

# 手法加正脊调盆法治疗膝关节骨性关节炎疗效观察

杨嘉珍, 陈春宇, 覃一珏, 唐艺洪

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院

作者简介: 杨嘉珍(1958-), 女, 硕士学位, 主任医师, 研究方向: 中医药治疗心脑血管病、膝关节骨性关节炎, 手法治疗脊柱相关性疾病

**[摘要]** 目的 观察中医手法加正脊调盆法治疗膝关节骨性关节炎的临床效果。方法 120例膝关节骨性关节炎患者随机分为两组, 对照组予以单纯手法治疗; 治疗组予以手法加正脊调盆法治疗。以临床症状改善情况及积分值进行疗效判断; 病例随访1年进行复发率比较。结果 治疗组总有效率为93.3%, 对照组为85%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 随访后对照组复发率为21.6%, 治疗组为7.1%, 两组比较 $P < 0.05$ 。结论 中医手法加正脊调盆法治疗膝关节骨性关节炎的临床效果优于单纯手法治疗, 1年后的复发率低于单纯手法治疗。

**[关键词]** 定点旋转复位法(正脊调盆法); 手法; 膝关节骨性关节炎

**[中图分类号]** R 684.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2009)04-0381-03

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2009.04.020

**Observation on therapeutic effect of manipulation and fixed-point rotation reposition in the treatment of patients with knee osteoarthritis** YANG Jia-zhen, CHEN Chun-yu, QIN Yi-jue, et al. The People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning, 530021, China

**[Abstract]** **Objective** To study the therapeutic effects of manipulation and fixed-point rotation reposition in patients with knee osteoarthritis. **Methods** One hundred and twenty patients with knee osteoarthritis were randomly divided into two groups. The treating group was treated with manipulation and fixed-point rotation reposition while the control group was treated with mere manipulation. The therapeutic effects of the two groups were judged by the improvements of clinical symptoms and their scores, and their relapse rates were compared after one year's follow-up. **Results** The total effective rates in the treating group and control group were 93.3% and 85% respectively,  $P < 0.05$ . The relapse rate was 7.1% in the treating group and 21.6% in the control group,  $P < 0.05$ . **Conclusion** The therapeutic effect of manipulation and fixed-point rotation reposition in patients with knee osteoarthritis was better than that in patients with the treatment of mere manipulation.

**[Key words]** Fixed-point rotation reposition; Manipulation; Knee osteoarthritis

膝关节骨性关节炎是老年人的常见病、多发病, 尤以女性患病率高, 极大危害老年人身体健康和严重影响老年人生活质量。其发病与直接损伤、慢性劳损、体重增加等因素有关。笔者采用手法加正脊调盆法治疗膝关节骨性关节炎 120 例, 取得较好效果。现总结报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 病例选择** 参照 1986 年美国风湿病学会推荐的骨性关节炎诊断标准<sup>[1]</sup>: (1) 膝关节痛在就诊前 1

月内 $\geq 14$  d; (2) 膝关节活动时摩擦响声; (3) X线摄片示膝关节骨端边缘有骨赘形成; (4) 膝关节周围有肿胀; (5) 膝关节晨僵 $\leq 30$  min; (6) 年龄 $\geq 40$ 岁。具备(1)、(2)项或(1)、(2)、(4)、(5)、(6)项即可诊断为膝关节骨性关节炎。凡符合上述诊断标准的 40~70 岁患者, 近 1 周内未采用其他药物及其他方法治疗者, 同时伴有时间长短不一的腰椎关节棘间或臀股或腰腿酸胀不适感, 不同程度髌髌关节处单或双侧压胀、压痛或腰、髌、棘间压胀痛, 髌后上棘

隆起或平凹,双下肢肢轴不等长或阴阳脚改变者入选观察病例。排除标准:(1)关节间隙显著狭窄或关节间形成骨桥连接而呈骨性强直者;(2)过敏体质者;(3)合并有骨肿瘤、骨髓炎、骨结核或外伤造成半月板损伤、韧带断裂及血管神经损伤者以及非特异性炎症者;(4)孕妇及哺乳妇女;(5)合并有心脑血管、肝肾和造血系统严重疾病及精神病者。

**1.2 一般资料** 选取观察病例 120 例,均为本科门诊或住院患者,随机分为 2 组。治疗组 60 例,男 28 例,女 32 例;年龄 40~70 岁,平均 62 岁;病程 1 月~7 年,平均 42 年;单膝 48 例,双膝 12 例。对照组 60 例,男 29 例,女 31 例;年龄 40~70 岁,平均 59.3 岁;病程 25d~7 年,平均 3.7 年;单膝 38 例,双膝 12 例。两组一般资料经统计学处理,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.3 治疗方法

