

# 小针刀疗法联合补肾健骨汤治疗膝骨关节炎临床观察

聂彦阁

辽河油田兴城康复医院康复科, 辽宁 兴城 125100

[摘要] 目的: 观察小针刀疗法联合补肾健骨汤治疗膝骨关节炎(KOA)的临床疗效。方法: 将94例KOA肝肾亏虚证患者按随机数字表法分为观察组和对照组各47例。对照组采用膝关节腔内注射玻璃酸钠、口服塞来昔布胶囊, 观察组采用小针刀疗法联合自拟补肾健骨汤治疗。疗程均为12周, 并进行12周的随访。分别于治疗前、治疗后、治疗结束后12周进行WOMAC量表和肝肾不足证评分。结果: 总有效率观察组为95.7%, 对照组为78.7%, 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后, 2组WOMAC量表疼痛、僵硬和关节功能各维度评分和总分均较治疗前下降( $P < 0.01$ ), 观察组疼痛、僵硬和关节功能评分和总分均低于对照组( $P < 0.01$ ); 随访12周后, 对照组疼痛、僵硬和关节功能评分和总分均较治疗后上升, 观察组在随访期上述指标与治疗前比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 各指标评分均低于对照组( $P < 0.01$ )。治疗后, 2组肝肾不足证评分均较治疗前下降( $P < 0.01$ ), 观察组下降更为显著( $P < 0.01$ )。随访12周后, 2组肝肾不足证评分均较治疗后升高( $P < 0.01$ ), 观察组肝肾不足证评分仍低于对照组( $P < 0.01$ )。结论: 小针刀疗法联合补肾健骨汤在减轻KOA疼痛、恢复关节功能、改善症状等方面的疗效优于膝关节腔注射玻璃酸钠联合口服塞来昔布胶囊, 并且作用持久, 值得临床使用。

[关键词] 膝骨关节炎(KOA); 小针刀疗法; 补肾健骨汤; 临床研究

[中图分类号] R684.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)06-0255-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.121

膝骨关节炎(KOA)是软骨与软骨下骨相互作用导致关节间隙变窄、关节边缘出现骨赘引起的慢性关节炎, 以膝关节疼痛、肿胀为主, 严重者伴有关节畸形及活动障碍, 极大地影响着患者的身体健康<sup>[1]</sup>。目前临床还是以保守治疗为主, 其治疗目的在于控制疼痛、减少残疾、改善关节功能和提高生活质量<sup>[2]</sup>。小针刀可松解瘢痕, 调节肌肉、韧带等组织的力学平衡, 并改善膝关节周围的血液循环, 是治疗KOA有效方法<sup>[3]</sup>。本研究探讨了在小针刀松解术后采用补肾健骨汤治疗KOA的临床疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照美国风湿病协会制定的KOA诊断标准<sup>[4]</sup>; 分级标准采用Kellgren-Lawrence标准<sup>[5]</sup>。

1.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[6]</sup>相关标准辨证属肝肾亏虚证。

1.3 纳入标准 符合KOA诊断标准, 单膝发病; Kellgren-Lawrence分级为Ⅰ~Ⅱ级者; 辨证属肝肾亏虚证; 年龄55~75岁; 取得知情同意。

1.4 排除标准 ①类风湿性关节炎、痛风、滑膜炎等导致的关节炎; ②有膝关节创伤史者; ③过敏体质、凝血功能障碍者; ④合并心、脑、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病及精

神病患者; ⑤有晕针、身体虚弱、病变部位感染等小针刀禁忌症者。

1.5 一般资料 选择本院2013年4月—2014年7月骨科收治的94例KOA患者, 采用随机数字表法分为对照组和观察组各47例。对照组男21例, 女26例; 年龄55~72岁, 平均(61.7±8.4)岁; 病程1.5~7.5年, 平均(3.6±1.7)年; Kellgren-Lawrence分级: Ⅰ级10例, Ⅱ级26例, Ⅲ级11例。观察组男24例, 女23例; 年龄55~75岁, 平均(62.1±7.9)岁; 病程2~8.5年, 平均(3.8±1.6)年; Kellgren-Lawrence分级: Ⅰ级9例, Ⅱ级25例, Ⅲ级13例。2组性别、年龄、病程及病情程度等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 膝关节腔注射玻璃酸钠注射液(上海昊海生物科技股份有限公司), 每次2 mL, 每周1次, 5次为1疗程。疼痛明显者服用塞来昔布胶囊(辉瑞制药有限公司), 每次0.2 g, 每天1次。

