

综合康复治疗膝关节骨性关节炎疗效观察

池锐忠, 李建陆, 罗明坤, 吴俊强

汕头市金平区中医医院, 广东 汕头 515031

[摘要] 目的: 观察综合康复治疗膝关节骨性关节炎的临床效果。方法: 将 84 例患者随机分为观察组、对照组各 42 例。对照组用氨基葡萄糖胶囊、双氯芬酸片口服及玻璃酸钠关节腔注射治疗; 观察组在急性发作期采用温针疗法, 慢性期采用针刀疗法、关节松动术及补肾健脾活血中药口服。采用骨性关节炎指数可视化(WOMAC)量表对 2 组患者治疗前后病情进行测评。结果: 总有效率观察组为 95.2%, 对照组为 78.6%, 2 组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 2 组治疗后 WOMAC 评分均较治疗前明显下降($P < 0.01$), 且观察组 WOMAC 评分明显低于对照组($P < 0.01$)。结论: 采用温针、关节松动术、针刀及中药内服的综合疗法治疗膝关节骨性关节炎疗效肯定。

[关键词] 膝关节骨性关节炎; 温针; 中药; 针刀; 关节松动术

[中图分类号] R684.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)06-0102-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.049

骨性关节炎也称退行性关节炎, 是由于关节软骨完整性破坏以及关节边缘软骨下骨板病变, 导致关节症状和体征的一组异质性疾病, 为中老年最常见的风湿性疾病。而负重、结构复杂的膝关节发病率最高, 主要表现为关节肿痛、僵硬、屈伸受限、骨擦感等。临床上本病有药物、理疗及玻璃酸钠关节腔注射等非手术疗法, 或关节置换等外科手术治疗, 均可取得一定疗效。但由于本病是多种因素联合作用的结果, 上述疗法各有利弊, 单凭一种疗法效果欠佳。为此, 笔者在中医整体辨证和现代康复原则的指导下, 针对膝关节骨性关节炎的不同病理阶段和临床过程, 采用温针、小针刀、关节松动术及中药内服等方法进行治疗, 旨在观察该综合疗法的康复治疗效果, 并探讨其治疗机制。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照美国风湿病学会(ACR)1986年修订的膝关节骨性关节炎诊断标准^[1]。

1.2 纳入标准 ①符合诊断标准的膝关节骨性关节炎患者; ②年龄 45~75 岁; ③1 月内无接受相关治疗者。

1.3 排除标准 ①不符合诊断标准和纳入标准者; ②继发性骨性关节炎者或同时患有其他严重疾病者; ③初发轻症或膝关节内外翻畸形具备手术指征者。

1.4 一般资料 选取 2011 年 6 月~2013 年 6 月本院门诊及住院的膝关节骨性关节炎患者 84 例, 随机分为 2 组各 42 例。观察组男 16 例, 女 26 例; 平均年龄(53.4 ± 6.7)岁; 单侧发病 32 例, 双侧 10 例; 平均病程(8.7 ± 3.7)年。对照组男 15 例,

女 27 例; 平均年龄(54.5 ± 8.1)岁; 单侧发病 29 例, 双侧 13 例; 平均病程(8.4 ± 4.1)年。2 组患者一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 玻璃酸钠注射液(博士伦福瑞达制药有限公司生产)膝关节腔注射, 每膝每次 2 mL, 每周 1 次, 共 4 次。氨基葡萄糖胶囊(意大利罗达药厂生产), 每次 0.5 g, 每天 3 次, 口服, 共 8 周。若肿痛明显给予双氯芬酸缓释片(北京诺华制药有限公司生产), 每次 75 mg, 每天 1 次, 口服, 连续用药一般不超过 14 天。

2.2 观察组

2.2.1 急性发作期 主要表现为关节肿胀、疼痛加重, 屈伸功能明显下降或伴关节渗液。采用温针法, 关节松动术 ~ 级手法。方法: 取穴内外膝眼、足三里、血海、鹤顶、梁丘, 进针捻转得气后加艾段悬灸。每天 1 次, 7 次为 1 疗程, 隔 3 天后可进行第 2 疗程, 共 2 疗程。

2.2.2 慢性期 此时患者关节肿胀、疼痛明显减轻, 以功能障碍为主, 表现为关节僵直、屈伸受限, 关节无力。①针刀治疗: 患者取仰卧位, 膝关节微屈, 找出痛点或结节, 用龙胆紫做好标记; 用 2% 碘酒消毒、75% 酒精脱碘, 盖无菌孔巾; 1% 利多卡因局部麻醉; 用 HZ-4 号针按四步规程进针法, 沿与纤维方向直达病灶, 先平行纵切, 后横向弹拨; 出针针眼盖无菌敷料, 并压迫止血, 每周 1 次, 可做 1~2 次。②关节松动术: 股胫关节: 长轴牵引、前后向滑动、侧向滑动、伸膝摆

[收稿日期] 2014-01-16

[基金项目] 汕头市医疗重点计划任务项目(编号: 2012-113)

