

有止痛、祛风湿功效；艾叶温经散寒；川椒补火助阳；土鳖虫活血消肿止痛；血竭消散止痛。药方具有强筋骨、祛风散寒、活血化瘀、止痛的功效。同时中医手法能够恢复周围软组织的弹性、松懈粘连，促进关节功能恢复，促进恢复。因此，将中药熏蒸联合中医手法治疗，能够促进腕关节功能康复。

本观察结果显示，术后第1周和第2周2组腕关节活动度比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。术后第4周和第12周观察组腕关节活动度显著优于对照组，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。术后1、2、12周2组VAS评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。术后4周观察组VAS评分低于对照组，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。综上，早期中西医结合功能锻炼能够有效促进不稳定桡骨远端骨折患者术后腕关节功能的恢复，提高生活质量。

[参考文献]

[1] Wei D.H, Poolman R.W, Bhandari M, et al. External fixation versus internal fixation for unstable distal radius fractures: A systematic review and meta-analysis of comparative clinical trials [J]. Journal of Orthopaedic

Trauma, 2012, 26(7): 386-394.

- [2] 王梅,高志朝.局部中药外敷、夹板外固定与单纯石膏托外固定治疗老年桡骨远端骨折的疗效对比[J].中医正骨,2012,24(5):17-19.
- [3] 刘铀宁.中医综合治疗老年性桡骨远端骨折的疗效观察[J].中国实用医药,2012,27(7):50-52.
- [4] 冯传汉.临床骨科学[M].北京:人民卫生出版社,2004.
- [5] 刘新焕,蔡建平,张贤,等.中西医结合治疗桡骨远端骨折研究述评[J].中医药学报,2013,28(2):184-187.
- [6] 邓宾,胡栢均,伍中庆,等.手法复位结合外固定支架治疗老年骨质疏松患者桡骨远端骨折的疗效[J].中国老年学杂志,2012,32(19):4310-4312.
- [7] 欧阳建江,庞向华,欧兆强,等.循经针刺运动疗法配合中药熏蒸治疗桡骨远端骨折腕背肿胀观察[J].实用中医药杂志,2012,28(5):369.
- [8] 卢洪宇.上肢洗伤方薰洗在桡骨远端骨折后期康复中的应用[J].中国中医急症,2014,23(3):492-493.

(责任编辑:马力)

电针联合康复训练治疗股骨头坏死临床疗效分析

林孝风¹, 郑雷²

1. 瑞安市莘塍街道社区卫生服务中心骨科, 浙江 瑞安 325200

2. 温州市人民医院骨科, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的:观察电针结合康复训练治疗股骨头坏死的临床疗效。方法:纳入74例股骨头坏死患者,随机均分为2组各37例,对照组给予常规减压及抗炎治疗,观察组以电针结合康复训练治疗。2组均以30天为1疗程,持续治疗3疗程,对比2组的临床疗效及观察髋关节功能、生活质量的变化。结果:临床疗效总有效率观察组86.5%,对照组64.9%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,2组Harris评分及SF-36评分均有上升,与治疗前相比,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组上述评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:与常规减压及抗炎治疗相比,电针结合康复训练对股骨头坏死疗效更佳,能够更好地提升患者的髋关节功能,改善患者的生活质量。

[关键词] 股骨头坏死;电针;康复训练;髋关节功能;生活质量

[中图分类号] R684 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 01-0073-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.01.034

股骨头坏死发病率较高,病程进展快,早期即可致髋关节疼痛及功能障碍,持续发展则可能导致终身残疾^[1]。临床多认

为在疾病早期行保守治疗有助于延缓甚至扭转病程,常见方案包括中医药、针灸治疗等,均有一定效果^[2],但临床实践亦显

[收稿日期] 2015-10-03

[作者简介] 林孝风(1983-),男,主治医师,研究方向:骨科。

示其治疗是较为复杂的系统工程,单用一方一药难以取得理想效果^[9]。本研究对部分股骨头坏死患者行电针结合康复训练的综合治疗方案,较既往常规减压及抗炎治疗方案效果更佳,现总结报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合股骨头坏死的诊断标准及国际骨循环研究学会(ARCO)分期标准,属 期或 期,经 X 线摄片、MRI 等确诊;治疗依从性良好;患者及其家属知情同意。

