

熊昌源教授治疗老年膝骨关节炎的学术经验

陈建锋^{1,2} 李浩^{1,2} 陈大伟¹ 雷杰¹ 汪伟¹ 熊昌源¹ 张莉莹^{2△}

[关键词] 膝骨关节炎;中药外治;学术经验

[中图分类号] R684.3 [文献标志码] A [文章编号] 1005-0205(2023)04-0085-04

DOI:10.20085/j.cnki.issn1005-0205.230419

膝骨关节炎是以膝关节软骨变性、破坏及骨质增生为主要病理特征的慢性骨关节疾病。我国 40 岁以上人群原发性骨关节炎总体患病率高达 46.3%,60 岁以上则高达 62.2%^[1]。熊昌源教授是第三、第四批全国名老中医药专家学术经验继承工作和全国名老中医传承工作室指导老师,在 50 余年临床、教学和科研工作中,对老年膝骨关节炎的诊治积累了丰富经验,形成了一套独特的诊疗体系^[2]。

1 膝骨关节炎症状表现主要源于筋病

熊昌源教授认为膝骨关节炎的发病与筋有着密切关系,其临床表现中关节疼痛、肿胀以及屈伸不利的病理机制均与筋相关。中医学认为具体到膝关节而言,筋是指包裹关节的所有肌肉、筋膜、韧带、关节囊、滑膜及关节软骨。《素问·五脏生成篇》曰:“诸筋者,皆属于节。”筋是连接骨并且能约束关节的一种坚韧组织,具有协调肢节运动的作用。《素问·五脏生成篇》又曰:“宗筋主束骨而利机关也。”骨被筋覆,筋为柔,能束骨利关节,筋强则关节利。而当筋有所受累时,膝关节必然会产生相应病症。《素问·脉要精微论篇》曰“膝为筋之府,屈伸不能,行则僂附,筋将惫矣”,《素问·长刺节论》曰:“病在筋,筋挛节痛,不可以行。”所以,熊昌源教授认为膝骨关节炎的发生及病症的产生主要源于筋病,这与石氏伤科^[3]临床治疗膝骨关节炎的经验“筋骨并重,以筋为主”的观点不谋而合。

膝骨关节炎在祖国医学中属于痹症范畴,痹症的发生是由风寒湿侵袭所至。早在《素问·痹论》中就有记载“风寒湿三气杂至,合而为痹”,《张氏医通》曰“膝

者筋之府,膝痛无不因肝肾虚者,虚者风寒湿气袭之”。熊昌源教授在长期的临床研究发现,膝骨关节炎患者在不同的发病时期都有相应的病症特点,早期多表现为膝关节轻度肿痛,时轻时重,无明显压痛点或仅表浅轻压痛,恶风寒、得温则减,局部触诊无增生肥厚感,屈伸活动不受限,脉浮弦或紧;而中后期患者,多表现为膝关节持续疼痛、肿胀及明显的深压痛,触诊具有显著肥厚感,膝关节僵硬、关节屈伸不利或受限,脉沉弦或涩。由此,熊昌源教授认为膝骨关节炎的发生和进展过程中,可能存在着一种由表浅筋病及里层筋病的病机演变特点。《素问·痹证》曰“痹在于筋则屈不伸,在于肉则不仁,在于皮则寒”,《难经·十四难》云:“一损损于皮毛,皮聚而毛落……四损损于筋,筋缓不能自收持,五损损于骨,骨痿不能起于床。”也清楚地描述了膝骨关节炎的发病是外邪由表及里,由筋及骨的过程。外邪侵袭,筋先受累,筋病日久,必累及骨。