2.2 观察组 ①小针刀治疗: 选择并标记好疼痛点, 在膝内外侧副韧带和肌肉止点及髌上囊、膝内外侧支持带等处寻找1~3个压痛点并用龙胆紫标记后常规消毒。用2%利多卡因局

[收稿日期] 2015-02-10

[作者简介] 聂彦阁(1971-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医内科及退行性关节疾病。

部麻醉后将针刀从标记点刺入,沿肌肉(或韧带)纤维走行方向剥离3~5刀,术后常规予弹力绷带加压包扎,嘱患者卧床休息6h以上,1周内避免剧烈活动。每周1次,视情况给予第2次治疗。②补肾健骨汤,基本药物组成:熟地黄、鸡血藤、桑寄生各20g,骨碎补、川牛膝、菟丝子、秦艽、白芍各15g,千年健、羌活、川芎、桂枝各10g,红花、甘草各6g。每天1剂,常规水煎煮2次,取药液300mL,分早、晚2次服用。

2组疗程均为12周,疗程结束后进行12周随访。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①WOMAC骨性关节炎评分:包括疼痛部分5个、僵硬部分2个、关节功能部分17个共24项指标,每项根据不同程度分别记0~4分。分别于治疗前、治疗后、治疗结束后12周各进行1次评价。②肝肾不足证评分:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[9]</sup>相关标准评定。分别于治疗前、治疗后、治疗结束后12周各进行1次评价。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件分析数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 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)》<sup>[9]</sup>制定。临床控制:疼痛等症状消失,关节活动正常,X线显示正常,中医证候积分减少 $\geq 90\%$ ;显效:疼痛症状基本消失,关节功能基本正常,能参加正常活动和工作,X线显示明显好转, $70\% \leq$ 中医证候积分减少 $< 90\%$ ;有效:疼痛基本消失,关节活动轻度受限,参加活动或工作的能力有改善,X线显示有好转, $30\% \leq$ 中医证候积分减少 $< 70\%$ ;无效:未达到有效标准者。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组为95.7%,对照组为78.7%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	47	12	15	10	10	78.7
观察组	47	18	16	11	2	95.7 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组不同时点WOMAC量表评分比较 见表2。治疗后,2组WOMAC量表疼痛、僵硬和关节功能各维度评分和总分均较治疗前下降( $P < 0.01$ ),观察组疼痛、僵硬和关节功能评分和总分均低于对照组( $P < 0.01$ );随访12周后,对照组疼痛、僵硬和关节功能评分和总分均较治疗后上升,观察组在随访期上述指标与治疗前比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),各指标评分均低于对照组( $P < 0.01$ )。

4.4 2组不同时点肝肾不足证评分比较 见表3。治疗后,2组肝肾不足证评分均较治疗前下降( $P < 0.01$ ),观察组下降更为显著( $P < 0.01$ )。随访12周后,2组肝肾不足证评分均较治疗

