

基于“寒者热之”理论运用内热针联合温通刮痧治疗寒湿痹阻型膝骨关节炎的临床观察

吴钱红

广西壮族自治区南溪山医院, 广西 桂林

收稿日期: 2026年7月2日; 录用日期: 2026年8月28日; 发布日期: 2026年9月10日

摘要

目的: 探究基于“寒者热之”理论指导下, 运用内热针联合温通刮痧两种中医外治治疗寒湿痹阻型膝骨关节炎(KOA)的临床疗效。方法: 选取2021年1月~2024年12月期间广西壮族自治区南溪山医院中医科门诊及病房的100例KOA患者, 按照随机信封法分为观察组和对照组各50例, 对照组予普通针刺合常规刮痧治疗, 观察组在对照组的基础上予以具有温热效应的内热针法合温通刮痧治疗, 4周后评估平均临床疗效(包括关节疼痛VAS评分、关节症状指标、膝关节WOMAC评分和中医症候量化评分、临床疗效和安全性评价)。结果: 干预治疗后, 观察组患者的VAS评分、关节症状指标、WOMAC评分、中医症候量化评分和临床疗效均优于对照组($P < 0.05$); 两组均未发生不良事件, 安全性好。结论: 在“寒者热之”理论的指导下, 运用具有温热作用的内热针联合温通刮痧治疗KOA可改善KOA患者的膝关节功能, 有效减轻临床症状, 在临床推广应用价值较高。

关键词

膝骨关节炎, 内热针, 温通刮痧, 关节功能, 临床疗效

Clinical Observation of Treating Knee Osteoarthritis of Cold-Damp Obstruction Type with Internal Heat Needle Combined with Warm and Unblocking Scraping Based on the Theory of “Treating Cold with Heat”

Qianhong Wu

Nanxishan Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Guilin Guangxi

Received: July 2, 2026; accepted: August 28, 2026; published: September 10, 2026

文章引用: 吴钱红. 基于“寒者热之”理论运用内热针联合温通刮痧治疗寒湿痹阻型膝骨关节炎的临床观察[J]. 中医学, 2026, 15(9): 169-175. DOI: 10.12677/tcm.2026.159498

Abstract

Objective: To explore the clinical efficacy of two traditional Chinese medicine external treatments, Nei Ren Zhen (internal heat needle) combined with Wentong gua sha (warm and unblocking scraping), guided by the theory of “treating cold with heat”, in the treatment of knee osteoarthritis (KOA) of the type characterized by obstruction due to cold-dampness. **Methods:** A total of 100 KOA patients from the Department of Traditional Chinese Medicine outpatient clinic and wards of Nanxishan Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, between January 2021 and December 2024, were selected. They were randomly divided into an observation group and a control group, each consisting of 50 cases. The control group received conventional acupuncture combined with routine gua sha treatment. The observation group received, on top of the control group’s treatment, Nei Ren Zhen (with warming effect) combined with Wentong gua sha. After 4 weeks of intervention, the average clinical efficacy was evaluated, including joint pain VAS scores, joint symptom indicators, WOMAC scores for the knee joint, TCM syndrome quantification scores, clinical efficacy, and safety evaluation. **Results:** After the intervention, the VAS scores, joint symptom indicators, WOMAC scores, TCM syndrome quantification scores, and clinical efficacy of patients in the observation group were superior to those in the control group ($P < 0.05$). No adverse events occurred in either group, indicating good safety. **Conclusion:** Under the guidance of the “treating cold with heat” theory, using Nei Ren Zhen with warming effects combined with Wentong gua sha to treat KOA can improve knee joint function in KOA patients, effectively alleviate clinical symptoms, and thus has high value for clinical promotion and application.