2 膝骨关节炎筋病的重点在滑膜

熊昌源教授一直推崇中西结合的原则,衷中不避西,认为中西医在膝骨关节炎的发病机制上形成共识,中医学认为关节软骨和关节滑膜都属于筋的范畴。滑膜有着“关节之肺”的称呼,同时滑膜上又分布着丰富的血管神经,所以熊昌源教授认为滑膜可能是膝骨关节炎产生临床症状的重要因素之一。西医认为膝骨关节炎是在力学因素和生物学因素的共同作用下,导致软骨细胞、细胞外基质、软骨下骨三者降解和合成失衡的一种慢性、进展性关节疾病。病理改变始于关节软骨变性,而后逐渐出现软骨的破坏及骨质增生。在正常情况下,滑膜组织遇到进入关节腔的软骨碎块即可发挥功能作用将其溶解吸收而不发生反应。在软骨退变过程中,损伤与修复常交替进行,软骨基质崩解,刺激滑膜激发吞噬反应,抗体与软骨上的抗原结合,引发强烈的免疫反应,进而引起滑膜炎,滑膜炎期病变滑膜释放的炎性因子又会加重软骨破坏,周而复始,加重膝

基金项目:国家中医药管理局“熊昌源名老中医药专家传承工作室”建设项目(国中医药人教函〔2022〕75号)

¹ 湖北省中医院(武汉,430061)

² 湖北中医药大学

△通信作者 E-mail:zhangliying25@stmail.hbctcm.edu.cn

骨关节炎的发病。受到激惹的滑膜通过增生增加其表面积,从而代偿性增强功能,日久见滑膜肥厚、纤维化、炎症改变和肿胀,引起慢性渗出,是膝骨关节炎疾病进展的关键因素之一^[4]。长此以往,关节应力分布集中的区域即肌腱、韧带和关节囊附着点常为代偿关节稳定而形成骨赘^[5]。在多数情况下,骨赘不会激惹或压迫血管、神经等组织结构,因此不是引发患膝关节疼痛、肿胀和功能障碍等症状的直接原因^[6],在影像学中常见骨质增生和关节间隙变窄,但其严重程度与临床表现往往并不一致^[7-8],而关节软骨中并无神经血管分布,是通过滑膜分泌的关节滑液完成营养代谢。Sanchez-Lopez 等^[9]认为滑膜细胞产生滑膜炎,可能同时存在于早期和晚期骨关节炎中,并最终导致软骨损伤,与骨关节炎的发展和进展相关。

3 从肝治筋是膝骨关节炎的治疗核心

基于以上熊昌源教授对膝骨关节炎发病与筋的病机变化关系的研究,奠定了熊昌源教授“从肝论治”膝骨关节炎的学术理念。熊昌源教授常说“治筋不从肝,枉如一白干”,充分说明在熊昌源教授心中肝与筋关系之密切。筋主司关节的稳定和功能活动,但它必须秉承肝血的充养和供给,只有肝血充盈才能使筋得养。《素问·经脉别论》说“食气入胃,散精于肝,淫气于筋”;同时,筋的功能正常运行和发挥,也必须依赖肝的疏泄与调节。《内经》多处提到“肝生筋”“肝主筋”“肝合筋”“肝主身之筋膜”,《灵枢》云:“经脉者,所以行血气而营阴阳,濡筋骨,利关节者也,血和则经脉流行,营复阴阳,筋骨强劲,关节清利矣。”充分说明筋的功能活动对肝的依赖,筋需要肝血的滋养,才得以维持其约束骨节、连接肌肉和主司运动的功能。肝血充盈,肝气得疏,筋膜得养。若因某种原因造成肝血不足,疏泄失职,则筋脉定会失于濡养,不荣则痛,从而筋力不够强健,运动力弱,甚或关节拘挛。膝为筋府,筋若痿弱,复感风寒湿邪,肝郁气滞,必将气血壅塞,筋脉失于濡养;肝郁犯脾,脾失健运,则水湿留滞,日久痰瘀互结,深客骨节,最终则关节肿痛难消。随着病程的迁延,筋病日久,运动力弱,关节拘挛的同时,也会反向影响于肝,引起肝的病变,由此形成一种恶性循环,致使双方更加衰败,病情缠绵难愈。《素问·痹论》曰“筋痹不已,复感于邪,内舍于肝”,所以熊昌源教授主张在膝骨关节炎的治疗上应该“从肝论治”,通过养肝柔肝、疏肝理气,以达到调理筋的病机回归正常,且应贯穿始终。临床上可见膝骨关节炎患者的症状多表现为膝内侧疼痛,正处肝、脾、肾三阴经脉循行之地,这也进一步佐证了熊昌源教授“从肝论治”的学术理念的合理性。

