

表2 两组患者临床疗效比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	肝区疼痛	腹胀	乏力	纳差	大便不畅	苔腻	脉滑数
治疗组 (n=40)	治疗前	1.82 ± 0.71	1.63 ± 0.62	2.61 ± 0.83	2.82 ± 0.61	1.58 ± 0.45	2.18 ± 0.38	2.38 ± 0.43
	治疗后	0.59 ± 0.43 <sup>***▲</sup>	0.61 ± 0.33 <sup>***▲</sup>	0.69 ± 0.23 <sup>***▲</sup>	1.21 ± 0.43 <sup>***▲</sup>	0.65 ± 0.26 <sup>***▲</sup>	0.81 ± 0.13 <sup>***▲</sup>	0.92 ± 0.46 <sup>***▲</sup>
对照组 (n=38)	治疗前	1.79 ± 0.72	1.61 ± 0.52	2.66 ± 0.92	2.89 ± 0.81	1.54 ± 0.42	2.20 ± 0.32	2.37 ± 0.45
	治疗后	0.94 ± 0.62 <sup>*</sup>	1.03 ± 0.41 <sup>*</sup>	0.99 ± 0.31 <sup>*</sup>	1.84 ± 0.64 <sup>*</sup>	1.09 ± 0.23 <sup>*</sup>	2.01 ± 0.41	2.19 ± 0.32

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ,\*\* $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,▲ $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者血清 ALT、AST 活性及血清 TCh、TG 含量变化 治疗组与对照组治疗前后血清 ALT、AST 活性及 TCh、TG 含量均有所改善( $P < 0.05, P < 0.01$ ),但以治疗组改善明显( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 两组患者血清 ALT、AST 活性及血清 TCh、TG 含量变化 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	ALT(U · L <sup>-1</sup> )	AST(U · L <sup>-1</sup> )	TCh(mmo · L <sup>-1</sup> )	TG(mmo · L <sup>-1</sup> )
治疗组 (n=40)	治疗前	78.24 ± 8.43	75.86 ± 6.32	8.31 ± 1.11	2.63 ± 0.64
	治疗后	37.56 ± 4.21 <sup>***▲</sup>	38.42 ± 3.37 <sup>***▲</sup>	5.45 ± 0.52 <sup>***▲</sup>	1.54 ± 0.56 <sup>***▲</sup>
对照组 (n=38)	治疗前	76.23 ± 7.46	77.58 ± 7.31	7.93 ± 1.31	2.76 ± 0.75
	治疗后	59.78 ± 8.54 <sup>*</sup>	58.42 ± 7.38 <sup>*</sup>	6.33 ± 0.48 <sup>*</sup>	1.93 ± 0.59 <sup>*</sup>

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ,\*\* $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,▲ $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者肝脏 B 超改善情况比较 治疗组 B 超改善总有效率优于对照组( $P < 0.05$ )。见表4。

表4 两组患者肝脏 B 超改善情况比较(例数 · %)

组别	例数	恢复正常	减轻	无效	总有效率
治疗组	40	17(42.50)	20(50.00)	3(7.50)	37(92.50) <sup>▲</sup>
对照组	38	12(31.58)	18(47.37)	8(21.05)	30(78.94)

注:与对照组比较,▲ $P < 0.05$ 。

2.5 不良反应 在治疗期间两组患者均未因发生不良反应而终止治疗。

### 3 讨论

中医中并无“脂肪肝”病名,根据临床表现可以归属于“癥积”、“肥气病”、“痰浊”、“胁痛”等范畴<sup>[6]</sup>。“十一五”国家中医药管理局中医肝病重点专科协作组将 NAFLD 的中医病名定为“肝癖”。目前普遍认为,本病起因多为过食肥甘厚味、饮食不节、或七情内伤、或感受湿邪、或久病体虚引起肝失疏泄,脾失健运,湿邪、痰浊、瘀血等病理因素互结胁下所致,终

成湿热蕴结、痰瘀阻滞之证<sup>[7]</sup>。

皂术茵陈方是在临床肝病常用方茵陈蒿汤的基础上,配伍皂角刺、白术而成。方中白术健脾,脾健则尽其分清泌浊之职,化精微为气血,化水湿为津液,以绝浊脂代谢之源;皂角刺活血化痰以除浊脂之患;茵陈以其清利湿热善于清肝利胆、栀子清热降火,通利三焦,引湿热自小便而出;大黄泻热逐瘀,通利大便,导瘀热由大便而下。诸药合用,共奏“清热利湿、化痰活血”之效,切合本病“湿热”、“痰瘀”的病机特点,具有显著的治疗非酒精性脂肪性肝炎的药理效应<sup>[8]</sup>。

