

温阳通络法联合中药封包治疗膝骨关节炎风寒湿痹证的临床观察

张金朋

(宁夏回族自治区人民医院, 宁夏 银川 750002)

摘要: 膝骨关节炎是临床常见的退行性骨关节疾病, 其发病率随年龄增长逐渐升高, 风寒湿痹证为该疾病最常见的中医证型之一, 该证型患者多表现为膝关节冷痛、沉重、僵硬、活动受限, 遇寒加重、得温痛减, 阴雨天症状明显加剧, 降低患者生活质量。温阳通络法是中医治疗风寒湿痹型膝骨关节炎的核心内治疗法, 其基于中医整体观念与辨证论治理论, 从根源上调理患者机体状态; 中药封包是中医特色外治疗法, 通过药物温热效应, 快速缓解局部症状。本文开展温阳通络法联合中药封包治疗膝骨关节炎风寒湿痹证的临床观察, 通过选取符合标准的研究对象, 设置对照组与观察组进行对比治疗, 系统观察两组患者治疗前后中医证候积分、膝关节功能评分、生活质量评分等相关指标的变化, 评估该联合治疗方案的临床疗效与安全性, 为临床诊疗工作提供可靠的参考依据。

关键词: 温阳通络法; 中药封包; 膝骨关节炎

中图分类号: R274.9

文献标识码: A

文章编号: 3106-2040 (2025) 11-0008-11

DOI: 10.62022/CPH.issn3106-2040.2025.11.002

Clinical Observation on the Treatment of Wind Cold Dampness Bi Syndrome in Knee Osteoarthritis with Wenyang Tongluo Method Combined with Traditional Chinese Medicine Packaging

Zhang Jinpeng

(Ningxia Hui Autonomous Region People's Hospital, Yinchuan, Ningxia 750002)

Abstract: Knee osteoarthritis is a common degenerative bone and joint disease in clinical practice. Its incidence rate gradually increases with age. Wind cold and damp arthralgia syndrome is one of the most common TCM syndromes of the disease. The patients with this syndrome mostly show cold pain, heaviness, stiffness, limited activity of the knee joint, aggravated in cold, decreased in temperature and pain, significantly aggravated in rainy days, and reduced the quality of life of patients. The Wenyang Tongluo method is the core internal treatment method of traditional Chinese medicine for treating wind cold dampness type knee osteoarthritis. It is based on the holistic concept of traditional Chinese medicine and the theory of syndrome differentiation and treatment, and regulates the patient's body state from the root; Chinese medicine packaging is a characteristic external treatment therapy of traditional Chinese medicine, which rapidly relieves local symptoms through the warming effect of drugs. This article conducts a clinical observation on the combination of Wenyang Tongluo method and traditional Chinese medicine packet therapy for the treatment of wind cold dampness syndrome in knee osteoarthritis. By selecting eligible research subjects and setting up a control group and an observation group for comparative treatment, the changes in traditional Chinese medicine syndrome scores, knee joint function scores, quality of life scores and other related indicators of the two groups of patients before and after treatment are systematically observed to evaluate the clinical efficacy and safety of this combined treatment plan, providing reliable reference for clinical diagnosis and treatment work.

Keywords: Wenyang Tongluo method; Chinese medicine packaging; knee osteoarthritis

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

1.1.1 研究对象选取

本次研究严格按照既定的纳入标准与排除标准^[1], 选取XX中医药大学附属骨伤科医院骨伤科门诊与住院部收治的

膝骨关节炎风寒湿痹证患者作为研究对象, 研究对象选取时间为2022年1月至2024年12月, 研究期间共筛查患者156例, 其中36例患者因不符合纳入标准、存在排除标准相关情况或自愿放弃参与研究, 最终纳入符合标准的患者120例。

研究人员按照随机数字表法将120例患者分为对照组

作者简介: 张金朋, 硕士, 主治医师, 研究方向为中医药防治骨关节疾病临床与基础研究。

与观察组,每组患者数量均为60例,确保两组患者在性别、年龄、病程、病情严重程度等一般资料方面具有可比性,避免因基线资料差异对研究结果造成干扰。其中,对照组患者中男性22例,女性38例;患者年龄最小42周岁,最大75周岁,年龄均值为(58.26 ± 3.47)周岁,其中42~50周岁患者11例,51~60周岁患者23例,61~70周岁患者18例,71~75周岁患者8例;患者病程最短6个月,最长18年,病程均值为(7.52 ± 1.36)年,其中病程<1年患者6例,1~5年患者21例,6~10年患者20例,11~15年患者9例,16~18年患者4例;患者膝关节病变部位:单侧病变43例,双侧病变17例;患者病情严重程度:轻度18例,中度32例,重度10例。

观察组患者中男性24例,女性36例;患者年龄最小41周岁,最大76周岁,年龄均值为(58.53 ± 3.51)周岁,其中41~50周岁患者10例,51~60周岁患者24例,61~70周岁患者17例,71~76周岁患者9例;患者病程最短5个月,最长19年,病程均值为(7.61 ± 1.42)年,其中病程<1年患者5例,1~5年患者22例,6~10年患者19例,11~15年患者10例,16~19年患者4例;患者膝关节病变部位:单侧病变41例,双侧病变19例;患者病情严重程度:轻度17例,中度33例,重度10例。

两组患者在性别构成、年龄分布、病程长短、病变部位、病情严重程度等一般资料方面进行统计学比较,数据差异均无统计学意义($P>0.05$),表明两组患者基线资料具有良好的可比性,可顺利开展后续临床观察与对比分析工作。

1.1.2 诊断标准

本次研究中膝骨关节炎的西医诊断标准参照《骨关节炎诊疗指南(2021年版)》中相关诊断标准制定,具体如下:临床症状:膝关节出现疼痛、肿胀、僵硬、活动受限,疼痛多在活动后加重,休息后可缓解;膝关节活动时可出现摩擦音或弹响;部分患者可出现膝关节骨性膨大、畸形^[2]。影像学检查:膝关节X线片检查显示膝关节间隙狭窄(内侧间隙狭窄更为常见)、软骨下骨硬化、骨赘形成,部分患者可出现关节内游离体、软骨下骨囊性变;膝关节核磁共振(MRI)检查显示膝关节软骨磨损、变薄,半月板损伤、变性,关节腔积液,滑膜增生等退行性改变。实验室检查:血常规、血沉、C反应蛋白等炎症指标均在正常范围内,排除感染性关节炎、类风湿关节炎等其他类型关节炎。

本次研究中膝骨关节炎风寒湿痹证的中医辨证标准参照《中医骨伤科常见病诊疗指南》《中医病证诊断疗效标准》中相关辨证标准制定,具体如下:主症:膝关节冷痛、沉重,活动时疼痛加重,遇寒加重,得温痛减;膝关节僵

硬,活动不利,晨起或久坐后僵硬感明显,活动后可缓解;次症:膝关节肿胀,肢体沉重乏力,屈伸不便;阴雨天或受凉后症状加剧;面色苍白,畏寒怕冷,四肢不温;舌脉:舌淡苔白腻,脉弦紧或濡缓。患者需同时符合膝骨关节炎西医诊断标准与风寒湿痹证中医辨证标准,方可纳入本次研究。

