

# 穴位埋线联合关节腔注射玻璃酸钠治疗膝关节骨性关节炎 60 例临床观察

麦凤香 朱月芹 曹海波 胡雨华 牛桦 何晓华 宋秀娟 陈佳

(银川市中医医院针灸科, 银川, 750001)

**摘要** 目的:比较单纯玻璃酸钠膝关节腔注射与膝关节局部穴位埋线联合玻璃酸钠膝关节腔注射的即时、近期与远期疗效,以探寻本病的较佳疗法。方法:自 2009 年 1 月至 2012 年 12 月,门诊及住院共收集膝关节骨性关节炎患者 120 例共 164 膝,随机分为治疗组和对照组,治疗组 60 例 86 膝,行膝关节局部穴位埋线联合玻璃酸钠膝关节腔注射治疗,对照组 60 例 78 膝,行单纯玻璃酸钠膝关节腔注射治疗。根据治疗前、治疗 5 周后、治疗后 3 个月及治疗后 6 个月进行 HSS 评分对照比较,以评估 2 组治疗的即时、近期以及远期效果。结果:治疗组和对照组 HSS 评分,治疗前与治疗 5 周后、治疗后 3 个月、治疗后 6 个月比较并进行统计学分析,治疗 5 周后治疗组优良率 60%,对照组优良率 53.3% ( $P>0.05$ ),差异无统计学意义;治疗后 3 个月随访期时治疗组优良率 70.0%,对照组优良率 45.0% ( $P<0.05$ ),差异有统计学意义。治疗后 6 个月随访时治疗组优良率 76.7%,对照组优良率 35.0% ( $P<0.01$ ),差异有统计学意义。结论:单纯玻璃酸钠膝关节腔注射与膝关节局部穴位埋线联合玻璃酸钠膝关节腔注射对于治疗膝关节骨性关节炎均有一定的效果,即时效果经统计学分析无明显统计学意义,但膝关节局部穴位埋线联合玻璃酸钠膝关节腔注射治疗在近期和远期效果都优于单纯膝关节腔注射玻璃酸钠治疗。

**关键词** 穴位埋线;关节腔注射;玻璃酸钠;膝关节骨性关节炎;近期与远期疗效比较

## Clinical Observation on Acupoint Catgut Embedding Combined with Articulation Injection of Sodium Hyaluronate Treating 60 Knee Osteoarthritis Patients

Mai Fengxiang, Zhu Yueqin, Cao Haibo, Hu Yuhua, Niu Hua, He Xiaohua, Song Xiujuan, Chen Jia

(Department of Acupuncture and Moxibustion, Yinchuan Traditional Chinese Medicine Hospital, Yinchuan 750001, China)

**Abstract Objective:** To compare the instant, short and long-term effects of pure knee joint cavity injection of sodium hyaluronate and the combination of knee joint local acupoint catgut embedding and the sodium hyaluronate injection, and to explore a better method of treatment. **Methods:** One hundred and twenty patients with 164 knee osteoarthritis treated in our hospital from January 2009 to December 2012 were randomly divided into treatment group and control group. In the treatment group, there were 60 patients with 86 knees to be treated, and the knee joints were treated with local point catgut embedding and the sodium hyaluronate injection. In the control group, there were 60 patients with 78 knees to be cured, and the knee joints were treated with pure sodium hyaluronate injection. According to the HSS score before the treatment, 5 weeks, 3 months and half a year after treatment, the instant, short and long-term effects were evaluated. **Results:** Five weeks after treatment, the effective rate in treatment group was 60% and that of the control group was 53.3%, and there was no statistically significant difference. Three months after treatment, the effective rate in treatment and control group were respectively 70% and 45%, and there was statistically significant difference. Half a year after the treatment, the effective rates of treatment group and control group were respectively 76.7% and 35%, and the difference was statistically significant. **Conclusion:** Both the pure injection of sodium hyaluronate and the combination of local acupoint catgut embedding and the sodium hyaluronate injection have certain effects on the osteoarthritis of the knees. The instant effects are no significantly different, but in the short and long term, the effect of the acupoint catgut embedding therapy combined with sodium hyaluronate injected into articular cavity shows better effectiveness than the simple intro-articular injection of sodium hyaluronate.

