

正清风痛宁缓释片辅助治疗对膝骨性关节炎患者 临床疗效、膝关节功能的影响

李陶冉

(河南省郑州人民医院风湿免疫科 郑州 450003)

摘要:目的:分析在膝骨性关节炎患者治疗中加用正清风痛宁缓释片的效果。方法:选择 2018 年 3 月至 2020 年 3 月收治的 60 例膝骨性关节炎患者,随机分成观察组和对照组各 30 例。观察组采用双醋瑞因胶囊联合正清风痛宁治疗,对照组采用双醋瑞因胶囊治疗。观察两组治疗总有效率、临床症状评分、疼痛评分、膝关节功能评分。结果:观察组治疗总有效率为 96.67%,对照组为 80.00%,对照组低于观察组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗前,观察组临床症状评分为(8.53 ± 1.08)分,对照组为(8.49 ± 1.14)分,组间对比无显著差异($P>0.05$),治疗后,观察组临床症状评分(1.43 ± 0.18)分明显低于对照组的(3.28 ± 0.59)分,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗前,两组膝关节功能评分及总分对比无显著差异($P>0.05$);治疗后,观察组各维度膝关节功能评分及总分均显著优于对照组及治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗第 2 周、第 4 周、第 8 周,两组视觉模拟评分法(VAS)评分降低,但观察组降低更为明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:正清风痛宁缓释片辅助治疗膝骨性关节炎,可提高临床疗效,缓解临床症状及疼痛,改善膝关节功能。

关键词:膝骨性关节炎;正清风痛宁;双醋瑞因胶囊

中图分类号:R684.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.06.021

在现代临床工作中,骨性关节炎(Osteoarthritis, OA)是骨科与风湿科常见病之一,以老年人多见。目前,OA 的病因及发病机制尚未明确,可能与关节对线不良、劳损、肥胖、年龄、性别等因素有关^[1]。膝骨性关节炎(Knee Osteoarthritis, KOA)的主要特征是关节病变及关节软骨的退化,主要临床表现为膝关节功能障碍、疼痛及肿胀,从而会导致患者的生活质量降低,严重影响患者的正常生活,加大可能滋生焦虑、抑郁等负面情绪,不及时治疗会威胁到患者生命^[2]。近年来在治疗风湿病领域中正清风痛宁应用逐渐增多,该方法能够减轻患者的疼痛程度^[3],从而提升患者的生活质量,改善患者的预后结果。正清风痛宁具有消肿镇痛、祛风除湿、活血通络的效果,对人体的免疫功能具有兴奋作用,可以提高体内淋巴细胞的转化率,并且具有镇静的作用。双醋瑞因通过抑制骨关节炎白细胞介素-1(IL-1),诱导软骨生成,达到消炎镇痛的作用^[4]。基于此,本研究旨在分析正清风痛宁辅助治疗膝骨性关节炎的效果,从而为膝骨性关节炎患者的治疗提供参考依据。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经医院医学伦理委员会审

核批准[伦审号:2021(0120)],选择 2018 年 3 月至 2020 年 3 月医院收治的 60 例膝骨性关节炎患者,随机分成观察组和对照组各 30 例。观察组男 16 例,女 14 例;年龄 40~65 岁,平均年龄(58.23 ± 7.35)岁;平均病程(2.14 ± 0.41)年。对照组男 13 例,女 17 例;年龄 38~66 岁,平均年龄(59.13 ± 7.51)岁;平均病程(2.02 ± 0.38)年。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。纳入标准:年龄 ≥ 18 岁;确诊为重度膝骨性关节炎(膝关节疼痛非常严重,日常生活严重受损);临床资料完整,既往病史清晰,发病前具有自主交流能力;患者及家属对本研究内容知情,并自愿签署知情同意书。排除标准:存在严重的肝肾衰竭或合并其他严重基础性疾病;合并精神类疾病;对本研究所应用的治疗方法有异议或不予配合;治疗依从性及沟通能力差;病历资料不全。

