

汪 思¹, 吴淑琼^{1,2}, 李智慧¹, 陈 旭¹, 熊仲明¹
(1.湖北中医药大学第一临床学院,湖北 武汉 430065;
2.湖北省中西医结合医院内分泌科,湖北 武汉 430015)

摘要:目的 探析刺血法治疗急性痛风性关节炎(AGA)的临床应用规律。方法 检索 CNKI、Sinomed、万方数据库和维普期刊数据库中刺血法治疗 AGA 的相关文献,检索时间为建库至 2023 年 11 月。建立刺血处方数据库,使用 Excel 2019 对刺血部位与刺血操作过程进行频次频率统计分析,利用 SPSS Modeler 18.0、SPSS 26.0 进行关联分析和聚类分析,运用 Cytoscape、dychats.com 实现数据可视化升级。结果 共纳入 269 篇文献,提取 281 个处方,涉及 78 个部位,刺血部位使用频次排名前 3 位为阿是穴、痛处浅表瘀络和太冲。常用特定穴为输穴、原穴和荣穴。归经以足太阴脾经、足厥阴肝经和足阳明胃经为主。主要分部在下肢部。关联分析得到 9 个关键腧穴(阿是穴、太冲、行间、陷谷、内庭、三阴交、阴陵泉、血海和太白)和核心配伍关系(太冲-行间-陷谷)。聚类分析得到 6 个有效聚类。常用的刺血方法为三棱针点刺法。放血量通常为见赤为止、1~5 ml。配合拔罐疗法使用时长多为 5~10 min。1 个疗程内一般刺血 3~5 次,间隔时间为 48 h 左右。结论 刺血治疗 AGA 取穴思路以清热止痛为主,兼顾清肝理脾和胃、泄浊化瘀,常用三棱针点刺法,放血强度以尽去其邪为目标。

关键词:刺血法;急性痛风性关节炎;数据挖掘

中图分类号:R589.7

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2025.07.004

文章编号:1006-1959(2025)07-0025-07

Clinical Application of Blood-letting Puncture in the Treatment of Acute Gouty Arthritis Based on Data Mining

WANG Si¹, WU Shuqiong^{1,2}, LI Zhihui¹, CHEN Xu¹, XIONG Zhongming¹

(1.The First Clinical College, Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan, Hubei 430065, China;

2.Department of Endocrinology, Hubei Provincial Hospital of Integrated Chinese & Western Medicine, Wuhan 430015, Hubei, China)

Abstract: **Objective** To explore the clinical application of blood-letting puncture in the treatment of acute gouty arthritis (AGA). **Methods** CNKI, Sinomed, Wanfang database and VIP journal database were searched for the literature on the treatment of AGA by blood-letting puncture from the establishment of the database to November 2023. The database of pricking blood prescription was established. Excel 2019 was used to analyze the frequency and frequency of pricking blood parts and pricking blood operation process. SPSS Modeler 18.0 and SPSS 26.0 were used for correlation analysis and cluster analysis. Cytoscape and dychats.com were used to realize data visualization upgrade. **Results** A total of 269 literatures were included, and 281 prescriptions were extracted, involving 78 parts. The top three use frequencies of blood-letting puncture parts were Ashi point, superficial stasis at pain point and Taichong. The commonly used specific acupoints were Shu point, Yuan point and Xing point. The meridian tropism was mainly based on the spleen channel of foot-taiyin, the liver meridian of foot-jueyin and the stomach meridian of foot-yangming. The main part was in the lower limbs. Through correlation analysis, 9 key acupoints (Ashi point, Taichong, Xingjian, Xianggu, Neiting, Sanyinjiao, Yinlingquan, Xuehai and Taibai) and core compatibility relationship (Taichong-Xingjian-Xianggu) were obtained. Six effective clusters were obtained by cluster analysis. The commonly used blood-letting puncture was the three-edged needle pricking method. The amount of bleeding was usually 1~5 ml. The duration of use with cupping therapy was mostly 5~10 min. In a course of treatment, the general pricking blood 3~5 times, the interval time was about 48 h. **Conclusion** The idea of blood-letting puncture to treat AGA is mainly based on clearing heat and relieving pain, taking into account clearing liver, regulating spleen and stomach, relieving turbidity and removing blood stasis. Triangular needle pricking method is commonly used, and the intensity of bloodletting is aimed at eliminating its evil.