(下转第 64 页)

# 中药内服外熨治疗膝骨关节炎 33 例临床观察

● 孙丽萍 徐明伟<sup>▲</sup>

**摘要** 目的:探讨中药内服外熨治疗膝骨关节炎的临床疗效。方法:将 66 例膝骨关节炎患者随机分为治疗组和对照组各 33 例,治疗组采用中药内服外熨法进行治疗,对照组采用单纯中药内服法进行治疗,2 组治疗 20 天后比较疗效及症状改善情况。结果:治疗组总有效率 84.85%,对照组总有效率 60.61%,组间比较差异显著 ( $P < 0.05$ ),且治疗组在患者疼痛、关节活动不利、行走困难等症状改善方面优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论:中医内服外熨治疗膝骨性关节炎疗效理想,充分体现了中医在骨科疾病的治疗方面内外兼顾的治疗原则和特色,值得在临床推广应用。

**关键词** 中药内服 中药外熨 膝骨关节炎 临床观察

膝骨关节炎 (Knee Osteoarthritis, KOA) 是一种以关节间隙狭窄、软骨退变、软骨下骨硬化或囊性变、关节周围骨赘形成、关节滑膜增生肥厚及关节囊挛缩等表现为主的退行性病变。临床以关节疼痛、肿胀、屈伸不利等功能受损为主要特征,严重影响中老年患者的生活<sup>[1]</sup>。目前临床多应用非甾体抗炎镇痛药以缓解疼痛,此外手术、关节腔注射、针灸、中药口服、外敷、功能康复训练等多种治疗手段也均有一定的临床疗效。本研究自 2011 年 1 月起开展中药内服配合中

药外熨治疗膝骨关节炎,疗效显著,且操作简单适用,安全无毒副作用,患者易接受。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 66 例患者均为南京中医药大学附属江阴中医院于 2011 年 1 月~2014 年 1 月期间住院采用保守治疗患者,随机分为治疗组与对照组,每组 33 例,两组在性别、年龄、病程等比较差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ ),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别		年龄(岁)	病程(年)	左膝(例)	右膝(例)	双膝(例)
		男	女					
治疗组	33	14	19	55.09 ± 5.46	5.12 ± 1.29	12	15	6
对照组	33	12	21	56.21 ± 5.57	4.95 ± 2.07	10	16	7

## 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照中华医学会风湿病学分会制订的《骨关节炎诊断及治疗指南》<sup>[2]</sup>:①1 个月大多数时间有膝关节疼痛;②X 线示骨赘形成;③关节液检查符合 OA;④年龄 > 40 岁;⑤晨僵 ≤ 30min;⑥有

骨摩擦音。满足①+②条或①+③+⑤+⑥条或①+④+⑤+⑥条者可诊断 KOA。

1.2.2 中医症候诊断标准 参照国家药品监督管理局制定的《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[3]</sup>:①肝肾不足、筋脉瘀滞证:关节疼痛,胫软膝酸,关节活动不利,运作牵强,舌质偏红,苔薄或薄白,脉滑或弦;②脾肾两虚、湿注骨节证:关节疼痛,肿胀积液伴有活动受限,舌质偏红,或舌胖质淡,苔薄或薄腻,脉

**▲通讯作者** 徐明伟,男,副主任医师,主要从事关节与创伤诊治研究。E-mail: 1401320893@qq.com

• 作者单位 南京中医药大学附属江阴中医院(214400)

滑或弦;③肝肾亏虚、痰湿交阻证:关节疼痛,肿胀肥厚感,疾弱少力,伴见骨节肥大,活动受限,舌质偏红,或舌胖质淡,苔薄或薄腻,脉滑或弦细。

1.2.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准者;②一侧或双侧膝关节患有骨关节炎者;③近1个月内未服用药物或采取其它治疗方法者;④年龄 $\geq 45$ 岁者,男女不限;⑤自愿加入研究并签署知情同意书者。

1.2.4 排除标准 ①不符合骨性关节炎诊断标准者;②不属于药物作用范围内患者;③并发症影响到关节者,如牛皮癣、梅毒性神经病、褐黄病、代谢性骨病、急性创伤等;④哺乳妊娠或准备妊娠的妇女;⑤过敏体质及对多种药物过敏者;⑥合并心血管、脑血管、肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重原发性疾病及精神病患者;⑦病情危重,难以对研究的有效性和安全性作出确切评价者。

