

中西医结合治疗创伤性膝关节滑膜炎临床疗效观察

王小鹏¹ 谢水华²

(1 江西中医学院 2009 级研究生 南昌 330006; 2 江西省南昌市中西医结合医院 南昌 330003)

摘要:目的: 观察中药联合关节镜清理术治疗创伤性膝关节滑膜炎的临床疗效。方法: 回顾性分析 2009 年 10 月~2011 年 10 月南昌市中西医结合医院骨科收治的 60 例创伤性膝关节滑膜炎住院患者的情况, 关节镜下滑膜切除术联合中医辨证分型, 选取方药内服。随访(13.6± 6.7)个月(6~30 个月), 以中医病证评判疗效标准作为疗效判定标准。结果: 治愈 50 例、好转 8 例、未愈 2 例, 治愈率为 83.3%, 总有效率为 96.7%。结论: 中药联合关节镜术治疗膝关节创伤性滑膜炎是一种疗效确切、操作简单、微创、痛苦少、恢复快的治疗方法。

关键词: 创伤性关节炎; 中药; 关节镜术; 中西医结合疗法

中图分类号: R 686.7

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.024

膝关节是人体各关节中滑膜最多、关节面最大和结构最复杂的关节, 由于滑膜广泛并位于肢体较表浅部位, 故遭受损伤的机会较多, 主要是因为膝关节外伤和多种关节内损伤及病变造成的一组综合征, 治疗后复发率较高。本文回顾性调查了南昌市中西医结合医院中药联合关节镜下手术治疗 60 例创伤性膝关节滑膜炎患者, 以中医病证评判疗效标准作为评估标准, 并对随访资料进行了统计学处理, 以探讨中西医结合治疗创伤性滑膜炎的疗效及影响疗效的因素。

1 临床资料

1.1 一般资料 自 2009 年 10 月~2011 年 10 月, 南昌市中西医结合医院骨科收治的 75 例创伤性膝关节滑膜炎的患者, 除 15 例失去联系不能随访外, 其余 60 例均得到随访。60 例患者中男 34 例, 女 26 例, 均为单膝, 平均年龄(42.3± 7.63)岁, 病程 3 d~3 个月, 平均(1.54± 0.24)个月, 体重 54.4~72 kg, 平均(60.32± 5.27) kg。中医辨证分型: 气滞血瘀型 16 例, 风寒湿阻型 12 例, 脾肾不足型 14 例, 痰湿结滞型 18 例。合并半月板损伤 24 例, 行关节镜下半月板切除术 11 例、部分切除术 5 例、半月板缝合术 8 例; 交叉韧带损伤 5 例, 均行膝关节镜下自体腘绳肌腱移植的膝关节前交叉韧带重建术; 内外侧副韧带损伤 7 例, 4 例行切开带线锚钉修复术, 3 例石膏托外固定制动, 自行修复。

1.2 诊断标准 急性: 关节受伤后迅速肿胀, 逐渐加重, 膝关节周围的肌肉保护性痉挛, 伸屈受限, 浮髌试验阳性, 关节局部温度增高, 全身可有低热。慢性: 关节肿胀, 膨隆, 酸痛, 活动受限, 肌肉萎缩, 滑膜肥厚, 浮髌试验阳性, 肥厚的滑膜触之有摩擦音, 有轻压痛, 关节穿刺为淡红色或淡黄色液, 表面无脂肪滴。病程长者可能存在关节韧带松弛, 关节软骨软化。膝关节 MRI 显示膝关节积液。证候分类依据: (1)气滞血瘀型: 伤后即肿, 肿胀较甚, 按之如气囊,

广泛瘀斑, 疼痛, 活动时疼痛剧烈, 舌质红, 苔薄, 脉弦。(2)风寒湿阻型: 进行性反复性肿胀, 按之如棉絮, 游走性痛为风重, 重坠肿甚为湿重, 固定冷痛剧烈为寒重, 舌淡, 苔白, 脉弦滑。(3)脾肾不足型: 肿胀持续日久, 面色少华, 纳呆便溏, 肌肉萎缩, 膝软无力, 舌红光, 脉细无力。(4)痰湿结滞型: 肿胀持续日久, 肌肉硬实, 筋粗筋结, 膝关节活动受限, 舌淡, 苔白腻, 脉滑^[1]。