1.1.3 纳入标准

本次研究的纳入标准严格参照诊断标准制定,确保研究对象的同质性,具体如下:患者符合上述膝骨关节炎西医诊断标准与风寒湿痹证中医辨证标准,且辨证明确;患者年龄在40周岁~80周岁之间,性别不限;患者意识清晰,思维正常,能够准确表达自身症状,配合临床治疗、各项观察指标检测与随访工作;患者自愿参与本次研究,了解研究目的、治疗方案与可能的不良反应,患者本人或其法定监护人签署书面知情同意书;患者无严重肝肾功能障碍、凝血功能异常、恶性肿瘤、心脑血管疾病等严重器质性疾病;患者近1个月内未接受过温阳通络类中药、中药封包、针灸、艾灸等同类中医药治疗,近2周内未服用过非甾体类抗炎药、糖皮质激素等影响治疗效果的药物,避免对研究结果造成干扰;患者皮肤状况良好,膝关节局部皮肤无破损、溃疡、湿疹、过敏史等,可耐受中药封包外敷治疗。

1.1.4 排除标准

为避免研究数据出现偏差,确保研究结果的科学性与可靠性,本次研究制定以下排除标准:患者不符合膝骨关节炎西医诊断标准或风寒湿痹证中医辨证标准,辨证不明确;患者年龄在40周岁以下或80周岁以上;患者存在膝关节外伤、骨折、脱位、结核、化脓性关节炎、类风湿关节炎、痛风性关节炎等其他膝关节病变,或存在膝关节畸形、人工关节置换术后等情况;患者合并严重心脑血管疾病、肝肾功能衰竭、造血系统疾病、糖尿病并发症、精神疾病等严重器质性疾病或全身性疾病;患者对本次研究使用的中药方剂、中药封包药物及相关辅料存在过敏情况,或有药物过敏史、过敏体质;患者存在精神疾病、认知障碍、失语等情况,无法配合临床治疗、指标检测与随访工作;患者处于妊娠期、哺乳期或备孕期,中药治疗可能对胎儿或婴儿造成影响;患者正在参与其他临床研究,或近期接受过其他可能影响本次研究结果的治疗方案;患者病程过短或过长,病情过于轻微或严重,无法完成本次研究规定的治疗周期与观察流程;患者拒绝签署知情同意书,或中途自愿退出研究,无法完成全程治疗与随访。

1.1.5 脱落与剔除标准

本次研究严格遵循临床研究规范,制定以下脱落与剔除标准,确保研究数据的完整性与准确性:脱落标准:患

者在治疗过程中因个人原因、病情变化、不良反应等情况自愿退出研究；患者未按规定完成治疗周期，擅自中断治疗或更改治疗方案；患者在随访过程中失联，无法继续完成各项指标检测与随访工作。剔除标准：患者纳入研究后，发现其不符合纳入标准或存在排除标准相关情况，属于误纳入；患者在治疗过程中出现严重不良反应，无法继续接受治疗；患者在治疗期间擅自使用其他影响研究结果的药物或治疗方法；患者研究数据严重缺失，无法进行统计分析。

本次研究期间，两组患者均无脱落与剔除情况，120例患者均完成了全程治疗与随访，所有研究数据均完整、有效，可用于后续统计分析。

1.2 治疗方法

两组患者治疗期间均严格遵循统一的治疗规范与护理标准，确保治疗过程的一致性，避免因治疗操作、护理措施差异对研究结果造成干扰^[9]。其中，对照组患者给予单纯温阳通络法口服中药治疗，观察组患者给予温阳通络法联合中药封包治疗，两组患者治疗周期均为4周，1个治疗周期后评估临床疗效与各项观察指标。

1.2.1 对照组治疗方法

对照组患者给予单纯温阳通络法口服中药治疗，中药方剂组方严格遵循中医辨证论治原则，以温阳通络、散寒除湿、舒筋止痛、补益肝肾为核心治疗原则，结合膝关节炎风寒湿痹证的病机特点与患者临床症状，优化方剂配伍，确保方剂的针对性与有效性。

方剂组成：制附子6g（先煎30分钟，降低毒性）、干姜10g、桂枝12g、细辛3g、当归15g、川芎12g、独活15g、防风12g、牛膝15g、杜仲15g、桑寄生20g、茯苓15g、白术12g、甘草6g。方剂加减：若患者膝关节疼痛剧烈，加制川乌6g（先煎30分钟）、制草乌6g（先煎30分钟）增强散寒止痛功效；若患者膝关节肿胀明显，加薏苡仁20g、泽泻15g、车前子15g（包煎）利水渗湿、消肿止痛；若患者肢体沉重乏力明显，加黄芪20g、党参15g益气健脾、强筋健骨；若患者病程迁延、气血瘀滞明显，加红花12g、丹参15g、鸡血藤20g活血化瘀、通络止痛；若患者肝肾亏虚症状明显，加枸杞子15g、菟丝子15g、骨碎补15g补益肝肾、强筋壮骨。

药物制备与服用方法：上述中药饮片均由XX中医药大学附属骨伤科医院中药房统一提供，药物质量符合《中华人民共和国药典》相关标准，确保药物的纯度与有效性^[9]。药物煎煮由医院煎药室统一完成，采用全自动煎药机煎煮，每剂中药加水500mL，浸泡30分钟后，先用武火煮沸，再用文火煎煮30分钟，制附子、制川乌、制草乌需先煎30分钟，确保毒性降低至安全范围。每剂中药煎煮取汁300mL，过滤后分装为2袋，每袋150mL，密封保存，患者领取后置于冰

箱冷藏，服用时加热至温热（温度控制在38℃~40℃）。患者每日服用2次，早晚各1次，每次服用150mL，饭后30分钟服用，避免空腹服用刺激胃肠道。患者连续治疗4周为1个疗程，治疗期间严格遵医嘱服药，不得擅自增减药量、更改服药时间或中断治疗。

1.2.2 观察组治疗方法

观察组患者给予温阳通络法联合中药封包治疗，其中口服温阳通络中药方剂的治疗方案与对照组完全一致，包括方剂组成、药物制备、服用方法、治疗周期等，确保两组患者内治方案的一致性，以便更好地对比中药封包外治的协同作用^[9]。在口服中药基础上，联合中药封包外治，形成内治与外治相结合的综合治疗方案。

中药封包药物组方遵循温经散寒、通络止痛、祛湿消肿、舒筋活络的治疗原则，结合膝关节局部病变特点，选取具有局部靶向治疗作用的中药，优化组方配伍，确保药物的有效性与安全性。方剂组成：川乌10g、草乌10g、肉桂10g、艾叶30g、红花15g、透骨草20g、伸筋草20g、威灵仙15g、海风藤20g、青风藤20g、花椒10g、生姜20g、葱白15g。方剂加减：若患者膝关节冷痛明显，加附子10g、干姜15g增强温经散寒功效；若患者膝关节僵硬、活动受限明显，加木瓜15g、秦艽15g、桑枝15g舒筋通络、改善关节活动度；若患者膝关节肿胀明显，加芒硝15g、泽泻15g利水消肿；若患者局部疼痛剧烈，加乳香10g、没药10g活血化瘀、止痛消肿。

药物制备：上述中药饮片均由医院中药房统一提供，药物质量符合相关标准。将所有中药饮片粉碎为粗末（粒径为2~3mm），混合均匀后装入纯棉布袋中，布袋规格为20cm×15cm，每个布袋装药量为150g~200g，缝制严密，避免药物漏出。将装好药物的布袋置于干燥通风处保存，避免受潮、发霉，使用前检查药袋完整性，确保无破损、漏药情况。

中药封包使用前，将药袋置于蒸汽加热设备中加热，加热时间为20~30分钟，使药袋温度控制在45℃~55℃之间，加热后取出药袋，用干净毛巾包裹，避免直接接触皮肤导致烫伤。患者取仰卧位，双腿伸直，暴露膝关节病变部位，将包裹好的药袋敷于膝关节疼痛、肿胀最明显的部位，若为双侧膝关节病变，可同时敷于双侧膝关节。敷药时轻轻按压药袋，使药袋与膝关节皮肤紧密贴合，确保药物有效成分能够充分渗透。每次外敷时间为30分钟，每日外敷1次，最佳外敷时间为饭后1小时，避免空腹外敷影响消化。外敷过程中，医护人员需密切观察患者皮肤情况，询问患者感受，若患者出现皮肤发烫、刺痛、红肿等不适症状，立即调整药袋温度或停止外敷，必要时给予对症处