4 注重结合局部病症,合理辨证分型论治

辨证论治是中医学的理论基础,见微知著是中医

诊断的原理之一。膝骨关节炎是全身退行性病变的局部反应,临床表现以关节疼痛、肿胀及关节僵硬为主。熊昌源教授认为在辨证的基础上,应灵活参照局部病症分析,即“病证结合”更为合理。况且老年患者健康状况大多较为复杂,中医证候分型上也多会相互兼夹^[10]。膝骨关节炎的临床症状主要表现为关节疼痛、肿胀和关节僵硬,但具体到个体,仍有差异,或以疼痛为主,或以肿胀为甚,或长期反复肿痛等。之所以有如此表现,熊昌源教授认为应该与关节滑膜的不同病机有着高度相关性。这个观点与部分研究者存在共识,膝骨关节炎尽管是从关节软骨开始发病,但是晚期病人常见局部的慢性滑膜炎,是膝关节慢性积液或肿胀最常见的原因之一^[4]。同时关节镜下所见的滑膜表现验证了其合理性,镜下可见中重度膝骨关节炎多有不同程度的软骨颗粒像尘土样漂浮在关节腔内,或滑膜被软骨碎屑包埋,在滑膜吸收小的软骨碎片的不同阶段均可看到一些非常软且易碎的颗粒附着在滑膜上,一些颗粒部分被覆盖,还有一些完全红色的滑膜覆盖;滑膜或增生肥厚,或变薄光滑;或色灰白,或色暗紫等,变化多样。

由此,熊昌源教授在临床膝骨关节炎的诊治过程中,特别注重患膝局部辨病资料的获取,主要通过局部仔细的切诊来鉴别筋的不同表现,病证结合,辨证分为气滞血瘀型、痰湿痹阻型、肝肾亏虚型,极大地提高了辨证分型的准确性。

4.1 气滞血瘀型膝骨关节炎的临床论治经验

此型患者临床表现多为膝关节反复肿痛,以刺痛为主,痛有定处,压痛明显,尤以膝内侧为剧。膝外观肿胀时,扪之浮髌试验阳性,触诊滑膜无明显肥厚感。舌质紫黯或有瘀斑,脉沉涩。此型患者关节镜下常见滑膜明显充血水肿或轻度增生肥厚,绒毛多细长,尖端一般没有乳头样改变,色呈暗紫或铁褐色(见图1)。

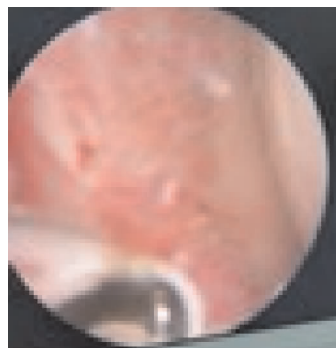


图1 气滞血瘀

熊昌源教授认为发病病机主要因为肝气郁结,疏泄失职,则气血运行失常,致使气滞血瘀。《杂症会心录》曰“痹者闭也,乃脉络涩而少宣通之机,气血凝而少流动

之势”。所以治疗上主张以疏肝理气、活血通络为主,尤其应该重视藤类药物的运用^[11]。常予以四物汤合逍遥散加减,方中善用柴胡、白芍、当归、山茱萸疏通气机、养肝柔肝,鸡血藤、川芎增强活血之功,独活、秦艽以祛风胜湿、通利关节,佐以牛膝引药下行,延胡索、忍冬藤活血通络止痛。常借鸡血藤、忍冬藤、海风藤等藤类药物以达舒筋活络之功。