1.3 治疗方法 中药内服: (1)气滞血瘀型: 活血化瘀, 加桃红四物汤。(2)风寒湿阻型: 健脾利湿, 独活寄生汤加减。(3)脾肾不足型: 健脾利湿消肿, 加桂附地黄丸。(4)痰湿结滞型: 温阳利湿化痰, 五苓散合二陈汤。水煎服, 7 剂为 1 个疗程, 治疗 2~3 个疗程。手术治疗: 所有患者的创伤性膝关节滑膜炎均经过关节镜探查确认, 所有患者均由南昌市中西医结合医院操作熟练专科医生进行操作, 手术技术规范。手术步骤如下:

1.3.1 手术入路 所有患者均采用连续硬膜外麻醉, 麻醉成功后, 采用 6 个入路完成, 分别是外上、内上、前外、前内、后外和后内侧入路。后关节腔有 20% 的滑膜量, 用 80 mL 左右的液体充盈关节后, 在做前方入路之前, 先将后方入路做出, 充水后用锐性穿刺器带管向前内方穿刺, 退出穿刺器, 见套管内有水流出即证明进入了后关节间隙。

1.3.2 滑膜切除 滑膜切除之前, 首先对关节内部的结构进行详细地探查, 与一般的关节探查相同。探查从髌上囊开始, 经内外侧侧隐窝 - 股胫关节 - 内、外侧半月板周围 - 交叉韧带周围, 最后观察后关节腔。刨削遵循一定的顺序进行滑膜切除。髌上囊滑膜量大, 病变较典型, 取活检后从此处开始切除。首先经前外入路进镜观察, 经外上入路或前内入路切除髌上囊远端、内侧隐窝的滑膜。内侧隐窝较表浅, 经前外侧入路切除, 而外侧隐窝由于股骨外髁较高的缘故, 较深、较大, 应该从前外和外上两个入

路观察和手术，髌上囊近端的滑膜离前外入路较远，从此入路观察视野不清的情况下，改用外上入路观察，前外入路刨削。切除股胫关节腔的滑膜。从常规的前内和前外入路完成这一步骤，包括髌间窝、半月板边缘及下方、脂肪垫表面的滑膜和后关节腔的一小部分滑膜。半月板下方和软骨滑膜交界处的滑膜用弯曲的刨刀切除；对于半月板外后方及内后方边缘的滑膜，可采用经典入路观察，分别从前外侧和前内侧进刨刀切除，也可切除腓肌囊部的滑膜，切除后关节腔的滑膜。髌间窝清理干净后，从前内进镜，经前交叉韧带外侧、股骨外髌内侧和外侧半月板后角之间进入后外关节腔，再从后外入路进刨削刀，切除后外关节腔的滑膜；相反，经前外进镜，经后交叉韧带内侧、股骨内髌外侧和内侧半月板后角进入后内关节腔，后内入路进刨刀，切除后内关节腔的滑膜。

1.3.3 注意事项 在做探查时，止血带可暂时不充气，这样既可为下一步的手术操作节省止血带时间，也因滑膜保持了血运使其镜下滑膜的形态更典型。液体要有足够的高度，达手术部位平面的 1~1.7 m。

1.3.4 术后处理 关节腔内放置负压引流管。术后患肢加压包扎显著减少出血量。术后次日可开始股四头肌等长收缩锻炼，在出血量较少和疼痛较轻时，开始练习屈伸活动；在能耐受的情况下进行关节活动、大腿肌肉训练和负重行走。术后 10 d 左右拆线，一般 2 周患者关节的活动范围超过 90°，指导患者做主动屈伸功能锻炼，术后 4 周应恢复到手术前的活动范围^[2]。

2 疗效观察

2.1 疗效评估方法 对 60 例患者进行随访，经电话预约后面谈并进行体检。根据国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》评定^[3]：治愈：疼痛肿胀消失，关节活动正常，浮髌试验阴性，3 个月及半年无复发者。好转：膝关节肿痛减轻，关节活动功能改善。未愈：症状无改善，并见肌肉萎缩或关节强硬。

2.2 临床疗效 治愈 50 例，好转 8 例，未愈 2 例，治愈率为 83.3%，总有效率为 96.7%。所有随访患者中，除 2 例患者膝关节症状和功能没有改善外，58 例膝关节功能均有不同程度的改善和提高，症状有所减轻或消失。

