

2 例残留 0.8 ~ 1.0 cm 结石,经 1 次体外冲击波碎石术后结石消失,1 次手术取净结石成功率为 86%。提示 L 型无萎缩性肾切开取石结合输尿管镜钬激光治疗全鹿角形结石具有优势。根据手术体会,首先,采用 L 型肾切开治疗全鹿角形结石,具有方便取出复杂性鹿角状结石和术中出血少的优点,但仅靠看和手指摸或用水冲洗很难避免遗留肾盏结石,为避免肾盏结石的残留,我们在术中还通过输尿管镜复查,由于肾脏已游离,肾盂切口也很大,输尿管镜可以进入各肾盏,可以有效避免肾盏结石的残留。但本组仍有 2 例肾盏结石残留,可能是输尿管镜检查时遗漏个别肾盏所致。基于此,术中可考虑结合 C 臂 X 光机的应用,应可以更好地避免肾盏结石的残留。其次,全鹿角形结石绝大部分是感染性结石,鹿角形结石是引起 PCNL 术后发热的独立危险因素之一^[6],内镜碎石过程中会释放出大量细菌和内毒素,会在肾盂内高压灌注下随着灌注液进入血液,部分病人可引起感染性休克,而肾盂开放取石,即使术中用钬激光碎石也不存在高压灌注因素,只要术前、术中和术后合理应用抗生素,即使手术操作时间长,也基本不会造成败血症。本组术后有 3 例发热病人,应用抗生素后恢复正常,考虑可能与手术创伤形成的手术热有关。

综上,应用 L 型无萎缩肾切开取石联合输尿管镜钬激光碎石或取石,对全鹿角形结石,尤其是伴有中、轻度积水者,具有较好疗效,是一种安全、快捷、有效的治疗方法。

[参 考 文 献]

- [1] 那彦群,叶章群,孙颖浩,等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南 [M]. 北京:人民卫生出版社,2014:166.
- [2] 郭峰,高兴华,张龙洋,等. 单通道微创经皮肾镜联合输尿管软镜治疗复杂性肾结石疗效观察 [J]. 现代泌尿外科杂志,2015,20(7):472.
- [3] 郭应禄,周利群,主译. 坎贝尔-沃尔什泌尿外科学 [M]. 北京:北京大学医学出版社,2009:1472.
- [4] DESAI M, GANPULE A, MANOHAR T, *et al.* Multiperc for complete staghorn calculus [J]. J Endourol, 2008, 22(9):1831.
- [5] KUKREJA R, DESAI M, PATEL S. Factors affecting blood loss during percutaneous nephrolithotomy: prospective study [J]. J Endourol, 2004, 18(8):715.
- [6] GUTERREZ J, SMITH A, GEAVLETE P, *et al.* Urinary tract infections and post-operative fever in percutaneous nephrolithotomy [J]. World J Urol, 2013, 31(5):1135.
- [7] 梅骅,苏泽轩,郑克立. 泌尿外科临床解剖学 [M]. 济南:山东科学技术出版社,2002:143.
- [8] 杨嗣星,王玲珑,詹炳炎,等. 镰刀状肾实质切开术治疗复杂性鹿角状肾结石 [J]. 中华泌尿外科杂志,2003,24(2):87.

(本文编辑 卢玉清)

[文章编号] 1000-2200(2019)02-0227-03

· 临床医学 ·

理筋整复结合郑氏 1 号新伤药外敷 治疗老年性急性踝关节扭伤疗效分析

岳建兴,陈丽侠,胡正喜,张春侠,李艳霞

[摘要] **目的:**观察理筋整复结合郑氏 1 号新伤药外敷治疗老年性急性踝关节扭伤的临床疗效。**方法:**190 例门诊病人按就诊次序分为 2 组。治疗组 95 例,以理筋整复为主,配合郑氏 1 号新伤药外敷治疗;对照组 95 例,单纯使用针刺治疗。**结果:**观察组病人的总有效率为 97.8%,优于对照组的 94.7% ($P < 0.05$)。2 组病人治疗前 AOFAS 踝-后足评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$),治疗后均较治疗前明显升高 ($P < 0.01$),且观察组明显高于对照组 ($P < 0.01$)。**结论:**理筋整复结合郑氏 1 号新伤药外敷治疗老年性急性踝关节扭伤的疗效明显优于单纯针刺治疗。

