关节康结合关节镜技术治疗膝骨性关节炎23例

★ 梁笃[1] 樊粤光[2] 王海彬[2] (1.广东省广州市越秀区正骨医院 广州510405;2.广州中医药大学第一附属医院 广州510405)

摘要:目的:通过临床对比观察中药关节康结合关节镜技术治疗膝骨性关节炎的临床疗效,得出中药关节康结合关节镜对膝骨关节炎不同时期的防治效果和适用特点。方法:通过临床中、西医诊断标准筛选后的肝肾亏虚,血脉不利型膝骨关节炎患者46例进行随机分组为关节镜组及关节康+关节镜组各23例,疗程36周,参照膝关节骨性关节炎病情分级标准通过对患者疼痛症状,日常活动功能障碍及总计分进行临床观察。结果:治疗后两组患者疼痛症状平均分值、功能障碍平均分值和总计分平均分值较治疗前显著升高,膝关节临床症状明显减轻,关节功能显著改善。两组间疗效在治疗后4周、12周无显著性差异($P > 0.05$),两组间疗效在治疗后32周后存在显著性差异。结论:关节镜手术可以改善病人的关节功能.缓解疼痛,推迟人工关节置换的时间;补肾活血中药(关节康)对骨性关节炎患者短期内疗效并不突出,但随着随访时间的延长,患者可出现疗效上升的趋势;通过补肾活血中药配合关节镜手术取长补短,在临床中可取得满意疗效。

关键词:骨关节炎;膝关节康;关节镜技术

中图分类号:R 684.3 **文献标识码**:B

●临床报道●

骨性关节炎(osteoarthritis,OA)是骨科临床的多发病和常见病。笔者以中药复方关节康(广州中医药大学第一附属医院院内制剂)配合应用关节镜清理技术治疗膝骨性关节炎取得良好效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有46病例均来自本院2005年10至2007年10月骨科住院病人。其中男性18例,女性28例。年龄58~76岁,平均63.5岁。病程10个月~12年。

1.2 西医诊断标准 膝骨关节炎的诊断标准参照美国风湿病协会的膝关节骨性关节炎(1995)诊断标准[2](1)膝关节疼痛;(2)年龄 > 50岁;(3)晨僵 < 30分钟;(4)关节活动时有磨擦音;(5)膝关节X线检查见有骨赘形成。符合(1)、(5)与(2)~(4)中其中一项者可诊断为膝骨性关节炎。

1.3 中医辨证 肝肾亏虚,血脉不利。面色无华,精神萎靡,神疲气短,腰膝酸软,手足不温,小便清长,耳鸣耳聋,目眩,舌淡红、苔薄白,脉细。

1.4 纳入标准 符合上述诊断标准患者,无明显心、肝、肾、肺功能不全者;能坚持本病治疗者;辨证属于肝肾亏虚、血脉不利者。

1.5 排除标准 排除屈膝畸形、韧带损伤引起膝关节不稳、骨关节炎和髌骨或胫骨病变,心、肝、肾、肺功能不全者;不能坚持本病治疗者;辨证属于肝肾不足以外者;RF、血尿酸阳性者;膝关节有明显外伤史者;资料观察不全者。

2 方法

2.1 分组 46例患者随机分成两组:补肾活血中药+关节镜治疗组(II组)及关节镜治疗组(I组),经统计学处理,两组病例在病程、年龄及治疗前病情无显著性差异,两组具有可比性。其中一例关节镜组患者术后1个月失访,2例补肾活血中药+关节镜组患者因胃肠反应停服中药后被淘汰。

2.2 治疗方法 补肾活血中药(关节康)组成:骨碎补15 g,杜仲15 g,川牛膝12 g,熟地10 g,当归12 g,独活10 g,川芎10 g,红花6 g等。工艺流程:(略)。制成胶囊,规格:每粒含生药500 mg。疗程均为4周。