2.3 影响疗效的相关因素 按照患者的性别、年龄、病程、辨证分型、合并半月板损伤情况进行分组，根据《中医病证诊断疗效标准》评定疗效，见表 1。结果表明中药联合关节镜术疗效与患者性别、年

龄、辨证分型、合并半月板损伤情况相关性不明显 ($P>0.05$)，但与病程的不同有显著差异 ($P<0.05$)，具有相关性。

表 1 治疗后相关因素组间疗效比较 例					
组别		<i>n</i>	治愈	好转	未愈
性别	男性	34	28	5	1
	女性	26	22	3	1
年龄	15~35 岁	8	7	1	0
	35~55 岁	36	29	6	1
	>55 岁	16	14	1	1
辨证分型	气滞血瘀型	16	13	3	0
	风寒湿阻型	12	11	1	0
	脾肾不足型	14	12	1	1
病程	痰湿结滞型	18	14	3	1
	3~7 d	20	19	1	0
	7~30 d	18	18	0	0
	30~60 d	14	11	3	0
	>60 d	8	2	4	2
	有	24	19	4	1
合并半月板损伤					
	无	36	31	4	1

2.4 不良反应 所有创伤性滑膜炎患者治疗后无明显并发症和合并症。2 例治疗后无明显改善均为病程超过了 60 d，经过再次关节镜清理及中药内服外敷后，症状得到缓解，功能得到改善。

3 讨论

中医学认为膝关节创伤性滑膜炎属“痹症、鹤膝风”的范畴^[4]。如清代高秉钧《疡科心得集》云：“鹤膝风者，以膝肿而月行腿枯细，如鹤膝之形而名之也。此症有二：有发之暴者为水鹤膝；有发之缓者为旱鹤膝。”此病多因外力致伤膝部，脉络受损，血不循经，溢于脉外而为瘀血；瘀血阻络、筋脉凝结，风寒湿邪侵入机体，郁滞患处；湿凝成痰，痰瘀互结，凝滞经脉为肿为僵为硬；筋脉失养，筋节挛缩使关节功能障碍。中医对膝关节炎性滑膜炎的认识仅作为膝部肿胀、疼痛证候，肿胀从“瘀血”、“水湿”辨证，疼痛从“痹证”辨证。外伤导致脉络损伤，血溢脉外，瘀血阻滞，不通则痛。脾主运化，肺主宣化，通调水道，肾主气化，脾、肺、肾失调则水湿运化失常，湿为痰之渐，痰为湿之聚，痰湿互结凝聚，阻于经络、骨节、肌肉之间，肾阳亏损，气化不行，水湿积聚，筋骨失养，故局部肿胀疼痛。早期损伤者多表现为气血瘀滞，瘀而发热，局部疼痛肿胀明显，皮肤有烧灼感。慢性期多表现为肿胀酸痛，皮肤皤白，肌肉轻度萎缩，且反复发作，依据体质与临床表现，可分为气滞血瘀型、风寒湿阻型、脾肾不足型、痰湿结滞型。中药治疗起效往往相对较慢，但持续服用具有较好的效果。

膝关节创伤性滑膜炎系急性外伤或慢性劳损等刺激而产生的膝关节滑膜的无菌性炎症反应，退变引起的滑膜炎的发病因素还与年龄、遗传代谢、肥胖及膝关节的生物力学改变、激素分泌、其他药物的作用相关。病理表现为滑膜的充血、水肿及滑

中药保留灌肠减少尿毒症患者血液透析次数的研究

雷霆 张天民 秦明珠 孙伟刚 牛顷 吴云霞

(甘肃省天水市第一人民医院 天水 741000)

摘要:目的:探讨中药保留灌肠配合血液透析治疗尿毒症时减少透析次数的可行性。方法:选择 60 例慢性肾衰竭尿毒症患者,随机分为治疗组(30 例)和对照组(30 例),两组除采取一般治疗外,治疗组每周透析 2 次,加用中药保留灌肠每晚 1 次;对照组每周透析 3 次,观察两组治疗前后临床生化指标变化。结果:治疗 2 个月后,两组透析效果、生活质量及肾功能改善情况均无明显差异($P>0.05$)。结论:中药保留灌肠可减少尿毒症患者的血液透析次数,延长透析间隔时间,不影响患者的生活质量及透析效果。