Key words: Blood-letting puncture; Acute gouty arthritis; Data mining

急性痛风性关节炎(acute gouty arthritis, AGA)是尿酸过饱和后析出并以结晶形式沉积于关节及

关节周围组织而引起的急性炎症反应,早期临床表现为突然发作的单一关节红肿热痛和功能障碍。初次发作常呈自限性,1~2 d 或几周后可自行缓解。但发病期间,患者需要忍受关节剧痛和行动受限带来的种种不便,这对日常生活、社会人际关系及心理健康方面造成极大的困扰^[1]。随着经济发展和饮食结

作者简介:汪思(1999.5-),女,安徽池州人,硕士研究生,主要从事内分泌疾病中西医结合治疗的研究

通讯作者:吴淑琼(1970.11-),女,湖北武汉人,博士,主任医师,硕士生导师,主要从事内分泌疾病中西医结合治疗的研究

构的改变,痛风患病人群逐年增加,自 1990 年到 2019 年,我国痛风标化发病率增长了 114.13%,标化患病率增长了 129.35%^[2]。痛风已成为重大公共卫生问题。西医治疗 AGA 以快速抗炎镇痛为主要目的,目前一线用药为秋水仙碱和非甾体抗炎药,见效快,但治疗期间可能会发生胃肠道风险、肝肾损伤和皮疹等不良反应^[3],甚至危及生命。刺血疗法是一种特殊的针刺方法,具有泄热止痛、祛瘀生新、疏经通络的作用,多应用于实证、热证、瘀血、疼痛等,临床应用广泛。近年来,有不少刺血疗法治疗痛风性关节炎的临床研究,认为刺血可以降低尿酸盐浓度,减少尿酸盐的沉积,减轻关节炎症反应,具有良好的解热镇痛消肿作用^[4-6]。本研究基于数据挖掘手段,收集各大数据库文献资料,探析刺血疗法治疗 AGA 的临床应用规律,以了解刺血常用选穴部位、器具、方式、出血量及间隔频率等情况,以期为临床应用刺血疗法治疗 AGA 提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源 以“痛风”“放血疗法”为主题词检索中国知网 (CNKI)、中国生物医学文献服务系统 (Sinomed)、万方数据库和维普期刊数据库中刺血疗法治疗 AGA 的相关文献,检索时限为建库至 2023 年 11 月。

1.2 纳入标准 ①研究类型为随机或半随机对照试验研究、观察性研究;②以痛风性关节炎急性发作期患者为研究对象;③符合急性痛风性关节炎的诊断标准(2015 年 ACR/EULAR 的痛风分类标准)^[7];④以中医理论为指导,文章内明确记载刺血部位、操作方法及刺血器具等信息。

1.3 排除标准 ①研究对象为处于发作间歇期或慢性期的痛风性关节炎患者;②研究类型为动物实验研究,或综述、系统评价、会议记录、医案经验及个案报道等;③文章未明确刺血部位、操作方法及器具选择,或信息模糊难以提取;④文章内所使用刺血疗法在非中医理论指导下进行,如藏医、蒙医、苗医等;⑤文献重复发表;⑥各种手段无法获取全文者。

1.4 数据录入与质量控制 使用 Microsoft Office Excel 2019 建立数据库,由两名研究员独立完成数据提取、录入和处理,内容包括文献标题、第一作者、发表时间、研究类型、研究对象、诊断标准、刺血部位、刺血方式、刺血器具、出血量、拔罐与否、拔罐时间、

单疗程刺血次数、两次刺血间隔时间和是否配合其他治疗,由第三名研究员进行核对,如有争议则经行三人讨论解决。

1.5 数据规范化处理 参考《针灸学通用术语》《腧穴定位图》《针灸技术操作规范》等国家现行标准对刺血部位、刺血方式与器具选择、出血量等进行标准化规范。局部青紫血络等统称为“痛处浅表瘀络”;足一重穴等无规范名称的特殊穴位、下肢青紫瘀阻脉络、对应点等均记为其他部位;取穴为井穴、远端井穴等未明确腧穴名称的,记为“痛处所经经脉井穴”;有序的多点点刺如梅花穴、三角形点刺等均属于“围刺”操作;无序的多点点刺均记为“散刺”;一次性无菌注射器针头、7 号针头等均统称为“注射针头”;一次性采血针、血糖采血针等均统称为“采血针”;改良火针、三棱针弯折等均属于其他器具;1 滴血为 0.1 ml;充分放血、血色由暗红色转变为淡红色、血液自然停止等均记为见赤为止^[8],数滴、少量、至症状缓解等放血量不具体者均记为其他出血量。

