

热敏灸治疗仪治疗阳虚寒凝型膝骨性关节炎的临床观察

曾顺军, 田宁, 刘静文

(广东省中西医结合医院, 广东佛山 528200)

摘要:【目的】观察仿艾光谱治疗仪热敏灸治疗阳虚寒凝型膝骨性关节炎的临床疗效。【方法】将53例膝骨性关节炎患者随机分为观察组26例和对照组27例, 2组均进行热敏化腧穴探查, 并根据热敏穴优选原则确定2个最佳热敏化腧穴, 对照组给予手持悬灸治疗, 观察组给予治疗仪悬灸治疗, 2组均隔日治疗1次, 共治疗10次。治疗10次后, 观察2组患者热敏灸感激发情况、灸感强度积分, 比较2组患者治疗前后临床症状积分、膝关节积液深度、股关节面软骨厚度、髌下脂肪垫炎症的变化情况, 并评价2组患者的临床疗效及不良反应的发生情况。【结果】(1)研究过程中, 对照组失访1例。最终观察组与对照组各26例纳入疗效统计。(2)观察组与对照组热敏灸感激发阳性率均为100.00%(26/26)。2组热敏灸感激发阳性率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。(3)观察组的灸感强度积分明显低于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。(4)治疗后, 2组患者的临床症状积分、膝关节积液深度均明显改善($P<0.05$), 且观察组的临床症状积分、膝关节积液深度均明显高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。(5)治疗后, 2组患者的股关节面软骨厚度稍有改善, 但差异无统计学意义($P>0.05$)。(6)治疗后, 对照组髌下脂肪垫炎症阴性率为92.31%(24/26), 观察组阴性率为88.46%(23/26), 2组髌下脂肪垫炎症阴性率均明显优于治疗前, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。但2组间髌下脂肪垫炎症阴性率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。(7)观察组的显效率为38.46%(10/26), 对照组为80.77%(21/26)。观察组的显效率低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组有效率为50.00%(13/26), 对照组为15.38%(4/26), 观察组有效率明显优于对照组($P<0.05$)。观察组总有效率为88.46%(23/26), 对照组为96.15%(25/26), 观察组总有效率与对照组比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。(8)观察组不良反应发生率为0%; 对照组发生烫伤2例, 不良反应发生率为7.69%(2/26); 观察组的不良反应发生率明显低于对照组($P<0.05$)。【结论】治疗仪热敏灸同样可激发艾灸感传效应, 能明显改善患者的临床症状, 临床疗效显著, 但与手工热敏灸相比仍有差距。

关键词: 热敏灸; 治疗仪; 膝骨性关节炎; 阳虚寒凝; 肌骨超声; 艾灸感传

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)09-1899-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtm.2021.09.021

Clinical Observation of Thermosensitive Moxibustion Therapy Instrument in Treatment of Knee Osteoarthritis of Yang Deficiency and Cold Accumulation Syndrome

ZENG Shun-Jun, TIAN Ning, LIU Jing-Wen

(Guangdong Provincial Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Foshan 528200 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of thermosensitive moxibustion therapy instrument in the treatment of knee osteoarthritis of yang deficiency and cold accumulation syndrome. **Methods** Fifty-three patients with knee osteoarthritis were randomly divided into the observation group (26 cases) and the control group (27 cases). The two groups were investigated for thermal sensitization acupoints, and two optimal thermal sensitization acupoints were determined according to the principle of thermal sensitization acupoints selection. In addition, the control group was treated with hand-held suspension moxibustion, the observation group was treated with therapeutic instrument suspension moxibustion, and both groups were treated once every other day, the treatment