1.2 排除标准 强直性脊柱炎、类风湿性关节炎、治疗期间髋部骨折患者;重要脏器功能损伤的患者。

1.3 一般资料 纳入瑞安市莘塍街道社区卫生服务中心骨科门诊治疗的 74 例股骨头坏死患者为研究对象,入院时间均在 2014 年 6 月—2015 年 6 月间,按随机数字表法分为 2 组,观察组 37 例,男 25 例,女 12 例;年龄 33~64 岁,平均(48.5±7.8)岁;ARCO 分期: 期 13 例, 期 24 例;左侧 6 例,右侧 9 例,双侧 22 例。对照组 37 例,男 28 例,女 9 例;年龄 31~64 岁,平均(49.8±8.2)岁;ARCO 分期: 期 15 例, 期 22 例;左侧 7 例,右侧 8 例,双侧 22 例。2 组性别、年龄、疾病分期及病灶部位情况经统计学处理,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 予常规减压及抗炎治疗。减压方案为细针钻孔减压术:患者仰卧,垫高臀部,常规术前准备后局部麻醉,于大转子下方 2~3 cm 处做大腿外侧切口,长约 4 mm,在 C 臂 X 线机引导下,以 4 mm 钻头或骨圆针钻入坏死区不同方向,做钻孔 3 个,到达股骨头软骨下 3~5 mm 处。单侧或双侧均为 期的患者,术后 72 h 内即可下床活动,属其他期的患者术后需卧床休息至身体条件许可后,再下床活动。抗炎治疗:口服非甾体类抗炎药物芬必得(中美天津史克制药有限公司,规格:每粒 0.3 g),每次 1 粒,每天早晚各服 1 次,坚持服用。3 月后统计疗效。

2.2 观察组 不予药物治疗,仅予电针结合康复训练治疗。电针治疗仪器为康岭 G91-D,连续波,每次强度以患者能耐受为宜,一般留针 30 min。患者首先取俯卧位,取穴:双侧肾俞,行捻转补法;患侧秩边、环跳、居髎、委中,行微提插法;双侧悬钟,行捻转补法。得气后留针,接电针仪,正极接秩边,负极接环跳,并以特定电磁波谱照射居髎及环跳。随后患者取仰卧位,取穴:患侧髀关、血海、阳陵泉及双侧三阴交,行平补平泻法;双侧足三里,行捻转补法。得气后留针,接电针仪,正极接血海,负极接髀关。上述疗法每天 1 次,持续 20 天、间断 10 天为 1 疗程,患者持续治疗 3 疗程。

康复训练:训练强度循序渐进,达到患者可耐受为宜,训练前患者身体放松,形神凝敛,呼吸平和,具体训练动作如下:①前倾屈髋。上身直立,双膝并拢,呈跪坐状,臀部与足跟尽可能接触,做前倾屈髋运动,保持腰、胸、颈椎体平直;

②持拐屈髋。患者持双拐站稳,首先将重心移至左腿,右腿抬起,屈髋屈膝,5 min 后交替另一腿;③内收外展。患者臀部呈坐位,坐骨结节与凳面接触,身正头直,收腹扩胸,双手扶膝关节,双腿外展内收,做内外摆动运动;④开腿足旋。患者持双拐站稳,双腿外展与肩同宽,身体重心首先移至左侧,抬起右脚尖,以足跟为圆心,左右摆动;⑤仰卧摆动。患者仰卧,保持体位舒适,呈屈髋屈膝状,做内收外展运动;⑥骑马开胯。患者双手扶栏杆或桌椅,双腿分开与肩同宽,做屈髋屈膝下蹲运动;⑦床上松解筋骨。患者仰卧,首先保持足尖向上,以足跟为圆心,双足内外旋转左右摆动,随后做收臀,运动股四头肌、胫前及胫后肌群,做绷腿运动,最后做踝关节屈曲运动;⑧前后马步。患者站立,做前腿弓、后腿绷的姿势,屈髋屈膝下压身体。上述训练项目不限顺序及持续时间(一般 30~60 min),保持每天 2 次,每次完成全套项目即可,持续 20 天、间断 10 天为 1 疗程,患者持续治疗 3 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 统计疗程结束后 2 组的总体疗效;观察患者髋关节功能及生活质量的变化情况。其中髋关节功能以 Harris 评分评定,此量表包括疼痛、功能、畸形、关节活动度 4 个维度,共 100 分,得分越高提示髋关节功能越好;生活质量采用 SF-36 量表评定,此量表共 8 个维度及 1 项总体变化情况,各维度得分转换为百分制,计算各维度总分,得分越高表明生活质量越好。