Keywords

Osteoarthritis of the Knee, Internal Heat Needle, Warm and Unblocked Scraping Therapy, Joint Function, Clinical Efficacy

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

膝骨关节炎(Knee Osteoarthritis, KOA)作为一种以关节软骨退行性病理改变为特征的慢性关节疾病,在中老年群体中具有较高的临床发病率。流行病学调查显示,该病患病风险与年龄增长呈正相关[1][2]。膝骨关节炎主要累及滑膜、软骨下骨、关节软骨等多个解剖结构,因关节疼痛和关节功能障碍严重影响患者生活质量[3]。尽管目前针对膝骨关节炎的治疗手段已较为丰富,但整体疗效仍有待提升,如何进一步缓解患者症状、改善其生活质量,仍是临床研究中持续关注重点[4]。KOA 属中医学“痹证”范畴,分肢体痹和脏腑痹,肢体痹包括行痹、痛痹、著痹三痹,主要与风寒湿日久痹阻关节有关,其中寒湿痹阻证是最常见的证型,多表现为关节冷痛重着,具有遇寒加剧、得温缓解的特点。基于《内经》“寒者热之”之旨,治当温经通络。内热针融合针刺与热疗,直达病所以散寒解凝;温通刮痧借艾灸之热与刮拭之通,于体表推刮以化湿行气血[5][6]。二者均以“温通”为法,契合“寒者热之”之意。本研究拟探究在“寒者热之”中医理论指导下,运用具有温热效应的内热针和温通刮痧疗法治疗 KOA 的效果,现汇报结果如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取 2021 年 1 月~2024 年 12 月期间广西壮族自治区南溪山医院中医科门诊和病房的 100 例 KOA 患

者,按照随机信封法分为观察、对照组各 50 例,对照组男/女为 28/22,年龄 52~75 (65.72 ± 6.23)岁,病程 6~42 (18.55 ± 9.10)月, Kellgren-Lawrance (K-L)分级 I/II/III 级为 20/24/6 例,单/双膝 36/14 例;观察组男/女为 26/24,年龄 51~75 (64.68 ± 5.76)岁,病程 6~43 (19.35 ± 8.69)月, K-L 分级 I/II/III 级为 21/22/7 例,单/双膝 37/13 例。两组在性别、年龄、病程、患肢侧别及 K-L 分级等方面均无显著差异($P > 0.05$),具备可比性。本研究的两种中医外治操作外观差异明显,无法实施操作者盲法、评价者盲法,该设计缺陷将在研究局限性章节进行偏倚分析。

2.2. 诊断标准

1) 西医诊断标准: 参照《美国风湿病协会诊断标准 2012 版》[7]: ① 就诊前 1 月内膝关节疼痛时间 ≥ 14 d; ② 晨起关节僵硬时间 ≤ 30 min; ③ 年龄 > 40 y; ④ 关节活动时可感知或闻及摩擦音; ⑤ 局部存在骨性压痛, 伴或不伴有绞锁感及肿胀; ⑥ 膝关节 CT/MR 提示关节间隙变窄、软骨下骨硬化、髌韧带钙化或骨赘形成。符合①~⑤项, 或同时满足①与⑥项, 即可确诊。

2) 中医辨证标准: KOA 寒湿痹阻型者中医证候诊断标准参照《中医骨伤科临床诊疗指南·膝痹病(膝骨关节炎)》[8]: 膝关节冷痛重着感, 遇寒加重, 得热可缓, 舌暗或暗淡, 苔腻或白腻, 脉沉细或沉缓。

3) 纳入标准: 符合膝骨关节炎西医诊断标准, 且中医辨证属寒湿痹阻证; 患者对研究内容充分知情, 并经沟通后自愿签署知情同意书; 具备良好的治疗依从性, 能够保证全程配合并按方案完成干预。

4) 排除标准: 近 1 周内使用激素类药物者; 合并其他特异性关节疾病或严重全身性疾病者; 妊娠期妇女; 同时参与其他临床研究者; 因任何原因无法配合完成全程治疗者。

2.3. 治疗方法

1) 基础治疗

所有患者入院后均行常规西医治疗: 口服双氯芬酸钠缓释片(德国慕尼黑有限公司, 批准文号: H20100590, 规格: $75 \text{ mg} \times 10$ 粒), 75 mg /次, 1 次/d; 盐酸氨基葡萄糖片(江苏正大天晴制药有限公司, 国药准字 H20060647, 规格: $0.75 \text{ g} \times 6$ 片 $\times 1$ 板) 0.75 g /次, 2 次/d, 持续服用 4 周。

