

中药热奄包联合温针灸疗法对膝痹病患者疼痛及功能恢复的影响

刘艳

(河南省方城县中医院中医内科 方城 473200)

摘要:目的:探讨中药热奄包联合温针灸疗法对膝痹病患者疼痛及功能恢复的影响。方法:选取 2019 年 2 月~2021 年 2 月收治的 88 例膝痹病患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 44 例。对照组行常规护理干预,观察组加用中药热奄包联合温针灸疗法干预,持续干预 14 d。比较两组疼痛状况及膝关节功能恢复状况。结果:观察组干预后视觉模拟评分、现时疼痛强度评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组干预后疼痛、僵硬、日常生活难度评分及总分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:中药热奄包联合温针灸疗法可增强膝痹病干预效果,加快患者膝关节功能恢复,减轻膝关节疼痛。

关键词:膝痹病;中药热奄包;温针灸;疼痛;膝关节功能

中图分类号:R248

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.13.009

膝痹病为膝骨性关节炎的中医病名,以膝关节软骨退变及骨质增生为特征,可引起膝关节疼痛、肿胀等症状,造成膝关节活动障碍,严重降低患者日常生活及工作能力^[1-2]。目前,临床治疗本病多以止痛、消炎为主,并配合必要的护理措施,以减轻患者疼痛,解除膝关节功能障碍。但常规护理措施干预效果有限,部分患者关节功能恢复缓慢。膝痹病在中医学早有记载,临床已积累较多干预经验,中医治疗有助于加快患者病情康复。中药热奄包与温针灸均为中医外治之法,其中中药热奄包属于热疗范围,结合物理与药理双重作用,在多种疾病防治中具有良好效果^[3]。温针灸则为艾灸与针刺一体疗法,具有调和阴阳、温经散寒之效^[4]。鉴于此,本研究旨在分析中药热奄包联合温针灸疗法在膝痹病中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 2 月~2021 年 2 月我院收治的 88 例膝痹病患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 44 例。对照组男 28 例,女 16 例;年龄 45~68 岁,平均年龄(55.36 ± 4.18)岁;体质量指数 $18\sim 27\text{ kg/m}^2$,平均体质量指数(23.14 ± 1.16) kg/m^2 ;发病部位:左膝 24 例,右膝 20 例;病程 3~15 个月,平均病程(8.89 ± 1.04)个月。观察组男 27 例,女 17 例;年龄 45~69 岁,平均年龄(55.38 ± 4.21)岁;体质量指数 $18\sim 26\text{ kg/m}^2$,平均体质量指数(23.12 ± 1.13) kg/m^2 ;发病部位:左膝 25 例,右膝 19 例;病程 3~16 个月,平均病程(8.92 ± 1.07)个月。两组一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 入选标准 纳入标准:西医符合《骨关节炎诊断及治疗指南》^[5]中诊断标准,近 1 个月存在膝关节疼痛,有骨摩擦音,晨僵时间 30 min 内,年龄 38 岁

以上,存在骨性膨大;中医符合《中药新药临床研究指导原则》^[6]中肝肾亏虚证,主症为关节疼痛,肿胀肥厚感,痿弱少力,次症为骨节肥大,活动受限,舌质偏红,苔薄或薄腻,脉滑;精神状态正常;患者及家属知情同意。排除标准:伴有恶性肿瘤;存在出血性疾病;合并风湿类疾病;膝关节部位存在皮肤病。

1.3 干预方法 两组患者均接受塞来昔布口服、玻璃酸钠关节注射等常规治疗。对照组予以常规护理干预:心理辅导、疾病宣教、饮食与起居指导等,并接受常规康复训练,如踝关节屈伸、内收及外展训练等,叮嘱日常生活中坚持散步、打太极拳等运动。观察组加用中药热奄包联合温针灸疗法干预:(1)中药热奄包。方剂组成为刘寄奴 15 g、独活 15 g、秦艽 15 g、川断 15 g、川乌 10 g、草乌 10 g、大黄 10 g、花椒 10 g、白附子 10 g、干姜 10 g、红花 10 g、牛膝 20 g、桑寄生 20 g、当归 20 g、艾叶 20 g、伸筋草 30 g、冰片 3 g、樟脑 3 g。上述药材研磨成粉后,加入 200 g 陈醋锅中蒸 30 min,取出后以毛巾包裹置于患膝热敷,20 min/次,2 次/d。(2)温针灸疗法。选取患者阳陵泉、足三里、膝阳关、血海、犊鼻等穴位,使用一次性无菌毫针进行针刺,深度 15~25 mm,产生酸、胀、麻等感觉后,将 2 cm 长艾段置于针柄上点燃,待燃尽冷针后起针,每穴位灸 2 壮,1 次/d。两组均持续干预 14 d。