1.2 治疗方法 两组患者均采用基础常规治疗,包括健康宣教、运动治疗、物理治疗、行动辅助治疗等。在基础常规治疗的基础上,对照组应用双醋瑞因胶囊(国药准字 HJ20150130)治疗,50 mg/次,2 次/d。观察组在对照组的基础上加用正清风痛宁缓释片(国药准字 Z20010174)治疗,120 mg/次,2 次/d。两

组治疗时间均为 8 周。

1.3 观察指标

1.3.1 治疗总有效率 临床疗效分为临床控制、显效、有效、无效 4 个级别,膝关节功能全部恢复正常,膝关节僵硬、肿胀、疼痛等症状完全消除为临床控制;膝关节僵硬、肿胀、疼痛等症状基本消除或明显好转,膝关节功能基本达到正常标准为显效;膝关节功能部分改善,膝关节僵硬、肿胀、疼痛等症状部分消除为有效;患者经过治疗后膝关节僵硬、肿胀、疼痛等症状及膝关节功能无改善为无效。总有效率=(临床控制例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.3.2 临床症状评分 治疗前后对两组患者膝关节僵硬、肿胀、疼痛等临床症状进行评分,0~9 分,临床症状越严重则得分越高。

1.3.3 视觉模拟评分法(VAS)评分 治疗第 2 周、第 4 周、第 8 周采用 VAS 评分评价两组患者疼痛程度,患者的 VAS 评分总分为 10 分,分数越高表明患者疼痛越严重。

1.3.4 膝关节功能评分 治疗前后采用 Lysholm 膝关节评分评价患者膝关节功能,包括疼痛、不安定度、闭锁感、肿胀度、跛行、楼梯攀爬、蹲姿、使用支撑物等 8 维度,总分为 100 分,分数越高表明患者膝关节功能越好^[9]。

1.4 统计学方法 本研究采用 SPSS20.0 统计学软件进行数据分析,计数资料用%表示并行 χ^2 检验,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示并行 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 观察组治疗总有效率为 96.67%,对照组为 80.00%,对照组低于观察组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比[例(%)]					
组别	n	临床控制	显效	有效	无效
观察组	30	7(23.33)	12(40.00)	10(33.33)	1(3.33)
对照组	30	5(16.67)	8(26.67)	11(36.67)	6(20.00)
χ^2					4.043
P					0.044

2.2 两组临床症状评分对比 治疗前,观察组与对

照组临床症状评分组间对比无显著差异($P>0.05$);治疗后,观察组临床症状评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床症状评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	n	治疗前	治疗后
观察组	30	8.53± 1.08	1.43± 0.18
对照组	30	8.49± 1.14	3.28± 0.59
t		0.140	16.427
P		0.445	0.000

2.3 两组 VAS 评分对比 治疗第 2 周、第 4 周、第 8 周,两组 VAS 评分降低,但观察组降低更为明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组 VAS 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)				
时间	对照组(n=30)	观察组(n=30)	t	P
治疗第 2 周	7.89± 1.75	8.66± 1.05	2.067	0.022
治疗第 4 周	3.66± 1.07	4.66± 1.05	3.654	0.000
治疗第 8 周	1.26± 0.53	3.38± 1.02	10.102	0.000