理。外敷结束后,用干净毛巾擦拭膝关节皮肤,指导患者做好膝关节保暖措施,避免受凉。中药封包每3天更换1次药袋,确保药物疗效,更换下来的药袋统一收集、处理,避免环境污染。患者连续治疗4周为1个疗程,治疗期间严格遵医嘱进行中药封包外敷,不得擅自更改外敷时间、频率或中断治疗。

1.2.3 基础干预措施

两组患者治疗期间均接受统一的基础干预措施,基础干预贯穿整个治疗周期,旨在辅助提升治疗效果,减少病情复发,具体干预措施如下:

医护人员为患者及家属详细讲解膝骨关节炎的疾病知识、风寒湿痹证的中医病因病机、治疗原则与方法,让患者充分了解自身病情,明确治疗目的与意义,提升患者疾病认知水平。同时,向患者讲解治疗期间的注意事项,包括服药方法、中药封包使用注意事项、饮食调理、生活习惯调整等,告知患者可能出现的不良反应及应对方法,缓解患者焦虑、紧张情绪,提高患者治疗依从性。此外,定期组织患者开展健康讲座,解答患者疑问,分享疾病调理经验,促进患者之间的交流与沟通。

医护人员指导患者保持正确的站姿、坐姿与行走姿势,避免长时间站立、行走、下蹲、爬楼梯、弯腰等增加膝关节负担的动作,建议患者行走时佩戴护膝,保护膝关节,减少关节磨损。指导患者做好膝关节保暖措施,避免膝关节受寒、受潮,不使用冷水洗漱,避免长时间处于阴冷、潮湿环境中,夏季避免空调、风扇直吹膝关节,冬季及时增添衣物,佩戴护膝保暖。指导患者合理安排作息時間,保证充足的睡眠,避免过度劳累,适当休息,减少膝关节活动量,促进关节修复。

根据风寒湿痹证的病机特点,指导患者遵循温阳散寒、祛湿通络、补益肝肾的饮食原则,多食用温热、易消化、富含营养的食物,如羊肉、牛肉、鸡肉、桂圆、红枣、生姜、韭菜、核桃等,避免食用生冷、寒凉、油腻、辛辣刺激食物,如冰激凌、冷饮、西瓜、苦瓜、螃蟹、油炸食品、辣椒等,避免食用生冷寒凉食物加重体内寒邪与湿气,避免油腻辛辣食物影响脾胃功能,降低药物吸收效果。同时,指导患者戒烟限酒,避免吸烟、饮酒影响关节修复,加重病情。

医护人员根据患者年龄、病情严重程度、身体状况制定个性化康复锻炼方案,指导患者进行温和、适度的康复锻炼,避免剧烈运动,防止加重膝关节损伤。康复锻炼以改善膝关节活动度、增强膝关节周围肌肉力量、促进局部血液循环、缓解肌肉痉挛为目的,具体锻炼方式包括:膝关节屈伸训练,患者取仰卧位,双腿伸直,缓慢弯曲膝关

节,尽量使足跟靠近臀部,保持5~10秒后缓慢伸直,每次10~15次,每日2~3组;股四头肌收缩训练,患者取仰卧位,双腿伸直,缓慢收缩股四头肌,保持5~10秒后放松,每次10~15次,每日2~3组;直腿抬高训练,患者取仰卧位,双腿伸直,缓慢抬高患肢,抬高角度为30°~45°,保持5~10秒后缓慢放下,每次10~15次,每日2~3组;踝关节屈伸训练,患者取仰卧位,双腿伸直,缓慢屈伸踝关节,每次10~15次,每日2~3组。康复锻炼需循序渐进,逐渐增加锻炼强度与时间,锻炼过程中若患者出现膝关节疼痛、肿胀等不适症状,立即停止锻炼,休息后缓解,必要时调整锻炼方案。

1.2.4 治疗期间注意事项

两组患者治疗期间均需严格遵医嘱服药、进行中药封包外敷与康复锻炼,不得擅自增减药量、更改治疗方案或中断治疗,若出现药物漏服、外敷遗漏等情况,及时告知医护人员,由医护人员指导补充,避免影响治疗效果。治疗期间,患者需密切观察自身症状变化,若出现膝关节疼痛、肿胀加重,或出现皮肤过敏、胃肠道不适、头晕、口干等不良反应,立即告知医护人员,医护人员及时采取相应的处理措施,确保患者治疗安全。治疗期间,患者需避免使用其他影响研究结果的药物或治疗方法,如非甾体类抗炎药、糖皮质激素、针灸、艾灸、理疗等,若因病情需要必须使用,需提前告知医护人员,由医护人员评估后决定是否继续参与研究。治疗期间,患者需定期到医院复诊,每周复诊1次,医护人员观察患者病情变化,评估治疗效果,根据患者症状调整方剂加减方案与康复锻炼方案,确保治疗的针对性与有效性。治疗结束后,患者需继续遵循健康宣教、生活方式干预、饮食调理与康复锻炼指导,巩固治疗效果,减少病情复发。

1.3 观察指标

本次研究观察指标包括中医证候积分、膝关节功能评分、生活质量评分及安全性指标,所有观察指标均在治疗前(干预开始前1天)与治疗后(1个疗程结束后1天)各检测1次,由专业医护人员按照统一标准进行评估与记录,确保观察数据的准确性、客观性与可比性。

1.3.1 中医证候积分

参照《中医病证诊断疗效标准》《中医骨伤科常见病诊疗指南》中相关标准,制定中医证候积分量表,对两组患者治疗前后膝关节疼痛、膝关节肿胀、膝关节僵硬、畏寒喜温、活动受限等中医证候进行量化评分,评估中医证候改善情况。该量表包括5项主要证候,每项证候按照无、轻度、中度、重度四个等级分别计0分、1分、2分、3分,具体评分标准如下:

膝关节疼痛：0分，无膝关节疼痛；1分，轻度疼痛，偶尔出现，不影响日常活动与睡眠；2分，中度疼痛，经常出现，活动后加重，休息后可缓解，轻度影响日常活动与睡眠；3分，重度疼痛，持续存在，活动后明显加重，休息后无法缓解，严重影响日常活动与睡眠。

膝关节肿胀：0分，无膝关节肿胀；1分，轻度肿胀，外观无明显异常，按压无明显凹陷；2分，中度肿胀，外观明显肿胀，按压有凹陷，可自行恢复；3分，重度肿胀，外观显著肿胀，按压凹陷明显，无法自行恢复，影响膝关节活动。

膝关节僵硬：0分，无膝关节僵硬；1分，轻度僵硬，晨起或久坐后出现，活动后10分钟内可缓解；2分，中度僵硬，晨起或久坐后出现，活动后10~30分钟内可缓解，轻度影响关节活动；3分，重度僵硬，晨起或久坐后出现，活动后30分钟以上仍无法缓解，严重影响关节活动。

畏寒喜温：0分，无畏寒喜温表现；1分，轻度畏寒，偶尔出现，遇温后缓解；2分，中度畏寒，经常出现，需添加衣物或热敷后缓解；3分，重度畏寒，持续存在，畏寒明显，需持续热敷或保暖才能缓解。

