



关节镜下清理结合钻孔减压术治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效分析

蒙世远 叶焕亮 韦志程

广西横县人民医院骨科 广西南宁 530300

【摘要】目的 分析关节镜下清理结合钻孔减压术治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效。**方法** 随机选取2016年2月至2018年2月我院收治的膝关节骨性关节炎患者60例,依据治疗方法将这些患者分为关节腔内注射玻璃酸钠注射液组(非手术治疗组, n=30)和关节镜下清理结合钻孔减压术组(手术治疗组, n=30)两组,统计分析两组患者的静息痛、行走痛、行走功能评分、临床疗效。**结果** 治疗后和非手术治疗组相比,手术治疗组患者的静息痛、行走痛、行走功能评分均显著较低($P<0.05$)。手术治疗组患者治疗的总有效率90.0%(27/30)显著高于非手术治疗组76.7%(23/30)($P<0.05$)。**结论** 关节镜下清理结合钻孔减压术治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效较关节腔内注射玻璃酸钠注射液好。

【关键词】 关节镜下清理结合钻孔减压术; 膝关节骨性关节炎; 临床疗效

【中图分类号】 R687.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2018) 01-004-02

【基金项目】 基金课题: 广西壮族自治区卫生和计划生育委员会科研课题, 合同编号: Z20170031, 课题名称: 关节镜下有限清理并软骨减压加不均沉降治疗膝关节单侧病变临床疗效观察, 课题负责人: 蒙世远。

膝关节骨性关节炎属于一组慢性疾病,在临床较为常见,中老年肥胖人群是高发人群,长期慢性劳累、膝关节损伤、骨质疏松等是其主要诱发因素,膝关节疼痛显著、活动受限、骨摩擦音等在活动或劳累时产生是其主要临床表现,极易促进膝关节半月板损伤、骨质增生等并发症的发生,具有较高的致残率,将巨大的困扰带给了患者,促进了患者生活质量的降低^[1]。本研究比较了关节镜下清理结合钻孔减压术与关节腔内注射玻璃酸钠注射液治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

一般资料

随机选取2016年2月至2018年2月我院收治的膝关节骨性关节炎患者60例,纳入标准:所有患者均经浮髌骨试验结果阳性,X线检查均有病理性改变;排除标准:将骨性改变严重、膝关节不稳定、严重骨质疏松等患者排除在外。依据治疗方法将这些患者分为关节腔内注射玻璃酸钠注射液组(非手术治疗组, n=30)和关节镜下清理结合钻孔减压术组(手术治疗组, n=30)两组。非手术治疗组患者中男性12例,女性18例,年龄45~76岁,平均(61.8±10.3)岁;病程6个月~11年,平均(5.8±1.3)年。在疾病部位方面,12例为左膝,14例为右膝,4例为双膝。手术治疗组患者中男性13例,女性17例,年龄46~76岁,平均(62.4±10.4)岁;病程7个月~11年,平均(6.3±1.1)年。在疾病部位方面,11例为左膝,13例为右膝,6例为双膝。两组患者的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 方法

1.2.1 非手术治疗组

非手术治疗组患者接受关节腔内注射玻璃酸钠注射液治疗,无菌操作下穿刺关节腔,将进针点设定在髌骨外上缘,将关节腔积液抽出后,将2ml玻璃酸钠注射液(施沛特)注入,然后对膝关节进行30s的活动,使药物分布均匀,每月2次,2次为1个疗程,共治疗2~3个疗程。

1.2.2 手术治疗组

手术治疗组患者接受关节镜下清理结合钻孔减压术治疗,具体操作为:1)关节镜下清理术。对患者进行腰硬联合麻醉,采用美国Wolf关节镜系统对患者进行关节镜检查,对

患者关节腔基本情况掌握,同时摘除游离体,切除滑膜部分及部分骨赘等,然后用约4000ml生理盐水持续灌注关节腔,1~1.5h完成,之后加压包扎,在此过程中将弹力绷带充分利用起来,术后半个月将玻璃酸钠注射液注入;2)钻孔减压术。对患者进行腰硬联合麻醉,用4mm钻头将一小切口开在髌骨中点外侧,用2mm钻头钻孔,并将一小切口开在胫骨前外侧平腓骨小头水平处,用4mm钻头钻孔。用小尖刀将小切口分别开在膝关节股骨内收肌结节下方、胫骨粗隆内侧方,长度为5mm,继续钻孔,直到有黄色油状骨髓流出,对钻穿对侧骨皮质的现象进行严格的避免,从而对损伤对侧神经和血管的现象进行有效的避免。术后不将伤口缝合起来,多层包扎,10~15min完成。