1.3 治疗方法 治疗期间确保两组患者均不进行负重活动,并尽量多休息,两组均治疗20天比较疗效。

1.3.1 治疗组 采用中药内服外熨法进行治疗。①中药内服:以补益肝肾,活血化痰为主。组方:骨碎补10g,独活10g,熟地10g,当归15g,杜仲10g,续断10g,鹿含草10g,牛膝10g,羌活15g,川乌6g,红花6g,甘草3g。兼脾虚湿胜者加茯苓15g,桂枝10g;见骨节肥大、痰湿交阻者加半夏6g,天南星6g。②中药外熨法:将煎煮后的药渣装入药袋,同药液一起放入蒸锅内加热;暴露患者治疗部位,并放置一次性高分子垫单,将药袋放在治疗部位,垫单包裹药袋保暖固定。每次治疗约1小时,每日2次。在治疗过程中要注意保暖及保护隐私,并加强巡视,密切注意观察患者的身体状况,观察病人的局部皮肤情况,有无烫伤,随时询问病人的感觉,如有头晕、心慌、胸闷等不适感觉,停止热敷,对初次使用者,尤其是老人、体弱者,在治疗时间和温度上应循序渐进。药熨具体药物组成:羌活10g,制川乌15g,干姜5g,细辛3g,土鳖虫5g,红花10g,川芎10g,赤芍10g,当归10g,炙麻黄5g,白芷10g,透骨草15g,桃仁5g,天花粉10g,乳香5g,穿心莲10g,威灵仙10g,独活10g。

1.3.2 对照组 单纯采用中药内服法进行治疗,药物组方及辨证施治同治疗组。

1.4 观察指标 主要观察关节疼痛、肿胀、活动不利、局部怕冷、晨僵、疼痛夜重等症状。①疼痛:0分

(正常):无疼痛;2分(轻度):仅活动后疼痛,且疼痛较轻;4分(中度):休息时亦痛,但疼痛不持续,尚不影响正常工作生活;6分(重度):休息时疼痛,疼痛影响正常工作或生活。②活动不利:0分(正常):无活动不利;1分(轻度):屈伸困难,但活动范围不受限;2分(中度):屈伸困难,活动范围稍受限;4分(重度):屈伸困难,活动范围明显受限。③局部怕冷:0分(正常):无局部怕冷;1分(异常):有局部怕冷。④晨僵:0分(正常):无晨僵;1分(异常):有晨僵;⑤疼痛夜重:0分(正常):无疼痛夜重;1分(异常):有疼痛夜重。⑥蹲起困难:0分(正常):无蹲起困难;1分(轻度):蹲起困难,无需其它帮助;2分(重度):蹲起困难,需其它帮助。⑦上下楼困难:0分(正常):无上下楼困难;1分(轻度):上下楼困难,无需其它帮助;2分(重度):上下楼困难,需其它帮助。⑧行走困难:0分(正常):行走困难;1分(轻度):行走1Km后出现;2分(重度):行走即出现。

## 1.5 疗效评定标准

1.5.1 临床症状积分评定 对两组患者各临床症状积分采用半定量化判定标准:总积分为18分:轻度为0~6分,中度为7~12分,重度为13~18分。

1.5.2 临床疗效评定 ①临床控制:临床疼痛等症状消失,关节活动正常,积分减少 $\geq 95\%$ ,X线显示正常。②显效:疼痛等症状消失,关节活动不受限,积分减少 $\geq 70\%$ , $< 95\%$ ,X线显示明显好转。③有效:疼痛等症状基本消除,关节活动轻度受限,积分减少 $\geq 30\%$ , $< 70\%$ ,X线显示有好转。④无效:疼痛等症状与关节活动无明显改善,积分减少 $< 30\%$ ,X线无改变。(注:计算公式(尼莫地平法)为:[(治疗前积分-治疗后积分) $\div$ 治疗前积分] $\times 100\%$ )

1.6 统计学方法 应用SPASS19.0软件进行数据处理,数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计量资料采用 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者临床症状改善情况比较 治疗20天后,两组各症状均得到有效控制,特别是明显缓解了关节疼痛、活动不利等症状,改善行走困难,提高了生活质量,且治疗组改善程度优于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。