

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20220129-k0001

中图分类号: R 246.2 文献标志码: A

基于“脊柱-髌-膝”共轭理论针刺治疗膝关节骨关节炎 32 例*

石雪萌[△], 杜欣冉, 舒 杨, 张欣茹, 翟泰然, 王静茹, 孙 潇, 马玉侠[✉]

(山东中医药大学针灸推拿学院, 济南 250355)

[关键词] 膝关节骨关节炎; 针刺; 大杼; 环跳; 恢刺; “脊柱-髌-膝”共轭

膝关节骨关节炎 (knee osteoarthritis, KOA) 临床症状主要表现为膝关节的活动障碍, 伴有疼痛、肿胀、弹响等^[1]。笔者基于“脊柱-髌-膝”共轭理论针刺治疗膝关节骨关节炎患者 32 例, 现报道如下。

1 临床资料

32 例患者均来源于 2020 年 9 月至 2021 年 8 月山东中医药大学附属医院外治中心, 其中男 18 例, 女 14 例; 年龄最小 53 岁, 最大 76 岁, 平均 (62±6) 岁; 病程最短 3 个月, 最长 10 年, 平均 (3.99±2.34) 年。均符合《骨关节炎诊疗指南 (2018 年版)》^[2] 中 KOA 的诊断标准。

2 治疗方法

2.1 治脊: 运动针法针刺大杼穴

取穴: 大杼。操作: 嘱患者取坐位, 暴露上背部, 先用拇指在双侧大杼穴附近寻找压痛点或条索状物, 用力按压 30~120 s 并令患者活动患侧膝关节, 观察疼痛有无缓解, 若无缓解则重新揣穴。选定位置后进行常规消毒, 选用 0.30 mm×40 mm 一次性无菌针灸针, 进针时嘱患者大声咳嗽, 向下呈 45° 角斜刺 15~20 mm, 行小幅度捻转手法约 30 s 后, 再嘱患者活动患侧膝关节, 多数患者自述膝关节疼痛明显缓解, 关节受限程度减轻。留针 15 min, 期间嘱患者做患侧膝关节的屈伸动作, 朝疼痛或关节受限最明显的方向活动, 速度由慢到快, 活动幅度由小到大, 以患者耐受为宜。

2.2 针髌: 恢刺环跳穴

取穴: 患侧环跳。操作: 嘱患者取侧卧位, 健侧下肢在下伸直, 患侧下肢屈髌屈膝, 暴露臀部, 常规消毒, 采用 0.40 mm×100 mm 一次性无菌针灸针, 押手在环跳穴附近循按寻找筋结点, 刺手持针垂直进针 50~75 mm, 得气后行提插补法 3~5 次, 再将针尖

提至皮下, 改变针刺方向, 沿经筋走行位置向上、向下各重插轻提 2~3 次, 不留针。

2.3 疗膝: 针刺膝周腧穴

取穴: 患侧内膝眼、犊鼻、血海、梁丘、阴陵泉、阳陵泉、足三里、阿是穴。操作: 嘱患者取仰卧位, 充分暴露患侧膝部, 膝下垫一圆枕使之微屈。常规消毒, 选用 0.30 mm×40 mm 一次性无菌针灸针, 诸穴常规直刺, 进针后施提插捻转手法使之得气, 配合 TDP 灯照射患处, 留针 30 min。

每周治疗 2 次, 8 次为一疗程, 连续治疗 2 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

(1) 西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数 (Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index, WOMAC) 评分^[3]: 包含疼痛、僵硬和功能 3 个方面, 嘱患者在 5~10 min 内完成量表, 总分范围为 0~96 分, 评分越高表示关节炎病情程度越严重。分别于治疗前和治疗 1、2 个疗程后评定。

(2) 疼痛视觉模拟量表 (visual analogue scale, VAS) 评分: 用于评估患者膝关节疼痛程度。取长 10 cm、标有 10 个刻度的标尺, 每个刻度代表 1 分, 从左到右为 0~10 分, 0 分代表无疼痛感, 10 分表示最难以承受的疼痛, 让患者根据自身即刻疼痛程度在标尺上标记。分别于治疗前和治疗 1、2 个疗程后评定。

3.2 疗效评定标准

于治疗结束后参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[4] 进行疗效评定。疗效指数 = [(治疗前 WOMAC 评分 - 治疗后 WOMAC 评分) ÷ 治疗前 WOMAC 评分] × 100%。临床痊愈: 膝关节疼痛完全或基本消失, 不影响正常工作和生活, 疗效指数 ≥ 95%; 显效: 长距离行走后有疼痛不适, 上下楼梯时不感到疼痛, 70% ≤ 疗效指数 < 95%; 有效: 膝关节疼痛有所好转, 上下楼梯时需扶栏杆, 30% ≤ 疗效指数 < 70%; 无效:

*岐黄学者-国家中医药领军人才支持计划项目: 国中医药人教函 [2018] 284 号; 山东省中医药高层次人员培训项目; 齐鲁卫生与健康领军人才项目

✉通信作者: 马玉侠, 教授。E-mail: myxia1976@163.com

△石雪萌, 山东中医药大学硕士研究生。E-mail: shixuemeng0107@163.com

治疗后膝关节疼痛未见明显改善,疗效指数 < 30%。

3.3 统计学处理

采用 SPSS26.0 软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组内比较采用配对样本 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

与治疗前比较,患者治疗 1、2 个疗程后 WOMAC、VAS 评分降低 ($P < 0.01$); 治疗 2 个疗程后患者 WOMAC、VAS 评分低于治疗 1 个疗程后 ($P < 0.01$),见表 1。治疗 2 个疗程后,32 例患者临床痊愈 0 例,显效 13 例,有效 16 例,无效 3 例,总有效率为 90.6%。

