节软骨得到足够营养,促进其重建和修复<sup>[6]</sup>;同时拔伸膝关节、推按髌骨,可使增生的骨刺得以消磨,使肌肉、韧带和关节受到适度的牵拉,得以充分的伸展,增加关节间隙,从而缓解关节压力,解除关节交锁症状,消除其恶性刺激所致的疼痛和功能障碍,恢复关节运动功能<sup>[7]</sup>。综上所述,此疗法效果显著,见效快,而且简便、安全、实用,无副作用,尤其适用于家庭,值得临床大力推广。

## 参 考 文 献

- Altman RD. Classification of disease: osteoarthritis. Semin Arthritis Rheum, 1991, 20: 40-47.
- 周士枋, 范振华, 主编. 实用康复医学. 南京: 东南大学出版社, 1998. 134.
- Insall JN, Ranawat CS, Aglietti P, et al. A comparison of four models of total knee replacement prostheses. J Bone and Joint Surg, 1976, 58: 754-765.
- 李仲廉. 临床疼痛治疗学. 天津: 天津科技出版社, 1995. 245-246.
- Marian AM. Exercise in the treatment of osteoarthritis. Rheumat Dis Clin of North Am, 1999, 25: 397-415.
- 朱广义. 骨关节炎的治疗. 中华理疗杂志, 2001, 24: 247-250.
- 徐雪明. 综合治疗对膝关节骨关节炎疗效观察. 现代康复, 1999, 12: 23-26.

作者单位: 157200 牡丹江, 黑龙江省牡丹江市东宁县第一人民医院外科(程亭秀); 牡丹江医学院临床医学系(李海侠), 统计教研室(李晓霞)

(收稿日期: 2002-12-09)  
(本文编辑: 吴 倩 郭铁成)