

不同温度针刺对风湿寒性关节痛的差异性研究

江水芳 傅俊宏 刘 丽 郑晓锋 赵佳丽 楚碧洋*
(长沙医学院中医学院,湖南 长沙 410219)

【摘要】目的:探究不同温度下针刺对风湿寒性关节痛的差异性研究,并了解其确切的临床疗效。方法:选取2018年4月~2018年11月我院收治的20例风湿寒性关节痛患者作为本次研究的对象,按照随机原则将患者分为空白对照组(无温度)、42度(A组)、47度(B组)、52度(C组)、56度(D组),分为五组,每组4例,年龄35~57岁,平均年龄(40.2+3.54)岁,病程1~4年。均取穴阳陵泉穴、膝眼穴、委中、鹤顶、足三里,每个穴位留针15分钟,每日1次。分别于治疗前4周后进行临床疗效、疼痛程度评定(VAS评分)。结果:治疗组总有效率显著优于对照组($P < 0.05$);两组患者VAS评分在第4周后显著低于治疗前($P < 0.05$)。结论:电子热针灸在52度时治疗风湿寒性关节痛疗效显著,改善患者关节疼痛。

【关键词】电子热针灸;关节痛;镇痛

风湿寒性关节痛 (Idiopathic Arthralgia Syndrome, IAS) 是指人体感受风寒湿邪后所引起的以肌肉、关节疼痛为主要表现的一种骨科疾病。其临床特点是患者遇寒冷或天气变化时病情加重,其关节会有明显的疼痛感,反复发作,发病时会严重影响患者正常生活和工作。目前电子热针灸是治疗该病的一个亮点,但由于皮肤深层对热敏感度低,患者不会有热的感觉,出现热针不热的现象。因此,本课题旨在研究在热针灸时温度的高低对穴位作用的效果,力求寻找出一个平衡点能够快速有效地对患者起到治疗作用。

1 资料

1.1 病例资料

选取2018年4月~2018年11月我院收治的20例风湿寒性关节痛患者作为本次研究的对象,按照随机原则将患者分为空白对照组(无温度)、42度(A组)、47度(B组)、52度(C组)、56度(D组),分为五组,每组4例,年龄35~57岁,平均年龄(40.2+3.54)岁,病程1~4年,两组性别、年龄、病程无统计学意义($p > 0.05$)。

1.1.1 诊断标准。参照国家中医药管理局《中华人民共和国中医病症诊断疗效标准》有关风湿寒性关节痛的诊断标准。

1.1.2 纳入标准。①年龄35~80岁;②有明显的风湿寒性关节痛;③受累肌肉僵硬、痉挛、条索样变;④关节周围可以触及压痛点;⑤常有慢性劳损、寒湿侵袭、肩部外伤等病史;⑥病程在3个月以上,且1个月内未接受过其他方法医治者,并签署同意书。

1.1.3 排除标准。①与上述诊断标准不符者。②已接受过其他方法医治者。③合并有其他疾病患者。④存在有精神、智力障碍者。⑤孕妇和哺乳期妇女。

1.2 治疗方法

空白对照组:无温度;A组:温度控制在42度;B组:温度控制在47度;C组:温度控制在52度;D组:温度控制在56度。均取穴阳陵泉穴、膝眼穴、委中、鹤顶、足三里,每个穴位留针15分钟,每日1次。使用电子热针灸,选好穴位,消毒后将针快速刺入皮下,再慢慢地刺入一定的深度,接通控制仪,旋开加温电钮,缓慢地使仪表指针上升。达到要求的温度后停止。根据需要留针15分钟,达到预定时间后,关掉输出电源,除去通往控制仪的导线,出针。

1.3 观察指标

①临床疗效。显效:患者的关节疼痛感消失,轻叩患者的

疼痛关节,无明显的疼痛感;有效:患者的关节疼痛感得到缓解,轻叩患者的疼痛关节,患者感受到的疼痛感比治疗前减轻;无效:患者的关节疼痛感与治疗前一致,甚至加剧。

②VAS(视觉模拟评分法量表)。评分在4周后,应用VAS评分评估患者的主观疼痛感受,0分为无痛,10分为无法忍受的剧烈疼痛。(如表1所示)。

表 1 VAS评分标准情况

指标	分值	评分标准
疼痛(10分)	10	难以忍受的最剧烈的疼痛
	7~9	重度疼痛
	4~6	中度疼痛
	1~3	中度疼痛
0	无	

1.4 数据处理

由专门统计人员施盲下进行分析,采用 SPSS 21.0 软件。计量数据用 $\bar{x} \pm s$ (均数±标准差)表示,组内治疗比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;不符合方差齐性的采用 Wilcoxon 秩和检验。计数资料用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

