

引用:罗高俊,赵忠辉,黄香红,余越喜. 中药蜡疗结合推拿治疗风寒湿痹型膝关节骨性关节炎 30 例[J]. 湖南中医杂志, 2023,39(7):82-85.

中药蜡疗结合推拿治疗 风寒湿痹型膝关节骨性关节炎 30 例

罗高俊,赵忠辉,黄香红,余越喜
(湘潭市中医医院,湖南 湘潭,411100)

[摘要] 目的:观察推拿结合中药蜡疗治疗膝关节骨性关节炎(KOA)的临床疗效。方法:将符合纳入病例标准的 90 例 KOA 患者随机分为 3 组,每组各 30 例。治疗组采用中药蜡疗配合推拿治疗,对照 1 组采用单纯推拿治疗,对照 2 组采用中药湿敷配合推拿治疗,均以 7 d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程,疗程间休息 1 d。治疗结束后分别于治疗前后进行膝关节 WOMAC(关节疼痛、僵硬和日常生活难度)评分,评定 3 组综合疗效。结果:总有效率治疗组为 93.33%(28/30),优于对照 1 组的 83.33%(25/30)、对照 2 组的 86.67%(26/30),差异有统计学意义($P<0.01$)。治疗后 3 组关节疼痛、僵硬和日常生活难度评分以及 WOMAC 总分均较治疗前下降,且治疗组下降幅度较于对照 1、2 组更大,差异均有统计学意义(均 $P<0.01$)。结论:中药蜡疗结合推拿手法可改善风寒湿痹型 KOA 患者的疼痛及关节功能。

[关键词] 膝关节骨性关节炎;风寒湿痹型;中药;蜡疗;推拿;松筋正骨

[中图分类号] R246.9 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.07.020

骨性关节炎(osteoarthritis, OA),临床主要表现为关节肿胀、疼痛、功能障碍,是一种严重影响患者生活质量的关节退行性疾病,将成为第四大致残性疾病^[1]。其发生与年龄、肥胖、炎症及遗传等内部因素有关,亦和个人生活习惯、工作方式、运动损伤有着明显相关性。其中,膝关节骨性关节炎(knee osteoarthritis, KOA)最为常见,中医学称之为“膝痹”。膝关节在结构上体现为“经筋”在外,“骨骼”在内,筋骨平衡协调才能使膝关节发挥正常的运动功能。中医推拿治疗膝痹疗效确切,安全性高,本研究基于松筋正骨理念,在传统推拿的基础上结合现代医学的牵伸等技术,并配合中药蜡疗的增强松筋作用,治疗风寒湿痹型 KOA 30 例,疗效颇佳,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将我院门诊就诊的 90 例 KOA 患者随机分为治疗组、对照 1 组、对照 2 组,每组

30 例。治疗组中,男 19 例,女 11 例;平均年龄(55.67 ± 5.94)岁;平均病程(3.28 ± 1.47)年;放射性分级 I 级 7 例,II 级 18 例,III 级 5 例。对照 1 组中,男 19 例,女 11 例;平均年龄(55.42 ± 5.75)岁;平均病程(3.25 ± 1.42)年;放射性分级 I 级 6 例,II 级 19 例,III 级 5 例。对照 2 组中,男 18 例,女 12 例;平均年龄(56.10 ± 6.11)岁;平均病程(3.30 ± 1.51)年;放射性分级 I 级 7 例,II 级 17 例,III 级 6 例。3 组患者的性别、平均年龄、平均病程及放射学分级进行比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本临床研究已经过医院伦理委员会批准[伦研批 2016 年第(6)号]。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《骨性关节炎诊断与治疗指南》^[2]中有关 KOA 的诊断标准。1)近 1 个月大多数时间有膝关节疼痛;2)X 线片示骨赘形成;3)关节液检查符合 OA;4)年龄 ≥ 40 岁;5)晨

基金项目:湘潭市医学会科研项目(201644)

第一作者:罗高俊,男,副主任医师,研究方向:针灸推拿治疗慢性肌肉骨骼系统疾病

通信作者:黄香红,女,副主任医师,研究方向:针灸推拿治疗慢性肌肉骨骼系统疾病,E-mail:158683318@qq.com

僵 ≤ 30 min;6)有骨摩擦音。综合临床、实验室及X线片检查,符合1)2)条或1)3)5)6)条或1)4)5)6)条,即可确诊。

1.2.2 中医辨证标准 符合国家中医药管理局制定的膝痹诊疗方案中风寒湿痹证的辨证标准^[3]。肢体关节酸楚疼痛、痛处固定,有如刀割或有明显重着感或患处表现肿胀感,关节活动欠灵活,畏风寒,得热则舒。舌质淡、苔白腻,脉紧或濡。

