

● 中医伤科 ●

中药封包联合玻璃酸钠 治疗膝骨关节炎 36 例临床观察

罗海恩, 苏新平, 汤 英, 何灿宇, 李小东, 吴官保, 谭旭仪

(湖南省中医药研究院附属医院, 湖南 长沙, 410006)

[摘要] 目的:观察中药封包联合玻璃酸钠关节腔注射治疗膝骨关节炎肝肾不足、筋脉瘀滞证的临床疗效。方法:将膝骨关节炎肝肾不足、筋脉瘀滞证患者 72 例随机分为治疗组和对照组,每组各 36 例。对照组予关节腔注射玻璃酸钠注射液,治疗组在对照组基础上配合中药封包治疗。2 组疗程均为 5 周。观察比较 2 组治疗前后疼痛程度评分(NRS 评分)及关节功能评分(WOMAC 评分),评定 2 组综合疗效。结果:总有效率治疗组为 94.4%,对照组为 91.7%,2 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗组的临床控制率为 69.4%,明显高于对照组的 44.4%,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后 2 组 NRS 评分、WOMAC 评分均较治疗前下降,治疗组下降程度皆优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:中药封包联合玻璃酸钠关节腔注射治疗膝骨关节炎肝肾不足、筋脉瘀滞证,能改善关节疼痛程度、提高关节功能、增加临床疗效,且无明显不良反应,具有临床推广价值。

[关键词] 膝骨关节炎;中西医结合治疗;中药封包;玻璃酸钠

[中图分类号] R274.943 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.11.026

膝骨关节炎(knee osteoarthritis, KOA)是一种好发于中老年的慢性进展性疾病,以关节软骨退变及关节边缘骨质增生为其主要病理变化,以疼痛、肿胀、僵硬、活动受限为其主要临床表现,严重者出现畸形、残废,其发病与肥胖、遗传、生物力学等因素相关^[1-4]。随着社会老龄化的进程, KOA 患病率上升,不仅导致患者个人的生活质量下降,且增加了社会的经济负担。KOA 的治疗目标是改善症状,延缓软骨退变,临床治疗以药物为主,其中玻璃酸钠对软骨有保护作用,并润滑关节,对 KOA 具有确切的疗效。中医外治法能明显改善膝关节肿胀、疼痛等症状,对 KOA 的治疗具有较好的疗效,并且廉价、无毒副作用、易操作,结合辨证论治可增加疗效。本研究在膝关节注射玻璃酸钠注射液的基础上联合中药封包治疗 KOA 36 例,获得佳效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 72 例均为 2018 年 1 月至 2019 年 6 月本院骨伤科住院及门诊患者,按就诊顺序编号,以随机数字表法分为治疗组与对照组,每组各 36 例。治疗组中,男 13 例,女 23 例;平均年龄

(59.08 ± 5.93)岁;平均病程(5.37 ± 3.32)年;左膝 11 例,右膝 19 例,双膝 6 例。对照组中,男 15 例,女 21 例;平均年龄(59.28 ± 3.87)岁;平均病程(6.17 ± 2.68)年;左膝 14 例,右膝 18 例,双膝 4 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]制定。1)临床诊断:①近 1 个月多数时间有膝痛;②关节活动有摩擦感;③晨僵不超过 30min;④年龄 ≥ 38 岁;⑤关节有骨性肥大。如存在①②③④或①②③,或①④⑤,则可明确诊断。2)临床及放射学标准:①近 1 个月大多数时间膝关节疼痛;②X 线片显示关节边缘骨赘形成;③关节液化符合骨关节炎;④年龄 ≥ 40 岁;⑤晨僵不超过 30min;⑥活动时骨摩擦音。若存在①②,或①③⑤⑥,或①④⑤⑥,则可明确诊断。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定肝肾不足、筋脉瘀滞证辨证标准。关节疼痛,膝酸腿软,活动受限,运动牵强,舌偏红,苔薄白或薄,脉弦或滑。

基金项目:湖南省技术创新引导计划-临床医疗技术创新引导项目(编号:2017SK50408)

第一作者:罗海恩,男,副主任医师,研究方向:骨关节疾病的临床研究

通讯作者:苏新平,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合诊治骨关节疾病, E-mail: Xinpings18@163.com

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;2)膝关节 X 线片 Kellgren & Lawrence 分级为 0 ~ Ⅲ级;3)年龄 40 ~ 75 岁;4)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)有并发病如梅毒性神经病、代谢性骨病、急性创伤等;2)合并严重心脑血管、肝、肾、血液系统疾病;3)患有精神病;4)过敏体质及对研究中任何药物成分过敏;5)哺乳期、准备妊娠或已妊娠的妇女;6)无法对疗效做出准确评估。

