

· 中医药研究 ·

(文章编号) 1007-0893(2022)15-0051-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.15.015

中医手法联合消肿止痛汤治疗膝关节滑膜炎的疗效评价

韩银平¹ 高晶²

(1. 修武县城关镇卫生院, 河南 修武 454350; 2. 天津市北辰区北辰中医医院, 天津 300401)

〔摘要〕 **目的:** 探讨中医解痉、止痛、松懈手法联合消肿止痛汤治疗膝关节滑膜炎(KS)的疗效。**方法:** 选取修武县城关镇卫生院2020年3月至2021年8月期间收治的82例KS患者,以抽签法将患者随机分成对照组与观察组,各41例。对照组患者给予消肿止痛汤治疗,观察组患者给予中医解痉、止痛、松懈手法联合消肿止痛汤治疗。比较两组患者的治疗疗效、视觉模拟评分法(VAS)评分、西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数(WOMAC)评分、Lysholm膝关节评分量表(LKSS)评分、膝关节周径变化。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为95.12%,高于对照组的73.17%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后观察组患者的VAS评分低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后观察组患者的WOMAC评分低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后观察组患者的LKSS评分高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后观察组患者的膝关节周径差值小于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 中医解痉、止痛、松懈手法联合消肿止痛汤治疗KS有良好疗效,能缓解膝关节疼痛、消除肿胀,提升膝关节功能。

〔关键词〕 膝关节滑膜炎; 中医手法; 消肿止痛汤

〔中图分类号〕 R 684.3 **〔文献标识码〕** B

膝关节是人体站立、行走、跑动等活动中受力最大的关节,并且在所有关节中滑膜面积最大,因而滑膜反应也最为显著^[1]。滑膜具有分泌润滑液使膝关节润滑的功能,还能为半月板、软骨组织提供营养物质并代谢废物^[2]。膝关节滑膜炎(knee synovitis, KS)是膝关节常见疾病,指没有特异性病因的膝关节滑膜炎,具体表现为膝关节肿痛、活动受限等^[3-4]。本病对患者生活影响较大,且如未能得到合理治疗,极易导致病情延误并造成更为严重的后果。西医在治疗本病中以保守治疗方案为主,予以患者药物止痛、抽取积液、限制活动的治疗方案,但此方案的康复期较长,且治疗效果难以令患者满意^[5-6]。中医对关节疼痛的治疗具有独到之处,在KS的治疗中也有独到见解,本研究将中医治疗措施引入到KS的治疗中,具体应用情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取修武县城关镇卫生院2020年3月至2021年8月期间收治的82例KS患者,以抽签法将患者随机分成对照组与观察组,各41例。对照组男性23例,女性18例;年龄21~63岁,平均年龄(44.62±11.62)岁;病程1~4周,平均病程(2.10±0.68)周。观察组男性24例,

女性17例;年龄20~62岁,平均年龄(44.55±11.71)岁;病程1~4周,平均病程(2.21±0.65)周。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究取得修武县城关镇卫生院医学伦理委员会(伦理号:2020(001))的审核通过。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1)经影像学、实验室检查证实为KS^[7];(2)有膝关节肿痛、活动受限的临床表现;(3)患者对本研究知情同意;(4)符合中医关于KS的诊断,主证:痹痛、筋骨痹、历节,股胫变细,形如鹤膝者;次证:关节红肿,肌肉萎缩,跛行;(5)辨证标准,①气滞血瘀:情志不畅,面色无华、舌色暗、脉弦;②肝肾亏虚:下肢痿软无力,腰背酸软,耳鸣,舌红少苔,脉细数;③痰湿互结:体麻木、痿废,胸闷多痰,痰中带紫暗血块,舌紫暗,苔腻,脉弦涩。

1.2.2 排除标准

(1)既往有膝关节骨折史;(2)合并肝肾等功能不全者;(3)对中药治疗方案存在不耐受或疑虑者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 予以消肿止痛汤治疗,组方:生黄芪30g,薏苡仁30g,茯苓15g,猪苓15g,牛膝15g,泽泻15g,白术15g,地龙10g,黄柏10g,肉桂5g。临