**Key Words** Acupoint catgut embedding; Intro-articular injection; Sodium hyaluronate; Articular cartilage; Comparison of short and long-term effects

中图分类号: R245.9+1; R684.3 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.12.024

膝关节骨性关节炎 (Osteoarthritis, OA) 是一种临床常见的骨关节病, 多发于 40 岁以上的中老年人, 大

多为膝关节同时或先后发病或一侧轻一侧重。一般表现为膝关节肿痛变形,膝关节内翻与外翻,伸屈不利,活动受限,起蹲困难,上下楼梯时疼痛加重,反复发作,时轻时重,严重时可出现膝关节腔内积液或韧带绞锁等现象。目前对早、中期患者一般采用保守疗法,中医治疗包括内服中药、针刺、艾灸、推拿、膏药外贴、中药熏洗等,西医治疗采用口服非甾体抗炎药、糖皮质激素及玻璃酸钠关节腔内注射等。笔者自 2009 年 1 月至 2012 年 12 月对本院门诊及住院 120 例骨关节炎患者,进行随机分组,60 例采用玻璃酸钠关节腔注射治疗,60 例采用穴位埋线联合玻璃酸钠关节腔注射治疗,2 组进行对照观察,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 120 例患者均为本科门诊患者,共 164 膝,按就诊先后顺序,随机分为对照组和治疗组,对照组 60 例 78 膝,治疗组 60 例 86 膝。2 组患者性别、年龄、病程、等一般资料经统计学处理,差异无统计学意义。详见表 1。

表 1 2 组膝骨关节炎患者一般资料比较

| 组别  | 例数 | 性别(例) |    | 年龄(岁) |    |       | 病程(月) |     |           |
|-----|----|-------|----|-------|----|-------|-------|-----|-----------|
|     |    | 男     | 女  | 最大    | 最小 | 平均    | 最短    | 最长  | 平均        |
| 治疗组 | 60 | 31    | 29 | 76    | 42 | 56±12 | 3.0   | 252 | 42.8±39.6 |
| 对照组 | 60 | 26    | 34 | 78    | 40 | 57±9  | 4.0   | 276 | 45.7±43.2 |

1.2 诊断标准 符合美国风湿病协会制定的膝骨关节炎的诊断标准<sup>[1]</sup>:1)一个月内大多数时间有膝痛。2)X 线片显示有骨赘形成。3)关节液检查符合骨关节炎。4)年龄≥40 岁。5)晨僵≤30 min。6)可闻及骨擦音。具备 1)、2)或 1)、3)、5)、6)或 1)、4)、5)、6)者即可诊断为膝骨关节炎。

1.3 纳入标准 符合诊断标准;近 2 个月之内未曾接受其他药物及中医治疗措施者;自愿接受本治疗 5 周及随机分组,并且分别于完成治疗后及治疗后 3 个月、治疗后 6 个月进行疗效评估者。

1.4 排除标准 近 2 个月之内曾接受非甾体抗炎药、糖皮质激素、针灸、推拿、中药熏洗、膏药外贴等治疗而影响疗效观察者;伴有严重胃、肠、心、肝、肾功能不全者,有全身感染或传染性疾病者,血糖控制不良的糖尿病患者;合并有类风湿关节炎、痛风性关节炎及肿瘤等;关节置换手术后;合并有其它影响膝关节疼痛疾病,如髌关节病变,腰椎间盘突出等;治疗过程中出现任何不良反应及中途退出者。

