

“针上灸”法与“温针灸”法临床治疗效应的差异比较

方晨晔 卢颖 陈飞 袁青

(广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广州, 510405)

摘要 目的:通过“针上灸”法与“温针灸”法治疗寒凝血瘀型原发性痛经,来比较“针上灸”法与“温针灸”法临床治疗效应的差异。方法:将患者随机分为“针上灸”组和“温针灸”组,采取相应的治疗,并进行观察。结果:“针上灸”组与“温针灸”组总有效率分别为94.44%、82.86%,通过 χ^2 检验分析,2组总有效率之间没有显著的差异($P>0.05$);比较2组治疗前后的疼痛积分数据,“针上灸”法的近期疗效要优于“温针灸”法,随访结果显示2种方法的远期疗效都有待提高。结论:“针上灸”法与“温针灸”法临床疗效确切,但前者温热效应更快速,可控性更好;可以充分发挥艾灸时艾油的作用;能最大限度避免出现患者被烫伤和烧坏床单的事故,使患者能以放松的体态和心态接受治疗,达到“两神合一”的最佳治疗效果。

关键词 “针上灸”法;“温针灸”法;差异;比较

Comparison of the Clinical Treatment Effect Difference between “Zhen-Shang-jiu” and “Wen-Zhen-jiu”

Fang Chenye, Lu Ying, Chen Fei, Yuan Qing

(Acupuncture Rehabilitation Clinical Medical College of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China)

Abstract Objective: To compare the clinical efficacy between “Zhen-Shang-jiu” and “Wen-Zhen-jiu” through the treating cold coagulation of blood stasis dysmenorrhea. **Methods:** Patients were randomly divided into the “Zhen-Shang-jiu” group and the “Wen-Zhen-jiu” group to perform appropriate treatment. Curative effects were observed afterwards. **Results:** The total efficiency of the “Zhen-Shang-jiu” group was 94.44%, and the “Wen-Zhen-jiu” group 82.86%. Through χ^2 test analysis, two groups had no significant difference in terms of efficiency ($P>0.05$). Comparing the pain score data of two groups before and after the treatment, “Zhen-Shang-jiu” group’s efficacy was better than that of the “Wen-Zhen-jiu” group. Long-term efficacy of the two methods is yet to be improved. **Conclusion:** Both “Zhen-Shang-jiu” and “Wen-Zhen-jiu” show clinical efficacy, but the former: 1) has a faster warm effect and is easy to manipulate; 2) gives full play to moxa and moxibustion oil; 3) avoids patients or bed sheets to get burnt to the greatest degree possible, so that patients can always have the best therapeutic effect by relaxing completely.

Key Words “Zhen-Shang-jiu”; The “Wen-Zhen-jiu”; Difference; Comparison

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.11.027

痛经^[1]是指女性经期前后或行经期间,出现以下腹部痉挛性疼痛为主,并伴如头痛、乏力、头晕、恶心、呕吐、腹泻、腹胀、腰腿痛等一组全身不适的症状。目前临床常将其分为继发性和原发性两种。继发性痛经是由于盆腔疾病引起的。原发性痛经(Primary Dysmenorrhea, PD)是指经妇科检查生殖器官无明显器质性病变者,多发生于月经初潮后2~3年的青春期少女或未生育的年轻妇女^[2]。其按中医分型可分为气滞血瘀型、寒凝血瘀型、湿热内蕴型、精血亏损型和阴虚夹瘀型^[3]。针灸治疗原发性痛经,疗效显著,方法简便。其即刻缓解的疗效明显,并且能预防原发性痛经的发生。目前临床上在针刺与艾灸相结合的方法中,以“温针灸”法多见。温针灸,又称为针上加灸、针柄灸、传热灸、烧针尾,是近些年针灸临床治疗中兴起的一种治疗方法,是在《内经》“燔针劫刺”的基础上发展起来的,

