

【经验交流】

治未病思想指导下腿足经络推拿法治疗膝关节骨性关节炎的有效率评价

李培科 赵占豪

丹阳市中医院

摘要：目的 评价治未病思想指导下腿足经络推拿法对膝关节骨性关节炎（阳虚寒凝证）患者治疗有效率及膝关节功能影响。方法 纳入2023年8月—2025年4月接诊84例阳虚寒凝证膝关节骨性关节炎（KOA）患者为研究对象，开展对比性治疗研究，经随机数字表法分组后，予以对照组（42例）常规治疗，予以实验组（42例）常规治疗联合治未病思想指导下腿足经络推拿法治疗。比较患者治疗期间中医证候积分，膝关节功能评分（WOMAC），炎症因子指标[白介素1 β （IL-1 β ）、白介素6（IL-6）、肿瘤坏死因子 α （TNF- α ）]及治疗有效率组间差异。结果 较对照组，实验组治疗后中医证候积分、WOMAC评分降低，治疗有效率升高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。较对照组，实验组治疗后血IL-1 β 、IL-6、TNF- α 降低，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论 基于临床常规治疗，予以KOA患者治未病思想指导下腿足经络推拿法治疗，可经中医证候缓解干预，辅助优化患者膝关节功能康复质量，提升治疗有效率，且可改善关节炎症状，效果确切。

关键词：膝关节骨性关节炎；治未病；腿足经络；手法推拿；中医证候

膝关节骨性关节炎（KOA）是临床骨科、康复科主要疾病类型，以膝关节退行性病变为主要发病诱因，可引发患侧膝关节内无菌性炎症，导致膝关节疼痛、肿胀等症状表现，且可由病情进展累及患侧膝关节滑膜、软骨组织，加重关节活动受限症状，需积极治疗，以维护患者膝关节功能健康^[1-2]。在现阶段临床治疗中发现，西医对症治疗的开展，虽可在药物联合康复治疗干预下，缓解患者KOA症状表现，但受疾病发病、进展因素复杂性影响，部分患者实际治疗效果有限，或需结合中医治疗思路、治疗技术，优化患者实际治疗效果^[3]。因此，为评价治未病思想指导下腿足经络推拿法对膝关节骨性关节炎（阳虚寒凝证）患者治疗有效率及膝关节功能影响，特开展研究。

1 资料与方法

1.1 临床资料

纳入2023年8月至2025年4月接诊84例阳虚寒凝证膝关节骨性关节炎（KOA）患者为研究对象，开展对比性治疗研究，依据随机数字表法划分对照组42例、实验组42例。对照组，男17例，女25例；年龄52~84岁（ 68.21 ± 5.36 ）岁，病程0.5~6年（ 3.25 ± 0.41 ）年；Kellgren-Lawrence分级（K-L）：Ⅰ级7例、Ⅱ级19例、Ⅲ级16例；患侧：左侧17例、右侧22例、双侧3例；实验组，男18例，女24例；年龄53~83

岁（ 68.15 ± 5.41 ）岁；病程0.5~6.5年（ 3.51 ± 0.47 ）年；Kellgren-Lawrence分级（K-L）：Ⅰ级6例、Ⅱ级20例、Ⅲ级16例；患侧：左侧19例、右侧20例、双侧3例。临床资料组间对比无统计学差异（ $P > 0.05$ ），研究结果可比。

纳入标准：符合KOA临床诊断标准，符合中医阳虚寒凝证诊断标准；符合保守治疗指征；认知、语言交流功能健全；知情，自愿入组。**排除标准：**符合膝关节手术治疗指征；患侧膝关节伴既往骨折、外伤、手术史；伴类风湿性关节炎、高尿酸血症；伴严重骨代谢功能障碍；伴精神障碍；资料缺损。

1.2 方法

对照组接受常规治疗。（1）药物治疗：取依托考昔，口服，60mg/次，1次/d，连续治疗8周。（2）康复治疗：基于患侧膝关节屈伸功能、下肢肌肉肌力水平评估结果，制定个体化康复治疗方

案，指导患者按需完成直腿抬高、负重直腿抬高、垂膝摆动屈伸等运动锻炼，20~30min/d，1次/d，连续治疗4周。

实验组：（1）常规治疗同对照组；（2）治未病思想指导下腿足经络推拿法治疗。①俯卧位治疗：需在对患者足底及腿部后侧皮肤清洁、消毒后，由医生站在患者双足侧，以推擦法按摩一侧足底涌泉穴5min，至涌泉穴发热后，以膀胱经—胆经—肝经—肾

