

· 临床研究 ·

微创针镜治疗活动期类风湿性关节炎 40 例

韦嵩 孙维峰 陈志煌 接力刚 沈鹰 刘坚

(广州军区广州总医院中医科, 广州 510010)

[摘要] 目的 观察微创针镜诊疗技术对活动期类风湿性关节炎(RA)的疗效。方法 采用随机对照临床试验研究,患者分对照组和治疗组二组,对照组按常规中西医结合治疗方案治疗(甲氨蝶呤 10 mg/周 + 美洛昔康 7.5 mg/d + 香丹注射液 20 ml),治疗组在对照组方案基础上联合应用微创针镜治疗。观察治疗前后临床各指标变化,采用 ACR 20、DAS28 系统评价微创针镜的临床疗效。结果 与治疗前相比,两组的炎症指标、关节及肿痛个数、晨僵时间等均明显改善($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$),治疗组开始治疗第 2 周 ACR 达标率 20%,第 2、4 周的达标率明显优于对照组($P < 0.05$);关节疼痛个数、肿胀个数、医师和患者评价治疗组好转程度显著大于对照组($P < 0.05$),治疗组在消除肢体顽固性肿痛方面优势明显。结论 “微创针镜”可完成关节内松解组织粘连,清除增生肥厚滑膜及骨赘,修复关节面,灌洗关节腔等治疗,可缩短疗程,在一定程度上解决了 RA 局部顽固性肿痛的难题。

[关键词] 关节炎 类风湿; 外科手术 微创性; 治疗结果

中图分类号: R593.22

文献标识码: A

DOI: 10.3969/J.issn.1672-6790.2011.04.029

类风湿性关节炎(RA)是最常见的风湿病之一,目前尚无特异性的治愈方法,致残率高。近十多年来,通过早期使用甲氨蝶呤(MTX)等改善病情抗风湿药及生物制剂如抗肿瘤坏死因子- α (TNF- α)抑制剂等,RA 疗效显著提高,但患者关节顽固性肿痛及软骨、骨质进行性破坏仍是临床难以解决的棘手问题,笔者通过在中西医结合常规治疗基础上配合应用微创针镜疗法,使关节局部症状明显改善,缩短了 RA 疗程,提高了疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 参试者为 2006 年 7 月至 2010 年 3 月在广州军区广州总医院住院的 RA 患者 40 例,均符合美国风湿病学会(ARA)1987 年分类标准^[1],疾病处于活动期,活动程度在中度以上(平均疾病活动度评分 DAS28 > 3.2)。所有参试者均同意参加本试验,并签署书面知情同意书。

受试者纳入观察前,除使用中药或非甾体类药外,均未用过其他生物制剂或其他影响病情进展的药物。观察对象中除外严重心、肝、肾损害及血液、内分泌系统疾病,孕妇、哺乳期妇女、急慢性感染、既往有活动性结核病史及恶性肿瘤患者。随机分为两

组,治疗组 20 例,男 5 例,女 15 例;年龄 19~66 岁;病程最短 3 个月,最长 20 年。对照组 20 例,男 6 例,女 14 例;年龄 19~67 岁;病程最短 3 个月,最长 22 年。两组间性别、年龄、病程经统计学处理,均 $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组予口服 MTX(浙江海正药业股份有限公司产品)10 mg/次,每周 1 次;口服美洛昔康(上海勃林格殷格翰药业有限公司产品)7.5 mg/次,每天 1 次;静滴香丹注射液 20 ml + 0.9%氯化钠注射液 250 ml(或 5%葡萄糖注射液)1 次/d。治疗组在对照组治疗方案基础上联合应用微创针镜诊疗治疗。