将针刺和艾灸治疗作用结合在一起的治疗方法^[4]。目前临床常用的即针刺得气后,留针,取约2cm的艾段点燃套在针柄之上,或者先固定艾段在针柄再将其点燃灸^[5-6]。袁青教授在临床上经常应用的“针上灸”即在针刺得气后,留针,将一根完整的艾条,从中间分开,点燃艾条折断的一端,由医生双手各持一段点燃的艾条,将其燃烧端紧紧夹持针身,根据患者反应而调整艾条与针体间距离以及艾灸时间的方法。温热刺激的强度以患者耐受并感觉舒适为度,同时在旁边放置一盛水的器皿,随时将艾灰弹落在内;患者下肢前面和腹部的穴位,可以让患者取坐位,双手持艾条自己进行灸疗;对于腰背部和肢体后侧的穴位由医生进行灸疗,艾条燃尽时即可停止。我们认为“针上灸”与“温针灸”相比,更能体现针与灸的结合,有利于提高针灸治病的安全性和提高疗效,同时通过施术者与患者之间的沟

通可以缓解患者紧张的情绪,使患者保持放松的神态与体态,从而达到“两神合一”的效果而利于疾病的康复。因此,我们选取“针上灸”与“温针灸”分别治疗寒凝血瘀型原发性痛经,观察治疗效应的差异。

1 临床资料

1.1 研究对象及分组 71 例患者来源于广州中医药大学,根据问卷填写和直接询问确定为寒凝血瘀型原发性痛经的女大学生。采用随机数字表将其分为“针上灸”组和“温针灸”组,其中“针上灸”组病例 36 例,“温针灸”组病例 35 例。

1.2 诊断标准 参照卫生部《中药新药治疗痛经的临床研究指导原则》^[7]及《中医妇科学》中的诊断标准拟定原发性痛经。经妇科检查,生殖器无明显器质性病变者,多发生于月经初潮后 2~3 年的青春期或未生育的年轻妇女。在经期或经期前后一周内出现周期性下腹痛为主症,伴有其他不适,以致影响工作及生活者。符合中医寒凝血瘀型:经期前或经期小腹冷痛拒按,得热痛减,经量少,经行不畅,血色紫暗有块,块下痛减,舌质暗,脉弦。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准者且年龄在 15~35 岁之间者;自愿加入本实验,签定“知情同意书”,并认为能坚持连续治疗 3 个月,后续观察 3 个月者。

1.4 排除标准 严重肝、肾、脑及造血系统等功能不全者或有严重药物过敏史及针刺禁忌证者。

1.5 脱落标准 治疗过程没有坚持连续治疗 3 个月,后续观察 3 个月者;治疗中发生不良反应的受试者。

2 治疗方法

2.1 “针上灸”组

2.1.1 操作步骤 受试者仰卧位平躺于治疗床上,双手放置于髌前上棘上,双膝微曲,并在腘窝处放置一软枕,嘱其放松。操作者位于受试者右侧。首先,采取舒张进针法,使用“环球牌”1 寸针灸针依次针刺关元穴、气海穴、归来穴(双),得气为度;然后,采取爪切进针法,使用“环球牌”1.5 寸针灸针依次针刺地机穴(双)、三阴交穴(双),进针得气后在双侧三阴交穴行“导气同精”手法;其后将一根艾条平均掰成 2 段,分别点燃,于腹部针刺穴位按关元穴→气海穴→归来穴(左)→归来穴(右)的顺序依次轮流温和灸,手持艾条,将其燃烧端紧紧夹持针身,根据受试者对热感的反应及时调整艾条与针体间距离以及更换施灸穴位;当每段艾条燃完 4 cm 时(共 8 cm),结束艾灸,并在双侧三阴交穴再次行“导气同精”手法;最后出针,治疗结束。

2.1.2 疗程 在患者每次例假前 3 d,按照上述操作步骤进行治疗,连续治疗 3 d(1 d/次),连续治疗 3 个

月。

2.2 “温针灸”组 操作步骤:针刺过程同“针上灸”组,针刺得气及在双侧三阴交穴行“导气同精”手法^[8]后,在针下垫一张纸片,纸片统一厚 0.5 mm,再将切成 1 cm 的小艾段点燃,再将点燃的艾段置于关元穴、气海穴、归来穴(双)的针柄上,温针灸时,若患者感觉烫,继续加垫纸片,每穴两壮;待两壮艾段燃尽后,双侧三阴交再行一次“导气同精”手法;最后将针柄上燃尽的艾段取下、出针,治疗结束。疗程同“针上灸”组。

2.3 评价标准

2.3.1 观察周期 治疗观察期:连续治疗 3 个月;治疗后观察期:治疗后的连续 3 个月。

2.3.2 观察指标 为每个受试者制定相应的病历本,要求其按要求填写第一次治疗前及每次治疗后的相关情况以及根据痛经症状评分标准(取自《中医妇科学》)进行评分,并且计算每次的疼痛积分。

