

小针刀配合舒络止痛汤熏洗治疗寒痹型膝骨关节炎 50 例临床观察

徐君君, 刘鸿, 袁淑芬, 蔡剑飞, 叶翛然, 郑海焕

丽水市中医医院, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察小针刀配合舒络止痛汤熏洗治疗膝骨关节炎(寒痹型)的临床疗效。方法: 将 102 例膝骨关节炎患者随机分为 2 组各 51 例; 对照组采用常规西医药物治疗; 治疗组在对照组治疗方法的基础上, 先用小针刀疗法横行剥离切割病变部位, 术后 3 天配合舒络止痛汤熏洗患膝关节处。采用 Lysholm 量表(LKSS)和“西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数”(WOMAC)对 2 组治疗前后的膝关节进行评分; 采用视觉模拟评分法(VAS)评价治疗前和治疗 2 周、4 周患者的疼痛。结果: 总有效率治疗组 94.12%, 对照组 80.39%, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。治疗组治疗后 LKSS 评分比对照组高, 而 WOMAC 比对照组少, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。治疗组治疗 2 周和 4 周患者的 VAS 评分低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 在西医常规治疗基础上, 小针刀配合舒络止痛汤熏洗治疗膝骨关节炎能有效缓解患者疼痛, 改善关节活动功能, 提高生活质量。

[关键词] 膝骨关节炎; 寒痹证; 小针刀; 舒络止痛汤; 熏洗

[中图分类号] R684.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0196-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.092

膝骨关节炎(Knee osteoarthritis, KOA)是一种常见的慢性关节疾病, 以关节疼痛、僵硬伴活动受限为主要症状。国内 KOA 的患病率高达 8.3%, 是老年人疼痛和致残的主要原因之一^[1]。其中寒痹型是 KOA 常见证型。由于 KOA 患病率和致残率高, 给患者家庭和社会带来极大负担。目前, 临床主要采取缓解疼痛、延缓或阻止病情发展的治疗方法, 对 KOA 尚无根治疗法。小针刀作为中医微创技术的一种, 治疗 KOA 取得了较为满意的疗效。中药熏洗对 KOA 患者进行局部用药, 药液气化后, 直接作用于病患部位, 达到活血祛瘀、舒筋活络的效果。舒络止痛汤是笔者长期用于治疗 KOA 寒痹证的有效方药, 具有祛风湿、活血祛瘀、通络止痛的作用。笔者采用小针刀结合舒络止痛汤熏洗治疗寒痹型膝骨关节炎, 取得较好疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 研究选择膝骨关节炎(寒痹型)患者 102 例, 为丽水市中医医院针灸科门诊 2012 年 2 月—2014 年 12 月患者, 按照随机数字表法分为 2 组各 51 例。治疗组男 22 例, 女 29 例; 年龄 42~65 岁, 平均(53.6±7.9)岁; 病程 0.6~3 年, 平均(1.8±0.5)年。对照组男 24 例, 女 27 例; 年龄 39~67 岁, 平均(55.7±8.1)岁; 病程 1.1~4 年, 平均(1.9±0.4)年。2 组年龄、性别、病程等一般资料比较, 差异均无统计学

意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 西医诊断标准 依据《骨关节炎诊治指南》^[2]拟定: 近 1 月大多数时间有膝痛; X 线摄片示骨赘形成; 关节液检查符合骨性关节炎; 年龄≥40 岁; 晨僵≤30 min; 活动伴有骨摩擦音。满足上述 条或 条, 或 条者可确诊。

1.3 寒痹诊断辨证标准 依据《中医病证诊断疗效标准》^[3]关于骨痹(寒痹型)确定。主症: 膝关节疼痛、怕冷。次症: 膝部肿胀, 屈伸不利, 遇寒加重, 得热减轻。舌脉: 舌质淡、苔白, 脉沉细缓。满足主症和 2 个以上次症, 结合舌脉即可确诊。

1.4 纳入标准 符合西医诊断标准; 符合中医诊断标准; 年龄 40~70 岁; 病程 0.5~5 年; 关节功能 ~ 级; 签署知情同意书。

1.5 排除标准 合并其他关节疾病, 如类风湿性关节炎、感染性关节炎、痛风性关节炎者; 并发症影响关节的疾病者; 严重心、肝、肾、血液系统等疾病及精神病患者; 3 月前接受激素治疗; 孕妇或者哺乳期患者以及精神异常者; 有药物过敏史或体质过敏者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规西药涂抹法: 双氯芬酸二乙胺凝胶(黄