[作者简介] 池锐忠(1967-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 中西医结合治疗老年性疾病、骨关节病。

动、旋转摆动；髌股关节：分离牵引、侧方滑动、上下滑动。如关节仍有肿痛用 ~ 级手法，每天 1~2 次；慢性期关节僵硬或针刀术后，用 ~ 级手法，每周 3 次。③中药治疗，采用补肾健脾、活血祛湿法。处方：熟地黄、山药、桑寄生、黄芪、鸡血藤、牛膝各 15 g，山茱萸、牡丹皮各 10 g，泽泻、茯苓、独活、淫羊藿、杜仲各 12 g。每天 1 剂，水煎服，2 周后隔天 1 剂，共 6 周。

2 组患者观察期间应注意膝关节保暖，避免过劳，并根据病情进行伸膝运动、股四头肌肌力训练等功能训练。治疗观察 8 周后统计比较 2 组临床疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 按骨性关节炎指数可视化(WOMAC)量表^[2]的膝关节骨性关节炎评分法进行评分，内容包括疼痛、晨僵、日常生活的难度 3 方面，共 24 项参数，总积分最低为 0 分，最高为 96 分，其中疼痛 20 分、晨僵 8 分、日常活动的难度 68 分，分值越高表示病情越严重。分别于治疗前、治疗后第 8 周末进行测评。

3.2 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计学软件对数据进行统计学处理。计数资料率的比较用 χ^2 检验，计量资料用 t 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)》^[3]及 WOMAC 量表^[2]关节炎评分方法拟定。临床治愈：关节肿痛完全缓解，活动自如，WOMAC 积分减少 >95%；显效：肿痛基本缓解，关节活动明显好转，WOMAC 积分减少 70%~95%；好转：肿痛有所改善，行走仍有疼痛，屈伸不利，WOMAC 积分减少 30%~69%；无效：治疗前后无明显改善 WOMAC 积分减少 <30%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组为 95.2%，对照组为 78.6%，2 组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	42	6(14.2)	21(50.0)	13(31.0)	2(4.7)	95.2
对照组	42	5(11.9)	12(28.6)	16(38.1)	9(21.4)	78.6

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后 WOMAC 评分比较 见表 2。治疗后 2 组 WOMAC 评分均较治疗前明显下降，差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)；治疗后观察组 WOMAC 评分明显低于对照组，差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

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

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	42	61.9 ± 7.35	25.3 ± 5.62
对照组	42	62.4 ± 7.93	31.6 ± 5.87

与本组治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，

② $P < 0.01$

5 讨论

膝关节骨性关节炎病因尚未阐明，可能与遗传因素、高龄、肥胖、性激素、骨密度、过度运动有关，其发病机制为软骨基质合成和分解代谢失调、软骨下骨板伤害使软骨失去缓冲作用、关节内局灶性炎症等。急性发作期，关节肿胀疼痛，多为关节内高压刺激关节囊内痛觉神经纤维，或骨内高压刺激骨膜及骨周围神经纤维，或软骨下微骨折，骨赘、关节周围肌肉以及滑液中前列腺素和其他细胞因子刺激滑膜感觉神经末梢所致；随着病情的进展，慢性期可出现关节挛屈、不稳定，由于关节表面吻合性差、肌肉痉挛和收缩、关节囊收缩，以及骨刺或关节鼠引起机械性闭锁，可发生功能障碍。

膝关节骨性关节炎属中医学骨痹范畴。《医林改错》曰：“元气既衰，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。”《张氏医通》云：“膝为筋之府……膝痛无有不因肝肾虚者，虚则风寒湿气袭之。”中医学认为，本病的发病机理为年老体弱，肝肾亏虚、气血不足，受风寒湿侵袭而血脉瘀阻所致。膝关节骨性关节炎可因外伤、久行或寒冷的刺激等而诱发，易产生疼痛-僵硬-肌肉萎缩-关节不稳的恶性循环。急性发作期，关节肿胀疼痛，“痛则通之，寒则温之”，据此笔者用温针膝关节周围的穴位如血海、足三里，内外膝眼，能起到活血通络、祛寒化湿的作用。有研究表明，针刺有抑制炎症血管通透性，减少渗出液，抑制外周白细胞趋化及游出的过程^[4]，降低关节滑液 IL- β 、TNF- α 的水平^[5]，改善微循环，消除水肿。艾灸除药物作用外，还具有降低神经敏感性，改善血液循环等热因子作用。笔者认为温针祛风湿、活血有余而补肝肾、补气血不足。肿痛缓解后，标病已去，而本病未除，故温针一般不超过 2 周。

关节松动术是现代康复技术中主要以改善关节活动度的一种手法，其操作具有一定标准，安全性高且易于掌握。关节松动术产生的生理效应主要通过力学和神经作用而达到，通过关节松动可促进关节液的流动，增加关节软骨和软骨盘无血管区的营养。关节急性肿胀期，用关节松动术 ~ 级手法，可以抑制脊髓和脑干致痛物质的释放提高痛阈而起消肿止痛的作用。慢性期患者组织纤维增生，关节内粘连，肌腱、韧带和关节囊挛缩，表现关节僵硬，膝关节屈伸受限，关节松动术 ~ 级手法可直接牵拉关节周围的软组织，增加或保持组织的伸展性，改善关节的活动度，并强调在改善生理运动前应先改善附属运动，而生理运动的改善，反过来又可促进附属运动^[6]。