2) 对照组治疗

普通针刺治疗: 主穴选阿是穴、内膝眼、足三里、犊鼻、阴陵泉、阳陵泉、梁丘; 配穴: 下肢酸麻承山、委中, 关节肿胀内庭, 久病体虚血海, 膝关节冷痛膝阳关。诸穴针刺得气后, 连接 LH-202H 韩氏治疗仪行电针治疗, 采用疏密波(频率 2/100Hz), 电流强度(2 ± 1) mA, 留针 30 分钟。1 次/d; 周六周日休息, 4W 为 1 疗程。

常规刮痧治疗: 采用常规刮痧板进行操作。背部选取督脉大椎至腰阳关段, 以 70 次/分钟频率刮拭 5 分钟, 至出痧。下肢操作前膝部涂刮痧油, 刮板与皮肤呈 45° , 采用平补平泻法刮拭内外膝眼、膝周及腘窝, 力度均匀、路线拉长。每部位刮 3~5 分钟(约 20~30 下), 总时长不超过 20 分钟, 以出现暗红色痧点为度。痧点密集处可加强刮拭, 不易出痧者以舒适为度, 不强求出痧。每 3 天治疗 1 次, 待痧消退后进行下一次, 4 周为一疗程。出痧后局部轻微疼痛或瘙痒属正常现象, 嘱患者勿搔抓。

3) 观察组治疗

内热针治疗: **材料选择:** 内热针和内热针治疗仪(济宁佳科医疗科技有限公司, 中国)。**操作过程:** 主穴选内外膝眼、血海、足三里、梁丘、阴陵泉、阳陵泉。患者平卧, 常规消毒铺巾后, 予 0.5%利多卡因行局麻。选 3 号内热针, 先于内、外膝眼穴进针, 每侧横向布针 2 行, 每行 2~3 枚, 针距保持 1 cm, 使针尖抵达髌骨深部粗面。再连接内热针治疗仪, 将温度设定于 42°C (具体以患者耐受度为限), 加热持续

25 分钟。依照上述操作方法,依次对血海、足三里、梁丘、阳陵泉、阴陵泉及阿是穴进行针刺治疗。1 次/d;周六和周日休息,4W 为 1 疗程。

温通刮痧治疗:材料选择:温通刮痧罐(广州市艾工坊生物有限科技公司生产),刮痧和艾灸同时进行的中医治疗器具。艾柱:选取不掉灰的 35:1 艾条(即 35 公斤艾叶提取出 1 公斤艾绒,制作成艾条)备用。**操作过程:**① **手法:**包括点刮(45°)、单边刮(15°)、揉刮(15°)、平刮(0°)、滚刮及铲刮(近垂直)六法,分别适用于不同部位及病灶。② **操作方法:**患者卧位暴露施术区。先以气推法开穴:督脉大椎至腰阳关、下肢伏兔至丰隆诸穴各按 4 拍。涂艾草精油后,点燃艾柱插入杯中,待火旺后开始刮拭。依次采用相应手法刮拭足阳明胃经(伏兔至下巨虚,3 min/段)、犊鼻(点刮,1 min)、足少阳胆经(风市至丘墟,5 min)、足太阳膀胱经(承扶至合阳)、足太阴脾经(血海至三阴交)。杯身烫手时滚刮 2 min,至皮肤发红出痧为度。刮毕以雀啄法泻劳宫 8 拍,清洁皮肤并检查。③ **注意事项:**术中据患者反应调整力度,及时排烟;滚刮时杯口朝上防烫伤;术后嘱患者饮温水、局部保暖,4~6 h 后洗澡。每 3 天 1 次,疗程 4 周。