1.6 统计学方法 使用 Excel 2019 对所纳入数据进行频次频率统计分析,利用 dychats.com 进行可视化升级;采用 SPSS Modeler 18.0 统计分析软件对刺血部位进行网络和关联规则分析,对刺血方式与刺血器具进行导向网络分析,运用 Cytoscape 3.10.0 进行可视化分析;使用 SPSS Statistics 26.0 对刺血部位进行聚类分析并绘制谱系图。

2 结果

2.1 纳入文献情况 检索数据库共获得 3692 篇,使用 NoteExpress 4.0 进行重复性检验,共剔除 746 篇文献,根据纳入和排除标准,阅读剩余 2946 篇文献的标题和摘要,初步筛选获得 644 篇文献,再进行全文阅读后,最终纳入 269 篇文献。对纳入的文献进行整理,共提取 281 个处方,其中单纯刺血处方 83 个,配合其他疗法(如中药、电针、针灸等)处方 198 个。

2.2 刺血治疗 AGA 刺血部位分析

2.2.1 刺血部位频次分析 281 个刺血处方共涉及 78 个部位,累积使用频次 680 次,其中腧穴使用总频次 627 次,痛处浅表瘀络使用总频次 46 次,其他部位出现 7 次。对出现频次 ≥ 10 次的刺血部位进行统计分析,阿是穴为最常用的刺血部位,其次痛处浅表瘀络、太冲、行间、内庭、陷谷、三阴交和太白亦选用较多,见表 1。

表 1 刺血部位使用频次(≥10 次)统计表(n,%)

刺血部位	频次(次)	频率	刺血部位	频次(次)	频率
阿是穴	214	76.16	阴陵泉	14	4.98
痛处浅表瘀络	46	16.37	血海	14	4.98
太冲	41	14.59	隐白	13	4.63
行间	31	11.03	大敦	13	4.63
内庭	30	10.68	痛处所经经脉井穴	12	4.27
陷谷	24	8.54	委中	11	3.91
三阴交	21	7.47	丘墟	10	3.56
太白	20	7.12	阳陵泉	10	3.56

2.2.2 刺血腧穴特定穴频次分析 所使用腧穴共涉及 13 种特定穴,累积使用频次 486 次,其中以输穴(96 次)、原穴(83 次)和荥穴(74 次)为常用特定穴类别,见图 1。

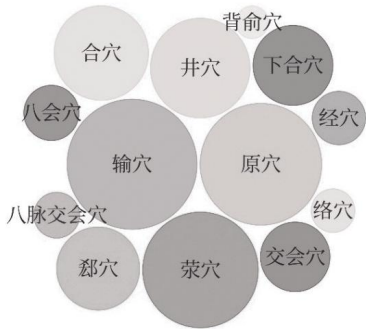


图 1 刺血腧穴特定穴频次统计图

2.2.3 刺血腧穴归经频次分析 所使用腧穴归经涵盖十二正经及督脉共 13 条经脉,以及如膝眼穴等归属于经外奇穴。除阿是穴外,对腧穴归经使用频次进行分析,主要应用经络为足太阴脾经(101 次)、足厥阴肝经(89 次)、足阳明胃经(77 次),见图 2。

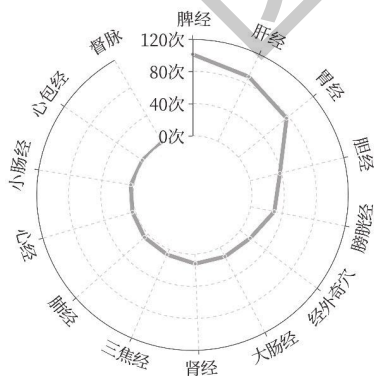


图 2 刺血腧穴归经频次统计图

2.2.4 刺血腧穴分部频次分析 依据国家标准,腧穴分部分为 4 个部分,从头至足,依次是头项部、背部、上部、下部。对所选腧穴分部进行统计分析发现,以下肢部为多见(352 次),见图 3。