针刀理论认为，人体正常情况下动态是协调的平衡。膝骨关节炎反复发作所产生的粘连、挛缩和疤痕造就了软组织的动态平衡失调，针刀可对肌腱、韧带的粘连、挛缩和疤痕直接进行切割剥离，与关节松动术相互益彰，迅速恢复膝关节力学平衡，改善膝关节屈伸功能。

膝关节骨性关节炎是进行性风湿性疾病，药物治疗是关键。据其病因病机，笔者采用补肾健脾、活血祛湿中药治疗。方中六味地黄汤为滋阴补肾之名方；淫羊藿补肾壮阳、祛风除

湿,善治风寒湿痹、肢体麻木;杜仲补肝肾、强筋骨;桑寄生既能祛风湿,又能补肝肾、强筋骨,对肝肾不足腰膝酸痛尤为适宜;黄芪、山药健脾益气,黄芪更适合气虚血滞导致的肢体麻木、关节痹痛;鸡血藤补血活血、舒筋活络;独活善治下肢风寒湿痹;牛膝补肝肾、强筋骨、通血脉而利关节。

氨基葡萄糖和玻璃酸钠是目前两种被认为可能改善膝关节炎性关节病情的药物。WOMAC 量表评分是北美主要针对骨性关节炎的评估方法,具有较高可信度。本观察结果显示,2 组都能降低 WOMAC 量表评分($P < 0.01$),但观察组效果较对照组更加显著($P < 0.01$)。笔者认为,急性发作期用温针消肿止痛;慢性期用中药补肾健脾活血结合小针刀,关节松动术能改善机体生理、防治骨质疏松、调节免疫,改善自由基代谢,解除肌腱、韧带的黏连、挛缩和对疤痕进行切割剥离,恢复膝关节力学平衡,改善关节活动度,增强肌力,符合膝关节炎性关节病的病理变化和临床过程,故能取得较好疗效。

[参考文献]

[1] Altman R, Asch E, Bloch D, et al. Development of

criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association[J]. Arthritis Rheum, 1986, 29(8): 1039- 1049.

[2] Straford PW, Kennedy DM. Does parallel item content on WOMAC'S Pain and Function Subscales limit its ability to detect change in functional status?[J]. BMC Musculoskeletal disorders, 2004, 5: 17.

[3] 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,2002:349-353.

[4] 林文注,王佩. 实验针灸学[M]. 上海:上海科技出版社,1994:133.

[5] 林睿,吴春雷. 温针结合中药内服治疗膝骨关节炎 44 例临床观察[J]. 新中医,2013,45(5):127.

[6] 燕铁斌. 现代康复技术[M]. 安徽:安徽科学技术出版社,1994:65-66.

(责任编辑:冯天保)

张仲景“瘀水同源”理论指导腰椎管狭窄症术后治疗临床观察

姜江,周斌,顾伏龙,李中伟,陈学先

南通市中医院骨伤科,江苏 南通 226001

[摘要] 目的:观察张仲景“瘀水同源”理论在腰椎管狭窄症术后治疗中的作用。方法:对腰椎管狭窄症术后 31 例患者应用瘀水同治法治疗,随访 3 月、6 月、12 月,记录评价日本骨科学会下腰痛(JOA)评分情况。结果:治疗腰椎管狭窄症术后下肢麻痛 12 月回访优良率达 96.7%,治疗后 3 月、6 月、12 月患者 JOA 评分均较治疗前升高($P < 0.05$)。结论:瘀水同源理论指导治疗腰椎管狭窄症术后下肢麻痛疗效确切。

[关键词] 腰椎管狭窄症;术后;下肢麻痛;张仲景;瘀水同源;中医药疗法

[中图分类号] R681.5⁺7 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415(2014)06-0104-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.050

腰椎管狭窄症临床以腰腿疼痛、间歇性跛行为主要症状。本病手术治疗能快速、有效缓解疼痛,改善功能活动,但大部分患者在术后很长时间内遗留下肢麻痛等神经症状。对此,笔者以张仲景“瘀水同源”理论为指导,应用瘀水同治法治疗,收效显著,结果报道如下。

1 临床资料

本组 31 例为 2008~2011 年在本院行腰椎管狭窄症手术,术后遗留一侧或双侧下肢麻痛,经正规治疗,获得成功回访的患者。其中男 19 例,女 12 例;年龄 53~79 岁;狭窄节段:单节段 20 例,多节段 11 例;手术方式:全椎板切除、减压、

[收稿日期] 2013-12-16

[作者简介] 姜江(1969-),男,主任中医师,研究方向:中西医结合骨伤科临床及研究。