2.4. 评定指标

于治疗前、治疗 4 周后,对 2 组患者进行综合评定。① **目测类比评分法:**采用目测类比评分法(Visual Analogue Scale, VAS)评估患侧上肢疼痛程度。评分标准如下:0 分:无痛;2 分:偶感微痛;4 分:频发轻痛;6 分:较重频发,可忍受;8 分:持续难忍;10 分:剧痛拒碰。② **关节症状指标:**静息痛指数:0 级无痛,1 级轻度可忍,2 级中度影响生活工作,3 级重度持续难忍。关节肿胀指数:0 级无肿胀,1 级软组织肿胀,2 级软组织肿胀伴关节积液。关节压痛指数:0 级无压痛,1 级中按压痛无不适,2 级中按压痛伴不适,3 级按压重度不适。③ **膝关节 WOMAC 评分:**涵盖疼痛(5 项)、僵硬(2 项)及功能障碍(17 项)共计 24 条目。每个条目均采用 0~4 分五级评分法:0 分代表无症状,1 分为轻度,2 分为中度,3 分为重度,4 分为极重度。④ **临床疗效评定:**参考尼莫地平法计算 WOMAC 评分的改善程度: E 值 = [(治疗前总积分 - 治疗后总积分)/治疗前总积分] × 100%。治愈: E 值 > 80%;显效: 80%和 50%之间;有效: 49%和 25%之间;无效: <25%。⑤ **中医证候疗效标准:**根据治疗前后证候积分减少率判定疗效:减少 ≥ 95%为临床治愈(症状体征基本消失),70%~95%为显效(明显好转),30%~70%为有效(有所改善),<30%为无效(未见改善甚至加重)。⑥ **安全性评价:**对治疗过程中出现的皮肤溃疡、肢体肿胀加重、疼痛加剧等不良反应进行分级记录:1 级:无任何不良反应;2 级:轻度反应,无需处理,可继续治疗;3 级:中度反应,处理后可继续治疗;4 级:重度反应,终止治疗。

2.5. 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示。通过配对 t 检验进行组内治疗前后比较,组间比较及疗效评价则运用 t 检验或 χ^2 检验。以 P < 0.05 作为差异有统计学意义的判断标准。

3. 结果

3.1. 关节疼痛评定

治疗干预后,观察组患者膝关节疼痛、僵硬、肿胀程度指标(VAS、静息痛指数、关节肿胀指数、WOMAC 评分)改善优于对照组, P < 0.05。具体见表 1。

Table 1. Comparison of knee pain and functional evaluation indicators between two groups of KOA patients ($\bar{x} \pm s$)
表 1. 两组 KOA 患者膝关节疼痛及功能评定指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	VAS 评分/分	静息痛指数	关节肿胀指数	WOMAC 评分
观察组	50	治疗前	6.03 ± 1.02	3.15 ± 0.85	2.14 ± 0.51	58.29 ± 15.06

续表

观察组	50	治疗后	1.12 ± 0.31*#	1.05 ± 0.23*#	2.14 ± 0.51*#	18.32 ± 5.58*#
对照组	50	治疗前	5.88 ± 1.10	3.22 ± 0.79*	2.48 ± 0.51	59.18 ± 11.89
		治疗后	2.04 ± 0.42*	2.14 ± 0.51	2.48 ± 0.51*	25.71 ± 8.19*

注：与本组治疗前比较，*P < 0.05；与对照组治疗后比较，#P < 0.05。

3.2. 中医证候疗效评定

治疗干预后，观察组患者中医证候疗效指标改善幅度优于对照组(P < 0.05) (表 2)。

Table 2. Comparison of TCM syndrome efficacy evaluation indicators between the two groups of KOA patients (cases)
表 2. 两组 KOA 患者中医证候疗效评定指标对比(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
观察组	50	10	26	11	3	94.0#
对照组	50	6	12	18	14	72.0

注：与对照组治疗后比较，#P < 0.05。

3.3. 临床疗效评定

治疗干预后，观察组患者临床疗效指标改善幅度优于对照组(P < 0.05) (表 3)。

Table 3. Comparison of clinical efficacy evaluation indicators between the two groups of KOA patients (cases)
表 3. 两组 KOA 患者临床疗效评定指标对比(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
观察组	50	9	22	10	9	82.0#
对照组	50	8	18	9	15	70.0