## 2 治疗方法

2.1 治疗组 1)穴位埋线:以局部取穴为主,取疼痛膝关节的阳陵泉、阴陵泉、足三里、血海、梁丘、鹤顶、治

瘫穴(髌骨尖上 4 寸)、委中。操作:用注线法。埋线材料选用 PGLA 医用可吸收缝线,针具选用一次性专用埋线针。穴位局部碘伏消毒 3 遍后,左手绷紧穴位上下部皮肤,右手拿持带可吸收缝线的埋线针,使针尖垂直快速刺入皮下。阳陵泉、阴陵泉、足三里均直刺 2 cm 后注入肠线,血海、梁丘针尖分别斜向上与皮肤夹角呈 70°刺入 1.5 cm 后注入肠线,治瘫穴直刺使针尖抵达骨膜后后退 2 mm 后注入肠线,鹤顶针尖斜向上与皮肤夹角呈 45°刺入抵达骨膜后后退 2 mm 后注入肠线,委中直刺 1 cm 注入肠线。(这种刺法与深度可保证肠线不进入关节腔)于治疗第 1 天、第 8 天、第 15 天、第 22 天、第 29 天分别埋线一次,共治疗 5 次。2)患膝关节腔内注射玻璃酸钠:患者仰卧,膝下垫一 20 cm 高薄枕,使膝关节微屈放松,于外侧髌股间隙作为穿刺注射部位,观察穿刺部位有无红肿、溃破等局部表现,碘伏严格消毒 3 遍,选用 7 号注射针头,穿刺点 2%利多卡因 1 mL 皮下浸润麻醉后,缓慢直刺,使针尖无阻力进入关节腔,回吸无血,见少量关节液则证明进入关节腔,若关节腔有积液,应先抽出积液再注射药物,抽出的关节液要观察其性状,黄色透明清亮有黏性为正常,异常者送检验科检验以明确诊断。治疗第 1 天,注射玻璃酸钠 20 mg + 醋酸曲安奈德注射液 40 mg (玻璃酸钠注射液:规格:2 mL 20 mg,山东正大福瑞达生产;醋酸曲安奈德注射液:规格:1 mL 40 mg,昆明积大制药生产),以后第 8 天、第 15 天、第 22 天、第 29 天以同样方法注射患膝关节腔玻璃酸钠 20 mg,但不再加入醋酸曲安奈德。若患者两膝同时发病,则两膝都做同样治疗。注射毕,创可贴封闭针孔 2 d。共注射 5 次。

2.2 对照组 只关节腔内注射玻璃酸钠,注射方法、注射次数及药物用量均同于治疗组。

2.3 调护 2 组患者在治疗和随访期间均接受相同的健康护理宣教,如避风寒,注意保暖;避免膝关节过度负重,劳逸结合;避免膝关节做突然的加速运动或剧烈地运动等。

## 3 疗效观察

3.1 观察指标 所有患者均在治疗前、治疗 5 周后、治疗后 3 个月、治疗后 6 个月随访时按照美国特种外科医院膝关节评分标准(简称 HSS 评分)<sup>[2]</sup>从疼痛、功能、活动度、肌力、屈膝畸形、关节稳定性 6 个方面打分,按最后结果>85 分为优,70~84 分为良,60~69 分为中,<59 分为差评价疗效。治疗期间及随访期间,患者停止其它一切治疗,若治疗结束后随访期内,患者有因症状反复或症状无明显缓解而继续治疗或再做其

它治疗者,排除在本研究统计之外。

3.2 统计学处理 采用 SPSS 13.0 统计软件包进行数据处理。计量资料用均数  $\pm$  标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,用  $t$  检验;2 组患者治疗前后 HSS 评分表各项评分结果比较用方差分析;率的比较用  $u$  检验。

