

引用:欧降红,吕书勤.加味乌梅汤治疗寒热错杂型膝骨关节炎30例临床观察[J].湖南中医杂志,2021,37(2):51-52,56.

加味乌梅汤治疗 寒热错杂型膝骨关节炎30例临床观察

欧降红¹,吕书勤²

(1. 新疆医科大学,新疆 乌鲁木齐,830011;

2. 新疆医科大学附属中医医院,新疆 乌鲁木齐,830099)

[摘要] 目的:观察加味乌梅汤对寒热错杂型膝骨关节炎的临床疗效。方法:将60例寒热错杂型膝骨关节炎患者随机分成治疗组和对照组,每组各30例。治疗组给予加味乌梅汤治疗,对照组给予硫酸氨基葡萄糖胶囊治疗,观察2组患者中医证候疗效及治疗前后中医证候积分、日本骨科协会评估治疗分数(JOA)评分。结果:总有效率治疗组为90.0%(27/30),对照组为63.3%(19/30),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后2组中医证候积分、JOA评分均较治疗前有所改善,且治疗组改善程度优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:加味乌梅汤能有效治疗寒热错杂型膝骨关节炎,缓解临床症状。

[关键词] 膝骨关节炎;寒热错杂型;加味乌梅汤

[中图分类号] R274.943 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.02.019

膝骨关节炎是膝关节软骨的非炎症性退行性变及继发性骨质增生,膝关节疼痛、活动受限及关节畸形是其主要临床表现^[1]。随着我国老龄化进程的加快,骨关节炎逐渐成为影响中老年人生活质量的重大问题,给患者、家庭和社会造成一定的经济负担。膝骨关节炎的治疗方法主要为药物治疗和手术,旨在缓解疼痛、改善关节功能以及防止骨关节炎进展。

中医学将本病归为“痹证”范畴,一般分为偏风、偏热、偏寒、偏湿等证型^[2],临床可见寒热虚实错杂。乌梅汤出自于《伤寒论》,组方辛甘并进,补泻兼施,寒热并用,可治疗寒热错杂诸病。笔者于永州市中医院工作期间运用乌梅汤加味治疗寒热错杂型膝骨关节炎30例,取得一定疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2020年1~9月于永州市中医院就诊的60例寒热错杂型膝骨关节炎患者,将其按随机数字表法随机分为治疗组和对照组,每组各30例。治疗组中,男13例,女17例;年龄41~69岁,平均(47.0±6.0)岁;病程3个月至16年,平均(5.6±5.5)年。对照组中,男14例,女16例;年龄43~71岁,平均(45.0±7.0)岁;病程5个月至

18年,平均(5.8±6.0)年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《骨关节炎诊断及治疗指南》^[1]中膝骨关节炎的诊断标准。1)近1个月常出现膝关节疼痛;2)有骨摩擦音;3)晨僵≤30 min;4)年龄≥38岁;5)有骨性膨大。满足1)2)3)4)条或1)2)5)条者,即可诊断为膝骨关节炎。

1.2.2 中医辨证标准 符合《实用中医风湿病学》^[2]中痹证、寒热错杂证的辨证标准。关节肿痛热,活动不利,遇寒加重,得温则缓,或伴晨僵,或关节畸形,舌质红、苔薄白或黄,脉弦数或缓。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断和中医辨证标准;2)年龄38~75岁;3)3个月内未服用其他防治膝骨关节炎的药物;4)患者签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)心、脑、肝、肾及血液系统严重疾患及精神疾病;2)对观察药物过敏;3)依从性差,影响疗效观察。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予以加味乌梅汤治疗。方药组成:乌梅30g,细辛3g,桂枝10g,川椒10g,干姜20g,黄连15g,黄柏10g,当归10g,人参10g,附子(先煎)5g,骨碎补15g,怀牛膝10g,青风藤15g,忍冬

藤 15 g,桃仁 10 g,制半夏 10 g,木瓜 15 g。由医院制剂室统一熬制,每剂煎 2 次,每袋 200 ml,入组后开始服用,1 袋/次,2 次/d。

2.2 对照组 予以常规西药治疗。硫酸氨基葡萄糖胶囊 (Rottapharm Ltd, 批准文号: 国药准字 H20090797,规格:0.25 g/粒)口服,2 粒/次,3 次/d。

