



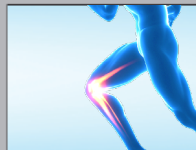
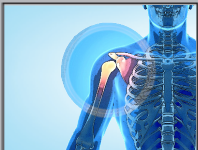
asia medical specialists

亞洲專科醫生



ISO 9001:2015  
FS 550968

## 治療髋關節炎常見問題



### 髌關節炎的治療方案

治療的目的是讓人能享受正常，長遠和健康的生活。

我將治療分為四個階段：

1. 第一階段包括：運動、飲食選擇、食品補充劑、生活方式的改變、和簡單的藥物。
2. 第二階段包括：髌關節注射-但這只是臨時性質，為進行髌關節置換爭取時間
3. 第三階段包括：髌關節的關節鏡（「鎖孔」）手術；在許多情況下因為關節嚴重性而無法進行。
4. 第四階段是關節置換術 - 常規的全髌關節置換術或髌關節表面翻修術。

### 第一階段包括什麼？

#### 1. 通過物理治療學習如何保護關節

- 請留意，物理治療不能治愈關節炎。
- 物理治療主要包括教育-教導患者如何照顧自己-例如什麼類型的拉伸和運動會對病情有幫助，哪些動作可能會導致病情更嚴重。

#### 2. 靈活性

- 靈活性很重要，但往往被忽略。
- 按摩療法有助於提高身體/關節的靈活性。它能即時提供一種舒緩的作用；當患者意識到靈活性的重要性時，他們會頓時覺得恍然大悟。
- 伸展運動很重要，但大多數人因不喜歡伸展，亦非即時見效，所以傾向被忽視。
- 髌關節的屈伸可能是最重要的，也是最被忽視的物理治療。

#### 3. 每天早上游泳或騎自行車以「放鬆」臀部

- 效果顯著。

- 有些人會在臥室裡放置健身單車；起床後熱身十分鐘。

### 4. 軟底鞋

- 成效顯著！
- 柔軟的鞋底可吸收腳跟撞擊的衝擊力。

### 5. 避免撞擊

- 成效明顯
- 視乎關節炎的嚴重程度，可能需在跑步徑上運動，避免在水泥路上跑步，或者用跑步機來取締跑步徑，或使用橢圓滑步機代替跑步。又或在地毯上而不是堅硬的地面上步行。
- 保持健康的重要性不言而喻 – 不要「犧牲」您的心臟和肺部去試圖「拯救」您的臀部 – 您的臀部可以被置換，但若心肺出現問題，後果可想而知。

### 6. OMEGA 飲食

- 尚未證明這是有效的，但在理論上是可行的。
- 含有豐富Omega 3的飲食可減少細胞發炎及帶來許多好處，包括減少中風和心臟病發作，更有效地抵抗空氣污染，改善關節炎問題。
- 應增加Omega 3的攝取，減少Omega 6種脂肪酸的吸收。因此需多進食更多的遠洋魚類和更少的紅肉。
- 有些食物含有豐富的Omega 3，例如一些種類的蛋。

### 7. 葡萄糖胺

- 葡萄糖胺是一種食品補充劑，而不是藥物。
- 葡萄糖胺是關節軟骨的成分之一。
- 它是完全安全的，但是由於許多葡萄糖胺是由貝類的貝殼提煉出來，因此對貝類過敏的人可能會對這些葡萄糖胺製劑過敏。實際上大多數對貝類過敏的人對肉類

的蛋白質過敏而不是貝殼，所以對氨基葡萄糖過敏的情況很少。但亦也有不含貝類的葡萄糖胺的可供使用。

- 雖未能訂出最佳的份量，我們仍會建議劑量為每天1.5克。
- 有很好的科學證據去證明氨基葡萄糖對膝蓋骨關節炎<sup>1, 2</sup>的效益。
- 在膝蓋病例的研究中，氨基葡萄糖可減輕疼痛的程度有如服用中等強度的消炎止痛藥；但需要多達三個星期才能產生效果。
- 葡萄糖胺有分「藥物級」（價格偏貴，但純度具保證）和「食品級」（較便宜，但可能不包含規定數量的有效成分）。

### 8. 軟骨素

- 軟骨素是一種食品補充劑，而不是藥物。
- 軟骨素是關節軟骨的成分之一。
- 軟骨素有很好的科學依據證明對膝蓋骨關節炎有效<sup>3</sup>。
- 可能需要服用高質量藥物級的軟骨素<sup>3</sup>。
- 雖未能訂出最佳的份量，我們仍建議劑量為每天800mg。