## 4 结果

### 4.1 2 组患者治疗前后 HSS 各项评分结果比较

表 2 2 组患者治疗前后 HSS 各项评分结果比较

| 组别  | 例数 | 项目   | 治疗前             | 治疗 5 周后            | 3 个月后随访                      | 6 个月后随访                      |
|-----|----|------|-----------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| 治疗组 | 60 | 疼痛   | 5.67 $\pm$ 4.66 | 14.88 $\pm$ 9.59 * | 17.43 $\pm$ 9.85 ** $\Delta$ | 18.97 $\pm$ 9.17 ** $\Delta$ |
|     |    | 功能   | 3.5 $\pm$ 2.82  | 11.79 $\pm$ 6.26 * | 13.79 $\pm$ 6.88 ** $\Delta$ | 15.01 $\pm$ 7.06 ** $\Delta$ |
|     |    | 活动度  | 7.87 $\pm$ 4.31 | 17.08 $\pm$ 7.46 * | 19.98 $\pm$ 6.02 ** $\Delta$ | 21.75 $\pm$ 5.67 ** $\Delta$ |
|     |    | 肌力   | 3.9 $\pm$ 2.53  | 12.35 $\pm$ 5.68 * | 14.46 $\pm$ 5.03 ** $\Delta$ | 15.75 $\pm$ 4.18 ** $\Delta$ |
|     |    | 屈膝畸形 | 3.92 $\pm$ 2.49 | 12.93 $\pm$ 6.41 * | 15.12 $\pm$ 7.86 ** $\Delta$ | 16.45 $\pm$ 4.76 ** $\Delta$ |
|     |    | 稳定性  | 4.07 $\pm$ 2.21 | 13.08 $\pm$ 5.91 * | 15.31 $\pm$ 6.82 ** $\Delta$ | 16.64 $\pm$ 6.80 ** $\Delta$ |
| 对照组 | 60 | 疼痛   | 5.58 $\pm$ 4.51 | 13.23 $\pm$ 9.29 * | 11.17 $\pm$ 8.51 * $\Delta$  | 8.66 $\pm$ 5.88              |
|     |    | 功能   | 3.47 $\pm$ 2.87 | 10.47 $\pm$ 7.82 * | 8.84 $\pm$ 5.86 * $\Delta$   | 6.85 $\pm$ 4.15              |
|     |    | 活动度  | 7.58 $\pm$ 4.14 | 15.17 $\pm$ 7.16 * | 12.81 $\pm$ 7.10 * $\Delta$  | 9.93 $\pm$ 6.88              |
|     |    | 肌力   | 3.8 $\pm$ 2.42  | 10.97 $\pm$ 6.43 * | 9.27 $\pm$ 6.52 * $\Delta$   | 7.19 $\pm$ 6.34              |
|     |    | 屈膝畸形 | 4.08 $\pm$ 2.57 | 11.48 $\pm$ 6.47 * | 9.69 $\pm$ 6.69 * $\Delta$   | 7.51 $\pm$ 6.61              |
|     |    | 稳定性  | 4.22 $\pm$ 2.16 | 11.62 $\pm$ 4.99 * | 9.81 $\pm$ 6.12 * $\Delta$   | 7.60 $\pm$ 6.06              |

注:与同组治疗前比较, \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ ;与对照组同时时间点比较,  $\Delta P < 0.05$ 。

4.2 2 组患者治疗 5 周后 HSS 各项评分结果疗效比较 2 组患者治疗 5 周后治疗组优良率为 60.0%,对照组优良率为 53.3%,说明 2 组治疗方法均有效。2 组间疗效比较差异无统计学意义( $\mu = 0.56$ ,  $P > 0.05$ ),说明即时效果治疗组与对照组相当,见表 3。

表 3 2 组患者治疗 5 周后 HSS 各项评分结果疗效比较[n(%)]

| 组别  | 例数 | 优        | 良        | 中        | 差        | 优良率  |
|-----|----|----------|----------|----------|----------|------|
| 治疗组 | 60 | 27(45.0) | 9(15.0)  | 18(30.0) | 6(10.0)  | 60.0 |
| 对照组 | 60 | 19(31.6) | 13(21.7) | 15(25.0) | 13(21.7) | 53.3 |

4.3 2 组患者治疗结束后 3 个月 HSS 各项评分结果疗效比较 2 组患者治疗 3 个月后治疗组优良率为 70.0%,对照组优良率为 45.0%,2 组间疗效比较差异有统计学意义( $\mu = 2.58$ ,  $P < 0.05$ ),说明近期效果治疗组优于对照组,见表 4。