2.4 两组治疗前后膝关节功能对比 治疗前,两组各维度膝关节功能评分及总分对比无显著差异($P>0.05$);治疗后,两组各维度膝关节功能评分及总分均优于治疗前,且观察组显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组治疗前后膝关节功能对比(分, $\bar{x} \pm s$)					
评分项目	时段	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t	P
疼痛	治疗前	9.56± 2.35	9.65± 2.41	0.146	0.442
	治疗后	23.41± 1.47	19.45± 1.98	8.795	0.000
不安定度	治疗前	11.42± 2.54	11.61± 2.36	0.300	0.383
	治疗后	23.52± 1.55	19.66± 2.01	8.329	0.000
闭锁感	治疗前	5.45± 0.85	5.59± 1.01	0.581	0.282
	治疗后	13.25± 1.01	9.33± 1.11	14.307	0.000
肿胀度	治疗前	3.56± 0.85	3.49± 0.94	0.303	0.382
	治疗后	7.65± 0.95	5.77± 0.79	8.334	0.000
跛行	治疗前	2.35± 0.36	2.38± 0.41	0.301	0.382
	治疗后	3.52± 0.45	3.01± 0.34	4.953	0.000
楼梯攀爬	治疗前	3.75± 0.85	3.81± 0.88	0.269	0.395
	治疗后	7.57± 1.02	5.65± 1.12	6.942	0.000
蹲姿	治疗前	2.38± 0.35	2.41± 0.39	0.314	0.377
	治疗后	3.75± 0.41	3.14± 0.39	5.904	0.000
使用支撑物	治疗前	2.44± 0.39	2.42± 0.42	0.191	0.425
	治疗后	3.55± 0.42	3.10± 0.36	4.456	0.000
总分	治疗前	42.35± 6.75	43.24± 6.96	0.503	0.309
	治疗后	88.54± 6.44	71.65± 7.95	9.042	0.000

3 讨论

膝骨性关节炎的发病率随年龄的增长而增加,总体发病率约为 8%,当被调查人群的年龄在 50 岁以上时,发病率会>60%^[6]。膝骨性关节炎主要靠临床症状、影像学检查、实验室检查以及体格检查综合确诊,早期主要进行保守治疗,如服用非甾体消炎药,包括布洛芬、对乙酰氨基芬等止痛药;服用钙片,以对抗骨质疏松;在关节腔内注射透明质酸衍生物和糖皮质激素等^[7]。除了药物治疗之外,常见的治疗方式还有日常生活调节、热敷或冷敷、功能锻炼、减肥及心理治疗等。关节融合术和关节置换术则是膝骨性关节炎的最终治疗手段。

在中医学中,OA 属于“骨痹”的一种,“骨痹”这一病名始见于《黄帝内经》,在《素问·痹论篇》中提到:“风寒湿三气杂至,合而为痹。”在《医衡·痹症析微》这一书中,清代的沈时誉提到,痹的形成多与气滞血瘀、脉络瘀阻或感受风寒湿邪、经脉痹阻有关^[8]。现代中医学则认为骨痹的常见病因为风寒湿外邪侵袭、气滞血瘀痰凝、脾胃虚弱、肝阴肝血虚、肾阴虚及肾虚,认为膝骨性关节炎的发病与脾肝肾有关^[9]。

正清风痛宁缓释片具有消肿镇痛、祛风除湿、活血通络的效果,主要成分是青藤碱。青藤碱是从清风藤根中提取出来的,具有活血通络、消肿止痛、祛风除湿的效果^[10]。相关研究表明,前列腺素是引起发热、疼痛和炎症的主要因素,正清风痛宁缓释片可以抑制人体中前列腺素的合成,从而起到镇痛抗炎的效果,且无耐药性、呼吸抑制等副作用^[11]。另外正清风痛宁缓释片对人体的免疫功能具有兴奋作用,可以提高体内淋巴细胞的转化率,纠正抑制 T 细胞功能缺陷这一负面影响,增强对抗体过量产生这一现象的监视效果,使得病理性的体液免疫异常增高下降,直至恢复正常^[12]。正清风痛宁缓释片还具有镇静

的作用。双醋瑞因胶囊可诱导软骨生成,具有止痛、抗炎及退热作用,不抑制前列腺素合成,对骨关节炎有延缓病程进展的作用。

本研究探讨正清风痛宁缓释片辅助治疗膝骨性关节炎的效果,对收治的 60 例膝骨性关节炎患者进行分组治疗,结果显示观察两组治疗总有效率、临床症状评分、VAS 评分、膝关节功能评分均优于对照组,表明应用正清风痛宁缓释片辅助治疗膝骨性关节炎的临床疗效显著,对患者膝关节功能的影响明显,可以为膝骨性关节炎患者的治疗提供参考依据。