1.4 观察指标 (1)疼痛状况:干预前及干预 14 d 后,采用视觉模拟评分法(VAS)及现时疼痛强度(PPD)评分评价两组疼痛状况,其中 VAS 评分总分 10 分,由患者主观判断,得分越低越好;PPI 评分总分 5 分,得分越高越痛。(2)膝关节功能恢复状况:干预前及干预 14 d 后,采用西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数(WOMAC)评价两组膝关节功能恢复情况,量表包括疼痛、僵硬及日常生活难度 3 个维

度,共计 24 个项目,总分 96 分,得分越低越好。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行数据分析,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛状况对比 观察组干预后 VAS 评分、PPI 评分均低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疼痛状况对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	VAS 评分		PPI 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	6.38± 1.14	1.89± 0.23	3.82± 0.51	1.13± 0.21
对照组	44	6.41± 1.16	2.57± 0.31	3.84± 0.54	1.79± 0.28
t		0.122	14.779	0.179	12.508
P		0.903	0.000	0.859	0.000

2.2 两组膝关节功能恢复状况对比 观察组干预后疼痛、僵硬、日常生活难度评分及总分均低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组膝关节功能恢复状况对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	疼痛		僵硬		日常生活难度		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	13.14± 2.03	4.12± 0.86	5.32± 1.02	2.11± 0.32	52.39± 5.69	14.03± 2.13	70.85± 6.52	20.26± 3.52
对照组	44	13.18± 2.06	6.08± 1.24	5.36± 1.05	2.78± 0.34	53.01± 5.78	19.75± 2.46	71.55± 6.55	28.61± 4.13
t		0.092	8.616	0.181	9.519	0.507	11.660	0.050	10.781
P		0.927	0.000	0.857	0.000	0.613	0.000	0.960	0.000

3 讨论

膝痹病发病机制复杂,临床认为年龄增长是诱发本病的重要因素。当年龄不断增长时,膝关节血供会逐渐减少,引起局部软组织退行性变化;加之体质质量增加、长期过度劳动等因素影响,导致膝关节负荷过重,周围肌肉、筋膜等逐渐发生慢性炎症反应,进而诱发关节疼痛、肿胀等症状^[7-8]。护理措施干预是缩短患者膝关节功能恢复时间的重要手段,及时进行心理辅导、疾病宣教等有助于减轻患者心理负担,同时依据情况进行康复训练,可增强关节稳定性,恢复关节活动度。但康复训练等措施受患者依从性影响较大,部分患者功能恢复欠佳。

中医学认为膝痹病多由肝肾亏虚所致,肝主筋,肾主骨,年老体虚,肝之阴血不足,气血运行不畅,难以濡养筋脉,致筋痿挛缩,关节活动受限;肾主一身之阴阳,肾虚则会引起肌肤腠理防卫不固,易被风寒湿邪乘虚而入,客于经脉,造成经脉痹阻,诱发疾病。本研究结果显示,观察组干预后 VAS 评分、PPI 评分均低于对照组,疼痛、僵硬、日常生活难度评分及总分均低于对照组,这表明中药热奄包联合温针灸疗法可减轻膝痹病患者关节疼痛感,促进膝关节功能恢复。中药热奄包为中医外治之法,利用热气将包中的中药药性挥发作用于病变部位,不仅能扩张局部毛细血管,加速周围血液循环,还可加速药效渗透进入病变深处,以达到温经通络、祛湿散寒、调和气血的目的^[9]。本研究选取的刘寄奴能破瘀通经、止血消肿;独活能祛风湿、止痛;秦艽可舒筋通络、祛风湿;川断能补肝肾、行血脉、续筋骨;川乌、草乌能祛风除湿、温经止痛;大黄能活血祛瘀、凉血解毒;花