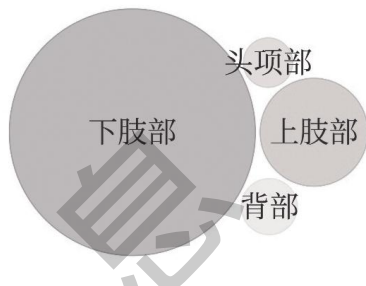


图 3 刺血腧穴分部频次统计图

2.2.5 刺血部位关联分析 对所纳入 281 个处方中使用频次≥10 次的刺血部位进行关联分析,利用 SPSS Modeler 18.0 统计分析软件中 Apriori 算法模型构建关联规则,按规则支持度>0.07、规则置信度>0.8、提升度>1.0 条件筛选,得到 13 条有效关联规则,最终结果见表 2。支持度最高的关联规则是内庭-阿是穴和行间-阿是穴,提示在内庭和阿是穴、行间和阿是穴在同一个处方中同时出现的概率最高,但提升度较低。置信度最高的组合是陷谷、行间-太冲与陷谷、太冲-行间,提升度同样较高,为临床常见搭配。提升度最高的两组为行间、太冲-陷谷与内庭、太冲-陷谷,提示正相关性高^[9],关联度强。对 16 个使用频次≥10 次的部位进行关联分析并构建网络图,运用 Cytoscape 对网络共现图进行可视化升级,见图 4,每个节点代表一处部位,两点之间连线代表共现,节点大小表示该部位参与共现的总频次,连线粗细表示两个部位共现的频次。参与共现总频次前 7 名的部位为阿是穴、三阴交、太冲、阴陵泉、血海、太白、行间。综合分析,刺血治疗 AGA 的关键腧穴为阿是穴、太冲、行间、陷谷、内庭、三阴交、阴陵泉、血海和太白共 9 个腧穴,核心配伍关系为太冲-行间-陷谷。

2.2.6 刺血部位聚类分析 对使用频次≥10 次的刺血部位行聚类分析,采用 SPSS Statistics 26.0 统计分析软件中系统聚类和 Pearson 相关性方法绘制谱系图,见图 5。得到 6 个聚类有隐白-大敦、行间-陷谷-内

庭-太冲-丘墟-血海-太白-三阴交-阴陵泉-阳陵泉、
委中、痛处浅表瘀络-痛处所经经脉井穴、阿是穴。

表 2 高频穴位(频次 ≥ 10 次)关联规则分析表

关联规则	置信度(%)	支持度(%)	提升度
陷谷、行间 \rightarrow 太冲	95.45	7.47	6.54
陷谷、太冲 \rightarrow 行间	95.45	7.47	8.65
陷谷、内庭 \rightarrow 太冲	95.24	7.12	6.53
陷谷 \rightarrow 行间	91.67	7.83	8.31
陷谷 \rightarrow 太冲	91.67	7.83	6.28
内庭、太冲 \rightarrow 阿是穴	91.30	7.47	1.20
陷谷、太冲 \rightarrow 内庭	90.91	7.12	8.52
陷谷 \rightarrow 内庭	87.50	7.47	8.20
行间、太冲 \rightarrow 陷谷	87.50	7.47	10.24
内庭、太冲 \rightarrow 陷谷	86.96	7.12	10.18
内庭、阿是穴 \rightarrow 太冲	84.00	7.47	5.76
内庭 \rightarrow 阿是穴	83.33	8.90	1.09
行间 \rightarrow 阿是穴	80.65	8.90	1.06

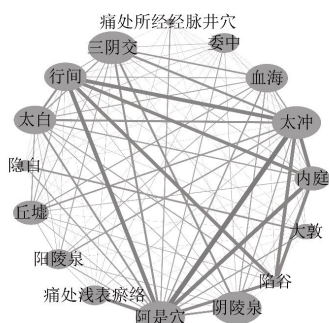


图 4 高频穴位(频次 ≥ 10 次)网络共现图

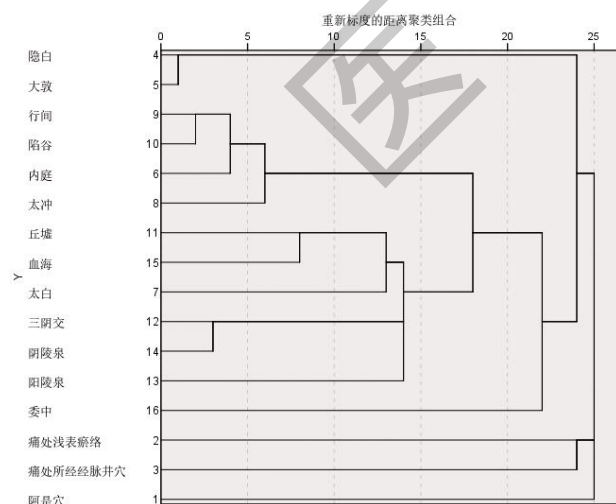


图 5 高频穴位(频次 ≥ 10 次)聚类分析谱系图

2.3 刺血治疗 AGA 操作过程分析

2.3.1 刺血方式频次分析 所纳入 281 个处方共涉及 7 种刺血方式, 累积使用频次 311 次, 其中点刺法(186 次)为应用最广泛的刺血方式, 其次为刺络法(53 次), 见图 6。