收稿日期: 2021-03-12

作者简介: 曾顺军(1970-), 男, 副主任中医师; E-mail: 734114076@qq.com

通讯作者: 田宁, 男, 医学博士, 主任中医师; E-mail: acufrog@126.com

基金项目: 广东省中医药局科研资助项目(编号: 20191052); 佛山市医疗卫生科研计划课题(编号: 20200415); 佛山市科技创新项目(医学科技创新平台)(编号: FS0AA-KJ218-1301-0023)

lasting 10 times. After 10 times of treatment, the scores of gratitude and moxibustion sensation intensity in the two groups were observed. The changes of clinical symptom scores, the depth of knee joint effusion, the thickness of femoral articular cartilage and the inflammation of subpatellar fat pad in the two groups were compared between the two groups before and after treatment, and the clinical efficacy and the occurrence of adverse reactions in the two groups were evaluated. **Results** (1) During the study, one case was lost to follow-up in the control group. Finally, 26 patients in the observation group and control group were included in the curative effect statistics. (2) The positive rate of thermosensitive moxibustion sensation in both observation group and control group was 100.00% (26/26). There was no significant difference in the positive rate of thermosensitive moxibustion sensation between the two groups ($P > 0.05$). (3) The score of moxibustion sensation intensity in the observation group was significantly lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (4) After treatment, the clinical symptom scores and knee joint effusion depth in the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the clinical symptom scores and knee joint effusion depth in the observation group were significantly higher than those in the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (5) After treatment, the thickness of femoral articular cartilage in two groups was slightly improved, and the difference was not statistically significant ($P > 0.05$). (6) After treatment, the negative rate of inflammation of subpatellar fat pad was 92.31% (24/26) in the control group and 88.46% (23/26) in the observation group. The negative rate of inflammation of subpatellar fat pad in both groups was significantly superior to that of those before treatment, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). However, there was no significant difference in the negative rate of inflammation of subpatellar fat pad between the two groups ($P > 0.05$). (7) The significant efficiency was 38.46% (10/26) in the observation group and 80.77% (21/26) in the control group. The significant efficiency of the observation group was lower than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The effective rate of the observation group was 50.00% (13/26), and that of the control group was 15.38% (4/26). The effective rate of observation group was significantly superior to that of control group ($P < 0.05$). The total effective rate was 88.46% (23/26) in the observation group and 96.15% (25/26) in the control group. There was no significant difference in the total effective rate between the observation group and the control group ($P > 0.05$). (8) The incidence of adverse reactions in the observation group was 0%; In the control group, scald occurred in 2 cases, and the adverse reaction rate was 7.69% (2/26). The incidence of ADR in observation group was significantly lower than that in control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Thermoxibustion instrument can also stimulate moxibustion sensation transmission effect, can significantly improve the clinical symptoms of patients, the clinical efficacy is significant, but there is still a gap compared with manual thermosensitive moxibustion.

Keywords: thermosensitive moxibustion; therapeutic instrument; knee osteoarthritis; yang deficiency and cold accumulation; musculoskeletal ultrasound; moxibustion sensory transmission

热敏灸疗法是近年来新发展起来的一种能够显著提高艾灸疗效的一种新灸法。它是指通过悬灸热敏穴激发热敏灸感和经气传导后,施以饱和的个体化灸量直至灸感消退或消失的一种灸法^[1]。热敏灸感激发和激发后的经气传导是使热敏灸疗效较传统艾灸大大提高的关键所在,它体现了中医学因人、因病而异的个体化治疗观点。目前,热敏灸在临床中的适应病证甚是广泛^[2-4]。其中,

临床常见的膝骨性关节炎(Knee Osteoarthritis, KOA),亦是热敏灸治疗的优势病种之一,热敏灸在临床中已被认为是可独立干预KOA的疗法之一^[5-7]。目前,热敏灸在临床中的施灸方式主要以手工悬灸为主^[8],但治疗过程中的艾烟、艾火等安全问题,以及人力需求问题正是限制热敏灸在临床推广应用的三大主要问题。随着现代科技的发展,使用温灸器施灸以解决传统施灸方式中的各

