

强筋壮骨散外敷治疗膝关节骨性关节炎疗效观察

雒焕文

白银市第二人民医院, 甘肃 白银 730900

[摘要] 目的: 观察强筋壮骨散外敷治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效。方法: 将 144 例患者随机分为 2 组。治疗组 84 例采用强筋壮骨散外敷膝关节治疗, 对照组 60 例采用 TDP 辐射膝关节治疗, 15 天为 1 疗程, 共治疗 6 疗程。结果: 总有效率治疗组为 86.90%, 对照组为 68.33%, 2 组比较, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。治疗后 2 组患者膝关节疼痛、最大步行距离、关节功能、日常活动能力、关节肿胀等指标评分均较治疗前显著下降, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 治疗组各项评分均低于对照组, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 强筋壮骨散外敷治疗膝关节骨性关节炎安全有效。

[关键词] 膝关节骨性关节炎; 强筋壮骨散; 外敷

[中图分类号] R684.3 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 04-0098-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.041

膝关节骨性关节炎(KOA)又称老年性膝关节炎, 是一种常见病和多发病, 多发生在 50 岁以后, 女性多于男性, 约占各类关节炎的 40% 左右, 其发生率随年龄增长而增加。本病临床表现为关节疼痛、僵硬、肿大、畸形及功能障碍, 可导致老年人下肢功能障碍、活动受限及残障。自 2010 年 3 月~2013 年 3 月, 笔者采用强筋壮骨散外敷治疗膝关节骨性关节炎, 疗效满意, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为本院门诊患者, 共 144 例, 随机分为 2 组。治疗组 84 例, 男 26 例, 女 58 例; 年龄 42~76 岁, 平均 57 岁; 病程 2 月~5 年, 平均 3 年; 双膝关节发病 12 例, 左膝关节发病 42 例, 右膝关节发病 30 例。对照组 60 例, 男 18 例, 女 42 例; 年龄 41~75 岁, 平均 56 岁; 病程 3 月~5 年, 平均 3 年; 双膝关节发病 9 例, 左膝关节发病 30 例, 右膝关节发病 21 例。2 组性别、年龄、病程等比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照 1997 年美国风湿病协会修订

的《膝骨性关节炎分类标准》^[1]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中 KOA 诊断标准拟定: ①数月内大多数时间有膝部疼痛; ②关节活动时有关节响声; ③晨僵小于 30 min; ④年龄大于或等于 40 岁; ⑤膝检查示骨性肥大; ⑥X 线摄片示关节边缘骨赘形成。存在①、⑥或①、②、③、④或①、②、⑤可诊断为膝关节骨性关节炎。

1.3 辨证分型标准 辨证分型参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中骨痹的分型属: 肾虚髓亏, 阳虚寒凝, 瘀血阻滞证型。症见膝关节疼痛反复发作, 日久不愈, 或冷痛或重着疼痛或刺痛, 肿胀, 胫软膝酸, 痿弱少力, 屈伸不利, 骨节肥大, 甚至强直畸形, 舌质偏暗、苔薄或薄腻, 脉滑或弦细。

1.4 排除标准 ①符合膝关节骨性关节炎手术治疗指征者; ②晚期关节炎关节间隙显著狭窄或关节间形成骨桥连接而呈骨性强直、丧失劳动力者; ③膝关节肿瘤、结核、化脓及并发症影响到关节结构者; ④合并心、肝、肾、脑、内分泌系统和造血系统等严重原发性疾病及精神病患者; ⑤药物过敏、关节皮肤破损、皮肤病、化脓将要溃破者。