微创针镜是在中医《灵枢》九针十二原中关于“大针”论述的基础上自主研发的(由广州亿福迪医疗器械公司提供,型号:ZJ2008-I,专利号:ZL200720051404.9)微创可视关节内治疗系统,主要应用于肩、肘、腕、髌、膝、踝等关节的顽固性肿痛。术中按关节镜手术要求常规消毒,采取局部浸润麻醉,根据术式要求取 1 或 2 个入路切口,操作以剥离、剥离和疏通关节和关节腔灌洗为主,镜下操作包括疏通剥离、推切剥离、钝磨平削法、钻孔减压、剪除疤痕法、骨痂修复等。

1.3 临床观察指标 观察治疗前及治疗 2 周、4 周、6 周后临床及实验指标,包括晨僵持续时间、关节压痛和肿胀数、类风湿因子(RF)、红细胞沉降率

基金项目:全军中医药科研专项课题(10ZYZ117);广东省科技计划基金项目(2008B030301200)

作者简介:韦嵩,副主任医师, E-mail: weisong008@sohu.com

表 1 两组患者治疗前与治疗 6 周后情况比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 晨僵时间(min) | | 疼痛数(处) | | 肿胀数(个) | | 医师评价(分) | |
|-----|----|--------------|---------------------------|------------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|
| | | 治疗前 | 治疗 6 周 | 治疗前 | 治疗 6 周 | 治疗前 | 治疗 6 周 | 治疗前 | 治疗 6 周 |
| 对照组 | 20 | 91.45 ± 9.47 | 41.33 ± 6.81 ^a | 14.4 ± 7.2 | 8.5 ± 3.6 ^c | 9.2 ± 2.1 | 4.4 ± 1.8 ^a | 6.9 ± 4.5 | 3.8 ± 1.8 ^a |
| 治疗组 | 20 | 92.33 ± 9.65 | 30.36 ± 5.66 ^a | 14.1 ± 6.3 | 4.2 ± 2.1 ^{ab} | 8.9 ± 5.4 | 2.6 ± 0.9 ^{ab} | 6.6 ± 4.1 | 1.7 ± 1.3 ^{ab} |

| 组别 | 患者评价(分) | | ESR(mm/h) | | CRP(gm/L) | | RF(IU/ml) | |
|-----|-----------|-------------------------|--------------|---------------------------|--------------|----------------------------|----------------|----------------------------|
| | 治疗前 | 治疗 6 周 | 治疗前 | 治疗 6 周 | 治疗前 | 治疗 6 周 | 治疗前 | 治疗 6 周 |
| 对照组 | 5.9 ± 1.6 | 3.9 ± 1.3 ^a | 60.20 ± 4.85 | 35.35 ± 3.55 ^a | 35.44 ± 6.77 | 19.35 ± 5.48 ^a | 122.44 ± 90.38 | 98.23 ± 66.49 ^c |
| 治疗组 | 6.0 ± 1.9 | 2.1 ± 1.1 ^{ab} | 54.54 ± 6.76 | 20.34 ± 2.04 ^a | 33.55 ± 6.58 | 10.14 ± 3.53 ^{ab} | 133.49 ± 73.38 | 88.91 ± 45.93 ^c |

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.01$; ^c $P < 0.05$; 两组间治疗结果差值比较, ^b $P < 0.05$

(ESR) 及 C 反应蛋白(CRP) 等。

1.4 疗效评价 疗效评价采用美国风湿病学会(ARA) 推荐的 ACR20 标准, 要求肿胀及触痛关节计数改善达 20%, 同时在患者的整体评估、医生的整体评估、患者对疼痛程度评估、功能丧失的程度、急性期反应物(ESR、CRP) 水平五项参数中三项改善程度达 20%; 根据 DAS28 评价疾病活动程度。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 11.0 统计软件进行数据分析 数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示 组间计量资料比较采用方差分析 治疗前后计量资料的比较采用配对 t 检验。