[关键词] 踝关节扭伤;理筋整复;新伤药

[中图分类号] R 684

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2019.02.027

踝关节独特、复杂的构成使其在活动中极易受伤,若不熟悉损伤的机制和由此造成的损伤情况,未

予以恰当、充分的治疗,或者对踝关节损伤程度的判断不够准确,已损伤的韧带及本体感受器等结构未获得充分的修复,往往产生较差的预后,轻者发生足外翻或关节不稳,重者可能导致关节畸形及创伤性关节炎。研究^[1]表明,踝关节的反复扭伤与首次扭伤后是否接受早期正规治疗及限制运动有很大关

[收稿日期] 2016-03-10 [修回日期] 2016-11-26

[作者单位] 蚌埠医学院第二附属医院 康复医学科,安徽 蚌埠 233040

[作者简介] 岳建兴(1981-),男,硕士,主治医师。

系。因其发病的普遍性,容易受到医务工作者和病人的忽视。本文就理筋整复手法结合郑氏1号新伤药外敷治疗老年急性踝关节I度、II度扭伤的疗效作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2013年12月至2015年12月在我科门诊接受治疗的老年急性踝关节I度、II度扭伤病人190例,入选病人均符合国家中医药管理局1994年发布的《中医病证诊断疗效标准》中关于踝关节扭伤的诊断标准。其中男98例,女92例;年龄61~76岁;病程0.5~48 h。根据治疗方法,将190例病人随机分为观察组(手法理筋整复+新伤药)和对照组(常规针刺治疗组),各95例。观察组:右踝损伤32例,左踝损伤63例;单纯外侧韧带损伤52例,内、外侧韧带合并损伤13例。对照组:右踝损伤38例,左踝损伤57例;单纯外侧韧带损伤48例,内、外侧韧带合并损伤12例。2组年龄、性别、病情等一般情况具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 理筋整复手法 观察组病人先行理筋整复手法治疗。(1)手法理筋整复操作一:首先,将患侧踝关节置于松弛状态下,将肿胀部位用拇指从远端向近端、由轻渐重推按至未损伤部位促进淤血吸收,持续5~10 min。其次,对其局部受损的韧带、肌腱按其走向用拇指进行推按梳理,此时力度较前重,病人有明显的痛感,持续3 min;然后,将踝关节固定于中立位。该操作用于各种踝关节损伤,每日1次,7 d为1个疗程。(2)手法理筋整复操作二:一手握紧病人足跟部,另一手握住小腿远端作对抗性拔伸牵引;之后在相对牵引的状态下,做1~2次踝关节的前后滑移。偶可听到骨回位时的“咔哒”声,一般在首次治疗采用。

1.2.2 郑氏1号新伤药外敷 观察组病人在手法理筋整复后予以郑氏1号新伤药外敷,方剂组成:黄柏30 g,延胡索12 g,大血藤12 g,白芷9 g,羌活9 g,独活9 g,木香9 g,血竭3 g等^[2]。用法:上药研末,根据患处面积取药末适量,用凉开水加少量蜂蜜调匀后,摊于纱布上贴于患处,外用绷带包扎固定,松紧适度,每天更换1次,7 d为1个疗程。

1.2.3 常规针刺治疗 对照组病人根据《中华针灸临床诊疗规范》的标准处方^[3]。即取阿是穴、申脉、丘墟、解溪、照海、昆仑、太溪。采用1.5寸毫针,常规针刺,留针20 min,留针期间红外线治疗仪照

