

好的治疗效果。因此,本研究旨在探讨 KOA 患者采用温针联合刃针疗法治疗的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月至 2021 年 7 月我院收治的 80 例 KOA 患者,采用随机数字表法分为对照组与试验组,每组 40 例。对照组男 19 例,女 21 例;年龄 46~69 岁,平均(58.28±6.16)岁;体质指数 18.52~28.28 kg/m²,平均(22.26±2.05) kg/m²;Kellgren-Lawrence 分级^[2]:Ⅱ级 18 例,Ⅲ级 22 例;患侧:左侧 16 例,右侧 18 例,双侧 6 例;病程 3~8 年,平均(5.88±1.07)年。试验组男 16 例,女 24 例;年龄 50~77 岁,平均(58.63±6.28)岁;体质指数 18.57~26.96 kg/m²,平均(22.35±1.98) kg/m²;Kellgren-Lawrence 分级:Ⅱ级 16 例,Ⅲ级 24 例;患侧:左侧 15 例,右侧 20 例,双侧 5 例;病程 2~9 年,平均(6.03±1.12)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。入选患者均签署知情同意书。

西医诊断标准:符合相关诊断标准^[3],且经 X 线检查显示关节间隙变窄,可见骨刺或唇样增生。中医辨证标准:符合肝肾不足、筋脉瘀滞证^[4],主证为关节疼痛,固定不移;次证为腰膝酸软,屈伸活动不利;舌脉为舌质偏红,苔薄或薄白,脉滑或弦。

纳入标准:近 4 个月未接受相关治疗;晨僵时间≤30 min;Kellgren-Lawrence 分级为Ⅱ~Ⅲ级;患者精神正常,可正常沟通,配合完成量表。排除标准:合并心、肝、肾等器官衰竭;合并全身感染性疾病;合并膝关节器质性损伤;合并先天性膝关节解剖结构异常;合并高血压;存在半月板手术史;合并腿部骨折或骨肿瘤;合并免疫性疾病;不愿意继续配合试验或因各种原因无法继续治疗、中途退出。

1.2 方法

对照组采用温针疗法:准备 0.3×40.0 mm 无菌针灸针、12.0×15.0 mm 艾炷,嘱咐患者取仰卧位,取患侧内外膝眼、血海、足三里、梁丘、阳陵泉、犊鼻穴等穴位,皮肤常规消毒,进针得气后采用平补平泻手法,待患者局部出现胀、麻、酸、重感后,放置艾炷插于针尾并点燃,燃尽后再换 1 壮艾炷,每个穴位灸 20 min,灸完取针;3 次/周,持续治疗 2 周。

试验组在温针治疗结束后加用刃针疗法:准备 0.4×70.0 mm 刃针,根据不同治疗点嘱咐患者取仰卧位、侧卧位、俯卧位,以指压法寻找患者的压痛点。常规消毒后,视部位采用直刺或斜刺或平刺进针,刺至病变层次后,提插松解 3~5 针后出针。常用治疗点:髌尖,髌外侧支持带,膝关节肌,髂腰肌,内收肌耻骨结节附着处,臀小肌,臀中肌,阔筋膜张肌,半腱半膜肌,腓肌。每周 3 次,持续