2 结果

2.1 参与者数量分析 纳入观察的患者 40 例, 治疗组和对照组各 20 例, 所有参试者均进入结果分析, 无脱落。

2.2 两组患者治疗 6 周前后情况对比 治疗组与对照组的 ESR、CRP、RF、晨僵时间、关节疼痛个数、关节肿胀个数疗后均明显好转($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$); 其中关节疼痛个数、肿胀个数、CRP、医师和患者评价治疗组情况明显好于对照组($P < 0.05$), 见表 1。

2.3 ACR20 疗效评价 随着治疗进行, 两组的有效率逐渐增加, 治疗组有达标率从第 2 周开始即达到 20%, 第 2、4 周达标率均显著高于对照组, 第 6 周两组间过标率无显著差异, 见表 2。

表 2 RA 患者治疗前后 ACR20 对比(例)

| 组别 | 例数 | 2 周 | 4 周 | 6 周 |
|-----|----|---------------------|---------------------|---------|
| 对照组 | 20 | 1(10) | 6(30) | 9(45) |
| 治疗组 | 20 | 4(20) ^a | 9(45) ^b | 11(55) |

注: () 内数据为百分构成比(%); 与对照组比较, ^a $P < 0.01$; ^b $P < 0.05$

2.4 治疗前后 DAS28 的比较 随着疗程的进展,

两组的 DSA28 指数都在逐步下降, 治疗组在第 4、6 周 DSA28 指数下降明显($P < 0.05$, $P < 0.01$); 对照组在 6 周下降明显($P < 0.05$); 治疗组与对照组同期比较发现, 治疗组第 4 周的下降显著低于对照组($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者 DAS28 的比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 0 周 | 2 周 | 4 周 | 6 周 |
|-----|-----------|-----------|-------------------------|------------------------|
| 对照组 | 6.1 ± 2.6 | 5.9 ± 1.5 | 5.8 ± 1.4 | 4.8 ± 1.2 ^a |
| 治疗组 | 6.2 ± 2.3 | 5.1 ± 1.4 | 4.6 ± 1.3 ^{ab} | 4.3 ± 1.1 ^c |

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; ^c $P < 0.01$; 与对照组比较, ^b $P < 0.05$

3 讨论

RA 早期病理改变表现为滑膜炎性充血、增厚、大量血管翳形成^[2-3]。微创针镜下可见关节滑液混浊, 增生滑膜或血管翳从关节囊边缘向关节软骨面爬行, 侵蚀关节软骨^[4]。局部自身免疫反应可使 RA 长期存在, 在关节液中存在多种细胞因子, 它们在 RA 的外周血中浓度轻度升高, 在关节液中浓度明显升高, 滑液中的免疫复合物沉积于无血管的关节软骨表面, 对血管翳起趋化作用^[5]。因此, 清除关节滑液内炎症因子, 遏阻炎性滑膜增生和血管翳生长, 是保护关节软骨的重要措施^[6-7]。减少血管翳、清除滑液内致炎因子, 还可减轻炎症反应, 减少各种细胞因子进入体液循环, 阻断炎性滑液的免疫正反馈, 减轻对其他关节造成的破坏。

微创针镜是为风湿免疫疾病关节肿痛者设计的微创可视条件下的关节内治疗器械。它的特点是: 1) 微创切口($< 0.8\text{cm}$), 选取 1 或 2 人操作通道, 术式简化, 操作引起的副损伤轻微; 2) 采取局部浸润麻醉, 减少术中操作时间, 术后功能恢复快, 住院时间短或不需住院, 降低了治疗费用; 3) 简化术式, 操

作以持续关节腔内灌洗,区域性血管翳清除,松解关节内粘连,剥削增生的滑膜等为主。4)术后第2天既在医师指导下进行康复训练,关节功能恢复快。微创针镜治疗系统化繁为简,方便内科医师学习掌握。