经顺序完成足底经络推擦按摩 6 遍，其后依次完成足底，足内、外侧及足跟按摩，2~3min/ 处。足部按摩结束后，以揉法、滚法依次完成小腿后侧、内侧及外侧按摩，沿膀胱经—胆经—肝经—肾经顺序按摩 3 次，其后完成小腿肌肉、跟腱拿揉法按摩，5min/ 处。上述按摩结束后，以揉法、按法按摩腘窝 1min，并对足底肝、胆、心、肾等反射区予以点按按摩，2~3min/ 处。一侧下肢按摩结束后，依据同方法完成另一侧下肢按摩。②仰卧位治疗：辅助患者调整为仰卧位后，按胃经—胆经—脾经——肝经顺序以揉法、按法推拿按摩，共 6 次；按摩结束后依次予以足背、踝关节及足跟内侧揉法按摩，2min/ 处；其后依次揉法、拨法完成胃经、胆经、脾经、肝经按摩，共 3 次；上述按摩结束后，对下肢足三里、巨虚、三阴交等穴位以点按法按摩，3~5min/ 穴。按摩结束后，由医生牵摇一侧踝关节顺、逆时针旋转各 3 圈，并揉按膝盖周围肌肉。1 次/d，3 次/ 周，连续治疗 4 周。

1.3 观察指标

(1) 中医证候积分：依据阳虚寒凝证证候表现，测评患者主症、次症积分，含阴寒凝滞、气虚、关节疼痛、关节屈伸不利，共 4 项，总分 0~5 分，得分越高，证候表现越严重。(2) 膝关节功能评分：西安大略大学和麦克马斯特大学膝关节量表(WOMAC)测评，含关节疼痛、僵硬，日常活动障碍，共 3 维度，测评条目依次为 5、2、17 条目，取 Likert4 级评分法赋值，得分越高，则膝关节功能障碍越严重^[4]。(3) 炎症因子指标：采集晨间空腹外周静脉血样本 5ml，经实验室离心处理后采集血清，应用全自动生化分析仪，以酶联免疫吸附法(ELISA)检验血清白介素 1β(IL-

1β)、白介素 6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α(TNF-α)。(4) 治疗有效率：如治疗后中医证候积分、WOMAC 评分较治疗前下降> 60%，为显效；如治疗后中医证候积分、WOMAC 评分较治疗前下降 20%~60%，为有效；如治疗后中医证候积分、WOMAC 评分较治疗前下降< 20% 或升高，为无效。

1.4 统计学方法

取 SPSS21.0 软件；连续性变量资料，即($\bar{x} \pm s$)，正态分布行 t 检验；定性资料，即 $n(\%)$ 表示， χ^2 检验；如 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分对比

患者治疗前中医证候积分组间对比无统计学差异($P > 0.05$)；实验组治疗后阴寒凝滞、气虚、关节疼痛、关节屈伸不利证候积分较治疗前降低，且低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 膝关节功能评分对比

患者治疗前 WOMAC 评分组间对比无统计学差异($P > 0.05$)；实验组治疗后关节僵硬、疼痛及日常活动障碍评分较治疗前降低，且低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 炎症因子指标对比

患者治疗前炎症因子指标组间对比无统计学差异($P > 0.05$)；实验组治疗后血 IL-1β、IL-6、TNF-α 较治疗前降低，且低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 治疗有效率对比

实验组治疗有效率高于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

3 讨论

中医传统理论认为 KOA 归属于“骨痹”范畴，

表 1 中医证候积分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 /n	阴寒凝滞 (分)		气虚 (分)		关节疼痛 (分)		关节屈伸不利 (分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 /42	3.87 ± 0.57	2.24 ± 0.36	3.54 ± 0.55	2.16 ± 0.31	2.85 ± 0.42	1.34 ± 0.25	2.81 ± 0.45	1.32 ± 0.24
实验组 /42	3.89 ± 0.45	1.39 ± 0.41	3.57 ± 0.52	1.42 ± 0.37	2.84 ± 0.45	0.87 ± 0.22	2.82 ± 0.42	0.85 ± 0.19
t	0.178	10.096	0.257	9.935	0.105	9.157	0.105	9.951
P	0.859	0.000	0.798	0.000	0.916	0.000	0.916	0.000

表 2 膝关节功能评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 /n	关节僵硬 (分)		疼痛 (分)		日常活动障碍 (分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 /42	7.82 ± 1.21	4.65 ± 0.62	14.85 ± 2.16	9.47 ± 0.58	56.45 ± 4.36	28.24 ± 3.25
实验组 /42	7.79 ± 1.25	3.79 ± 0.58	14.89 ± 2.21	6.75 ± 0.51	56.52 ± 4.34	21.05 ± 2.89
t	0.112	6.565	0.083	22.824	0.074	10.714
P	0.911	0.000	0.933	0.000	0.941	0.000