表 4 2 组患者治疗后 3 个月随访时 HSS 各项评分结果疗效比较[n(%)]

| 组别  | 例数 | 优        | 良        | 中        | 差        | 优良率    |
|-----|----|----------|----------|----------|----------|--------|
| 治疗组 | 60 | 29(48.3) | 13(21.7) | 14(23.3) | 4(6.7)   | 70.0   |
| 对照组 | 60 | 16(26.7) | 11(18.3) | 19(31.7) | 14(23.3) | 45.0 * |

注:与治疗组比较, \*  $P < 0.05$ 。

4.4 2 组患者治疗结束后 6 个月 HSS 各项评分结果疗效比较 2 组患者治疗 6 个月后治疗组优良率为 76.7%,对照组优良率为 35.0%,2 组间疗效比较差异有统计学意义( $\mu = 4.41$ ,  $P < 0.01$ ),说明远期效果治

疗组治疗 5 周后 HSS 各项评分较治疗前明显升高( $P < 0.05$ )治疗后 3 个月、治疗后 6 个月 HSS 各项评分较治疗前明显升高(均  $P < 0.01$ );对照组治疗 5 周后 HSS 各项评分较治疗前明显升高( $P < 0.05$ )、治疗后 3 个月及治疗后 6 个月随访时 HSS 各项评分较治疗前比较有所升高,但较治疗 5 周后比较有所下降,3 个月时差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

疗组优于对照组,见表 5。

表 5 2 组患者治疗后 6 个月随访时 HSS 各项评分结果疗效比较[n(%)]

| 组别  | 例数 | 优        | 良        | 中        | 差        | 优良率     |
|-----|----|----------|----------|----------|----------|---------|
| 治疗组 | 60 | 33(55.0) | 13(21.7) | 9(15.0)  | 5(8.3)   | 76.7    |
| 对照组 | 60 | 9(15.0)  | 12(20.0) | 17(28.3) | 22(36.7) | 35.0 ** |

注:与治疗组比较, \*\*  $P < 0.01$ 。

## 5 讨论

骨关节炎是一种关节软骨进行性消失、骨质过度增生,临床出现慢性关节疼痛、僵硬、肥大及活动受限的常见风湿病。过去称为骨关节炎、退行性关节炎及肥大性关节炎,现统称为骨关节炎。本病好发于 40 岁以上的中老年人,发病随年龄增加而增加,65 岁以上 90% 女性和 80% 男性患有此病。女性与男性之比为 2:1<sup>[1]</sup>。OA 发病机理是多源性的,关节劳损是 OA 发病的基础。在各关节的关节面均覆盖一层软骨,关节软骨是关节的核心,其主要功能是:1)把施加于关节上的载荷扩散到较大的区域,以减少接触应力;2)使对应的关节面能以最小的摩擦和磨损进行相对运动。关节软骨由固体基质和水分组成,固体基质是由胶原纤维、原纤维间糖蛋白凝胶及软骨细胞组成,约占软骨总重量的 20% ~ 40%,其余重量为水分。关节固体基质(胶原和糖蛋白)及间质内的水分通过关节活动时关节软骨面之间所产生相互的压缩与放松作用通过渗

透性而实现软骨细胞的营养供给,当这种营养供给渠道遭到破坏,即可使软骨细胞退化和死亡,产生骨关节退行性改变。关节软骨的修复和再生能力有限,如果承受应力太大,就可能发生破坏,破坏进程与以下条件有关:1)承受的应力值;2)承受应力峰值的总数;3)胶原、糖蛋白基质的分子和显微结构。OA 的初期通常是由于机械应力造成软骨细胞代谢改变,产生大量的细胞因子以及基质溶解酶,使胶原和蛋白多糖降解,并抑制软骨基质蛋白的合成,因而确切地说,OA 是一种软骨的疾病。OA 一旦开始,其病程就不受抑制地继续下去,软骨结构的破坏造成关节机械使用的进一步改变,形成更多的应力,继续释放基质降解酶并损害关节,这个进程是自我延续的。至中后期,由于骨赘形成、严重的软骨丢失所造成关节面不平滑或关节周围肌肉痉挛而导致关节变形,骨擦音及功能障碍。

