

闭式松解治疗大面积腰背肌筋膜炎

刘荣新, 崔莲玉, 于兰先

(山东省文登整骨医院, 山东 文登 264400)

摘要 目的: 观察评价闭式松解术治疗大面积腰背肌筋膜炎的临床疗效。方法: 回顾性分析了 68 例该病患者的治疗及随访资料。结果: 经 20 d 治疗, 按《中医病证诊断疗效标准》评定, 总有效率 97.06%。结论: 闭式松解治疗大面积腰背肌筋膜炎疗效肯定。

关键词 筋膜炎 镰式小针刀 闭式松解

腰背肌筋膜炎又称肌纤维组织炎, 是腰背部富含白色纤维组织(如筋膜、肌膜、韧带、骨膜和皮下组织等)的一种非特异性炎性变化。该病起病可缓可急, 表现为腰背部(有时包括臀部)弥漫性疼痛, 以两侧腰部及髂棘上方为明显, 偶有向臀部放射。其特点是: 晨起时剧痛, 甚至凌晨因痛醒而不能平卧, 需改变卧姿或活动后方能缓解, 日间轻, 不影响活动或工作, 傍晚时因活动过多疼痛又复现或加重。休息后又好转。体检时可发现患部有明显压痛, 部分患者可触及“纤维炎性”结节, 重压有酸胀感。自 1995—2011 年, 我们采用镰式小针刀治疗大面积腰背肌筋膜炎 68 例, 取得满意的疗效, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 68 例, 女 52 例, 男 16 例。年龄 26~55 岁, 平均 40 岁。临床表现均有腰背部疼痛(呈弥漫性钝痛), 卧床休息或劳累后加重, 活动后减轻。夜间睡觉时症状呈进行性加重, 影响正常入眠。有晨僵, 检查棘突后方及周围有广泛性压痛, 脊柱屈伸活动基本正常。

2 方法

患者俯卧床上, 以压之胀痛明显, 伴(或不伴)远处放射痛, 或触及皮下有条索状、硬结、板样硬化的痛点作为治疗点。严格无菌操作, 镰式小针刀刀口线与脊柱平行, 针尖进入筋膜层, 然后放平针刀, 使针身尽量与皮肤平行, 在进针点周围小于 5 cm 的范围内操作, 先推针在筋膜间前行利用针刀钝边大范围推剥开粘连的筋膜层, 然后回拉针身, 条索状、硬结、板样硬化部分利用针刀的锐刃切断, 针刀下有松动感时出针。术后压迫止血约 5 分钟, 创可贴外敷针眼。

3 结果

本组 68 例, 采用上法治疗 2~4 次, 平均治疗 3

次, 均于治疗 20 d 后采用《中医病证诊断疗效标准》进行疗效评定^[1], 结果治愈 56 例, 好转 10 例, 未愈 2 例。总有效率 97.06%。2 年后随访, 治愈病例复发 2 例, 主要因过度劳累导致复发。

4 典型病例

患者, 王某, 男, 47 岁, 黑龙江人, 2002 年因外伤导致腰背部顽固性疼痛 5 年, 于当地医院行手术松解治疗, 症状未见缓解, 且呈进行性加重。不能直腰行走, 拄双拐支撑上身行走。生活自理困难。查体: 双侧腰肌紧张, 腰背部广泛压痛, 并向腰骶部放射。伸腰困难。腰部 CT 及 X 线片未见异常。给予镰式小针刀一次性大面积松解治疗, 治疗一次即弃双拐, 且可以直腰行走, 给予 3 次治疗症状消失, 治愈出院。

5 讨论

腰背筋膜炎主要因慢性劳损、寒冷潮湿及外伤等因素而导致肌筋膜、肌组织发生充血、水肿、渗出性改变及纤维变性, 其结缔组织中的白色纤维组织出现挛缩及瘢痕化, 并形成细小的结节, 进而发生粘连、挛缩、结疤^[2]。当这些病理因素累积日久, 超出机体的自我修复及代偿能力, 机体的动态平衡便被打破, 出现了一系列临床症状。以往采用口服消炎止痛药、封闭、理疗、推拿及针灸等治疗方法可暂时抑制炎症的反应过程, 或促使炎症渗出物的吸收而达到止痛的目的, 但效果维持时间短、易复发, 其根本原因是未能完全解除粘连、挛缩、结疤这三大病理因素。小针刀的应用, 一方面发挥其“刀”的作用: 通过对局部病变组织的切割疏通, 剥离松解, 使粘连得以分开, 疤痕得以刮除, 挛缩得以松弛, 肌筋膜恢复其原有的活动范围, 动态平衡得以迅速纠正。另一方面发挥其“针”的作用: 小针刀作为一种较强的刺激, 改变了局部的内环境, 血液、淋巴循环加强, 局部营养供应及(下转第 62 页)