〔收稿日期〕 2022-06-21

〔作者简介〕 韩银平,男,副主任医师,主要研究方向是中医康复及颈肩腰腿痛的治疗。

证加减：气滞血瘀者加桃仁 10 g、红花 9 g；肝肾亏虚者加桑寄生 15 g、杜仲 10 g；痰湿互结者加陈皮 10 g、竹茹 10 g。1 剂·d⁻¹，水煎服，取汁 400 mL，200 mL·次⁻¹，分早晚服用，持续治疗 2 周。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上联合中医解痉、止痛、松懈手法治疗，具体如下，（1）解痉手法：依据膝关节肌肉肌群纤维方向推按、拿捏，放松股四头肌、腘窝内肌肉，使肌肉痉挛得到缓解。（2）止痛手法：止痛手法为点按穴位，包括足三里、鹤顶、三阴交、委阳、血海等，每个穴位点按 30 s ~ 1 min，促进炎症物质的吸收。（3）松懈手法：以一指禅的手法轻拨病变组织，配合屈膝活动以松懈膝关节的粘连；在急性肿胀期，可通过牵引患肢，轻柔腘周、腘窝的手法增加膝关节间隙，达到促进肿胀吸收的作用。手法治疗，每日 1 次，每次 15 min，持续治疗 2 周。

1.4 观察指标

两组患者均治疗完成 2 周后进行疗效观察。（1）疗效评价。参考《中医病证诊断疗效标准》^[8]制定 KS 的疗效评判标准。其中治愈：治疗后膝关节功能完全正常，无疼痛、肿胀，能够正常生活；显效：治疗后膝关节功能大体正常，无肿胀，部分活动时伴有轻微疼痛或受限，但可耐受；有效：治疗后膝关节肿胀、疼痛缓解，但活动受限较为严重；无效：治疗后膝关节肿胀、疼痛未得到改善或加重。总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。（2）疼痛变化。在治疗前后采用视觉模拟评分法（visual analogue scale, VAS）对疼痛程度展开评价，10 分为最高等级的疼痛，0 分为无痛。（3）关节炎指数。在治疗前后采用西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数（Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index, WOMAC）对关节炎指数进行评价，主要对疼痛、僵硬、功能 3 方面进行评价，得分越高症状越为严重。（4）膝关节功能。在治疗前后采用 Lysholm 膝关节评分量表（Lysholm knee score scale, LKSS）对膝关节功能展开评价，得分 100 分膝关节功能正常。（5）膝关节周径差值。在治疗前后对健侧、患侧的膝关节周径进行测量，计算两侧差值。差值 = 患侧周径 - 健侧周径。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 95.12 %，高于对照组的 73.17 %，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较（*n* = 41, *n*(%)）

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	11(26.83)	7(17.07)	12(29.27)	11(26.83)	30(73.17)
观察组	20(48.78)	15(36.59)	4(9.76)	2(4.88)	39(95.12) ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后 VAS 评分比较

治疗前两组患者的 VAS 评分比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗后观察组患者的 VAS 评分低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 VAS 评分比较（*n* = 41, $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	治疗前	治疗后
对照组	6.41 ± 1.55	1.86 ± 0.41
观察组	6.58 ± 1.58	1.26 ± 0.35 ^b

注：VAS 一视觉模拟评分法。与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后 WOMAC 评分比较

治疗前两组患者的 WOMAC 评分比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗后观察组患者的 WOMAC 评分低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 WOMAC 评分比较（*n* = 41, $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	治疗前	治疗后
对照组	73.59 ± 8.86	18.62 ± 3.50
观察组	75.32 ± 8.64	12.67 ± 2.64 ^c

注：WOMAC 一西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数。与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后 LKSS 评分比较

治疗前两组患者的 LKSS 评分比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗后观察组患者的 LKSS 评分高于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 LKSS 评分比较（*n* = 41, $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	治疗前	治疗后
对照组	53.41 ± 8.95	90.64 ± 2.26
观察组	52.67 ± 8.69	95.62 ± 2.10 ^d