[收稿日期] 2015-01-16

[作者简介] 徐君君 (1982-), 男, 中医师, 研究方向: 针刺治疗颈椎病、腰腿痛、脊髓损伤、妇科、神经系统及脑病等相关疾病。

石卫生材料药业有限公司, 国药准字 H20040301) 膝部涂抹治疗, 每次挤出 4 cm 均匀涂抹于膝部, 每天 3 次。

2.2 治疗组 采取小针刀结合中药熏洗法治疗。小针刀疗法: 患者取仰卧、屈膝位, 膝下垫枕, 暴露术野。依据膝关节周围病变, 寻找筋结、条束状及压痛点。龙胆紫标记, 碘酒、乙醇消毒, 1% 利多卡因注射液局麻。针刀于标记点垂直入针, 横行剥离切割 5~10 下, 有松动感即可。术后于针刀口处敷创可贴。舒络止痛汤熏洗: 小针刀术后 3 天采用活络止痛汤熏洗患肩。舒络止痛汤方药组成: 木瓜 40 g, 鸡血藤、川牛膝、乌梢蛇各 15 g, 独活、防己、雷公藤、千年健、地龙、蚕砂、细辛、全蝎、甘草各 10 g, 桂枝 9 g。将药煎汤至沸腾, 蒸汽薰蒸患膝, 以患者耐受为度; 当药液降至 50℃, 用毛巾浸湿药液用力擦洗, 范围为膝关节上下 20 cm; 当药液低于 30℃, 重新加热药液, 重复熏洗, 每次 20 min, 每天 2 次。熏洗过程注意保暖。

2 组疗程均为 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 膝关节运动功能评价: 采用 Lysholm 量表 (Lysholm knee score scale, LKSS)^[4] 评分。包括有无跛行、是否需要支撑物、有无绞锁、有无关节不稳、有无疼痛、有无肿胀、上下楼梯有无困难、下蹲有无困难, 分数越高, 表示功能越好, 于治疗前后各测评 1 次。西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数 (WOMAC) 评价^[5], 包括: 疼痛、僵硬和日常生活受限 3 个方面, 内容涉及 24 项, 每项分 5 个等级计分: 0 分(无)、1 分(轻)、2 分(中)、3 分(重)、4 分(很重); 得分越高, 表明关节功能越差; 疼痛视觉模拟评分法 (VAS)^[6]: 先在纸上绘制一条 10 cm 长的线段, 最左端代表无痛, 最右端代表疼痛最剧烈; 评估时患者自行在线上标记他的疼痛水平; 2 组均在治疗前、治疗第 2 周和治疗第 4 周后各测评 1 次。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 16.0 分析, 计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 比较采用 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[7], 临床控制: 膝部症状、体征完全消失, 膝关节活动度 $> 120^\circ$, 日常活动无影响。显效: 膝部症状、体征基本消失, 膝关节活动度 $91^\circ \sim 120^\circ$, 日常活动稍有影响。有效: 膝部症状、体征有缓解, 膝关节活动度 $61^\circ \sim 90^\circ$, 日常活动部分受限。无效: 未达上述标准。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 94.12%, 对照组 80.39%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。

4.3 2 组治疗前后 LKSS 和 WOMAC 评分比较 见表 2。2 组治疗后 LKSS 评分均升高, 而 WOMAC 评分均下降, 治疗前后比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗组治疗后 LKSS 评分比对照组升高, 而 WOMAC 比对照组减少, 2 组比较,

差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。

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(%)
治疗组	51	15	21	12	3	94.12
对照组	51	11	14	16	10	80.39

与对照组比较, ① $P < 0.05$

表 2 2 组治疗前后 LKSS 和 WOMAC 评分比较 ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	n	LKSS	WOMAC
治疗组	治疗前	51	40.74 ± 5.46	91.12 ± 10.39
	治疗后	51	82.56 ± 9.23	43.20 ± 5.27
对照组	治疗前	51	41.85 ± 5.39	90.86 ± 11.01
	治疗后	51	69.61 ± 7.29	51.23 ± 5.44

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

4.4 2 组治疗前后疼痛 VAS 评分比较 见表 3。2 组治疗 2 周、4 周患者 VAS 评分均降低 ($P < 0.01$); 治疗组治疗 2 周和 4 周 VAS 评分低于对照组, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 3 2 组治疗前后疼痛 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
治疗组	6.28 ± 2.03	2.53 ± 0.59	1.04 ± 0.37
对照组	6.26 ± 2.21	3.29 ± 0.61	2.63 ± 0.49

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同时点比较, ② $P < 0.01$

5 讨论

现代医学认为, KOA 的发病机制可能是在力学和生物学因素协同作用下引起软骨细胞、细胞外基质以及软骨下骨三者降解与合成耦联失衡导致^[1]。中医学将 KOA 归属于“痹证”“骨痹”和“膝痹”范畴, 认为该病的主要病机为风寒湿侵入, 经络阻滞, 营卫凝涩, 机体气血运行失畅, 而致痹证。《内经》云: “痹也, 风寒湿杂至, 犯其经络之阴, 合而为痹。痹者闭也, 三气杂至, 壅闭经络, 血气不行, 故名为痹。”因此, 临床治疗当以祛风湿、活血祛瘀、通络止痛为治则。