2.2 疗效评定结果 结果如表 2 所示,前外侧入路、外侧入路、后外侧入路疗效比较差异无统计学意义($P>0.05$);而后侧入路和小切口入路与其他手术入路疗效比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 不同手术入路的患者临床疗效的比较 例

组 别	例数	显效	有效	好转	无效	总有效率(%)
前外侧入路	72	28	21	17	6	91.67
外侧入路	61	30	16	12	3	95.08
后外侧入路	64	23	24	16	1	96.88
后侧入路	75	37	28	10	0	100.00
小切口入路	52	27	22	3	0	100.00

3 讨 论

近几年,随着手术治疗效果和护理康复水平的提高,人们对术后的功能恢复情况也越发的重视。术后患者的髋关节功能恢复程度并不相同,这是由于多种原因造成的,不同的手术入路是影响恢复的主要原因^[1]。保证髋关节软组织平衡是手术治疗后患者功能恢复的关键^[2]。动力和静力稳定结构是直接影响组织平衡的因素^[3]。因此在手术中应减少对动力和静力稳定结构的破坏。

在临床髋关节置换术中最早应用的为前外侧入路^[4]。但是其愈合时间较长且愈合后增加了髋关节的重量负担^[5],影响髋关节外展,为患者的髋关节恢复造成了困难,目前临床上已很少应用^[6]。外侧入路虽然已在前外侧入路的基础上有所改进,但是其术后很容易造成患者跛行^[7]。后侧入路避免了对外展肌造成的影响,但是髋臼前部不容易显露出来,从而易造成髋关节脱位^[8]。

小切口入路的创伤较小,伤口一般在 10 cm 左

右,不易造成软组织的损伤,且出血量少,有利于患者恢复,但对于医务人员的操作技能要求较高^[6]。

通过对不同手术入路疗效的回顾性分析,可知后侧入路和小切口入路是手术中的最佳选择,尤其是小切口入路的效果好,操作简单,将成为临床上的首选。

4 参考文献

[1] 党洪胜,王平年,陈之,等. 软组织平衡在全髋关节置换中的意义[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2006,21(5):344-345.

[2] Mc Grory BJ,Stuart MJ,Sim FH. Participation in sports after hip and knee arthroplasty:review of literature and survey of surgeon preferences[J]. Mayo,2006,21(8):678-679.

[3] 廉永云,Yoo Myungchul,裴福兴,等. 骨性强直的髋关节转换人工全髋关节置换术[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2006,21(8):593-594.

[4] 姜保国,傅忠国,张殿英,等. DHS 内固定治疗粗隆间骨折的临床评价[J]. 骨与关节损伤杂志,2000,15(4):269-271.

[5] 卢世壁,王继芳,王岩等. 坎贝尔骨科手术学[M]. 10 版. 济南:山东科学技术出版社,2005. 329.

[6] Smith-Petersen MN. Approach to and exposure of the hip joint for mold arthroplasty[J]. J Bone Joint Surg(Am), 2009,31(13):40-42.

[7] 于风宾,吴岳嵩,王志伟等. 小切口技术在全髋关节置换术中的应用[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2006,21(8):597-598.

[8] 李永奖,王继芳,刘丽萍,等. 髋关节囊韧带解剖学及生物力学特性研究进展[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2006,21(8):678.

(2011-11-09 收稿 2012-01-18 修回)

(上接第 60 页)新陈代谢能力大为提高,致痛物质浓度降低,大大削弱了病灶的抵抗力^[3],同时通过整体复杂的反馈机理^[4],小针刀的刺激效果后续性不断地作用于已受“承创”的病灶促使其向有利于康复的方向逆转并形成良性循环,最终恢复正常的生理状态而取效。镰式小针刀是在小针刀的基础上,经过改良而成。改良的原因:临床上采用小针刀松解治疗大面积腰背部肌膜炎,需要多点多次治疗,致背部因多次剥离松解形成再次瘀血粘连,使瘢痕及挛缩再次形成,致使症状改善不明显。采用镰式小针刀松解治疗大面积腰背部筋膜炎,利用镰刀的钝边和锐刃一次性大面积松解剥离粘连,刮除结疤,松弛挛缩,治疗后即可

活动,并可以减少粘连、结疤、挛缩再次形成的机会,既经济又安全,疗效确切,值得推广。

6 参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:200.

[2] 陈红燕,杨米雄,陈彩仙. 三联疗法治疗腰臀肌筋膜炎[J]. 中医正骨,2010,22(11):56.

[3] 朱汉章. 针刀医学[M]. 北京:中国中医药出版社,2004:319.

[4] 娄维富,裴爱珍,高佩安等. 体壁反馈疗法[M]. 济南:山东科学技术出版社,1996:79.

(2011-11-21 收稿 2012-02-02 修回)