注：与对照组治疗后比较，#P < 0.05。

3.4. 安全性评价

治疗过程中，两组患者均未出现膝关节感染及皮肤黏膜反应等严重不良事件。对照组有 1 例患者出现胃部不适，观察组有 1 例出现晕针反应，上述症状均较轻，经相应处理后缓解，未影响治疗进程。

4. 讨论

桂林地处亚热带季风区，境内山地丘陵广布，河流纵横，湿度常年偏高(75%~80%)，且冬季湿冷明显。这种高湿多雨、湿冷相兼的气候特点，为寒湿之邪侵袭人体提供了外在条件。膝关节位居下肢，最易受外邪侵犯，寒湿痹阻经络，气血运行不畅，故临床诊疗过程中发现桂林地区的 KOA 患者临床以膝关节冷痛重着、遇寒加剧为特征的寒湿痹阻证较为多见。恰如《素问·举痛论》所言：“寒凝则为冷为痛，湿阻则酸胀重坠”。此类患者中药内服当以补益肝肾、温经散寒、除湿止痛为要，中医外治当以温经散寒止痛为要[9]。《素问·至真要大论》提出“寒者热之”的治疗大法，故治疗此类寒湿痹阻型患者当以温经散寒、通络止痛为法。

《灵枢·刺节真邪篇》提出“破而散之”之法，即通过针刺“解结”以松解肌肉组织粘连、挛缩。然传统毫针针体纤细，难以有效作用于深筋膜粘连部位，存在一定局限性。内热针疗法源于传统“九针”，

属中医“内热法”范畴。其治疗核心在于软组织松解,借助针体粗长之优势直达病所,发挥“以针代刀,以松治痛”之效,对软组织疼痛疗效显著。该疗法兼具针刺与热疗双重特性:既可松解膝周条索、瘢痕、结节等病理产物,解除粘连对神经的压迫与牵掣;又可减轻无菌性炎症,改善软组织痉挛拘急状态,从而实现“解结”之功[10]-[12]。内热针之温热效应与寒湿痹阻证病机相合,故适用于该证型的临床治疗。本文选择内热针穴位为足阳明胃经、足太阴脾经、足少阳胆经等经络要穴,其中内外膝眼疏利关节、温经散寒;阴阳泉分别为足太阴脾经和足少阳胆经之要穴,针刺可疏通气血、消肿止痛;足三里、血海、梁丘分别为足阳明胃经和足太阴脾经穴位,三穴合用足三里补气,血海调血,梁丘止痛,能共同起到濡养筋骨、通络止痛的作用。以上穴位配伍,借内热针之温热之力,可达温经散寒、除湿通痹之效,对于改善KOA患者膝关节疼痛、肿胀及活动受限等症状具有积极作用。

温通刮痧疗法将艾灸之温热药力与刮痧之机械刺激相结合,在经络腧穴理论指导下,通过悬灸、推拿、刮痧等手法作用于体表特定部位。其作用机制在于以“通”为用,温通经络以行气血,祛湿逐寒以除痹阻,进而调和阴阳、扶助正气、激发阳气,最终实现“疏通经络,通经散寒”的目的[13],也符合“寒者热之”的治疗理念。

目前国内多项研究证实,常规针刺联合普通刮痧干预寒湿痹阻型KOA可获得70%~75%临床总有效率,与本研究对照组72%的有效率基本吻合[14];而内热针深部温热松解、艾灸刮痧结合的温热外治法,在既往研究中可将KOA治疗有效率提升至90%以上,与本研究观察组94%中医证候有效率、82%临床总有效率结果一致[15]。相较于口服西药单纯对症镇痛,中医温通外治法可同时改善中医寒湿痹阻核心病机,实现标本兼顾,这也是观察组整体疗效更优的核心原因。

本研究存在一定局限性:首先,研究未实施评价者盲法,结局量表评分存在一定主观评价偏倚,可能对疗效数据客观性造成轻微影响;其次,仅采用单中心小样本临床研究,病例全部来源于本院门诊及住院患者,样本地域局限于桂北地区,外推性有限;最后,观察周期仅4周短期干预,缺乏远期随访数据,无法评价内热针联合温通刮痧疗法对KOA患者的长期疗效、复发率情况。

