

同济医药研究院（新加坡）主办

同济医药

TONG

JI

YI

YAO



Established by Thong Chai Institute of Medical Research

2018年12月·第六期



同济医药研究院
赠阅

MCI (P) 116/11/2018

2017医师继续教育CPE（海外专家中医药论坛）



【973项目】“脾主运化、统血”等脾脏象理论项目简介
杨关林校长做主旨演讲



寒邪与关节炎
祖传六代名医高明利教授做主题发言



高血压“脉胀”的中西医研究及中医综合疗法临床应用
辽宁省名医张艳教授做主题发言及与医师互动



毒邪论
中国名讲师郑洪新教授做主题发言



2018同济医院暨同济医药研究院学术年会



左起白伟良 陈文杰 林响杉 傅瑜敏 蔡惠峙 张骏发 刘聚强



《同济医药》

2018年第六期目次

新加坡乳腺癌患者中医证素分布	白伟良 (01)
76例晚期非小细胞肺癌疼痛的中药止痛治疗靶标研究.....	刘聚强 (06)
新加坡膝骨性关节炎 (KOA) 中医证型分布研究	蔡惠峙 (09)
中药复方治疗慢性浅表性胃炎的Meta分析	傅瑜敏 (13)
新加坡儿童咳嗽中医证候特征分析及辨证规律的研究.....	张骏发 (17)
宣肺通窍法治疗新加坡小儿上气道咳嗽综合征72例的临床研究.....	林昀杉 (21)
针刺结筋病灶点与传统经穴治疗坐骨神经痛的疗效分析.....	陈文杰 (25)
急性非特异性下腰痛患者经筋辨证及针刺治疗的临床研究.....	靳继延 (32)
“调经促孕汤”治疗肾阳虚兼肝郁型黄体功能不全不孕症的临床研究.....	彭永豪 (35)
柴胡加芒硝与桂枝加大黄的区别与应用	陈治霏 (39)

《同济医药》杂志

2018年 (年刊) 第六期	Vol 6, 2018 (Yearly Journal)
2018年12月出版	Published on December, 2018
2013年12月创刊	Established in December, 2013
主办单位: 同济医药研究院	Sponsor: Tong Chai Medical Institute of Research
出版单位: 同济医药研究院	Publisher: Tong Chai Medical Institute of Research
地 址: 新加坡振瑞路50号	Address: 50 Chin Swee Road #01-01 Tong Chai Building Singapore 169874
顾 问: 林源利 BBM	Advisor: Lim Guan Lee BBM
学术顾问: 曹洪欣 王庆国 杨关林	Academic Advisors: Cao Hongxin Wang Qingguo Yang Guanlin
出 版 人: 刘廷辉	Publisher: Low Theng Whee
主 编: 郑黄芳	Chief Editor: Zheng Huang Fang
副 主 编: 黄明春 彭永豪	Deputy Editor: Nge Beng Choon Pang Weng Hou
编 委: 耿满 张国强 张骏发	Editorial Members:
蔡惠峙 黄金菊 欧阳强波	Geng Man Teo Kok Keong Teo Chun Huat
林昀杉 李嘉雯 洪湘菱	Chua Huishi Ng Jin Ju Aw Yong Keong Poh
陈姿吉 陈慧贞 蓝忆婷	Lam Yun Shan Lee Jia Ven Ang Xiang Ling
	Tan Tze Kiat Tan Hui Chin Na Yi Ting

新加坡乳腺癌患者中医证素分布(摘要)

硕士研究生: 白伟良

导师: 殷东风教授

目的: 探讨寻求中医治疗乳腺癌患者的中医证候要素分布的规律, 为将来的研究提供基础。

材料与方法: 通过医师问卷式调查表以及病例调查, 采集2016年9月至2017年5月间就诊于新加坡中华医院门诊部的乳腺癌病患, 共纳入140例患者, 让患者自行或在中医师对表中所列出的自觉症状(包括当前及回顾性的症状), 收集患者的中医临床症状及舌脉、患者的一般资料、病程、既往病史及西医实验室检查指标等, 根据《恶性肿瘤中医诊疗指南》(主编林洪生 2014年)为主所制定的证候要素诊疗标准对资料进行分析, 探讨乳腺癌患者的分期、性质、无手术, 手术后, 化疗期间、放疗期间、内分泌治疗期间等就诊时的中医证候要素分布规律。结果应用Excel建立数据库, 进行统计学分析。

结果:

1. 新加坡乳腺癌患者以中老年性患者(51-70岁)居多占67.2%, 平均年龄59.4岁, 中位数60岁。
2. 新加坡乳腺癌患者接受中医治疗以手术治疗后的人群为大部分, 占90.7%。
3. 本研究的140例乳腺癌患者中气虚证候要素最多见(86.4%), 其他依次为气滞证(40.7%), 阴虚证(30.7%), 痰湿证(17.1%), 血瘀证(12.9%)及热毒证(10.7%)。无论在任何治疗阶段(化疗、放疗、内分泌治疗), 有或无手术, 分期, 雌激素、孕激素、癌基因受体测定, 气虚证的比率均占最多, 符合肿瘤病乳腺癌性质是本虚之病的认识。
4. 新加坡为高温高湿地带, 乳腺癌患者的痰湿证候要素的频率次数无特别体现增多(17.1%), 体现出乳腺癌的中医病因、病机、证候要素可能无明显地域的区别, 总体符合乳腺癌患者在肿瘤病的特征多以气虚、气滞证为主。
5. 化疗期间的乳腺癌患者, 脾胃不和证型人数占50%, 因激素使用, 增加患者的食欲和体重, 减少了乳腺癌患者个体化临床证型的意义。

结论:

1. 新加坡乳腺癌常见的证候要素分布以气虚证为居多, 其他依次为气滞证、阴虚证、痰湿

证、血瘀证、热毒证。

2. 新加坡乳腺癌的中医病因、病机、证候要素证型可能无明显地域的区别。
3. 现代化疗因激素使用, 减少了乳腺癌患者个体化的临床证型的意义。

【关键词】 乳腺癌; 中医证候要素; 激素

材料与方法

一般资料:

选取来源于2016年9月—2017年5月就诊于新加坡中华医院, 明确诊断为乳腺癌患者, 种族不限。

- (1) 一般情况: 姓名, 性别(女), 出生日期, 身份证号, 体重, 病程
- (2) 既往病史
- (3) 中医相关资料: 症状, 舌脉, 证型
- (4) 实验室指标

入选标准:

- (1) 女性乳腺癌患者
- (2) 年龄在20岁至90岁之间
- (3) 未服用中药治疗的初诊病患, 或已停用中药至少2周的患者

排除标准:

- (1) 继发性、转移性的乳腺癌患者(非原发性的乳腺癌患者)
- (2) 妊娠或哺乳期妇女
- (3) 无法合作者, 如精神病患者

西医诊断标准

乳腺癌诊断标准, 符合WHO(世界卫生组织), AJCC(美国癌症联合委员会[2002年, 第六版]), NCCN(美国国家癌症综合网络中心), 乳腺癌西医诊断等标准。

乳腺癌常见的临床表现: 乳腺肿块、乳腺溢汁、乳头改变、乳房皮肤改变、乳房疼痛、腋窝区域淋巴结肿大、乳晕异常等。

西医检查诊断: 影像检查(超声、MRI、CT、X-线等), 肿瘤标志物检查(如: CEA、CA153), 雌激素和孕激素受体测定(ER, PR), 免疫组织化学, 活体组织检查, 癌基因(Cerb-B2或Her2/neu)等。

临床分期: TNM 分期, TNM 临床分期(0期 - IV期), BI-RADS(0-6)等。

中医辨证分型诊断标准

参照《恶性肿瘤中医诊疗指南》主编林洪生 2014 年, 确定本研究中医证型并制作出证候量化表。

临床上乳腺癌虚实夹杂, 数型并见。根据患者的临床表现, 在既往研究基础上, 结合文献报道以及中国中医肿瘤专家意见, 乳腺癌可分为 6 种证候要素。

中医 6 大证候要素分型:

气虚、阴虚、痰湿、血瘀、热毒、气滞即是单纯的一种证型, 而临床上的证型往往是两种证候要素的合成。

(1) 气虚证

主症: 神疲乏力, 少气懒言, 胸闷气短。

主舌: 舌淡胖。

主脉: 脉虚。

或见症: 食少纳呆, 形体消瘦, 自汗, 畏寒肢冷。

或见舌: 舌边齿痕, 苔白滑, 薄白苔。

或见脉: 脉沉细, 脉细弱, 脉沉迟。

(2) 阴虚证

主症: 五心烦热, 口咽干燥, 潮热盗汗。

主舌: 舌红少苔。

主脉: 脉细数。

或见症: 口咽干燥, 面色潮红, 失眠, 消瘦, 大便干结, 小便短少。

或见舌: 舌干裂, 苔薄白或薄黄而干, 花剥苔, 无苔。

或见脉: 脉浮数, 脉弦细数, 脉沉细数。

(3) 痰湿证

主症: 胸脘痞闷, 恶心纳呆, 呕吐痰涎。

主舌: 舌淡苔白腻。

主脉: 脉滑或濡。

或见症: 口渴少饮, 口粘纳呆, 头身困重, 痰核。

或见舌: 舌胖嫩, 苔白滑, 苔滑腻, 苔厚腻, 脓腐苔。

或见脉: 脉浮滑, 脉弦滑, 脉濡滑, 脉濡缓。

(4) 血瘀证

主症: 乳房包块, 刺痛固定, 肌肤甲错。

主舌: 舌质紫黯或有瘀斑、瘀点。

主脉: 脉涩。

或见症: 面色黧黑, 唇甲青紫, 阴道出血色黯瘀, 或夹血块。

或见舌: 舌胖嫩, 苔白滑, 苔滑腻, 苔厚腻, 脓腐苔。

或见脉: 脉沉弦, 脉结代, 脉弦涩, 脉沉细涩, 牢脉。

(5) 热毒证

主症: 口苦身热, 尿赤便结, 局部肿痛。

主舌: 舌红或绛, 苔黄而干。

主脉: 脉滑数。

或见症: 发热, 面红目赤, 口苦, 便秘,

小便黄, 出血, 疮疡痈肿, 口渴饮冷。

或见舌: 舌有红点或芒刺, 苔黄燥,

苔黄厚黏腻。

或见脉: 脉洪数, 脉数, 脉弦数。

(6) 气滞证

主症: 胸胁胀满, 痛无定处。

主舌: 舌淡黯。

主脉: 脉弦。

或见症: 烦躁易怒, 情志抑郁或喜叹息, 暖气或呃逆。

或见舌: 舌边红, 苔薄白, 苔薄黄, 苔白腻或黄腻。

或见脉: 脉弦细。

中医辨证方法:

符合主症 2 项, 并见主舌、主脉者。

符合主症 2 项, 或见症 1 个, 任何本证舌、脉者。

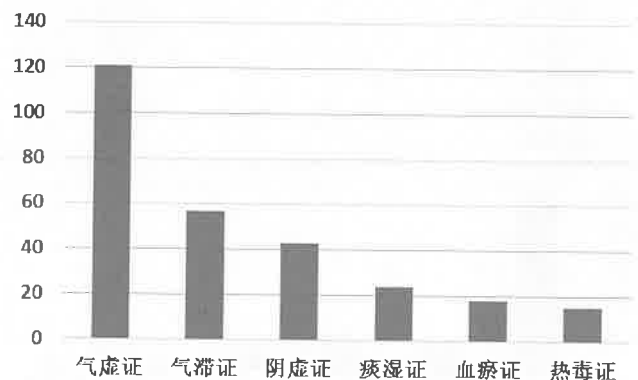
符合主症 1 项, 或见症不少于 2 个, 任何本证舌、脉者。

结果

本研究在中医理论的指导下, 对明确诊断为乳腺癌患者进行了中医证候要素研究。临床上共采集 140 例病例进行证候学的分析。

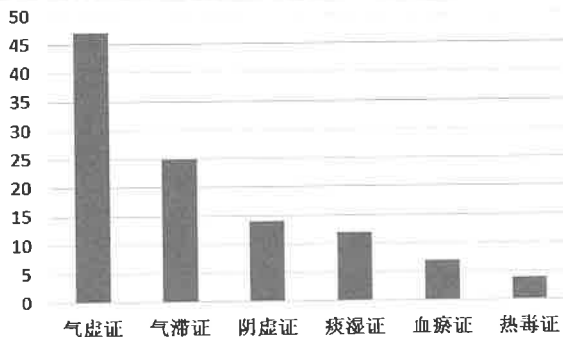
140 例乳腺癌患者的证候要素分布

证型	例数	构成比(%)
气虚证	121	86.4%
气滞证	57	40.7%
阴虚证	43	30.7%
痰湿证	24	17.1%
血瘀证	18	12.9%
热毒证	15	10.7%



56例乳腺癌患者手术后无化疗、放疗、内分泌治疗期间的证候要素分布

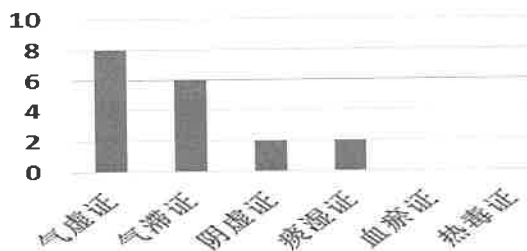
证型	例数	构成比(%)
气虚证	47	83.9%
气滞证	25	44.6%
阴虚证	14	25.0%
痰湿证	12	21.4%
血瘀证	7	12.5%
热毒证	4	7.1%



56例乳腺癌患者手术后无化疗、放疗、内分泌治疗期间的证候要素分布

0期11例乳腺癌患者的证候要素分布

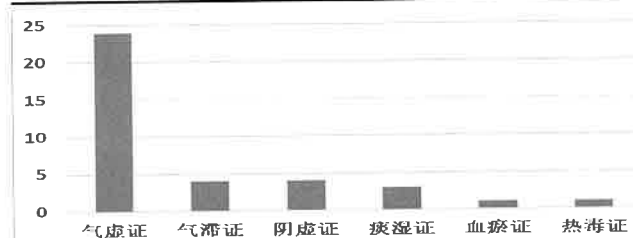
证型	例数	构成比(%)
气虚证	8	72.7%
气滞证	6	54.5%
阴虚证	2	18.2%
痰湿证	2	18.2%
血瘀证	0	0.0%
热毒证	0	0.0%



0期11例乳腺癌患者的证候要素分布

I期26例乳腺癌患者的证候要素分布

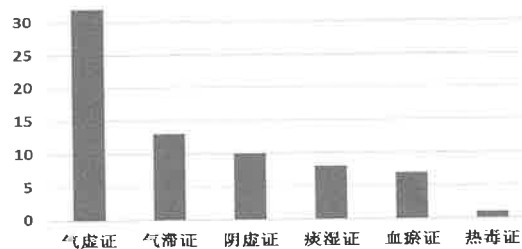
证型	例数	构成比(%)
气虚证	24	92.3%
气滞证	4	15.4%
阴虚证	4	15.4%
痰湿证	3	11.5%
血瘀证	1	3.8%
热毒证	1	3.8%



I期26例乳腺癌患者的证候要素分布

II期35例乳腺癌患者的证候要素分布

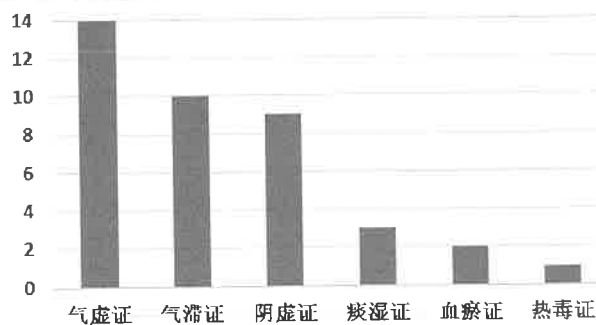
证型	例数	构成比(%)
气虚证	32	91.4%
气滞证	13	37.1%
阴虚证	10	28.6%
痰湿证	8	22.9%
血瘀证	7	20.0%
热毒证	1	2.9%



II期35例乳腺癌患者的证候要素分布

III期17例乳腺癌患者的证候要素分布

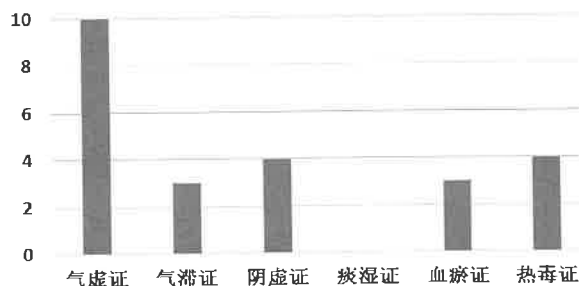
证型	例数	构成比(%)
气虚证	14	82.4%
气滞证	10	58.8%
阴虚证	9	52.9%
痰湿证	3	17.6%
血瘀证	2	11.8%
热毒证	1	5.9%



III期17例乳腺癌患者的证候要素分布

IV期12例乳腺癌患者的证候要素分布

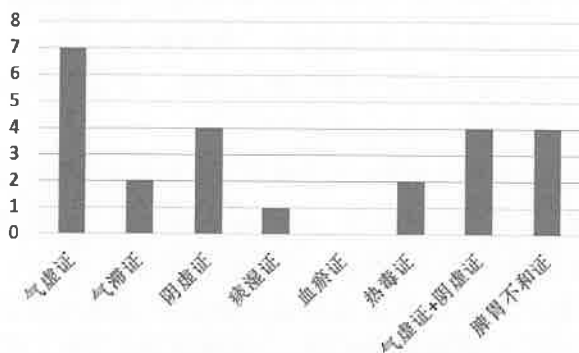
证型	例数	构成比(%)
气虚证	10	83.3%
气滞证	3	25.0%
阴虚证	4	33.3%
痰湿证	0	0.0%
血瘀证	3	25.0%
热毒证	4	33.3%