### 9. 止痛藥

- Paracetamol/acetaminophen [Tylenol or Panadol]可根據需要服用。
- 如果Paracetamol不能控制疼痛，也可以服用抗炎止痛藥，例如：
  - 常規的「非選擇性」消炎藥，例如 ibuprofen (Advil/Nurofen/Brufen); naproxen.
  - 較新類的「選擇性」抗炎藥，例如celecoxib(Celebrex) or etoricoxib (Arcoxia).
- 抗炎止痛藥與Paracetamol一同服用也是安全。
- 但是服用兩種或多種不同類型的抗炎藥並不安全：會有增強副作用但不會增加止痛的效果。

- 長期使用正常劑量的抗炎藥也是安全的。
- 因為較新的選擇性抗炎藥對胃和腎臟的副作用比較少，所以比舊式的非選擇性藥物稍微安全一些。
- 較舊但安全性較低的消炎藥比較常見和無需處方，而較新及較安全的藥物大多只是處方藥。
- 如果疼痛加劇，也可以服用鴉片類藥物（codeine, oxy-codone, tramadol等），但這類藥物不應長期使用，因為它們會引致上癮，亦會產生耐藥性，令止痛效果降低。

### 第二階段治療包括什麼？

可根據需要去注射類固醇、富含血小板的血漿（PRP）或透明質酸。類固醇注射可以緩解疼痛，而效果可以持續數週至數月<sup>4</sup>。隨著關節炎的惡化，每一次的注射後效果會遞減。通常第一次注射的效果最為明顯，第二次為一般，第三次幾乎不大有效。

但類固醇注射可以幫助患者臨時度過一段時間。例如：患者想在髖關節置換手術前放假。

我通常將局部麻醉劑與類固醇混合使用，然後一次過注入關節（即一次注射）。局部麻醉會幾乎立即起作用，但僅持續數小時。類固醇需要一兩天才能發揮作用，而我用的配方（Diprospa）的目的是盡可能長時間地保留在關節中，而它的化學作用可能持續數週。

如果注射後幾個小時髖關節感覺明顯好轉，這也確認了疼痛來源是來自髖關節（而不是從脊椎出現問題）。

如果注射後差異不大，則有幾種可能性：

1. 注射不到髖關節中。
2. 痛源來自臀部以外的其他地方。
3. 疼痛來自臀部，注射位置正確，但是注射並不能減輕疼痛。最有可能發生這種情況是當關節炎疼痛的根源是骨內腫脹而不是關節發炎。

一般來說，很難預計注射方法會否對病患有所幫助<sup>5</sup>。在正常情況下，很少類固醇會從關節逸入身體的其他部位，因此大多數人不會注意到任何影響，但兩組人需要留心：

1. 糖尿病患者可能會因為類固醇導致他們的血糖變差。
2. 因為注射後會有心理上的小風險，不建議飛行員連續飛行48小時。

最新證據顯示了類固醇注射後三個月內進行髖關節置換，會有增加髖關節的感染率。因此會建議注射後三個月再進行髖關節置換術<sup>6</sup>。注射類固醇不能完全解決髖關節炎疼痛。甚至在有些情況下，可能會加劇關節炎的惡化<sup>7</sup>並可能需要更早去進行髖關節置換<sup>8</sup>。

至於PRP<sup>9</sup>和透明質酸注射液<sup>10</sup>，他們比類固醇注射的科研證據較少。雖然偶爾有人會對透明質酸過敏，但是兩種療法還算是安全的。

我在診所進行無需輔助的注射的成效顯著，因此無需建議使用超聲波或X光指導。同時有充分的科學證據證明可以在沒有輔助指導的情況下對髖關節進行注射<sup>11,12</sup>。

### 甚麼是第三階段治療？

如果關節炎不太嚴重、X光上的關節炎分類只達至1級和患者較為年輕<sup>13</sup>，進行關節鏡手術（鎖孔入路手術）是一個值得考慮的方案。要留意的是這手術只會延遲幾年才需要再次進行髖關節置換術。

但是，一般而言，關節鏡手術對骨關節炎患者功效不太顯著。在美國，已進行關節鏡手術的患者大約有三分之二的需要在兩年後進行髖關節置換，同時他們也比一般進行了髖關節置換的病者有較高的併發症發生率<sup>14</sup>。因此如果您患有中度關節炎，建議最好不要進行關節鏡手術。

### 甚麼是第四階段治療？

對髖關節炎患者來說，髖關節置換或髖關節表面修復手術是永久解決髖關節炎的最佳方法。大多數患者術後的髖關節功能幾乎能夠恢復正常或接近正常，並且不會對日常生活（包括運動）構成限制。