注：LKSS 一 Lysholm 膝关节评分量表。与对照组治疗后比较，^d*P* < 0.05。

2.5 两组患者治疗前后膝关节周径差值比较

治疗前两组患者的膝关节周径差值比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗后观察组患者的膝关节周径差值小于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 5。

表 5 两组患者治疗前后膝关节周径差值比较

(*n* = 41, $\bar{x} \pm s$, mm)

组别	治疗前	治疗后
对照组	38.54 ± 4.86	18.68 ± 3.42
观察组	39.14 ± 4.62	10.41 ± 2.68 ^e

注：与对照组治疗后比较，^e*P* < 0.05。

3 讨论

KS 按照发病机制可分为两种分型, 其中 I 型为合并膝关节炎, 由膝关节退行性病变引起, 多为老年患者; II 型为膝关节急性创伤或慢性膝关节损伤造成, 多为青壮年^[9-10]。流行病学显示, 近年来受到肥胖人群扩大的影响, II 型 KS 的发病率有明显的增加, 并逐渐成为 KS 的主要类型^[11]。临床在治疗 KS 中主要采用保守治疗方案, 通过服用以布洛芬为代表的非甾体止痛药获得止痛效果, 并联合关节穿刺、强制制动促进滑膜功能的康复^[12]。为获得更理想的治疗疗效, 本研究将中医治疗 KS 的措施方案应用于 KS 患者的治疗中。中医认为 KS 属于“痹证”“鹤膝风”的范畴, 其病机为经络受损、血溢脉外、脉络不通、瘀血停滞, 继而引起膝关节滑膜的肿胀、疼痛。在《素问·长刺节论》中记载:“病在筋, 筋挛节痛不可以行”, 指出筋的病变会引起关节、肌肉等的疼痛、痉挛, 并使活动受限^[13]。中医手法治疗广泛应用于关节疼痛的治疗中, 相较针刺治疗, 患者接受度更高, 不会产生恐惧的心理状态。在本研究中结合 KS 的发病机制、病机演化采用解痉、止痛、松懈的三种手法进行治疗, 首先解除患者肌肉痉挛, 使膝关节周围筋膜、韧带、肌肉得到舒缓; 其次予以患者止痛手法, 与消肿止痛汤形成协同效应, 提升止痛效果; 最后予以患者松懈手法, 为中后期康复奠定良好基础。

KS 的手法治疗能活血化瘀、通络止痛, 而在此基础上予以消肿止痛汤治疗可进一步缩短患者的病程。消肿止痛汤方中以黄芪为君药, 有补气利水、托毒生肌等功效, 标本兼治; 牛膝补肾益筋, 引白术、茯苓等入下焦而祛湿, 再以薏苡仁独入阳明^[14]。同时还使用猪苓, 有利水燥湿之功效, 可进一步促进水肿的缓解; 泽泻利尿通便; 地龙清热平肝、通络除痹, 有助于调理膝关节筋脉, 促进滑膜润滑液的分泌; 黄柏苦寒下降, 可促进湿热排出; 肉桂温燥助阳, 有散寒止痛之功效^[15]。

本研究中观察组患者在消肿止痛汤基础上联合中医解痉、止痛、松懈手法治疗, 最终取得满意的效果。研究中观察组患者治疗总有效率为 95.12%, 高于对照组的 73.17%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示中医解痉、止痛、松懈手法联合消肿止痛汤在加入治疗后使疗效得到明显的提升。研究结果显示两组患者在 VAS、WOMAC、LKSS 评分的比较中, 治疗后观察组患者存在明显的优势, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。这提示通过中医解痉、止痛、松懈手法联合中药消肿止痛汤的治疗, 能缓解疼痛, 促进关节炎症吸收, 功能恢复, 肿胀消退。而西医常规治疗方案, 其主要功效为止痛, 对患者关节功能的改善帮助较小。本研究还对患者膝关节周径差值进行记录, 再次证实采用中西医结合治疗的方案有更为理想的疗效。治疗后观察组患者的膝关节周