射,每天1次,7 d为1个疗程。

1.3 疗效评价标准 依据国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[4]制定的评价标准,在治疗1个疗程后对所有病人扭伤侧踝关节的疼痛、压痛、肿胀、功能障碍4项指标,以治愈、显效、有效和无效四个标准等级对比2组疗效。治愈:疼痛、肿胀消失,功能完全恢复正常,或治疗后改善率 $\geq 90\%$;显效:疼痛、肿胀明显减轻,劳累后偶出现,功能基本正常,或治疗后改善率 $\geq 70\%$;有效:疼痛、肿胀减轻,功能受限,行走功能尚正常,或治疗后改善率 $\geq 30\%$;无效:疼痛、肿胀仍较明显,行走功能受限,需扶行,或治疗后改善率 $< 30\%$ 。

采用美国AOFAS踝-后足评分标准^[5-6],在治疗前后对所有纳入病例的病人扭伤侧踝关节进行评价。评定内容包括疼痛(40分)、功能(50分)和对线(10分),包含踝关节的背屈跖屈、内外翻、疼痛、最大步行距离、功能、足部对线等。将评分结果分为优(90~100分)、良(75~89分)、一般(50~74分)和差(< 50 分)。

1.4 统计学方法 采用 t 检验和秩和检验。

2 结果

观察组病人总有效率为97.8%,优于对照组的94.7% ($P < 0.05$) (见表1)。2组病人治疗前AOFAS踝-后足评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$),治疗后均较治疗前明显升高 ($P < 0.01$),且观察组明显高于对照组 ($P < 0.01$) (见表2)。

表1 2组病人治疗效果比较(n)

分组	n	治愈	显效	好转	无效	总有效率/%	χ^2	P
观察组	95	65	26	2	2	97.8		
对照组	95	51	31	8	5	94.7	2.35	< 0.05
合计	190	116	57	10	7	96.3		

表2 2组病人治疗前后AOFAS踝-后足评分比较($\bar{x} \pm s$;分)

分组	n	治疗前	治疗后
观察组	95	39.92 \pm 10.75	77.20 \pm 3.45
对照组	95	39.67 \pm 8.74	73.34 \pm 4.23
t	—	0.18	2.25
P	—	> 0.05	< 0.01

3 讨论

踝关节是人体负重最大的屈戌关节,与距骨组

成屈戌关节,由于其解剖特点的特殊性,距骨体前宽后窄,当跖屈时,距骨后面窄的部分进入踝穴前面宽的部分,踝关节相对不稳定,故在日常生活或运动中很容易扭伤。多表现为踝关节周围的肿胀、压痛和活动受限;严重的可有滑膜或软骨损伤或关节错缝,甚至出现韧带撕裂。其中,外侧副韧带损伤占 90%,且急性损伤的病人中 10%~30% 发展成踝关节不稳定^[7]。随年龄的增长,骨关节及其附属装置都出现不同程度的退变。老年人容易出现骨质疏松、骨性关节炎、韧带弹性差等。老年性踝关节扭伤在中医学的认识中多属“伤筋”之列。《素问阴阳应象大论》:“气伤痛,形伤肿。”损伤早期由于脉络损伤,血离经脉,凝聚成瘀,血不活则瘀不去,瘀不去则筋不能接也。《素问调经论》:“病在筋,调之以筋。”

老年性急性踝关节扭伤多因不慎跌扑或外来暴力,加之年龄的特殊性,常伴有“筋出槽,骨错缝”。《医宗金鉴·正骨心法要旨》中云:“或因跌仆闪失,以至骨缝开错,气血郁滞,为肿为痛,宜用按摩法,按其经络,以通郁闭之气,摩其壅聚,以散疲结之肿,其患可愈。”明确指出外伤后所致的“骨错缝”及气血循环受阻而郁滞所呈现的肿胀、疼痛等病理变化,宜采用按摩手法予以治疗,可达通气散瘀的目的。通过理筋整复手法可以有效纠正踝关节因扭伤出现的关节错缝,理顺韧带与关节的位置,以利踝关节功能恢复(施用手法时一定要沿韧带、肌腱走行方向操作)。其中,手法理筋整复操作二可明显恢复踝关节的正常解剖位置,可使经络关节通顺,即“顺则通”至“通则不痛”。关节不稳最常见的三个病因是:解剖不稳定(韧带松弛)、腓骨肌腱无力和本体感觉缺陷。杜伟斌等^[8]研究发现,踝关节扭伤后的早期手法治疗能改善肌肉的力量,并通过中枢神经系统的反馈调节,提高了踝关节的稳定性。临床上机械稳定性与功能稳定性并非截然分开,理筋整复手法主要解决了踝关节解剖稳定性的问题,踝关节的理筋整复改善了机械稳定性的同时也会改善踝关节的功能稳定性。