2 组均治疗 6 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)膝关节功能情况。采用日本骨科协会评估治疗分数 (JOA) 评分^[3]对膝关节功能进行评定。主要指标包括:①疼痛,能步行,计 30 分;②疼痛,能上下楼梯,计 25 分;③屈曲角度和强直、高度挛缩,计 35 分;④肿胀,计 10 分。总分为 100 分。2)中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]对 2 组治疗前后主要证候(肿胀、关节疼痛)进行评分,每项采用 0~6 分进行评价,得分越高症状越严重。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定。证候积分减少率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。治愈:症状、体征消失或基本消失,中医证候积分减少率≥95%;显效:症状、体征明显改善,中医证候积分减少率≥70%、但<95%;有效:症状、体征均有好转,中医证候积分减少率≥30%、但<70%;无效:症状、体征无明显改善,甚或加重,中医证候积分减少>30%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 21.0 进行统计分析,计量资料以均数±标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示,组间比较采用两独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对 *t* 检验,计数资料以率 (%) 表示,进行 Mann-Whitney U 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.3.1 2 组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为 90.0%,对照组为 63.3%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	4(13.3)	9(30.0)	14(46.7)	3(10.0)	27(90.0) ^a
对照组	30	2(6.7)	7(23.3)	10(33.3)	11(36.7)	19(63.3)

注:与对照组比较,^a*P*<0.05。

3.3.2 2 组治疗前后 JOA 评分比较 2 组 JOA 评分治疗前比较,差异无统计学意义 (*P*>0.05);治疗后 2 组 JOA 评分均较治疗前提高,且治疗组高于对

照组,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 JOA 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	61.2±2.6	84.5±2.9 ^{ab}
对照组	30	61.3±2.8	71.7±2.7 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05;与对照组治疗后比较,^b*P*<0.05。

3.3.3 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组中医证候积分治疗前比较,差异无统计学意义 (*P*>0.05);治疗后,2 组中医证候积分均较治疗前降低,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	肿胀	关节疼痛
治疗组	30	治疗前	5.01±0.91	4.96±0.92
		治疗后	0.92±0.11 ^{ab}	0.85±0.01 ^{ab}
对照组	30	治疗前	5.03±0.88	4.99±0.90
		治疗后	2.13±0.37 ^a	2.23±0.42 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05;与对照组治疗后比较,^b*P*<0.05。

3.3.4 不良反应 治疗组 3 例表现为轻微腹痛、恶心等不适,嘱患者餐后 30 min 少量频服后,不良反应逐渐消失;对照组未见明显不适。

4 讨论

膝骨关节炎又称退行性膝关节炎,是中老年人常见的骨关节疾病,女性发病率高于男性。其病因及发病机制不明,主要是以缓解疼痛、延缓膝关节退变、阻止疾病进展以及提高患者生活质量为治疗原则。中医学对本病的认识有较深入的研究。《扁鹊心书·痹病》云:“痹者,气血凝闭而不行……合而为病”,《素问·痹论》曰:“痹在于骨则重,在于脉则血凝而不流,在于筋则屈不伸,在于肉则不仁,在于皮则寒”;《金匱要略》曰:“病历节不可屈伸,疼痛,乌头汤主之。”

本研究采用的乌梅丸出自《伤寒论》,本方气血共调、正邪兼顾、寒热并用,是治疗厥阴病寒热错杂证之主方。后世谨守病机,辨证施治,运用乌梅汤加减治疗各种疾患,均取得良好的治疗效果。笔者针对寒热错杂型膝骨关节炎运用乌梅汤加味治疗,切合病机,故临床疗效颇佳。方中重用乌梅敛肝息风,《名医别录》云其“利筋脉,去痹”;细辛、川椒、桂枝、附子、干姜温阳散寒宣痹;黄连、黄柏苦寒泄热;当归、人参补脏腑气血之虚;怀牛膝、(下转第 56 页)