本研究初步表明,在西医常规基础药物干预之上,联合内热针+温通刮痧疗法,可有效改善桂北地区寒湿痹阻型膝骨关节炎患者膝关节疼痛、关节僵硬、活动功能障碍等临床症状,短期临床疗效优于常规针刺联合普通刮痧方案。但本研究为单中心、小样本、短期干预临床试验,无法完全排除主观评价偏倚,该疗法确切的远期疗效、普适性推广价值,仍有待更大样本量、多中心、设置盲法、延长随访周期的随机对照试验进一步验证。

基金项目

广西壮族自治区中医药管理局自筹经费课题(GXZYZ210144)。

参考文献

- [1] Tang, S., Zhang, C., Oo, W.M., Fu, K., Risberg, M.A., Bierma-Zeinstra, S.M., et al. (2025) Osteoarthritis. *Nature Reviews Disease Primers*, 11, Article No. 10. <https://doi.org/10.1038/s41572-025-00594-6>
- [2] 郑升鹏, 李政, 杨冬梅, 等. 1990-2021年中国膝骨性关节炎疾病负担分析及预测[J]. 中国慢性病预防与控制, 2025, 33(3): 173-177.
- [3] Gelber, A.C. (2024) Knee Osteoarthritis. *Annals of Internal Medicine*, 177, ITC129-ITC144. <https://doi.org/10.7326/annals-24-01249>
- [4] 陈小莉, 高玉广, 王伟, 等. 中西医结合治疗膝骨关节炎75例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2026, 35(4): 103-109.
- [5] 李婉莹, 张齐娟, 刘正茂, 等. 内热针疗法联合等速离心训练对膝骨关节炎患者关节功能和肌肉力量的影响[J]. 中医药学报, 2026, 54(3): 48-53.

-
- [6] 肖宗平, 黄亭峰. 体外冲击波联合温通刮痧疗法治疗膝骨关节炎的临床效果[J]. 中国当代医药, 2024, 31(33): 58-61.
- [7] Hochberg, M.C., Altman, R.D., April, K.T., Benkhalti, M., Guyatt, G., McGowan, J., *et al.* (2012) American College of Rheumatology 2012 Recommendations for the Use of Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapies in Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Care & Research*, **64**, 465-474. <https://doi.org/10.1002/acr.21596>
- [8] 中华中医药学会骨伤科分会膝痹病(膝骨关节炎)临床诊疗指南制定工作组. 中医骨伤科临床诊疗指南·膝痹病(膝骨关节炎) [J]. 康复学报, 2019, 29(3): 1-7.
- [9] 董豪杰, 张真真. 温针灸配合三痹汤治疗寒湿痹阻型膝骨性关节炎临床观察[J]. 光明中医, 2025, 40(4): 727-730.
- [10] 饶毅, 吴群, 蔡毅, 等. 内热针联合富血小板血浆对膝骨性关节炎患者外周血中 T 细胞亚群的影响[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(1): 104-108.
- [11] 梅斌, 饶毅, 蔡毅, 等. 内热针联合 PRP 注射治疗对膝关节骨性关节炎患者血清 TNF- α 、NF- κ B 水平的影响[J]. 时珍国医国药, 2024, 35(7): 1664-1666.
- [12] 陈耘东, 田心保, 张金晨, 等. 内热针疗法对膝骨性关节炎兔软骨下骨成骨细胞凋亡及 Fas 和 FasL 表达的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28(6): 898-902.
- [13] 路洁辉, 习亚炜, 李莉, 等. 星状神经节阻滞联合温通刮痧疗法治疗颈源性头痛的疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(4): 687-690.
- [14] 苏美玲, 邱东升, 叶国平. 针刺联合痧点放血治疗急性期膝骨性关节炎的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2025, 47(6): 539-542.
- [15] 方涛, 周晓红. 循经刮痧联合针刺治疗内侧间室膝骨关节炎[J]. 中医正骨, 2021, 33(10): 74-76.