

郑氏推拿手法配合黏膏支持带治疗 网球运动员外侧髌骨软化症

刘剑伟, 周睿

(四川省骨科医院, 四川 成都 610041)

摘要 目的: 观察郑氏推拿手法配合黏膏支持带治疗网球运动员外侧髌骨软化症的临床疗效。方法: 采用郑氏推拿手法配合黏膏支持带治疗网球运动员外侧髌骨软化症患者 5 例。左膝 2 例, 右膝 3 例。观察治疗后膝关节疼痛及功能改善情况, 评定治疗效果。结果: 所有患者均获得随访, 随访时间 6~12 个月, 中位数 8 个月。采用《中医病证诊断疗效标准》及疼痛视觉模拟量表评分标准评定疗效, 痊愈 4 例, 显效 1 例。结论: 采用郑氏推拿手法配合黏膏支持带治疗网球运动员外侧髌骨软化症, 可缓解膝关节疼痛, 改善膝关节功能, 值得临床推广应用。

关键词 髌骨软骨软化症 推拿 黏膏支持带

髌骨软化症 (chondromalacia patella, CP) 是髌骨软骨面因慢性损伤后, 软骨肿胀、侵蚀、龟裂、破碎、脱落, 最后与之相对的股骨髁软骨也发生相同病理改变, 而形成髌股关节的骨关节炎^[1]。在网球运动中, 运动员因长时间的屈膝位急速侧向移动、快速奔跑等剧烈动作最易导致膝关节损伤, 其中以外侧髌骨软化症最为常见。2007—2008 年, 我们采用郑氏推拿手法配合黏膏支持带治疗网球运动员外侧髌骨软化症患者 5 例, 经观察, 临床疗效满意, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 5 例, 均为女性网球运动员。年龄 16~26 岁, 中位数 25 岁。均为外侧髌骨软化症患者, 其中左膝 2 例, 右膝 3 例。均符合《中医病证诊断疗效标准》中髌骨软化症的诊断标准^[2]。

2 方法

2.1 郑氏推拿手法 患者取健侧卧位并屈髋屈膝。术者先采用郑氏抚摸、揉捏、提弹等手法松解患侧臀大肌、臀中肌、阔筋膜张肌等肌肉, 再用掌根部由患侧髂骨缘沿髂胫束走向推按至患侧膝关节外侧, 手法缓慢、用力均匀, 反复推按约 10 次。然后患者改为仰卧伸膝位, 术者采用抚摸、揉捏、推压、提弹等手法松解股四头肌, 以股直肌及股外侧肌为主, 手法缓慢、力量柔和, 禁止对髌骨周缘行揉捏、拨刮等手法, 时间约 5 min。最后采用郑氏膝关节松解法松动膝部各关节。方法是患者取仰卧位, 膝关节伸直, 膝下垫薄枕;

术者用双手拇指指腹由外向内、由内向外、由上至下、由下至上推动髌骨约 20 次; 分别于膝关节伸直位、屈曲 45° 位做膝关节侧扳手法以松动膝关节内外股胫关节。手法结束后使用肌贴由髌骨外侧缘向膝关节内侧粘贴固定。以上手法每日治疗 1 次, 6 次为 1 个疗程, 共 2 个疗程。

2.2 黏膏支持带固定下功能锻炼 训练前使用黏膏支持带由髌骨外侧向膝关节内侧施加轻度拉力粘贴并固定, 训练后去除黏膏支持带, 并用冰袋冰敷患膝 20 min。

3 结果

3.1 疗效评价标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2] 及疼痛视觉模拟量表 (visual analogue score, VAS) 评分标准拟定以下疗效评定标准。痊愈: 膝部疼痛消失, 训练无影响, 训练后无膝部疼痛不适症状, 髌骨研磨试验阴性, VAS 评分为 0 分。显效: 膝部疼痛基本消失, 训练后略有隐痛, 髌骨研磨试验研磨痛减轻, 0 分 < VAS 评分 < 4 分。无效: 膝部疼痛症状无改善, 无法训练, 髌骨研磨试验阳性, 4 分 ≤ VAS 评分 ≤ 10 分, “软腿” 及 “假交锁” 情况加重。

3.2 疗效评价结果 本组患者均获得随访, 随访时间 6~12 个月, 中位数 8 个月。按照上述疗效标准评定疗效, 本组痊愈 4 例、显效 1 例。

4 讨论

髌骨是伸膝结构的重要组成部分。正常情况下, 髌股关节面之间具有良好的对合关系, 由于多种原因干扰了髌股关节的正常排列, 如过度紧张的外侧支持

带、髌骨运行轨迹不良等,导致关节面局部压应力分布不均,使髌骨和股骨关节面相互异常错动、磨损、撞击,从而导致软骨细胞被挤压死亡或变形,失去正常代谢机能,直至软骨坏死^[3-4]。髌骨外侧支持带过度紧张是导致网球运动员发生外侧髌骨软化症的主要原因。