1.2.3 分级标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]中有关标准分为5级。0级:为正常。I级:关节间隙可疑变窄,可能有骨赘。II级:有明显的骨赘,关节间隙可疑变窄。III级:中等量骨赘,关节间隙变窄较明确,有硬化性病变及明显畸形。IV级:大量骨赘,关节间隙明显变窄,严重硬化性病变及明显畸形。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准和中医辨证标准;2)原发性OA;3)病情分级为I~III级;4)年龄45~70岁,病程1~10年;5)30 d内未接受相关治疗;6)自愿加入本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并风湿性关节炎、类风湿性关节炎、痛风性关节炎等疾病;2)合并有严重糖尿病、心脑血管、肝、肾和造血系统等危及生命的疾病或精神疾病;3)同时服用糖皮质激素类等可能影响本研究疗效的药物;4)合并先天畸形、骨结核、骨肿瘤、膝关节急性外伤、牛皮癣、中风后遗症等影响膝关节功能的疾病;5)患肢有血管神经损伤,局部皮肤有破损、溃烂;6)孕妇、哺乳期妇女及对乙醇过敏;7)不能配合完成本研究或无法判定疗效或数据不全等。

2 治疗方法

2.1 对照1组 采用单纯推拿治疗。1)患者取仰卧位,医者先用点法点按内外膝眼、鹤顶、血海、梁丘、足三里、阳陵泉、阴陵泉、委中、曲泉等穴,然后以揉法、按揉法、拿捏法作用于大腿股四头肌及髌髌周围,直至局部有热感为度。2)医者站在患者外侧,用双手拇指、食指捏住髌骨,向内、外、上、下4个方向推动髌骨,如髌骨位置不正,则着重向较松弛的一侧推动,每次推动到末端后维持3~5 s,后用单手掌根部按揉髌骨下缘,反复多次。3)医者作膝关节摇法,并结合膝关节屈伸、内旋、外旋、内翻、外

翻等被动活动,着重牵拉张力较高的一侧,在关节活动的末端试压维持3~5 s,重复3次,最后在膝关节两侧行擦法,直至局部有热感为度。4)患者取俯卧位,医者施擦法于大腿后侧、腘窝及小腿一侧,重点在腘窝委中穴。

2.2 对照2组 采用中药湿敷结合推拿治疗。

1)中药湿敷。中药方组成:制川乌10 g,秦艽30 g,羌活30 g,鸡血藤30 g,独活30 g,川芎10 g,三七10 g,细辛10 g,威灵仙20 g,怀牛膝30 g,干姜20 g,红花10 g,当归30 g,伸筋草30 g。将上述药物装于沙布袋中,放入药锅加水浸泡20 min后煎煮20 min,接着将5~6层大小约20 cm \times 20 cm的纱布浸置于温度适宜的药汁,以不滴药汁为宜敷于患者膝关节处。再使用华佗牌TDP神灯照射患者膝关节,照射距离以患者有温热感、能耐受为度,治疗20 min后休息3~5 min,再进行推拿治疗。2)推拿方案同对照1组。

2.3 治疗组 采用中药蜡疗结合推拿疗法。1)中药蜡疗。首先进行中药湿敷,湿敷方法同对照2组,但不进行TDP神灯照射,而采用全自动蜡疗仪制蜡,将40 cm \times 60 cm的蜡盘用铲子分割2块大小约为30 cm \times 40 cm、厚度约为3 cm的蜡块。取其中1块敷在患处纱布上,将50 $^{\circ}$ C左右蜡块覆盖在纱布上,再用保鲜膜包裹住膝关节,蜡块的温度以患者能耐受为度,治疗20 min后取下蜡块和纱布并擦净,休息3~5 min后行推拿治疗。2)推拿方案同对照1组。

3组均以7 d为1个疗程,共治疗2个疗程,疗程间休息1 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 分别于治疗前后采用西安大略麦马斯特大学骨性关节炎WOMAC评分量表^[5]对患者侧关节疼痛、僵硬和日常生活难度3个方面、共24个项目进行评估,根据无、轻、中、重度分别计0、1、2、3分。总分越高,说明膝关节功能障碍越严重。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]中有关疗效标准判定。临床控制:主要症状消失,关节活动正常,积分减少率 $\geq 95\%$;显效:主要症状明显改善,关节活动不受限,积分减少率 $\geq 70\%$,但 $< 95\%$;有效:主要症状有所缓解,关节活动

轻度受限,积分减少率 $\geq 30\%$,但 $< 70\%$;无效:主要症状无明显改善,疼痛与关节活动无明显改善,积分减少率 $< 30\%$ 。其中,积分减少率=(治疗前 WOMAC 总分-治疗后 WOMAC 总分)/治疗前 WOMAC 总分 $\times 100\%$ 。