关键词:尿毒症;中药灌肠;血液透析

中图分类号:R 692.5

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.025

血液透析(Hemodialysis,简称血透)是慢性肾衰竭尿毒症期患者的常规替代治疗方法,由于其费用高,使患者及家庭不堪重负。为此,我们开展了中药保留灌肠行结肠透析以减少血透次数的研究,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 60 例患者,均为病情稳定且连续每周 3 次透析 1 个月以上的患者,随机分为两组。对照组(正常血透组)30 例,男 18 例,女 12 例,平均年龄 53.63 岁;治疗组(血液透析加中药灌肠组)30 例,男 16 例,女 14 例,平均年龄 51.43 岁。

1.2 病例纳入标准 (1)除糖尿病外的各种原因所致的尿毒症患者(血 $SCr \geq 707.2 \mu\text{mol/L}$, $CCr < 10 \text{ mL/min}$),如慢性肾炎、高血压肾病、慢性间质性肾炎及多囊肾等;(2)年龄 18~65 岁;(3)维持性血透 1 个月以上。

1.3 治疗方法

1.3.1 一般治疗 两组患者均采用足热量优质蛋白饮食、纠正贫血、控制血压及对症等治疗。

1.3.2 血液透析 对照组充分血透每周 3 次,所有病例选用金宝 6LR 型透析器,碳酸盐透析,透析液膜增厚或机化粘连,因组织间渗透压改变,关节液的吸收与分泌失衡,产生大量渗液,同时滑膜细胞活跃而产生大量黏液素,渗液中含有白细胞、红细胞、胆红素、脂肪黏液和纤维素,滑膜及软骨浸泡在积液中,受到炎性物的刺激,反过来加重滑膜水肿,关节内压增高,静脉及淋巴回流受阻,形成恶性循环。关节镜治疗滑膜炎的作用机理:(1)关节内增生变性的滑膜可以通过关节镜下清理,有害物质的产生可以得到有效的减轻。(2)大量液体关节内冲洗,带走有害物质,滑膜减少了炎性物质的刺激,增生性滑膜也随着减轻,有利于滑膜的正常修复^[4]。(3)合并的半月板损伤、关节软骨损伤或退变、韧带损伤可以在关节镜下得到有效的治疗。(4)有效降低了关节腔内压力,改善血液及淋巴系统循环。中

流量 500 mL/min,血流量 200~300 mL/min,时间 4.5 h;治疗组每周血透 2 次,透析条件同对照组,每晚中药保留灌肠 1 次(除外透析当日)。

1.3.3 中药灌肠 治疗组加用中药保留灌肠,组方:大黄 25 g,煅牡蛎 30 g,丹参 15 g,当归 24 g,黄芪 20 g,蒲公英 15 g。灌肠方法:上述药物加水 400 mL,煎取药液 250 mL,保留灌肠,保留 1 h 后排出。

1.4 观察指标 观察血透前后患者症状、体征(胃纳、精神、尿量及大便等)变化,检测血透前后尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr),计算 CCr 、 Kt/V 、 $TACurea$,1 个月为 1 个疗程,连续观察 2 个月。

1.5 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计学软件,计量资料以 $(\bar{X} \pm S)$ 表示,组间比较采用 t 检验。

2 治疗结果

观察期间所有患者精神可,胃纳佳,治疗组患者大便保持稀软便,2~3 次/d。治疗组延长透析间隔时间后,肾功能改善情况及透析的充分性与对照组比较,无显著性差异($P>0.05$),两组透析前后 BUN、SCr、 CCr 、 Kt/V 、 $TACurea$ 变化见表 1、表 2。治疗结束后,治疗组对残余肾功能(以 CCr 表示)保护作用与对照组无显著性差异($P>0.05$)。见表 1。

医辨证施治联合关节镜术治疗创伤性膝关节滑膜炎是疗效确切、操作简单、微创、痛苦少、恢复快的治疗方法,值得临床推广。鉴于本研究的随访病例数有限,较难对其它可能影响中药联合关节镜术治疗后疗效的因素进行统计学分析,如合并交叉韧带损伤、侧副韧带损伤等这些问题尚待今后进一步研究。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.185
[2]敖英芳.膝关节镜手术学[M].北京:北京大学医学出版社,2004.94-96
[3]崔国有,宋泽新.四妙散加味配合温针灸治疗膝关节滑膜炎[J].长春中医药大学学报,2007,23(2):60
[4]张继源,肖瑾,陈建福,等.膝关节滑膜炎的关节镜治疗[J].大理学院学报,2005,15(S1):15-16

(收稿日期:2012-04-17)