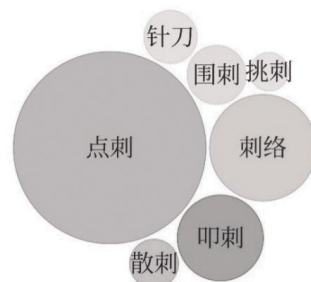


图 6 刺血方式频次统计图

2.3.2 刺血器具选择频次分析 281 个处方共使用 8 种针具, 累积使用频次 296 次, 其中临床应用最常见的刺血器具为三棱针(124 次), 其次也可选用注射针头(67 次), 见图 7。



图 7 刺血器具频次统计图

2.3.3 刺血方式与刺血器具关联分析 使用 SPSS Modeler 18.0 统计分析软件, 以点刺法、刺络法、叩刺法为目标字段, 刺血器具为源字段, 进行导向网络分析, 以三棱针点刺最为常见, 其次尚有注射针头点刺、火针点刺、注射用针刺络、三棱针刺络和皮肤针叩刺的常见应用组合。如图 8 所示, 节点之间连线越粗表示两者共现频次越多。

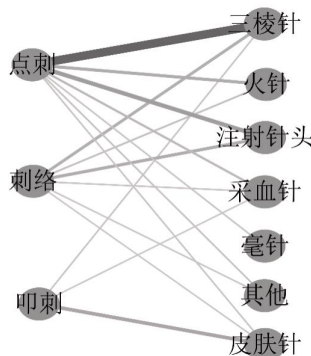


图 8 点刺法、刺络法、叩刺法——刺血器具导向网络图

2.3.4 出血量分析 对所纳入 281 个处方出血量进行统计分析, 可以划分为 8 个类别: 0.5~1、1~5、5~10、10~50、60、100 ml、未提及和其他出血量, 其中其他出血量指放血量不具体者(29 次)以及 3~25、5~50 ml 等难以分类者(8 次)。刺血治疗 AGA 每次总出血量

以见赤为止为主要判断标准，其次以 1~5 ml 和 10~50 ml 为多见，在单纯刺血治疗处方中则以 10~50 ml 和 1~5 ml 为多见，若配合其他疗法，则以 1~5 ml、5~10 ml 为常见，具体结果见表 3。

表 3 刺血治疗 AGA 一次总出血量频次统计表(n,%)

出血量	单纯刺血处方		配合其他疗法处方		所有处方	
	频数(次)	频率	频数(次)	频率	总频次(次)	总频率
见赤为止	23	27.71	39	19.70	62	22.06
1~5 ml	10	12.05	44	22.22	54	19.22
10~50 ml	19	22.89	19	9.60	38	13.52
5~10 ml	8	9.64	24	12.12	32	11.39
0.5~1 ml	1	1.20	5	2.53	6	2.14
100 ml	2	2.41	4	2.02	6	2.14
60 ml	3	3.61	0	0.00	3	1.07
其他	7	8.43	30	15.15	37	13.17
未提及	10	12.05	33	16.67	43	15.30
汇总	83	100.00	198	100.00	281	100.00

2.3.5 拔罐时间分析 共 112 个处方涉及拔罐辅助放血治疗,对拔罐时间进行统计分析,可分为以下 5 个类别:2~5、5~10、10~15、20 min 和不具体。“不具体”中以达到目标出血量为拔罐时间主要衡量标准。刺血治疗若使用拔罐辅助放血,一般使用时长多为 5~10 min,或以目标出血量为结束指标,见表 4。

表 4 拔罐时间频次统计表(n,%)

拔罐时间	频次(次)	频率
5~10 min	32	28.57
2~5 min	21	18.75
10~15 min	8	7.14
20 min	1	0.89
不具体	50	44.64

2.3.6 单疗程刺血次数分析 269 篇文献中刺血治疗 1 个疗程的刺血次数进行分析,结果见表 5,“其他次数”代表有 1~3 次、2~5 次、1~7 次等和直至肿痛消退。分析结果可知,1 个疗程以刺血治疗 3~5 次最常见。