Reider 等^[5]研究认为,髌骨外侧结构对髌骨的牵拉力要强于内侧结构。髌骨外侧支持带过度紧张和继发的髌骨外侧软骨面负荷增加是导致膝前区疼痛的主要原因。网球运动员在训练过程中,膝关节多处于半屈曲状态,从而使臀肌、阔筋膜张肌及股外侧肌等肌肉长期处于紧张状态,易导致髌骨外侧支持带过度紧张,破坏膝关节各方的均衡拉力;虽然在训练后行牵拉放松运动,但由于上述肌群在牵拉放松时难以达到牵拉效果,容易导致上述肌群的挛缩而致使治疗无效。

结合多年的临床观察,我们认为,治疗髌骨软化症的重点在于改善髌骨外侧支持带的紧张度。

因此,我们有针对性地采用郑氏推拿手法先松解臀大肌、臀中肌、阔筋膜张肌、股外侧肌以及股直肌,改善髌骨外侧支持带的紧张度;再采用郑氏膝关节松

解法松动膝部各关节,这样可以改变病变髌骨的对应位置,从而可以减轻疼痛症状;同时配合黏膏支持带及肌贴改变髌骨运动轨迹,可避免关节软骨面继续相互挤压摩擦而加重对软骨的损伤。二者配合既可以达到治疗的效果,又不影响运动员进行训练。

本组患者治疗结果显示,采用郑氏推拿手法配合黏膏支持带治疗网球运动员外侧髌骨软化症,可缓解膝关节疼痛,改善膝关节功能,临床疗效可靠,值得临床应用。

5 参考文献

- [1] 裘法祖,孟承伟. 外科学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,1995:844-845.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[J]. 南京:南京大学出版社,1994:198.
- [3] 赵岩,赵奇峰. 部队战士髌骨软骨软化症与髌骨异常改变相关调查[J]. 临床合理用药,2012,5(6A):53-54.
- [4] 崔凤海. 膝关节骨关节炎的关节镜治疗及临床意义[J]. 当代医学,2012,18(26):43-44.
- [5] Reider B, Marshall JL, Koslin B, et al. The anterior aspect of knee joint[J]. J Bone Joint Surg Am, 1981, 63(3):351-356.

(2014-03-24 收稿 2014-04-13 修回)

(上接第 61 页)苦及经济上的巨大压力,并且伤口易发生感染^[4]。我科对骨筋膜室综合征紧急切开减张并应用负压封闭引流技术,较传统单纯减张术有明显优势:①使用生物膜将创面与外界封闭,有效的阻止了外部细菌的侵入,大大降低了感染的几率。②持续的负压吸引,有效的清除创面积血及坏死组织,迅速缓解组织消肿,有利于早期闭合伤口。③VSD 引流 1 次可保持 7~10 d,缩短了病程,降低患者的痛苦及治疗费用,同时减轻了医生工作量。④对手术条件要求不高,器械及操作简单,便于在各级医院开展使用。

使用 VSD 技术过程中,需注意以下几个问题:①贴膜前彻底清洁创面周围皮肤,去除油脂、死皮及污物,用纱布擦干,确保粘贴紧密,防止贴膜脱落及漏气;②术中清创一定要彻底,否则坏死组织、分泌物生成过多,术后 2~3 d 易造成引流管堵塞^[5];③如 VSD 敷料前 48 小时内干结变硬^[6],可从引流管内注入生理盐水,浸泡 VSD 敷料,使其重新变软,如 48 h 后变硬,引流管中已无引流物,不需处置;④引流管接通负压后,泡沫迅速凹陷,说明密封良好,阻断负压,若泡

沫回弹,提示密封不严,应予以检查,重新封闭。

总之,VSD 为骨筋膜室综合征的治疗提供了一种新的方法,其效果明显优于传统的切开减张术,值得在临床工作中推广。

5 参考文献

- [1] 裘华德. 负压封闭引流技术[M]. 北京:人民卫生版,2003:23-33.
- [2] 王全贵,钱君红,伍罕,等. 骨科无菌切口感染的预防与实验研究[J]. 中华医院感染学杂志,2006,16(6):639.
- [3] 吕小星,陈绍宗,李学拥,等. 封闭负压引流技术对创周组织水肿及血管通透性的影响[J]. 中国临床康复,2003,7(8):1244-1245.
- [4] 时国华,汤勇,徐云钦,等. 三种创面处理方法治疗胫腓骨骨折合并骨筋膜室综合征临床疗效分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2013,28(6):534-536.
- [5] 张鹏飞. 负压封闭引流在肢体软组织缺损中的应用[J]. 创伤外科杂志,2014,16(1):69.
- [6] 涛圣祥,喻爱喜. VSD 在伴严重软组织损伤损伤的手掌离断再植术中的应用[J]. 解剖与临床,2007,2(11):415.

(2014-08-20 收稿 2014-10-23 修回)