

膝关节单髁置换术结合中医疗法治疗膝内侧间室骨关节炎疗效观察

曾广龙¹ 指导：蔡立民²，谭志超²

1. 广州中医药大学 2013 级硕士研究生，广东 广州 510405；2. 东莞市中医院，广东 东莞 523000

[摘要] 目的：观察膝关节单髁置换术（UKA）结合中医疗法治疗膝内侧间室骨关节炎的疗效。方法：对 17 例（18 膝）患者采用 UKA 结合中药口服、外洗疗法治疗，比较术前、术后随访膝关节屈曲度和膝关节纽约特种外科医院（HSS）评分。结果：随访 6~48 月，平均 18.33 月；术后 6 月患者膝关节屈曲度、HSS 评分均增加，与术前比较，差异均有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。结论：UKA 结合中药疗法治疗膝内侧间室骨关节炎具有良好的临床疗效。

[关键词] 膝内侧间室骨关节炎；膝关节单髁置换术（UKA）；中医疗法

[中图分类号] R684.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 10-0100-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.041

膝关节骨关节炎(OA)是中老年人临床常见的关节病，骨关节炎的发病率不断增高，60 岁以上的人群中 50% 有骨关节炎影像表现，其中 35%~50% 有临床表现；75 岁以上的人群中 80% 有骨关节炎症状^[1]。对于严重的膝 OA 患者主要采取手术治疗，包括全膝关节置换术(TKA)、膝关节单髁置换术(UKA)等^[2]。当膝 OA 仅仅累及到胫股关节内侧间室时，对其进行表面置换，可以替代胫骨、股骨受破坏的软骨表面以恢复关节功能，不干扰膝关节其他正常部分。自 2007 年以来，笔者采用 UKA 结合口服东莞市中医院院内制剂活血灵片、关节通片和骨伤外洗剂壹号外洗等治疗膝内侧间室骨关节炎，取得较好疗效，现报道如下。

1 临床资料

观察资料来源于 2007 年 1 月~2014 年 1 月在本院由同一组医师采用 UKA 结合中药疗法治疗的膝内侧间室骨关节炎患者，共 17 例(18 膝)，其中男 3 例 3 膝，女 14 例 15 膝，男女比例：1：4.66；病程 2 月~15 年，平均 20 月；年龄 50~68 岁，平均 59.3 岁；单侧 16 例，双侧 1 例；术前膝关节屈曲度 95°~110°，平均(101.83±4.26)°；术前膝关节纽约特种外科医院(HSS)评分 43~71 分，平均(60.44±7.27)分；屈曲畸形 11 例，膝内翻畸形 6 例，无膝外

翻畸形；所有患膝均有不同程度的疼痛和活动受限。术前膝关节站立位正侧片及双下肢全长片，膝关节内、外翻应力位片，膝关节 MRI 检查。

2 治疗方法

2.1 手术方法 麻醉成功后取仰卧位，常规上止血带及驱血。采用膝前正中偏内纵切口，切开皮肤皮下筋膜，沿股直肌内缘髌内侧支持带切开至胫骨结节旁。与胫骨长轴平行放置胫骨髓外导向杆，近端放在胫骨结节内中 1/3 交点处，远端经过胫距关节中心并与第二跖骨相对，放上胫骨平台切割模块，厚度控制在内侧平台最低处往下 3 mm 以内。不做内侧组织松解，保护前交叉韧带。用间隔垫块定位作股骨远端截骨并选用合适的股骨截骨模块截骨。选用适当的试模股骨单髁假体、胫骨内侧平台假体和垫片测试下肢力线良好，关节松紧度合适，脉冲冲洗干净，搅拌骨水泥涂上假体，依次安装胫骨、股骨假体及垫片，伸膝位维持至骨水泥固化。松止血带，彻底止血后放置引流管，逐层缝合。手术均由同一组医生操作，所用假体均为 Zimmer 单髁膝关节系统。

2.2 术后处理 术后弹力绷带加压包扎，冰敷患膝 24 h，术后 24~48 h 内拔出引流管，常规应用抗生素 1~3 天，术后 6 h 禁食结束后开始口服活血灵片（院内制剂，批号：粤 Z20110214），每次 6 片，每天