老年性踝关节扭伤后多肿胀淤血,淤血能否尽快吸收将直接影响损伤韧带的修复及踝关节活动功能的恢复。诚如《普济方·折伤门》所言:“若因伤折,内动筋络,血行之道不得宣通,瘀结不散,则为肿为痛,治疗除去恶瘀,使气血流通,则可原也。”因

此,首先需要祛除离经的淤血。外敷郑氏 1 号新伤药是临床上普遍使用治疗老年性踝关节扭伤的公认有效方法之一。其处方由黄柏、独活、木香、木通、延胡索、血通等组成,作用是退热、消肿、止痛,主治闭合性软组织损伤的早期和伤部有红、肿、热、痛者。置于患部,药力能直达病所,起效迅速,痛苦较少,不良反应小,安全可靠,病人容易接受。诸药合用共奏活血化瘀、通络消肿止痛、舒筋活络,加速血液循环,促进瘀血吸收,加速踝关节损伤的恢复。张海廷等^[9-11]认为郑氏 1 号新伤药对踝关节急性闭合性软组织损伤早期治疗的疗效显著。本文结果显示,郑氏 1 号新伤药外敷通过药物透皮吸收、释放药物、吸收药物,提高组织细胞的渗透性,能够有效迅速消除老年性踝关节扭伤造成患处的红肿热痛,为老年性踝关节急性扭伤的恢复创造了条件。

综上所述,理筋整复结合新伤药外敷是治疗老年性踝关节急性扭伤的一个疗效确切的治疗方法,与传统针刺治疗相比,主要体现在消肿和踝关节的稳定性方面,值得临床推广。

[参 考 文 献]

- [1] 陈继铭,钟环,陈海聪,等. 踝关节镜微创治疗踝关节前方骨性撞击的疗效分析[J]. 中医学科学杂志, 2015, 43(4): 443.
- [2] 郑怀贤,冉德洲. 实用伤科中药与方剂[M]. 3 版,成都:四川科学技术出版社,1985:268.
- [3] 杜元灏,石学敏. 中华针灸诊疗规范[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2007:8.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994,189.
- [5] 张祖君,舒从科,毛小金,等. 关节镜联合药物治疗踝骨关节炎[J]. 四川医学, 2016, 38(8): 920.
- [6] 张涛,万春友,马宝通,等. 两种方式修复三角韧带完全断裂的病例对照研究[J]. 中国骨伤, 2016, 29(5): 408.
- [7] 戴海飞,余斌,张凯瑞. 踝关节周围韧带损伤对距骨稳定性影响的有限元分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2012, 27(2): 121.
- [8] 杜伟斌,鲍关爱,全仁夫. 针刺小节穴配合理筋手法对踝关节扭伤镇痛消肿作用的影响[J]. 中国针灸, 2014, 34(4): 647.
- [9] 张海廷,张煜华,骆玉梅. 新伤药外敷治疗急性踝关节扭伤临床观察[J]. 四川中医, 2016, 34(8): 195.
- [10] 黄义专. 针刺小节穴、大陵穴配合运动治疗急性踝关节扭伤[J]. 四川医学, 2015, 36(5): 684.
- [11] 叶锐彬,梁翼,杨礼淑. 郑氏新伤药水治疗急性软组织损伤的临床研究[J]. 成都体育学院学报, 2000, 26(3): 71.

(本文编辑 姚仁斌)