膝关节是人体中较大而复杂的关节,由三部分构成:即股骨的内、外侧髁与半月板的上面,胫骨的内、外侧髁与半月板的下面,以及股骨的髌面与髌骨的关节面之间。各关节面均覆盖一层软骨,膝关节位居下肢的中枢,以负重为主要功能,其上方股骨和下方胫骨是人体最长的两个长骨,由于长的杠杆臂使膝关节受力重,劳损及创伤机会多,居所有关节之首位,故膝关节的软骨也最容易受损退变。膝关节的关节囊由外层的纤维膜和内层的滑膜构成,构造复杂,囊壁薄而坚韧,但大部分被周围的强大的韧带、肌腱、肌肉增强,使膝关节稳定性增加。肌肉为其动力稳定装置,韧带、关节囊等为静力稳定装置,关节内部还含有半月板、交叉韧带等成分,关节滑膜面积大<sup>[1]</sup>。这些生理结构以适应膝关节的负重及运动功能,但往往结构越复杂,出现问题就会越容易越多。《素问·宣明五气篇》说“久行伤筋”,机体由于较低载荷的反复作用,或因活动姿势不良所产生的长时间的小负荷应力的长期作用,或因直接暴力及间接暴力造成突然地强大的超负荷超代偿的强大应力,使与骨质连续的肌肉、肌腱、韧带及关节囊产生由轻到重的渐进损伤或暴力损伤,超过了机体组织修复与功能重建的能力时,机体失去代偿功能,便发生水肿、渗出等无菌性炎症反应,久则发生粘连及纤维性变<sup>[2]</sup>。破坏了机体的静态平衡状态进而影响机体的动态平衡状态,在此软组织与骨连接部位的机械应力便会大大增加,从而骨膜与骨组织为了维持人体日常功能状态,参与代偿,久之便损害骨组织,出现骨膜的无菌性炎症反应及骨赘形成以减小局部压力,由此过程便出现了常说的由“伤筋”而致“动骨”的整个病理过程。所以,针对此病因,膝关节骨关节炎的治疗应

抓住两个方面,一个即是软骨的保护与修复,另一个即是关节周围软组织的保护与修复,治骨病先治筋病。

玻璃酸钠是关节滑液的重要组成部分,也是软骨基质的组成成分之一,玻璃酸钠可在关节腔内起润滑作用,可覆盖和保护关节软骨表面,改善关节痉挛,抑制软骨变性变化,改善病理性关节液,增加润滑功能。玻璃酸钠最初的应用目的是替代正常的关节液,后在众多的临床试验研究<sup>[3]</sup>中被证实玻璃酸钠具有润滑关节、营养软骨、参与软骨修复、抑制炎症反应以及良好的镇痛作用。玻璃酸钠还能通过改善本体感觉和增加肌肉收缩能力在短期内缓解疼痛症状<sup>[4]</sup>。本研究在第一次关节腔内注射时应用少量曲安奈德,目的是,防止患者对玻璃酸钠过敏,较快缓解关节肿胀和疼痛症状,增加疗效,以给患者坚持治疗的信心。但因糖皮质激素的不良反应及并发症较多,所以只用一次,以降低其损害风险。