1.3 观察指标

治疗前后分别采用形象类比评分对两组患者静息痛、行走痛进行评定,总分0~10分,0分、10分分别表示无疼痛感觉、疼痛剧烈^[2]。同时,采用HSS膝关节评分对两组患者的行走功能进行评定,总分0~12分,0分、12分分别表示无法行走、行走自如^[3]。

1.4 疗效评定标准

如果治疗后患者具有正常的各项功能、显著较好的症状,则评定为显效;如果治疗后患者具有较好的各项功能、症状,则评定为有效;如果治疗后患者的各项功能、症状均没有好转或加重,则评定为无效^[4]。

1.5 统计学分析

采用SPSS21.0统计学软件,计数资料用率表示,用 χ^2 检验;两组患者的静息痛、行走痛、行走功能评分等计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,用t检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的静息痛、行走痛、行走功能评分变化情况比较

和治疗前相比,两组患者治疗后的静息痛、行走痛、行走功能评分均显著较低($P<0.05$);治疗后和非手术治疗组相比,手术治疗组患者的静息痛、行走痛、行走功能评分均显著较低($P<0.05$),但治疗前两组患者的静息痛、行走痛、行走功能评分之间的差异均不显著($P>0.05$),具体见表1。

表1: 两组患者治疗前后的静息痛、行走痛、行走功能评

分变化情况比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	静息痛评分	行走痛评分	行走功能评分
手术治疗组 (n=30)	治疗前	5.7 $\pm$ 1.1	7.5 $\pm$ 1.7	5.8 $\pm$ 1.4
	治疗后	3.4 $\pm$ 0.1**	4.1 $\pm$ 0.7**	9.3 $\pm$ 1.7**
非手术治疗组 (n=30)	治疗前	5.5 $\pm$ 1.3	7.6 $\pm$ 1.5	5.7 $\pm$ 1.6
	治疗后	4.7 $\pm$ 0.7#	5.6 $\pm$ 1.1#	7.4 $\pm$ 1.3#

注: 与同组治疗前比较, *P<0.05; 与非手术治疗组比较, *P<0.05

2.2 两组患者的临床疗效比较

手术治疗组患者治疗的总有效率 90.0% (27/30) 显著高于非手术治疗组 76.7% (23/30) (P<0.05), 具体见表 2。

表 2: 两组患者的临床疗效比较 (例 / %)

组别	显效	有效	无效	总有效
手术治疗组 (n=30)	16 (53.3)	11 (36.7)	3 (10.0)	27 (90.0) *
非手术治疗组 (n=30)	9 (30.0)	14 (46.7)	7 (23.3)	23 (76.7)
χ^2				12.83
P				<0.05

注: 与非手术治疗组比较, *P<0.05

3 讨论

现阶段, 非手术治疗、手术治疗是临床治疗膝关节骨性关节炎过程中通常采用的方法, 但是仍然无法彻底治愈患者^[5]。近年来, 临床对治疗方法进行了不断改进, 关节镜下清理

书能够促进患者疼痛的减轻, 途径为将膝关节内骨赘及炎性介质清理掉, 具有微创性。钻孔减压术能够促进膝骨关节内压力的减小、患者行动过程中疼痛感的减轻及膝关节活动功能的提升, 二者联合能够促进治疗效果的增强, 和非手术治疗相比优势显著^[6]。本研究结果表明, 治疗后和非手术治疗组相比, 手术治疗组患者的静息痛、行走痛、行走功能评分均显著较低 (P<0.05)。手术治疗组患者治疗的总有效率 90.0% (27/30) 显著高于非手术治疗组 76.7% (23/30) (P<0.05), 说明关节镜下清理结合钻孔减压术治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效较关节腔内注射玻璃酸钠注射液好, 值得推广。

参考文献:

- [1] 王秀双. 关节镜下清理与钻孔减压术治疗膝关节骨性关节炎的研究报告 [J]. 中国保健营养, 2016, 26(1):58-59.
- [2] 李永全, 叶松庆, 王阳, 等. 膝关节骨性关节炎关节液中白细胞介素-1 和白细胞介素-6 的水平变化 [J]. 中华实验外科杂志, 2015, 32(10):2506-2509.
- [3] 黄振盛, 张泽宇, 谢世隆, 等. 关节镜下清理结合钻孔减压术治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效 [J]. 黑龙江医药, 2016, 29(3):556-558.
- [4] 张磊, 刘劲松, 孙晋, 等. 股骨头坏死的关节镜下表现及分析 [J]. 中国微创外科杂志, 2016, 6(12):912-913, 923.
- [5] 刘振. 探究关节镜下清理与钻孔减压术治疗膝关节骨性关节炎的临床价值 [J]. 中国实用医药, 2016, 11(20):24-25.
- [6] 解国辉. 关节镜下清理与钻孔减压术治疗膝关节骨性关节炎 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(33):6543-6544.

(上接第 2 页)

[2] 何庚戌. 血浆 S100 蛋白在体外循环术后脑损伤评价中的意义 [D]. 中国人民解放军军医进修学院, 2002.

[3] 薛国剑, 郝建华. 右美托咪定在心血管手术麻醉中的应用进展 [J]. 新乡医学院学报, 2016, 33(1):73-77.

[4] 程毅坚, 唐建成. 右美托咪定对体外循环心脏手术病人脑损伤的作用 [J]. 热带医学杂志, 2017, 17(7):949-951, 955.

[5] 焦齐. 不同滤出量平衡超滤对体外循环手术中血清炎症介质水平的影响 [D]. 山东大学, 2011.

[6] 白宇光, 解雅英, 于建设, 等. 右美托咪定在心脏手

术中脑保护作用的研究 [J]. 医学综述, 2016, 22(8):1540-1543.

[7] 沈社良, 钱江, 谢屹红, 等. 右美托咪定对体外循环心脏手术病人脑损伤的影响 [J]. 中华麻醉学杂志, 2015, 35(11):1321-1324.

[8] 刘康, 丁素菊. S100B 蛋白在脑血管病中的研究新进展 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2010, 12(7):667-668.

[9] 徐春华, 于力克, 张宇, 等. 肺癌脑转移患者血清髓鞘碱性蛋白水平变化及其临床意义 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(1):57-58.

[10] 曾鸿毅. 血浆 NPY、CGRP 和 ET-1 水平在颅脑损伤中的临床价值 [J]. 放射免疫学杂志, 2008, 21(5):422-422.

(上接第 3 页)

不良反应的发生^[6]。他汀类药物广泛应用在冠心病临床治疗方面, 不但可有效降低患者血脂表达水平, 还可逐渐消除稳定性粥样硬化斑块, 缓解炎症反应严重程度, 并明显增强血管内皮细胞的生理学功能。

本研究显示, 两组对治疗原发性高血压均有良好的降压效果, 但是替米沙坦片联合匹伐他汀钙片降低收缩压和舒张压的幅度比单独使用替米沙坦片大, 观察组有效率明显高于对照组, 且不良反应率低。

总之, 替米沙坦片联合匹伐他汀钙片有良好的降压效果和使用安全性, 且不良反应发生率低, 是一种安全、有效的降压药物, 值得临床推广应用。

参考文献:

[1] 吴静. 阿托伐他汀钙联合缬沙坦对原发性高血压的治

疗价值探析 [J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(19):22-22.

[2] 刘红. 比较两种剂量阿托伐他汀联合阿司匹林肠溶片治疗原发性高血压并动脉粥样硬化临床疗效 [J]. 世界最新医学信息文摘: 电子版, 2017(32):43-44.

[3] 杨梅. 阿托伐他汀钙配合降压药物治疗原发性难治性高血压价值评价 [J]. 医药卫生: 文摘版, 2015(9):00295-00295.

[4] 王薇薇. 阿托伐他汀钙、瑞舒伐他汀钙对高脂血症合并高血压的治疗价值探析 [J]. 养生保健指南, 2016(31):96-97.

[5] 郭艳歌, 开芸, 宋欢欢, 陈春燕. 阿托伐他汀联合厄贝沙坦对原发性高血压患者动脉及心室重塑的改善作用分析 [J]. 社区医学杂志, 2016, 14(4):13-15.

[6] 陈堪. 血脂康联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床价值 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(2):18-19.