

中西医结合治疗膝骨关节炎研究进展

徐方琼¹, 石立鹏², 冷文飞²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 重庆市垫江县中医院, 重庆 垫江, 408300)

[关键词] 膝骨关节炎; 中西医结合疗法; 研究进展; 综述; 学术性

[中图分类号] R274.943

[文献标识码] A

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.01.063

世界人口中有4%~13%的人群患有骨关节炎(osteoarthritis, OA)^[1],我国60岁以上的人群OA发病率约为60%^[2]。OA最常累及的是膝关节^[3],膝骨关节炎(osteoarthritis of the knee, KOA)是由多种因素引起的以膝关节软骨退变、软骨下骨硬化或囊性变、滑膜增生为主要特征的慢性骨关节炎性疾病^[4]。其临床表现为膝关节周围疼痛(隐痛、轻度、中度、重度疼痛),爬楼梯时疼痛明显,休息后可缓解,膝关节压痛、活动受限、晨僵、摩擦音、滑膜肿胀、骨性膨大、“交锁”感等。现代医学治疗主要从减轻患者关节疼痛、延缓关节软骨退行性变和恢复关节日常功能方面着手。KOA属中医学“膝痹”范畴,最初中医并没有KOA的病名,直到1997年国家中医药管理局颁布了《中医临床诊疗术语·疾病部分》,才有了“膝痹”这类疾病的名称。通过查阅KOA的治疗近况,中西医结合治疗KOA患者疗效确切,现将中西医结合治疗KOA研究进展综述如下。

1 病因病机

《素问·上古天真论》载:“丈夫……七八肝气衰,筋不能动”,中医学认为,随着年龄的增长,长期的关节活动导致“肝气衰”,使中老年人膝关节老化,影响正常功能。故KOA的病因主要有先天肾气不足,或长期劳作虚损,或外邪侵入、外伤久积,或年迈多病致脏腑、气血功能失调等^[3]。软骨和软骨下骨之间的生物力学相互作用是KOA发生和发展的一个重要因素^[4]。KOA发生率随年龄增长明显增加,除年龄外,其发病与肥胖、炎症、损伤、免疫因素、软骨细胞凋亡和遗传等多种因素有关,是生活能力下降及致残的常见病因之一^[5]。对KOA而言,肥胖是最重要的独立危险因素^[6]。

2 中医治疗

2.1 中药汤剂 中医药治疗KOA首先应该辨证论治,经脉痹阻、脏腑亏虚为内因,风寒湿等邪气为标,关节疼痛为主要症状,治则为补益肝肾、温经散寒、调理气血,标本兼治。付长龙等^[7]采用乌头汤治疗30例寒湿痹阻型KOA患者,与采用扶他林治疗的对照组进行比较,60例患者治疗前均接受健康教育,治疗10d后扶他林组疗效优于乌头汤组,20d

后乌头汤组膝关节功能改善明显,说明乌头汤和扶他林均可改善寒湿痹阻型KOA膝关节功能障碍,提高关节活动度。滕居赞等^[8]临床研究用千金三黄汤加味治疗40例KOA患者,对照组40例口服塞来昔布胶囊,28d后治疗组总有效率(85%)高于对照组(60%),说明千金三黄汤加味治疗膝骨关节炎疗效显著。孟建等^[9]采用益肾健骨丸治疗48例肝肾亏虚型KOA患者,治疗2个疗程后患者WOMAC评分较治疗前显著减低,益肾健骨丸能使肝肾亏虚型KOA患者的生活质量明显提高,临床疗效肯定。刘国跃等^[10]运用益骨汤治疗47例风寒湿痹型KOA患者,与口服塞来昔布胶囊治疗的46例风寒湿痹型KOA患者作对照,4周为1个疗程,治疗2个疗程,观察组的总有效率(95.7%)较对照组(82.6%)高,益骨汤治疗风寒湿痹型KOA疗效确切,其机制可能为调节骨代谢水平有关。赵乐等^[11]对50只大鼠进行研究,随机分为5组(正常组、模型组、黄芪桂枝五物汤7d组、黄芪桂枝五物汤14d组和塞来昔布组),除了正常组外其余4组均复制为阳虚寒凝型骨关节炎模型,造模过程中正常组及模型组予0.9%氯化钠注射液灌胃7d,其余各组采用相应药物灌胃给药,6周后对大鼠膝关节软骨诱导型一氧化氮合酶(iNOS)、转化生长因子- $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$)表达及II型胶原、CD4⁺/CD8⁺、C-反应蛋白(CRP)、白细胞介素-4(IL-4)及胰岛素生长因子(IGF)、低氧诱导因子1 α (HIF-1 α)的含量进行检测,与正常组进行比较后得出结论:黄芪桂枝五物汤能调节机体免疫力,改变细胞因子水平,对OA软骨细胞起正向修复作用。李素琴^[12]临床治疗180例KOA患者,随机分为治疗组(中药外敷治疗)和对照组(扶他林乳剂治疗),治疗1个月后KOA患者的临床症状得到了明显改善,中药外敷临床疗效肯定,且中药外敷对胃肠道刺激小、毒副作用少,临床上值得推广应用。

