引用:李青海,程红亮,张闻东,张寒玉,汪庆庆,张世林.程红亮采用温针灸结合中药外敷治疗老年膝关节炎急性发作经验[J].湖南中医杂志,2022,38(11):61-63.

程红亮采用温针灸结合中药外敷治疗老年膝关节炎急性发作经验

李青海¹,程红亮²,张闻东²,张寒玉¹,汪庆庆¹,张世林¹

(1.安徽中医药大学,安徽 合肥,230038;

2.安徽中医药大学第二附属医院,安徽 合肥,230061)

[摘要] 介绍程红亮主任医师采用温针灸结合中药外敷治疗老年膝关节炎(KOA)急性发作的临床经验。程师认为,老年 KOA 急性发作以肝肾亏虚为本,寒为诱因,瘀血阻滞为标,并总结出“虚受寒,寒生瘀”的致病理论,遵循“远近配穴、标本同治、气血筋骨肉并调”的治疗原则,在“膝五针”(内膝眼、外膝眼、阴陵泉、阳陵泉、足三里)的基础上配以肝、肾经的原穴和背俞穴;同时重视“证”“症”兼顾,在辨证论治的基础上,灵活进行随症配比,运用温针灸结合中药外敷的治法,取得了良好的临床疗效。附验案 1 则,以资佐证。

[关键词] 膝关节炎;急性发作;温针灸;中药外敷;名医经验;程红亮

[中图分类号] R274.943,R246.2 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.11.014

膝关节炎(knee osteoarthritis, KOA)是一种致残率较高的慢性炎症疾病^[1],病变部位主要累及膝关节软骨及滑膜,严重影响下肢运动功能,降低患者的生活质量。我国 KOA 的患病率为 18%^[2],发病机制尚未明确,现代研究表明本病与炎症因子、肥胖、遗传、激素等多个方面密切相关^[3]。西医常用的治疗方式有关节腔药物注射、口服非甾体抗炎药、外科手术等,但均有一定的毒副作用或易产生并发症,而中医药治疗有其独特的优势。

程红亮,主任医师,博士研究生导师,师从国家级名老中医张道宗教授,其采用针灸结合中药外敷治疗老年 KOA 急性发作获效显著,现将其经验阐释如下。

1 基于虚、寒、瘀对病因病机进行探讨

KOA 属于中医学“膝痹”“骨痹”的范畴。《素问·痹论》载:“痛者,寒气多也,有寒故痛也。”骨痹患者以疼痛为主要表现,主受寒重,寒凝则血滞,气血凝滞则成瘀。肾主骨,肾生骨髓,肾的功能与骨

的生成密切相关,肾虚于里则骨痿不生,外受风寒邪气,内生瘀血则发为骨痹。程师认为 KOA 以虚为本,寒为导引,其病理产物瘀血阻滞经络孔窍而急性发作,病性为本虚标实。老年人体质虚羸,肝气与肾精虚衰为本,根据“气为血之帅,血为气之主”的理论,肝气虚则其藏血功能衰退,肾精不足则筋骨生长更新受限,筋骨关节失去气血、肾精的滋养而萎软不伸。虚则阳气卫外不固,阴精不能内守,阴阳失衡,易受邪气侵扰,此为“虚受寒”之理。《灵枢·痛疽》载:“寒气客于经脉之中则血泣,血泣则不通。”寒性凝滞,气流通受限,寒性收引,筋、脉、肉、皮肤等组织收缩挛急,加重气流通障碍,久则生瘀并客于筋骨关节而作痛,此为“寒生瘀”之由。正气亏虚于里,寒瘀互结于外,导致局部气血郁滞,郁久化热,表现于外可见膝关节红肿热痛。

2 温针灸结合中药外敷的治疗方案

2.1 远近配穴,重调脏腑气血 程师认为,随着年龄的增长,脏腑功能逐渐减退,且以肝、肾为首,从

基金项目:安徽省省级中医发展专项经费项目张闻东名老中医工作室建设项目(卫办秘[2016]680号);安徽省中医药领军人才培养对象项目(中医药发展秘[2018]23号);安徽省第十三批“115”产业创新团队“针药结合防治脑病产业创新团队”项目(皖人才办[2020]4号);安徽省教育厅高校自然科学基金重点项目(KJ2020A0428)