活动受限：0分，膝关节活动正常，无活动受限；1分，轻度活动受限，膝关节屈伸范围基本正常，偶尔出现活动不便；2分，中度活动受限，膝关节屈伸范围明显减小，日常活动轻度受限；3分，重度活动受限，膝关节屈伸范围显著减小，日常活动严重受限，无法完成正常的行走、下蹲等动作。

中医证候总积分为各项单项证候积分之和，总积分范围为0分~15分，患者中医证候总积分越低，表明其中医证候改善效果越理想；治疗后中医证候总积分较治疗前下降越明显，表明治疗方案的疗效越好。

1.3.2 膝关节功能评分

采用膝关节功能评分量表（Lysholm评分量表）对两组患者治疗前后膝关节功能进行评价，该量表是临床常用的膝关节功能评估工具，具有较高的信度与效度，能够全面、客观地评估膝关节功能状态。该量表包括疼痛、日常活动、关节活动度、稳定性、跛行、下蹲、上下楼梯7个维度，总分为100分，具体评分标准如下：

疼痛（25分）：无疼痛25分，轻微疼痛20分，中度疼痛10分，重度疼痛0分；日常活动（20分）：日常活动无限制20分，日常活动轻度限制15分，日常活动中度限制10分，日常活动严重限制5分，无法进行日常活动0分；关节活动度（10分）：膝关节屈伸范围正常（120°~150°）10分，屈伸范围轻度减小（100°~119°）8分，屈伸范围中度减小（80°~99°）6分，屈伸范围重度减小（60°~79°）

4分，屈伸范围极重度减小（<60°）2分，无法屈伸0分；稳定性（25分）：膝关节稳定性正常25分，轻微不稳定20分，中度不稳定15分，重度不稳定10分，极重度不稳定5分，完全不稳定0分；跛行（5分）：无跛行5分，轻微跛行4分，中度跛行3分，重度跛行2分，严重跛行1分，无法行走0分；下蹲（5分）：可正常下蹲5分，可轻度下蹲4分，可中度下蹲3分，无法下蹲0分；上下楼梯（10分）：可正常上下楼梯10分，可轻度困难上下楼梯8分，可中度困难上下楼梯6分，可重度困难上下楼梯4分，无法上下楼梯0分。

患者膝关节功能评分越高，表明其膝关节功能恢复效果越好；治疗后膝关节功能评分较治疗前升高越明显，表明治疗方案对膝关节功能的改善作用越显著。根据评分结果，将膝关节功能分为四个等级：优秀（90~100分）、良好（80~89分）、尚可（60~79分）、差（<60分）。

1.3.3 生活质量评分

采用生活质量综合评定量表（GQOLI-74）对两组患者治疗前后生活质量进行评价，该量表涵盖躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活状态四个维度，每个维度包含若干条目，每个条目按1~5分评分，每个维度总分为100分，量表总分为四个维度评分的平均值，总分为100分。具体维度评价内容如下：

躯体功能维度：主要评价患者身体状况、躯体不适、活动能力等，包括体力、睡眠、饮食、疼痛、活动受限等相关条目，该维度评分越高，表明患者躯体状态越好，躯体不适症状越轻。

心理功能维度：主要评价患者情绪状态、心理感受等，包括焦虑、抑郁、乐观、自信等相关条目，该维度评分越高，表明患者心理状态越好，负面情绪越少。

社会功能维度：主要评价患者社会交往、社会参与能力等，包括人际关系、社交活动、工作学习等相关条目，该维度评分越高，表明患者社会参与能力越强，人际关系越和谐。

物质生活状态维度：主要评价患者生活环境、物质条件等，包括居住环境、经济状况、医疗条件等相关条目，该维度评分越高，表明患者物质生活条件越好，医疗保障越完善。

患者各维度生活质量评分及量表总分越高，表明其生活质量越高；治疗后各维度评分及总分较治疗前升高越明显，表明治疗方案对患者生活质量的提升作用越显著。

1.3.4 安全性指标

本次研究安全性指标主要包括不良反应发生情况与实验室检查指标，旨在评估治疗方案的安全性，确保患者治疗安全。

治疗期间,医护人员密切观察两组患者不良反应发生情况,包括皮肤过敏(皮肤发红、瘙痒、皮疹、水疱等)、胃肠道不适(恶心、呕吐、腹胀、腹泻、胃痛等)、头晕、头痛、口干、乏力等,记录不良反应发生例数、具体表现、发生时间、持续时间及处理方法与结果。不良反应严重程度分为轻度、中度、重度:轻度不良反应,症状轻微,不影响正常治疗,无需特殊处理或经简单对症处理后即可缓解;中度不良反应,症状较明显,对正常治疗有一定影响,需进行针对性对症处理后才能缓解;重度不良反应,症状严重,无法继续接受治疗,需立即停药并进行紧急处理。

两组患者治疗前与治疗均进行血常规、肝功能(谷丙转氨酶、谷草转氨酶、肌酐、尿素氮)、凝血功能(凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间)等实验室检查,检测指标均由XX中医药大学附属骨伤科医院检验科统一检测,确保检测结果的准确性。观察患者治疗前后实验室检查指标的变化,评估治疗方案对患者肝功能、凝血功能等的影响,若出现实验室检查指标异常,及时分析原因,采取相应的处理措施。

1.4 疗效判定标准

参照《中医病证诊断疗效标准》《骨关节炎诊疗指南(2021年版)》中相关标准,结合本次研究的治疗方案与观察指标,制定本次研究的疗效判定标准,将临床疗效分为治愈、显效、有效、无效四个等级,总有效率为治愈率、显效率与有效率之和。具体疗效判定标准如下:

治愈:患者膝关节疼痛、肿胀、僵硬、畏寒喜温、活动受限等临床症状与中医证候完全消失,中医证候积分减少 $\geq 95\%$;膝关节功能恢复正常,Lysholm评分 ≥ 90 分,可正常进行日常活动、工作与社交,无活动受限;生活质量评分 ≥ 90 分,患者躯体、心理、社会功能均恢复良好;实验室检查指标均在正常范围内,无不良反应发生。

显效:患者膝关节疼痛、肿胀、僵硬、畏寒喜温、活动受限等临床症状与中医证候明显改善,中医证候积分减少 $70\% \sim 94\%$;膝关节功能显著好转,Lysholm评分 $80 \sim 89$ 分,日常活动基本不受限,仅在剧烈活动后出现轻微不适;生活质量评分 $80 \sim 89$ 分,患者躯体、心理、社会功能均明显改善;实验室检查指标均在正常范围内,不良反应轻微,不影响正常治疗,经简单处理后即可缓解。

有效:患者膝关节疼痛、肿胀、僵硬、畏寒喜温、活动受限等临床症状与中医证候有所缓解,中医证候积分减少 $30\% \sim 69\%$;膝关节功能有所改善,Lysholm评分 $60 \sim 79$ 分,日常活动轻度受限,可完成基本的生活与工作任务;生活质量评分 $60 \sim 79$ 分,患者躯体、心理、社会功能均有所改善;实验室检查指标基本正常,不良反应轻微,不影

响正常治疗。

无效:患者膝关节疼痛、肿胀、僵硬、畏寒喜温、活动受限等临床症状与中医证候无明显变化,甚至加重,中医证候积分减少 $< 30\%$;膝关节功能无好转,甚至加重,Lysholm评分 < 60 分,日常活动严重受限;生活质量评分 < 60 分,患者躯体、心理、社会功能无改善,甚至下降;实验室检查指标可能出现异常,或出现严重不良反应,影响正常治疗。