3.2 统计学方法 应用 SPSS19.0 软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料以百分率表示,行 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》拟定。显效:临床症状及体征消失,关节活动正常,下肢无短缩,X 线片显示股骨头病理表现基本消失;有效:临床症状及体征基本消失,关节活动轻度受限,下肢短缩在 1 cm 内,X 线片显示骨坏死、增生硬化等病理表现基本消失,但股骨头有变大及扁平征象;无效:临床症状及体征无改善。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组 86.5%,对照组 64.9%,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效	例(%)
观察组	37	6(16.2)	26(70.3)	5(13.5)	32(86.5)	
对照组	37	4(10.8)	20(54.1)	13(35.1)	24(64.9)	
χ^2 值						4.698
P						<0.05

4.3 2 组治疗前后髋关节功能及生活质量评分比较 见表 2。治疗前,2 组 Harris 评分及 SF-36 评分接近,组间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2 组上述评分均有上升,与治疗前相比,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组上

述评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后髌关节功能及生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$)分

组别	n	Harris 评分		SF-36 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	37	76.8±12.0	89.4±8.3 ^①	445.6±42.5	587.6±36.8 ^①
对照组	37	75.9±10.7	85.1±9.2 ^②	455.1±36.8	557.4±40.2 ^②
t 值		0.341	2.111	-1.028	3.371
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与治疗前比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

股骨头坏死为国内常见的骨科疾病,多因外伤、酗酒等因素导致^[4],目前临床尚未完全探明其发生机制,仅知其与血液循环障碍致股骨头缺血坏死有关,该疾病病程持续可发展为股骨头塌陷,即便行关节置换术治疗,仍可能需多次后续翻修,这将持续影响患者的日常生活质量。因此临床多认为有必要在股骨头坏死早期行保髌治疗,中医药治疗方案具有一定的应用价值。

中医学认为,股骨头坏死归属于骨痹、骨痿、骨蚀等范畴,因肾主骨、肝主筋,故筋骨强健与肾气充沛、肝血旺盛有直接关系。但由于股骨头坏死的机制可能极为复杂,单用一方一药,疗效相对较差,且常规减压及抗炎治疗难以使药物直接作用于病灶,因此仍需开发更为可靠的综合治疗方案。本研究结果提示,电针结合康复训练是较好的治疗方案。首先,电针刺激脾关、环跳等穴位,有助于激发髌关节周围的经气,进而改善局部血供^[5],同时还可提高痛阈值,进而通络止痛^[6]。居髌为足少阳胆经穴,血海为足太阴脾经穴,均有通经活络作用,另有悬钟、三阴交等穴位,是温补肝肾的经验要穴,正如《难经》所言:“针灸欲补髓以健步,可以取阳辅或悬钟穴”。同时电针的刺激作用至骨骼后,还可产生极化电位,提升骨应力,影响骨的重建。其次,康复训练过程中积极活动股骨头相关关节,有助于促进关节内滑液循环,进而减轻滑膜炎^[7];

同时应力作用还可促进关节滑液向软骨内转移,对改善软骨营养有积极作用。康复训练还有助于改善股骨头血供,促进新成代谢,并改善患者的食欲及精神状况,可保证骨形成的物质需求。本研究结果显示,观察组应用上述方案治疗,总有效率上升至86.5%,且治疗后Harris评分及SF-36评分均高于对照组,提示较药物内服治疗,电针结合康复训练更具应用价值。

综上所述,电针结合康复训练是早期股骨头坏死患者保髌的有效方案,可有效提升患者的髌关节功能,进而提升其生活质量,值得推广。

[参考文献]

- [1] 中华医学会骨科分会显微修复学组,中国修复重建外科专业委员会骨缺损及骨坏死学组. 成人股骨头坏死诊疗标准专家共识(2012年版)[J]. 中华骨科杂志, 2012, 32(6): 606-610.
- [2] 方斌,何伟,魏秋实,等. 中医药对不同证型股骨头坏死患者生存质量的影响[J]. 新中医, 2012, 44(11): 67-70.
- [3] 刘雷,王建伟. 股骨头坏死的中医辨证及治疗现状[J]. 湖北中医药大学学报, 2012, 14(3): 74-76.
- [4] 郑超,郑秋坚,王义生,等. 影响股骨头坏死临床疗效及预后的危险因素[J]. 广东医学, 2014, 35(14): 2178-2181.
- [5] 李营营,李芝慧,李方,等. 电针结合康复训练对早期股骨头坏死患者髌关节功能和生活质量的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2014, 36(2): 132-135.
- [6] 杜炯,蒋培忠. 中医综合治疗激素性股骨头缺血性坏死的临床研究[J]. 贵阳中医学院学报, 2012, 34(1): 45-46.
- [7] 韩金宝,毕郑钢. 老年股骨头缺血坏死的临床诊断及治疗现状[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(5): 1089-1091.

(责任编辑:吴凌)