2.3 手术方法 两组病例全部在连续硬膜外麻醉下行膝关节镜下关节清理术。患者取仰卧位,应用气囊止血带,应用Stryker关节镜系统在电视监视下操作。采用膝前内和前外入路,按照需要添加辅助人路。依次观察髌上囊,髌股关节,股骨内、外侧髁,内、外侧隐窝,髁间窝,内、外侧半月板,交叉韧带。对观察到的病变行以下处理:清理退变剥脱软骨及修平关节面,影响关节活动的骨赘予以打磨或切除,摘除游离体,修整退变撕裂的半月板,对股骨髁间窝扩大成形,刨削增生的滑膜和脂肪垫,对软骨下硬化骨钻孔减压.松解导致髌股关节活动异常的外侧支持带。术中用大量生理盐水持续冲洗关节腔,弹力绷带包扎膝关节。麻醉恢复后即开始股四头肌锻

http://www.ajutcm.com

炼,术后第 6 周开始逐渐负重功能锻炼,随后在康复医师的指导下活动,争取恢复或超过术前的关节活动度。

2.4 统计学方法 采用自身配对 t 检验及方差分析,运用 SPSS 11.0 版统计软件包对数据资料进行统计学处理。

2.5 临床疗效评价 参照膝关节骨性关节炎Ⅱ期临床试验方案[3],膝关节骨性关节炎病情分级标准(WOMAC 指数)[4]与 Lequesne 膝关节骨性关节炎严重度指数[5]改良,通过对相关症状、体征进行综合计分来评价疗效。

(1)症状分数。行走疼痛(0 ~ 3 分):正常(-):无疼痛,0 分;轻度(+):在行走一段距离后偶有轻度疼痛,1 分;中度(++):行走后很快就有疼痛,但可带痛行走,2 分;重度(+++):行走时疼痛剧烈,需借助手杖或双拐,3 分。上下楼疼痛(0 ~ 3 分):正常(-):无疼痛,0 分;轻度(+):上楼或下楼偶有轻度疼痛,1 分;中度(++):上楼或下楼疼痛,下楼比上楼严重,可上下 3 层楼以上,2 分;重度(+++):上下楼痛重,下楼困难,不可上下 3 层楼,3 分。休息痛(0 ~ 3 分):正常(-):无疼痛,0 分;轻度(+):轻度疼痛,疼痛无论持续与否,可忍受,不影响睡眠,1 分;中度(++):中度或间歇性疼痛,疼痛一般不持续,但发作时痛苦,影响睡眠,2 分;重度(+++):重度疼痛或日夜持续性疼痛,且难以忍受,经常影响睡眠,3 分。屈膝痛(0 ~ 3 分):正常(-):半蹲无疼痛,0 分;轻度(+):半蹲时有疼痛,1 分;中度(++):全蹲时有疼痛,2 分;重度(+++):全蹲时疼痛而不能站立,3 分。膝部压痛(0 ~ 3 分):正常(-):无压痛,0 分;轻度(+):轻度痛,1 分;中度(++):压痛明显,病人疼痛且皱眉表示不适,2 分;重度(+++):压痛剧烈,病人疼痛且患肢退缩,3 分。

(2)功能指标,功能分数。膝部僵硬(0 ~ 3 分):正常(-):无僵硬感,0 分;轻度(+):膝部偶感僵硬,稍事活动即可自如,1 分;中度(++):膝部有僵硬感,活动 5 min 后即可自如,2 分;重度(+++):膝部僵硬明显,活动 10 min 后仍感僵硬,3 分。关节活动度(0 ~ 3 分):正常(-):伸直可达 0 度,活动自如,屈伸范围可达 150 度,0 分;轻度(+):膝部屈伸范围小于 140 度,大于 100 度,1 分;中度(++):屈伸范围小于 100 度,大于 60 度,2 分;重度(+++):屈伸范围小于 60 度,3 分。最大行走距离(15 min 内):最大行走距离超过 1 km,但受限制,1 分;最大行走距离 500 ~ 900m,2 分;最大行走距离 100 ~ 500 m,3 分;最大行走距离少于 100 m,4 分;行走时需借助单个手杖或单拐,+1 分;行走时需借助双手杖或双拐,+2 分。