第一作者:李青海,男,2020级硕士研究生,研究方向:针灸的临床应用

通信作者:程红亮,男,主任医师,博士研究生导师,研究方向:针灸优势病种临床及其机制研究,E-mail:chl.75811@163.com

而直接或间接地影响气血的运行与筋、骨、肉的功能。程师选取“膝五针”(内膝眼、外膝眼、阴陵泉、阳陵泉、足三里)配以肝肾两经的原穴太溪、太冲及背俞穴之肝俞、肾俞作为主穴。膝关节为人体的大关节,其上为经别汇入之处,下为别络分出之所,“膝五针”为膝关节的局部取穴,针刺可疏通气机、调畅气血。程师强调 KOA 急性发作时患者肿痛剧烈,局部取穴过多有助寇之弊,故选穴宜精简,手法应轻浅,若患者单侧下肢患病,针刺另一侧对应穴位亦可收效。程师认为,选择肝、肾两经的原穴及背俞穴,一是从脏腑的角度调理内外平衡,二是通过远近配穴以加强疗效,并避免局部取穴过多而加重患者疼痛。膝关节的肿痛、僵硬只是肝肾亏于内的外在表象,选择两经的原穴与背俞穴搭配可最大化调动肝肾两经的气血,通过肝的疏泄、肾的蒸腾气化功能激活五脏六腑,使内部精气活跃后反作用于外部,从而达到内外平衡的状态。研究表明,原穴与背俞穴搭配针刺治疗 KOA 急性发作可有效缓解疼痛症状,具有良好的临床疗效及远期疗效^[4]。程师临证亦重视配穴选取,寒湿甚加大椎,大椎承载着手足三阳经及督脉之阳气,不仅善于实腠理而拒邪于外,而且还能通调周身气血;血瘀甚加血海,血海为足太阴脉气血归集之海,是通调气血的关键要穴,善治血瘀痛痹;痛甚者加梁丘、鹤顶,梁丘位于气血充盈的阳明经上,针之可化瘀通痹。现代研究表明,针刺鹤顶穴对 KOA 的治疗较普通针刺组更有效,同时结合隔姜灸疗效更佳^[5]。

穴位具体操作:患者坐靠于特制椅背上,抬高双下肢,暴露背部需针刺的区域,医者严格消毒所选穴位,根据穴位灵活选取针具。内膝眼、外膝眼沿骨缝隙向膝中深进针 1.5~2.0 寸,患者感膝中蚁行、酸胀、发热为佳;阴陵泉、阳陵泉两穴相互透刺 1.5~2.0 寸;足三里直刺 1.5~2.0 寸;肾俞、梁丘直刺 1.0~1.5 寸;鹤顶略向上斜刺 0.5~1.0 寸;肝俞向脊柱斜刺 0.5~1.0 寸;太溪、太冲直刺 0.5~0.8 寸;大椎向上斜刺 0.5 寸;血海直刺 1~2 寸;足三里、肝俞、肾俞、太溪、太冲施以小幅度低频率的捻转补法,其余诸穴施以捻转泻法,得气后留针 30 min,1 次/d,3 次/周。

2.2 重视温针,三角共热 温针灸是治疗 KOA 最常用且有效的方法,较普通针刺疗效更佳^[6]。程师根据多年临床经验,选取内、外膝眼为温针灸主穴。

程师认为,内、外膝眼是沟通膝关节内外的直接通道,寒邪可由此潜入,亦可在此拔除。针刺内、外膝眼时需找准角度深进针,切勿停留于表层,深进针后配以灸法增强散寒祛瘀之力,缓解膝关节局部疼痛的效果更佳。研究显示,温针灸家兔“内膝眼”“外膝眼”“足三里”“阳陵泉”可降低兔制动引起的 KOA 膝关节软骨中基质金属蛋白酶-1(MMP-1)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)水平,改善症状^[7]。随症配穴:肿甚者加足三里,正如《胜玉歌》所载:“两膝无端肿如斗,膝眼、三里艾当施”;痛甚者加梁丘穴,如《针灸大成》载:“梁丘主膝脚腰痛”;虚甚而痿软者加鹤顶穴,《东医宝鉴》载:“鹤顶主两足瘫痪无力”。每组温针灸均选择三穴,形成三足鼎立之势,更易使温针灸热量向膝关节内部传递,改善膝痛和活动受限的症状。