IV期12例乳腺癌患者的证候要素分布

8例乳腺癌患者化疗期间的证候要素分布

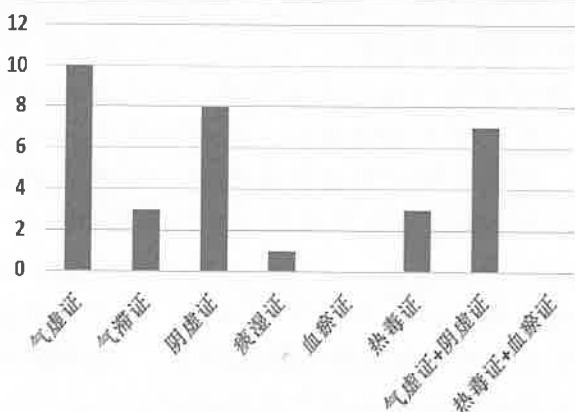
证型	例数	构成比(%)
气虚证	7	87.5%
气滞证	2	25.0%
阴虚证	4	50.0%
痰湿证	1	12.5%
血瘀证	0	0.0%
热毒证	2	25.0%
气虚证+阴虚证	4	50.0%
脾胃不和证	4	50.0%



8例乳腺癌患者化疗期间的证候要素分布

11例乳腺癌患者放疗期间的证候要素分布

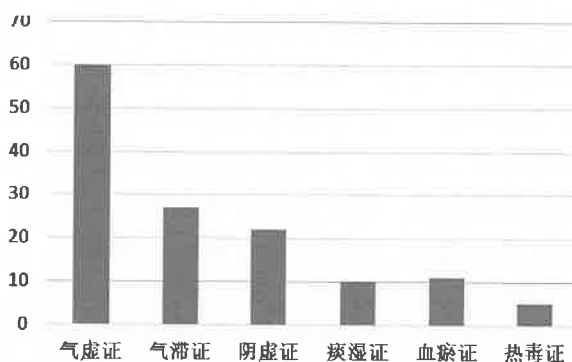
证型	例数	构成比(%)
气虚证	10	90.9%
气滞证	3	27.2%
阴虚证	8	72.7%
痰湿证	1	9.0%
血瘀证	0	0.0%
热毒证	3	27.2%
气虚证+阴虚证	7	63.6%
热毒证+血瘀证	0	0.0%



11例乳腺癌患者放疗期间的证候要素分布

66例乳腺癌患者内分泌治疗期间的证候要素分布

证型	例数	构成比(%)
气虚证	60	92.3%
气滞证	27	41.5%
阴虚证	22	33.8%
痰湿证	10	15.4%
血瘀证	11	16.9%
热毒证	5	7.7%



66例乳腺癌患者内分泌治疗期间的证候要素分布

讨论

2014年《恶性肿瘤中医诊疗指南》结合文献报道以及中国中医肿瘤专家意见,对于乳腺癌提炼了6种证候要素(气虚、气滞、阴虚、痰湿、血瘀、热毒证,可数型并见),作为辨证分型施治的基础。从过去的单一症状疗效评价到现今的病证结合模式,中医证候疗效指标是一个在新药临床试验中发展和完善的指标。中医证候指南也注重循证医学证据,加强可操作性,在中西医结合治疗途径作了设计,在使用中成药作了推荐。2014年《指南》在区分治疗的不同阶段,把辨证汤药治疗分为西医治疗结合及单纯中医治疗两部分^[4]。

此新加坡乳腺癌证候要素分析结果显示,无论在任何西医治疗阶段,有或无手术、化疗、放疗、内分泌治疗,分期,雌激素、孕激素、癌基因受体测定,气虚证的比率均占最多(70%以上)。气虚证的最大人群分布可以说明患有乳腺癌患者的病因,体质明显气虚,症状体现出正气不足。这也符合许多研究与专家对肿瘤病的认识,就是肿瘤病的性质主要就是本虚之病,以气虚为主。2014年《指南》的气虚证候要素笼统指五脏之气虚,以脾虚为主,也包含了血虚证与阳虚证的范畴。这突显了中医扶正治疗肿瘤病的第一原则。

证候要素分析结果显示气滞证的总比率为第二(40.7%)。除了化疗期间与放疗期间患者,比率均占第二。2014年《指南》的气滞证候要素笼统指五脏之气滞,以肝脏为主,也包含了肝郁气滞,肝气郁结的范畴。《外科正宗·乳痈论》提示乳房疾病以情志所伤为主要病因。妇女以肝为先天,肝病气血较易郁滞。在临床观察,患乳腺癌患者情绪波动明显,情志抑郁烦躁。本研究显示术前气虚证候要素为最多,结果也符合气滞证在乳腺癌的病因与病机的重要性。

肿瘤患者伴发抑郁是常见的,至少25%的住院患者伴有精神抑郁。有报道在不同肿瘤患者的SDS和

SAS评定结果中,乳腺癌抑郁反应排第1位,焦虑反应排第2位^[2]。患者一般担心手术影响性功能、担心治疗效果及预后、担心住院费用等对乳腺癌患者术后影响较大。因此,在临床治疗应重视并及时发现患者的心理障碍,有针对性进行心理干预措施,减轻患者负性情绪,提高治疗效果和生活质量,在药物上可适当加入疏肝解郁,理气散结的中药物。

化疗药物对各生理系统产生严重的副反应,主要包括骨髓造血功能抑制、消化道反应、免疫功能低下、肝肾功能损害、静脉炎及神经毒性等,伤害消耗人体的气血阴阳。此研究在化疗期间的8例乳腺癌患者,气虚证候要素比率为最多(87.5%),阴虚证候要素比率则第二(50%),所有阴虚证患者均有气虚证。其余证候要素依次为气滞证(25.0%),热毒证(25.0%),痰湿证(12.5%),血瘀证(0.0%)。2014年《指南》脾胃不和证型的临床表现为胃脘饱胀、食欲减退、恶心、呕吐、腹胀或腹泻,舌体多胖大,舌苔薄白、白腻或黄腻,症状多见于化疗引起的消化道反应^[3]。此研究化疗期间的乳腺癌患者,脾胃不和证型只占50%。过去的化疗患者一般都有脾胃不和证型,现在乳腺癌的化疗一般会使用紫杉类化疗药,须合用激素如地塞米松增加食欲和体重,所以化疗患者的证型在激素的影响下有变,减少了患者个体化临床证候要素的意义。

放疗放射线在伤害肿瘤细胞的同时也损伤周围组织和正常细胞,引起机体一系列全身及局部的毒副反应,如骨髓抑制、放射性炎症、放射性口鼻干燥症、消化道反应等,类似热毒之邪,伤损人体的气阴。此研究在放疗期间的11例乳腺癌患者,气虚证候要素比率为最多(90.9%),阴虚证候要素比率则第二(72.7%),所有阴虚证患者均有气虚证。热毒证占3例(27.2%),血瘀证例数则0。此研究在放疗期间观察仍与虚证(气阴两虚证)为主,实证(热毒证)为次。

乳腺癌内分泌治疗是研究中最成熟和最有成效的治疗方法,历史也最久。三苯氧胺(他莫昔芬 Tamoxifen)是乳腺癌内分泌临床上研究最多,应用最广的药物,可以用于乳腺癌复发转移的解救治疗,术后预防复发转移的辅助治疗以及高危健康女性乳腺癌的预防药物。内分泌治疗因基本药物包含抗雌激素、芳香化酶抑制剂(Aromatase Inhibitor)、促黄体生成素释放激素类似物(LHRHa, Luteinising Hormone-Releasing Hormone Analog)、雌/雄激素类和孕激素等^[5],身体荷尔蒙平衡变化,本表现证型以阴虚内热为主,月经紊

乱、烘热汗出、五心烦热症状表现多见^[4]。除了特别因素或要求,在治疗乳腺癌时,没有必要对月经失调进行恢复性的治疗目的。乳腺癌根治手术后月经失调患者在辨证施治时,可以忽略冲任失调的证型,这样也可以减乳腺癌轻患者不必要的负担^[6]。

此研究在内分泌治疗期间的66例乳腺癌患者,气虚证候要素比率最多(92.3%),气滞证候要素比率则第二(41.5%),阴虚证候要素比率则第三(33.8%),其余证候要素依次为痰湿证(15.4%),血瘀证(16.9%),热毒证(7.7%)。气虚与气滞证候要素比率较阴虚证高,患者的症状多表现于神疲乏力以及情志抑郁烦躁。

此研究显示在乳腺癌分期的0-III期患者的6大证候要素与140例整体分布一致,以气虚证为主,依次气滞证、阴虚证、痰湿证、血瘀证、热毒证。

12例IV期乳腺癌证候要素的频率次序则气虚证(83.3%)、阴虚证(33.3%)、热毒证(33.3%)、气滞证(25.0%)、血瘀证(25.0%),痰湿证0例。6例(50%)IV期乳腺癌患者是为晚期肿瘤病,一般无手术治疗,主要接受化疗、放疗或单纯中医治疗,所以在频率次序上与其它分期有不同之处,仍与虚证为主,但是实证的热毒瘀血邪气的程度表现明显。0期乳腺癌患者是为早期肿瘤病,血瘀证与热毒证占0例(0.0%),与虚证为主,气滞证为次,热毒瘀血之实邪的表现则不明显。

90.7%的乳腺癌患者是经手术后就诊于中医,对于乳房体表局限性的包块的主症状没有痰湿证素与血瘀证素的诊断意义。

新加坡的气候是高温高湿,饮食习惯贪凉冷饮,新加坡人易感湿浊、湿热的外在和内在因素。有学者采用群体体质调查,发现新加坡人大多数的中医证型体质偏于气虚、阴虚和湿热^[1]。在这项研究调查,虽然新加坡乳腺癌患者处在较湿浊湿热的环境与饮食习惯,但是痰湿证候要素的频率次数无特别体现增多。140例整体证候要素痰湿证频率次序仅仅排第4(17.1%)。手术后无化疗、放疗、内分泌治疗次序频率排第4(21.4%)。无手术无化疗、放疗、内分泌治疗次序频率则排第3(18.2%与阴虚证同等)。

乳腺癌是为慢性病,患者的中医病因、病机、证候要素证型可能无明显地域的区别,总体符合乳腺癌患者在肿瘤病的特征多以气虚气滞证为主,体现出治疗肿瘤病以辨病为主的重要性。

【参考文献】略

76例晚期非小细胞肺癌疼痛的 中药止痛治疗靶标研究(摘要)

硕士研究生: 刘聚强

导师: 殷东风教授

近年来癌症发病率不断增加, 癌痛影响到患者的行动、饮食、睡眠等各个方面, 已成为影响肿瘤患者生活质量的主要症状之一。疼痛是肿瘤患者最常见却又最难控制的症状之一。据世界卫生组织(WHO)统计, 全世界每年有1000万新发癌症患者, 600万人死于癌症, 其中50%的患者有癌性疼痛症状, 70%的晚期癌症患者以疼痛为主要症状。近年来, 癌性疼痛的治疗备受关注, 这是肿瘤综合治疗理念和水平提高的标志。吗啡类药物的使用, 在一定程度上缓解了患者的疼痛, 但也能够引起很大的不良反应和成瘾性。与此同时, 全球肿瘤工作者也面临着癌痛治疗水平普及和提高的两大任务。寻找治疗癌痛规范的、简便的且副作用小的有效途径, 是近年国内外肿瘤工作者关注和实践的重要内容。中医学诊治方法独特, 辨证施治, 已成为针对癌痛治疗的新的研究方向。因而, 通过准确辨证论治, 配合中药使用, 将是中医治疗癌痛的优势所在。

本文通过对76例晚期非小细胞肺癌疼痛的中药止痛治疗结果, 分析中医辨证、TKI治疗等与疼痛的相关性, 总结中医药在中晚期非小细胞肺癌疼痛治疗中的止痛靶标。

【关键词】 癌痛; 靶向治疗; 虚实辨证; 三阶梯止痛

材料与方

1. 研究对象

选择2016年1月-2017年2月在辽宁中医药大学附属医院肿瘤科住院的癌痛患者, 经病理诊断或临床诊断的III-IV期肺癌患者, 若基因突变检测阳性, 或口服络氨酸激酶抑制剂(TKI)后2个月评价疗效CR/PR/SD, 视为靶向治疗有效; 基因突变检测为阴性或口服TKI后2个月评价疗效PD, 视为靶向治疗无效。所有患者均可口服中药治疗, 同时排除心、肺、肝、肾功能严重障碍患者。

2. 治疗方法

TKI治疗有效患者继续口服靶向药物治疗(吉非替尼、厄洛替尼或埃克替尼)。中药汤剂根据患者的虚实辨证, 脉证结合, 实证患者给予柴胡龙骨牡蛎汤加减, 虚症患者给予益气消积汤加减, 实证包括: 气机阻滞、肝郁气滞、水饮内停、痰湿(热)蕴肺、寒饮伏肺等, 虚证包括: 气阴两虚、肺脾气虚等。此外, 肝郁脾虚属于虚实夹杂因属于肝郁引起, 辨证划入实证中。同时根据患者疼痛情况予止

痛效药: 莪术、胆南星、姜黄、元胡、四逆散、三棱、川楝子, 吴茱萸。西医止痛治疗, 所有患者以WHO三阶梯作为止痛原则, 根据疼痛(NRS)评分情况及服药史确定初始剂量, NRS评分0-3分的轻度癌痛患者给予中药汤剂口服, 或配合一阶梯止痛药物。NRS评分4-6分的中度癌痛患者在给予中药汤剂止痛基础上, 给予二阶梯止痛药物或小剂量阿片类药物滴定, NRS评分6分以上重度癌痛患者给予中药三阶梯药物止痛治疗。中重度疼痛患者每隔24h进行疼痛评估, 疼痛控制不满意患者给予西医止痛药物加量, 并调整止痛效药, 直到疼痛控制满意即NRS评分 ≤ 3 分, 并给予维持治疗。观察时间为14天。

3. 评定标准

3.1 疼痛评分采用NRS评分法(数字模拟评分法): 轻度疼痛1-3分, 中度疼痛4-6分, 重度疼痛7-10分; 疼痛缓解情况: 完全缓解(CR): 治疗后完全无痛; 部分缓解(PR): 疼痛较给药前明显减轻, 睡眠不受干扰, 大致正常生活; 轻度缓解(MR): 疼痛较给药前减轻, 但仍有明显疼痛, 睡眠受明显干扰; 无效(NR): 与治疗前比较无缓解。疼痛缓解率 = (完全缓解+部分缓解+轻度缓解)/总例数 $\times 100\%$ 。疼痛缓解时间为NRS ≥ 4 分患者疼痛评分降为3分及以下的时间。

3.2 生活质量评分(QOL), 根据国内肿瘤患者生活质量评分标准, 总分100分。

3.3 分析中药用药数量、年龄、体重、吸烟史、疼痛评分、性别、病理、TKI疗效与KPS评分的相关性。

3.4 比较轻度疼痛与中重度疼痛患者年龄、KPS、吸烟情况、体重、TKI疗效及中药效药味数的差别。

3.5 比较轻度疼痛和中重度疼痛患者中, TKI治疗疗效和辨证分型不同的患者应用中药效药味数的差别。

3.6 统计轻度、中度和重度癌痛患者根据虚实辨证后应用三阶梯药物的人数及药物。

结果:

1. 患者一般情况

2016年1月至2017年2月入住我院肿瘤科的肺癌合并疼痛患者共76例, 入组76例患者, EGFR基因突变检测患者共23例, 其中突变患者9例, 未突变患者14例, 未做基因突变检测患者53例, 53例患者均口服TKI治疗。TKI治疗有效患者39例, 无效患者37

例。TKI治疗情况见表1。男31例，女45例，年龄31~86岁，中位年龄65岁，平均66岁；病理诊断：鳞癌6例，腺癌46例，临床诊断24例；未手术患者57例，手术患者19例；TKI药物有效患者39例，无效37例；IV期患者64例，III期患者12例；无吸烟史患者47例，有吸烟史患者29例；合并轻度疼痛37例，中重度疼痛39例；KPS评分<50分患者16例，≥50分患者60例；中医辨证分型虚症27例，实证49例。

表1 基因检测及TKI治疗人数

效果	基因检测		未检测	
	突变	未突变		
无效	2		13	22
有效	7		1	31

2. 相关性分析

分析中药效药数量与年龄、体重、吸烟史、疼痛评分、性别、病理、TKI疗效、KPS评分的相关性，见图1。

		相关性										
		中药数量	体重	吸烟史	疼痛评分	性别	年龄	病理	疗效	kps		
Pearson相关性	中药数量	1.000	-.051	-.072	.154	-.085	-.232	-.002	.158	-.302		
	体重	-.051	1.000	.344	-.164	.350	-.011	.016	-.312	-.259		
	吸烟史	-.072	.344	1.000	.049	-.511	.139	-.100	.210	-.022		
	疼痛评分	.154	-.164	.049	1.000	-.077	.010	-.092	-.373	-.481		
	性别	-.085	.350	.811	-.077	1.000	-.156	-.021	.022	-.123		
	年龄	-.232	-.011	.139	.010	-.156	1.000	.190	-.012	-.086		
	病理	-.002	.016	.130	.091	-.021	.190	1.000	.078	-.123		
	疗效	.158	-.312	.210	-.373	.022	-.012	.078	1.000	-.387		
	kps	-.302	-.259	-.022	-.481	-.123	-.086	-.123	-.387	1.000		
	Sig (单侧)	中药数量		.331	.289	.092	.234	.340	.491	.087	.004	
		体重	.331		.071	.079	.001	.402	.416	.303	.019	
吸烟史		.289	.071		.325	.000	.115	.194	.034	.418		
疼痛评分		.092	.079	.325		.255	.365	.209	.000	.000		
性别		.234	.001	.030	.255		.000	.427	.423	.154		
年龄		.340	.402	.115	.365	.000		.030	.469	.229		
病理		.491	.416	.194	.209	.427	.030		.252	.154		
疗效		.087	.303	.034	.000	.423	.469	.252		.000		
kps		.004	.019	.418	.000	.154	.229	.154	.000			