2.3.3 疗效判定 根据中国人民解放军总后勤部卫生部主编的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[9],疗效等级有 3 个等级,治愈:痛经及其他伴随症状消失,停药 3 个月以上未复发;好转:痛经及其他伴随症状基本消失或减轻,但停药后不能维持 3 个月;无效:疼痛不缓解。

2.4 统计方法 所得数据由两名以上研究者共同完成录入工作,1 人负责录入,1 人负责检查,保证数据录入的准确性。录入数据采用 SPSS11.5 进行分析,2 组计数资料采用 χ^2 检验、计量资料采用 t 检验。

3 结果

3.1 疗效结果比较 从表 1 分析得知,在 2 组治疗寒凝血瘀型痛经的确切疗效上,“针上灸”组与“温针灸”组有效率之间没有显著的差异。

表 1 两组治疗的疗效比较

组别	“针上灸”组	“温针灸”组
例数	36	35
治愈	4	4
好转	30	25
有效例数	34	29
无效	2	6
总有效率	94.44%	82.86%

注: χ^2 检验, $P>0.05$ 。

3.2 两组治疗前后疼痛积分的比较 从表 2 分析得知,治疗前 2 组疼痛积分相比较($P<0.05$),可以认为 2 组受试者的疼痛情况在治疗前有差异;2 组治疗同时段比较($P>0.05$),可以认为 2 组受试者的疼痛情况在各个治疗时段没有明显差异。“温针灸”组治疗后与治疗前比较($P>0.05$),可以认为治疗前后疼痛变

化没有明显差异;“针上灸”组治疗后与治疗前比较($P < 0.01$),可以认为治疗前后疼痛变化有明显差异,但治疗后随访与治疗前比较($P > 0.05$),说明远期疗效有待提高。

表2 两组治疗前后疼痛积分的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	“针上灸”组	“温针灸”组
例数	36	35
治疗前	18.81 ± 0.29	12.57 ± 0.41
治疗1个月	7.14 ± 0.62**	9.32 ± 0.69
治疗2个月	6.72 ± 0.56**	8.60 ± 0.65
治疗3个月	5.17 ± 0.60**	6.96 ± 0.72
随访	6.88 ± 0.52	7.97 ± 0.71

注:“针上灸”组治疗后与治疗前比较,** $P < 0.01$ 。

4 讨论

4.1 安全性分析 临床治疗疾病,安全是首先要考虑的因素。我们了解到,医院门诊在实施“温针灸”法治疾病过程中,时有出现烫伤患者或烧坏床单的情况。本课题实施过程中,“温针灸”组病例中出现了4例烫伤,而“针上灸”组没有出现烫伤病例。通过分析,在实施“温针灸”法中艾段点燃后位置固定,比较容易出现局部温度过高或艾灰掉落灼伤患者或烧坏床单的意外,即使垫上纸皮,仍不能完全避免。烫伤不仅影响美观,而且容易造成感染,给患者带来苦恼,患者在不理解的情况下,可能会造成医患纠纷。而“针上灸”法全程有医者参与其中,能尽量避免艾灰掉下而灼伤患者或烧坏床单的意外发生。

4.2 总有效率分析 “针上灸”法与“温针灸”法治寒凝血瘀型原发性痛经的总有效率分别为94.44%和82.86%,说明针灸治疗寒凝血瘀型原发性痛经疗效确定,无不良反应,值得推广。“针上灸”法的总有效率较高,但通过统计分析,与“温针灸”法比较,差异无统计学意义。临床实践过程中,“温针灸”法治寒凝血瘀型原发性痛经因疗效较确定、见效快,无不良反应,操作方便而深受医疗工作者的应用。有研究报道^[10-11],针灸治疗原发性痛经与西药对比,针灸组的总有效率高于西医组的总有效率,说明针灸治疗效果明显优于药物治疗。另外,针灸与单纯针刺治疗寒凝血瘀型原发性痛经,温针灸治疗寒凝血瘀型痛经的临床疗效更优^[12-13]。

4.3 作用因素及作用范围分析 目前临床常用的“温针灸”法即针刺得气后,留针,取约1 cm长艾条套在针柄之上,从其一端点燃施灸或点燃再插在针柄。艾段需要燃烧一段时间后,热量才能通过针柄再由针体传入穴位。其对温度的可控性较差,艾灸过程可出现温度较低或较高。温度较低时,在一定程度上影响了温通