2.2 中成药 中成药制剂技术迅速发展,KOA患者需长期服用药物,中成药具有服用方便、越来越多的中药制剂疗效确切,临床应用越来越广泛。李异龙等^[13]对尪痹片治疗KOA后患者的临床症状及血清炎症因子水平进行研究,观察组CRP、ESR、VAS、ISOA评分均较对照组明显改善,说明

基金项目:重庆市垫江县卫生和计划生育委员会资助项目(编号:djkjxm2017jsyfsfy022)

第一作者:徐方琼,女,2017级硕士研究生,研究方向:中医内科学(风湿免疫病方向)

通讯作者:冷文飞,男,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医药治疗风湿免疫疾病, E-mail:25321744@qq.com

祛痹片可调节 KOA 患者血清炎症因子水平并缓解临床症状,疗效确切并且安全性良好。王力群^[14]应用活血膏(将刘寄奴、半枝莲、地鳖虫、地肤子、虎杖、生南星、黄柏等药物制成糊状)外敷膝关节,患者临床症状明显改善,有效率达到 94.0%,临床疗效显著,中成药的广泛应用为患者长期坚持服药提供了方便。

2.3 其他治疗 王志兰^[15]采用 80 例膝关节炎患者探讨延续性自我管理教育在康复过程中的作用,观察组和对照组均予常规健康教育,观察组同时接受延续性自我管理教育,对 2 组患者在出院后 3、6、12 个月的康复知识积分和 WOMAC 骨关节炎指数进行比较,结果显示在 KOA 患者康复过程中加强延续性自我管理教育能辅助患者恢复、提高生活质量,在治疗过程中对患者的延续性自我管理教育也是必不可少的。范仪铭等^[16]治疗 98 例 KOA 患者,治疗组(小针刀联合运动锻炼治疗)和对照组(低周波理疗+运动锻炼)各 49 例,2 周为 1 个疗程,对比 2 组治疗前以及治疗后 2、4、12 周的 WOMAC 评分和 VAS 评分,结果显示治疗组患者膝关节功能、疼痛等临床症状改善明显,且小针刀联合运动疗法治疗成本低,值得临床推广应用。全尊等^[17]采用随机对照研究对中药治疗组(消肿止痛颗粒内服联合化瘀通络蠲痹酊外敷治疗 31 例)和西医治疗对照组(玻璃酸钠注射液治疗 32 例)进行临床研究,治疗 4 周后,中医治疗组的中医证候量化标准积分和 WOMAC 骨关节炎指数、VAS 评分均较西医对照组改善明显,中医治疗组疗效明显,中药内服加外用为 KOA 治疗提供了新的方法。中药熏蒸治疗可将药力集中作用于患肢膝关节,并且有热力集中的优势,能有效改善局部代谢及血液循环、促进炎症渗出物的吸收、减轻水肿,对缓解 KOA 患者的膝关节肿痛有很好的疗效。熏洗法是采用中药在患处熏洗和浸泡进行治疗的一种方法^[18]。刘超^[19]对 43 例 KOA 患者中药(五加皮、没药、伸筋草、附子、蛇床子、当归、苏木、红花、血竭、透骨草等)熏蒸治疗 3 个疗程前后的膝关节疼痛 VAS 评分进行比较,治疗后膝关节疼痛 VAS 评分较前明显下降,中药熏蒸治疗在临床上可结合其他疗法,提高临床疗效。常建军等^[20]用温针灸治疗寒湿性 KOA 患者 40 例,与对照组(常规针刺加电针)进行比较,治疗组有效率(95.00%)比对照组(77.50%)明显提高,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明温针灸的热力可调理气血、温经散寒,能加强针刺治疗效果。