图1 疼痛相关因素的线性分析

从上图可见，使用中药效药数量与年龄、KPS负相关， $P<0.05$ ，有统计学差异；疼痛评分与靶向治疗疗效、KPS显著相关， $P<0.05$ ，有统计学差异；靶向治疗疗效与体重、吸烟史、疼痛评分、KPS相关， $P<0.05$ ，有统计学差异；KPS评分与中药数量、体重、疼痛评分、靶向治疗疗效显著相关， $P<0.05$ ，有统计学差异。

3. 轻度疼痛与中重度疼痛患者比较

分析止痛中药味数、KPS、靶向治疗等在轻度疼痛与中重度疼痛患者中的分布，见表2。

表2 轻度疼痛和中重度疼痛患者比较

	NRS ≤ 3	NRS > 3
总人数 (人)	39	37
年龄 (岁)	65 ± 10.48	67 ± 8.93
KPS评分	64 ± 10.49	53 ± 11.31 [△]
吸烟人数 (人)	14 (35.9%)	15 (40.5%)

体重(公斤)	62.8 ± 10.79	59 ± 12.31
靶向治疗有效 (人)	25 (64.1%)	14 (37.8%) [△]
止痛中药味数 (味)	1.95 ± 0.15	2.81 ± 0.15 [△]

注：△轻度疼痛与中重度疼痛患者在KPS评分、靶向治疗有效人数及止痛中药味数比较均为 $P<0.05$ ，有统计学意义。

从上表可见，轻度疼痛患者平均KPS评分64 ± 10.49，中重度疼痛患者平均KPS评分53 ± 11.31，两者比较 $P<0.05$ ，有统计学差异。两组患者靶向治疗有效人数分别为25人(64.1%)，和14人(37.8%)，两者比较 $P<0.05$ ，有统计学差异。两组患者应用中药味数分别为1.95 ± 0.15味和2.81 ± 0.15味，两者比较 $p<0.05$ ，有统计学差异。除此以外，在年龄、吸烟史和体重方面，两者比较无统计学差异。

4. 中药与三阶梯用药人数

根据NRS评分与辨证不同，三阶梯药物人数应用见表3。

表3 虚实辨证与三阶梯药物应用

辨证	NRS ≤ 3分		NRS 4—6分		NRS > 6分	
	单纯中药	中药合并1阶梯	中药合并2阶梯或小剂量阿片类	中药合并3阶梯	中药合并3阶梯	中药合并3阶梯
实证(人)	21 (53.8%)	3	18	8	8	
虚症(人)	15 (55.6%)	1	8	3	3	

由上表可见，实证患者共有49人，虚症患者共有27人，轻度疼痛的实证患者单纯应用中药止痛为21人，占全部实证轻度疼痛患者的53.8%，轻度疼痛虚症单纯应用中药患者为15人，占全部轻度疼痛患者人数的55.6%。

5. 止痛效应靶标及止痛效药用频次分布

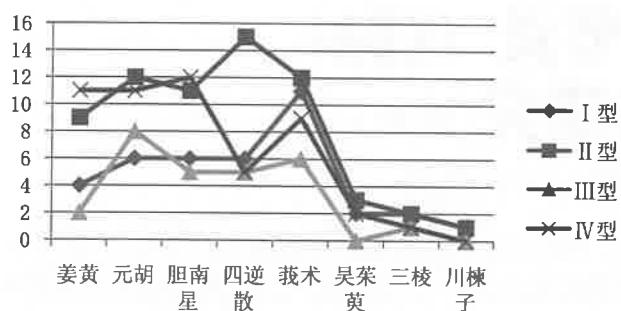
根据NRS评分、中医辨证、TKI治疗疗效不同，将所有患者分为4型靶标，并统计不同靶标中药止痛效药平均用药味数，见表4。

表4 中药止痛效药用情况

靶标型别(例)	靶标标识	止痛中药味数
辨证/KPS/靶向治疗		
I型 (23)	实证/≤3/靶向+非靶向	1.63 ± 0.63 [*]
II型 (27)	虚证/全部/靶向+非靶向	2.42 ± 1.02 [△]
III型 (10)	实证/≥3/靶向	2.6 ± 0.91
IV型 (16)	实证/≥3/非靶向	3.25 ± 0.66

注：*：I型与IV型止痛中药味数比较 $P<0.05$ ，△：II型与IV型止痛中药味数比较 $P<0.05$ ，有统计学意义。

由表4可见，I型靶标患者共计23人，平均用药1.63 ± 0.63味，II型靶标患者27人，平均用药2.42 ± 1.02味，III型靶标患者10人，平均用药味数2.6 ± 0.91味，IV型靶标患者16人，平均用药味数3.25 ± 0.66味，其中IV型靶标患者使用止痛中药味数多于I型、II型，两两比较 $P<0.05$ ，有统计学差异。根据4型靶标统计中药止痛效药用频次，见图2。



由图2可见，中药用药分布情况：四逆散和吴茱萸两味药物II型靶标患者应用频次多于另外3组患者；IV型靶标患者整体使用止痛中药频次高于I型和III型。

6. NRS评分与三阶梯药物应用

比较不同NRS评分及辨证分型患者应用三阶梯止痛药物及用量情况，见表5。

表5 三阶梯药物应用情况

NRS评分	阶梯	药物	实证		虚证	
			人数	用量	人数	用量
NRS ≤ 3分	一阶梯	乐松	2	120mg	1	-----
		美洛昔康	0	-----	1	15mg
NRS 4—6分	二阶梯	曲马多	1	200mg	0	-----
		可待因	2	36.92mg	2	18.46mg
		泰勒宁	10	45mg	3	37.5mg
		低剂量阿片类				
		奥施康定	3	30mg	3	30mg
NRS > 6分	三阶梯	盐酸吗啡片	2	30mg	0	-----
		芬太尼	0	-----	1	60mg
		奥施康定	3	200mg	2	180mg
		盐酸吗啡片	5	210mg	0	-----

根据各止痛药之间换算计量表，将可待因、泰勒宁、奥施康定分别按照1: 6.5、1: 1.5、1: 1.5换算成盐酸吗啡片计量进行统计，芬太尼按照25ug/时，相当于口服吗啡60mg/天计算。因一阶梯止痛药及曲马多缓释片无换算比例，因此按原药计量统计。氨酚羟考酮为复合剂型，按羟考酮含量进行统计。结果如上表所示。可见实证患者总体三阶梯止痛用药高于虚症患者，但两者比较无统计学差异。

7. 治疗效果

7.1 疼痛缓解率及疼痛缓解时间

比较TKI治疗疗效与疼痛缓解率、疼痛缓解时间的差异。见表6、表7。

表6 TKI疗效与疼痛缓解率

	CR	PR	MR	NR	疼痛缓解率
TKI有效(人)	28	8	2	1	97.44%
TKI无效(人)	20	9	5	3	91.89% [△]

注：△TKI有效与TKI无效患者疼痛缓解率比较，P<0.05，有统计学意义。

由表7可见，TKI有效患者共39人，完全缓解(CR)28人，部分缓解(PR)8人，轻度缓解(MR)2人，无效(NR)1人，疼痛缓解率达到97.44%。TKI无效患者共37人，完全缓解20人，部分缓解9人，轻度缓解5人，无效3人，疼痛缓解率91.89%。两者比较P<0.05，有统计学差异。

表7 TKI疗效与中重度疼痛缓解时间(天)

	实证		虚证	
	人数(人)	疼痛缓解时间	人数(人)	疼痛缓解时间
TKI有效	10	3.2±0.6	4	2.75±0.83
TKI无效	16	4.37±0.99 [△]	7	4.14±0.83 [△]

注：△实证、虚证TKI有效与TKI无效患者治疗后疼痛缓解时间相比均P<0.05，有统计学意义。

中重度疼痛患者共有37人，由表8可见，TKI有效的实证患者共计10人，平均疼痛缓解时间为3.2±0.6天，TKI无效的患者共计16人，平均疼痛缓解时间为4.37±0.99天，两者比较P<0.05，有统计学差异。TKI有效的虚证共4人，平均止痛时间为2.75±0.83天，TKI无效的虚症患者共7人，平均疼痛缓解时间为4.14±0.83天，两者比较P<0.05有统计学差异。

7.2 生活质量评分

KPS评分为肿瘤患者一般状态评价，分数越高，一般状态越好，比较NRS评分和TKI治疗疗效不同患者的治疗前后KPS评分情况，见表8、9。

表8 治疗前后NRS评分与KPS评分

	治疗前	治疗后
NRS ≤ 3	62.89 ± 11.31	63.59 ± 10.25
NRS > 3	52.70 ± 11.30	60 ± 11.62 [△]

注：△中重度疼痛患者治疗前平均KPS与治疗前比较P<0.05，有统计学意义。

由表8可见，中重度疼痛患者治疗前平均KPS评分52.70±11.30，60±11.62，两者比较P<0.05，两者比较有统计学差异。

表9 TKI疗效与KPS评分

	升高	减少	KPS评分	治疗前	治疗后
	>10分	>10分			
TKI有效	14	6	19	62.56 ± 10.79	65.9 ± 9.53
TKI无效	16	8	13	52.97 ± 14.73 [△]	57.57 ± 11 [△]

注：△治疗前、治疗后TKI有效与TKI无效组KPS评分比较均为P<0.05，有统计学意义。

新加坡膝骨性关节炎 (KOA) 中医证型分布研究(摘要)

硕士研究生: 蔡惠峙 导师: 高明利教授

目的:

- 1) 考查新加坡KOA患者的中医证型分布特点, 为中医治疗提供更可靠的依据。
- 2) 通过搜集和分析KOA的危险因素, 更了解致病因素及发病机理, 而通过控制危险因素, 达到预防疾病的目的。

材料与方 法:

采集2016年10月至2017年6月期间就诊于新加坡同济医院门诊部的KOA患者, 共纳入240例患者。采用中医证候量表收集患者的一般资料、膝关节局部情况、病程、其他症状及体征。并应用SPSS建立数据库及进行统计学分析。

结 果:

- 1) KOA 患者多见于女性, 中年、年轻老年人群(50-69岁)和BMI 高于标准值人群(>23.9 kg/m²)。
- 2) 本研究符合纳入标准的240例KOA患者, 脾肾两虚、湿注骨节证型最多见, 为122例, 占总数50.83%; 其次是肝肾阴虚、筋脉瘀滞证, 为80例, 占总数36.67%; 而比率最小的是肾阳虚衰、痰瘀交阻证, 为38例, 占总数15.83%。
- 3) 本调查显示病程1-6月、7-12月和13-60月的患者证型所占比例高低依次均为: 脾肾两虚、湿注骨节证>肝肾阴虚、筋脉瘀滞证>肾阳虚衰、痰瘀交阻证。但病程≥ 60月的患者证型所占比例高低依次为: 肝肾阴虚、筋脉瘀滞证>脾肾两虚、湿注骨节证>肾阳虚衰、痰瘀交阻证。

结 论:

- 1) 女性, 中年、年轻老年和BMI 高于标准值是KOA的主要危险因素。
- 2) 脾肾两虚、湿注骨节证是新加坡KOA患者最常见的中医证型。
- 3) 新加坡KOA患者发病初期主要表现为脾肾两虚、湿注骨节证, 而病久则逐渐向肝肾阴虚、筋脉瘀滞证和肾阳虚衰、痰瘀交阻证转化。

【关键词】 膝骨性关节炎; 新加坡; 中医证型

概 况

膝骨性关节炎(KOA)是50岁以上人群中最常见的慢性、退行性关节疾病。在美国50岁以上的人群中, KOA的发病率居全部疾病中排名第2, 约26亿病患¹。在北京市, 高达60%的老年人患有KOA²。在新加

坡, KOA对社会所造成的直接成本高达\$1.7万/年, 比香港高出3倍^{3,4}。新加坡人口已开始进入人口老年化阶段, 而为了缓解劳动力人口的短缺, 政府提倡将全国退休年龄延长至68岁⁵, 但KOA和其他老年疾病将会影响这项计划的实施。

使用中草药和针灸治疗包括KOA的关节病变已有数千年历史。KOA属于中医“痹”证的范畴内, 首见于《黄帝内经》。中医不仅能改善KOA的临床症状、缓解疾病的发展也具有“痛苦少、副作小、价格低”的3大优势。中医对KOA的独特有效治疗方法无法在新加坡广泛的推广和实施是因为至今仍无统一的辨证分型标准, 使得临床治疗和疗效标准也不一致。许多关于对KOA证候学文献报道也都局限于各医家的临床经验, 地区问卷调差的统计结果较少见。

本调查将结合临床流行病学方法、中医证候学研究和现代数理统计方法, 对新加坡KOA的证候分类进行总结、归纳和规范, 为中医治疗提供可靠的理论依据, 帮助开展、提高未来临床研究工作的水平。研究结论也能为其他和新加坡类似地理环境的国家, 比如中国南方或东南亚国家, 引以借鉴, 颇有指导意义。

材料与方 法

1) 研究对象

2016年10月至2017年6月期间就诊于新加坡同济医院240例符合纳入标准的KOA患者。

2) 诊断标准

2.1 KOA西医诊断标准

参照美国风湿病学会(American College of Rheumatology) 1995制定的诊断标准:

I. 临床表现:

- (1) 近1个月大多数时间有膝关节疼痛
- (2) 有骨摩擦音
- (3) 晨僵 ≤ 30分钟
- (4) 年龄 ≥ 38岁
- (5) 有骨性肥大

满足(1) + (2) + (3) + (4)条,

或(1) + (2) + (5)

或(1) + (4) + (5)条可诊断KOA。

II. 临床+放射学诊断:

- (1) X线示关节骨赘形成

- (2) 关节液实检查符合骨关节炎
- (3) 年龄 ≥ 40岁
- (4) 晨僵 ≤ 30分钟
- (5) 有骨摩擦音

满足 (1) + (2) + (3) + (4)条,
或(1) + (3) + (5) + (6)
或(1) + (4) + (5) + (6)条可诊断KOA。

3 临床资料收集

3.1 KOA 中医证候学调查表设计

参照中华人民共和国中医药行业标准《中药新药临床研究指导原则》和人民卫生出版社出版的《实用中医风湿病学》，整理、归纳和设计“膝骨性关节炎 (KOA) 中医证候学调查表”。

3.2信息调查表的填写、数据库的录入及数据处理与分析

资料收集由本人及经培训过的专业医务人员执行。使用Microsoft Excel建立调查表基本信息及中医四诊资料数据库，再使用SPSS进行统计和分析。

3.3中医证型辨证方法

中医诊断及辨证标准参照了《中药新药临床研究指导原则》和《实用中医风湿病学》，查研近10年和KOA中医证候学相关的文献，并结合专科临床实际，总结及制定本研究的证候分型标准（3型）：肝肾阴亏、筋脉瘀滞证，脾肾两虚、湿注骨节证和肾阳虚衰、痰瘀交阻证。

证候	四诊		
	主症	次症	舌脉
肝肾阴亏、筋脉瘀滞	膝关节隐痛或刺痛、膝关节屈伸不利、膝关节变形、腰背酸软	膝关节弹响、活动时疼痛加剧、肌肉萎缩、头晕、五心烦热、盗汗	舌淡或舌紫暗、苔薄白、脉细或弦细
脾肾两虚、湿注骨节	膝关节隐痛、膝关节肿胀、晨僵、肢体麻木、四肢乏力	阴雨天疼痛加重、四肢不温、腹胀、大便稀、小便频数、小便清长	舌淡胖或边有齿痕、苔白滑或苔白腻、脉细或脉滑
肾阳虚衰、痰瘀交阻	膝关节隐痛或掣痛、痛有定处、入夜尤甚、精神疲倦萎靡	膝关节肿胀、膝关节局部皮色暗红或暗、膝关节屈伸不利、畏寒喜暖、小便频数	舌淡胖有瘀点或淡暗、苔薄白、脉沉细或脉细涩

研究结果

1) 一般资料

1.1患者性别与年龄分布

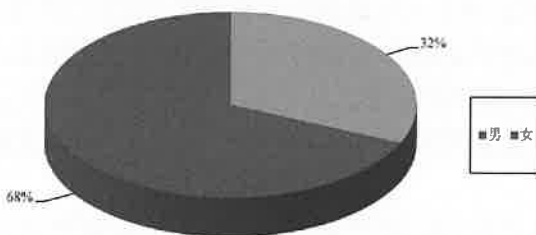


图1 患者性别分布

在240例符合纳入标准的KOA患者中，男性患者有76例，占总数31.67%；女性患者有164例，占总数68.33%。男女比例为1:2.16。

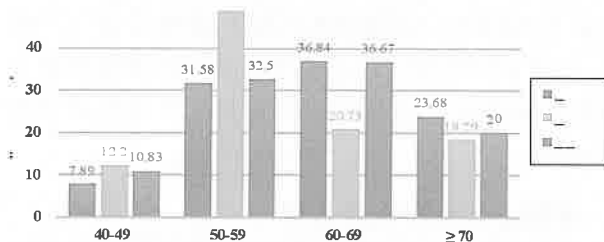


图2可见，KOA患者主要集中在50-69岁之间，占总数69.17%，显示本病多好发于中年(50-59岁)和年轻老年(60-69岁)人群。其中男性KOA患者主要集中在60-69岁之间，共24例，占其总数的36.84%；而女性KOA患者主要集中在50-59岁之间，共80例，占其总数的48.78%。