种问题已成为一种常见的方式。但是,由于温灸器施灸与传统施灸两者在治疗过程中具有不同的温热特点和刺激方式,因此,灸疗的感觉和疗效均可能存在着不一样的影响^[9-11]。本研究基于肌骨超声技术和艾灸感传现象,选用高科技电子技术模拟艾条燃烧过程中特定的光谱和温度的治疗仪,通过观察使用治疗仪施行热敏灸治疗膝骨性关节炎的临床疗效,以探讨使用现代施灸方式行热敏灸的可行性,为灸疗现代化的探索提供一定的借鉴。现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2019年6月至2020年2月广东省中西医结合医院康复科收治的53例明确诊断为膝骨性关节炎的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为观察组和对照组,对照组27例,观察组26例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《骨关节炎诊治指南(2007年)》^[12]中有关的诊断标准拟定。①近1个月内反复膝关节疼痛;②站立或负重位X线片提示关节面不规则,关节间隙狭窄,关节缘骨赘形成;③局部关节轻度肿胀,关节液检查符合骨性关节炎;④年龄 ≥ 40 岁;⑤晨僵 ≤ 30 min;⑥活动时有关节摩擦音,关节屈伸、转侧欠利。满足①+②或①+③+⑤+⑥或①+④+⑤+⑥者均可诊断为KOA。

1.2.2 中医辨证标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[13]中有关骨痹(膝痹-阳虚寒凝证)的诊断标准拟定。主症:双膝关节酸痛不适、屈伸欠利,遇寒痛增,得热则减;次症:四肢冷而重着,昼轻夜重,神疲倦怠乏力明显;舌淡苔白,脉沉细缓。具备主症和2个以上次症,结合舌脉即可诊断。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准;②年龄在40~65岁之间;③膝关节的疼痛程度在轻度疼痛以上,视觉模拟量表(VAS)评分 ≥ 3 分;④意识清楚可主动配合治疗,且能正确描述灸感;⑤自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①近1个月内曾接受过相关治疗而影响研究观

察的患者;②具有实施膝关节手术指征的患者;③合并或伴有风湿、类风湿性关节炎、痛风等会引起膝关节相关临床症状的患者;④合并有肝、肾、脑、心脏、肿瘤、造血系统等严重危及生命原发性疾病的患者;⑤血糖控制不良的糖尿病患者;⑥精神类疾病的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 常规处理

2组患者均进行热敏化腧穴探查,并根据热敏化腧穴优选原则确定2个最佳热敏化腧穴,具体操作如下。治疗室保持安静,室内温度保持在24~30℃之间,患者取舒适体位并充分暴露膝关节,以阴陵泉、阳陵泉、梁丘、血海构成的膝关节周围区域内为探查范围,在犊鼻、内膝眼、阳陵泉、阴陵泉、足三里、阿是穴等高发热敏穴区,进行热敏化腧穴探查,具体操作如下:在距离患者膝关节周围皮肤2~3 cm左右,以传统腧穴为中心,在其上下左右范围内施以循经、回旋、雀啄、温和等组合手法进行悬灸探查,各施灸2 min,直至某一部位出现腧穴热敏化现象。按照陈日新教授等的热敏穴优选原则^[8],选取最优热敏腧穴2个。

1.5.2 对照组

在常规处理的基础上,给予手持悬灸治疗。选用本院药房所采购的普通清艾条(江苏康美制药有限公司生产,国药准字Z32020253,规格:25 g/支,长度20~21 cm,直径1.9~2.1 cm),以医者手持艾条行悬起灸为施灸方式行热敏灸治疗。灸量以热敏灸感减退或消失为度,超过45 min者则灸至45 min停止。隔日治疗1次,共治疗10次。

1.5.3 观察组

在常规处理的基础上,给予治疗仪悬灸治疗。采用江西凯敦医疗器械有限公司与江西中医药大学联合研制的仿艾光谱治疗仪(凯敦医疗器械有限公司生产,型号:JLT-60),以固定好仿艾光谱治疗仪行悬起灸为施灸方式行热敏灸治疗。灸量以热敏灸感减退或消失为度,超过45 min者则灸至45 min停止。隔日治疗1次,共治疗10次。