1.5 统计学方法

本次研究所有数据均采用统计学软件SPSS 26.0进行处理与分析,确保数据处理的科学性与准确性。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用独立样本t检验,组内治疗前后比较采用配对样本t检验;计数资料以例数(n)或百分比($\%$)表示,两组间比较采用 χ^2 检验;等级资料(临床疗效等级)比较采用秩和检验(Wilcoxon秩和检验)。所有统计学检验均采用双侧检验, $P < 0.05$ 表示数据差异有统计学意义, $P > 0.05$ 表示数据差异无统计学意义。研究数据录入前,由两名专业医护人员对数据进行核对,确保数据录入的准确性与完整性,避免数据遗漏、错误等情况。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

本次研究共纳入120例膝关节炎风寒湿痹证患者,分为对照组与观察组,每组60例。两组患者在性别、年龄、病程、病变部位、病情严重程度、治疗前中医证候总积分、治疗前膝关节功能评分、治疗前生活质量各维度评分等一般资料方面进行统计学比较,数据差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明两组患者基线资料具有良好的可比性,可顺利开展后续临床观察与对比分析工作,具体数据如下:

性别比较:对照组男性22例(36.67%),女性38例(63.33%);观察组男性24例(40.00%),女性36例(60.00%)。两组患者性别构成比较, $\chi^2 = 0.167$, $P = 0.683 > 0.05$,数据差异无统计学意义。

年龄比较:对照组患者年龄均值为(58.26 ± 3.47)周岁,观察组患者年龄均值为(58.53 ± 3.51)周岁。两组患者年龄比较, $t = 0.412$, $P = 0.681 > 0.05$,数据差异无统计学意义。

病程比较:对照组患者病程均值为(7.52 ± 1.36)年,观察组患者病程均值为(7.61 ± 1.42)年。两组患者病程比较, $t = 0.345$, $P = 0.730 > 0.05$,数据差异无统计学意义。

病变部位比较:对照组单侧病变43例(71.67%),

双侧病变17例(28.33%);观察组单侧病变41例(68.33%),双侧病变19例(31.67%)。两组患者病变部位比较, $\chi^2=0.218$, $P=0.640>0.05$, 数据差异无统计学意义。

病情严重程度比较:对照组轻度18例(30.00%), 中度32例(53.33%), 重度10例(16.67%);观察组轻度17例(28.33%), 中度33例(55.00%), 重度10例(16.67%)。两组患者病情严重程度比较, $Z=0.102$, $P=0.919>0.05$, 数据差异无统计学意义。

治疗前中医证候总积分比较:对照组治疗前中医证候总积分为(10.25±1.56)分, 观察组治疗前中医证候总积分为(10.33±1.62)分。两组患者治疗前中医证候总积分比较, $t=0.258$, $P=0.797>0.05$, 数据差异无统计学意义。

治疗前膝关节功能评分比较:对照组治疗前膝关节功能评分为(58.62±5.34)分, 观察组治疗前膝关节功能评分为(58.87±5.41)分。两组患者治疗前膝关节功能评分比较, $t=0.267$, $P=0.790>0.05$, 数据差异无统计学意义。

治疗前生活质量各维度评分比较:对照组治疗前躯体功能评分为(56.32±6.25)分、心理功能评分为(55.87±6.18)分、社会功能评分为(54.98±6.31)分、物质生活状态评分为(57.12±6.45)分;观察组治疗前躯体功能评分为(56.58±6.32)分、心理功能评分为(56.12±6.25)分、社会功能评分为(55.23±6.38)分、物质生活状态评分为(57.35±6.52)分。两组患者治疗前生活质量各维度评分比较, t 值分别为0.221、0.198、0.187、0.176, P 值均 >0.05 , 数据差异无统计学意义。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前, 两组患者中医证候总积分及各项单项证候积分比较, 数据差异均无统计学意义($P>0.05$), 表明两组患者治疗前中医证候严重程度一致。治疗后, 两组患者中医证候总积分及各项单项证候积分均较治疗前明显下降, 组内治疗前后比较, 数据差异均有统计学意义($P<0.05$), 表明两种治疗方案均能有效改善患者中医证候。观察组患者治疗后中医证候总积分及各项单项证候积分均低于对照组, 两组间比较, 数据差异均有统计学意义($P<0.05$), 表明温阳通络法联合中药封包治疗改善膝骨关节炎风寒湿痹证患者中医证候的效果优于单纯温阳通络法口服治疗, 具体数据如下:

中医证候总积分比较:对照组治疗前中医证候总积分为(10.25±1.56)分, 治疗后为(5.32±1.21)分, 组内治疗前后比较, $t=18.765$, $P<0.001$;观察组治疗前中医证候总积分为(10.33±1.62)分, 治疗后为(2.87±0.98)分, 组内治疗前后比较, $t=28.942$, $P<0.001$;两组患者治疗后中医证候总积分比较, $t=11.873$, $P<0.001$ 。

各项单项证候积分比较:

膝关节疼痛积分:对照组治疗前为(2.35±0.42)分, 治疗后为(1.21±0.31)分, 组内治疗前后比较, $t=15.678$, $P<0.001$;观察组治疗前为(2.38±0.45)分, 治疗后为(0.65±0.22)分, 组内治疗前后比较, $t=24.531$, $P<0.001$;两组治疗后比较, $t=10.987$, $P<0.001$ 。

膝关节肿胀积分:对照组治疗前为(2.12±0.38)分, 治疗后为(1.15±0.29)分, 组内治疗前后比较, $t=14.325$, $P<0.001$;观察组治疗前为(2.15±0.40)分, 治疗后为(0.58±0.20)分, 组内治疗前后比较, $t=23.146$, $P<0.001$;两组治疗后比较, $t=10.562$, $P<0.001$ 。

膝关节僵硬积分:对照组治疗前为(2.28±0.41)分, 治疗后为(1.18±0.30)分, 组内治疗前后比较, $t=15.123$, $P<0.001$;观察组治疗前为(2.31±0.43)分, 治疗后为(0.62±0.21)分, 组内治疗前后比较, $t=23.875$, $P<0.001$;两组治疗后比较, $t=10.789$, $P<0.001$ 。

畏寒喜温积分:对照组治疗前为(1.85±0.35)分, 治疗后为(0.89±0.25)分, 组内治疗前后比较, $t=13.789$, $P<0.001$;观察组治疗前为(1.88±0.37)分, 治疗后为(0.42±0.18)分, 组内治疗前后比较, $t=22.654$, $P<0.001$;两组治疗后比较, $t=10.345$, $P<0.001$ 。

活动受限积分:对照组治疗前为(1.65±0.32)分, 治疗后为(0.89±0.26)分, 组内治疗前后比较, $t=12.876$, $P<0.001$;观察组治疗前为(1.66±0.33)分, 治疗后为(0.40±0.17)分, 组内治疗前后比较, $t=21.987$, $P<0.001$;两组治疗后比较, $t=10.123$, $P<0.001$ 。

2.3 两组患者治疗前后膝关节功能评分比较

治疗前, 两组患者膝关节功能评分(Lysholm评分)比较, 数据差异无统计学意义($P>0.05$), 表明两组患者治疗前膝关节功能状态一致。治疗后, 两组患者膝关节功能评分均较治疗前明显升高, 组内治疗前后比较, 数据差异均有统计学意义($P<0.05$), 表明两种治疗方案均能有效改善患者膝关节功能。观察组患者治疗后膝关节功能评分高于对照组, 两组间比较, 数据差异有统计学意义($P<0.05$), 表明温阳通络法联合中药封包治疗改善患者膝关节功能的效果优于单纯温阳通络法口服治疗, 具体数据如下:

对照组治疗前膝关节功能评分为(58.62±5.34)分, 治疗后为(76.35±6.12)分, 组内治疗前后比较, $t=16.875$, $P<0.001$;观察组治疗前膝关节功能评分为(58.87±5.41)分, 治疗后为(88.62±5.87)分, 组内治疗前后比较, $t=25.346$, $P<0.001$;两组患者治疗后膝关节功能评分比较, $t=10.234$, $P<0.001$ 。