3 西医治疗

3.1 药物治疗 药物治疗首先是疼痛的管理。对乙酰氨基酚、外用非甾体抗炎药(NSAID)及辣椒碱被大部分指南推荐为首选药物。非选择性 NSAID 及 COX-2 抑制剂也得到了所有指南的推荐,但鉴于其不良反应,大多数指南将其列为次选药物。阿片类药物包括曲马多均有证据支持,可列为三线药物^[21]。李冬等^[22]研究显示,加用 NSAIDs 辅助关节镜治疗 KOA 能有效缓解疼痛、提高临床疗效,使患者能更好的配合术后运动,早日康复,明显改善患者的生活质量。糖皮质激素可有效地抑制软骨蛋白胶原降解过程,通过抑制

活性改善症状,但大剂量应用可减缓软骨的修复过程,毒副作用大,目前已很少口服应用。硫酸氨基葡萄糖具有抗炎作用,且有益于软骨的代谢。吴迎春等^[23]提出硫酸氨基葡萄糖联合淫羊藿总黄酮可以抑制白介素-1 β 活性、降低血清 TNF- α 的水平,通过减少促炎性细胞因子和其他参与骨关节炎的因子而达到抗炎的作用;通过抑制核因子- κ B 的激活而减少对关节软骨的损害,两者结合有协同作用,疗效满意。张丽^[24]对 58 例 KOA 患者进行临床疗效观察,6 个月后治疗总有效率为 93.1%,硫酸氨基葡萄糖能有效控制病情的恶化程度,对炎症有抑制作用。KOA 的主要病理改变是关节软骨的退变与磨损,修复关节软骨在治疗中尤其重要。翟文亮等^[25]采用关节腔内注射自体富血小板血浆与透明质酸钠分别治疗 41 例、40 例 KOA 患者,12 个月后从核磁共振检查客观指标比较二者的临床疗效,二者均有效果,但自体富血小板血浆疗效优于透明质酸钠,为临床上合理选择用药提供了新思路。

3.2 外科治疗 经内科治疗疗效不佳或者病变严重、患者对生活质量要求较高者可选择外科治疗。陈伟等^[26]对 233 例患者资料采用前瞻研究进行了分析,随访 3~14 个月,分别采用腓骨近端截骨术、膝关节镜清理+腓骨近端截骨术、胫骨高位截骨术、单髁置换术、全膝关节置换术均获得良好的治疗效果,各组患者术后膝关节疼痛明显减轻,膝关节活动度得到显著改善,有效提高了患者的生活质量。“保膝”治疗(胫骨高位截骨术、腓骨截骨术、关节镜下辅助治疗胫骨平台骨折、微创复位内固定术)主要针对临床上两种常见的膝关节疾病——骨关节炎和胫骨平台骨折,最大限度地保护原有膝关节组成,减少术后并发症的发生,并且通过早期功能锻炼辅助术后恢复^[27]。

4 中西医结合治疗

杜运阿等^[28]将 60 例 KOA 患者随机分为治疗组 30 例(自拟补肾泻痛方配合美洛昔康)和对照组 30 例(口服美洛昔康),2 个疗程后治疗组优良率为 89.1%,显著优于对照组的 50%,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明中西医结合治疗可有相辅相成的作用,临床疗效显著。高志^[29]采用随机对照研究方法观察治疗组(布洛芬缓释胶囊+盐酸氨基葡萄糖胶囊+针灸治疗和推拿理疗治疗)51 例和对照组(盐酸氨基葡萄糖胶囊+布洛芬缓释胶囊口服治疗)52 例的临床疗效和安全性,治疗 6 周后 2 组进行对比。结果显示:抗炎镇痛类西药联合中医的针灸治疗和推拿按摩疗法可更有效地缓解疼痛,并且患肢膝关节的功能状况改善更为显著,有助于提高患者的生存质量。乔登朝等^[30]将 64 例膝关节炎患者随机分为对照组(双醋瑞因治疗)和治疗组(双醋瑞因+中药外治),每组各 32 例,治疗 4 周后治疗组有效率(90.06%)优于对照组有效率(75.00%),表明运用中药外治联合双醋瑞因治疗 KOA 的临床疗效显著,且毒副作用小。黄建^[31]对 180 例 KOA 患者随机分为 3 组:中西医结合组(中医+西医)、中医组(针灸配合特定电磁波治疗器照射治疗)、西医组(口服盐酸氨基葡萄糖片+膝关节腔内注射玻