3 结果

见表 1、2、3。

表 1 两组不同时段疼痛计分结果($\bar{x} \pm s$)

组别	疼痛计分			
	治疗前	治疗 4 周	治疗 12 周	治疗 36 周
Ⅰ组	10.06 ± 1.331	6.14 ± 2.072 *	8.43 ± 1.851 *	9.28 ± 1.127
Ⅱ组	10.18 ± 1.023	6.35 ± 1.790 *	7.74 ± 1.334 *	6.18 ± 2.061 * Δ

* 与治疗前比较 $P < 0.05$,Δ 与关节镜组比较 $P < 0.05$。

表 2 两组不同时段功能计分结果($\bar{x} \pm s$)

组别	功能计分			
	治疗前	治疗 4 周	治疗 12 周	治疗 36 周
Ⅰ组	6.54 ± 1.403	4.24 ± 1.153 *	5.37 ± 0.567 *	4.97 ± 0.705 *
Ⅱ组	6.23 ± 1.245	4.06 ± 0.976 *	5.10 ± 0.433 *	3.76 ± 0.586 * Δ

* 与治疗前比较 $P < 0.05$,Δ 与关节镜组比较 $P < 0.05$。

表 3 两组不同时段总计分结果($\bar{x} \pm s$)

组别	总计分			
	治疗前	治疗 4 周	治疗 12 周	治疗 36 周
Ⅰ组	16.54 ± 1.223	10.16 ± 1.116 *	12.54 ± 1.303 *	15.32 ± 1.403
Ⅱ组	16.54 ± 1.390	9.80 ± 1.403 *	10.47 ± 1.023 * Δ	8.76 ± 0.866 * ΔΔ

* 与治疗前比较 $P < 0.05$ Δ 与关节镜组比较 $P < 0.05$ ΔΔ 与关节镜组比较 $P < 0.01$。

4 讨论

4.1 关于膝骨关节炎的疗效评定标准 WOMAC 骨关节炎指数评分[4]是由 Bellamy1988 年首先提出,此评分是根据患者相关症状和体征来评价膝关节炎的严重程度及其治疗疗效。WOMAC 评分的有效性体现在能准确地反映出患者治疗前后的一些情况,如患者对治疗的满足程度。相对而言,此评分对于骨关节炎的评估还有着较高的可靠性。

4.2 关于关节镜治疗的讨论 关节镜下清理术治疗骨关关节炎可以清除关节内的致痛因子,去除软骨磨损后的碎屑,切除或修整破裂的半月板,去除影响关节活动的骨赘,解除关节的绞锁因素,纠正关节的功能紊乱,阻断炎症过程的恶性循环。两组病例均存在不同程度的关节软骨破损和骨赘形成。虽然目前尚无证据表明关节镜手术可以改变骨性关节炎的病理过程.阻止它的进展.但是我们的临床研究表明关节镜手术可以改善病人的关节功能.缓解疼痛,推迟人工关节置换的时间。本临床试验观察结果显示,关节镜下清理术对骨性关节炎患者短期内可见到比较明显的疗效,术后 4 周患者疼痛及功能均有明显改善,但随着随访时间的延长,患者可出现疗效下降的趋势。另外,需要指出的是,关节镜下选择性、有针对性的清理对治疗骨性关节炎是非常重要的。

4.3 对膝骨关节炎的病机认识 导师樊粤光教授

http://www.ajutcm.com

三联术结合中医三期辨治发育性髋脱位30例

★ 张恒青[1] 张琼[2] 熊名副[1] (1.江西省南昌市洪都中医院 南昌330008;2.江西农业大学医院 南昌330045)

关键词:三联术;发育性髋脱位;分期治疗
中图分类号:R 274.22 **文献标识码**:B

发育性髋关节脱位(develompmental dislocation of the hip,DDH)是指股骨头在关节囊内丧失它与髋臼的正常关系,以致不能正常发育,是一种较常见的发育性畸形。本课题组近年来通过中医辨证论治与手术相结合的治疗方法治疗较大儿童发育性髋关节脱位,临床功能恢复良好,且无股骨头坏死,术后再脱位等并发症,报告如下。