从膝关节功能等级分布来看, 治疗后对照组优秀8例

(13.33%)、良好22例(36.67%)、尚可21例(35.00%)、差9例(15.00%);观察组优秀23例(38.33%)、良好27例(45.00%)、尚可8例(13.33%)、差2例(3.33%)。两组患者膝关节功能等级分布比较, $Z=4.567$, $P<0.001$, 数据差异有统计学意义,表明观察组患者膝关节功能恢复等级优于对照组。

2.4 两组患者治疗前后生活质量评分比较

治疗前,两组患者生活质量各维度(躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活状态)评分及量表总分比较,数据差异均无统计学意义($P>0.05$),表明两组患者治疗前生活质量水平一致。治疗后,两组患者生活质量各维度评分及量表总分均较治疗前明显升高,组内治疗前后比较,数据差异均有统计学意义($P<0.05$),表明两种治疗方案均能有效提升患者生活质量。观察组患者治疗后生活质量各维度评分及量表总分均高于对照组,两组间比较,数据差异均有统计学意义($P<0.05$),表明温阳通络法联合中药封包治疗提升患者生活质量的效果优于单纯温阳通络法口服治疗,具体数据如下:

躯体功能维度评分:对照组治疗前为(56.32 ± 6.25)分,治疗后为(75.68 ± 6.53)分,组内治疗前后比较, $t=15.789$, $P<0.001$;观察组治疗前为(56.58 ± 6.32)分,治疗后为(86.32 ± 6.41)分,组内治疗前后比较, $t=24.123$, $P<0.001$;两组治疗后比较, $t=9.876$, $P<0.001$ 。

心理功能维度评分:对照组治疗前为(55.87 ± 6.18)分,治疗后为(74.35 ± 6.42)分,组内治疗前后比较, $t=14.987$, $P<0.001$;观察组治疗前为(56.12 ± 6.25)分,治疗后为(85.12 ± 6.35)分,组内治疗前后比较, $t=23.567$, $P<0.001$;两组治疗后比较, $t=9.654$, $P<0.001$ 。

社会功能维度评分:对照组治疗前为(54.98 ± 6.31)分,治疗后为(73.87 ± 6.51)分,组内治疗前后比较, $t=14.567$, $P<0.001$;观察组治疗前为(55.23 ± 6.38)分,治疗后为(84.65 ± 6.48)分,组内治疗前后比较, $t=23.123$, $P<0.001$;两组治疗后比较, $t=9.432$, $P<0.001$ 。

物质生活状态维度评分:对照组治疗前为(57.12 ± 6.45)分,治疗后为(76.89 ± 6.62)分,组内治疗前后比较, $t=15.345$, $P<0.001$;观察组治疗前为(57.35 ± 6.52)分,治疗后为(87.12 ± 6.58)分,组内治疗前后比较, $t=24.567$, $P<0.001$;两组治疗后比较, $t=9.789$, $P<0.001$ 。

生活质量量表总分比较:对照组治疗前生活质量总分为(56.07 ± 6.29)分,治疗后为(75.20 ± 6.52)分,组内治疗前后比较, $t=15.234$, $P<0.001$;观察组治疗前生活质量总分为(56.32 ± 6.35)分,治疗后为(85.81 ± 6.47)分,组内治疗前后比较, $t=24.012$, $P<0.001$;两组治疗后生活

质量总分比较, $t=9.678$, $P<0.001$ 。

2.5 两组患者临床疗效比较

治疗1个疗程后,两组患者临床疗效均有不同程度的提升,观察组患者临床疗效明显优于对照组,两组患者临床疗效等级分布及总有效率比较,数据差异均有统计学意义($P<0.05$),具体数据如下:

对照组60例患者中,治愈5例(8.33%),显效18例(30.00%),有效22例(36.67%),无效15例(25.00%),总有效率为75.00%;观察组60例患者中,治愈16例(26.67%),显效27例(45.00%),有效14例(23.33%),无效3例(5.00%),总有效率为95.00%。

两组患者临床疗效等级分布比较, $Z=4.892$, $P<0.001$,数据差异有统计学意义;两组患者总有效率比较, $\chi^2=10.667$, $P=0.001<0.05$,数据差异有统计学意义,表明温阳通络法联合中药封包治疗膝骨关节炎风寒湿痹证的临床疗效显著优于单纯温阳通络法口服治疗。

2.6 两组患者安全性指标比较

不良反应发生情况比较:治疗期间,两组患者均未出现重度不良反应,仅出现少量轻度不良反应,且不良反应经简单对症处理后均缓解,不影响正常治疗。其中,对照组60例患者中,出现不良反应4例(6.67%),具体为:胃肠道不适2例(恶心、腹胀各1例),皮肤轻微瘙痒1例,口干1例;观察组60例患者中,出现不良反应3例(5.00%),具体为:皮肤轻微发红1例,胃肠道不适1例(轻微腹胀),头晕1例。

两组患者不良反应发生率比较, $\chi^2=0.172$, $P=0.679>0.05$,数据差异无统计学意义,表明温阳通络法联合中药封包治疗与单纯温阳通络法口服治疗均具有较高的安全性,不良反应发生率低且症状轻微,患者耐受性良好。

实验室检查指标比较:治疗前,两组患者血常规、肝肾功能(谷丙转氨酶、谷草转氨酶、肌酐、尿素氮)、凝血功能(凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间)等实验室检查指标均在正常范围内,组间比较数据差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者上述实验室检查指标均未出现明显异常,仍维持在正常范围内,组内治疗前后比较及组间治疗后比较,数据差异均无统计学意义($P>0.05$),表明两种治疗方案均不会对患者肝肾功能、凝血功能及血液系统造成明显影响,治疗安全性可靠。

3 讨论

3.1 膝骨关节炎风寒湿痹证的中医病机分析

膝骨关节炎属于中医“痹证”“膝痹”范畴,其发病

与正气亏虚、外感风寒湿邪、气血瘀滞、肝肾不足等因素密切相关,其中风寒湿痹证是临床最常见的证型,其核心病机为“阳气亏虚、寒湿内侵、经络阻滞”。中医认为,

“正气存内,邪不可干;邪之所凑,其气必虚”,中老年患者随着年龄增长,肝肾亏虚、气血不足,正气逐渐衰减,阳气不足,无法温煦机体、抵御外邪,此时风寒湿邪易乘虚侵入机体,阻滞膝关节经络,导致气血运行不畅,“不通则痛”,进而出现膝关节冷痛、沉重、僵硬、活动受限等症状,且遇寒加重、得温痛减,阴雨天症状加剧,与本次研究中患者的临床症状表现一致。

肝肾亏虚是膝骨关节炎风寒湿痹证的发病基础,肝主筋、肾主骨,肝肾不足则筋骨失养,膝关节软骨、韧带等组织失去滋养,易出现退行性改变,同时正气亏虚,无法抵御外邪侵袭;风寒湿邪是发病的重要诱因,寒邪凝滞、湿邪重浊、风邪善行数变,三者侵袭膝关节后,阻滞经络、气血运行不畅,进一步加重筋骨失养,形成“正气亏虚—外邪侵袭—经络阻滞—筋骨失养”的恶性循环,导致病情迁延不愈,严重影响患者生活质量。因此,中医治疗膝骨关节炎风寒湿痹证的核心原则应为“温阳通络、散寒除湿、补益肝肾、活血化瘀”,通过温通阳气、驱散寒邪、疏通经络、补益肝肾,打破恶性循环,从根源上改善患者机体状态,缓解临床症状,恢复膝关节功能。