1.6 观察指标

1.6.1 灸感激发及强度评价

采用《艾灸感传评价量表》进行灸感的评价^[14],记录患者艾灸感传的出现与否以及灸感的强

度。灸感的出现与否分别记作阳性、阴性；灸感强度以患者最高的灸感强度为准，分为非常弱、较弱、不强也不弱、较强、非常强共5个等级，分别记作1、2、3、4、5分。

1.6.2 临床症状积分

根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[15]中膝骨性关节炎的积分标准制定，共由6个部分组成：包括夜间卧床休息时是否疼痛(无：0分；活动痛：1分；不活动亦痛：2分)、早上起床后是否有晨僵或疼痛加重(无：0分；时间<30 min：1分；时间≥30 min：2分)、从坐位站立是否需要帮助(否：0分；是：1分)、行走时是否疼痛(否：0分；行走一段距离后出现疼痛：1分；一行走就疼痛：2分)、最大行走距离(无限制：0分；距离>1 km但有限：1分；300 m<距离<1 km：2分；距离<300 m：3分)、日常活动(上楼梯无困难：0分；上楼梯有困难：1分；不能上楼梯：2分；下楼梯无困难：0分；下楼梯有困难：1分；不能下楼梯：2分；蹲下或弯膝无困难：0分；蹲下或弯膝有困难：1分；不能蹲下或弯膝：2分；在不平的路面上行走无困难：0分；在不平的路面上行走有困难：1分；不能在不平的路面上行走：2分)等项目。

1.6.3 肌骨超声检查

采用Terason彩色多普勒超声诊断仪(北京泰瑞声科技有限公司生产，探头频率为5~12 MHz)，测量患者患侧膝关节的关节积液深度、股关节面软骨厚度及髌下脂肪垫炎症情况。具体操作如下：患者取仰卧位，膝关节屈曲20°~30°，将探头置于患者膝关节的内侧、外侧及髌骨上方等位置分别进行扫描，观察是否有髌上囊积液、髌下脂肪垫炎症以及股关节面软骨的厚度，若存在上述症状则在纵切面最大深度处测量关节积液深度与股关节面软骨厚度，并记录髌下脂肪垫炎症的情况^[12]。

1.7 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[15]中KOA的疗效标准进行评估。显效：膝关节的不适症状全部或显著消失，关节功能全部或显著恢复；有效：膝关节的不适症状部分改善，关节功能轻度受限；无效：膝关节的不适症状无明显改善，关节功能无明显恢复。总有效率=(显效例数+

有效例数)/总病例数×100%。

1.8 统计方法

采用SPSS 21.0统计软件进行数据的统计分析。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 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料采用率或构成比表示，组间比较采用卡方检验；等级资料组间比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

观察组26例患者中，男5例，女21例；平均年龄(56.58±8.93)岁；平均病程(2.78±1.19)年；平均体质量(59.04±9.23)kg。对照组27例患者中，男4例，女23例；平均年龄(54.27±7.25)岁；平均病程(2.70±1.09)年；平均体质量(55.92±7.46)kg。2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，表明2组患者的基线特征基本一致，具有可比性。

2.2 2组患者失访情况比较

研究过程中，对照组失访1例。最终观察组与对照组各26例纳入疗效统计。

2.3 2组患者热敏灸感激发情况比较

表1结果显示：观察组与对照组热敏灸感激发阳性率均为100.00%(26/26)。2组热敏灸感激发阳性率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 2组阳虚寒凝型膝关节炎患者热敏灸感激发情况比较

组别	例数(例)	阴性	阳性
对照组	26	0(0)	26(100.00)
观察组	26	0(0)	26(100.00)

2.4 2组患者灸感强度积分比较

表2结果显示：观察组的灸感强度积分明显低于对照组，与对照组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者治疗前后临床症状积分比较

表3结果显示：治疗前，2组患者临床症状积分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，

表2 2组阳虚寒凝型膝骨关节炎患者灸感强度积分比较
Table 2 Comparison of moxibustion intensity scores between two groups of knee osteoarthritis patients with yang deficiency and cold accumulation syndrome ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	灸感强度积分
对照组	26	4.23 ± 4.30
观察组	26	3.77 ± 4.30 ^①