[收稿日期] 2013-08-24

[作者简介] 雒焕文 (1957-), 男, 主任中医师, 主要从事中医内、妇科疾病临床工作。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用自拟强筋壮骨散外敷加保健电暖宝加热治疗。药物配制：黄芪、透骨草各 60 g，杜仲、续断、防风、牛膝、熟地黄、当归、白芍、骨碎补各 30 g，细辛、樟脑各 10 g。上述中药用粉碎机粉碎(粗粉)，用普通陈醋浸湿，装入 20 cm×30 cm 布袋内封口，放到蒸笼中蒸 30 min，之后待药袋温度降至 42~45℃左右，外敷患者膝关节相应的显痛点皮肤平面，用塑料带缠绕包扎，然后使用保健电暖宝(富岛牌磁疗保健电暖宝，义乌市江波电器厂出品，额定功率：300 w)持续加热包扎的药袋，使药物产生的热蒸气传至膝关节，每次 45~60 min，每天 2 次。每剂药可反复用 12~14 次，每次外敷前的药袋内可加适量的普通陈醋浸湿，外敷后的药袋用塑料袋包装好，以免药物性味走窜影响疗效。治疗 15 天为 1 疗程，每疗程间休息 5 天，共治疗 6 疗程。

2.2 对照组 选用重庆巴山仪器厂生产的 TDP(神灯，特定电磁波治疗器，CQ-27 型)照射治疗患处，距离照射部位高度约 10~15 cm，或根据热度随时调节照射距离，或热度以患者局部耐热的微热为宜，治疗时间及疗程同治疗组。治疗期间避寒保暖。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察患者膝关节疼痛、最大步行距离、关节功能、日常活动能力、关节肿胀等症状体征，参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]相关标准按轻重程度记 0、1、2、3 分。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件统计分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 *t* 检验，计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中骨性关节炎的疗效评定标准进行评定。采用尼莫地平法计算疗效指数：[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。临床控制：疼痛等症状消失，关节活动正常，症状积分减少≥95%；显效：疼痛等症状消失，关节活动不受限，70%≤症状积分减少<95%；有效：疼痛等症状基本消失，关节活动轻度受限，30%≤症状积分减少<70%；无效：疼痛等症状与关节活动无明显改善，症状积分减少不足 30%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为

86.90%，对照组为 68.33%，2 组比较，差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	<i>n</i>	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	84	23(27.38)	41(48.81)	9(10.71)	11(13.10)	86.90 ^①
对照组	60	13(21.67)	22(36.66)	6(10.00)	19(31.67)	68.33

与对照组比较，^① $P < 0.01$

4.3 2 组治疗前后症状、体征评分比较 见表 2。治疗后 2 组患者膝关节疼痛、最大步行距离、关节功能、日常活动能力、关节肿胀等指标评分均较治疗前显著下降，差异均有显著性意义($P < 0.05$)；治疗组各项评分均低于对照组，差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后症状、体征评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

项目	治疗组(<i>n</i> =84)		对照组(<i>n</i> =60)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
关节疼痛	2.11±0.32	1.12±0.41 ^②	2.22±0.42	1.20±0.34 ^①
最大行走距离	2.08±0.45	1.76±0.37 ^②	2.18±0.39	1.91±0.48 ^①
关节功能	1.01±0.15	0.51±0.48 ^②	1.01±0.15	0.73±0.42 ^①
日常活动能力	1.93±0.54	0.91±0.25 ^②	2.02±0.46	1.04±0.30 ^①
关节肿胀	1.16±0.48	0.78±0.49 ^②	1.31±0.47	1.20±0.51 ^①

与同组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，

^② $P < 0.05$

5 讨论

膝关节骨性关节炎，是以关节软骨退变伴软骨下骨质增生、骨赘形成，继发引起滑膜、关节囊和软组织的损伤及炎症反应为主要表现的一种病症。本病可引起关节疼痛及功能丧失，进而影响患者生活质量和社会劳动力。本病属中医学骨痹范畴。《内经》有“肝主筋”、“肾主骨”之论，而筋的活动及骨的生长发育均有赖于肝血和肾精的滋养。人到中老年，肝血肾精渐亏，气血不足，筋骨失养，形体渐衰，加之外感风寒湿邪或外伤后则症状加重。肝肾亏虚是膝关节骨性关节炎发病之基础。肝肾不足，风寒湿之邪气乘虚而入，侵入机体，阻碍气血之运行，气血瘀滞则发病。因此，中医学认为，膝关节骨性关节炎为本虚标实之证，肝肾亏虚为本，气滞血瘀为标，临床辨证以肝肾亏虚，气滞血瘀，复感风寒湿邪或外伤为最常见。治疗宜以补益肝肾、强筋壮骨、活血化瘀、祛风除湿、通络止痛为法。强筋壮骨散方中黄芪、当归、熟地黄、当归、白芍补中气，养阴血，化瘀血；杜仲、续断、骨碎补、牛膝补肝肾，强筋骨；透骨草、