2.3.7 两次刺血治疗间隔时间分析 所纳入 269 篇文献,含两次及两次以上刺血治疗 262 篇,对两次刺血

间隔时间进行频次统计,以间隔 48 h 为多见,其次为间隔 24 h 或间隔 72 h。明确放血量>10 ml 的文章有 45 篇,1 篇文章仅放血 1 次,对其中 44 篇文章的刺血间隔时间进行统计分次,可知大剂量放血常见间隔时间为 72 h 或 48 h。明确放血量≤10 ml 的文章有 90 篇,1 篇文章仅放血 1 次,对剩余 89 篇文章进行刺血间隔时间频次统计分析,可知小剂量放血间隔时间以 48 h 为主,其次为间隔 24 h。综合分析,刺血治疗两次刺血间隔时间通常间隔 24~72 h,以 48 h 为主,若放血量大则间隔时间偏长,若放血量小则间隔时间偏短,见表 6。

表 5 单疗程刺血次数频次统计表(n,%)

刺血次数	频次(次)	频率	刺血次数	频次(次)	频率
3 次	59	21.93	14 次	3	1.12
4 次	33	12.27	15 次	2	0.74
5 次	32	11.90	8 次	1	0.37
2 次	25	9.29	10 次	1	0.37
7 次	25	9.29	其他	40	14.87
1 次	7	2.60	未提及	34	12.64
6 次	7	2.60			

表 6 两次刺血间隔时间频次统计表(n,%)

一次放血量≤10 ml			一次放血量>10 ml			全部放血量		
间隔时间	频次(次)	频率	间隔时间	频次(次)	频率	间隔时间	频次(次)	频率
48 h	41	46.07	72 h	12	25.00	48 h	97	37.02
24 h	19	21.35	48 h	11	25.00	24 h	52	19.85
72 h	9	10.11	168 h	5	11.36	72 h	37	14.12
144 h	1	1.12	24 h	4	9.09	168 h	12	4.58
168 h	1	1.12	120 h	3	6.82	120 h	5	1.91
120 h	0	0.00	144 h	0	0.00	144 h	2	0.76
其他	9	10.11	其他	9	20.45	其他	27	10.31
未提及	9	10.11	未提及	1	2.27	未提及	30	11.45

3 讨论

“彼痛风者,大率因血受热已自沸腾,其后或涉水或立湿地……寒凉外搏,热血得寒,污浊凝涩,所以作痛”,《格致余论》认为痛风的病因是血分受热,复感寒凉,污浊凝涩。国医大师朱良春创立“浊瘀痹”一名^[10],认为“浊瘀”乃是痛风的主因,外感风寒湿热之邪则为诱因,更强调“浊瘀”的存在。痛风患者发病前大多有尿酸血症。全小林院士指出尿酸升高是由于膏人中满,气血运行不畅,积聚成浊而成^[11],膏浊流注于关节,则发为痛风。急性发病者,关节肿胀剧痛,皮色深红,触之灼手,以湿热毒蕴证为主要证型^[12],湿毒、热毒为标,浊瘀为主要病理因素,脾胃运化失常为本,治疗应以清热解毒,通络止痛为主,并兼以泄浊化瘀,调理脾胃。

3.1 刺血部位分析

3.1.1 常用刺血部位分析 刺血疗法可以“出恶血,生新血”,用于治疗 AGA 可以通过影响 TLRs 样受体^[5,13]、降低炎性因子水平^[14]、上调抗炎因子水平^[15]和降尿酸等机制达到缓解疼痛、保护关节的目的。最常用的刺血部位为阿是穴,即 AGA 患者疼痛关节红肿热痛最明显处或痛风石所在之处,刺之一般可刺破关节囊,使关节内沉积的尿酸盐结晶排出体外,减弱关节腔内尿酸钠盐的刺激。石学敏教授对于痛症亦是找准压痛点,行刺络拔罐以达改善症状的目的^[8]。其次可选择痛处浅表瘀络,即疼痛关节局部或附近青紫、怒张最明显的浅表静脉,刺络可以直接排出脉络中的恶血,祛瘀生新,改善局部微循环状态,以疏经通络、消炎止痛^[16]。十四正经中常用腧穴为太冲、行间、内庭、陷谷、三阴交和太白,结合特定穴及归属经脉分析,太冲为原穴,属肝经,原穴为脏腑原气所留之处,反应脏腑病变,亦为输穴,“输主体痛”,阴经输穴五行属土,可影响脾胃功能,故刺激太冲穴可调理肝脾、清热止痛,并可调节 5-HT、TNF- α 等血管活性物质以镇痛^[17];行间为荥穴,属肝经,“荥主身热”,刺之可清肝经郁热,内庭属胃经,刺之可清胃腑之热,均能清痛风之热毒,消肿止痛;陷谷为输穴,属胃经,阳经输穴五行属木,故刺激陷谷穴可调肝和胃、理气通络止痛;三阴交为足三阴经交会穴,主“足下热痛,不能久坐,湿痹不能行”;太白穴属脾经,为输穴、原穴,有健脾和胃、清热化湿泄浊、通络止痛的作用。