① $P < 0.05$, 与对照组比较

表3 2组阳虚寒凝型膝骨关节炎患者治疗前后临床症状积分比较

Table 3 Comparison of clinical symptom scores between two groups of knee osteoarthritis patients with yang deficiency and cold accumulation syndrome before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	26	6.08 ± 2.28	0.92 ± 1.72 ^①
观察组	26	5.96 ± 2.01	2.42 ± 2.02 ^{①②}

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2组患者的临床症状积分明显改善($P < 0.05$), 但观察组临床症状积分明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.6 2组患者治疗前后膝关节积液深度比较

表4结果显示: 治疗前, 2组患者膝关节积液深度比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的膝关节积液深度明显改善($P < 0.05$), 但观察组膝关节积液深度明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.7 2组患者治疗前后股关节面软骨厚度比较

表5结果显示: 治疗前, 2组患者股关节面软骨厚度比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗

表4 2组阳虚寒凝型膝骨关节炎患者治疗前后膝关节积液深度比较

Table 4 Comparison of the depth of knee joint effusion between two groups of knee osteoarthritis patients with yang deficiency and cold accumulation syndrome before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, mm)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	26	2.73 ± 2.23	0.50 ± 1.08 ^①
观察组	26	3.85 ± 3.45	2.00 ± 2.39 ^{①②}

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

表5 2组阳虚寒凝型膝骨关节炎患者治疗前后股关节面软骨厚度比较

Table 5 Comparison of the thickness of femoral articular cartilage between two groups of knee osteoarthritis patients with yang deficiency and cold accumulation syndrome before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, mm)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	26	2.07 ± 0.37	2.15 ± 0.38
观察组	26	2.25 ± 0.37	2.32 ± 0.44

后, 2组患者的股关节面软骨厚度稍有改善, 但差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.8 2组患者髌下脂肪垫炎症比较

表6结果显示: 治疗后, 对照组髌下脂肪垫炎症阴性率为92.31%(24/26), 观察组阴性率为88.46%(23/26), 2组髌下脂肪垫炎症阴性率均明显优于治疗前, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。但2组间髌下脂肪垫炎症阴性率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表6 2组阳虚寒凝型膝骨关节炎患者髌下脂肪垫炎症比较

Table 6 Comparison of inflammation of subpatellar fat pad between two groups of knee osteoarthritis patients with yang deficiency and cold accumulation syndrome [例(%)]

组别	例数(例)	治疗前		治疗后	
		阳性	阴性	阳性	阴性
对照组	26	10(38.46)	16(61.54)	2(7.69)	24(92.31) ^①
观察组	26	12(46.15)	14(53.85)	3(11.54)	23(88.46) ^①

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较

2.9 2组患者临床疗效比较

表7结果显示: 观察组的显效率为38.46%(10/26), 对照组为80.77%(21/26)。观察组的显效率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组有效率为50.00%(13/26), 对照组为15.38%(4/26)。观察组有

表7 2组阳虚寒凝型膝骨关节炎患者临床疗效比较

Table 7 Comparison of clinical effect between two groups of knee osteoarthritis patients with yang deficiency and cold accumulation syndrome [例(%)]

组别	例数(例)	显效	有效	无效	总有效
对照组	26	21(80.77)	4(15.38)	1(3.85)	25(96.15)
观察组	26	10(38.46) ^①	13(50.00) ^①	3(11.54)	23(88.46)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

效率明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组总有效率为88.46%(23/26), 对照组为96.15%(25/26)。观察组总有效率与对照组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.10 2组患者的不良反应情况比较

观察组与对照组均无明显不良反应情况发生。观察组不良反应发生率为0%; 对照组发生烫伤2例, 不良反应发生率为7.69%(2/26); 观察组的不良反应发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