3.3 统计学方法 所有数据采用 SPSS 22.0 软件进行分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组内治疗前后比较采用 t 检验,组间比较采用方差分析。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3组综合疗效比较 总有效率治疗组为 93.33%,优于对照 1 组的 83.33%、对照 2 组的 86.67%,差异有统计学意义($P<0.01$)。(见表 1)

表 1 3组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	5(16.67)	13(43.33)	10(33.33)	2(6.67)	28(93.33)
对照 1 组	30	2(6.67)	7(23.33)	16(53.33)	5(16.67)	25(83.33) ^a
对照 2 组	30	3(10.00)	9(30.00)	14(46.67)	4(13.33)	26(86.67) ^a

注:与治疗组比较,^a $P<0.01$ 。

3.4.2 3组治疗前后 WOMAC 评分比较 治疗后 3 组关节疼痛、关节僵硬、日常生活难度评分及 WOMAC 评分与治疗前比较均下降,且治疗组下降的幅度较对照 1、2 组更大,差异均有统计学意义(均 $P<0.01$)。

表 2 3组治疗前后 WOMAC 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	关节疼痛	关节僵硬	日常生活难度	WOMAC 总分
治疗组	30	治疗前	13.48 \pm 2.76	5.42 \pm 1.41	45.94 \pm 7.71	64.84 \pm 9.56
		治疗后	4.14 \pm 1.13 ^a	1.58 \pm 0.43 ^a	13.52 \pm 3.12 ^a	19.24 \pm 3.12 ^a
对照 1 组	30	治疗前	13.21 \pm 2.83	5.31 \pm 1.32	44.69 \pm 7.63	63.21 \pm 8.83
		治疗后	7.21 \pm 1.87 ^{ab}	2.88 \pm 0.79 ^{ab}	24.26 \pm 5.67 ^{ab}	34.35 \pm 6.88 ^{ab}
对照 2 组	30	治疗前	13.61 \pm 2.81	5.39 \pm 1.34	46.01 \pm 7.82	65.01 \pm 9.81
		治疗后	5.72 \pm 1.31 ^{ab}	2.27 \pm 0.66 ^{ab}	19.46 \pm 4.11 ^{ab}	27.45 \pm 6.25 ^{ab}

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$;与治疗组治疗后比较,^b $P<0.01$ 。

4 讨论

正常情况下,“筋骨”之间维持着生物力学上的动静力平衡,当内外因素打破这种平衡时会出现“筋出槽,骨错缝”的病理状态^[6]。其中“筋出槽”是指筋的结构或功能发生异常改变,一般可表现为筋强、筋弛、筋纵、筋歪、筋缩等;骨错缝是指骨关节正常的间隙或相对位置发生细微的异常改变,并引起关节功能障碍。然而筋骨的病变并非孤立存在,

常相互影响,筋的结构和功能异常无以维系骨的正常位置,而筋骨关节错位也使得筋无法正常发挥生理功能,此即“筋骨同病”^[7-8]。《素问·痹论》载:“风寒湿三气杂至,合而为痹也”,说明风、寒、湿邪是导致痹证的主要原因,寒邪凝结收引,湿邪黏滞趋下,风为百病之长,长兼他邪伤人,三者夹杂,客于膝部经筋,使筋脉收引挛急,气血凝滞,闭塞不通,发为膝痹。临床研究认为,本病病机为“筋骨同病”,但“膝关节为宗筋所聚”,以辨“筋”论治为主,治疗上“筋骨同治,尤重治筋”,通过“治筋”恢复“筋主司一身之运动”,发挥“筋束骨,肉养骨”的生理功能,最终达到恢复患者运动功能的目的^[9-10]。本研究所选取病例以早中期患者为主,故治疗先理筋、再治骨,而筋出槽多表现为筋脉收引挛急,故理筋以松筋为要,治则为“松筋正骨”。