3.1.2 常用刺血部位的特定穴、归经和分部分析 常

用的特定穴为输穴、原穴和荥穴,输穴主痛证,原穴调理脏腑,荥穴主热证,正应治 AGA 之通络止痛、清热解毒、调理脾胃及泄浊化瘀之法。另外井穴善治急证、热证及痛证,亦是较为常用,刺之可激发脏腑经气,调和气血阴阳、疏通经络^[18]。归经以足太阴脾经的频次最多,说明治疗 AGA 须顾护脾胃,泄浊化瘀。刺血输穴选择以下肢部穴位为主,因 AGA 好发于下肢^[19],以足部第一跖趾关节最为常见,其次为踝、膝关节,体现了近部取穴原则。

3.1.3 刺血部位关联分析与聚类分析 关联规则分析显示太冲-行间-陷谷为常见配伍关系,太冲、行间均属肝经,太冲、陷谷均为输穴,行间属荥穴,“荣输治外经”,共行通络止痛之效^[20]。网络共现图显示刺血治疗 AGA 的核心腧穴与常用刺血部位相比,痛处浅表血液瘀滞络脉参与共现总频次较小故不在此列,而阴陵泉和血海参与共现总频次则在太白穴之前。阴陵泉、血海均属足太阴脾经,阴陵泉为治湿要穴,有健脾利湿之效,刺血为泻法,故可利湿泄热;血海为脾经所生之血汇集之处,可治诸血证,活血化瘀,引血归经,之于痛风,可泄浊化瘀、清热利湿。

聚类分析共得到 6 个有效聚类。隐白-大敦均为井穴,分属足太阴经和足厥阴经,有泄热、缓急止痛之效。行间-陷谷-内庭-太冲与关联分析结果相比,常见组合中增加了内庭穴,亦有荣输配伍治外经之义。丘墟-血海-太白-三阴交-阴陵泉-阳陵泉为胆经与脾经的腧穴相互配伍,“少阳循行于骨,主骨生病”^[21],胆经善治筋骨疾病,与脾经合用有清热利湿、舒筋活络、消肿止痛之效。委中穴位于腘横纹中点处,为膀胱经之合穴,“所入为合”,汇聚了足太阳经的水液痰湿之气,故易发生脉络瘀阻,刺之可化瘀通络。痛处浅表瘀络与痛处所经经脉井穴相伍,一方面直接局部刺络放血,改善局部微循环,使尿酸盐从血液中排除,另一方面取循经取远端井穴,刺激脏腑经气循行,使邪热浊瘀随血液排出。阿是穴单独成类,又是最为常用的刺血部位,说明临床中单用阿是穴刺血治疗 AGA 十分常见。

3.2 刺血操作分析 刺血治疗 AGA 常选用点刺法,是指快速刺入人体特定的浅表部位后快速出针并放出一定量血液的方法。此外还可以考虑刺络法,不拘于痛处浅表络脉,所选腧穴及其附近有青紫、怒张的浅表络脉亦可刺之。实现放血的器具一般选择三棱针,古时又称“锋针”,是一种“泻热出血”的常用工

具。临床实践中亦可就地取材,选用一次性无菌注射器针头、一次采血针。皮肤针叩刺、火针点刺等亦为常见刺血形式。

“凡血络有邪者,必尽去之,若血射出而黑,必会变色,见赤为止,否则病必不除而反为害……血尽方可邪出”。刺血治疗的疗效与出血量息息相关,一般出血量的多少由操作医护的经验而定,以见赤为止——见血自凝或血色由紫黑转为深红、由深红转为鲜红或淡红为常见的判断依据。出血量统计具体者,计量多在 1~5、10~50 ml,若刺血疗法联合其他如中药内服外用、电针、针灸等治疗手段时,则适当减少放血的刺激量,常不多于 10 ml。当出血量较少或未达到目标量时,邪浊难以尽去,可配合拔罐疗法以增加出血量,以“察色定量,以量控时”为控制拔罐时长的依据。

刺血法是一种泻法,中病即止。临床应用中 1 个疗程内常行 3~5 次操作,间隔时间为 48 h 左右。血能载气,津血同源,放血疗法易伤津耗气,小剂量放血间隔时间可短,大剂量放血间隔时间宜长不宜短,需充分给予机体恢复正气抗邪外出的时间。临床使用放血疗法时,医者可根据患者的体质选择合适的扶正祛邪之法,切勿过用攻伐而枉顾正气虚弱。