针刀疗法是中医理论和现代西医成果相结合而成的抑制新型疗法。通过分离、祛除膝骨关节炎病变组织, 小针刀疗法能够改善膝关节局部血液循环, 降低膝内压, 从而缓解膝关节疼痛症状, 达到改善膝关节功能的目的。至今, 已有大量临床研究证实了小针刀疗法治疗 KOA 具有确切的临床疗效^[7]。

中药熏蒸法是一种借助热力给药的治疗方法, 结合了热疗和药疗双重作用。中药熏洗法能够通过热力扩张局部毛细血管, 改善代谢, 达到舒筋活络止痛的效果。在本研究中, 笔者采用舒络止痛汤对膝部进行熏洗, 方中独活具有祛除风湿、散寒解表的作用, 善祛膝部风湿; 木瓜、蚕砂除湿利痹, 缓急

舒筋；防己祛风湿，利水消肿；千年健祛风湿，强健筋骨；细辛、桂枝解表散风寒兼温通经脉；雷公藤祛风除湿，活血消肿，通络止痛；鸡血藤活血止痛，舒筋活络；川牛膝性善下行，能补肝肾，强筋骨，又能通血脉，利关节；上述活血药与祛风湿药配伍，寓“治风先治血，血行风自灭”之意。乌梢蛇、全蝎药性善走，具祛风通络、镇痉止痛之功效；甘草调和诸药。因此，众药合用，在热力作用下，极大发挥祛风湿、止痹痛、活血通络之功。本研究结果显示，小针刀结合舒络止痛汤熏洗治疗膝骨关节炎寒痹证可减轻患者疼痛，改善生活治疗，提高膝关节功能，其疗效优于单纯西药治疗。

[参考文献]

- [1] 卓乃强, 万永鲜, 张喜海, 等. 中药内服加熏洗在膝骨性关节炎关节镜清理术后的应用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(24): 278.
- [2] 中华医学会骨科学分会. 骨关节诊治指南[M]. 北京: 人

民卫生出版社, 2007: 80.

- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 49.
- [4] Tegner Y, Lysholm J. Rating system in the evaluation of knee ligament injuries [J]. Clin Orthop Relat Res, 1985, 19(8): 43-49.
- [5] Bellamy N. Pain assessment in osteoarthritis: experience with the WOMAC osteoarthritis index [J]. Sem in Arthritis Rheum, 1989, 18(Suppl 2): 14-17.
- [6] 赵英. 疼痛的测量和评估[J]. 中国临床康复, 2002, 6(10): 2347.
- [7] 丁方平, 王人彦, 张玉柱, 等. 小针刀配合手法松解治疗膝骨关节炎的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(4): 1275-1277.

(责任编辑: 刘淑婷)

不同刺激量针刺方案对缺血性脑卒中患者面瘫恢复效果的影响

包承东^{1 2}

1. 浙江中医药大学第三临床医学院, 浙江 杭州 310053; 2. 东阳市人民医院康复科, 浙江 东阳 322100

[摘要] 目的: 比较不同刺激量针刺方案对缺血性脑卒中后面瘫患者恢复效果的影响。方法: 纳入 100 例缺血性脑卒中后面瘫患者作为研究对象, 并随机分为观察 1、2、3、4 组及对照组, 各 20 例。观察 1~4 组均针刺合谷穴, 给予不同刺激量, 并作常规面瘫针刺处理, 对照组则给予缺血性脑卒中常规药物处理。评估 5 组患者的治疗效果, 分析不同针刺方案对缺血性脑卒中后面瘫患者恢复进程的影响。结果: 总有效率观察 2 组为 100%, 观察 1 组与观察 3 组均为 90.0%, 与对照组相比, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察 2 组总有效率稍高于同 1、3 组, 但差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。与治疗前相比, 观察 1~4 组治疗后评分均有明显上升 ($P < 0.05$); 其中观察 2 组 H-B 量表评分上升幅度为 (18.0±4.5) 分, TFGS 量表评分上升幅度为 (7.0±0.8) 分, DNFG 量表评分上升幅度为 (9.5±8.4) 分, 与其他 4 组上升值比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 不同进针方向及行针时间均可能对缺血性脑卒中后面瘫患者的临床效果产生影响, 且以逆经脉斜向进针, 行针时间 5 s 的针刺方案疗效更佳, 患者面部神经及肌肉恢复速度快, 临床症状改善明显。

[关键词] 缺血性脑卒中; 面瘫; 针刺; 合谷

[中图分类号] R743.31 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 09-0198-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.093

中枢性面瘫是缺血性脑卒中的常见并发症之一, 由面神经核上行神经通路受损所致, 通常累及对侧下部肌肉, 临床特征

多表现为额纹、口角歪斜、皱眉、鼻唇沟变浅等。中枢性面瘫患者基于受到面肌功能的影响, 通常合并一定程度的心理障

[收稿日期] 2015-05-13

[作者简介] 包承东 (1984-), 男, 在职研究生, 中医师, 研究方向: 针灸推拿。