1.2 患者VAS疼痛评分分布。

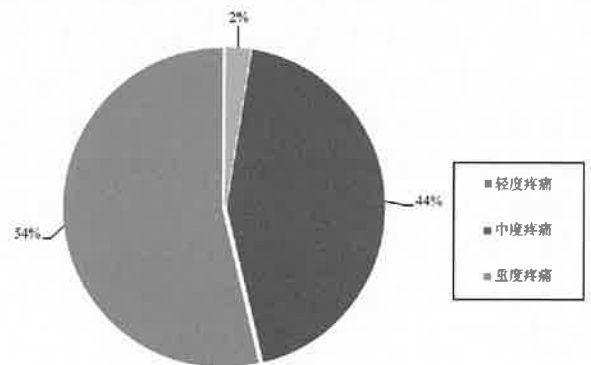


图3 患者VAS评分分布情况

图3可见，患者的疼痛症状多呈重度，有129例，占总数53.75%。KOA患者疼痛症状呈轻度的有6例，占总数2.50%；而中度的有105例，占总数43.75%。

2) 中医证候分布特点

2.1患者中医证候分布

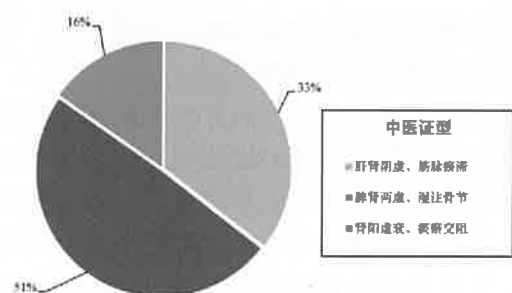


图4 患者中医证候分布情况

在240例符合纳入标准的KOA患者中，证型构成比例排列顺序依次为：脾肾两虚、湿注骨节证>肝肾阴虚、筋脉瘀滞证>肾阳虚衰、痰瘀交阻证。脾肾两虚、湿注骨节证型最多见，为122例，占总数50.83%；其次是肝肾阴虚、筋脉瘀滞证，为80例，占总数33.33%；而比率最小的是肾阳虚衰、痰瘀交阻证，为38例，占总数15.83%。

2.2患中医证候与病程分布

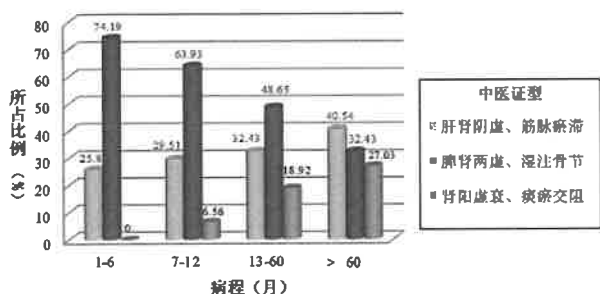


图5 中医证候与病程分布相关性

统计病程在不同证型中的分布， $\chi^2 = 26.88$ ， $p = 0.00 < 0.01$ ，差异有统计学意义，提示3种证型和病程存有相关性。

病程1-6、7-12和13-60月的患者均以脾肾两虚、湿注骨节证频率最高，所占比例分别为其总数的74.19%、63.93%和48.65%。但从图5可见，脾肾两虚、湿注骨节证会随着病程的增长而频率减少，而肝肾阴虚、筋脉瘀滞证和肾阳虚衰、痰瘀交阻证会随着病程的增长而频率增高。由此可见，发病初期以脾肾两虚、湿注骨节证为主，病久则逐渐向肝肾阴虚、筋脉瘀滞证和肾阳虚衰证转化。病程>60月的患者以肝肾阴虚、筋脉瘀滞证为主，所占比例为40.54%。

讨论

1. 一般资料分析

1.1 女性患有KOA的风险比男性高出至少2倍

本研究临床资料统计得出，符合纳入标准的240例KOA患者中，男性有76例，占总数的31.7%；女性有164例，占总数的68.3%，男女比例为1: 2.16。这个比例与the Framingham Osteoarthritis Study及多项国内外流行病学的调查结果相符^{1,6-11}。可见，女性患有KOA的风险比男性高出至少2倍。

近年来，性别差异与KOA患病率的重点科研项目都集中在雌激素对关节组织的病理机制上。许多学者已在关节软骨及滑膜组织等发现 α 和 β 雌激素受体¹²⁻¹⁴，提示雌激素受体在关节组织内的表达水平和骨性关节炎的发病存有密切关系。此外，女性独有的经带胎产生理过程也导致女性多瘀多虚的病理特

点。女性在正虚的情况下感邪发病，多表现为为本虚标实，虚实夹杂之证，发病率会随着年龄的增加而呈现上升的趋势。

但本调查结果也显示，KOA的发病率在女性绝经期（50-59岁）有急剧升高的表现，这个结果与国内多项调查结果相符^{7,8}，提示了雌激素的缺乏也是KOA发病的其中危险因素。女性48岁后会因卵巢功能衰退，而雌激素水平随之降低。Horowitz MC等研究报道显示，雌激素可通过抑制破骨细胞内IL-1的分泌，延缓骨性关节炎的发生¹³。IL-1不仅可降解软骨细胞增殖、促进如LIF、IL-6等炎症因子的释放，间接诱导软骨细胞的凋亡，而引起关节软骨破坏¹²⁻¹⁴。总而言之，雌激素在KOA的发病作用仍不明确，需综合考量整个内分泌环境的影响。

《黄帝内经》指出：“女子…五七，阳明脉衰…七七，任脉虚，太冲脉衰少…”，女性49岁后则冲任脉虚衰，表现肝肾两虚之像。肾主骨，肝主筋，而“膝为筋之府”（《灵枢·经筋》）。筋束骨，系关节，维持肢体关节的正常屈伸运动。筋骨赖精血的濡养，而肝藏血，肾藏精，肝肾虚衰，则筋失所养，故出现关节屈伸不利、筋脉拘急等KOA的症状。

1.2 重度疼痛是患者就诊的主要原因

2017年的GlaxoSmithKline全球疼痛指数调查显示，新加坡疼痛患者每年所造成的经济负担为\$84亿，而肢体是大多患者的主要疼痛部位¹⁵。疼痛不仅是KOA患者寻求内科治疗和外科手术的主要因素，它也是患者患得抑郁症的重要预测指标¹⁶。因此，评估KOA患者的疼痛程度是流行病学研究的一项关键课题。

新加坡KOA患者的疼痛症状多呈重度占总数53.75%。2017年GSK全球疼痛指数调查显示，患有轻度疼痛的新加坡人大多数都不寻求任何专业医疗帮助，多自服如扑热息痛的止痛药物¹⁵。此外，本病的特点是长期、反复发作性的膝关节疼痛，从本调查差结果也得知，新加坡KOA患者病程较长（平均为 57.19 ± 64.55 月）。患者疼痛耐受性会逐渐提高，重度疼痛后才能引起患者的重视，并成为就诊的主要原因。

2. 中医证候分布特点分析

2.1 脾肾两虚、湿注骨节证是本调查中最常见的证型

本调查结果显示，证型构成比例排列顺序依次为：脾肾两虚、湿注骨节证>肝肾阴虚、筋脉瘀滞证>肾阳虚衰、痰瘀交阻证，与中国国内多项研究结果不相符¹⁷⁻²²。

《素问·异法方宜论》曰：“…一病而治各不同…

地势使然也。”，提示了地域和气候对群体体质的影响，体现了“因时、因地、因人制宜”的中医学理论。新加坡是个岛国，位于东南亚，属湿热气候。而马来族和印度族占总人口的30%，他们烹饪时喜欢加上大量的辣椒和椰浆，因此大部分的新加坡菜肴属辛辣厚味。常年的湿热气候和嗜食辛辣、肥甘厚腻之品，使得新加坡人的体质偏于阳性，多表现为湿热证。炎热潮湿的气候环境和嗜食肥甘厚腻之品易使脾土受湿，脾失健运，不能布散水谷精微和运化水湿，湿浊内生，蕴酿成痰。此外，新加坡虽然没有冬春两季，但室内都是空调，炎热的气候也使国人贪凉饮，风寒湿三气杂至之邪（寒湿偏盛）易侵脾肾两脏。寒湿伤脾，脾失健运，湿聚成痰。痰随气升降流行，内而脏腑，外至筋骨皮肉，流注关节，与外感风寒湿之邪相结合，致筋骨关节气血郁滞，而引起关节疼痛、肿胀、僵硬等KOA症状。

脾主肌肉、主四肢，脾气受损，则气血生化亏虚，四肢肌肉失养，而出现肌肉消瘦等症状。已有多项研究结果显示，膝关节周围韧带松弛以及肌肉和其他结缔组织的萎缩和强度下降是KOA病发的其中危险因素^{23,24}。下肢肌力的减弱会直接改变膝关节的生物力线，导致膝关节负重不稳，髌股关节面和胫股关节的应力分布不均，引起软骨和其他组织的磨损，最终导致KOA的发生。

2.2 证型与病程的分布特点

从图5可见，脾肾两虚、湿注骨节证会随着病程的增长而频率减少，而肝肾阴虚、筋脉瘀滞证和肾阳虚衰、痰瘀交阻证会随着病程的增长而频率增高。由此可见，新加坡KOA患者发病初期主要表现为脾肾两虚、湿注骨节证，而病久则逐渐向肝肾阴虚、筋脉瘀滞和肾阳虚衰、痰瘀交阻证转化。

脾胃为水谷之海，后天之本。脾虚则化源亏乏，肝肾失养，渐使肝肾虚衰。肾主骨，肝主筋，而膝关节为诸筋会集之处，而筋束骨，系关节。肝肾虚衰，则筋失所养，故出现关节屈伸不利、筋脉拘急等KOA的症状。《杂病源流犀烛·诸痹源流》言：“…气血不行，不能随时祛散，故久而为痹”，说明气血运行不畅，脉络痹阻是痹病发生的重要病理环节。瘀血也是脾肾两虚日久后所产生的病理产物。脾虚则化源亏乏，气虚血少。气为血之帅，血为气之母，气虚则无力推动血行，血行不畅，日久成瘀。而肾气虚则无力温运血行，血液运行迟缓，日久成瘀。脾气虚则统摄无权，血溢脉外，离经之血留滞体内即可形成瘀血。由此可见，脾肾气虚在瘀血形成的过程中起着举足轻重的作用。

2.3 新加坡 KOA患者的中医治疗

美国马里兰大学在2004年成功完成有史以来规模最大的针刺治疗KOA第III期临床研究试验。这项长达4年的研究结果显示，针刺不仅能减轻KOA患者的疼痛，也能使患者的劳动力增加25。新加坡中央医院麻醉科主任医生，陈玉珍教授收集210例慢性疼痛患者的资料显示，57.1%的慢性疼痛患者寻求中医治疗（20%属膝关节疼痛患者），其72%认为经中医治疗后此疼痛症状得以改善⁴¹。由此可见，中医治疗KOA的优势也越来越受新加坡患者的认可。

现代中医学研究的一项重点内容是疾病证候学分类研究。辨证的全面性、规范化与准确度能为治疗提供更可靠依据，提高治疗效果。本调差结果得知，新加坡KOA患者多表现为脾肾两虚、湿注骨节证，占调查总数的50.83%，因此在治疗上从脾肾两虚，尤其是脾虚论治尤为重要。脾虚是痹病的发病之本，脾虚则易产生瘀血、水湿和痰浊，而三者都是痹病发生发展过程中的重要病理产物。新加坡炎热潮湿的气候和嗜食厚腻之品的生活习惯更使脾土易受湿困，导致脾气更加虚弱而痹病缠绵难愈。

李杲也在《脾胃论》提到：“…胃土平和…皮毛同密，筋骨柔和…外邪不能侮也。”，脾位于中焦，为后天之本，气血生化之源。脾虚则运化无权，气血生化之源不足，正气亦虚，而正虚邪侵是痹病发病的重要条件。由此可见，属危险人群的患者（女性，中年、年轻老年和BMI高于标准值）发病前应注意健脾调胃，防止KOA的发病。

本调差结果也显示，肝肾阴虚、筋脉瘀滞证和肾阳虚衰、痰瘀交阻证会随着病程的增长而频率增高。病初时（1-12月），在治疗上还是该考虑入补益肝肾、活血通络药物，起到标本兼顾的作用，卓有成效。

2.4 存在的问题及今后的研究方向

1) 本研究由于受到时间的限制，样本量较小，对调查结果的准确度和可信度造成了不可避免的限制。愿未来可以把本研究扩大成多中心，多层次和大样本的科研项目，进一步探讨新加坡 KOA 患者的中医证型分布。

2) 本研究所采用的VAS量表属自评量表，以患者的主观疼痛感评估疼痛症状的严重度，无法客观的判断患者主观症状是否反应实际病情。此外，调查表只对患者的疼痛程度进行评估，若将患者的活动功能进行评估，研究将会更全面。

【参考文献】略

中药复方治疗慢性浅表性胃炎的Meta分析(摘要)

硕士研究生:傅瑜敏

导师:郑洪新教授

目的:系统评价中药复方治疗慢性浅表性胃炎(Chronic Superficial Gastritis, CSG)的临床疗效和安全性。

方法:利用计算机检索中国知网数据库(CNKI)、维普数据库(VIP)、万方数据资源系统(Wanfang Data)、中国生物医学文献服务系统(SinoMed)、Pubmed、Cochrane Library自2006年1月1日至2016年9月30日。收集有关中药复方治疗CSG的随机对照试验(randomised controlled trial, RCT),并且依据Cochrane Reviewer's Handbook 5.1推荐的文献质量评价办法对符合纳入标准的文献进行质量评价,应用Revman 5.3软件进行统计学处理。结果:最终纳入25项试验,共2399例CSG患者,均明确诊断为CSG,其中治疗组1219例,对照组1180例。Meta分析结果显示,中药复方治疗CSG可提高疗效[RR=1.19, 95%CI(1.15, 1.23), P<0.00001]和降低复发率[RR=0.41, 95%CI(0.30, 0.57), P<0.00001],差异均有统计学意义。所纳入的25项试验,仅有5项试验明确报道不良反应情况,包括轻度恶心,便秘,大便稀烂等,继续用药后症状自行缓解或消失。结论:目前有限的证据表明应用中药复方治疗CSG可以提高临床疗效并降低CSG的复发率,但由于所纳入研究质量不高,尚需更多设计良好、规模较大的多中心随机对照试验研究进一步加以验证。

【关键词】中药复方;慢性浅表性胃炎;
随机对照试验;Meta分析

1 资料与方法

1.1 文献检索

计算机检索以下文献数据库:中文数据库为中国知网数据库(CNKI)、维普数据库(VIP)、万方数据资源系统(Wanfang Data)、中国生物医学文献服务系统(SinoMed),检索词包括“慢性浅表性胃炎、慢性非萎缩性胃炎”“随机对照试验、临床对照试验、随机”以及“中医、中药、中药疗法”;外文数据库为PubMed 医学数据库和Cochrane Library,检索词为“chronic superficial gastritis”、“chronicnon-atrophicgastritis”,“randomized controlled trial”、“controlled clinical trial”、“randomized”以及“traditional Chinese medicine”、“Chinese herbal medicine”、“herbal therapy”等。以上数据库检索时间范围均从2006年1月1日至2016年9月30日。

1.2 文献纳入标准

1.2.1 研究类型 随机对照试验(Randomised Controlled Trial, RCT)。

1.2.2 研究对象 18岁以上慢性浅表性胃炎患者,年龄、性别、种族及国籍不限;有明确诊断标准;Hp感染是否阳性等均不限。

1.2.3 干预措施 治疗组单独使用中药复方(包括中药汤剂、中成药、中药颗粒剂)治疗慢性浅表性胃炎,用药的剂量和疗程不限;对照组可采用不治疗、安慰剂、常规西药疗法。

1.2.4 结局指标 总有效率;复发率;不良反应。

1.3 文献排除标准

①治疗组使用单味中药及中药有效成分治疗慢性浅表性胃炎;②以其他治疗方法(包括针灸、按摩、功能锻炼等)作为干预措施的临床试验;③综述,案例报道,专家经验总结,荟萃分析;④药代动力学实验或动物实验等非临床试验文献。

1.4 文献筛选

首先,由本作者从检索收集文献中通过阅读文献的题目与摘要,筛选合格的文献原文,排除明显不符合纳入标准的文献。其次,对可能符合纳入标准的试验进行全文阅读以确定是否真正符合纳入标准,同时进一步排除肯定不合格文献,并注明原因,编号登记。最后,对提供信息不全面的原文而不能确定或有疑问将通过邮件方式与原作者联系,以获取相关信息。

1.5 文献质量评价与资料提取

本研究采用Cochrane风险偏倚评价工具5.1.0版^[1]对纳入的RCTs进行评价,评价内容包括:随机分配是否正确、分配方案是否隐藏、盲法是否完善、结果数据是否完整、是否有选择性报告结果等。

采用预先设计好的表格进行资料提取,包括文献基本信息(作者、发表时间、标题等)、研究对象、干预和对照措施、剂量与疗程、不良反应、随访情况等。若纳入文献资料信息提供不全,则与该文献第一作者或通信作者联系获取。