1 一般资料

诊断标准参照《发育性髓关节脱位诊断与治疗》[1],脱位按Tonnis分级,I度:髋臼发育不良;II度:头向外移位;Ⅲ度:头未超出外上缘;Ⅳ度:头超出外上缘。选择符合本例诊断标准且脱位均属Ⅲ~Ⅳ度的年龄在3~12岁的患者50例,随机分为治疗组和对照组。其中治疗组30例,采用三联术手术结合中医分期治疗;对照组20例,单纯手术治疗。两组在年龄、性别、病程、病情轻重的方面无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 手术方法 麻醉:基础麻醉加硬膜外麻醉,或全身麻醉。切口:患者取平卧,采用改良的Smith-Peterson切口。显露关节囊:将皮肤及皮下组织剥向两侧,切开髂前上棘远侧的阔筋膜于阔筋膜张肌与缝匠肌之间分离直达股直肌外缘。清理髋臼、切除及松解病变组织:十字切开关节囊,分离关节囊的内下方将其切除。外旋下肢将股骨头向前脱位切除圆韧带,找到小转子,切断髂腰肌的附着部。清理关节内的脂肪及结缔组织,切除遮盖髋臼口处的横韧带,直至露出髋臼底的软骨面。如髋臼软骨盂唇内翻要予以切除,对髋臼呈沟状畸形者进行部分修整。股骨粗隆下短缩旋转截骨:分离外侧皮瓣到大粗隆后外侧,切开髂胫束及骨膜,从股骨的外侧近端连同骨膜切开翻向前、后侧。将塑形好的四孔钢板固定股骨近端,用线锯截断股骨,并短缩1~2 cm。根据股骨颈前倾角的大小适当外旋下肢,纠正前倾角到15°左右,复位股骨用持骨钳临时固定,试行髋关节复位,观察前倾角纠正度数是否准确,如适中拧入螺丝钉固定。髋臼成形及植骨:用剥离器插入坐骨切迹,显露髋臼的前、上后缘,用骨刀沿髋臼上缘1.5

认为,膝骨关节炎好发年龄在60左右,患者大多肝肾亏损,筋骨不坚,筋不束骨,膝关节内外平衡打破,加速膝关节的退变。膝骨关节炎患者大多病程迁延日久,呈缓慢进行性发展,耗伤气血,必致气血亏虚,从而导致血脉不利的恶性循环。因此导师认为本病的病机以肝肾亏虚为本,血脉不利为标。治宜补益肝肾,益气行血。正如《灵枢·本脏篇》云:"血和则经脉流行,营复阴阳,筋骨劲强,关节清利矣"。本实验所选用的补肾中药以导师樊粤光教授的经验方关节康为主,选用补肾壮骨、活血化瘀中药组方而成,方中熟地性微温、味甘,具滋阴养血,补精益髓之效;补骨脂性大温,是补肾壮阳之要药;两药配伍,一阴一阳,互根互补,为君药。臣以杜仲补肝肾之阳而强筋骨,枸杞滋补肝肾之阴,丹参、川芎和红花活血养血,木香行气止痛,牛膝补肝肾且引血下行。诸药合用,补中有行,共达补肾壮骨、活血止痛之功效。

参考文献

[1] Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States[J]. Arthritis Rheum,1998,41:778-799
[2] Altman R,Asch E,Bleh D,et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis;classification of osteoarthritis the knee [J]. Arthritis Rheum. 1986,29:1 029.
[3] 高益民.膝关节骨关节炎Ⅱ期临床试验方案[J].中药新药与临床药理,1998,9(1):17
[4] Bellamy N. Validation study of WOMAC[J]. RheunlHt01,1988,15(I2):I833.
[5] Lequene M G,Mery C. Indexes of Severity for osteoarthrtis of the hip and the knee[J]. Scand J Rheumat01 Suppl,1987,65:85

(收稿日期:2008-12-20 责任编辑:周茂福)

http://www.ajutcm.com