本研究采用中药蜡疗法是在传统中药湿敷基础上通过蜡疗增强温经通络之效。中药湿敷方中独活善治伏风,除久痹,且性善下行,以祛下焦与筋骨间的风寒湿邪;威灵仙祛风湿、通经络,其性善行,能通行十二经络;制草乌善祛寒邪偏盛之风寒湿痹痛,合秦艽、羌活、伸筋草增强祛风湿、利关节之效;细辛、干姜入少阴肾经,长于搜剔阴经之风寒湿邪,又除经络留湿;部分患者正气已虚,故配伍当归、怀牛膝补肝肾、益气血,鸡血藤、三七、川芎、红花活血化瘀止痛。诸药合用,共奏祛风寒、除湿邪、补益肝肾、强壮筋骨之效。现代药理学研究表明,活血化瘀药具有改善微循环、扩张周围血管的功效,可促进病变软组织的修复;祛风除湿药具有镇痛、抗炎的作用。中药外敷避免药物内服对胃肠道的刺激及肝肾功能的损害,直达病灶。石蜡具有热容量大、可塑性强、导热性小的特点,其在冷却过程中体积缩小可产生柔和的机械压迫作用^[11]。蜡疗的温热效应可扩张局部毛细血管,改善血流灌注,促进关节周围软组织中炎症物质的吸收,进而缓解疼痛^[12];机械压迫可加强药液与皮肤的接触,不致于迅速变冷和挥发,延长有效治疗的时间。两者相合,功效倍增,能够较好地缓解膝关节疼痛,降低周围软组织的张力,松解粘连,达到松筋的目的。

推拿手法先松筋、再正骨,正骨可增强松筋之效。膝关节周围穴位丰富,是宗筋所聚之处,下方

为肌腱、韧带附着之处,施以点按、拿捏法可直接松懈粘连,较好地降低关节周围肌腱韧带的张力,解除痉挛,从而降低关节内的压力^[13],达到缓解疼痛、恢复关节活动的目的。正骨重点在于调整髌骨、股骨、胫骨三者相对位置,使之恢复正常,股骨与胫骨位置不正表现为膝内外翻,其原因是一侧张力偏高,半月板磨损致一侧关节间隙变窄。髌骨与胫骨、股骨的位置都不正表现为高位髌骨或低位髌骨以及内外偏导致Q角改变,内、外侧支持带张力不平衡,髌骨过度偏内或偏外会导致髌骨反复磨损,软骨损伤而出现疼痛,同时会导致膝关节不利、无法上下楼梯及下蹲等功能障碍,严重影响日常生活。本研究的改良手法是在松筋的基础上,持续牵拉紧张一侧,从而恢复正常位置,重建正常力学关系,趋向恢复正常解剖关系和动静力平衡,使膝关节恢复正常的负重力线,延缓关节软骨的退变。同时,通过调整股四头肌和髌腱的张力,使髌骨在矢状面的位置恢复正常。

本研究结果表明,中药蜡疗结合推拿手法可改善风寒湿痹型KOA患者的疼痛及关节功能,提高日常活动能力,使患者树立治疗的信心。中药外敷活血通络止痛,配合推拿手法进行治疗,共同达到松筋正骨,治疗过程舒适无痛苦。笔者将2种疗法有效结合,作用互补,发挥更好的疗效,经过大量的临床验证,操作安全,患者依从性好,满意度甚高。

参考文献

[1] 中华医学会骨科学分会关节外科学组. 2018年骨性关节炎指

- 南[J]. 中华骨科杂志,2018,38(12):705-715.
- [2] 中华医学会风湿病学分会. 骨性关节炎诊断与治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志,2010,14(6):416-419.
- [3] 国家中医药管理局. 22个专业95个病种中医诊疗方案[M]. 北京:国家中医药管理局医政司,2010:130-135.
- [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,2002:349-351.
- [5] BELLAMY N, BUCHANAN WW, GOLDSMITH CH, et al. Validation study of WOMAC: A health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee[J]. J Rheumatol, 1988, 15(12):1833-1840.
- [6] 马勇. 中医筋伤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2017:1-2.
- [7] 苏志涛,陈采益. “筋骨并重”手法在膝骨关节炎治疗中的应用[J]. 中医药信息,2019,36(3):126-129.
- [8] 杨时光,陈福林,陈福林. “筋骨同治、尤重治筋”手法治疗膝骨性关节炎经验[J]. 内蒙古中医药,2014,33(23):125-126.
- [9] 刘永康,杨云霏,李建军,等. 何氏理筋手法治疗重度膝骨性关节炎63例疗效分析[J]. 四川中医,2015,33(8):137-139.
- [10] 孙丕磊. 中药湿热敷联合玻璃酸钠腔内注射治疗膝骨性关节炎(风寒湿痹型)的临床疗效观察[J]. 中医临床研究,2017,32(9):81-83.
- [11] 燕铁斌. 物理治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:429-433.
- [12] 史炎鑫,王爱国,白玉,等. 烫药热敷联合穴位艾灸治疗膝骨关节炎40例临床观察[J]. 风湿病与关节炎,2019,5(8):23-26.
- [13] 戴七一,阮萍,崔伟,等. 揉髌手法对兔膝关节软骨细胞凋亡及Bcl-2、Bax和Fas表达的影响[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2011,15(46):8556-8560.

(收稿日期:2023-01-27)

[编辑:王红梅]