综上,刺血治疗 AGA 取穴思路以治标为主——清热止痛,兼顾治本——泄浊化瘀、清肝理脾和胃,放血常用三棱针点刺放血,可配合拔罐增强出血量,以尽去其邪为目标,根据治疗刺激量适当控制出血量及调整治疗频率。刺血疗法的关键是出血量,有少者数滴,有多者 100 ml,临床上尚未建立规范标准,还需大量的高质量的量效关系研究进行探索验证,建立痛风刺血疗法的操作标准。

参考文献:

- [1]Coulshed A,Nguyen AD,Stocker SL,et al.Australian patient perspectives on the impact of gout [J].International Journal of Rheumatic Diseases,2020,23(10):1372-1378.
- [2]赵敏,陈婷,黄振光,等.1990-2019 年中国痛风疾病负担研究[J].现代预防医学,2021,48(21):3974-3978.
- [3]李丽,廖金平,温新潮.小剂量秋水仙碱联合非甾体类药物治疗痛风急性关节炎患者的临床疗效分析[J].现代诊断与治疗,2023,34(9):1332-1334.
- [4]刘兰英,凌珍美,庄垂加.基于“以通为用”理论探讨改良刺血疗法治疗急性痛风性关节炎湿热证的临床疗效[J].中国民间疗法,2023,31(21):117-121.
- [5]朱丹萌,黄玉莹,罗统安,等.刺血疗法结合壮医药线点灸对

急性痛风性关节炎大鼠 TLRs/MyD88 信号通路的影响[J].中国全科医学,2023,26(20):2525-2531.

[6]冯焕珍,区晓芬,区晓珊.刺络放血疗法辅助湿热蕴结型痛风性关节炎急性期的疗效观察[J].中医外治杂志,2023,32(6):80-82.

[7]Neogi T,Jansen TL,Dalbeth N,et al.2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative [J].Annals of the Rheumatic Diseases,2015,74(10):1789-1798.

[8]阴雨,尹春胜,谷文龙,等.浅谈石学敏教授刺络疗法学术思想[J].上海针灸杂志,2023,42(9):971-975.

[9]冯心苑.基于数据挖掘的真实世界中医药治疗糖尿病周围神经病变用药规律研究[D].武汉:湖北中医药大学,2022.

[10]黄志彬,彭克坚,吴小茶.朱良春痛风方的临床应用研究[J].医学食疗与健康,2021,19(14):1-3.

[11]顾成娟,赵晓华,赖杏荣,等.土茯苓、威灵仙、草薢治疗高尿酸血症——全小林三味小方撷萃[J].吉林中医药,2020,40(12):1556-1558.

[12]刘维.痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南[J].中医杂志,2023,64(4):98-106.

[13]左政,黄培冬,王馨悦,等.基于 TLR4/IL-1b 信号通路探讨阿是穴刺血治疗痛风性关节炎疗效观察[J].上海针灸杂志,2020,39(9):1176-1180.

[14]王丹,黄晨子.刺血和拔罐疗法治疗湿热内结型急性痛风性关节炎临床价值分析[J].社区医学杂志,2020,18(6):445-449.

[15]苏代祥,彭一华,田永飞,等.刺络放血疗法联合加味身痛逐瘀汤治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病的治疗及对血清炎症因子和椎-基底动脉血流动力学的影响[J].河北中医,2022,44(6):1002-1006.

[16]周丹,毛力威,高加强.刺络放血疗法治疗急性足部痛风性关节炎 36 例[J].光明中医,2020,35(18):2902-2904.

[17]林淑芳,王嘉驹,陈白,等.针刺太冲穴对肝阳上亢型偏头痛大鼠血清血管活性物质含量的影响[J].世界中医药,2023,18(18):2584-2588.

[18]叶巧红,朱慧梅,张丽丽.足三阳经循经井穴刺血治疗偏头痛临床研究[J].新中医,2021,53(5):144-146.

[19]徐东,朱小霞,邹和建,等.痛风诊疗规范[J].中华内科杂志,2023,62(9):1068-1076.

[20]舒文,冉津川,陈炳力,等.针刺荣输合穴治疗 2 型糖尿病周围神经病变疗效观察[J].中国针灸,2021,41(8):866-870.

[21]张磊,熊鹿静,李炳坤,等.电针足少阳经穴在膝关节前交叉韧带损伤术后康复中的应用价值[J].中医正骨,2022,34(6):9-16.

收稿日期:2024-08-17;修回日期:2024-08-25

编辑/成森