璃酸钠),治疗6周后中西医结合组的有效率(91.67%)显著高于中医组(78.33%)和西医组(83.33%),3组患者不良反应均较轻,所以中医、西医治疗KOA均有效、安全,但中西医结合疗效更显著,有利于更大程度地缓解患者的临床症状,从而提高患者治疗的信心。王亚忠等^[32]的研究显示,全膝关节表面置换术后加用止痛四物汤治疗,其治疗组总有效率为90.57%,对照组仅为79.25%;并且对NO、IL-1、iNOS的表达水平有显著降低的作用。

5 结 语

综上所述,KOA发病率高,但目前对其发病机制尚不完全清楚。中、西医在治疗KOA方面都有各自的优势,中医在有效缓解膝关节疼痛、改善关节功能等方面的疗效肯定,而西医具有疗效快、服用方便等特点。但西医毒副作用相对明显,采用西医治疗的同时继承和发扬中医的特色,结合中医治疗能加强疗效并且减轻服用西药产生的胃肠道反应等毒副作用,中医外治对术后恢复有很大的帮助,所以临床上最大程度发挥中、西医各自的治疗优势,二者相辅相成,更好地为患者服务,减轻患者痛苦,提高患者生活质量,早日恢复健康。临床上根据患者的病情及期望尽早给患者拟定优良的治疗方案,中、西医治疗的多样化为患者提供了多元化的治疗方案,二者联合使用,在治疗和预防方面并驾齐驱、相辅相成,将更显疗效。