1.6 数据统计分析

采用Cochrane协作网提供的RevMan 5.3软件进行数据处理。计数资料用相对危险度(relative risk, RR)及其95%可信区间(confidence interval, CI)表示;计量资料采用加权均数差(weighted mean difference, WMD)及其95%的CI表示。各临床试验结果的异质性检验采用卡方检验,当异质性检验(I²>50%, p<0.1)用随机效应模型(random effects

model)表达效应,反之用固定效应模型(fixed effects model)表达。

2 结果

2.1 文献检索结果及纳入研究的基本特征

最初检索到394篇文献,通过阅读文献有369篇因为重复、动物实验、观察性试验、文献综述等原因被排除。最后纳入25项试验^[2-26],外文相关研究报

道相对较少,未检索到符合纳入标准的外文文献,故25篇文献均为中文文献,共2399例CSG患者,均明确诊断为CSG,其中治疗组1219例,对照组1180例,各研究的基本特征(见表1)。治疗组均为单独中药复方(包括中药汤剂、中药颗粒剂及中成药)治疗。对照组均为常规西药治疗,没有与不治疗或安慰剂对照组比较的研究。

表1 纳入25项试验的特征

纳入文献	样本量T/C	干预措施	对照措施	疗程	随访
庞家善2012 ^[2]	46/46	柴胡疏肝散加味	多潘丽酮+奥美拉唑	2周	未报告
黄伟2013 ^[3]	40/39	柴胡疏肝散加味	奥美拉唑+碳酸铝镁; Hp感染者+阿莫西林+克拉霉素	30天	3个月
卢保强 2014 ^[4]	76/74	疏肝和中汤	泮托拉唑+枸橼酸莫沙; Hp感染者+阿莫西林	4周	未报告
王欢 2015 ^[5]	30/30	加味四逆散	奥美拉唑+多潘丽酮	4周	1个月
杨雯 2012 ^[6]	30/29	金铃调胃汤	Hp阳性: 盐酸雷尼替丁+胶体果胶铋+阿莫西林+甲硝唑; Hp阴性: 盐酸雷尼替丁+胶体果胶铋; (腹胀、泛酸、嗝气等者)+多潘丽酮	4周	未报告
钟燕华 2016 ^[7]	48/48	加味香砂 六君子汤加减	硫酸铝	1个月	未报告
乔成安 2010 ^[8]	40/40	香砂六君子汤	奥美拉唑+多潘丽酮; Hp阳性: 甲硝唑+阿莫西林	4周	4周
金亮亮 2006 ^[9]	31/30	加味 香砂六君子汤	奥美拉唑; Hp阳性: 先给予标准三联用法(奥美拉唑+克拉霉素+阿莫西林)	8周	未报告
邓娜 2014 ^[10]	40/40	健脾消胀汤	多潘丽酮	4周	未报告
向太敏 2016 ^[11]	49/49	半夏泻心汤	奥美拉唑+替硝唑+左氧氟沙星	30天	未报告
王洪京2010 ^[12]	50/50	柴胡合剂	奥美拉唑+吗丁啉+硫糖铝	4周	未报告
姜春京2013 ^[13]	30/30	柴夏调中汤	Hp阴性: 奥美拉唑; Hp阳性: 标准三联法(奥美拉唑+甲硝唑+克拉霉素)2周,后改为奥美拉唑2周	4周	未报告
李建松2009 ^[14]	80/80	黄连汤加味	丽珠得乐	4周	未报告
胡一莉2007 ^[15]	30/30	三焦化湿合剂	雷尼替丁+果胶铋	4周	6个月
杨丽娟2011 ^[16]	32/32	藿朴夏苓汤加减	施维舒	8周	未报告
陈兴2013 ^[17]	75/68	连朴饮化裁	Hp阴性: 枸橼酸铋钾+奥美拉唑; Hp阳性: 上述治疗+(前7天)克拉霉素+阿莫西林	4周	6个月
李兴华2013 ^[18]	55/55	连朴饮合 半夏泻心汤加减	施维舒	8周	3个月
王道春2011 ^[19]	38/37	加味左金丸	氢氧化铝+雷尼替丁; Hp感染者: +阿莫西林	30天	3个月
张贵彪2010 ^[20]	30/30	新加左金汤	奥美拉唑+吗丁啉+铝碳酸镁; Hp阳性: +标准三联法 (奥美拉唑+克拉霉素+阿莫西林)	4周	4个月
张光波2013 ^[21]	80/60	和胃方颗粒	奥美拉唑+阿莫西林+丽珠得乐	1个月	未报告
黄玉龙2015 ^[22]	65/61	当归四逆汤	多潘丽酮+奥美拉唑	4周	未报告
黄振鹏2015 ^[23]	89/87	复方台乌片	兰索拉唑	4周	未报告
周军怀2015 ^[24]	50/50	消磨汤	兰索拉唑+枸橼酸铋钾; Hp阳性: 阿莫西林+克拉霉素	4周	未报告
章真2014 ^[25]	40/40	清胃汤加减	Hp阴性: 奥美拉唑+马来酸美布汀; Hp阳性: 前1周+克拉霉素+阿莫西林	4周	3个月
黄梅2013 ^[26]	45/45	温胃止痛方	铝碳酸镁+多潘丽酮+雷贝拉唑	8周	3个月

注: T: 治疗组; C: 对照组

2.2 文献方法学质量评价

2.2.1 随机序列产生

25项试验中，仅有8项试验记录随机序列产生的方法。其中，6项试验^[7, 12, 18, 22, 24, 25]使用随机数字表，1项^[11]试验使用掷骰子方法，为充分、正确的随机方法，因此存在低偏倚风险。1项^[13]试验使用就诊顺序方法，为不充分的随机方法，因此存在高偏倚风险。余17项试验仅报告为“随机”分组，而未详细报告具体的随机方法。所纳入的研究均未提及分配隐蔽及盲法。

2.2.2 分组隐藏性

25项试验均没有描述分组的隐藏性，因此无法判断是否进行了隐藏分组。

2.2.3 盲法

所有纳入本研究的25项试验均未提到盲法的具体实施，因此无法判断是否进行了盲法。

2.2.4 不完整结局数据

25项试验中，有20项试验所有研究对象数据均纳入结局分析，数据完整无缺失；有2项试验^[3, 19]各报告结果数据缺失了5例，但治疗组与对照组缺失原因相似、人数相近，已剔除，未影响整个试验结局数据完整性，存在低偏倚风险；有3项试验^[19, 20, 23]脱落了3-5例，且未做详细说明，无法判断缺失数据在干预结局指标评定上是否有临床相关性。

2.2.5 选择性报告研究结果

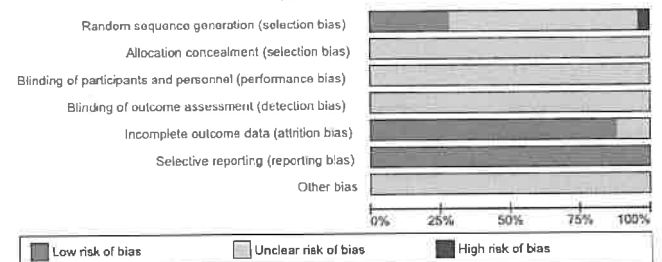
25项试验既定的结局指标均已报告完整，因此存

在低偏倚风险。

2.2.6 其他偏倚

25项试验均未计算样本量，如果某一项指标的变异幅度大，样本量小，结果缺乏稳定性；如果样本量过大，会导致人力、物力、财力上的浪费等后果（见图1）。

图1 偏倚风险比例图



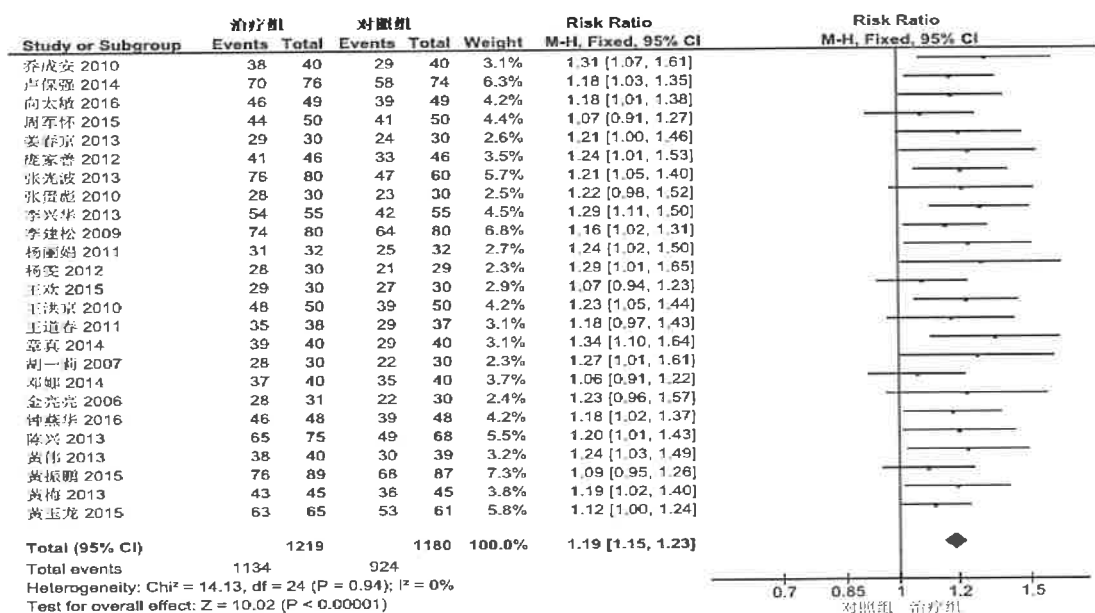
注：图中纵轴为风险评估条目，横轴为该评价条目中“低偏倚风险”、“不清楚”和“高偏倚风险”占的百分比。

2.3 疗效判定指标分析

2.3.1 总有效率评价

纳入的25项试验^[2-26]均报告了总有效率。本研究采用计数资料二分类法，将文中治愈、显效、有效均划为有效率，无效的为治疗无效率。对25项试验进行异质性检验，结果显示： $\chi^2=14.13$ ， $P=0.94$ ， $I^2=0\%$ 。研究具有同质性，应用固定效应模型；合并效应值RR=1.19，95% CI(1.15, 1.23) $P<0.00001$ 。结果显示：中药复方治疗CSG总有效率优于常规西药组。（见图2）

图2中药复方vs西药的总有效率比较森林图

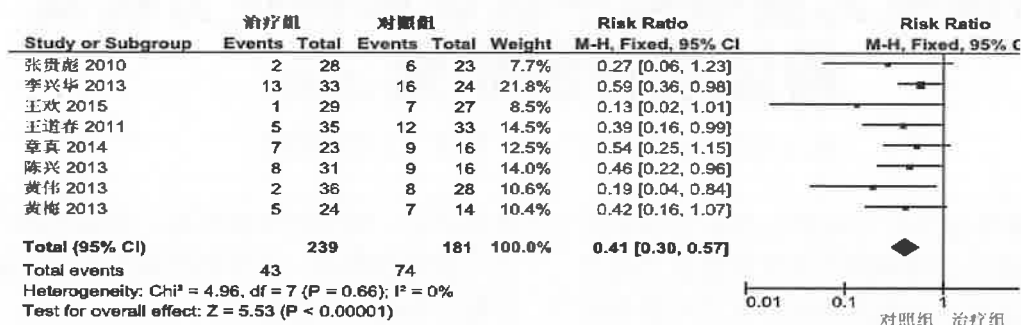


2.3.2 复发率

纳入的8项试验^[3, 5, 17-20, 25, 26]均报告了复发率。进行异质性检验示： $\chi^2=4.96$ ， $P=0.66$ ， $I^2=0\%$ ，没有统计学异质性，使用固定效应模型进行分析，

总体效应检验示：RR=0.41，95% CI(0.30, 0.57)， $P<0.00001$ 。结果显示：中药复方组复发率显著低于常规西药组。（见图3）

图3 中药复方vs西药的复发率比较森林图



2.3.3 安全性评价

共纳入25项试验, 5项试验^[6, 7, 14, 17, 25]明确报道不良反应情况, 占20%。不良反应包括轻度恶心, 便秘, 呕吐, 消化不良, 头痛, 大便稀烂、次数增多。继续用药后症状自行缓解或消失。仅10项试验^[3, 4, 9, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 23]提到未见不良反应, 余10项试验中没有报道是否有药物不良反应的病例。对药物不良反应情况, 本研究文献多数未报道, 所以未能评价中药复方的不良反应情况。

3 讨论

本研究通过Meta分析结果显示中药复方治疗CSG可以提高临床疗效并降低CSG的复发率。由于本研究纳入RCT的方法学质量普遍偏低, 使现有的证据还不能充分说明其疗效的可靠性, 仍有必要应用临床流行病学规范的研究方法进行大规模的临床试验, 尤其要提供试验的质量。

在纳入的25项试验中, 仅15个试验观察了不良反应。没有试验说明不良反应的观察方法及项目。规

范的临床试验设计要求无论其是否有不良反应, 一定要对其进行观察和报告。由于本研究纳入文献的质量有限及样本例数较少, 因此未能对中药复方治疗CSG的安全性得出确切的结论, 且需进一步扩大病例范围和延长观察时间以进一步了解中药复方的安全性。

从本研究最初检索到394篇文献但排除369篇文献并最后纳入25篇文献进行Meta分析的文献筛选过程, 可以看出以往大部分文献的方法学质量较低。值得欣慰的是, 近年来作为一级设计方案的RCT已经被广大中医药临床研究人员所接受, 并逐渐推广应用。但由于中医药临床研究水平不高和中医药理论本身的特殊性, 使得发表文献的报告质量有待进一步的提高。建议临床试验应首先进行方案的注册, 同时依据“随机对照试验报告标准(CONSORT)”进行。

【参考资料】略

(上接第8版)

由表9可见, 有效组患者生活质量提高者14例, 生活质量稳定者19例, 生活质量下降者6例, 生活质量改善率为84.6%。无效组患者生活质量提高者16例, 生活质量下降者8例, 生活质量稳定者13例, 生活质量改善率为78%。治疗前TKI有效患者KPS评分为 62.56 ± 10.79 , 无效患者KPS评分为 52.97 ± 14.73 , 两者比较 $p < 0.05$, 有统计学差异。治疗后TKI治疗有效患者KPS评分为 65.9 ± 9.53 , TKI治疗无效患者为 57.57 ± 11 , 两者比较 $p < 0.05$, 有统计学差异。

结论:

1. 中医药治疗癌痛可部分替代WHO三阶梯中的1阶梯止痛药物, 根据不同靶标, 增加不同数量的中药药味, 能使患者尽快取得止痛疗效。
2. 中药联合三阶梯治疗癌痛, 可降低强阿片类药物剂量增幅, 和延缓由2阶梯升至3阶梯的速度。
3. 通过中西医结合止痛治疗后, 患者疼痛强度降低, KPS评分提高, 中重度癌痛患者治疗后KPS评

分改善更加明显, 对生活质量改善意义更大。

问题与展望:

中药在癌痛的综合治疗中有自己独特的优势, 既能单独使用, 也能与现代医学用药配合, 达到减毒增效的目的。既能口服, 也能外用, 还能静脉用药, 且毒副作用少, 在治疗癌痛的同时, 又治疗了肿瘤本身。随着观念的改变, 人们认识到姑息治疗是癌症治疗中的重要组成部分, 癌痛的治疗得到了越来越多的重视, 中药在癌痛治疗中的作用也将越来越受到医生和患者的肯定。于此同时, 很多问题也随之浮现, 如中医药治疗在轻度癌痛时能否替代西医治疗? 如何找到中医药治疗癌痛的靶点才能更准确有效的控制疼痛? 还需要临床工作者更多的实践探索, 为中医中药在癌症治疗领域不断积累, 为广大患者带来获益。

【参考资料】略

新加坡儿童咳嗽中医证候特征分析及辨证规律的研究(摘要)

硕士研究生: 张骏发

导师: 王雪峰教授

通过采集新加坡地区小儿咳嗽患者临床症状的研究, 探讨新加坡小儿咳嗽的中医证候特征及辨证规律, 为本地的临床辨证提供依据。研究中采集的365例咳嗽患儿的年龄分布以学龄前居多, 占238例(65.2%), 其次为学龄期, 占117例(32.1%), 最少为青春期, 有10例(2.7%)。外感咳嗽的患儿占196例(53.7%)而内伤咳嗽患儿则占169例(46.3%)。风热犯肺肺证及风寒袭肺证的好发月份在11月及4月, 风温袭肺, 肺窍不利证的好发月份则在5月。在小儿咳嗽症状分析方面, 总体症状出现频率最高的前五位, 依次排列为鼻塞(71.2%), 痰多(58.4%), 大便干结(40.3%), 痰黄(36.2%), 粘稠(36.2%)。最常见的舌象脉象为舌红(63.3%)、苔白腻(32.9%), 脉滑数(24.7%)。365例咳嗽患儿中的证候分布前三位以风热犯肺证为首87例, 占23.8%、痰热壅肺证71例, 占19.5%、风温袭肺, 肺窍不利证65例, 占17.8%。研究结果发现新加坡小儿咳嗽的发病年龄主要集中在3-6岁的学龄前儿童。临床上以外感咳嗽的患儿较多, 且受到本地的地域及环境气候影响。新加坡小儿咳嗽多属实证, 且多与热、痰、湿邪有密切关系。

【关键词】 中医证型; 小儿咳嗽; 新加坡

概况: 咳嗽是儿科呼吸系统疾病的最常见症状, 在新加坡以咳嗽为主诉到中医诊所就诊的患儿占普通门诊的一半以上。咳嗽日久对患儿的身心健康和学习生活造成极大的影响, 也使家长感到担忧与困扰。现代医学对小儿咳嗽主要针对病因治疗以及对症治疗但疗效往往欠佳, 小儿咳嗽仍反复发作。中医药在治疗儿童咳嗽方面积累了丰富的临床辨证论治经验, 加上近年来, 随着对咳嗽研究的深入, 中医界在证候规范化、诊断标准化及辨证微观化等方面取得了较大的进步, 中医药治疗小儿咳嗽亦逐渐凸现出一定的优势和应用前景。