治疗 2 周。

1.3 评价指标

(1) 临床疗效。治愈:疼痛症状消失,关节活动正常,经 X 线检查显示正常;显效:疼痛症状消失,关节活动不受限,经 X 线检查显示明显好转;有效:疼痛症状、关节活动受限明显改善,经 X 线检查显示好转;无效:临床症状无改善或加重,且经 X 线检查无改善。总有效率=治愈率+显效率+有效率。(2) 中医证候评分。分别于治疗前、治疗 2 周时,对中医辨证标准中主证、次证的轻重分别量化赋值,无症状:0 分,轻度:1 分,中度:2 分,重度:3 分,舌脉表现根据有、无分别记 1、0 分,共 0~15 分,评分越高表示患者症状越严重。(3) 疼痛程度及膝关节功能:采用视觉模拟评分法^[5](visual analogue scale, VAS)于治疗前后评估患者疼痛程度,分值范围为 0~10 分,0 分则表示无疼痛症状,10 分则表示疼痛最为强烈;采用美国特种外科医院^[6](Hospital for Special Surgery, HSS)膝关节评分量表分别于治疗前、治疗 2 周时评估膝关节功能,共 7 个维度,0~100 分,<59 分表示膝关节功能差,60~69 分表示膝关节功能中等,70~84 分表示膝关节功能良好,>85 分表示膝关节功能优。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 25.0 统计学软件处理数据。计量资料用 $\bar{x}±s$ 表示,采用 t 检验。计数资料用率表示,采用 χ^2 检验。等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗后,试验组的临床总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	0 (0.00)	10 (25.00)	20 (50.00)	10 (25.00)	30 (75.00)
试验组	40	2 (5.00)	17 (42.50)	20 (50.00)	1 (2.50)	39 (97.50) ^a

注:与对照组比较, $\chi^2=8.538$, ^a $P=0.003$

2.2 两组中医证候评分比较

治疗前,两组中医证候评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组中医证候评分低于治疗前,且试验组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组中医证候评分比较 (分, $\bar{x}±s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
对照组	40	10.53±2.25	5.78±2.12	8.733	<0.001
试验组	40	10.30±2.22	3.45±1.81	14.736	<0.001
t		0.450	5.277		
P		0.654	<0.001		

2.3 两组疼痛程度及膝关节功能比较

治疗前,两组 VAS、HSS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组 VAS 评分低于治疗前, HSS 评分高于治疗前,且试验组 VAS 评

分低于对照组, HSS 评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组疼痛程度及膝关节功能比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS 评分		HSS 膝关节评分量表	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	6.35 ± 1.17	3.78 ± 0.83 ^a	54.63 ± 4.50	71.18 ± 4.62 ^a
试验组	40	6.40 ± 1.30	2.13 ± 0.65 ^a	53.95 ± 4.66	82.75 ± 3.14 ^a
<i>t</i>		0.181	9.898	0.659	13.093
<i>P</i>		0.857	<0.001	0.512	<0.001

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; VAS 为视觉模拟评分法, HSS 为美国特种外科医院

3 讨论

中医学认为, KOA 的发生主要是因年老体弱、肝肾虚损、气血不足, 致使膝关节周围筋脉失养, 久劳外伤, 加之风、寒、湿之邪侵袭人体, 膝部经络瘀阻, 气血失和, 痰瘀互结, 导致膝关节出现疼痛、酸楚麻木或关节屈伸不利、僵硬、肿胀甚至变形等, 因此, 中医治疗 KOA 以温通经脉、活血通络、补肾益气为主。

本研究结果显示, 试验组临床总有效率高于对照组, 且中医证候评分低于对照组, 表明温针联合刃针疗法可提高 KOA 治疗效果, 减轻临床症状。分析其原因, 温针疗法是一种传统中医外治方法, 组穴中内膝眼、外膝眼主治膝痛, 内膝眼可活血通络、疏利关节, 外膝眼可祛风湿、止痹痛; 足三里是人体重要的穴位之一, 补肾益气; 犊鼻通经活络、消肿止痛; 血海化血为气、运化脾血; 梁丘活血止痛; 阳陵泉疏通经络、活血化瘀、消肿止痛, 针灸上述穴位可发挥活血通络、舒筋散寒的作用, 同时予以艾灸使针灸增加热能, 刺激上述穴位, 加速膝关节部位的血液循环, 发挥活血止痛、疏通经络、祛湿逐寒的作用, 有利于改善机体气血运行障碍, 减轻患者的临床症状^[7]。刃针疗法通过切割软组织病变, 可解除膝关节周围软组织粘连; 同时可促进膝关节的血液循环, 疏通经络, 减轻患者的疼痛程度, 促进膝关节活动^[8]。因此, 温针联合刃针疗法治疗膝关节炎可发挥协同作用, 改善机体气血运行障碍, 松解膝关节周围的软组织粘连, 有利于提高疗效, 改善患者的临床症状。本研究结果显示, 治疗后, 两组 VAS 评分低于治疗前, HSS 膝关节评分量表评分高于治疗前, 且试验组 VAS 评分低于对照组, HSS 膝关节评分量表评分高于对照组, 提示采用温针联合刃针疗法治疗可减轻 KOA 患者疼痛, 改善膝关节功能。分析其原因: 通过针灸内膝眼、外膝眼、足三里、犊鼻、血海、梁丘、阳陵泉等穴位发挥活血通络的作用, 同时可降低血液黏度, 扩张血管, 改善机体气血运行障碍, 促进膝关节血液循环; 而艾灸的热能渗透力更强, 可透过针身将热能送至病变部位, 增加关节组织的血液灌注, 抑制膝关节