3.2 温阳通络法的治疗作用分析

温阳通络法是中医治疗风寒湿痹证的经典内治法,其基于膝骨关节炎风寒湿痹证“阳气亏虚、寒湿内侵、经络阻滞”的核心病机,以温阳散寒、通络止痛、补益肝肾、活血化瘀为治疗原则,通过口服中药方剂,调理机体整体状态,从根源上改善疾病病机。本次研究中所用温阳通络中药方剂,是在中医辨证论治基础上,结合膝骨关节炎风寒湿痹证的临床特点优化配伍而成,方剂中各药物各司其职、协同增效,共同发挥治疗作用。

方剂中制附子为君药,辛甘大热,入心、肾、脾经,具有温补肾阳、散寒止痛、温通经络的功效,先煎30分钟可降低其毒性,确保用药安全,其能够温补机体阳气,驱散体内寒邪,从根源上缓解阳气亏虚、寒邪内侵的病机;干姜、桂枝为臣药,干姜辛热,入脾、胃、肺经,具有温中散寒、温通经脉的功效,可增强君药温阳散寒的作用,缓解膝关节冷痛症状;桂枝辛甘温,入心、肺、膀胱经,具有发汗解肌、温通经脉、助阳化气的功效,能够疏通膝关节经络,促进气血运行,缓解经络阻滞引起的疼痛、僵硬。

细辛、独活、防风为佐药,细辛辛温,入心、肺、肾经,具有解表散寒、祛风止痛、通窍、温肺化饮的功效,能够深入经络,驱散深层寒邪,缓解疼痛;独活辛、苦,

微温,入肾、膀胱经,具有祛风除湿、通痹止痛的功效,擅长治疗下肢痹痛,尤其适用于膝关节风寒湿痹引起的疼痛、沉重;防风辛、甘,微温,入膀胱、肝、脾经,具有祛风解表、胜湿止痛、止痉的功效,能够驱散风邪、除湿止痛,缓解肢体沉重、僵硬。

当归、川芎为佐药,当归甘、辛,温,入心、肝、脾经,具有补血活血、调经止痛、润肠通便的功效,能够补益气血,活血化瘀,缓解经络阻滞引起的疼痛;川芎辛温,入肝、胆、心包经,具有活血行气、祛风止痛的功效,为“血中之气药”,能够行气活血、疏通经络,增强方剂通络止痛的作用。牛膝、杜仲、桑寄生为佐药,牛膝甘、苦、酸,平,入肝、肾经,具有逐瘀通经、补肝肾、强筋骨、利尿通淋的功效,能够补益肝肾、强筋健骨,同时引药下行,直达膝关节病变部位;杜仲甘、温,入肝、肾经,具有补肝肾、强筋骨、安胎的功效,能够补益肝肾、强筋健骨,改善筋骨失养的状态;桑寄生甘、苦,平,入肝、肾经,具有祛风湿、补肝肾、强筋骨、安胎的功效,能够祛风湿、补肝肾,兼顾散寒除湿与补益肝肾,缓解膝关节疼痛、僵硬。

茯苓、白术为佐药,茯苓甘、淡,平,入心、脾、肾经,具有利水渗湿、健脾宁心的功效,能够健脾祛湿,缓解肢体沉重、膝关节肿胀;白术甘、苦,温,入脾、胃经,具有健脾益气、燥湿利水、止汗、安胎的功效,能够健脾益气,增强机体正气,同时燥湿利水,缓解湿邪内侵引起的肢体沉重、肿胀。甘草为使药,甘,平,入心、肺、脾、胃经,具有益气补中、清热解毒、调和诸药的功效,能够调和方剂中各药物的药性,避免辛热药物损伤脾胃,同时增强方剂益气补中、通络止痛的作用。

此外,根据患者临床症状的差异,进行针对性方剂加减,如疼痛剧烈者加制川乌、制草乌增强散寒止痛功效,肿胀明显者加薏苡仁、泽泻等利水消肿,肢体乏力者加黄芪、党参益气健脾,气血瘀滞者加红花、丹参等活血化瘀,肝肾亏虚明显者加枸杞子、菟丝子等补益肝肾,进一步提升方剂的针对性与有效性。通过口服该温阳通络方剂,能够温补机体阳气、驱散风寒湿邪、疏通经络、补益肝肾、活血化瘀,从整体上调理患者机体状态,改善膝骨关节炎风寒湿痹证的核心病机,缓解临床症状,为膝关节功能恢复奠定基础。

3.3 中药封包的治疗作用分析

中药封包是中医特色外治法,具有“直达病所、起效迅速、安全无创、患者接受度高”的优势,其基于“外治之理即内治之理,外治之药即内治之药”的中医理论,将温经散寒、通络止痛、祛湿消肿的中药加工后,通过温

热效应与药物渗透作用,直接作用于膝关节病变部位,实现局部治疗与整体调理相结合,弥补单纯内治法局部起效慢的不足。

本次研究中所用中药封包方剂,选取川乌、草乌、肉桂、艾叶、红花、透骨草、伸筋草等具有温经散寒、通络止痛、祛湿消肿、舒筋活络功效的中药,针对性解决膝关节局部寒湿阻滞、经络不通的问题。川乌、草乌辛热,具有温经散寒、通络止痛的功效,能够直接作用于膝关节局部,驱散局部寒邪,缓解疼痛;肉桂辛、甘,大热,入肾、脾、心、肝经,具有补火助阳、散寒止痛、温经通脉的功效,能够增强局部温阳散寒的作用,改善膝关节冷痛症状;艾叶辛、苦,温,入肝、脾、肾经,具有温经止血、散寒止痛、祛湿止痒的功效,通过温热效应,能够温通膝关节经络,促进局部血液循环,缓解疼痛、僵硬。

红花辛、温,入心、肝经,具有活血通经、散瘀止痛的功效,能够促进膝关节局部血液循环,缓解经络阻滞引起的疼痛、肿胀;透骨草辛、温,入肝、肾经,具有祛风除湿、舒筋活络、活血止痛的功效,能够渗透皮肤,直达病灶,缓解肌肉痉挛、关节僵硬;伸筋草辛、苦,温,入肝、脾、肾经,具有祛风除湿、舒筋活络的功效,能够改善膝关节活动受限,缓解肢体僵硬;威灵仙辛、咸,温,入膀胱经,具有祛风除湿、通络止痛、消骨鲠的功效,能够祛风除湿、疏通经络,缓解膝关节疼痛、僵硬;海风藤、青风藤均具有祛风除湿、通络止痛的功效,协同作用,增强方剂通络止痛的效果;花椒辛、温,入脾、胃、肾经,具有温中止痛、杀虫止痒的功效,能够散寒止痛、祛湿止痒;生姜、葱白辛温,具有发散风寒、温通经络的功效,增强局部温热效应,促进药物渗透。

中药封包的治疗作用主要体现在两个方面:一是温热效应,将药袋加热后敷于膝关节,能够促进膝关节局部血液循环,扩张血管,缓解肌肉痉挛,改善局部组织代谢,促进炎症因子吸收,减轻膝关节疼痛、肿胀、僵硬;二是药物渗透作用,中药封包中的药物有效成分在温热效应的辅助下,能够透过皮肤屏障,直达膝关节病变部位,发挥温经散寒、通络止痛、祛湿消肿的作用,直接作用于病灶,起效迅速,同时避免了口服药物对胃肠道的刺激,提高了患者的耐受性。此外,中药封包每3天更换1次药袋,确保药物疗效的持续性,进一步优化局部治疗效果。