新加坡地处热带, 四季如夏, 降雨量充足, 是有着温度高, 湿度大特点的国家。因酷热的天气, 室内几乎均有空调供应, 形成新加坡独有的室外室内温差极大的情况。新加坡的生活条件较富裕, 饮食习惯偏嗜肥甘厚味, 多饮多食, 加上天气炎热的气候, 大多国人也贪凉饮冷。新加坡属发达国家, 生活步伐较快, 学习、工作压力较大, 国人也经常有

休息不足, 情绪抑郁的情况。新加坡的土面积小, 人口密集度较高, 疾病的传染性大大增加, 小孩患病的几率相对的明显提升。

本研究在中医辨证论治理论的指导下, 通过门诊问卷调查方式对365小儿咳嗽病例进行分析, 主要是为了整理出新加坡小儿咳嗽的中医证候特征, 以此为临床制定相应的辨证规范, 提供符合临床实践的理论依据, 对临床诊断和治疗有巨大的帮助, 进一步发展和完善因时因地制宜的中医理论。

研究方法

选取来源于2016年7月—2017年6月就诊于新加坡同济医院门诊365例符合纳入标准并明确诊断为咳嗽的3-14岁患儿。所有的病案记录均使用为本研究自拟的《小儿咳嗽证候学量表》。

纳入标准:	排除标准:
-符合中医咳嗽诊断标准者	-年龄在3岁以下或14岁以上
-年龄在3岁至14岁之间	-不符合中医咳嗽诊断标准患者
	-严重感染或肺脏器质性病变者
	-有先天性呼吸道疾病患儿或有其他严重合并症

结果

1.1 咳嗽患儿年龄及性别分布

本研究所采集的365例患儿中, 最小年龄3岁, 最大年龄14岁, 平均年龄为6岁。年龄段可分学龄前3-6岁, 学龄期7-12岁及青春期13-14岁, 3个年龄阶段。年龄及性别分布如下(见图1、2)。

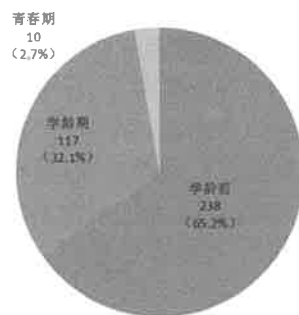


图1 咳嗽患儿年龄分布

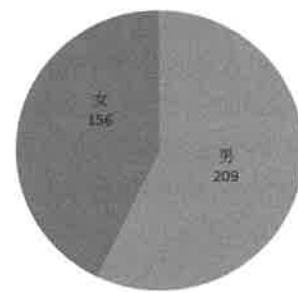


图2 咳嗽患儿性别分布

1.2 咳嗽患儿既往史情况分布

收集病例当中, 患儿的既往病史情况为患有过敏性鼻炎史占119例(32.6%), 湿疹史占46例(12.6%), 哮喘史占40例(11.0%), 肺炎史占10例(2.7%)。(见表3)

表3 咳嗽患儿既往史情况分布

既往史	频数(例)	比例(%)
过敏性鼻炎	119	32.6%
湿疹	46	12.6%
哮喘	40	11.0%
肺炎	10	2.7%

1.3 研究期间新加坡的气候情况

研究从2016年7月开始到2017年6月结束，一年内的降雨量，最高为2016年11月及12月，最低为2016年9月及2017年6月。气温方面，最高的每月平均气温的月份为2016年8月及2017年6月。最低每月平均气温的月份为2017年1月及2月。

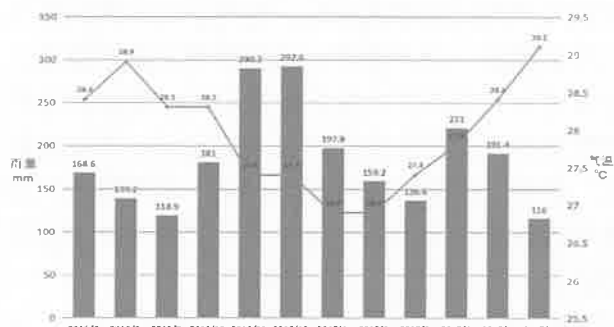


图3 研究期间新加坡的气候情况

1.4 咳嗽患儿按月份发病情况分布

365名患儿当中，按每月咳嗽患儿的发病情况分布做出了分析，发现2016年10-11月及2017年3-4月的就诊患儿居多，而较少患儿就诊的月份为7月、9月及12月，其余月份的就诊人次较为相同。

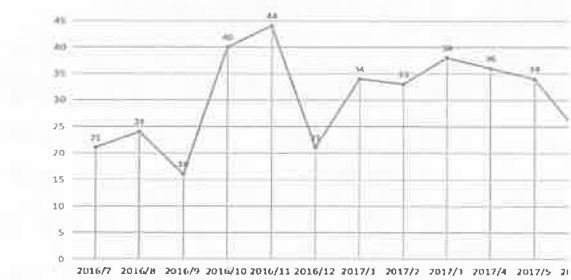


图4 咳嗽患儿按月份发病情况分布

1.5 外感咳嗽的好发情况

风热犯肺咳嗽的高发月份在10月、11月、1月及4月(见图5)。风寒袭肺咳嗽的高发月份在11月、3月、4月(见图6)。风温袭肺，肺窍不利的高发月份则在3月及5月(见图7)。

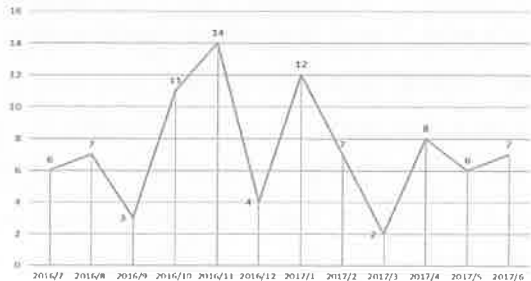


图5 研究期间风热犯肺咳嗽发病情况

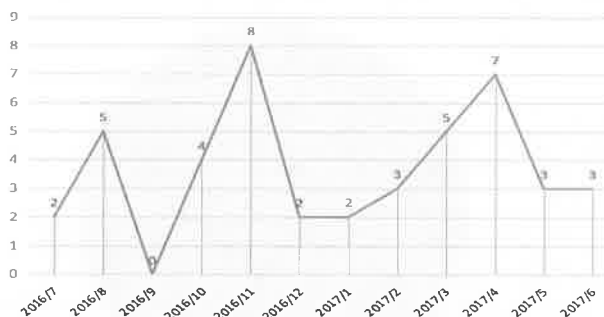


图6 研究期间风寒袭肺咳嗽发病情况

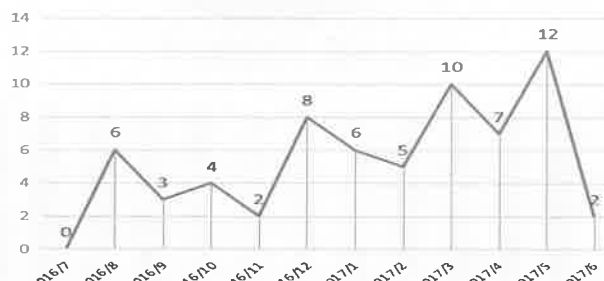


图7 研究期间风温犯肺，肺窍不利咳嗽发病情况

2 咳嗽发病情况及辨证规律

2.1 咳嗽临床证型分布规律

本研究365例小儿咳嗽患儿中的证候分布以风热犯肺证占最高比例，有87例；其次为痰热壅肺证71例；风温袭肺，肺窍不利证65例；风寒袭肺证44例；肺气亏虚证26例；肺脾气虚证25例；阴虚内热证3例；湿热咳嗽证10例；痰湿蕴肺证10例；肺胃气逆证7例；食积咳嗽证6例；最少见证型为肝火犯肺证1例。(见图8)

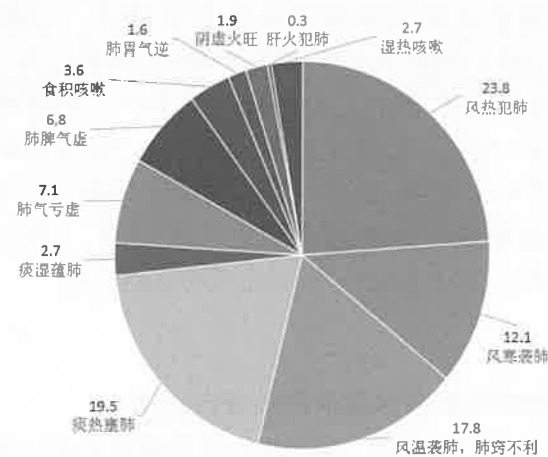


图8 咳嗽中医证候分布(%)

2.2 咳嗽分类及病程分布

所调查的365例咳嗽患儿中，外感咳嗽的患儿占196例(53.7%)而内伤咳嗽则占169例(46.3%)(见图9)。咳嗽的病程分布也随各证型有所不同，如风热犯肺、风寒袭肺及食积咳嗽病程较短，以1-7天为主；肺气亏虚、肺脾气虚及阴虚火旺的病程则较长，以14-28天和>28天为主。风温袭肺，肺窍不通与痰热壅肺的病程分布可见较均匀分布。(见图10)

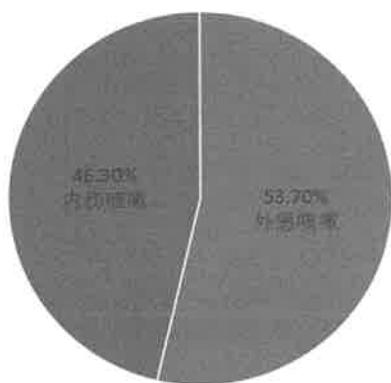


图9 外感、内伤咳嗽分布

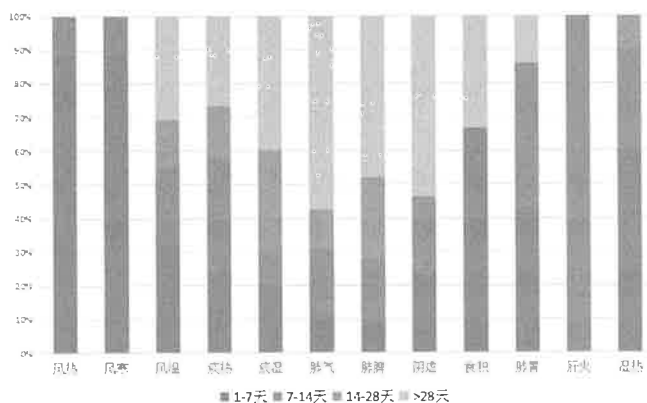


图10 各证型咳嗽的病程比例分析

3 总体常见症状分布情况

365例患儿的症状分布情况，总体可分为咳嗽及咯痰情况，咽喉及鼻部症状，全身症状，睡眠与精神情况，饮食与二便情况及舌苔与脉象分布。其中排在前十位的最常见症状依次为，①鼻塞（71.2%），②痰多（58.4%），③大便干结（40.3%），④痰黄（36.2%），⑤粘稠（36.2%）、⑥鼻流清涕（36.2%）、⑦夜卧不安（33.4%）、⑧喉间痰鸣（28.5%）、⑨尿黄（28.2%）、⑩咽喉肿痛（27.7%）。最常见的舌象脉象为舌红（63.3%）、苔白腻（32.9%），脉滑数（24.7%）等出现的比例较高。

讨论

1 新加坡小儿咳嗽发病年龄分布情况

从研究结果发现，新加坡小儿咳嗽的发病年龄的分布以学龄前居多，占238例（65.2%），其次为学龄期，占117例（32.1%），最少为青春期，有10例（2.7%）。

小儿的生理特点。学龄前的小孩脏腑娇嫩，形气未充，生理功能尚未健全，加上生活自理能力不足，免疫功能欠佳，抗邪能力较低，易受外邪侵袭，也易内生邪气，同时疾病的传变发展迅速，所以学龄前的患儿较多。到了学龄期，形气逐渐成熟和趋向稳定，自理能力改善，抗邪功能基本能够

抵御外邪，脏腑功能健全，疾病的发生较少。到了青春期，小儿的体格及抗邪的能力基本与成年人相同，所以研究中的青春期的咳嗽患儿例数最少。

小儿的病理特点为“发病容易，传变迅速”。小儿形气未充，对疾病的抵抗力较差，故病理上表现为易于发病，易于传变，年龄越小则越显突出。新加坡小儿咳嗽的好发年龄多在学龄前，符合小儿“发病容易”的病理特点。临床上小儿患病后传变迅速，可以“易虚易实，易寒易热”来概括。这提示了我们在临床上必须迅速并准确的辨证治疗，以使患儿咳嗽证型不易传变。小儿的另一个病理特点为“脏气清灵，易趋康复”，也提示了只要诊断正确、辨证准确，治疗及时，疾病就容易很快康复。学龄前的小儿虽然是咳嗽好发的年龄，但是只要辨证治疗正确，就能让咳嗽患儿迅速康复，不受咳嗽影响。另外，疾病的预防胜于治疗，学龄前患儿的自理能力较差，家长必须更注重小儿饮食及生活习惯的培养，以达到预防疾病的效果。

2 新加坡小儿外感咳嗽与季候风的关系

新加坡小儿咳嗽的病因依然可分外感及内伤。研究中收集的外感咳嗽病例有196例，占53.7%，而内伤咳嗽有169例，占46.3%，以外感咳嗽为主。在研究中也发现，风热犯肺肺证及风寒袭肺证的好发月份在11月及4月，风温袭肺，肺窍不利证的好发月份则在5月。外感咳嗽的好发情况规律也与本地的气候变化规律相应，以下为外感咳嗽的讨论分析。

小儿脏腑娇弱，形气未充，肺气不足，卫外功能较差，则易感外邪而外感咳嗽的病因，主要以感受风邪为主。新加坡位于东南亚，地处热带，四处环海，四季如夏，降雨量充足，是有着温度高、湿度大特点的城市岛国。新加坡的气候虽被指为常年如夏，但因本国位于赤道，每年也受到2个季候风的影响。从12月到3月我国受到东北季候风的吹袭，此季候风相当潮湿，降雨量多，气温也较其他月份低；从6月到9月则受西南季候风的吹袭，此季候风较为干燥，降雨量相对较少，气温也较高。两个季风期之间，间隔着季候风交替月，也就是4月到5月及10月到11月期间。在季候风交替月里，地面风弱多变，阳光酷热，形成午后到傍晚时分经常会有雷阵雨，所以这些月份的全天气温变化幅度会比较大。新加坡的多炎热潮湿，国人又贪凉喜用空调，造成室内室外温度差异明显。小儿肺常不足，卫外能力差，加上经常在温度差异明显的室内室外出入，或气候变化大时，易导致小儿的腠理疏松不固，使外邪易侵袭人体，所以临床上外感咳嗽，风热犯肺证

及风寒袭肺证多见。研究期间也见3月到5月的气温有逐渐攀升的趋势，降雨量不少，潮湿炎热的空气易于风温的发生，所以这段时间风温袭肺，肺窍不利证的咳嗽病例也有增加的情况。以上都提示了新加坡小儿外感咳嗽与地域及环境气候变化有关联。

3新加坡小儿内伤咳嗽的分布情况

研究中见新加坡小儿内伤咳嗽占46.3%，其中虚性咳嗽证型占17.5%而实性咳嗽则占28.8%，以实性内伤咳嗽为多。

小儿的体虚多因先天不足、后天失养或疾病失治误治导致。新加坡的父母非常注重产前调养，在饮食及起居上都十分注意，加上政府推广的小儿健康检查及教育，提供医疗保健津贴确保孩子患病时都能及时得到完善的治疗，所以较少孩子有体虚的情况。

中医认为小儿“易虚易实”，指的是小儿发病后，正气容易虚弱，而邪气容易变实。新加坡为国际著名的美食天堂，国人多富裕，饮食习惯偏嗜肥甘厚味，多饮多食，贪凉喜冷。小儿饮食不知自节，易导致食积、痰湿内蕴、痰热互结、湿热内生等实邪内生，壅滞于肺，肺失宣降而致咳。此外，小儿肝常有余，若环境不适，所欲不遂，或学习压力过大，或经常被打骂，均可产生情志怫郁，致肝气不疏，气机不畅，横逆犯胃，胃气上冲于肺，或肝郁气滞化火，木火刑金，耗伤肺阴，肺失清肃，发为咳嗽。《素问·咳论》云：“五脏六腑皆令人可，非独肺也”，研究中证明新加坡小儿内伤咳嗽病位在肺，但与脾、胃、心、肝等多脏功能失调关系密切，病因多属邪实或因本虚致实，导致肺失宣降，气机不畅而发为内伤咳嗽。在小儿内伤咳嗽的治疗上需详辨病机，审因论治，分清虚实，虚则补之，实则泻之，同时也要注意调节五脏功能及小儿的饮食习惯。

4 新加坡小儿咳嗽的常见症状分布

在新加坡研究收集到的症状资料中，除咳嗽外，最常见症状包括有鼻塞，痰多，大便干结，痰黄，粘稠、鼻流清涕、夜卧不安、喉间痰鸣、尿黄、咽喉肿痛。最常见的舌象脉象为舌红、苔白腻，脉滑数。

新加坡地处热带，气候潮湿炎热，外界的湿与热邪较显著。新加坡的生活条件较富裕，国人的饮食习惯偏嗜肥甘厚味，多饮多食，小儿脾常不足，经常会因饮食不节，营养过剩，导致饮食积滞，则出现食火内郁，或因多食生冷，导致痰湿内生，日久