表 3 炎症因子指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 /n	IL-1 β (pg/mL)		IL-6 (pg/mL)		TNF- α (pg/mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 /42	46.05 \pm 6.12	38.45 \pm 4.32	65.03 \pm 5.67	39.47 \pm 5.85	27.45 \pm 4.36	11.37 \pm 3.35
实验组 /42	46.08 \pm 6.07	32.26 \pm 3.79	65.12 \pm 5.65	33.21 \pm 4.89	27.42 \pm 4.25	6.12 \pm 2.37
<i>t</i>	0.023	6.980	0.049	5.321	0.032	8.291
<i>P</i>	0.982	0.000	0.961	0.000	0.975	0.000

表 4 治疗有效率对比 (*n*, %)

组别 /n	显效	有效	无效	总有效率
对照组 /42	13 (30.95)	22 (52.38)	7 (16.67)	35 (83.33)
实验组 /42	16 (38.10)	25 (59.52)	1 (2.38)	41 (97.62)
<i>x²</i>				4.974
<i>P</i>				0.026

以风、寒湿侵袭素体，机体亏虚、气血不足等因素综合作用所致膝关节周围经络阻滞、气血循环不畅后筋骨失濡养为主要病机，以阳虚寒凝为疾病主要证候类型，可基于上述病机分析辨证开展中医特色治疗，经病机调理，改善患者病症表现^[5]。“治未病”理论作为现阶段临床慢性病预防管理中主要应用的一类中医理论，旨在通过基于患者体质个体化辨证分析，经针对性中医特色干预技术配合，经患者自身体质、基础健康调节,辅助实现对患者相关病症的预防、干预作用，或可应用于 KOA 患者临床治疗，以辅助优化临床治疗效果^[6]。

研究结果表明：较对照组，实验组治疗后中医证候积分、WOMAC 评分降低，治疗有效率升高，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。分析研究结果可知，基于中医“治未病”理论及 KOA 中医证候分析结果，辨证实施腿足经络推拿法治疗，可在对患者病机相关穴位、经络予以手法推拿按摩后，刺激经络气血循环，以改善人体脏器、筋骨血流供给，从而在患者中医证候缓解同时，实现对患者膝关节功能的积极维护的，提升实际治疗效果^[7]。

较对照组，实验组治疗后血 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 降低，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。分析研究结果可知，基于中医“治未病”理论及 KOA 中医证候分析结果，辨证实施腿足经络推拿法治疗，可在积极按摩患者膝关节周围肌肉及大、小腿肌肉阻滞后，提升患侧膝关节血液循环质量，在积极促进关节腔内炎症积液吸收同时改善关节腔内环境，辅助促进受损软骨组织恢复，纠正患者病后炎症症状表现^[8]。

4 结语

综上所述，基于临床常规治疗，予以 KOA 患

者治未病思想指导下腿足经络推拿法治疗，可经中医证候缓解干预，辅助优化患者膝关节功能康复质量，提升治疗有效率，且可改善关节炎症症状，效果确切。

参考文献：

[1] 陈羲,杨彩霞,翟玉珍,等.治未病思想指导下腿足经络推拿法治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效研究[J].新疆中医药,2023,41(4):21-23.

[2] 王飞.补肾通络针联合手法推拿治疗膝关节骨性关节炎疗效观察[J].实用中医药杂志,2024,40(6):1186-1188.

[3] 王桢,吴金梅.温针灸联合推拿手法对膝关节骨性关节炎患者血清骨代谢指标和软骨修复因子水平的影响[J].内蒙古中医药,2023,42(6):120-122.

[4] 曹建强,黄燕兰.温针灸联合手法推拿对膝骨性关节炎患者膝关节功能的影响[J].内蒙古中医药,2022,41(6):96-97.

[5] 郭大明.全膝关节置换术后中医推拿手法联合中药辅助治疗膝关节骨性关节炎的应用效果分析[J].河南外科学杂志,2022,28(6):155-157.

[6] 刘晓伟,冯启廷,杨晓全,等.复合牵引手法联合电针治疗膝关节骨性关节炎肝肾亏虚型临床研究[J].实用中医药杂志,2023,39(6):1186-1189.

[7] 刘渊,邓健,孙雪莲,等.足阳明经筋手法治疗对膝关节骨性关节炎患者股四头肌力学性能及软骨细胞铁死亡的影响[J].中华中医药杂志,2022,37(9):5504-5507.

[8] 欧阳国保,毛宇锋,熊伟,等.基于"骨正筋柔"理论探讨正骨手法治疗外移型髌股关节炎症临床疗效[J].医学理论与实践,2025,38(9):1597-1600.