

小针刀治疗膝骨性关节炎 30 例

杨义靖, 杨霞

(广西壮族自治区柳州市中医院, 广西 柳州 545001)

关键词 骨关节炎, 膝 小针刀

膝骨性关节炎 (knee osteoarthritis, KOA) 是中老年人最见的关节疾病, 女性多于男性, 严重影响人们的正常工作和生活。该病属于中医“骨痹”“伤筋”范畴。随着我国社会老龄化的到来, 我国骨性关节炎的发病率也在逐年升高。目前药物治疗效果不够理想, 且不良反应较多。2004—2010 年, 笔者采用小针刀治疗 KOA 患者 30 例 39 膝, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 30 例 39 膝, 男 12 例, 女 18 例。年龄 55 ~ 74 岁, 中位数 64 岁。均为 KOA 患者, 左 KOA 11 例, 右 KOA 10 例, 双 KOA 9 例。均有膝关节疼痛, 其中行走困难 26 例, 上下楼梯困难 21 例, 有明显夜间疼痛或休息痛 6 例, 膝关节屈伸活动受限 19 例, 不能完全下蹲 21 例, 伴膝打软、弹响 4 例。膝关节内外侧间隙及髌周均可触及压痛点。膝关节梭形肿胀 14 例, 大小腿肌肉萎缩 2 例。X 线片示: 髌骨外移 14 例, 膝内翻畸形 11 例, 内侧或外侧关节间隙变窄 6 例。X 线分期: 早期 6 例 7 膝, 中期 24 例 32 膝。均为轻、中度骨性关节炎。病程 3 个月至 7 年。

2 方法

患者取仰卧位, 于膝关节内外两侧触摸到呈条状凹陷的关节间隙, 于此间隙的上下 6 cm 处分别画一平行于关节间隙的横线, 在此横线上选点做标记, 注意避开体表静脉。用 1% 利多卡因 2 mL + 曲安奈德注射液 0.5 mL 作局部麻醉。麻醉成功后, 用针刀于标记处垂直进针, 深达骨面, 作切割剥离。然后用针刀于松解处作垂直于骨面的钻孔, 用力将针刀扎到松质骨内 3 ~ 4 cm 处, 每次在骨面钻 3 ~ 4 孔。出针后让其自然出血 1 ~ 2 min。每周治疗 1 次, 3 周为 1 个疗程。

3 结果

3.1 疗效评定标准 (自拟) 治愈: 膝关节疼痛完全消失或基本消失, 肿胀消失, 能正常工作或生活; 显

效: 膝关节肿胀消失, 长时间步行或疾走时略感疼痛, 休息时可消除, 上下楼梯或走斜坡路感觉不到疼痛; 好转: 膝关节疼痛、肿胀均减轻, 上下楼梯均有困难, 须扶栏行走; 无效: 治疗前后无任何改变。

3.2 疗效评定结果 本组患者均获得随访, 随访时间 6 个月至 1 年。按上述标准评定疗效, 本组治愈 12 例, 显效 12 例, 好转 5 例, 无效 1 例。

4 讨论

KOA 是以关节软骨退变为主要病理特征的慢性临床综合征, 是一种临床常见的骨性关节炎。有学者指出骨内高压是 KOA 发病的重要因素, 也是关节疼痛尤其是静息痛的主要原因^[1]; 而骨内高压是由于静脉瘀滞, 血液回流不畅所致。因此, 如何通过改善血液循环, 降低骨内高压, 是防治 KOA 的关键之一。

有临床报道仅通过单纯的关节清理术治疗 KOA, 术后临床疗效不令人满意^[2-3]。朱汉章^[4]认为 KOA 发病的基本原因是膝关节内部力学平衡失调。生理状态下的膝关节处于一种动态平衡状态, 而病理状态下膝关节的这种动态平衡被打破, 故而生理功能发生紊乱。针刀在治疗 KOA 过程中主要注重膝关节的力学平衡, 通过对软组织粘连、挛缩部位进行松解, 从而恢复膝关节的力学平衡。在临床诊治中, 可在足三阴经、足三阳经循行于膝周围的部位触及压痛点和明显的条索或结节状物, 而这些条索或结节状物主要是由于风、寒、湿、痰、瘀诸邪长期痹阻关节, 导致气血失和、筋骨失养。针刀医学根据力学平衡失调的病理机制, 使用小针刀在髌周及关节间隙进行切割, 松解筋膜韧带粘连, 解除软组织痉挛, 改善血液循环, 促进软组织病灶的修复。针刀还具有针灸针的刺激作用, 可以刺激内啡肽的释放, 缓解疼痛。针刀集圆形的针身与细小的针口为一体, 将中医针灸理念及西医手术刀功能融为一体, 以针的形式进入人体, 在体内实施手术刀的功能, 对关节各处粘连挛缩的组 (下转第 50 页)