[收稿日期] 2014-06-17

[作者简介] 曾广龙（1988-），男，硕士研究生，研究方向：中医药治疗骨伤科疾病。

3 次, 疗程 10~14 天; 口服关节通片(本院制剂, 批号: 粤 Z20040308), 每次 6 片, 每天 3 次, 疗程 1 月。第 3 天开始使用 CPM 辅助功能锻炼, 第 3~5 天扶助行器下地, 部分负重, 循行渐进主动功能锻炼: ①术后第 1、2 天卧床行股四头肌等长收缩锻炼; ②术后第 3、4 天, 下肢后侧肌肉锻炼; ③术后第 5~10 天, 膝关节屈伸锻炼; ④术后第 5~14 天使用助行器行走。术后 2 周拆线后, 用骨伤外洗剂壹号(院内制剂, 批号: 粤 Z20070475)熏洗患膝, 每天 2 次, 疗程 2 周。

2.3 术后随访 所有患者均得到临床随访, 随访时间 6~48 月, 平均 18.33 月。对所有患者进行膝关节屈曲度和 HSS 评价。

3 统计学方法

采用 SPSS17.0 软件分析数据, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验。

4 治疗结果

见表 1。术后 6 月随访, 患者膝关节屈曲度、HSS 评分与术前比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 手术前后膝关节屈曲度和 HSS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

时间	膝数	膝关节屈曲度(°)	HSS 评分(分)
术前	18	101.83± 4.26	60.44± 7.27
术后 6 月	18	125.83± 11.98 ^①	91.28± 3.44 ^①

与术前比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

近年随着医疗技术水平的提高、手术适应症的合理选择、假体设计水平的提高、微创技术的应用等, UKA 得到了不断发展并越来越受到人们的关注。Riddle DL 等^[3]报道, 美国 UKA 数量在 1998~2005 年间, 以每年 32.5% 的速度迅速增加, 置换数量从 1998 年的 6 570 膝增加至 2005 年的 44 990 膝。Berger RA 等^[4]报道, UKA 在 10 年、13 年生存率分别为 98%、96%。本研究也证实了 UKA 结合中药疗法治疗膝内侧间室骨关节炎取得满意的疗效, 患者 1 周内已开始负重行走, 随访期间膝关节活动度较术前有所改善, 膝痛明显缓解, 膝关节功能恢复理想。

5.1 手术适应症 以前 UKA 主要应用于 60 岁以上且活动量低、无明显肥胖的老年人, 但手术失败率仍较高, 是因为没有严格把握手术适应症^[5]。目前认为

手术适应症为: ①膝关节单间室的骨关节炎或创伤性关节炎; ②膝关节单间室变窄, 无其它间室软骨软化症; ③膝关节活动度超过 90°, 屈曲挛缩不超过 5°; ④膝关节内外翻畸形均不超过 15°。

5.2 术前评估 双膝内翻应力位 X 线摄片示内侧关节间室明显变窄, 而外翻应力 X 片摄片示内侧关节间室可张开, MRI 示膝内侧间室软骨磨损较明显, 余间室未见明显磨损。

5.3 术中处理 手术技巧(术中截骨量、把握内侧间室张力和下肢力线)是 UKA 取得良好手术效果的关键。因为 UKA 只暴露单侧膝关节间室, 对软组织不作或仅稍作松解且术中要尽量减少胫骨的截骨, 保留骨量, 降低翻修难度。郭万首等^[6]主张内侧间室的张力“宁松勿紧”的原则, 常保留 2 mm。否则内侧张力过紧会导致应力负荷转移至外侧间室, 增加外侧间室骨关节炎发生的风险。同时注意不矫枉过正, 否则会影响人工关节假体寿命。

5.4 术后功能锻炼 术后功能恢复至关重要, 并直接影响以后患膝功能及生活质量。早期功能锻炼可以有效防止关节粘连、僵硬并加快恢复膝关节活动度。Mizner RL 等^[7]研究指出, 股四头肌力量越大, 术后膝关节功能恢复越好。本组所有患者术后早期主动锻炼膝关节周围肌肉, 包括股四头肌、股二头肌、腓肠肌等。术后第 3 天开始使用 CPM 训练, 均能有效防止关节周围肌肉、肌腱和韧带组织粘连、水肿。吴海山等^[8]研究表明, 术后第 2 天出现新生胶原组织, 术后第 5~7 天新生胶原组织达到高峰。故术后第 3 天行 CPM 训练可以有效地调节新生胶原纤维的方向和生长速度, 使胶原纤维在关节屈伸方向沉积, 最大限度恢复膝关节功能。