具体操作:针刺得气后,将 2 cm 长艾条下 endpoint 燃悬挂于选定穴位的针柄上,以患者自觉膝内部温热舒畅,或热流向上下扩散放射为最佳,燃尽更换,灸 3 壮/次,1 次/d,3 次/周。

2.3 中药外敷,随症配比 中药外敷治疗是通过透皮吸收的方法将作用药物直接作用于患处,具有操作简单、安全有效的优点。程师通过多年临床经验,总结得出针灸结合调理内部,疏通体内气机、调和内在阴阳,中药外敷直达病所,祛寒通痹。内外结合,使内有所依,外有所固,治疗本病急性发作效果颇佳。临床选用大黄、芒硝、生姜三种药物(大黄、芒硝打细粉,生姜榨汁),按“随症配比”的原则进行外敷治疗。大黄有逐瘀通痹之功,其主要成分大黄素、大黄酸可降低炎性介质的释放、改善炎性细胞的浸润,从而减轻炎症反应^[8]。芒硝外敷可消肿解毒,聂君等^[9]研究发现芒硝外敷对于急性胰腺炎的局部肿痛有明显的抑制作用。生姜温经祛瘀,其姜辣素提取物对抑制关节炎的进展有良好的疗效^[10]。

具体操作:将大黄、芒硝、生姜以 3:1:1 比例用 75%乙醇调成稀糊状,温针灸后均匀敷于患处,外用保鲜膜包裹,TDL 灯照射 60 min 后取下,1 次/d,3 次/周。随症配比:痛甚者[视觉模拟评分法(VAS)评分 ≥ 7 分],药物比例为 3:1:1;肿甚者(膝关节肿胀,浮髌试验明显可见),药物比例为 3:2:1;屈伸不利者(膝部屈伸范围 $<100^\circ$),大黄、芒硝以 3:1 比例用姜汁调敷;痛、肿、屈伸不利并重者,大黄、芒硝以 1:1 比例用姜汁调敷。

2.4 辨证论治与随症施治相结合 程师强调辨证论治在临床实践中的重要性,同时提出辨证论治要与随症施治相结合,只有辨好“证”才能明确正确的治法,根据“症”的不同才能进行精准的施治,“证”“症”结合是取得疗效的根本依据。程师指出老年 KOA 急性发作是由虚、寒、瘀杂合而成,辨证分为肝肾不足、风寒痹阻、瘀血阻滞 3 个证型,症状主要有冷痛、红肿、萎软、屈伸不利等。治疗时需根据患者实际症状和舌脉确立虚、寒、瘀的主导关系,根据临床表现确定针灸选穴和中药外敷配比的治疗方案。

3 典型病案

柴某,女,79 岁,2021 年 5 月 7 日初诊。主诉:发作性双膝肿痛 5 年,加重 1 周。患者 5 年来双膝关节肿痛反复发作,病初较轻,可耐受,未予重视,后症状逐渐加重,长时间行走后或上下楼梯时尤甚,多次于当地医院行中西医结合治疗,效果欠佳。现症见:双膝关节红、肿、热、痛,伴活动受限,感寒后加重,腰膝酸软,失眠多梦,时有五心烦热、盗汗,口燥咽干,舌暗红、中有裂纹,少苔,脉细数。专科检查:双膝肿胀,皮温增高,膝部屈伸范围 110° ,膝内侧压痛(+),双侧浮髌试验(+),双侧髌骨研磨试验(+),疼痛 VAS 评分 5 分。辅检双膝关节 MRI 示:双侧半月板内角 III⁰ 损伤。西医诊断:KOA;中医诊断:骨痹,肝肾不足证。治则:补益肝肾,消肿止痛。治法:1) 针灸疗法。选穴:内膝眼、外膝眼、阴陵泉、阳陵泉、肝俞、肾俞、太溪、太冲、足三里、太溪、太冲、梁丘、大椎、阿是穴,其中内、外膝眼及足三里施以温针灸。操作:内膝眼、外膝眼向膝中斜刺 1.5~2.0 寸;阴陵泉、阳陵泉相互透刺 1.0~1.5 寸;肝俞向脊柱斜刺 0.5~0.8 寸;肾俞直刺 0.5~1.0 寸;太溪、太冲直刺 0.5~0.8 寸;大椎向上斜刺 0.5 寸;足三里直刺 1.0~2.0 寸;梁丘及阿是穴直刺 1.0~1.2 寸,足三里、肝俞、肾俞、太溪、太冲施以小幅度低频率的捻转补法,其他诸穴施以捻转泻法。得气后在足三里及内外膝眼 3 个穴位上放置硬纸板,将 20 mm 艾条下端点燃后悬挂于针柄,燃尽后更换 1 次。2) 中药外敷。针灸结束后,将大黄粉、芒硝、生姜以 3:2:1 比例用 75% 乙醇调成糊状均匀涂敷于患处,并用保鲜膜包裹,TDP 灯外部加热,1 h/次。以上治疗 3 次/周。5 月 27 日二诊:经过 2 周治疗,患者双膝关节肿痛明显消退,皮温正常,活动受限明显改善,可独自短距离行走,继续采