经络的效果;温度较高时,即使垫上隔绝物,热量通过针柄传导过度,操作者若没有及时进行处理,仍可造成患者烫伤。其作用范围也受到一定限制,例如头上和身体侧面以及一些需要斜刺与平刺的部位就难以实施。“针上灸”可根据患者反应而调整艾条与针身之间距离以及艾灸时间的方法。操作“针上灸”法时,热量可直接通过针身迅速地传入穴位;温度可控性好,可以保证艾灸温度根据患者的耐受度进行及时调整;“针上灸”法操作时不需要加垫纸皮,燃烧过程中,温热和焦油成分可以渗入穴位中,有利于增强疗效。其作用范围较大,可以覆盖患者身上的绝大部分穴位,对于“温针灸”不方便实施的头上和身体侧面以及一些需要斜刺和平刺的部位也能进行针灸治疗。

现代研究发现,艾灸的治疗作用包括热疗效应和艾叶焦油等化学成分对经穴的刺激作用,艾叶焦油对经穴的刺激作用能改善局部微循环^[14]。针刺加艾灸同时运用对里、寒、痛等类病症具有明显的疗效,其发挥治疗作用的主要途径应当包括针刺的治疗作用、艾灸的温热治疗作用和施灸生成物质(艾叶焦油)的治疗作用这三个方面,而决不是简单的针刺和温热刺激。近年来,国内外研究者也认为艾灸起效是通过温热刺激、光辐射、艾灸生成物(包括艾烟、艾油)3个因素的综合作用而实现的^[15]。“针上灸”与“温针灸”相比的优点着重在于没有了纸片的阻隔而保留了艾灸生成物(包括艾烟、艾油)对穴位的刺激因素。“针上灸”法与“温针灸”法临床治疗效应比较如表3。

表3 “针上灸”法与“温针灸”法临床治疗效应比较

比较	针上灸	温针灸
安全性	不易被艾灰和加热的针体烫伤	较易被艾灰和加热的针体烫伤
有效率	较高	比“针上灸”法稍低
作用因素	针刺,艾灸产生的温热、挥发油作用	针刺,艾灸产生的温热作用
作用范围	广,全身都能进行	头面部穴位肌肉浅薄处难以实施
优势	在治疗过程可在得气基础上行针、补泻,根据病人患者反馈调整艾灸温度,有利于患者达到放松的状态	一个人可同时进行多个部位的温针灸
不足	一般一个人一次只能操作一个部位	难以在治疗过程调整针感以及艾灸温度,病人患者难以达到放松的状态

综合上述分析与讨论,“针上灸”法是针结合灸法治疾病的一种良好方法。第一,面对当今人们对生活质量要求日益提高和医患关系紧张的社会现状,“针上灸”法能避免“温针灸”法操作过程中烧伤患者或烧

坏床单的意外发生,可大限度地避免由于针灸安全性问题而引发的医疗纠纷。第二,“针上灸”法能对艾灸温度进行动态调整,使之适应患者需要。第三,“针上灸”法能发挥艾条燃烧过程中焦油对穴位的良性调整作用。第四,“针上灸”法操作范围进一步增大,可在头部、身体侧面和一些需要斜刺、平刺的部位实施针灸治疗。第五,在实施“针上灸”时,医者能与患者进行沟通,了解患者情况并实施手法调节针感,患者不用担心艾灸烫伤皮肤,有利于患者的身心放松,安定心神,心神定则血脉和,经气易至而达到形神和谐的理想状态,有利于充分发挥针灸的综合效应^[16]。第六,随着人类生活水平的提高和医疗技术的发展,医疗水平的评定开始由过去治疗效果一元化模式的评定方式逐渐过渡到治疗效果、治疗环境、人文关怀、精神慰藉等多元化模式的综合评定方式。针灸作为中医学的一个重要分支,在走向国际时一直处于领先的地位。这就要求我们不遗余力地完善针灸治疗技术,使针灸疗法能更好地被国际所接受。而针灸治疗疾病过程中,安全性问题备受关注。这就需要医疗工作者们不仅要不断提高针灸治疗的疗效,还要重视治疗过程中的安全性和规范性。“针上灸”法在治疗过程中,尤其重视针刺和艾灸结合时的安全性和舒适性操作,更是增加了医患之间的互动交流,进一步改进可加大艾柱的规格和数量,以减少每一部位艾灸的时间。“针上灸”法值得进一步规范操作规程及逐步推广应用,值得现今医学工作者的关注和应用。

参考文献

[1] 张娜. 痛经及其发病原因[J]. 中国临床医生, 2010, 38(2): 16.