5.5 术后中医药治疗 膝内侧间室骨关节炎属于中医学骨痹范畴。肾主骨, 肝主筋, 膝为宗筋之所聚, 肝肾亏虚、筋骨失养为发病基础, 复感外邪、术后创伤等诱发导致经络、骨脉瘀阻不通, 不通则痛, 气血不畅致关节活动不利而形成骨痹。应用活血灵片以活血化瘀、通筋活络, 使脉道通利, 气血通畅, 从而预防深静脉血栓形成; 口服关节通片以调气血、补肝肾, 促进受损组织修复; 术后骨伤外洗剂壹号熏洗是通过药、热双管齐下而强筋壮骨、消肿通络, 且熏洗能局部扩张皮肤毛孔, 加快药物渗入患膝, 并改善局部血液循环, 促进膝关节功能的恢复。综上所述,

UKA 结合中药疗法治疗膝内侧间室骨关节炎临床疗效满意, 具有手术损伤小、失血少、截骨量少、手术时间短、康复快等优点, 能明显缓解疼痛及改善膝关节屈曲度和 HSS 评分, 最大限度提高患者生活质量, 值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] Insall JN, Scott WN, 著. 吕厚山, 译. 膝关节外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 1532.

[2] 高石军, 张延威. 单髁置换治疗膝单间室骨性关节炎[J]. 颈腰痛杂志, 2010, 31(2): 145- 148.

[3] Riddle DL, Jiranek WA, Mcglynn FJ. Yearly incidence of unicompartmental knee arthroplasty in the United States[J]. J Arthroplasty, 2008, 3: 408- 412.

[4] Berger RA, Meneghini RM, Jacobs JJ, et al. Results

of unicompartmental knee arthroplasty at a minimum of ten years of follow-up [J]. J Bone Joint Surg (Am), 2005, 87: 999- 1006.

[5] 涂意辉, 马童, 蔡珉巍, 等. 微创膝关节单髁置换术治疗合并骨质疏松的内侧间室骨关节炎[J]. 中国骨质疏松杂志, 2012, 18(6): 535- 538.

[6] 郭万首, 张启栋, 刘朝晖, 等. 小切口单髁置换术治疗膝关节内侧间室骨关节炎 94 膝的中短期疗效研究[J]. 中国矫形外科杂志, 2011, 19(17): 1412- 1415.

[7] Mizner RL, Petterson SC, Snyder-Mackler L. Quadriceps strength and the time course of functional recovery after total knee arthroplasty [J]. J Orthop Sports Physther, 2005, 35(7): 424- 436.

[8] 吴海山, 吴宇黎. 人工膝关节外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2005: 51.

(责任编辑: 冯天保)

舒筋通络、活血除痹方治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病疗效观察

林伟斌, 江伟, 黄勇, 瞿梅增

温岭市中医院骨科, 浙江 温岭 317500

[摘要] 目的: 探讨舒筋通络、活血除痹方加减治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病的临床疗效。方法: 将 79 例神经根型颈椎病患者按随机数字表法分为 2 组, 观察组 42 例应用自拟舒筋通络、活血除痹中药方治疗, 对照组 37 例应用颈舒颗粒治疗, 疗程均为 10 天, 比较 2 组患者治疗后临床疗效及临床症状、体征以及社会心理、生活质量等方面积分的变化。结果: 总有效率观察组为 95.2%, 对照组为 83.8%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组在颈背肩肢疼痛、持续时间、上肢麻木、椎旁压痛、臂丛神经牵拉试验以及社会心理、生活质量方面的积分均明显低于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 舒筋通络、活血除痹方治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病具有显著疗效, 值得临床推广。

[关键词] 神经根型颈椎病; 瘀血痹阻; 舒筋通络; 活血除痹

[中图分类号] R681.5⁺5 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 10-0102-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.042

Therapeutic Effect of Chinese Medicinal Recipe of Relaxing Tendon and Activating Collaterals and Blood to Relieve Arthralgia for Cervical Spondylosis Patients of Nerve Root Type with Qi Stagnation and Blood Stasis Syndrome

LIN Weibin, JIANG Wei, HUANG Yong, et al

Abstract: Objective: To explore the therapeutic effect of Chinese medicinal recipe of relaxing tendon and activating collaterals and blood to removing arthralgia for cervical spondylosis patients of nerve root type with qi stagnation and blood

[收稿日期] 2014-04-18

[作者简介] 林伟斌 (1979-), 男, 主治医师, 主要从事骨科临床工作。