### 我什麼時候應該考慮髖關節置換術？

現代髖關節置換術基本上是很安全，成效可以持續使用多年甚至終身-因此，如果已進行了置換術以外的治療但疼痛仍影響著睡眠或日常生活；再沒理由去延遲手術治療。

### 有其他替代治療方法嗎？

由於骨關節炎是非常普遍，一般均已嘗試了許多不同的治療方法。不幸的是，進行一個嚴謹的臨床研究以證明既定治療的有效性是既困難又昂貴。不幸的是，進行一個嚴謹的臨床研究以證明既定治療的有效性是既困難又昂貴。因為患者的病情會隨著時間出現變化，導致很難去確認某一種療法是否對病情有明確的幫助。除了上述建議的方案之外，暫時沒有其他療法證明有效。

### 骨關節炎能治好嗎？

不幸的是暫時沒有。疾病緩解性的骨關節炎藥物（DMOAD）正在開發中。到目前為止，雖然在臨床前和早期的臨床研究有取得進展，但在第3期臨床試驗方面都沒取得成效。同時，市場上，仍然沒有獲批的DMOAD可供出售<sup>15</sup>。

### 幹細胞治療呢？

幹細胞前景可期及具安全性。可惜暫時很少科學證據證明其有效性。幹細胞可能會產生短暫的治療效果，但目前尚無一套黃金標準的隨機對照試驗證明其有效性，尤其是針對其在長期性的效用。

以我所知，這種療法對相對嚴重的關節炎沒有太大的幫助 – 亦即是否採用幹細胞治療取決於患者關節炎的嚴重性。很可惜的是，我有不少患者在更換關節之前曾經進行過幹細胞注射，但情況沒有改善。現時市面上幹細胞診所亂象叢生，甚至會提出沒有科學依據的言論，尤其在監管系統不健全的國家，現在問題也開始延伸到一些監管健全的國家<sup>16</sup>。

### 參考文獻

1. Henrotin, Y., A. Mobasheri, and M. Marty, Is there any scientific evidence for the use of glucosamine in the management of human osteoarthritis? *Arthritis Res Ther*, 2012. 14(1): p. 201.
2. Reginster, J.Y., et al., Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*, 2001. 357(9252): p. 251-6.
3. Reginster, J.Y., et al., Pharmaceutical-grade Chondroitin sulfate is as effective as celecoxib and superior to placebo in symptomatic knee osteoarthritis: the ChONDroitin versus CELEcoxib versus Placebo Trial (CONCEPT). *Ann Rheum Dis*, 2017.
4. Lambert, R.G., et al., Steroid injection for osteoarthritis of the hip: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*, 2007. 56(7): p. 2278-87.

5. Hirsch, G., G. Kitas, and R. Klocke, Intra-articular corticosteroid injection in osteoarthritis of the knee and hip: factors predicting pain relief--a systematic review. *Semin Arthritis Rheum*, 2013.42(5): p. 451-73.
6. Surgeons, A.A.o.O., Steroid injections too soon before joint replacement may increase infection risk. *ScienceDaily*, 2016.
7. Simeone, F.J., et al., Are patients more likely to have hip osteoarthritis progression and femoral head collapse after hip steroid/anesthetic injections? A retrospective observational study. *Skeletal Radiol*, 2019. 48(9): p. 1417-1426.
8. Zaid, M., Intra-articular hip corticosteroid injections do not offer prolonged pain relief or time to THA, in *American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2020: (Meeting Cancelled).
9. Battaglia, M., et al., Efficacy of ultrasound-guided intra-articular injections of platelet-rich plasma versus hyaluronic acid for hip osteoarthritis. *Orthopedics*, 2013. 36(12): p. e1501-8.
10. Richette, P., et al., Effect of hyaluronic acid in symptomatic hip osteoarthritis: a multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*, 2009. 60(3): p. 824-30
11. Masoud, M.A. and H.G. Said, Intra-articular hip injection using anatomic surface landmarks. *Arthrosc Tech*, 2013. 2(2): p. e147-9.
12. Mei-Dan, O., et al., The Anterior Approach for a Non-Image-Guided Intra-articular Hip Injection. *Arthroscopy*, 2013. 29(6): p.1025-33.
13. Chandrasekaran, S., et al., Outcomes of Hip Arthroscopic Surgery in Patients With Tonnis Grade 1 Osteoarthritis With a Minimum 2-Year Follow-up: Evaluation Using a Matched-Pair Analysis With a Control Group With Tonnis Grade 0. *Am J Sports Med*, 2016. 44(7): p. 1781-8.
14. Malahias, M.A., et al., Hip arthroscopy for hip osteoarthritis is associated with increased risk for revision after total hip arthroplasty. *Hip Int*, 2020: p. 1120700020911043.
15. Van Spil, W.E., et al., Osteoarthritis phenotypes and novel therapeutic targets. *Biochem Pharmacol*, 2019. 165: p. 41-48.
16. Murray, I.R., et al., Rogue stem cell clinics. *Bone Joint J*, 2020. 102-B(2): p. 148-154.

此文章原文由亞洲專科醫生以英文撰寫

© 2020 亞洲專科醫生 · 版權所有