表 1 膝关节骨关节炎患者治疗前后各时间点 WOMAC、VAS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

时间	例数	WOMAC 评分	VAS 评分
治疗前	32	84.72 ± 1.05	7.90 ± 0.16
治疗 1 个疗程后	32	43.50 ± 2.63 ¹⁾	4.51 ± 0.14 ¹⁾
治疗 2 个疗程后	32	24.16 ± 1.09 ¹⁾²⁾	3.48 ± 0.14 ¹⁾²⁾

注:与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.01$;与治疗 1 个疗程后比较,²⁾ $P < 0.01$ 。

4 体会

“脊柱-髌-膝”共轭理论是将脊柱、髌关节与膝关节三者视为一个统一的整体,用于临床以诊断与治疗。脊柱、髌、膝三者之间具有动态平衡关系,是人体能够稳定站立与行走的关键,当其中之一受损时,其他部位会启动代偿机制以维持躯体的平衡状态^[5-6],说明了脊柱、髌、膝三者之间的整体性。而这种整体性恰与中医的整体观不谋而合,经络系统内联脏腑、外络肢节,将人体全身四肢百骸联系为一个有机的整体,《灵枢·经筋》记载多条经脉的经筋均经过脊柱、髌、膝,且在病变部位上相互联系,脊柱及髌部经气的疏利与否与膝部的病变关系密切。

膝关节骨关节炎属中医“膝痹”范畴,病位在筋、骨,《张氏医通》云:“膝为筋之府”,认为其是因经筋的挛缩不伸,骨骼受到牵拉受损所致,治疗上多以舒筋缓急止痛为主。然而常规针刺多仅限于治疗膝关节局部,忽略了脊柱与髌关节对膝关节的协同治疗作用。大杼与环跳分别位于脊柱和髌部局部,与膝关节共同组成“脊柱-髌-膝”共轭结构,针刺大杼与环跳,结合膝周穴位,可将脊柱、髌部与膝部结合成一个整体,使膝关节骨关节炎的治疗不局限于膝关节本身,而是向脊柱及髌关节部位延伸,从而激发气血运行,达到治疗目的。

大杼为骨会,《难经本义·四十五难》曰:“骨者髓所养,髓自脑下注于大杼,大杼渗入脊心,下贯尾骶,渗注骨节。故骨之气,皆会于此”。大杼不仅是

保持脊柱平衡的重要腧穴^[7],还能通过调节脊骨、髌骨与膝骨的强弱^[8],维持“脊柱-髌-膝”共轭结构的稳定。《素问·骨空论》云:“膝痛不可屈伸,治其背内,大杼穴在其背内”,在大杼穴行运动针法,是《灵枢·周痹》中记载的“故刺痹者……其痠坚转引而行之”的灵活应用。进针时嘱患者大声咳嗽,取自窦杰《针经指南》中的“随咳进针法”,可转移患者注意力,宣散气血^[9]。《素问·骨空论》曰:“坐而膝痛者治其机”,古人坐时以膝居地,类似于跪坐,这种髌膝联动的复合动作引起的膝痛,治在“机”;《类经》曰:“侠臀两旁骨缝之动处曰机,即足少阳之环跳穴也”,说明治疗膝痹可从髌关节之环跳穴入手。在环跳穴行恢刺手法,是以刺筋之法行舒筋之用,治疗时选取的筋结点是指医者沿经筋循行位置循按感受到的气机不畅处^[10],在此处沿经筋走行向上、向下行提插补法可舒筋通络,使气至而有效。在膝关节局部行常规针刺,可使针感更有效地直达病所,特别是对于急性膝关节骨关节炎患者,可快速缓解其疼痛症状。

本研究结果显示,基于“脊柱-髌-膝”共轭理论,采取大杼穴运动针法、恢刺环跳穴联合针刺膝周穴位治疗膝关节骨关节炎,可从整体上激发气血运行,改善患者疼痛和关节活动不利症状,为临床上膝关节骨关节炎的针刺治疗提供新思路。

参考文献

- [1] 邱贵兴. 骨科学高级教程[M]. 北京:人民军医出版社,2013.
- [2] 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(12):705-715.
- [3] 陈蔚,郭燕梅,李晓英,等. 西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数的重测信度[J]. 中国康复理论与实践,2010,16(1):23-24.
- [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,2002:352-353.
- [5] Weng WJ, Wang WJ, Wu MD, et al. Characteristics of sagittal spine-pelvis-leg alignment in patients with severe hip osteoarthritis[J]. Eur Spine J, 2015, 24(6):1228-1236.
- [6] 张亮,尹星华,杨德金,等. 强直性脊柱炎脊柱-骨盆对线参数测量及其临床意义[J]. 中国骨与关节外科,2013,6(5):406-411.
- [7] 童艳,瞿巧钰,王笑笑,等. “骨会大杼”“骨会大椎”辨析[J]. 贵州中医药大学学报,2021,43(2):1-5,9.
- [8] 谢永财,陈跃,吴炳煌,等. 肩中俞与大杼穴的解剖学结构与安全针刺的深度及角度[J]. 福建医科大学学报,2007,41(1):85-86.
- [9] 高树中. 一针疗法[M]. 济南:济南出版社,2007:55.
- [10] 田大哲,赵泾屹,李乃奇. 恢刺探微[J]. 中国针灸,2021,41(1):41-43.

(收稿日期:2022-01-29,网络首发日期:2022-05-10,编辑:李婧婷)