



• 论 著 •

空军某部地勤人员急性踝关节扭伤治疗策略探讨

王书军 曲径直

(空军某部地勤医院 衡水 253800)

【摘要】目的 探讨手法配合针灸在空军某部地勤人员急性踝关节扭伤中的应用。**方法** 选取自 2016 年 1 月~2018 年 1 月期间就诊于空军某航空兵场站医院的 76 例急性踝关节扭伤患者为研究对象, 随机将其分为观察组和对照组, 对比两组患者治疗前后的 VAS 评分、踝关节活动度及踝关节肿胀程度。**结果** 两组患者治疗后的 VAS 评分均较治疗前明显降低, 且观察组患者降低的幅度更大 (均 $P<0.05$); 两组患者治疗后的背屈、趾屈角度均较治疗前明显改善, 且观察组患者背屈、趾屈角度改善的幅度更大 (均 $P<0.05$); 观察组治疗后第 1、4、7 天的踝关节肿胀程度均明显低于同期对照组 ($P<0.05$)。**结论** 手法配合针灸治疗急性踝关节扭伤效果显著, 患者关节功能恢复快, 值得临床推广。

【关键词】 急性踝关节扭伤; 手法; 针灸

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 10-120-01

急性踝关节扭伤是基层军事训练中常见的训练伤之一, 约占所有运动损伤的 30%~40% 左右, 主要是由于踝关节韧带受暴力作用而导致撕裂伤的急性软组织损伤疾病[1]。患者表现为踝关节肿胀、疼痛、行走困难等症状, 严重的降低了部队战斗力。患者受伤后若不采取及时有效的治疗, 往往会加重病情, 严重者可出现关节不稳定、继发性关节炎, 甚至留下后遗症[2]。传统的治疗方法治疗周期较长, 患者恢复正常关节功能所需时间较长, 难以保证部队战斗力的持续。笔者自 2016 年 1 月~2018 年 1 月采用手法配合针灸的疗法治疗 38 例急性

踝关节扭伤患者取得了满意的疗效, 现将结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取自 2016 年 1 月~2018 年 1 月期间就诊于空军某航空兵场站医院的 76 例急性踝关节扭伤患者为研究对象, 其中男 69 例, 女 7 例, 年龄在 18~33 岁, 平均年龄为 (25.89 ± 3.43) 岁。随机将患者分为观察组和对照组, 每组各 38 例, 两组患者的一般基线资料对比无统计学差异, 具有可比性 ($P>0.05$)。见表 1

表 1 两组患者的一般基线资料对比

组别	n	性别 (男/女)	年龄 (岁)	受伤至就诊时间 (h)	受伤部位 (左侧/右侧)
观察组	38	34/4	26.12 ± 3.81	6.42 ± 2.54	15/23
对照组	38	35/3	25.37 ± 3.25	7.05 ± 3.86	13/25
t/x ² 值		0.16	0.92	0.84	0.23
P 值		0.28	0.18	0.20	0.17

1.2 治疗方法

所有患者就诊后均行 X 线检查排除骨折, 确诊为急性踝关节扭伤后再行治疗。

1.2.1 观察组患者采用手法配合针灸的疗法, 具体疗法如下: 患者就诊后先行针灸再配合手法治疗。首先判定患者损伤类型为内翻型还是外翻型, 主要根据患者受伤经过来判断。若为内翻型腓骨头下方疼痛, 取对侧养老穴进针; 若腓骨头前方疼痛, 则取对侧阳池穴进针; 若为外翻型则选取对侧太渊穴进针。确定进针穴位后, 先用拇指按压对应穴位, 嘱患者活动患处。若疼痛缓解, 采用华佗牌 28 号 35 mm 毫针 (苏州医疗用品厂有限公司生产) 刺入 25~40 mm。同时嘱患者主动活动患侧踝关节, 幅度由小到大, 留针约 20min。针灸治疗注意事项: (1) 嘱患者充分活动踝关节, 越痛越要活动, 否则效果不佳; (2) 要根据受伤类型进行选穴进针。针灸治疗完毕后继续采用手法治疗。患者患侧肢体伸直, 固定其膝关节, 医者双手紧握踝关节两侧做持续牵引, 直至有关节滑动感或踝关节发出“咯嗒”声停止。具体手法因损伤类型的不同而有所变化, 即发力方向与受伤方向相反。内翻型患者一手按住踝关节外侧剧痛处, 另一手做足外翻动作; 外翻型患者一手按住内踝下方剧痛处, 另一手做足内翻动作。手法复位结束后, 采用三角巾在患侧踝关节行“8”字型缠绕固定, 固定 10h~15h 左右。

1.2.2 对照组患者采用传统方法, 方法如下: 患者就诊后采用三角巾在患侧踝关节行“8”字型缠绕固定, 固定 10h~15h 左右, 期间避免活动, 尽量抬高患肢卧床休息, 嘱患者每隔 30min 采用冰袋冷敷

10min。受伤 24h 后, 采用正红花油 (万源药业有限公司生产, 国药准字: H35021329) 摩擦患处 3~5 次/d, 每晚睡觉前将云南白药膏 (云南白药集团无锡药业有限公司生产, 国药准字: Z20073015) 敷于患处, 1 次/d。

1.3 观察指标

(1) 采用视觉模拟量表法 (Visual Analogue Scale, VAS) 评价患者的疼痛程度, 从 0~10 分疼痛程度由轻到重[3]; (2) 分别于治疗前后采用量角器测量患侧踝关节背屈和跖屈的角度来评价踝关节活动度[4]; (3) 分别于治疗后的第 1、4、7 天采用游标卡尺测量患侧和健侧在同一水平上的关节周径, 通过计算差值来评价患侧踝关节的肿胀程度[5]。

1.4 统计学方法

处理本次研究中数据所用的统计学分析选用 SPSS15.0 软件, 计量资料用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间的比较采用 t 检验, 计数资料均以 (%) 表示, 组间比较选用卡方比较。P<0.05, 提示数据差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的 VAS 评分比较

两组患者治疗前的 VAS 评分对比无统计学差异 ($P>0.05$), 两组患者治疗后的 VAS 评分均较治疗前明显降低, 且观察组患者降低的幅度更大 (均 $P<0.05$)。见表 2

表 2 两组患者治疗前后的 VAS 评分对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前 VAS 评分	治疗后 VAS 评分	t 值	P 值
观察组	38	8.38 ± 1.53	2.24 ± 0.19	24.55	<0.001
对照组	38	8.52 ± 1.84	3.65 ± 0.37	16.00	<0.001
t 值		0.36	20.90	—	—
P 值		0.72	<0.001	—	—

2.2 两组患者治疗前后关节活动度评分比较

两组患者治疗前的背屈、趾屈角度对比无统计学差异 ($P>0.05$), 两组患者治疗后的背屈、趾屈角度均较治疗前明显改善, 且观察组患者背屈、趾屈角度改善的幅度更大 (均 $P<0.05$)。见表 3

(下转第 123 页)