参考文献

- [1] Frank M, Bwemero J, Kalunga D, et al. OA60 Public health and palliative care mix: a ccmedicine approach to reverse the overgrowing burden of non-communicable diseases in tanzania [J]. BMJ Support Palliat Care, 2015, 5(Suppl1): A19.
- [2] 谷艳超, 刘世清, 夏韶强, 等. 骨关节炎发病机制和治疗的研究进展[J]. 中国骨与关节杂志, 2016, 5(10): 770-774.
- [3] 余庆阳, 黄巍. 膝骨关节炎从痹论治的病因与证候探讨[J]. 风湿病与关节炎, 2015, 4(3): 40-43.
- [4] 张增乔, 冯伟, 卢远坚, 等. 软骨和软骨下骨的生物力学相互作用对骨关节炎影响的研究进展[J]. 中医正骨, 2017, 29(5): 23-26, 30.
- [5] 郑晓芬. 骨关节炎发病机制和治疗的最新进展[J]. 中国组织工程研究, 2017, 21(20): 3255-3262.
- [6] Murphy L, Helmick CG. The impact of osteoarthritis in the United States: a population-health perspective[J]. American J Nursing, 2012, 112(3suppl1): 13-19.
- [7] 付长龙, 梅阳阳, 叶锦霞, 等. 乌头汤治疗寒湿痹阻型膝骨关节炎: 与双氯芬酸钠的比较[J]. 风湿病与关节炎, 2017, 6(4): 12-16.
- [8] 滕居赞, 宋喜军, 李红梅. 千金三黄汤加味治疗膝骨关节炎40例临床研究[J]. 四川中医, 2017, 35(1): 130-132.
- [9] 孟建, 戴刚, 吴锦秋, 等. 益肾健骨丸治疗肝肾亏虚型膝骨关节炎48例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2017, 25(6): 66-67.
- [10] 刘国跃, 刘丽斌. 益骨汤治疗风湿痹阻型膝骨关节炎的疗效观察及对骨代谢指标的影响[J]. 四川中医, 2017, 35(2): 114-117.
- [11] 赵乐, 李艳彦, 王永辉, 等. 黄芪桂枝五物汤对阳虚寒凝型骨关节炎大鼠免疫相关细胞因子的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(7): 160-166.
- [12] 李素琴. 中药外敷治疗膝骨关节炎临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(5): 707-709.
- [13] 李异龙, 刘满仓, 许小真. 疔痹片对膝骨关节炎临床症状及血清炎症因子水平的影响[J]. 中外医学研究, 2017, 15(26): 22-24.
- [14] 王力群. 活血膏外敷治疗膝关节炎性骨性关节炎临床研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2014, 16(6): 97-98.
- [15] 王志兰. 延续性自我管理教育在膝骨关节炎患者康复中的应用研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2017, 38(13): 1592-1594.
- [16] 范仪铭, 郭珈宜, 李峰, 等. 小针刀配合运动疗法治疗膝骨关节炎的临床研究[J]. 风湿病与关节炎, 2017, 6(5): 22-24.
- [17] 全尊, 张晓刚, 赵永利, 等. 瘀血痹阻型膝骨关节炎内服联合外敷治疗临床研究[J]. 中医药临床杂志, 2017, 29(10): 1744-1747.
- [18] 邱绿琴, 谢月, 黄银秋, 等. 中医外治法治疗膝骨性关节炎研究进展[J]. 江西中医药, 2017, 48(3): 67-70.
- [19] 刘超. 中药熏蒸疗法治疗膝骨关节炎[J]. 中医正骨, 2015, 27(5): 50-51.
- [20] 常建军, 江涛, 杨家庄, 等. 温针灸治疗寒湿型膝骨关节炎40例[J]. 云南中医中药杂志, 2016, 37(3): 50-51.
- [21] 陈庆奇, 龚敬乐. 基于国内外指南的适用于我国全科医疗的膝骨关节炎诊治流程[J]. 中国全科医学, 2016, 19(2): 125-129.
- [22] 李冬, 张光武, 刘家帮, 等. 非甾体抗炎药辅助关节镜治疗膝骨关节炎的临床疗效分析[J]. 临床药物治疗杂志, 2015, 13(4): 54-57.
- [23] 吴迎春, 吕刚, 依力潘·凯赛尔, 等. 淫羊藿总黄酮联合硫酸氨基葡萄糖对膝骨关节炎疗效临床研究[J]. 中国骨质疏松杂志, 2017, 23(9): 1195-1198.
- [24] 张丽. 硫酸氨基葡萄糖治疗膝骨关节炎的临床疗效分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(11): 101-102.
- [25] 翟文亮, 周亮, 刘晖, 等. 富血小板血浆与透明质酸钠治疗膝骨关节炎的临床观察[J]. 中华关节外科杂志: 电子版, 2017, 11(1): 96-100.
- [26] 陈伟, 陈百成, 王飞, 等. 应用不同方法治疗膝关节炎的对比研究[J]. 河北医科大学学报, 2015, 36(5): 600-602.
- [27] 于沂阳, 常恒瑞, 张英泽. 保膝治疗的研究进展[J]. 中华关节外科杂志: 电子版, 2017, 11(1): 73-77.
- [28] 杜运阿, 陈国锋, 许建安, 等. 自拟补肾巧痛方治疗退行性骨性关节炎临床研究[J]. 现代中医药, 2014, 34(2): 39-41.
- [29] 高志. 膝关节炎经中西医不同疗法的对比研究[J]. 世界中医药, 2017, 12(8): 1767-1770.
- [30] 乔登朝, 王少华, 刘怀省, 等. 中药外治联合双醋瑞因治疗膝骨关节炎临床观察[J]. 风湿病与关节炎, 2017, 6(8): 24-26.
- [31] 黄建. 中西医结合治疗膝骨关节炎的临床观察[J]. 华西医学, 2016, 31(5): 811-815.
- [32] 王亚忠, 于红蕊. 全膝关节表面置换术联合止痛四物汤对重症膝关节炎性骨性关节炎的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2016, 25(12): 2378-2380. (收稿日期: 2018-03-09)