- [2] 罗元恺. 中医妇科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2003: 182.
- [3] 罗风萍, 李伯群. 痛经散治疗原发性痛经的临床观察[J]. 山东中医药杂志, 2001, 20(6): 338-339.
- [4] 欧阳八四. 灸法的起源与发展运用[J]. 针灸临床杂志, 1998, 14(12): 1-4.
- [5] 林保光. 温针灸治疗原发性痛经的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2010.
- [6] 王慧. 温针灸治疗寒凝血瘀型痛经 30 例疗效观察[J]. 长春中医药大学学报, 2008, 24(26): 718.
- [7] 中华人民共和国卫生部. 中药新药治疗痛经的临床研究指导原则[S]. 中华人民共和国卫生部, 1993: 263-266.
- [8] 叶青. 导气调神法治疗失眠临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2011.
- [9] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[S]. 人民军医出版社, 1998: 550-551.
- [10] 薛海峰. 温针灸治疗寒凝血瘀型原发性痛经 30 例临床观察[J]. 中国中医药科技, 2009, 16(5): 377.
- [11] 刘君. 针灸治疗原发性痛经[J]. 中国中医药咨讯, 2011, 3(12): 65.
- [12] 万鹏, 刘家林. 温针灸治疗原发性痛经寒凝血瘀型 32 例临床疗效观察[J]. 西南军医, 2012, 14(3): 479.
- [13] 张昶, 张怡, 徐伟, 等. 温针灸治疗寒凝血瘀型原发性痛经的临床疗效评价[J]. 北京中医药, 2013, 32(4): 284-286.
- [14] 李爱华, 万志杰. 艾灸改善微循环的研究进展[J]. 中医药学报, 2003, 31(2): 27.
- [15] 吴焕澄, 严洁, 余曙光, 等. 灸法研究的现状与发展趋势[J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(1): 1-6.
- [16] 许佳年. 探析针灸临床中“神”的作用[J]. 陕西中医, 2007, 28(5): 584-585.

(2013-03-13 收稿)

(上接第 1343 页)

合耳穴疗法治疗后 PSQI 得分明显降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组总有效率为 96.7%, 对照组总有效率为 86.7%, 两组总有效率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组疗效优于对照组。

综上所述, 温针灸结合耳穴疗法可明显改善睡眠及其他伴随症状, 提高治疗有效率, 是治疗失眠比较满意的方法之一, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 失眠定义、诊断及药物治疗共识专家组. 失眠定义、诊断及药物治疗专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2006, 39(2): 141.
- [2] 世界卫生组织. 精神与行为障碍分类临床描述与诊断要点(ICD-10)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 103, 113-115, 144-145.
- [3] 王彦恒. 实用中医精神病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 89-98.

- [4] 吕明, 刘晓艳. 针灸推拿综合疗法治疗失眠(心脾两虚型)临床观察[J]. 北京中医药大学学报: 中医临床版, 2006, 13(3): 37.
- [5] 谢伟. 治疗顽固性失眠的体会[J]. 中国现代医生, 2007, 45(16): 92, 84.
- [6] 杨梅, 刘芳, 段晓蓉, 等. 子午流注针法治疗失眠症疗效观察[J]. 安徽中医临床杂志, 2003, 16(4): 321-322.
- [7] 杨志新. 针灸临床讲座(5)失眠症[J]. 中国临床医生, 2006, 34(5): 23.
- [8] 胡金凤. 从五藏神的理论内涵探讨膀胱经五脏俞穴治疗失眠症的立法原则[A]. 中国针灸学会 2005 年学术年会论文汇编, 2005: 210.
- [9] 孙培华, 乔光文. 针刺配合耳压治疗失眠疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2001, 20(3): 27.
- [10] 张颖新, 刘立华. 针灸配合耳穴贴压治疗不寐 158 例[J]. 中国中医药信息杂志, 2005, 12(5): 56.

(2013-05-13 收稿)