全部治疗结束后,对照组痊愈1例,好转1例,无效2例,总有效率为50.00%;A组痊愈1例,好转1例,无效2例,总有效率为50.00%。B组痊愈1例,好转2例,无效1例,总有效率为75.00%。C组痊愈2例,好转1例,无效1例,总有效率为75.00%。D组痊愈1例,好转2例,无效1例,总有效率为75.00%。

2.2 治疗组与对照组治疗后VAS评分比较

(见表2)。

3 讨论

热针灸是传统温针灸与火针灸优点的基础上创新的一种新型针灸方法,温针灸是针刺和艾灸的结合,能达留针亦能加热针体直达机体深部,疗效显著。由于使用毫针作为针刺工具再加上热的针尖,所以破皮毫无阻力,几乎无痛,即使留针也不会引起烫伤。

热针灸是针和灸的结合,是机械刺激和热刺激的有机结合,是瞬时高热能与持久低热能的结合,患者能自我感觉有舒服的温暖,是名副其实的热针。本文所说的热针灸不同于电子热针灸,是一种改良的热针灸采用微细毫针针具,可留针,

下转第178页

一。许德英等,对138例偏头痛患者和120例健康者的血液流变学检查结果进行分析。结果偏头痛患者呈高黏滞血症($P<0.01$),红细胞聚集和刚性指数不同程度升高($P<0.05$),而红细胞变形和电泳指数明显降低($P<0.05$)。

8TXB2和6-keto、PGF1 α 的影响

文玲波等采用电刺激三叉神经节诱导偏头痛大鼠,用放射免疫法测定大鼠颈静脉血浆中TXB2和6-keto、PGF1 α 的含量。结果发现:模型对照组较正常对照组TXB2显著降低($P<0.05$),6-keto、PGF1 α 显著升高($P<0.01$),TKB2/6-keto、PGF1 α 比值显著降低($P<0.05$);针刺治疗组较模型对照组TXB2显著升高($P<0.05$),6-keto、PGF1 α 显著降低($P<0.05$),TXB2/6-keto、PGF1 α 比值显著升高($P<0.05$)。结论:针刺可以调节偏头痛大鼠TXB2和6-keto、PGF1 α 的代谢,维持血浆中TXB2和6-keto、PGF1 α 的动态平衡。能使血浆中6-keto、PGF1 α 显著降低,TXB2显著升高,推测针刺治疗偏头痛可能是通过调节血浆中TXB2和6-keto、PGF1 α 的代谢,从而缓解脑血管的过度扩张,消除神经源性炎症而实现的。

9NPY及脑干组织G蛋白的影响

王素娥等采用放射免疫法测定颈静脉血中ET和NPY含量。结果测定与正常对照组比较,模型对照组ET和NPY水平显著升高, ($P<0.05$);与模型对照组比较,治疗组ET和NPY水平显著降低, ($P<0.05$)。得出针刺治疗偏头痛可能是通过调节ET和NPY等神经递质的含量而发挥作用的结论。同时也认为,脑干组织中细胞膜内外G蛋白信号转导通路障碍,可能是偏头痛的主要发病机制之一;快速埋线治偏头痛的机制可能是通过调节脑干组织G蛋白信号转导通路障碍而实现的。

10CGRP的影响

李桂敏等观察电针内关对偏头痛大鼠血浆中CGRP含量影响的测定,发现电针内关组动物CGRP含量明显降低。针刺通过调节血管舒张肽CGRP含量,从而改善血管异常扩张状态,来缓解头痛程度。谢菊英等采用足厥阴经经穴治疗偏头痛,观察其治疗效果及对颅内血流动力学的影响。结论针刺足厥阴经经穴能有效地治疗偏头痛,并影响颅内血流动力学,其作用可能是通过改善支配颅内血管的自主神经功能而调整颅内血管舒缩功能。另外幽门螺旋杆菌,血浆P物质,

cAMP的含量的变化,超敏C-反应蛋白,血清肿瘤坏死因子,P/Q型钙离子通道,血管畸形等理论都有关于偏头痛发作的机理的研究报道。

参考文献:

[1]赵斌,董军立,秦碧勇,等.偏头痛患者脑血流动力学与血浆5-羟色胺的关系[J].广东医学,2008,29(12):2022-2023.
 [2]王贺波,于生元.偏头痛与一氧化氮[J].中国疼痛医学杂志,20013(3):169-170.
 [3]贾翠娜,李艳彬,任雅慧.口服辅酶Q10改善偏头痛患者的临床症状和降低炎性因子水平的研究[J].脑与神经疾病杂志.2018,26(12):758-761.
 [4]徐晓萌,张晓梅,姜尧佳,等.偏头痛发作期不同疼痛程度患者血浆HS-CRP与IL-6水平[J].世界最新医学信息文摘2019,19(21):144-147.
 [5]雷革胜,苗建亭,无先兆偏头痛患者外周静脉血一氧化氮、血管内皮素-1水平测定及其意义[J].中国临床康复,2002,6(20):231.
 [6]崔才三,郭春妮,韩丹春,等.偏头痛患者颅内动脉血流动力学与血浆内皮素-1的研究[J].山东大学学报(医学版),2005,43(7):613-615.
 [7]Akerman S.Neuronal PAC1 receptors mediate delayed activation and sensitization of trigemino-cervical neurons: relevance to migraine [J].Sci Transl Med,2015,7(308):308ra157.
 [8]Amin FM, Hougaard A, Magon S, et al. Change in brain network connectivity during PACAP38-induced migraine attacks: A resting-state functional MRI study [J]. Neurology,2016,86(2):180-187.
 [9]于挺敏,姚刚.镁与偏头痛[J].中国疼痛医学杂志,2008,14(1):135.
 [10]杜艳芬,李英,王纪佐.偏头痛患者血浆一氧化氮和镁含量测定及发病机制探讨[J].天津医药2002,30(11):650-652.
 [11]许德英,常永超,江涛,等.138例偏头痛患者血液流变学指标分析[J].中国实用神经疾病杂志,2009,12(10):20-22.
 [12]文玲波,李炜,王素娥,等.针刺对偏头痛大鼠血栓素B2和6-酮-前列腺素F1a的影响[J].中国现代医学杂志,2002,12(21):25-28.

上接第176页

表2 两组患者治疗前后VAS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	观察时间		
		治疗前	1周后	4周后
治疗组				
A组	4	7.11 \pm 1.38	6.72 \pm 1.28	3.72 \pm 0.81*#
B组	4	7.29 \pm 1.46	6.45 \pm 1.90	3.98 \pm 0.71*#
C组	4	7.20 \pm 1.10	6.28 \pm 1.51	3.48 \pm 0.41*#
D组	4	7.32 \pm 1.56	6.37 \pm 1.55	3.62 \pm 0.40*#
对照组	4	7.39 \pm 1.44	6.93 \pm 1.86	5.19 \pm 1.17*

注:* $P<0.05$;与对照组比较;*# $P<0.05$;与治疗前比较。

既能火针治疗,又可温针治疗,经临床对比,刘氏热针灸效果优于电子热针,也优于单纯的传统火针和温针。除此之外还发明了电子热针灸,其优点是可使针尖发热,也可使针体某

段发热或整个针体发热。此种电子热针灸为治风湿寒证提供了新的思路。

项目基金:

长沙医学院大学生创新创业训练计划项目:长医教[2018]77号-122。

参考文献:

[1]李同朝.麻附三藤汤加减治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎30例[J].河南中医,2017,037(010):1792-1794.
 [2]李庆泰.手外科诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2009:71-72.
 [3]刘运珠,介小素,潘秋兰.探讨温针灸治疗抑郁症[C].2006中国针灸学会临床分会第十四届全国针灸学术研讨会,2013,167-170.
 [4]施昌飘,焦俊玥,俞倩丽,等.浅议“针而不灸,灸而不针”和“温针灸”[J].中华中医药杂志,2019,34(01):261-263.