中炎症因子的表达, 减轻患者的疼痛程度^[9]。此外, 温针疗法可增加胶原纤维柔韧性, 影响肌肉的新陈代谢, 促进关节滑液的分泌, 进而促进膝关节动态平衡的恢复, 改善膝关节功能。刃针疗法可针对局部痛点进行切割、刺激等操作, 松解膝关节周围的粘连组织, 减轻血管的压迫与牵拉, 缓解膝关节肌肉痉挛及肌肉紧张, 恢复膝关节生物力学平衡, 减少关节磨损及膝关节疼痛症状^[10]。因此, 温针联合刃针疗法治疗 KOA 患者, 可促进膝关节血液循环, 增加关节组织的血液灌注, 减轻疼痛程度; 同时可解除软组织粘连, 缓解膝关节肌痉挛, 促进膝关节生物力学平衡的恢复, 有利于提高膝关节功能^[11]。

综上所述, 温针联合刃针疗法可提高 KOA 患者的治疗效果, 减轻临床症状, 降低 VAS 评分, 提高膝关节功能。

[参考文献]

- [1] 刘宝涛, 耿鑫, 安国俊. 针灸与推拿配合复方杜仲健骨颗粒治疗膝关节骨性关节炎患者的临床疗效 [J]. 医疗装备, 2020, 33(22): 92-93.
- [2] Kohn MD, Sassoon AA, Fernando ND. Classifications in brief: Kellgren-Lawrence classification of osteoarthritis [J]. Clin Orthop Relat Res, 2016, 474(8): 1886-1893.
- [3] 中华医学会骨科学分会关节外科学组. 骨关节炎诊疗指南 (2018 年版) [J]. 中华骨科杂志, 2018, 38(22): 705-715.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 349-353.
- [5] Waterfield J, Sim J. Clinical assessment of pain by the visual analogue scale [J]. Br J Ther Rehabil, 2013, 3(2): 94-97.
- [6] 杨学, 江桥, 徐驰, 等. 膝骨关节炎患者全膝关节置换术后 HSS 评分最小临床重要差异的研究 [J]. 解放军医学院学报, 2020, 41(12): 1188-1192.
- [7] 顾利军, 郑娟, 马铃. 温针灸治疗膝关节骨性关节炎风寒湿痹型的临床疗效和安全性评价 [J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(10): 1916-1919.
- [8] 宋阳春, 吴三兵, 胡谷丰, 等. 痹祺胶囊联合刃针治疗膝骨性关节炎的疗效观察 [J]. 中草药, 2021, 52(22): 6923-6927.
- [9] 张玲, 黄蓉, 喻靖, 等. 温针灸结合中药熏洗护理对膝关节骨性关节炎患者关节功能及血清炎性因子水平的影响 [J]. 长春中医药大学学报, 2020, 36(5): 955-958.
- [10] 徐攀峰, 周元林, 杨尚蓉, 等. 刃针治疗膝关节骨性关节炎的临床效果 [J]. 中国医药导报, 2022, 19(12): 96-99.
- [11] 纪晓东, 李旭东, 方爱仙, 等. 刃针结合温针灸治疗膝骨性关节炎的疗效观察 [J]. 吉林中医药, 2022, 42(12): 1463-1465.