针刺对于局部疼痛的镇痛,改善血供及免疫功能,吸收无菌性炎症反应,缓解痉挛,改善关节功能状态的作用,已是众所周知,被中国人用了几千年,近年更是有许多学者进行大量的临床试验<sup>[5-12]</sup>,为针灸治疗 OA 提供了客观的依据。而埋线作为针刺的一种外延产品,具有针刺稀疏、作用持久、操作简单、经济实惠等优点,羊肠线埋入穴位后,即对穴位部位进行 24 h/d 连续不断的物理和化学刺激,持续发挥温和的类针刺作用。本研究所选穴位的解剖位置:血海在股内侧肌中间,有股动、静脉肌支,布有股前皮神经及股神经肌支,属脾经穴,能理血调经,祛风除湿,“治风先治血,血行风自灭”;梁丘在股直肌腱和股外侧肌之间,深层为股中间肌腱、膝关节肌腱,布有旋股外侧动脉降支和伴行静脉及股神经肌支,为胃经郄穴,能舒经活络、理气和血;阴陵泉在胫骨后缘和腓肠肌之间,比目鱼肌起点的上方,深层为半腱肌腱、腓肠肌内侧头、半膜肌腱之后方,布有大隐静脉,胫后动、静脉,小腿内侧皮神经,胫神经,为脾经合穴,能健脾利湿消肿,调补肝肾;足三里在胫骨前肌和趾长伸肌之间,深层为胫骨后肌,布有胫后神经、腓深神经和胫后动、静脉,为胃经合穴,能疏风化湿、扶正培元、调理气血;阳陵泉在腓骨长、短肌之中,深层为趾长伸肌,布有膝下外侧动、静脉,为腓总神经分为腓浅神经和腓深神经处,为胆经合穴,八会穴之“筋会”,能清热利湿、舒筋利节;委中位于股二头肌腱与半腱肌肌腱的中央,深层为腓肠肌内、外侧头之间,布有腓动脉、腓静脉及股后皮神经、胫神经,为膀胱经合穴,能舒筋利节、清热解毒;治瘫穴位于股直肌肌

(下接第 1658 页)

- (S3):6-7.
- [14]何玉信. 针灸治疗阳痿 76 例临床观察[J]. 江苏中医, 1989, 30(3): 25-26.
- [15]杨德全. 针灸治愈阳痿 79 例临床报告[J]. 针灸临床杂志, 1998, 14(12):16.
- [16]杨铜, 王文林. 针灸治疗功能性阳痿 38 例[J]. 辽宁中医杂志, 1998, 25(9):33.
- [17]郑修凤. 针灸治疗阳痿 42 例疗效观察[J]. 安徽中医临床杂志, 1995, 7(3):47.
- [18]李建波. 针刺“从肝论治”阳痿 40 例[J]. 针灸临床杂志, 2004, 20(6):9-10.
- [19]唐华生. 针刺治疗勃起功能障碍疗效观察[J]. 广西中医药, 2008, 24(5):20.
- [20]杨绪斌, 唐巍. 辨证针刺治疗阳痿 187 例[J]. 中国针灸, 1999, 19(2):108.
- [21]乔晋琳, 刘士杰. 针刺“内秩边穴”为主治疗 42 例功能性阳痿临床研究[J]. 贵阳中医学报, 1993, 4(2):51.
- [22]赵中亭. 针刺“三阴穴”配合阴根穴治疗功能性阳痿 50 例[J]. 中国针灸, 2010, 30(4):341-342.
- [23]赵裕廷. 针刺“阴三角”治疗阳痿 55 例临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 1993, 10(2):23-24.

- [24]杨明永. 针刺治疗功能性阳痿[J]. 福建中医药, 1982, 13(4):61.
- [25]任留江, 安秀兰. 针刺举阳穴为主治疗阳痿 258 例临床观察[J]. 中国针灸, 1991, 11(5):15-16.
- [26]韩宇健. 温针灸治疗阳痿 30 例临床观察[J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(6):1017.
- [27]Liu ZS, Zhou KH, Wang Y, et al. Electroacupuncture improves voiding function in patients with neurogenic urinary retention secondary to cauda equina injury: results from a prospective observational study[J]. Acupunct Med, 2011, 29(3):188-192.
- [28]李汪, 刘志顺. 中髌穴定位、进针点和操作刍议[J]. 中国针灸, 2013, 33(11):1050-1051.
- [29]丁玉龙, 于金娜, 刘志顺. 电针中髌治疗良性前列腺增生症穴位特异性研究[J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(7):1-4.
- [30]庄文懿, 郭晓丹, 汪庆明, 等. 男性盆腔内脏神经的解剖学研究及其临床意义[J]. 解剖科学进展, 2011, 17(6):602-605.
- [31]陈春林, 李维丽, 黄志霞. 女性腹盆腔自主神经解剖[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2013, 29(12):924-930.
- [32]江东根, 高新. 男性盆腔内脏神经解剖研究进展[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志, 2013, 7(2):81-85.