中医学是中国数千年传统文化的瑰宝。实现中医现代化, 使传统医学与现代科技相衔接, 充分利用现代科学技术的优势促进中医学的发展, 是当今时代发展的趋势和要求, 亦是中医本身发展的要求和必由之路^[16-17]。中医现代化是指在按照中医自身发展规律的基础上, 满足时代发展的需求, 充分利用现代科学技术, 对中医学进行更深入、更全面的思考和实践, 使中医学从理论到实践, 都产生新的变革与升华, 成为具有现代科学技术水平医学理论体系的一个发展过程^[18]。其中, 中医技术现代化是中医现代化的重要内容和关键部分^[19]。而中医特色疗法的现代化则是中医技术现代化的主要内容之一。实现中医特色疗法的现代化, 将现代科学理念和技术运用于传统中医疗法技术中, 使其为中医疗法技术所用, 克服中医特色疗法在实践中操作繁杂、人力需求大、安全风险多等弊端, 使传统的中医特色疗法更符合临床的应用与生活的需求, 将对促进和推广其使用和影响具有重要的意义。本研究在遵循和保持热敏灸技术操作核心和操作流程的前提下, 选用了目前临床上研发技术比较前沿以及比较成熟的热敏灸治疗仪, 观察对比两者间的临床差异, 为热敏灸技术的现代化提供了一定的参考与借鉴。

本研究中所选用的热敏灸治疗仪是由凯敦医疗器械与江西中医药大学共同研制的, 其光谱与温度同热敏灸艾条高度拟合, 经临床实践证明, 其激发艾灸感传的能力以及对疾病干预的临床效果均是相当肯定的^[20]。本研究结果表明, 观察组与对照组2种施灸方式的热敏灸均能有效地激发热敏灸感, 并且均有肯定的临床效果; 但观察组患者

的热敏灸感强度与对照组相比较弱, 观察组患者在膝关节疼痛缓解、功能恢复以及炎症吸收等方面的效果也均低于对照组。分析其原因, 我们认为: 一方面可能是灸材差异的原因。研究中对照组采用的是传统艾条, 观察组采用的是替代传统艾条的高新技术产品。艾灸的主要作用确实是艾条燃烧过程中产生的光热效应, 结果亦表明了本研究中热敏灸治疗仪的确也有肯定的治疗效果。但是, 艾灸同时也是一个综合作用的过程, 除了光热效应, 艾绒本身的药物作用、艾绒燃烧后产生的生物效应等同样也很重要。选用艾绒作为灸材是古代医家多年实践的选择, 有曰: “夫灸者艾之用也, 艾者灸之法也。”强调的就是灸不离艾, 热当由艾生^[21]。热敏灸治疗仪仅仅实现了艾灸过程中的光热效应, 却忽略其他的综合作用, 所以, 可能会导致其疗效受到一定的影响。保留艾绒在传统灸法中的应用, 通过运用现代物理技术改变艾材的燃烧方式和施灸过程, 减少艾绒燃烧过程中的安全问题和污染问题, 才是灸具现代化的正确方向。另一方面可能是灸感传导差异的原因。陈日新教授指出, 灸之要, 气至而有效^[22]。施灸的过程中, 除了实现艾热对特定穴位的刺激并且激发灸感以外, 能够正确引导经气的传导, 使经气能传至病所也是十分重要的, 灸感激发是基础, 气至病所是根本。热敏灸治疗仪干预过程中缺乏了医患间的交流, 无法感应和把握灸疗过程中灸感的动态变化, 导致难以达到气至的效果, 自然会使灸治的效果受到一定的影响。总的来说, 通过本研究结果, 我们认为坚持使用传统艾绒作为施灸材料, 重视施灸过程中的艾灸感传, 是保证灸疗效果的重要因素。此外, 样本量的有限也可能是影响本研究结果的原因之一。

通过本研究, 我们认为要实现中医现代化, 需要继承与创新紧密结合。首先, 这要求我们必须尊重和继承传统中医的特色和核心内容, 保持中医的自身独立性。中医的理法思维、辨证论治技术、中药方剂、特色治疗方法等的继承, 是中医延续和发展的基本要求, 也是中医在不断发展中始终保持其独立的重要保证^[23-24]。同时, 还要求我们借助现代科学技术手段和研究成果对传统中医进行进一步的创新, 最终为中医学发展所用。吸收利用现代化科学方法和技术进一步证实