可郁而化热。新加坡属发达国家，生活步伐较快，学习、工作压力较大，小儿“心常有余”、“肝常有余”，导致心火内炽，肝火内盛。以上论述的情况都提示新加坡小儿多受到内外热邪，痰邪，湿邪的影响。

5 新加坡小儿咳嗽辨证规律

在对新加坡365例咳嗽患儿进行的中医证型分布规律统计中，可分为12种证型。依发病频率依次列出，最常见为风热犯肺证，其次为痰热壅肺证、风温袭肺，肺窍不利证、风寒袭肺证、肺气亏虚证、肺脾气虚证、阴虚内热证、湿热咳嗽证、痰湿蕴肺证、肺胃气逆证、食积咳嗽证，而最少见证型为肝火犯肺证。其中可以将咳嗽的证型分虚实。属于虚证的证型为肺气亏虚证、肺脾气虚证、阴虚内热证，而其余证型都属实证。

从小儿咳嗽辨证规律研究可以发现，新加坡小儿咳嗽多属实证，且多受到本地气候环境及饮食生活习惯的影响，表示新加坡小儿咳嗽的中医病因、病机及证候特征都有明显的地域性，所以在小儿咳嗽的预防及治疗中都必须考虑到本地的气候变化、小儿饮食习惯的影响及小儿体质的因素，才能准确地指导临床辨证论治，对证用药。

总之，本研究探讨新加坡小儿咳嗽的中医证候特征及辨证规律为本地治疗小儿咳嗽制定了相应的辨证规范，提供符合临床实践及客观的理论依据，对今后临床诊断和治疗有巨大的帮助。

【参考资料】略



宣肺通窍法治疗新加坡小儿上气道咳嗽综合征72例的临床研究(摘要)

硕士研究生:林昀杉

导师:王雪峰教授

目的:观察宣肺通窍法治疗新加坡上气道咳嗽综合征患儿的临床总体疗效及单症疗效。**方法:**72例患儿随机分为治疗组及对照组。治疗组采用鼻通灵合剂加减治疗,对照组以西医所给予的基础治疗。7天为一个疗程,观察2个疗程。**结果:**(1)综合疗效:治疗组愈显率66.67%,对照组愈显率22.22%,差异具统计学意义($p < 0.01$)。(2)主症疗效:两组在缓解咳嗽、咯痰、鼻塞流涕、清嗓及咽部体征方面,治疗组明显优于对照组($p < 0.01$)。(3)次症疗效:两组均能有效改善所有症状($p < 0.01$),而治疗组在改善口渴和精神烦躁症状优于对照组,差异有统计学意义($p < 0.01$)。**结论:**(1)宣肺通窍法能有效改善新加坡小儿上气道咳嗽综合征的临床症状。(2)鼻通灵合剂改善新加坡小儿上气道咳嗽综合征风湿阻窍,肺经郁热证的症状。

【关键词】小儿上气道咳嗽综合征;宣肺通窍法;鼻通灵合剂;新加坡

咳嗽在儿童门诊当中是最常见的呼吸科疾病与症状。据《中国儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(2013年修订)》,儿童咳嗽可分为3类:急性咳嗽、迁延性咳嗽及慢性咳嗽。当中以慢性咳嗽最为复杂,反复咳嗽但X线胸片未见明显异常^[1],容易出现漏诊或误诊,严重影响患儿的学习能力、健康及生活质量,也给家庭带来了巨大的精神和经济负担^[2]。据新加坡国立大学医院统计调查,将近10%的学龄前及学龄期儿童受慢性咳嗽的影响^[3]。

导致儿童慢性咳嗽的病因繁多复杂,其中以咳嗽变异性哮喘、上气道咳嗽综合征和呼吸道感染后咳嗽为主^[4]。据研究显示UACS占欧洲国家慢性咳嗽病患的6-21%^[5],而在中国UACS占儿童慢性咳嗽的24.71%^[6]。上气道咳嗽综合征(Upper Airway Cough Syndrome, UACS)既往称为鼻后滴漏综合征(Postnasal Drainage Syndrome, PND),主要由鼻部疾病引起的分泌物倒流鼻后和咽喉部,直接或间接刺激咳嗽感受器,表现为咳嗽反复发作为主。UACS所包含的范围较大,常与咽喉部疾病有关,除了过敏性鼻炎、鼻窦炎、增殖体肥大等,还包括咽喉炎、慢性扁桃体炎等。导致UACS的最常见疾病为过敏性鼻炎^[7]。在近几年,过敏性鼻炎在新加坡呈逐渐增长的趋势,影响着将近42%的儿童^[8]。

根据儿童哮喘和过敏症的国际研究(ISAAC)数据显示,6-7岁患有过敏性鼻炎的儿童从1994年的6.4%增加到2003年的8.7%^[9]。

至今,现代医学对UACS的病理机制及治疗取得了相当的进展,为临床治疗提供很好的依据。西医主要针对病因治疗,改善症状,虽然疗效明显,但是容易反复发作。在治疗中所使用的抗生素、类固醇鼻用喷雾剂等的化学药物,部分患儿可出现不良反应或过敏的情况,反而严重影响身心健康。家长对自己孩子需长期服用此类药物,畏惧其副作用,并寻求中医药的治疗。

中医药在治疗UACS的临床研究日渐增多,许多中医药研究结果已证明使用中药治疗UACS有它的优势及发展空间。尤其是针对长期服用西药但仍未见效的UACS患儿,可逐渐减轻其症状及复发次数,有效的提升患儿的生活质量。其中使用中药治疗的副作用很少,容易让患儿及家长接受,并在近年来受到多人的重视。

新加坡气候炎热潮湿,国人多易感风、湿、热之邪。外邪侵袭肺卫,壅滞肺窍,郁久化热,炼液为痰,肺失宣发肃降,肺气上逆,出现咳嗽痰黄,鼻塞流涕等症状,迁延日久,阻滞肺络,则反复发作,发为本病,表现为风湿阻窍,肺经郁热之证候。

新加坡现今未出现采用中医药治疗小儿UACS的临床研究及报道。结合新加坡地理环境及特殊气候,本次研究将探讨小儿上气道咳嗽综合征风湿阻窍,肺经郁热之证候,采用宣肺通窍法进行治疗及临床观察。通过随机对照的临床研究,采用中成药鼻通灵合剂,评价宣肺通窍法治疗小儿上气道咳嗽综合征所引起的慢性咳嗽,取得一定的疗效,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料 新加坡同济医院2016年9月至2017年6月期间前来诊病的3岁至14岁上气道咳嗽综合征的患儿72例,随机分为治疗组与对照组。治疗组36例,男性22例,女性14例;对照组36例,男性20例,女性16例。两组患儿的性别、年龄分布、病程分布、既往史和治疗前证候基线积分比较差异无统计学意义($p > 0.05$),具有可比性。

1.2 西医诊断标准 参照《中国儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(2013年修订)》^[4]对上气道咳嗽综合征的诊断标准:(1)持续性咳嗽>4周,常伴白色泡沫痰(

过敏性鼻炎)或黄绿色脓痰(鼻窦炎)。(2)咳嗽在晨起或改变体位时加重,伴鼻塞流涕、咽干并有异物感和反复清咽等。(3)咽后壁滤泡明显增生,时可见鹅卵石样改变,或黏液样或脓性分泌物。

1.3 中医诊断标准 目前在新加坡尚缺乏上气道咳嗽综合征慢性咳嗽中医辨证的标准,结合临床观察及UACS临床特点,参照王雪峰教授主编的新世纪(第三版)《中西医结合儿科学》及马融教授主编的新世纪(第四版)《中医儿科学》,拟定风湿阻窍,肺经郁热证的诊断标准。其主要症状:咳嗽痰黄,鼻塞流涕,清嗓;次要症状:或发热,头痛头晕,口渴,烦躁不安,尿少色黄,大便干结,舌红苔黄腻,脉数或滑数。具备2项或以上主症,兼次症中2项以上,结合舌脉,即可确定诊断。

1.4 纳入标准 符合以上西医和中医诊断标准;年龄介于3岁至14岁之间,性别不限;家属同意配合,自愿填写知情同意书,同意参加临床受试者。

1.5 排除标准 不符合上述中西医诊断标准者;患有其他引起咳嗽的急慢性疾病(例如感冒、肺炎、哮喘、肺结核、胃食管反流病等);合并心、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者、精神病患者;重症呼吸系统疾病者应及时入院接受诊治;对试验中使用合剂的成分有过敏者或多种药物过敏者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 治以宣肺通窍法。处方:鼻通灵合剂,由新加坡药厂康华私人有限公司(Co. Reg. No.:198003308W)制造。组成:白芷、金银花、连翘、防风、藿香、薄荷、辛夷花、苍耳子、鹅不食草。服药剂量:3-6岁儿童予30毫升/日,每次10毫升,日服3次;7-14岁儿童予60毫升/日,每次20毫升,日服3次。

2.2 对照组 与患儿家属沟通,嘱咐持续以西医基础

治疗,不予任何中药治疗。

2.3 观察指标 主要症状指标:咳嗽、咯痰、鼻塞流涕、清嗓等咽部症状积分变化及消失率。次要症状指标:头痛头晕,口渴、烦躁、发热、小便、大便等积分变化及消失率。将所有观察指标及局部体征量化进行观察记录,并统一使用症状量化分级标准表。主要症状按无、轻、中、重分别计为0、2、4、6分,次要症状按无、轻、中、重分别计为0、1、2分,计算症状量化积分,在治疗前、治疗中及治疗后进行评价。

2.4 证候疗效评定标准 (1)痊愈:咳嗽咯痰、鼻塞流涕,清嗓消失,次症状恢复正常,其他临床症状基本消失,积分减少 $\geq 95\%$ 。(2)显效:咳嗽咯痰、鼻塞流涕、清嗓明显好转,次症状消失或好转,其他临床川症状基本消失或好转,积分减少 $\geq 70\%$ 且 $< 95\%$ 。(3)有效:咳嗽咯痰、鼻塞流涕、清嗓好转,次症状消失或好转,其他临床症状好转,积分减少 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$ 。(4)无效:咳嗽咯痰、鼻塞流涕、清嗓无明显变化或加重,其他临床症状无改善或加重,积分减少不足30%。

2.5 统计分析 应用SPSS 18.0软件进行数据分析。计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm S$)进行统计描述。计数资料采用频数(构成比)进行统计描述,各组疗效比较采用卡方 χ^2 检验。各组内治疗前后的变化采用配对t检验进行比较。两组间疗效对比采用Wilcoxon秩和检验。所有的统计检验采用双侧检验,P值小于或等于0.05为有统计学意义。

3 结果

3.1 治疗结果 治疗组总有效率97.22%,对照组总有效率77.78%;治疗组愈显率66.67%,对照组的愈显率22.22%。两组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 两组有效率与愈显率比较(例,%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	愈显率(%)
治疗组	36	7	17	11	1	97.22 ^a	66.67 ^b
对照组	36	1	7	20	8	77.78	22.22

注:与对照组比较,^a $p < 0.05$,^b $p < 0.01$ 。

3.2 主症疗效比较 各项主症在治疗前后进行积分比较,治疗组与对照组在各自组内治疗前后自身对比均有明显改善,具有统计学意义($p < 0.05$)。(见表2)

表2 主症治疗前后比较($\bar{x} \pm S$)

主症	治疗组(n=36)		对照组(n=36)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
咳嗽	4.56 \pm 1.027	1.50 \pm 1.464*▲	4.17 \pm 1.000	2.56 \pm 1.319*
咯痰	3.94 \pm 2.216	1.28 \pm 1.279*▲	4.44 \pm 1.664	2.50 \pm 1.748*
鼻塞流涕	4.11 \pm 1.260	1.44 \pm 1.132*●	3.61 \pm 1.498	2.17 \pm 1.207*
清嗓	3.61 \pm 1.498	0.61 \pm 1.050*▲	3.17 \pm 1.464	1.56 \pm 1.275*
咽部体征	2.67 \pm 1.069	0.33 \pm 0.756*●	2.67 \pm 0.956	0.94 \pm 1.120*

注:▲组内治疗后与治疗前比较 $p < 0.05$;●组内治疗后与治疗前比较 $p < 0.01$;●治疗组与对照组治疗后比较 $p < 0.05$;▲治疗组与对照组治疗后比较 $p < 0.01$ 。

3.3 次症疗效比较 各项次症经治疗2周后, 各组治疗前后自身对比, 结果显示治疗组与对照组在改善各项次要症状差异均具统计学意义 ($p < 0.01$)。(见表3)

表3 次症治疗前后比较 ($\bar{x} \pm S$)

次症	治疗组 (n=36)		对照组 (n=36)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
头痛头晕	0.47 ± 0.736	0*	0.56 ± 0.843	0.08 ± 0.280*
口渴	0.72 ± 0.741	0.11 ± 0.319*▲	0.81 ± 0.710	0.50 ± 0.561*
精神	0.53 ± 0.736	0.08 ± 0.280*▲	0.69 ± 0.856	0.44 ± 0.652*
小便	0.75 ± 0.554	0.08 ± 0.280*	0.56 ± 0.695	0.25 ± 0.439*
大便	0.69 ± 0.710	0.25 ± 0.500*	0.89 ± 0.887	0.44 ± 0.558*
发热	0.36 ± 0.723	0.06 ± 0.232*	0.50 ± 0.845	0.11 ± 0.319*

注: *组内治疗后与治疗前比较 $p < 0.05$; *组内治疗后与治疗前比较 $p < 0.01$; ●治疗组与对照组治疗后比较 $p < 0.05$; ▲治疗组与对照组治疗后比较 $p < 0.01$ 。

4 讨论

上气道咳嗽综合征(UACS)主要以鼻咽部疾病产生的分泌物倒流至咽喉, 导致咳嗽反复发作。UACS是儿童慢性咳嗽的主要原因之一, 长期反复咳嗽影响儿童的身心健康及学习能力, 给家长也带来了经济和精神负担。小儿慢性咳嗽发病率逐渐增高, 多种原因可导致咳嗽迁延难愈, 常出现漏诊或误诊, 错失了最佳治疗时间。西药虽能在短时间内起到疗效, 但在停药后易反复发作, 难以痊愈。

近年在新加坡寻求中医药治疗慢性咳嗽的患儿有增加的趋势。中医强调整体观念, 辨证施治, 调理脏腑, 改善患者的体质及抗邪能力, 从而根治疾病。中医学在辨证论治肺系等疾病积累了丰富的经验, 并在临床上取得了良好的效果, 对治疗本病也体现了独特的优势, 减少复发情况。所以展开中医药治疗小儿UACS的临床研究及观察具有重要意义, 为将来中医药治疗本病提供有效的临床依据。

4.1 中医药对新加坡小儿UACS的新认识及临床应用

中医认为本病UACS病位在肺, 鼻为肺之窍, 肺主宣发肃降。小儿“肺脏娇嫩”, 易受外邪侵袭, 壅滞肺窍, 故鼻塞流涕、鼻痒咽痒等; 外邪入里, 阻滞肺络, 肺失宣发肃降, 肺气上逆则为咳, 迁延日久, 则反复发作。新加坡为东南亚的一个海岛型城市, 处在赤道边缘, 四季如夏。一年雨季和干燥气候交替出现, 最高气温可达35摄氏度, 常年湿度较高。炎热及潮湿的气候, 多表现为风、湿、热之邪。

风湿外邪侵袭肺卫, 壅滞鼻窍, 出现鼻塞流涕; 外邪循经入里, 阻滞肺络, 郁久化热, 炼液为痰, 湿与热相搏, 上循肺经, 阻滞鼻窍, 表现为鼻塞、流黄涕; 肺失宣发肃降, 肺气上逆, 痰热上循则出现咳嗽痰黄。湿邪阻于鼻窍, 鼻涕下流, 侵袭咽喉, 导致咽喉不利, 湿与热阻滞则咽痒不适、清

嗓。外邪阻滞清窍, 则出现头痛头晕。热邪郁肺, 上扰心神, 故烦躁不安、或发热。热邪耗伤津液, 兼湿性黏滞, 津液不能上乘于口, 故口干渴。热灼津液, 故小便黄少、大便干结。外感邪气, 湿邪黏滞, 肺经郁热, 阻滞鼻窍, 导致肺失宣降, 肺窍不利, 病程反复发作缠绵难愈, 发为UACS之风湿阻窍, 肺经郁热证。近年来岛国雾霾笼罩, 严重影响空气质量, 最常诱发咳嗽、过敏性鼻炎、鼻窦炎、咽喉炎等上气道疾病, 从而导致UACS的发生。因此在治疗方面以宣肺通窍法尤为关键。

4.2 鼻通灵合剂组成及分析

研究中所采用的鼻通灵合剂针对新加坡小儿UACS风湿阻窍, 肺经郁热之临床表现, 强调其疏风、通窍、清热、燥湿的作用。

中药合剂是病患常选择服用的剂型, 即方便又省时, 临床疗效也可靠。合剂的制成是在汤剂的基础上发展出来的, 多为汤剂的浓缩品, 由药厂采用精辟的方法技术提取及浓缩所制成的内服液体。它包含汤剂中多种有效成分, 即体积小、浓度高及用量小, 而研究中所采用的鼻通灵合剂针对儿童病患, 其口感容易接受, 适宜儿童服用。

鼻通灵合剂具有清热解毒、疏风散寒、燥湿化浊、通利鼻窍之功效。方中金银花甘寒、连翘苦微寒, 二者为君药, 能疏散风热、清热解毒、消痈散结, 又可辟秽化浊, 在透散表邪时兼顾了湿热病邪蕴结及秽浊之气的形成。金银花中的绿原酸及异绿原酸具有抗菌的作用, 兼有抗炎及解热的功效^[12]。连翘以连翘酯苷为主要活性成分, 具有抗菌、抗感染、解热等药理作用^[13]。薄荷辛凉, 疏散风热、清利头目, 且可解毒利咽, 以助金银花、连翘解毒透表之力。