用初诊治疗方案。6 月 12 日三诊:患者诉行走自如,步行超过 1 公里后感觉隐痛,上下楼时偶感疼痛。上述治疗方案改为每周 1 次,并配合康复训练。治疗 3 个月后,患者膝痛明显改善,可独立完成简单家务,生活质量得到显著改善。

按语:本案患者为老年女性,膝痛症状多年,反复发作,迁延不愈。初诊时双膝关节肿痛明显,活动受限,舌暗红、中有裂纹,少苔,脉细数,为肝肾亏虚于里,寒瘀外束筋骨关节之征,辨证为肝肾不足证,治宜补益肝肾、消肿止痛。因患者主要以红肿为主,疼痛次之,故主穴选取内膝眼、外膝眼、阴陵泉、阳陵泉、肝俞、肾俞、太溪、太冲、足三里,强调筋骨并重,以达肝肾并补、气血通调的目的;配穴加梁丘增强止痛之功;中药外敷时按 3:2:1 比例混合大黄粉、芒硝、生姜汁外敷,倍用芒硝加强消肿通络的功效。经过 2 周的治疗,患者膝关节肿痛明显减轻,坚持治疗 4 周后患者行走自如,3 个月后能独立完成家务,疗效满意。

参考文献

- [1] 中华中医药学会骨伤科分会膝痹病(膝骨关节炎)临床诊疗指南制定工作组. 中医骨伤科临床诊疗指南·膝痹病(膝骨关节炎)[J]. 康复学报,2019,29(3):1-7.
- [2] 王斌,邢丹,董圣杰,等. 中国膝骨关节炎流行病学和疾病负担的系统评价[J]. 中国循证医学杂志,2018,18(2):134-142.
- [3] 马偲铭,王连成,张伟业. 膝骨关节炎的发病机制及中医康复研究进展[J]. 实用医院临床杂志,2021,18(3):194-197.
- [4] 于阿春,苏国宏. 俞原配穴治疗肝肾亏虚型膝骨性关节炎临床疗效观察[J]. 中医药临床杂志,2019,31(6):1127-1130.
- [5] 郑佳,张慧,刘建武. 不同针灸方法干预鹤顶穴对阳虚寒凝型膝骨关节炎的临床疗效观察[J]. 中国针灸,2017,37(6):594-598.
- [6] 张衡才,温乐萍,吴清明. 温针灸结合电针治疗肝肾亏虚型膝骨关节炎 30 例[J]. 湖南中医杂志,2013,29(5):85-87.
- [7] 陈默,高亮,岳萍,等. 温针灸对兔制动引起的膝骨关节炎关节软骨基质金属蛋白酶-1 和白细胞介素-1 β 的影响[J]. 国际中医中药杂志,2015,37(5):423-426.
- [8] WANG G,SUN B,ZHU H,et al. Protective effects of emodin combined with danshensuon experimental severe acute pancreatitis[J]. Inflamm Res,2010,59(6):479-488.
- [9] 聂君,李敏,罗娟,等. 大柴胡汤内服联合芒硝外敷治疗轻症急性胰腺炎 20 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2016,32(8):78-80.
- [10] LIU D, GUO M, HU Y, et al. Effect of Sanhuangwuji powder, anti-rheumatic drugs, and ginger-partitioned acupoint stimulation on the treatment of rheumatoid arthritis with peptic ulcer: A randomized controlled study[J]. J Tradit Chin Med,2015,35(3):273-280.

(收稿日期:2022-03-23)