和探索中医规律、发展中医临床应用,对于提高中医的诊疗准确性和效率性,推进中医特色疗法的临床应用,以及保持中医的先进性具有重要的意义^[25]。

综上所述,在本次研究中,使用现代灸器施灸的热敏灸的综合临床效果与传统手持施灸的热敏灸相比仍存在差距。然而,中医现代化仍是中医发展的未来趋势,这是时代的要求。但是,实现中医现代化是一个探索的过程,我们仍需在探索中不断前进,在前进中不断遇挫,并且在克服挫折中不断总结、不断提高,这是一代又一代中医人的责任和使命。

参考文献:

- [1] 陈日新,陈明人,康明非.热敏灸实用读本[M].北京:人民卫生出版社,2009:12-13.
- [2] 刘乃刚,方婷,张慧方,等.基于现代文献的热敏灸疗法疾病谱研究[J].吉林中医药,2018,38(10):1216-1220.
- [3] 陈日新,谢丁一.热敏灸理论体系的构建及其临床应用[J].世界中医药,2019,14(8):1915-1921.
- [4] 周梅,黄仙保,陈日新.基于现代文献的热敏灸病症谱研究[J].辽宁中医杂志,2019,46(1):10-13.
- [5] 马晓蓉,柴臻,刘飞燕,等.艾灸治疗膝骨关节炎的系统性评价及Meta分析[J].上海中医药杂志,2017,51(9):19-23.
- [6] 陈庆真,赖春柏,杜兰翔,等.热敏灸治疗膝骨性关节炎疗效及对关节液中NO及SOD的影响[J].陕西中医,2017,38(6):802-803.
- [7] 于隼,熊俊.热敏灸治疗膝骨性关节炎临床疗效的系统评价与Meta分析[J].广州中医药大学学报,2015,32(1):60-66.
- [8] 世界中医药学会联合会热敏灸专业委员会.热敏灸技术操作规范[J].世界中医药,2017,12(8):1959-1964.
- [9] 许宁,韩红.浅谈艾灸感传的激发[J].甘肃中医学院学报,2011,28(3):13-14.
- [10] 高希言,王栋斌,郭娅静,等.浅述透灸技术与应用经验[J].中国针灸,2017,37(5):505-508.
- [11] 和蕊,赵百孝.浅析灸感的影响因素[J].世界中医药,2019,14(8):2217-2219.
- [12] 邱贵兴.骨关节炎诊治指南(2007年)[J].中华骨科杂志,2007,27(10):793-796.
- [13] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版,2002:48.
- [14] 钟旋.艾灸感传评价量表理论框架、条目池及量尺词的构建[D].广州:广州中医药大学,2018.
- [15] 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,2002:349-352.
- [16] 宛金,周莎,王彦晖,等.中医现代化新论[J].中华中医药杂志,2019,34(1):217-220.
- [17] 姜爱平,崔蒙.关于中医现代化的思考[J].中医杂志,2007,48(8):742-744.
- [18] 谢丽君.中医现代化面临的问题与对策[J].亚太传统医药,2009,5(2):147-148.
- [19] 闪增郁,张智,彭锦,等.对中医现代化及其发展战略的思考[J].中国中医基础医学杂志,2005,11(6):408-409.
- [20] 张雪松.颈型颈椎病患者对热敏灸治疗仪与艾条施灸的热敏灸感比较观察[J].亚太传统医药,2019,15(2):122-123.
- [21] 刘静文,叶楚桥,田宁.从《灸不离宗赋》论灸法治疗膝痹的要素[J].中医学报,2020,35(9):1863-1866.
- [22] 陈日新,康明非.灸之要,气至而有效[J].中国针灸,2008,28(1):44-46.
- [23] 吴寒斌,高虹.现代化国际化背景下中医思维特色刍议[J].中华中医药杂志,2018,33(1):30-32.
- [24] 杨云松.关于中医现代化及传统中医未来发展的思考[J].中华中医药杂志,2017,32(3):920-922.
- [25] 吴寒斌,高虹.现代化国际化背景下中医思维特色刍议[J].中华中医药杂志,2018,33(1):30-32.

【责任编辑:宋威】