- 2017,15(1):122-126.
- [7] STAAB JP, RUCKENSTEIN MJ. Chronic dizziness and anxiety: effect of course of illness on treatment outcome[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2005, 131(8): 675-679.
 - [8] STAAB JP, RUCKENSTEIN MJ, SOLOMON D, et al. Serotoninre-uptake inhibitors for dizziness with psychiatric symptoms[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2002, 128(5): 554-560.
 - [9] BITTAR RS, SOHSTEN EM. Clinical characteristics of patients with persistent postural-perceptual dizziness[J]. Braz J Otorhinolaryngol, 2015, 81(3): 276-283.
 - [10] 欧红霞, 陈平, 傅强. 使用 5-羟色胺再摄取抑制剂 150 例患者的不良反应分析[J]. 中国新药与临床杂志, 2002, 21(12): 711-713.
 - [11] STAAB JP, ECKHARDT-HENN A, HORII A, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): consensus document of the committee for the classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society[J]. J Vest Res, 2017, 27(4): 191-208.
 - [12] WHITNEY SL, MARCHETTI GF, MORRIS LO. Usefulness of the dizziness handicap inventory in the screening for benign paroxysmal positional vertigo[J]. Otol Neurotol, 2005, 26(5): 1027-1033.
 - [13] 丁雷, 刘畅, 王嘉玺. 眩晕障碍程度评定量表(中文版)的评价[J]. 中华耳科学杂志, 2013, 11(2): 228.
 - [14] WORBOYS M. The Hamilton rating scale for depression: the making of a "gold standard" and the unmaking of a chronic illness, 1960-1980[J]. Chronic Illn, 2013, 9(3): 202-219.
 - [15] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 349.
 - [16] 朱翠婷, 鞠奕. 精神心理性头晕[J]. 中国卒中杂志, 2017, 12(9): 854-858.
 - [17] 明玉杰, 方立群. 持续性姿势-知觉性头晕及发病机制[J]. 北京医学, 2017, (39)8: 844-846.
 - [18] 阎志慧, 陈春富. 持续性姿势-知觉性头晕的研究进展[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(14): 1118-1120.
 - [19] HORRI A, IMAI T, KITAHARA T, et al. Psychiatric comorbidities and use of milnacipran in patients with chronic dizziness[J]. J Vestib Res, 2016, 26(8): 335-340.
 - [20] 吕锁锁, 卢伟, 丁韶洗. 持续性姿势-感知性头晕的临床评估[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2018, 26(2): 151-155.
 - [21] 曹效平, 袁天懿, 曹查兵, 等. 慢性主观性头晕患者主观严重程度、刺激因子、行为学特征及睡眠质量调查[J]. 中华耳科学杂志, 2017, 15(6): 648-652.
 - [22] 鞠奕, 赵性泉. 慢性主观性头晕[J]. 中国卒中杂志, 2013, 8(5): 388.
 - [23] 何晓华, 钟远惠, 谢穗峰, 等. 艾司西酞普兰联合奥氮平治疗老年精神分裂症伴抑郁临床疗效和安全性[J]. 医学临床研究, 2014, 31(3): 495-497.
 - [24] 袁天懿, 曹查兵, 曹效平. 艾司西酞普兰治疗慢性主观性头晕 32 例[J]. 医药导报, 2016, 35(3): 272-275.
 - [25] 李夏珍, 高新新, 马芬, 等. 浅探“醒脑开窍”针刺法之“小醒脑”[J]. 中国针灸, 2016, 36(7): 779-780.
 - [26] 石学敏. 石学敏实用针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 317-318.
 - [27] 王国强. 中医医疗技术手册[M]. 北京: 国家中医药出版社, 2003: 70.
 - [28] 郭长青. 针灸学现代研究与应用(上册)[M]. 北京: 学苑出版社, 1998: 565-566.
 - [29] 陈华德, 殷光磊, 蒋巍. 用 fMRI 技术探讨针刺百会穴对脑功能的影响[J]. 浙江中医药大学学报, 2006, 6(1): 656-659.
 - [30] 王浩然, 付晓燕, 贾红玲. 完骨穴古今应用概况探析[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(1): 73-76.
 - [31] 许建阳, 王发强, 王宏, 等. 针刺合谷与太冲 fMRI 脑功能成像的比较研究[C]//首届全国功能神经影像学 and 神经信息学研讨会论文汇编, 2003: 109-111.

(收稿日期: 2020-07-12)

(上接第 52 页) 骨碎补强筋壮骨、补益肝肾; 忍冬藤、青风藤引筋达结, 善走经络而止痛; 桃仁活血行血舒筋, 祛瘀生新; 制半夏燥湿化痰; 木瓜调和中焦、舒筋活络、祛湿化浊。全方合用, 攻补兼施, 寒热并举, 谨守寒热错杂之病机, 标本兼治, 体现了中医学异病同治、辨证论治的特色及优势。

本研究结果显示, 总有效率治疗组为 90.0%, 高于对照组的 63.3%, 差异有统计学意义。2 组 JOA 评分、中医证候积分治疗后均较治疗前改善, 且治疗组改善程度优于对照组, 说明加味乌梅汤治疗寒热错杂型膝关节炎优于单用硫酸氨基葡萄糖胶囊治疗。临床应权衡患者病情的虚实、寒热变

化, 灵活加减补虚、泻实、清热、温阳等药物, 更可进一步提高加味乌梅汤治疗膝骨关节炎的临床疗效。

参考文献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 骨关节炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(6): 416-418.
- [2] 王承德, 沈丕安. 实用中医风湿病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 54-56.
- [3] ISHIBASHI Y, ADACHI N, KOGA H, et al. Japanese Orthopaedic Association (JOA) clinical practice guidelines on the management of anterior cruciate ligament injury-secondary publication[J]. Journal of Orthopaedic Ence, 2020, 25(1): 6-45.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 349-353. (收稿日期: 2020-11-16)