**1.3.1 对照组**采用单纯手法按摩治疗,包括:(1)放松手法。患者俯卧位,伸直患膝并放松,医者用双手掌从患者大腿后侧向下轻抚至小腿。(2)弹拨手法。术者在秩边、承扶、委中、承山等穴用拇指按压并重点刺激膈窝处压痛点,然后用拇指和食指分别弹拨股二头肌肌腱、内收肌腱、腓肠肌内外侧和跟腱。(3)提膝法。患者俯卧位,医者用一手握住患肢踝关节并将膝关节屈曲至 90°,向上提小腿,另一手按住大腿并轻轻摇、抖、晃动。(4)按揉痛点法。患者仰卧位,术者对膝关节周围用轻手法按揉数分钟,再着重对痛点处点揉按摩,使用手法时用力宜由轻到重,再由重到轻。(5)推髌骨法。患者仍取仰卧位,术者将髌骨向四周各个方向推动至极限并维持 20 s 左右,然后放松髌骨至原位,反复 2~3 次,然后将髌骨向股骨髌软骨面上轻轻按压和摩擦。(6)屈伸膝关节法。患者仰卧位,医者一手握住患者足部,另一手按住膝关节前方,将膝关节屈曲至极限,轻轻晃动 3~5 次后将关节慢慢伸直,反复 20 次。

**1.3.2 治疗组**采用上法按摩治疗并配合正脊手法(即定点旋转复位法)治疗。方法是:术者正坐在患者之后,首先用拇指触诊法查清偏歪棘突,以患椎棘突向右偏歪为例,嘱助手站在患者对面,协助稳定方凳,同时两腿夹住患者左大腿,维持患者端坐姿势。术者右手自患者右腋下伸向前,掌部压于颈部后,拇指向下,余四指扶持颈部;左手拇指扣住偏向右侧之棘突作为“定点”,然后右手拉住患者颈部使患者腰部慢慢前屈,当前屈至左手拇指下感到棘突活动时停止,即稳住在此幅度。然后再向右侧屈 40°~60°

在最大侧弯位;术者右上肢使患者躯体向后内侧作最大幅度的旋转,当听到“喀”一声即止。患椎棘突向左偏歪者,医生扶持患者肢体和牵引方向相反,方法相同。此法用于调整腰椎左右旋转式错位。调盆手法(即按腰扳腿法):患者俯卧,双下肢伸直,术者立于其旁,一手掌根按其腰骶部,用另一手臂抬起患者一侧大腿,用爆发力按其腰骶椎向前、用力扳大腿根部向后,一“按”一“推”同时用力。此法用于调整腰骶椎之间的旋转错位和髌髁关节错位。或用屈髋屈膝按压法:患者仰卧,术者用力使一侧屈髋屈膝,向对侧肩部靠拢至极限,再内收内旋伸直腰髋,然后髋外展外旋使双下肢呈“4”字形,再伸直下肢;另一侧也同样施术。最后,使双侧下肢屈髋屈膝,按压双膝关节,尽量让大腿靠拢胸壁,如此反复 2~3 次。此法用于调整髌髁关节错位和腰骶椎间的前后错位。

**1.3.3 两组**均以 5 次为 1 个疗程,隔天 1 次,共 2 个疗程。然后对两组结果进行疗效评价。

**1.3.4 观察**治疗前后主要症状及体征(包括膝关节疼痛、晨僵、活动度等)变化,计算病情轻重程度积分<sup>[2]</sup>(疼痛:关节无疼痛,下蹲自如,行走不受限,计 0 分;偶有疼痛或不适,能下蹲,最大行走距离 > 1000m,计 1 分;时有疼痛,下蹲困难,最大行走距离 300~1000m,计 2 分;经常疼痛,不能下蹲,最大行走距离 < 300m,计 3 分。晨僵:起床后不需要活动关节即可起身行走,计 0 分;起床后膝关节有不适感,稍活动后消失,计 1 分;起床后膝关节有疼痛,稍活动后减轻,计 2 分;起床后膝关节疼痛明显,活动后不能减轻,计 3 分。活动受限:膝关节主动屈伸范围 > 135°计 0 分,110°~135°计 1 分,90°~109°计 2 分,< 90°计 3 分)。按尼莫地平法求出积分值:积分值 = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%。

**1.3.5 疗效标准**参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>中骨性关节炎的疗效标准拟定。临床控制:症状消失,关节活动正常,积分值 > 95%。显效:症状消失,关节活动不受限,积分值 70%~94%。有效:症状基本消失,关节活动轻度受限,积分值 30%~69%。无效:症状与关节活动无明显改善,积分值 < 30%。

**1.3.6 统计学方法** 计数资料以例数表示,组间比较采用 Ridit 检验或  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 总有效率治疗组为

93.33%, 对照组为 85%, 两组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 提示治疗组疗效优于对照组。见表 1。