防风、细辛祛风湿，散风寒，通经络，止痹痛；樟脑辛烈行散，消肿止痛；陈醋滑利关节，软坚散结，疏通经络，缓急止痛。在强筋壮骨散外敷治疗的同时，用保健电暖宝加热药袋，中草药的有效成分及药袋产生湿润热蒸汽作用于膝关节，使药物直达病所，且可增加局部血液循环及代谢，促进无菌性炎症的吸收，抑制组织的异常增生。本疗法既有中药的药物治疗作用，又有温热的物理治疗作用，使患者血气运行而邪气得除。临床观察表明，强筋壮骨散能有效缓解膝关节骨性关节炎的疼痛、肿胀及关节功能受限，疗效肯

定，值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 骨关节炎诊治指南(草案)[J]. 中华风湿病学杂志, 2003, 7(11): 702-704.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 349-354.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 30-31.

(责任编辑: 冯天保)

丹红注射液治疗褥疮皮瓣修复患者的疗效及对血液流变学的影响

杨国虎, 高正君, 蒋丽媛

甘肃省人民医院整形科, 甘肃 兰州 730000

[摘要] 目的: 观察丹红注射液治疗褥疮皮瓣修复术后的临床疗效及对血液流变学的影响。方法: 将 80 例褥疮皮瓣修复术后患者随机分为 2 组各 40 例, 对照组术后给予常规抗感染、抗血栓、抗痉挛治疗, 治疗组在此基础上加用丹红注射液 30 mL, 静脉滴注, 每天 1 次, 疗程 14 天。观察治疗后创面肿胀情况及皮瓣成活情况, 检测治疗前后 2 组血液流变学指标。结果: 总有效率治疗组 97.5%, 对照组 77.5%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗第 7 天、14 天, 2 组不同时点皮瓣肿胀程度比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗前后血液流变学各项指标比较, 除红细胞压积外, 其余指标比较差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 治疗后治疗组全血黏度(低、中、高切)、全血还原黏度(低、中、高切)、红细胞聚集指数和血浆黏度改善均优于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 丹红注射液能改善褥疮皮瓣修复术后患者血液流变学指标, 改善微循环, 从而减轻患者创面的肿胀程度, 促进皮瓣成活, 提高临床疗效。

[关键词] 丹红注射液; 褥疮; 皮瓣修复

[中图分类号] R632.1

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415(2014)04-0100-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.042

长期卧床患者很容易形成褥疮, 在临床多采用皮瓣术修复创面^[1]。皮瓣修复术后伤口愈合恢复过程中起关键作用的是血液循环的通畅与否, 而术后皮瓣肿胀、瘀血等对动脉与静脉血管造成阻碍的因素很多, 这些因素又是影响血液循环的主要因素^[2]。2011 年 1 月~2013 年 6 月本科对 80 例褥疮皮瓣修复术患者

在西医常规治疗即三抗治疗(抗感染, 抗血栓, 抗痉挛)的基础上, 采用丹红注射液静脉滴注治疗, 取得显著疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均来源于甘肃省人民医院整形科, 共 80 例。褥疮体表面积在 $3\text{ cm} \times 5\text{ cm} \sim$

[收稿日期] 2013-10-12

[作者简介] 杨国虎 (1973-), 男, 主治医师, 主要从事整形美容、体表修复临床工作。