本研究表明,常规治疗联合应用微创针镜技术,两周内即可明显改善症状,治疗早期即可有效控制关节局部炎症。在关节疼痛个数、肿胀个数、医师评价分、患者评价分、CRP等方面均明显优于常规治疗。微创针镜通过关节内灌洗,清除滑液内大量致炎因子及其免疫复合物,在消除局部炎症的同时,也减少关节内抗原抗体对机体的反馈性刺激,有助于遏阻疾病进展。通过解除关节内组织粘连,削剥增生的滑膜,可明显提高关节活动度。通过钝性剥离,关节面减压,有利于关节软骨营养和再生。笔者随访发现,经过微创针镜处理的关节,局部再发作红肿热痛的概率明显减少,大部分关节骨侵蚀无进一步加重。本科开展微创针治疗风湿病近五年,未发生治疗损伤或术后感染,医疗安全性相对较高。可以预见,微创针镜将是治疗风湿病,消除关节局部顽固性肿痛的又一利器。

参考文献

- [1] Felson DT, Anderson J, Boers M, et al. American college of rheumatology preliminary definition of improvement in rheumatoid arthritis [J]. *Arthritis Rheum*, 1995, 38(6): 727-735.
- [2] 林平, 陈中, 曹扬, 等. 血管内皮和碱性成纤维细胞生长因子在类风湿性关节炎滑膜组织中的表达 [J]. *中国临床保健杂志*, 2010, 13(1): 19-20.
- [3] 谢秀丽, 刘健, 盛长健, 等. 活动期类风湿关节炎蛋白质代谢变化及相关性 [J]. *中国临床保健杂志*, 2010, 13(1): 15-18.
- [4] 蒋明, 林孝义. 中华风湿病学 [M]. 北京: 北京华夏出版社, 2004: 1922-1930.
- [5] 冷建杭, 吴青娟, 卓广超, 等. 类风湿性关节炎患者外周血和关节滑膜液淋巴细胞 CD25、HLA-DR 的表达及意义 [J]. *浙江医学*, 2005, 27(2): 90-91.
- [6] 于水莲, 沈鹰. 中药熏蒸治疗活动期类风湿性关节炎临床疗效评价 [J]. *中国临床保健杂志*, 2008, 11(4): 337-340.
- [7] 刘健, 郭雯, 程华威, 等. 类风湿性关节炎血清补体水平相关因素分析 [J]. *中国临床保健杂志*, 2006, 9(1): 11-13.

(收稿日期: 2011-03-01)

• 临床研究 •

病区集中健康教育对老年高血压患者血压的影响

靳喜琴, 周言

(新疆医科大学第一附属医院干部病房内一科, 乌鲁木齐 830054)

[摘要] 目的 探讨病区集中健康教育模式在老年高血压患者中的实施效果。方法 将 200 例老年高血压患者健康教育前后自身对照, 对高血压疾病知识知晓率、用药依从性及血压水平进行比较评价。结果 教育前后老年患者高血压疾病知识知晓率、血压控制水平和用药依从性比较, 均差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。结论 采用病区集中健康教育模式, 可以大大提高高血压知识知晓率、增强患者用药依从性, 保持血压处于平稳状态。

[关键词] 高血压; 健康教育

中图分类号: R544.1; R193

文献标识码: A

DOI: 10.3969/J.issn.1672-6790.2011.04.030

据卫生部调查资料显示,我国 60 岁及以上老年人群高血压的患病率为 49%^[1]。预防和控制高血压的前提是健康教育。全面的综合健康教育,能够提高老年患者防病治病意识,使患者主动参与,养成良好的生活方式,遵医嘱服药,最大限度地进行自我

护理,控制血压水平。笔者采用对老年高血压患者病区集中健康教育,取得较好的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1 至 12 月我院老年心血管科住院高血压患者 200 例,入选标准:年龄 ≥ 60 岁,符合 2004 年 WHO/ISH 高血压诊断标准,排除有精神障碍、老年痴呆、认知障碍以及严重的急慢性疾

作者简介:靳喜琴,副主任护师, E-mail: xjmu.123@163.com