径差值低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明观察组患者关节肿胀情况有更为显著的改善, 而对照组患者膝关节周径差值依然较大, 则提示肿胀缓解情况不如观察组患者。使用中医手法联合消肿止痛汤治疗的方案, 在改善患者各项症状上更具有优势, 既可改善患者关节疼痛肿胀, 也可改善关节功能, 而这是西药常规治疗难以达到的。

综上所述, 本研究在治疗 KS 中将中医手法、中药治疗引入到治疗中使患者的治疗疗效有显著的提升。

〔参考文献〕

- (1) 陈星, 丁永利, 赵明明, 等. 苓桂术甘汤联合玻璃酸钠对风寒湿痹型老年膝关节滑膜炎的疗效及炎症因子的影响 (J). 世界中西医结合杂志, 2021, 16(10): 1929-1932, 1937.
- (2) 田飏, 陈博, 常跃文, 等. 中药熏洗治疗膝关节滑膜炎的研究进展 (J). 中国医药导报, 2020, 17(11): 25-27, 31.
- (3) 李明爱, 李伟, 虞成飞, 等. 改良火针刺骨合刺血拔罐运动疗法治疗慢性创伤性膝关节滑膜炎临床研究 (J). 针灸临床杂志, 2020, 36(5): 27-31.
- (4) 杨统杰, 王庆甫. 内服中药治疗膝关节滑膜炎的用药规律的数据挖掘分析 (J). 新疆医科大学学报, 2021, 44(4): 489-494.
- (5) 孔庆喆, 李春根, 靳宜, 等. 定痛膏联合芙蓉膏外敷及滑膜炎 1 号方治疗膝关节滑膜炎疗效研究 (J). 陕西中医, 2020, 41(12): 1715-1718.
- (6) 郑宏鼎, 吴景花, 崔磊. 中药外敷联合冲击波对急性创伤性膝关节滑膜炎患者关节液中炎症因子及膝关节功能的影响 (J). 中国中医急症, 2020, 29(2): 335-337.
- (7) 蓝江滔, 丘青中, 戚子荣, 等. 宽筋熏洗汤联合塞来昔布胶囊治疗膝关节炎性滑膜炎临床研究 (J). 广州中医药大学学报, 2021, 38(5): 906-910.
- (8) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 (S). 北京: 中国中医药出版社, 2013.
- (9) 闫振界, 高建伟, 杨李选. 化瘀愈膝汤结合温针灸治疗气滞血瘀型膝关节创伤性滑膜炎临床研究 (J). 中医药信息, 2021, 38(10): 63-67.
- (10) 刘利涛, 朱华亮, 周宗波, 等. 温针灸联合消肿利水方熏洗治疗膝关节创伤性滑膜炎临床观察 (J). 世界中医药, 2020, 15(12): 1796-1800.
- (11) 张华, 杨冰, 范志勇, 等. 滑膜炎颗粒治疗膝骨性关节炎疗效评价 (J). 中国临床医生杂志, 2020, 48(6): 749-752.
- (12) 姚敏, 王芹, 毛慧芳, 等. 温针灸配合康复训练治疗运动员膝关节创伤性滑膜炎的临床疗效 (J). 中国中医骨伤科杂志, 2020, 28(12): 26-29, 35.
- (13) 钱炯辉, 陈辉, 胡伟峰. 范炳华教授治疗髂腹下神经刺激征经验探讨 (J). 中国乡村医药, 2020, 27(10): 33-34.
- (14) 毛晓, 肖艳, 郭洁梅, 等. 壮骨健膝方对兔膝关节滑膜炎炎症肝 X 受体 / 核因子 κ B 通路的影响 (J). 世界中医药, 2021, 16(21): 3198-3203.
- (15) 韩礼军, 陈军, 柯军宝. 关节镜清理术联合补肾活血汤治疗对膝关节滑膜炎患者关节功能和血清骨代谢指标的影响 (J). 世界中西医结合杂志, 2022, 17(3): 524-527, 532.