椒能温中止痛;白附子可祛风止痉、解毒散结;干姜可温中散寒、回阳通脉;红花可活血化瘀;牛膝能补肝肾、活血祛瘀、引血下行;桑寄生可补肝肾、强筋骨;当归能活血止痛;艾叶散寒止痛、温经止血;伸筋草舒筋活络、祛风除湿;樟脑通关窍、利滞气;冰片清热止痛、加快诸药渗透。诸药合用,共奏补肝益肾、活血化瘀、温经通络、散寒止痛之效,利于改善局部营养代谢,加快炎症物质吸收,减轻关节疼痛。温针灸疗法结合针刺与艾灸双重作用,在针刺对应穴位的同时于针柄上点燃艾条,可借助针体将热力传导至穴位,发挥温通经脉、活血行气之效^[10]。本研究选取阳陵泉为八会穴之筋会,能补益阳气、活血通络;足三里能补益气血、扶正培元、舒筋通络;膝阳关能舒筋、利膝、降逆;血海能补益精血、化气为血;犊鼻能通经活络、疏风散寒、理气止痛。中药热奄包联合温针灸疗法联用更可发挥协同之效,利于推动膝关节局部气血运行,濡养局部筋脉,进而改善营养代谢,促进受损组织修复,解除关节活动障碍。

综上所述,在膝痹病患者中采用中药热奄包联合温针灸疗法,可加快膝关节功能恢复,减轻膝关节疼痛,促进疾病康复,值得进一步推广。

参考文献

[1]黄毅,袁家骏,童培建.耳穴压豆联合中药熏洗治疗早中期膝骨关节炎 60 例[J].中国中医骨伤科杂志,2018,26(3):55-56,60.
[2]陈峰,朱烨,石晓兵.温针灸治疗膝骨性关节炎疗效研究[J].陕西中医,2018,39(7):953-955.
[3]陈国华,王洁,张洪逵.中药热敷联合手法弹拨压腿锻炼治疗慢性膝骨关节炎的临床研究[J].广州中医药大学学报,2018,35(6):1031-1034.
[4]唐波,单佳婧.温针灸与电针对膝关节骨性关节炎疗效分析[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(5):113-115.
[5]中华医学会风湿病学分会.骨关节炎诊断及治(下转第 63 页)

表 1 两组心功能结构及内皮功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	左室射血分数(%)	左室收缩末期内径(cm)	NO(μmol/L)	CGRP(mg/L)	ET-1(μmol/L)
治疗前	观察组	42	44.36± 1.57	42.53± 3.16	33.69± 5.12	20.45± 2.63	23.56± 3.41
	对照组	42	44.72± 1.59	42.15± 2.65	35.12± 6.24	21.63± 4.25	22.69± 3.57
	t		1.044	0.597	1.148	1.530	1.142
	P		0.300	0.552	0.254	0.130	0.257
治疗后	观察组	42	62.59± 3.45*	35.12± 3.02*	95.23± 5.12*	55.12± 4.63*	18.56± 2.15*
	对照组	42	56.14± 2.45*	37.52± 2.10*	69.25± 4.12*	42.36± 3.05*	20.45± 2.16*
	t		9.879	4.228	25.620	14.915	4.019
	P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

注:与同组治疗前比较,*P<0.05。

2.2 两组治疗前后生活质量比较 治疗后两组 MHL 评分均较治疗前降低,且观察组较对照组低(P<0.05)。见表 2。

表 2 两组治疗前后生活质量比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
观察组	42	40.35± 10.87	18.97± 9.52	9.589	0.000
对照组	42	41.72± 10.14	32.07± 10.95	4.191	0.000
t		0.597	5.851		
P		0.552	0.000		

3 讨论

近年来临床主要采用血管扩张药物、利尿剂、正性肌力药物治疗慢性心力衰竭,通过作用于肾素-血管紧张素-醛固酮(RAAS)系统,抑制心肌纤维化和心室重构以改善患者临床症状,促进患者疾病转归。沙库巴曲缬沙坦钠是在分子水平上将缬沙坦及沙库巴曲进行等摩尔化合,使机体生物利用率更高,其作为一种脑啡肽酶抑制剂,可同时发挥内啡肽抑制剂和血管紧张素Ⅱ拮抗剂的作用,不仅可以维持机体血压稳定,还可以平衡水盐、降低慢性心衰住院风险和心血管死亡率[5]。