2 治疗方法

2.1 对照组 予玻璃酸钠注射液治疗。膝关节腔注射玻璃酸钠注射液(山东博士伦福瑞达制药有限公司,批准文号:国药准字 H20067379,规格:2.5ml/支)。关节腔注射方法:患者坐位,膝关节屈曲 90°,定位以内膝眼或外膝眼为穿刺点,穿刺点消毒,取 10ml 注射器从定位点垂直进针,边进针边回抽,有落空感后到关节腔,若有积液则抽取干净,将玻璃酸钠注射液推入,拔针后创口贴覆盖,被动屈伸膝关节。每周 1 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上进行中药封包治疗。中药封包方:骨碎补 60g,杜仲 60g,千年健 50g,川牛膝 60g,续断 60g,三七 40g,鸡血藤 60g,木瓜 60g,威灵仙 60g,莪术 50g,三棱 50g,乳香 40g,没药 40g,姜黄 60g,白芷 60g。方药由我院中药房提供。用法:上方研碎后装入布袋中,喷洒少许水后加热至 60℃,用毛巾包裹布袋外敷于患膝,待温度下降后去掉毛巾直接外敷膝关节,每次外敷 30min,每天 2 次,1 个布袋中药可使用 1 周。

2 组均连续治疗 5 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)疼痛程度。采用疼痛数字评分法(NRS)评估疼痛程度^[6],疼痛数字为 0 ~ 10,0 表示“不痛”,10 表示“不可忍受的疼痛”,数字越大代表疼痛程度越大。2)关节功能。采用 WOMAC 骨关节炎指数评分表^[7]进行关节功能评分,包括 17 个项目,分数记录采用视觉模拟评分(VAS)法评定,总分 170 分,分值越高代表关节功能越差。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定。临床控制:无症状,关节功能正常;显效:症状基本消失,功能活动基本正常,可正常参与工作及活动;有效:基本无疼痛,关节活动基本正常,参与工作及活动情况较前改善;无效:未达上述标准。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 24.0 软件进行统计分析,计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较若符合正态分布采用 *t* 检验,不符合正态分布采用 Wilcoxon 秩和检验;组内前后比较,差值符合正态分布采用配对 *t* 检验,不符合正态分布采用 Wilcoxon 符号秩和检验;计数资料用频数表示,采用非参数检验。*P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 94.4%,对照组为 91.7%,2 组比较,差异无统计学意义;临床控制率治疗组为 69.4%,高于对照组的 44.4%,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	36	25(69.4) ^a	5(13.9)	4(11.1)	2(5.6)	34(94.4) ^b
对照组	36	16(44.4)	11(30.6)	6(16.7)	3(8.3)	33(91.7)

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05,^b*P* > 0.05。

3.4.2 2 组治疗前后 NRS 评分、WOMAC 评分比较

治疗前 2 组 NRS 评分、WOMAC 评分比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05);治疗后 2 组 NRS 评分、WOMAC 评分均较治疗前降低,且治疗组评分优于对照组,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 NRS 评分、WOMAC 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	NRS 评分	WOMAC 评分
治疗组	36	治疗前	7.06 ± 0.86	118.44 ± 22.72
		治疗后	2.11 ± 0.71 ^{ab}	42.22 ± 11.24 ^{ab}
对照组	36	治疗前	7.19 ± 0.82	112.50 ± 17.04
		治疗后	2.67 ± 0.72 ^a	50.56 ± 11.40 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P* < 0.05;与对照组治疗后比较,^b*P* < 0.05。

4 讨论

KOA 可归属于中医学“历节病”“骨痹”“痹证”等范畴,以正虚为主,夹以邪实,临床应虚实同治,扶正兼祛邪。肝主筋,肾主骨,肝肾、筋骨同源,扶正当补益肝肾,肝充肾旺则骨正筋柔,筋可束骨,则关节活动正常;祛邪当活血通络、化瘀止痛,有外邪则祛风寒湿诸邪,邪去络通筋柔,则疼痛可止。

随着我国人民生活质量及保健意识的提高,由单纯外感风寒湿所致的 KOA 已不多见,常见的是因虚致瘀之证——肝肾不足、筋脉瘀滞证。笔者常用补益肝肾、舒筋通络之方用以封包治疗,方中骨碎补、杜仲、续断补肝肾强筋骨,千年健、川牛膝、木瓜、威灵仙补益肝肾兼祛风湿舒筋络,莪术、三棱破