后升高( $P < 0.01$ ),观察组肝肾不足证评分仍低于对照组( $P < 0.01$ )。

表2 2组不同时点WOMAC量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,  $n=47$ )分

组别	时间	疼痛	僵硬	关节功能	VOMAC总分
对照组	治疗前	12.8 $\pm$ 3.5	2.4 $\pm$ 0.5	44.7 $\pm$ 6.2	58.6 $\pm$ 10.4
	治疗后	6.5 $\pm$ 1.8 <sup>①</sup>	1.2 $\pm$ 0.4 <sup>①</sup>	20.5 $\pm$ 4.9 <sup>①</sup>	27.9 $\pm$ 5.6 <sup>①</sup>
	随访	8.1 $\pm$ 2.2 <sup>①</sup>	1.7 $\pm$ 0.4 <sup>①</sup>	23.9 $\pm$ 4.1 <sup>①</sup>	33.7 $\pm$ 7.3 <sup>①</sup>
观察组	治疗前	13.2 $\pm$ 3.7	2.3 $\pm$ 0.4	45.2 $\pm$ 7.4	60.3 $\pm$ 11.5
	治疗后	4.8 $\pm$ 1.5 <sup>②③</sup>	0.8 $\pm$ 0.3 <sup>②③</sup>	14.8 $\pm$ 4.6 <sup>②③</sup>	20.7 $\pm$ 5.5 <sup>②③</sup>
	随访	5.4 $\pm$ 1.7 <sup>②</sup>	0.9 $\pm$ 0.3 <sup>②</sup>	16.1 $\pm$ 4.3 <sup>②</sup>	22.9 $\pm$ 5.7 <sup>②</sup>

与前一时间点比较,① $P < 0.01$ ;与对照组同期比较,② $P < 0.01$

表3 2组不同时点肝肾不足证评分比较( $\bar{x} \pm s$ )分

组别	n	治疗前	治疗后	随访
对照组	47	18.6 $\pm$ 3.1	13.2 $\pm$ 2.6 <sup>①</sup>	15.7 $\pm$ 2.8 <sup>①</sup>
观察组	47	18.2 $\pm$ 3.4	7.5 $\pm$ 1.3 <sup>②③</sup>	10.2 $\pm$ 2.2 <sup>②③</sup>

与前一时间点比较,① $P < 0.01$ ;与对照组同期比较,② $P < 0.01$

### 5 讨论

中医学将KOA归为膝痛、历节风、骨痹等病证进行研究,肝肾亏损、气血不足、长期劳损、气滞血瘀、风寒湿邪痹阻经络是本病发生、发展的根本。肝主筋,肾主骨。肾精不足,则骨失濡养;肝虚无以养筋、束骨、利关节;又肾为寒水之经,痹阻经络而气血不通,筋骨失养,渐致筋挛。可见本病的根本在于肝肾亏虚,寒湿瘀滞为其标实<sup>[1,7]</sup>。

KOA的发病机制包括关节应力平衡失调说、自由基作用说、免疫反应作用说及性激素水平说等,其中应力平衡失调是造成KOA发病的重要病因<sup>[3]</sup>。针刀疗法能去除和松解局部组织粘连,使骨内压及局部组织异常压力下降,改善局部组织代谢,消除炎症反应,从而恢复膝关节周围的力学平衡,最终改善膝关节的活动功能,改善患者的膝关节症状,延缓疾病的发展<sup>[9]</sup>。补肾健骨汤中以熟地黄补肾填精,桑寄生、骨碎补、菟丝子补肾强腰膝,千年健、羌活、秦艽祛风湿、壮筋骨、止痛消肿,白芍柔肝舒筋,川芎、红花、川牛膝、鸡血藤活血通络,消肿止痛,桂枝温通经络止痛,甘草调和诸药。全方共奏补肾、活血、化湿、通络、消肿、止痛之功。

玻璃酸钠注射液经关节腔注射能提高关节液内玻璃酸钠的含量,使软骨表面形成自然屏障,起到润滑作用,从而减少组织间的摩擦,防止粘连,同时可缓冲压力对关节软骨的刺激,是目前西医保守治疗KOA的常用方法<sup>[3]</sup>。本研究结果显示,治疗后,观察组WOMAC量表各维度评分、总分及肝肾不足证评分均低于对照组,并且在随访期,观察组WOMAC量表各维度评分、总分和肝肾不足证评分也低于对照组,均提示了小针刀松解术联合内服补肾健骨汤在减轻KOA疼痛、恢复关

节功能、改善症状等方面的疗效优于膝关节腔注射玻璃酸钠联合口服塞来昔布胶囊,并且作用持久,值得临床使用。

#### [参考文献]

- [1] 黄伟毅,魏秋实,曾健英,等.独活寄生汤配合玻璃酸钠对膝骨关节炎患者生活质量的影响[J].广东医学,2014,35(15):2447-2450.
- [2] [美]菲尔斯坦.凯利风湿病学[M].栗占国,唐福林,主译.北京:北京大学医学出版社,2012:1641-1649.
- [3] 郑广程,郑海伟,张国辉,等.玻璃酸钠关节腔注射配合小针刀松解治疗膝骨关节炎疗效观察[J].中医正骨,2012,24(1):15-17.
- [4] 倪家骥.临床疼痛治疗技术[M].北京:科学技术文献出版社,2003:170-171.