4.2 痰湿痹阻型膝骨关节炎的临床论治经验

此型患者临床表现多为膝关节反复肿痛,酸重沉着,阴雨寒湿天加重,得温则减,尤其以肿胀更为明显,压痛剧烈且痛点清楚,扪之可触诊到增生肥厚的滑膜如面团感,外观虽肿胀明显,浮髌试验却或阴或弱阳性,舌质淡或胖大,边有齿痕,苔白腻,脉濡缓。关节镜下常常见滑膜明显增生肥厚,绒毛粗而壮,尖端多有乳头样改变,呈明显的珊瑚状,色呈灰白偏暗或暗紫(见图2)。熊昌源教授认为发病病机主要因为肝气郁结,疏泄失职,导致肝木克脾,脾虚不运。病理上肝脾为病既有正虚,又有痰湿、瘀血较甚的实邪一面。肝血亏虚,筋失濡养,则筋脉拘挛,关节活动不利;脾失健运,则可导致四肢倦怠无力。肝失疏泄则水湿内停,困阻脾阳,一方面脾失健运,水湿不化;另一方面统摄不力,血溢脉外。由于正常津液代谢的异常,痰湿内生,留著筋脉,导致关节肿胀,活动不利。《医学传心录》云:“风、寒、湿气侵入肌肤,流注经络,则津液为之不清,或变痰饮,或成瘀血,闭塞隧道。”故熊昌源教授主张治则以疏肝健脾、化湿消肿、通络止痛为主。常予以逍遥散合苓桂术甘汤加减,方中以独活、秦艽祛风胜湿,柴胡、白芍疏肝理气,白术、茯苓健脾益气、利湿消肿,桂枝通阳化气,与白芍配伍,缓急止痛,当归、牛膝活血止痛,牛膝兼引药下行。对于此证,熊昌源教授尤其善用蜈蚣、僵蚕、全蝎、地龙等虫类药以达搜风通络、化顽固之痰瘀。

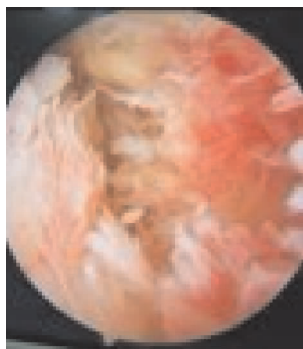


图2 痰湿痹阻

4.3 肝肾亏虚型膝骨关节炎的临床论治经验

此型患者临床表现为膝关节隐痛或酸痛反复发作,常伴有腰膝酸软无力,关节肿胀时轻时重,按压时以胀痛为主,无明显固定痛点,外观肿胀时,浮髌试验阳性,

但触诊滑膜无明显肥厚感,关节屈伸不利。舌质淡苔薄白,脉细弱。关节镜下常见滑膜无明显增生肥厚或纤维化,色呈灰白或暗紫(见图3)。熊昌源教授认为发病病机主要因为肝肾不足,气血两虚。加以年老体弱,肝肾本虚,则筋骨失养,痹痛不已。《诸病源候论》云“肝主筋而藏血,肾主骨而生髓”。《临证指南医案·痹证》云“风寒湿三气合而为痹……外邪留著,气血皆伤,其化为败瘀凝痰,混处经络,盖有诸矣”。邪气痹阻日久,病久入深,营卫凝滞不通,气血失荣。故熊昌源教授主张治则补益肝肾、祛风胜湿、通络止痛为主,常予以独活寄生汤加减。取独活擅祛下焦及筋骨间风寒湿邪,细辛擅搜阴经之风寒湿邪,秦艽祛风湿而利关节,桂枝温通经脉,防风祛一身之风邪。寄生、杜仲、牛膝补益肝肾,当归、熟地、川芎、白芍养血活血,与桂枝、白芍合用,增强柔肝缓急之功,以助舒筋通络之力。