(2014-02-27 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第 1654 页)

腹之中, 布有旋股外侧动、静脉、股前皮神经, 股外侧皮神经, 治瘫穴为经外奇穴, 能舒筋活血、祛风除湿; 鹤顶在髌骨上缘, 股四头肌肌腱中, 布有膝关节动、静脉网、股神经前皮支及肌支, 为经外奇穴, 能舒筋利节、通经活络<sup>[13]</sup>。诸穴合用, 达到祛风、除湿、散寒、解热毒、扶正气, 疏导局部郁滞之气血, 通经活络之作用, 而且从解剖学角度, 这些穴位均位于上述肌肉、肌腱之中, 并布有动、静脉及神经, 在这些穴位埋线, 通过肠线长久、温和的类针刺作用, 可以吸收这些肌肉、肌腱的无菌性炎性反应, 改善血供, 缓解局部应力, 尽可能地恢复机体的静态平衡, 从而恢复机体的动态平衡, 改善关节功能。(因为骨头是自己不会动的, 本身没有动力, 只有靠它周围软组织的牵拉、控制才能维持其稳定和运动, 才会有关节的各种功能) 所以, 骨关节病的治疗宜从筋论治, 内外兼顾。

本研究结果表明, 单纯用玻璃酸钠治疗膝关节骨性关节炎与穴位埋线联合玻璃酸钠治疗膝关节骨性关节炎均有疗效, 2 组治疗 5 周后, 治疗组优良率为 60%, 对照组优良率为 53.3%, 且 2 组间比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 在治疗后随访期 3 个月时治疗组优良率为 70%, 对照组优良率为 45%, 在治疗后随访期 6 个月时治疗组优良率为 76.7%, 对照组优良率为 35%, 说明 2 组治疗即时效果相当、但近期效果和远期效果, 治疗组均优于对照组, 凸显了穴位埋线联合玻璃酸钠关节腔注射治疗膝关节骨性关节炎的疗效优势, 中

医、西医联合, 疗效突出且稳固。

#### 参考文献

- [1] Altman RD. Classification of disease: osteoarthritis [J]. Semin A RTHRHEUM, 1991, 20(Suppl 2):40-47.
- [2]燕铁斌. 骨科康复评定与治疗技术[M]. 北京: 人民军医出版社, 2004:156.
- [3]于孟学. 现代风湿性诊疗疾病[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000:241-243.
- [4]何天佐. 何氏骨科学[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1995:5-9.
- [5]Zhou J L, Liu S Q, Qiu B, et al. The protective effect of sodium hyaluronate on the cartilage of rabbit osteoarthritis by inhibiting peroxisome proliferator-activated receptor-gamma messenger RNA expression[J]. Yonsei Med J, 2009, 50(6):832-837.
- [6]Diracoglu D, Vural M, Baskent A, et al. The effect of viscosupplementation on neuromuscular control of the knee in patients with osteoarthritis [J]. J Back Musculoskelet Rehabil, 2009, 22(1):1-9.
- [7]续龙, 井蕾, 贺琨, 等. 针刺配合艾灸治疗膝关节骨性关节炎: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2013, 10(12):871-876.
- [8]邵福元. 颈肩腰腿痛应用解剖学[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2000:774-795.
- [9]卢承顶. 温针灸治疗膝骨性关节炎的临床与机理研究概况[J]. 江西中医药, 2012, 43(12):72-74.
- [10]丛文杰, 董海欣, 方剑乔. 电针配合温针灸治疗膝骨性关节炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(3):200-202.
- [11]付幕勇, 张志龙. 辨证取穴针刺治疗膝骨性关节炎: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2011, 31(12):1062-1066.
- [12]张桂波, 王为龙, 张倩, 等. 火针与温针灸治疗膝骨性关节炎对比研究[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(4):299-301.
- [13]杨博宇, 马一功, 朱银乐, 等. 玻璃酸钠联合曲安奈德治疗膝骨性关节炎[J]. 中国医师进修杂志, 2012, 35(26):28.

(2014-03-01 收稿 责任编辑:徐颖)