2.2 1年后复发率比较 对以上全部有效以上病

例 1年后随访对照组复发率为 21.6% (11/51), 治疗组复发率为 7.1% (4/56), 两组比较,  $\chi^2 = 4.61, P < 0.05$ 。提示治疗组治疗的复发率低于对照组。

表 1 两组临床疗效比较

组别	例数	临床控制		显效		有效		无效		总有效	
		例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
治疗组	60	28	46.67	19	31.67	9	15	4	6.67	56	93.3
对照组	60	19	31.67	19	31.67	13	21.67	9	15.00	51	85.0

注: 经 Ridit 检验, 两组疗效比较  $P < 0.05$

3 讨论

3.1 膝关节是全身结构最大、最复杂、所受杠杆作用力最强的一个关节, 膝关节的关节囊及韧带系统是保护膝关节功能及稳定的重要结构。从退行性膝关节炎的发病机制看, 各种损伤性的应力可造成周围软组织损伤而引起劳损、粘连、瘢痕, 致使膝部关节囊及韧带控制力不足, 造成膝关节不稳, 使正常膝关节的负重力线发生改变, 关节面负荷不均, 使应力高点和区域出现关节面磨损, 进而发生蜕变。

3.2 中医认为, 膝关节病属于“骨痹”范畴。中老年人多属肝肾不足, 精血亏耗, 骨节失养, 膝关节局部劳损痹阻, 复加风寒湿邪侵袭, 经络不畅, 气血痹阻而发病。其发病过程为各种原因造成的膝关节局部寒凝痰阻, 瘀滞不通而致疼痛, 局部症状较全身症状为突出。

3.3 手法治疗膝关节炎可矫正不良应力, 改善膝部关节囊及韧带系统的功能, 具有舒筋活血、松解粘连、消肿止痛的功效, 是治疗膝关节炎的有效方法之一。

3.4 笔者经多年临床经验证明, 手法加正脊调盆法治疗膝关节炎优于单纯手法治疗, 能更快、更有效地改善症状、体征, 且复发率低。腰椎关节错位引起膝关节炎, 是由于腰椎关节错位, 改变椎间孔正常结构, 引起周围软组织牵拉、损伤、渗出水肿, 甚至机化, 神经根一方面受到软组织无菌炎症的刺激, 另一方面受到椎间孔变窄的骨性压迫, 两种因素作用于神经根, 引起感觉和运动神经功能紊乱, 支配膝关节的韧带、肌肉、血管功能亦发生相应的变化, 故引起胫骨粗隆、胫骨内侧、股骨下端、内外侧副韧带疼痛, 关节屈伸不利, 外展剧痛, 行走困难等。手

法纠正腰椎关节错位, 解除错位关节对神经根的骨性压迫, 推拿复位综合作用能促进错位关节周围软组织无菌炎症、水肿的吸收, 消除了对神经根的压迫刺激, 支配膝关节的肌肉、肌腱、血管痉挛得以解除, 供血得以改善, 使疼痛症状减轻或消失, 使关节运动功能得以恢复。由此看来, 膝关节骨质增生是否系由腰椎关节错位压迫神经根引起膝关节周围的肌肉、韧带发生痉挛、萎缩、关节缺血缺氧造成关节平衡失调而引起, 有待进一步探讨。

3.5 从生物力学观点来看, 脊-盆-髌是人体直立行走和平衡运动的生物力学基础<sup>[4]</sup>, 而骨盆是躯干生物力学平衡基础中的基础, 上联接脊椎, 下通过骶髂关节承载脊椎和人体大部分的重量, 起着承上启下的作用。若骶髂关节错位、骨盆倾斜、腰骶椎位置的改变可造成整个力学结构的不稳定和大腿肌肉应力不平衡, 而继发膝骨关节炎软组织劳损及膝骨关节炎退行性改变是该病患者久治不愈的重要原因。笔者采用的手法加正脊调盆法是从中医学整体观出发, 治疗过程中, 在注重治疗膝骨关节炎的同时也不忘正脊调盆, 几种手法同时施行, 达到了标本兼治的目的。

参考文献

- 曾庆徐, 许敬才. 骨关节炎的分类诊断和流行病学[J]. 中国实用内科杂志, 1998, (2): 108-109.
- 李文庆, 王胜利, 朱通伯. 骨伤风湿膏治疗膝骨关节炎的临床观察[J]. 中国中医骨伤杂志, 2000, 8(4): 42-43.
- 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 349-350.
- 董清平, 董华, 徐伟明. 脊-盆-髌手法治疗腰间盘突出症临床研究[J]. 世界中医骨伤杂志, 2005, 7(2): 49.

[收稿日期 2009-01-12][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]