中医学将慢性心力衰竭纳入“胸痹、心悸”范畴,在《金匱要略》中记载:“夫不得卧,卧则喘者,是水气客也”,“心水”表现为气血瘀滞、心悸、身肿且卧床喘,患者因慢性疾病消耗,久病体弱、气血瘀滞、脾肾阳虚、气血受阻导致,治疗应以益气活血、通络止痛、利尿消肿为原则。芪参益气滴丸由黄芪、三七、丹参及降香油组成,黄芪为君药,李时珍在《本草纲目》中,称之为“补药之长”,具有益气补中、消肿利水的作用,有助于升血;三七具有消肿定痛、散瘀止血的功效;丹参具有通经止痛、祛瘀活血及凉血消痛的功效;降香油具有祛瘀止血、理气止痛的功效。药物联用可达到缓解气短,改善缺血、乏力、水肿的作用。

(上接第 21 页)疗指南[J].中华风湿病学杂志,2010,14(6):416-419.
[6]国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.350-351.
[7]蔡霞,刘长信,刘宁州,等.温针灸治疗膝骨性关节炎疗效及对患者关节功能、疼痛影响[J].陕西中医,2020,41(1):102-104.
[8]向珊,张继荣.温针灸阳陵泉联合等速肌力训练治疗膝关节骨性关

心衰的发生和发展始于心肌细胞损伤、纤维化及死亡,血管阻力升高,心脏负荷增加,心脏结构或功能发生改变,神经内分泌系统被激活后,导致心肌重构及逐渐加重[6]。本研究结果显示,治疗后观察组患者 MHL 评分较对照组低,提示芪参益气滴丸联合沙库巴曲缬沙坦可促进心衰患者症状改善,提高患者生活质量,利于患者快速康复。观察组左室射血分数及血清 NO、CGRP 水平均高于对照组,左室收缩末期内径、血清 ET-1 也均较对照组低。提示芪参益气滴丸联合沙库巴曲缬沙坦可抑制心衰患者心肌重塑,改善血管内皮功能,进而发挥治疗作用。有研究指出,芪参益气滴丸可增加冠脉血流量,抑制脂质过氧化,清除氧自由基,同时还可以调脂、抗血小板聚集,对心肌细胞保护作用显著[7]。

综上所述,芪参益气滴丸联合沙库巴曲缬沙坦可提高心衰患者生活质量,抑制心肌重塑,改善血管内皮功能,加快康复进程。

参考文献

[1]李江,刘文娟,赵晗,等.沙库巴曲缬沙坦治疗老年人扩张型心肌病致慢性心力衰竭的疗效观察[J].中国医药,2019,14(4):485-488.
[2]邓鹏,胡丹,刘中勇,等.慢性心力衰竭的中医药治疗研究进展[J].江西中医药大学学报,2020,29(1):121-124.
[3]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南(2014)[J].中华心血管病杂志,2014,24(2):3-10.
[4]王永炎,严世芸.实用中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,2009.222-225.
[5]董萌.沙库巴曲缬沙坦钠治疗老年慢性心力衰竭合并肾功能不全患者的临床观察[J].中国中西医结合急救杂志,2020,27(1):84-87.
[6]余世成,冯俊,孙召金,等.慢性心力衰竭心脏再同步化治疗 22 例临床疗效分析[J].安徽医药,2019,23(4):717-721.
[7]崔振双,高超,石苗倩,等.芪参益气滴丸治疗缺血性心脏病心衰患者的疗效分析[J].中国循证心血管医学杂志,2020,12(8):105-107.
(收稿日期:2021-04-25)
[8]王明,王明,王明,等.沙库巴曲缬沙坦联合缬沙坦治疗老年扩张型心肌病致慢性心力衰竭的疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2018,38(6):655-657.
[9]丁伯香,王红梅,高晓梅.中药热奄包疗法联合穴位按摩治疗中风偏瘫 200 例临床研究[J].江苏中医药,2020,52(6):42-44.
[10]冯雷,侯德才,邵东旭.温针灸联合中药熏蒸治疗膝骨性关节炎临床疗效评价[J].针灸临床杂志,2019,35(9):20-23.
(收稿日期:2021-04-21)