综上所述,正清风痛宁缓释片辅助治疗膝骨性关节炎,可提高临床疗效,缓解临床症状及疼痛,改善膝关节功能,效果显著,值得推广。

参考文献

[1]刘陆,安玉芳.基于 JNK 信号通路探讨乌头注射液对膝骨性关节炎兔软骨细胞的保护作用[J].中国中医药科技,2019,26(5):669-671.
[2]王小川,易天新,冷文飞,等.正清风痛宁联合曲安奈德膝关节注射治疗膝骨性关节炎疗效观察[J].实用中医药杂志,2019,35(9):1111-1112.
[3]谢宝真,李冬冬,殷娜,等.平乐膝痛宁熏蒸联合冲击波治疗早中期膝骨性关节炎的临床疗效研究[J].中医临床研究,2019,11(25):109-111.
[4]韩涛,张成亮.彩超介入下应用正清风痛宁注射液治疗膝骨性关节炎疗效观察[J].临床合理用药杂志,2017,10(13):56-57.
[5]马玉峰,祁印泽,贺立娟,等.膝骨性关节炎肌骨超声滑膜病变与 Lysholm 评分的相关性分析[J].中国中医骨伤科杂志,2016,24(11):19-23.
[6]张永,刘福仁,顾翠华.正清风痛宁联合玻璃酸钠治疗膝骨性关节炎(风寒湿痹)随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2019,33(4):59-61.
[7]方菁,熊辉,陆小龙,等.蠲痹历节清方联合正清风痛宁经皮透药治疗急性痛风性关节炎 30 例[J].湖南中医杂志,2018,34(6):62-64.
[8]黄楚泉,林揆斌,丁云岗,等.正清风痛宁片联合非布司他治疗痛风性关节炎的疗效观察及作用机制研究[J].成都医学院学报,2018,103(2):224-227,232.
[9]赵景学,唐晨,彭丽岚.正清风痛宁片针序贯配合超激光等疗法治疗膝骨性关节炎的疗效观察[J].中国疗养医学,2014,23(11):999-1001.
[10]张琦,陈文勇.正清风痛宁缓释片联合双醋瑞因治疗膝骨性关节炎的疗效观察[J].现代药物与临床,2019,34(2):477-480.
[11]黄小艳,付杰,徐小鸿,等.电针联合正清风痛宁穴位注射治疗膝骨性关节炎的临床研究[J].基层医学论坛,2018,22(19):2716-2717.
[12]徐力,李永琳,刘庆.正清风痛宁注射液电致孔给药治疗膝骨性关节炎 45 例临床研究[J].人人健康,2018,485(24):210.

(收稿日期: 2021-12-09)

(上接第 56 页) 老年代偿期乙型肝炎后肝硬化患者效果研究[J].

实用中西医结合临床,2021,21(8):63-64.
[10]魏超,江鸿,邓先桂,等.茵芪三黄解毒汤联合常规西医治疗慢性乙型肝炎肝胆湿热证患者的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2021,25(9):37-40,51.
[11]谭年花,陈斌,彭杰,等.乙肝相关性慢加急性肝衰竭“阳黄 - 阴黄 - 阴黄”不同证候分型患者 Treg/Th17 的表达[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(2):33-38.
[12]李健民,张卫平,梁栋,等.益气养血化瘀汤治疗慢性乙型肝炎急性发作期的临床效果[J].中国医药导报,2021,18(21):142-145.

[13]姜付泉,张秋香,孙凤霞,等.黄芪化纤汤对慢性乙型肝炎患者肝功能与肝纤维化指标的影响[J].世界中医药,2022,17(1):104-107,111.
[14]梁泳,李苗,周诗澜,等.基于方证辨证之茵陈四逆汤治疗慢性乙型肝炎阴黄患者临床观察[J].实用肝脏病杂志,2018,21(6):975-976.
[15]王秀峰,钟云青,张荣臻,等.温阳化浊退黄汤治疗乙肝相关慢加急性肝衰竭的临床研究[J].中国中医急症,2019,28(9):1540-1542,1546.
[16]李静,李翻红,田淑菊,等.中医辨证论治治疗 96 例慢加急性肝衰竭前期乙肝肝郁脾虚证患者的疗效评价[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(4):272-275,279.

(收稿日期: 2021-12-09)