整脊手法治疗神经根型颈椎病 40 例临床观察

叶伟, 辜志昌

(福建省三明市中西医结合医院, 福建 三明, 365001)

[摘要] 目的: 观察整脊手法治疗神经根型颈椎病的临床疗效。方法: 将 80 例神经根型颈椎病患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 40 例。对照组采用西药治疗, 治疗组在对照组治疗的基础上给予整脊手法治疗。结果: 总有效率治疗组为 92.5%, 对照组为 72.5%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组颈椎功能障碍指数、视觉模拟评分治疗后组内比较及治疗前后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 整脊手法治疗神经根型颈椎病有良好的效果, 能显著改善患者症状, 提高生活质量, 具有临床应用价值。

[关键词] 神经根型颈椎病; 中西医结合疗法; 整脊手法

[中图分类号] R274.915⁺.5 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.11.027

颈椎病是一种常见的退变性疾病, 是由于颈椎间盘组织退行性改变及其继发椎间关节退行性改变所致脊髓、神经、血管损害而表现的相应症状和体征, 并出现与影像学改变相应的临床表现, 也称颈椎综合征。随着现代化进程的不断发 展, 电子产品的使用改变了人们的工作和生活方式, 颈椎病的发病率逐渐升高。神经根型颈椎病是颈椎病中相对多见的一型, 具有典型的根性症状, 其受累范围与病变椎节具有对应性, 主要累及双上肢, 可导致日常生活能力下降。本研究采用整脊手法治疗神经根型颈椎病 40 例, 获得良好效果, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 8 月至 2018 年 7 月于本院就诊的神经根型颈椎病患者 80 例, 按就诊

顺序随机分为治疗组和对照组, 每组各 40 例。治疗组中, 男 17 例, 女 23 例; 平均年龄 (49.63 ± 6.08) 岁; 平均病程 (2.06 ± 0.34) 年。对照组中, 男 14 例, 女 26 例; 平均年龄 (47.53 ± 6.24) 岁; 平均病程 (2.10 ± 0.33) 年。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 以 2008 年召开的第三届全国颈椎病专题座谈会纪要中关于神经根型颈椎病的诊断标准为准则^[1]。1) 具有较典型的根性症状 (手臂麻木、疼痛), 其范围与颈脊神经所支配的区域相一致; 2) 压颈试验或臂从牵拉试验阳性; 3) 影像学 (X 线片、MRI) 所见与临床表现相符合。

1.3 纳入标准 1) 符合上述诊断标准; 2) 患者知情同意并签署知情同意书。

第一作者: 叶伟, 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 脊柱、骨关节退行性疾病的临床研究

瘀消癥止痛, 三七、鸡血藤、乳香、没药及姜黄活血化瘀、行气止痛, 白芷解表散寒兼祛风湿, 全方以温性药物为主, 以温而通之, 结合药物加热后的热敷作用, 加强了温通的作用, 通则不痛, 故而临床疗效佳。

本研究在关节腔注射玻璃酸钠注射液治疗的基础上联合中药封包治疗 KOA, 结果表明, 该治疗方法较单纯玻璃酸钠注射液能更好地改善关节疼痛程度、提高关节功能、增加临床疗效, 且无明显不良反应, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] Liu Y, Zhang H, Liang N, et al. Prevalence and associated factors of knee osteoarthritis in a rural Chinese adult population: an epidemiological survey[J]. BMC Public Health, 2016, 16(1): 94.

- [2] Roos EM, Arden NK. Strategies for the prevention of knee osteoarthritis[J]. Nat Rev Rheumatol, 2016, 12(2): 92-101.
- [3] Felson DT, Niu J, Neogi T, et al. Synovitis and the risk of knee osteoarthritis: the MOST Study[J]. Osteoarthritis Cartilage, 2016, 24(3): 458-464.
- [4] Zhang J, Song L, Liu G, et al. Risk factors for and prevalence of knee osteoarthritis in the rural areas of Shanxi Province, North China: a COPCORD study[J]. Rheumatology International, 2013, 33(11): 2783-2788.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 350-351.
- [6] 米坤龙, 梁冰, 张永忠. 骨科疼痛诊疗分级评分法分析[J]. 实用骨科杂志, 2013, 19(3): 232-234.
- [7] 张国宁, 王友. 膝关节评分标准的评估[J]. 中华外科杂志, 2006, 44(16): 1141-1143.

(收稿日期: 2019-09-03)