4 讨论

踝关节的稳定性主要由内侧结构(内踝、距骨内侧面和三角韧带)、外侧结构(腓骨远端、距骨外侧面和外侧韧带复合体)、下胫腓联合韧带和骨间膜维持^[3]。旋前外展Ⅲ度踝关节骨折的损伤机制为足在受伤时处于旋前位,距骨在踝穴内受到强力外展的外力,造成内踝撕脱骨折或三角韧带断裂,下胫腓韧带不全或完全损伤,腓骨骨折。由于旋前-外展型Ⅲ度踝关节骨折首先表现为内踝的撕脱或三角韧带断裂,强大的外力继续向外作用致踝关节前侧或前外侧关节囊部分或完全撕裂,距骨失去了内侧三角韧带和关节囊的约束,再加上腓骨远端受距腓后韧带牵拉作用向后移位,所以正位片显示内踝间隙增宽、外踝力线尚好,侧位片显示腓骨远端骨折块向后移位、前后出现部分重叠。且由于腓骨骨折呈短斜形或蝶形,蝶形骨块常位于腓骨外侧,由于受外翻力作用,外侧骨质压缩,X线侧位片表现为横形骨折。

笔者认为切开复位内固定治疗旋前-外展型Ⅲ度踝关节骨折要注意以下几点:首先,一定要实现腓骨骨折的解剖复位,术中要注意骨块的前后移位和外侧压缩情况,以腓骨远端前缘骨皮质为复位标志,不能以外侧压缩骨折线为复位标志,即使是单纯的外踝骨折,治疗上也要达到解剖复位,否则,即使外踝轻度移位,踝关节距关节接触面也会减小,晚期创伤性

关节炎的发生率会明显增加^[4]。Ramsey等^[5]早已证明距骨向外移位1 mm,胫距关节接触面积减少42%~51%,向外侧移位3 mm,关节接触面积减少60%以上。其次,要修复踝关节前侧关节囊,然后是内踝固定或修复内侧三角韧带。如果内侧三角韧带完全从距骨上撕脱,使用锚钉修复,固定确切,后期效果较好,并且修复后要检查踝穴的稳定性。切开复位内固定治疗旋前外展型踝关节骨折,可以实现骨折解剖复位、坚强内固定,能取得良好的疗效。

5 参考文献

- [1] Kwon JY, Chacko AT, Kadzielski JJ, et al. A novel methodology for the study of injury mechanism: ankle fracture analysis using injury videos posted on YouTube. com[J]. J Orthop Trauma, 2010, 24(8): 477-482.
- [2] 蒋协远, 王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 225-227.
- [3] Cole PA, Craft JA. Treatment of osteoporotic ankle fractures in the elderly: surgical strategies[J]. Orthopedics, 2002, 25(4): 427-430.
- [4] 叶青, 占蓓蕾, 何飞熊, 等. 旋前旋后外旋型三踝骨折的手术治疗[J]. 中国骨伤, 2008, 21(4): 300-301.
- [5] Ramsey PL, Hamilton W. Changes in tibiotalar area of contact caused by lateral talar shift[J]. J Bone Joint Surg Am, 1976, 58(3): 356-357.

(2010-11-25 收稿 2011-04-07 修回)

(上接第48页)织进行松解,重新恢复关节内的力学平衡,减少和消除病理产物,从而解决了传统中医疗法难以治疗、西医需要手术切开才能松解的病变。

针刀松解术可以使关节主要粘连、挛缩得以解除,但是不能消除骨内静脉瘀滞和降低骨内高压。因而,行针刀治疗时除了在病变部位行松解术外,还应在病变部位行钻孔减压术。用针刀在松解处于骨面行钻孔术,钻到松质骨内3~4 cm处,每次在骨面钻3~4孔,方向各不一样,以充分释放骨内压力,但应注意同一个部位不宜重复连续进针。出针后让其自然出血1~2 min,可以达到降低骨内压力的目的,从而提高小针刀治疗KOA的临床效果。若骨内压力降低,骨内静脉瘀滞状态得以改善,则疼痛减轻,即“通则不痛”。而关键问题是如何找到膝关节周围深处的松质骨,以便针刀能顺利地进入松质骨深处,达到降低骨内压力的目的。若找不到较为松软的骨面作为进针点,则针刀无法钻入骨体中,难以达到降低骨内

压力的目的。毕竟针刀的强度有限,无法象电钻一样随意钻探骨体,而只能选择骨体的薄弱处下手,才能完成钻骨减压的目的。一般来说术后1~2 d会有疼痛,可适当给予镇痛治疗,以缓解疼痛症状。术后1周末愈者需再行第2次针刀治疗,一般最多治疗3次,3次无改善者宜改用其他方法进行治疗。

5 参考文献

- [1] 韦文武, 王大伟. 活血化瘀治疗膝关节骨关节炎骨内高压研究概况[J]. 现代中西医结合杂志, 2004, 13(10): 1385-1386.
- [2] 张羽飞, 王福生, 王立德, 等. 关节镜下清理结合外侧支持带松解术治疗膝关节骨关节炎[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2005, 20(5): 197-198.
- [3] 马才英, 胡永福, 钱增荣. 膝关节镜清理术后联合腔内医用臭氧浴治疗膝骨性关节炎[J]. 临床骨科杂志, 2010, 13(5): 545-547.
- [4] 朱汉章. 针刀医学原理[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 685.

(2011-01-03 收稿 2011-05-06 修回)