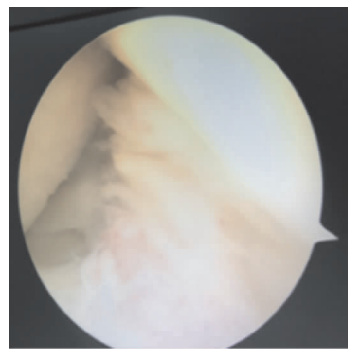


图3 肝肾亏虚

5 内外结合,灵活施药

内病外治,辨证分型施药外用,这又是熊昌源教授治疗老年膝骨关节炎灵活用药的具体体现。老年膝骨关节炎患者多伴有基础疾病,并且由于长期服药,胃肠功能受损,给内服用药带来了许多困难,吴尚先《理渝骈文》曰:“外治之理,即内治之理;外治之药,亦内治之药,所异者法耳。”而目前临床上常见辨证施药内服,且多予香窜之品,常常带来胃肠道的影响。由此熊昌源教授主张在用药上内外结合,灵活运用,辨证分型,对证施药。外用时以药物煎水熏蒸或湿敷患膝,2~3次/d、30 min/次、30 d为1个疗程。既避免了内服用药对胃肠道的影响之忧,又弥补了临床上局部外用药治疗时,普遍采用一致性的膏药外贴或熏洗,尚缺乏一种可行性的个性化用药体系,进一步提高了临床疗效。

膝骨关节炎是中老年人的一种多发病、常见病。此类患者往往又多伴有某些基础疾病,给临床常规的辨证分型和内服用药带来了不小困难,极大地影响了疗效。如何在诊疗上找到一种行之有效的方法,就成了大家探索和研究的的方向。由此,对于老年膝骨关节炎患者,熊昌源教授在四诊辨证的基础上,

结合患膝局部辨病特点进行分型,辨证与辨病结合,从肝论治就显得尤为恰当;再按辨证分型予以药物局部熏蒸或湿热敷就更为合理。一方面进一步提高了辨证施治的准确性,同时又克服了老年人内服药难的问题。熊昌源教授的这一学术经验,不失为临床上老年膝骨关节炎的诊治提供了一个好的思路,值得临床推广应用。

[名老中医简介]

熊昌源教授为主任医师、二级教授,全国第三、四批名老中医学术思想继承指导老师,国家名老中医药专家传承工作室导师,湖北省知名中医,湖北中医名师。

参考文献

- [1] 中华医学会骨科学分会关节外科学组,中国医师协会骨科医师分会骨关节炎学组,国家老年疾病临床医学研究中心(湘雅医院),等. 中国骨关节炎诊疗指南(2021 年版)[J]. 中华骨科杂志,2021,41(18):1291-1314.
- [2] 熊昌源,许申明. 压腿锻炼、手法弹拨、中药熏洗三联法治疗膝骨性关节炎疗效观察[J]. 中医正骨,1995(3): 3-4.
- [3] 庞坚,曹月龙,詹红生,等. 骨关节炎的筋骨之辨[J]. 上海中医药大学学报,2012,26(1):29-30.
- [4] SHAHRIAREE H, O'Connor 关节镜外科学[M]. 陈崢嵘,王德春,冯振洲,等译. 上海:复旦大学出版社,2001: 401-410.
- [5] 王跃辉,韩清民. 膝骨性关节炎影像学分析与经筋辨证关系研究[J]. 新中医,2008,29(5):66-67.
- [6] 刘淑刚,王金榜. 现代中医对膝骨关节炎的认识[J]. 现代中西医结合杂志,2013,22(13):1473-1475.
- [7] 欧阳训彦,郭涛,张豪杰,等. 贵阳市症状性膝骨关节炎疼痛与关节间隙狭窄影像学表现的相关性研究[J]. 实用骨科杂志,2018,24(5):410-413.
- [8] 王强,苟海昕,曹月龙,等. 膝骨关节炎 X 线分级与疼痛程度的相关性分析[J]. 中国中医骨伤科杂志,2015,23(6): 18-21.
- [9] SANCHEZ-LOPEZ E,CORAS R,TORRES A,et al. Synovial inflammation in osteoarthritis progression[J]. Nat Rev Rheumatol,2022,18(5):258-275.
- [10] 王一全,高明利. 膝骨关节炎中西医诊治研究进展[J]. 实用中医内科杂志,2021,35(3):8-12.
- [11] 孙鹏辉,袁普卫,李堪印. 名老中医李堪印运用藤类药物治疗痹症的经验[J]. 中国中医骨伤科杂志,2020,28(3): 75-78.

(收稿日期:2022-08-13)