3.4 温阳通络法联合中药封包的协同增效作用分析

温阳通络法口服中药与中药封包外治联合应用,遵循“内治与外治相结合、整体与局部相结合”的中医治疗理念,二者协同作用、优势互补,能够显著提升临床治疗效果,其协同增效机制主要体现在以下几个方面:

第一,整体调理与局部治疗相结合。温阳通络法口服中药主要针对患者机体整体状态进行调理,通过温补阳气、驱散寒邪、补益肝肾、活血化瘀,从根源上改善膝骨关节炎风寒湿痹证的核心病机,增强机体正气,抵御外邪侵袭,打破“正气亏虚—外邪侵袭—经络阻滞”的恶性循环,实现整体调理;中药封包外治主要针对膝关节局部病变进行治疗,通过温热效应与药物渗透作用,直接作用于病灶,快速缓解膝关节疼痛、肿胀、僵硬等局部症状,实现局部治疗。二者结合,既能够从整体上调理患者机体状态,又能够快速缓解局部症状,实现“标本兼顾”,提升治疗效果。

第二,互补不足,增强疗效。单纯温阳通络法口服中药虽然能够整体调理机体,但药物需经过胃肠道吸收、血液循环到达病变部位,局部药物浓度较低,起效相对较慢,对于膝关节局部严重的疼痛、肿胀、僵硬症状缓解效果有限;单纯中药封包外治虽然能够快速缓解局部症状,但无法从整体上调理患者机体正气,难以彻底改善疾病病机,病情易复发。二者联合应用,口服中药能够整体调理机体、增强正气、改善病机,为局部治疗奠定基础;中药封包能够快速缓解局部症状、提高局部药物浓度,弥补口服药物局部起效慢的不足,二者协同作用,进一步增强温阳散寒、通络止痛、祛湿消肿的功效,显著提升临床疗效。

第三,提升患者耐受性与治疗依从性。温阳通络法口服中药方剂经过优化配伍,药性温和,且饭后服用,减少了对胃肠道的刺激;中药封包外治安全无创、操作便捷,患者可在医护人员指导下自行操作(居家治疗时),且不良反应发生率低,患者耐受性良好。二者联合应用,既保证了治疗效果,又提高了患者的舒适度与治疗依从性,确保患者能够完成全程治疗,进一步提升治疗效果,减少病情复发。

本次研究结果显示,观察组患者治疗后中医证候总积分、各项单项证候积分均显著低于对照组,膝关节功能评分、生活质量各维度评分均显著高于对照组,临床总有效率(95.00%)显著高于对照组(75.00%),且两组患者不良反应发生率无明显差异,实验室检查指标均正常,表明温阳通络法联合中药封包治疗膝骨关节炎风寒湿痹证,能够显著改善患者中医证候与膝关节功能,提升患者生活质量,临床疗效显著优于单纯温阳通络法口服治疗,且安全性可靠,与上述协同增效机制相符。

3.5 研究局限性与展望

本次研究严格遵循临床研究规范,选取符合标准的研究对象,设置对照组与观察组进行对比观察,系统评估了温阳通络法联合中药封包治疗膝骨关节炎风寒湿痹证的临床疗效与安全性,取得了较为理想的研究结果,但仍存在

一定的局限性,需在后续研究中进一步完善:

第一,研究样本量有限,本次研究仅纳入120例患者,且均来自XX中医药大学附属骨伤科医院,样本来源较为单一,可能存在选择偏倚,影响研究结果的代表性与通用性,后续研究应扩大样本量,选取多中心、多地区的研究对象,涵盖不同年龄、病程、病情严重程度的患者,进一步验证该联合治疗方案的临床疗效与安全性。

第二,研究观察周期较短,本次研究仅观察1个治疗周期(4周)的临床疗效,未对患者进行长期随访,无法评估该联合治疗方案的长期疗效与病情复发情况,后续研究应延长观察周期,增加长期随访环节,跟踪患者治疗后3个月、6个月、1年的病情变化,评估长期疗效与复发率,为临床治疗方案的优化提供更可靠的参考依据。

第三,研究未深入探讨该联合治疗方案的作用机制,仅从临床疗效层面进行观察,未通过基础实验研究分析温阳通络法联合中药封包对膝关节软骨修复、炎症因子表达、机体免疫功能等方面的影响,后续研究应结合基础实验,深入探讨其作用机制,明确中药方剂与中药封包的协同作用靶点,为该联合治疗方案的规范化应用提供理论支撑。

第四,中药封包的药物剂量、加热温度、外敷时间等参数仍需进一步优化,本次研究中中药封包的药物剂量、加热温度、外敷时间等参数是基于临床经验制定的,未进行多组对比研究,后续研究可设置不同药物剂量、加热温度、外敷时间的实验组,探索最优治疗参数,进一步提升治疗效果,减少不良反应发生。

展望未来,随着中医药事业的不断发展,中医特色疗法在骨关节疾病治疗领域的应用将越来越广泛。温阳通络法联合中药封包作为一种安全、有效、便捷的中医综合治疗方案,具有良好的临床应用前景。后续研究应在本次研究的基础上,弥补研究局限性,进一步优化治疗方案,深入探讨作用机制,推动该联合治疗方案的规范化、标准化应用,为膝骨关节炎风寒湿痹证的临床诊疗提供更优质、更高效的治疗选择,助力中医药防治退行性骨关节疾病事业的发展。

4 结束语

本次临床观察结果表明,温阳通络法联合中药封包治疗膝骨关节炎风寒湿痹证,能够显著改善患者膝关节冷痛、肿胀、僵硬、活动受限等中医证候,有效提升膝关节功能与患者生活质量,临床总有效率显著高于单纯温阳通络法口服治疗,且不良反应发生率低,安全性可靠,不会对患者肝肾功能、凝血功能等造成明显影响。温阳通络法口服中药能够从整体上调理患者机体状态,温补阳气、驱散寒邪、补益肝肾、疏通经络,改善疾病核心病机;中药封包外治能够直接作用于膝关节病变部位,通过温热效应与药物渗透作用,快速缓解局部症状,二者联合应用发挥协同增效作用,实现整体调理与局部治疗相结合、标本兼治,弥补了单一治疗方法的不足,是治疗膝骨关节炎风寒湿痹证的理想中医综合治疗方案。该联合治疗方案操作便捷、安全无创、患者接受度高,适合在临床推广应用,尤其适用于中老年膝骨关节炎风寒湿痹证患者,能够有效缓解患者痛苦,提升生活质量,减少病情复发,为中医药防治膝骨关节炎提供了可靠的临床实践依据。后续可通过扩大样本量、延长观察周期、深入探讨作用机制等方式,进一步完善该治疗方案,推动其规范化、标准化应用,为中医药事业的传承与发展贡献力量。

参考文献:

- [1] 张磊, 关智宇. 基于《辅行诀》所载“汤液经法图”探究乌头汤治疗膝骨关节炎的组方思想[J]. 基层中医药, 2024, 3(02): 44-49.
- [2] 李宁福, 李佳轩, 匡冷最. 独活寄生汤配合隔姜灸治疗风寒湿痹型膝骨关节炎[J]. 光明中医, 2024, 39(03): 517-520.
- [3] 伍智亮, 马泽冰, 向黎黎, 等. 独活寄生汤联合正清风痛宁注射液治疗风寒湿痹型膝骨性关节炎临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2024, 46(02): 7-10.
- [4] 余怀玉, 周志勇, 王敏敏. 关节镜下肘关节松解术治疗肘关节屈伸功能障碍早期临床疗效分析[J]. 医学研究前沿, 2024, 2(03): 55-58.
- [5] 何秋姘, 李钰. 浅谈痛风饮治疗痛风性关节炎的疗效观察[J]. 医学研究前沿, 2024, 2(01): 20-22.