- [5] Lequesne M. Indices of severity and disease activity for osteoarthritis[J]. Semin Arthritis Rheum, 1991, 20(6 Suppl 2): 48-50.
- [6] 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.
- [7] 雷寿斌,王刚,张斌,等.中药离子导入联合玻璃酸钠膝关节腔注射治疗早中期膝骨性关节炎[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(2):188-191.
- [8] 牛时季,孟庆才,刘颖,等.小针刀治疗膝骨关节炎的临床疗效观察[J].成都中医药大学学报,2013,36(2):45-46.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)

## 电针复合全麻醉对心内直视手术患者呼吸及循环功能的影响

严世平,杨红珍

鄂州市中医医院,湖北 鄂州 436000

[摘要] 目的:电针复合全麻醉对心内直视手术患者呼吸及循环功能的影响。方法:将88例行心内直视手术患者作为研究对象,依据临床麻醉方式分为全麻组和电针组,2组均给予丙泊酚、维库溴铵、芬太尼维持麻醉,电针组于麻醉诱导前取穴内关等行电针诱导15~20 min,维持针刺至手术完毕;观察切皮时(T<sub>1</sub>)、劈胸骨(T<sub>2</sub>)、建立体外循环前(T<sub>3</sub>)、心脏复跳后(T<sub>4</sub>)、建立体外循环后(T<sub>5</sub>)各时点时呼吸功能和循环功能变化情况,并记录呼吸恢复时间。结果:电针组PaO<sub>2</sub>在T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub>、T<sub>3</sub>时间点均高于全麻组,PaCO<sub>2</sub>在T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub>、T<sub>3</sub>时间点均低于全麻组,差异均有统计学意义(P<0.05)。电针组HR在T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub>、T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub>、T<sub>5</sub>均低于全麻组,差异均有统计学意义(P<0.05)。电针组麻醉镇定评分和呼吸恢复时间分别与全麻组比较,差异有统计学意义(P<0.05)。结论:针药复合麻醉下行心内直视手术,可减少对呼吸功能和循环功能的影响,有利于缩短呼吸恢复时间。

[关键词] 心内直视手术;针刺复合麻醉;循环功能;呼吸功能

[中图分类号] R654.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0257-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.122

心内直视手术常用于临床治疗心脏病中,但受到手术创伤、麻醉、疼痛等因素的影响,可能增加对机体的刺激,导致生理功能改变。早在20世纪70年代,针刺联合麻醉已用于手术治疗中,具有安全性高、麻醉效果好的特点,可缩短患者的恢复时间。然而,有研究表明,受到患者特异性的影响,无法对统一针刺穴位和麻醉方式,限制了其使用范围<sup>[1]</sup>。近年来,临床开始重视麻醉用药的安全性,针药复合麻醉作为无插管、浅睡眠麻醉方式,具有广泛应用前景。本研究分析了针药复合

全麻在心内直视手术中的应用情况,以提高手术安全性,结果报道如下。

#### 1 临床资料

1.1 纳入标准 ①年龄>18岁;②无精神疾病史;③符合心内手术适应症;④心功能分级为Ⅰ~Ⅱ级;⑤存在较好的针刺感<sup>[2]</sup>;⑥经医院伦理委员会批准,患者自愿签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①意识昏迷;②呼吸衰竭;③再次心脏手术治疗;④合并心力衰竭。

[收稿日期] 2015-03-15

[作者简介] 严世平(1973-),男,主治医师,研究方向:麻醉。