防风辛甘性微温, 为风药中之润剂, 具有祛风除湿、散寒止痛之作用。据现代药理研究, 防风既

能抗炎又能延缓凝血^[14]。白芷辛温，可祛风散寒，助君药辛散解表，兼能燥湿化浊；又为阳明经引经药，针对过敏性鼻炎、鼻窦炎等所引起的前额疼痛均有效。藿香辛微温，以其性味解在表之风寒，又能以芳香之气化郁久之湿浊，又为芳香化湿浊的要药。研究显示藿香油即可抗真菌、抗细菌、抗疟原虫等，又能调节免疫^[16]。

辛夷花、苍耳子、鹅不食草为祛风通窍药均为辛温之性。三药均可疏散风寒兼通鼻窍，又可引全方以达病所，清利头窍，尤以对外邪阻滞清窍而致的鼻窦炎、咽喉炎、中耳炎等。加之辛夷花兼有收缩鼻粘膜血管之作用，可减轻炎症，促进鼻粘膜分泌物的吸收，从而保护鼻粘膜，使鼻腔通畅。鹅不食草又能胜湿去翳，解除郁滞之湿邪。

外感风湿之邪，其中夹寒，故以辛温透表之药物以助祛风散寒除湿，疏通鼻窍以达到宣肺通窍之功效；邪气郁久则化热，故用辛凉之药物以疏风清热、宣散肺经郁热。鼻通灵合剂全方辛温、辛凉药物并用，合以清热解毒、疏散风寒、燥湿化浊、通利鼻窍之功效，达到本研究以宣肺通窍之法治疗小儿UACS，缓解反复咳嗽之症状。

4.3 宣肺通窍法的临床疗效评价

1) 综合疗效评价

经临床观察，以宣肺通窍法治疗新加坡小儿上气道咳嗽综合征有显著的疗效。使用中药虽起效不如西药快，但治疗过程中未见任何不良反应。研究中治疗组总有效率达97.22%，疗效优于对照组（ $p < 0.05$ ）。治疗组愈显率为66.67%，对照组愈显率为22.22%，两组有明显差异（ $p < 0.01$ ）。这提示宣肺通窍法优于对照组，有助于更安全有效地改善新加坡小儿UACS患者儿的临床症状。

2) 主症疗效评价

两组主症积分均有所改善。治疗组在改善咳嗽、咯痰、鼻塞流涕、清嗓及咽部体征等主要症状效果显著，疗效优于对照组（ $p < 0.05$ ）。这表示经过中医辨证治疗后，采用宣肺通窍法，结合新加坡特殊气候兼以疏风清热，能有效改善小儿UACS的主要症状。

3) 次症疗效评价

两组的次症积分在治疗后均有所改善（ $p < 0.01$ ）。两组间比较，治疗组在改善口渴和精神烦躁症状在治疗后的积分明显低于对照组，差异具有统计学意义（ $p < 0.01$ ）。这提示经中医辨证施治，宣肺通窍法能有效改善并控制小儿UACS的次要症状，防止

反复发作或加重的情况。

小儿上气道咳嗽综合征主要以咳嗽反复发作为特点，严重影响患儿身心健康。在治疗时除了掌握精确的治法，同时需嘱咐家长注意患儿的生活起居及饮食习惯，在缓解症状的同时兼顾到患儿幼嫩的体质，才能全面有效地治疗本病。西药在治疗方面起效快，但始终存在反复发作的特性，症状在缓解数日后即复，导致咳嗽迁延难愈，形成了慢性咳嗽。长期使用如鼻用糖皮质激素、抗生素等西药，可影响儿童生长发育及鼻腔干燥、鼻出血等不良反应。中医辨证论治为中医学治疗疾病的核心，在治疗UACS有其独特的优势。通过宣肺通窍法治疗新加坡小儿上气道咳嗽综合征，疗效优于对照组。总体上能有效改善小儿UACS的临床症状，改善反复发作的特性，长远疗效佳，用药安全，提高小儿生活质量及学习能力。

结论

1. 宣肺通窍法能有效改善新加坡小儿上气道咳嗽综合征的临床症状。
2. 鼻通灵合剂改善新加坡小儿上气道咳嗽综合征风湿阻窍，肺经郁热证的症状。

【参考文献】略



针刺结筋病灶点与传统经穴治疗坐骨神经痛的疗效分析(摘要)

硕士研究生: 陈文杰 导师: 董宝强教授

基于经筋理论通过对针刺结筋病灶点与传统经穴治疗坐骨神经痛的疗效比对, 探讨坐骨神经痛最佳针刺方法的选择。

选取门诊确诊为坐骨神经痛患者120例, 采用随机数字表法随机分为经筋组与传统组各60例。在试验前受试者入组时需签署知情同意书并对受试者进行健康教育。在试验实施过程中, 经筋组采用的治疗方法是针刺结筋病灶点即坐骨神经循行分布于足三阳经筋的结筋病灶点。传统组采用的是针刺传统穴位即教材《针灸治疗学》。两组患者每治疗5天, 休息2天, 此为1疗程, 连续治疗4疗程。以入组时和治疗4周后作为评价时间点, 以16周作为随访时间点。随访采用直接与间接两种形式: 直接访问包括登门随访与门诊随访; 间接访问包括电话、邮件、微信等。本试验使用VAS疼痛评分、Oswestry功能障碍指数问卷评分(ODI)与健康状况调查问卷评分(MOS SF-36)对坐骨神经痛患者进行评估。试验后对经筋针刺与传统针刺在所引起的不良事件或治疗过程中出现的其他不良事件做安全性评价。

在实验结束后统计两组患者疗效评价, 进行对比分析。

1、VAS疼痛评分方面, 两组治疗前VAS评分比较具有可比性($P>0.05$)。

2、Oswestry功能障碍指数问卷评分方面, 两组治疗前ODI评分比较具有可比性($P>0.05$)。

3、健康状况调查问卷评分(MOS SF-36)方面, 两组治疗前生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能、精神健康、健康变化评分比较具有可比性($P>0.05$)。

4、两组各发生不良事件1例, 不良事件发生率均为2%。

5、疗效方面, 经筋组有效率为100%, 传统组有效率为94.2%。与传统组相比, 经筋组疗效更显著($P<0.05$)。

【关键词】 坐骨神经痛; 经筋; 结筋病灶点。

材料与方法

1 研究对象

1.1 受试者来源

本课题临床研究的受试对象均选取2016年6月至2017年6月古方中医门诊确诊为坐骨神经痛患者, 共

120例。

1.2 受试者选择

1.2.1 诊断标准

参照王蔚文编写的《临床疾病诊断与疗效判定标准》[1]诊断标准

1.2.2 纳入标准

- ①符合本研究拟定的坐骨神经痛的诊断标准;
- ②发病年龄20-65岁;
- ③具有明确的临床症状或体征;
- ④签署知情同意书。

1.2.3 排除标准

- ①妊娠期或哺乳期妇女、精神失常的精神病患者;
- ②发病年龄小于20岁与大于65岁者;
- ③合并其他疾病的患者如: 腰部结核、腰部转移恶性肿瘤、腰椎管狭窄症、以及腰骶神经根炎证、风湿性疾病患者;
- ④患有心脏病、肝病、肺病、肾疾等严重器质性疾病不适宜针灸的患者;
- ⑤对针灸有排斥心理的患者。

1.2.4 剔除标准

- ①纳入研究后不配合治疗者;
- ②治疗信息记录不全者;
- ③治疗过程中自行退出者;
- ④发生严重不良事件、并发症, 不宜继续接受治疗者;
- ⑤研究结束后3个月内失访者。

2 治疗方法

2.1 治疗

2.1.1 经筋组

触诊: 在检查的过程当中, 患者可俯卧或者仰卧在病床上, 然后根据患者的实际情况, 用手触的方法包括拿、按、循、摸等进行细致的检查。解剖位置见表1-3。

表1 足太阳经筋结筋病灶点及解剖位置

结筋病灶点	解剖位置
腰1棘突~腰5棘突	在腰部, 正当腰椎棘突1~5顶端
腰1横突~腰5横突	在腰部, 正当腰椎横突1~5顶端
骶1棘突~骶5棘突	在骶部, 正当第1~5骶骨棘突处
上髂次	在骶部, 第一骶骨后孔外侧缘处
次髂次	在骶部, 第二骶骨后孔外侧缘处
中髂次	在骶部, 第三骶骨后孔外侧缘处

下髂次	在骶部, 第四骶骨后孔外侧缘处
髂后上棘	在骶部, 正当髂后上棘处
小肠俞次	在骶部, 当骶髂关节背侧面上部
秩边次	在臀部, 当股骨大转子最高点与髂后上棘连线中上1/3交点外侧, 即梨状肌上孔处
白环俞次	在臀部, 骶角水平, 骶骨外侧缘处
环跳次	在臀部, 由大转子最高点与髂后上棘连线中点做一垂线, 此垂线交于大转子最高点与髂后上棘和尾骨尖连线中点的连线上
承扶次	在臀后侧, 臀横纹中点内上方, 坐骨结节处
外承扶	在股后侧, 大转子后下方, 臀大肌线上
外股上	在股后侧, 股外侧方, 股二头肌第2/4区下方
股上次	在股后侧, 后正中线, 半腱肌第1/4区
直立次	在股后侧, 后正中线, 半腱肌第3/4区上方
外直次	在股后外侧方, 股二头肌第3/4区上方
委中次	腘窝横纹中央

表2 足少阳经筋结筋病灶点及解剖位置

结筋病灶点	解剖位置
陵后次	在小腿外侧, 腓骨小头后侧缘
成腓间	在膝外侧, 膝关节间隙处
成骨次	在股外侧, 股骨外侧缘处
风市次	在股外侧, 股骨中点外凸处
上风市	在股外侧, 股骨大转子直下, 股骨中下1/3交点
髀枢	在臀部, 股骨大转子隆凸处
髀枢上	在臀部, 大转子上缘处
髀枢内	在髋部, 股骨大转子尖内侧缘处
健髂次	在髋部, 髂骨翼外侧方, 臀中肌肌腹处
腰宣次	在臀部, 髂嵴后缘, 骶棘肌外缘与髂嵴最高点之间2~5点, 即臀上皮神经纤维管处

表3 足阳明经筋结筋病灶点及解剖位置

结筋病灶点	解剖位置
曲骨次	在下腹部, 耻骨联合上缘中点
阴廉次	在股内侧, 耻骨上支的耻骨梳处
气冲次	在腹股沟部, 腹股沟韧带中点, 股动脉外侧缘处
维道次	在腹股沟部, 髂前下棘处
髀关下	在股前部上方, 股骨小转子下缘处
关兔次	在股前部中份, 股直肌与股外侧肌之间

针具: 采用华佗牌针灸针, 规格0.30X40mm、0.35X50mm、0.35X75mm。

操作方法: 查找足三阳经筋结筋病灶点后, 患者取俯卧位或仰卧位, 放松腰部肌肉, 局部常规消毒, 病灶浅组采用浮刺法(针尖沿病灶点斜刺进行横向肌层透刺, 当达到病灶点深度后, 行提、插手法并变换不同的方向进行透刺); 病灶深组以直径0.35X50mm或0.35X75mm的一次性不锈钢毫针, 采用分刺法、合谷刺法, 对准病灶压痛点快速刺入, 针身呈70°角行提插泻法多向透次, 留针20min。1次/天, 5天为1个疗程, 每个疗程间隔2天再进行下个疗程, 治疗4个疗程。

2.1.2 传统组

取穴: 参照新世纪(第二版)全国高等中医药院校规划教材《针灸治疗学》^[11], 选取腰夹脊(L2~4)、秩边、环跳、殷门、阳陵泉、委中、承山、

昆仑、悬钟。解剖位置见下^[11]。

①腰夹脊(L2~4): 第2腰椎到第4腰椎棘突下两侧, 后正中线旁开0.5寸, 一侧3穴, 共6穴。②秩边: 在骶区, 与第4骶后孔相平, 旁开骶正中嵴3寸。③环跳: 臀部, 骶管裂孔与股骨大转子最高点连线的内2/3与外1/3交点处。④殷门: 在股后区, 股二头肌与半腱肌之间, 臀沟下6寸。⑤阳陵泉: 在小腿外侧, 腓骨头前下方凹陷中。⑥委中: 在膝后区, 腘横纹中点。⑦承山: 在小腿后区, 腓肠肌两肌腹与肌腱交角处。⑧昆仑: 在踝区, 外踝尖与跟腱之间的凹陷中。⑨悬钟: 在小腿外侧, 外踝尖上3寸, 腓骨前缘。

针具: 同经筋组。

操作方法: 同经筋组。

2.2.1 视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)

VAS为疼痛的评估方法, 使用一条长约10cm的游动标尺, 一面标有10个刻度, 两端分别为“0”端和“10”端, “0”端为无痛, “10”端为最痛。观察记录两组患者治疗前, 治疗后2周、4周、16周的VAS分值。

2.2.2 Oswestry功能障碍指数问卷表(ODI)

ODI评分为腰腿功能评分调查表, 分为十个项目分别为: 腰腿痛程度、个人生活能力、提取重物能力、行走能力、坐立能力、站立能力、睡眠能力、性生活能力、社会活动能力、旅行能力; 总分100分, 分数越高代表功能障碍越明显。观察记录两组患者治疗前, 治疗后2周、4周、16周的ODI分值。

2.2.3 健康状况调查问卷量表(MOS SF-36)

MOS SF-36是目前国际上最为常用的生命质量标准化测量工具之一, 多用于人群调查或健康政策的评价性研究, 现也被用于临床实践和研究与某类疾病关联的结局测量。由生理机能PF(Physical Functioning)、生理职能RP(Role-Physical)、躯体疼痛BP(Bodily Pain)、一般健康状况GH(General Health)、精力VT(Vitality)、社会功能SF(Social Functioning)、情感职能RE(Role-Emotional)、精神健康MH(Mental Health)、健康变化HT(Reported Health Transition)九部分组成。每部分各100分, 分数越高代表其对应状况越好。观察记录两组患者治疗前, 治疗后2周、4周、16周的MOS SF-36分值。

2.3 病例完成情况及安全性评价

记录剔除或脱落病例情况; 记录不良事件发生并计算不良情况发生率。

不良事件发生率=(发生不良事件病例数/受试总人数)×100%。

2.4疗效评价(参照中医病证疗效标准^[14]):

① 临床治愈:疼痛完全消失,直腿抬高实验阴性,劳累或天气变化无反应;

② 显效:疼痛基本消失,直腿抬高实验阴性,劳累或天气变化有反应;

③ 好转:疼痛明显减轻,直腿抬高实验阳性且满意,劳累或天气变化有明显反应;

④ 未愈:疼痛未改善。

2.5统计学方法

采用SPSS19.0软件包进行统计分析。

研究结果

1基线资料

1.1性别:两组患者的性别比较,结果见表4。

表4 两组性别比较(n[%])

分组	例数(n)	性别	
		男(%)	女(%)
经筋组	55	25 (45.0%)	30 (55%)
传统组	52	16 (30.8%)	36 (69.2%)

注:经卡方检验,差异无统计学意义(P>0.05)

1.2身高:两组患者的身高比较,结果见表5。

表5 两组身高比较($\bar{x} \pm s$;cm)

分组	例数(n)	身高(cm)
经筋组	55	164.10±6.21
传统组	52	164.74±7.94

注:经t检验,差异无统计学意义(P>0.05)

1.3年龄:两组患者的年龄比较,结果见表6。

表6 两组年龄比较($\bar{x} \pm s$;岁)

分组	例数(n)	年龄(岁)
经筋组	55	45.52±11.91
传统组	52	44.11±13.22

注:经t检验,差异无统计学意义(P>0.05)

1.4体重与体重指数:两组患者的体重与体重指数比较,结果见表7。

表7 两组体重与体重指数比较($\bar{x} \pm s$; Kg、Kg/m²)

分组	例数(n)	体重(kg)	体重指数(kg/m ²)
经筋组	55	62.98±9.42	23.47±3.93
传统组	52	60.02±9.45	22.31±4.06

注:经t检验,差异无统计学意义(P>0.05)

1.5工作时间与工作性质:两组患者的工作时间及工作性质比较,结果见表8。

表8 两组工作时间与工作性质比较($\bar{x} \pm s$; h、n[%])

分组	例数(n)	工作时间(h)	工作性质	
			劳力(%)	非劳力(%)
经筋组	55	7.95±1.74	32 (58.2%)	23 (41.8%)
传统组	52	8.48±1.77	36 (69.2%)	16 (30.8%)

注:经t检验与卡方检验,差异无统计学意义(P>0.05)

1.6临床特征基线分析

经筋组与传统组在病程以及是否伴有腰椎间盘突出之间的基线之间可比性良好,见表9。

表9 两组临床特征比较($\bar{x} \pm s$; d)

分组	例数(n)	病程	是否伴有腰椎间盘突出	
			是(%)	否(%)
经筋组	55	29.2±4.2	22 (40.0%)	33 (60.0%)
传统组	52	30.3±5.2	23 (45.2%)	29 (55.8%)

注:无统计学差异(P>0.05)

2观察指标

2.1视觉模拟疼痛VAS评分(见表10)

表10 两组VAS疼痛比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数(n)	VAS			
		0周	2周	4周	16周
经筋组	55	7.29±1.18	5.07±1.15	1.55±1.05**	1.64±1.16**
传统组	52	7.54±1.27	5.31±1.26	2.58±1.04*	3.25±1.72*

注:#与传统组相比P<0.05,*与治疗前比较P<0.05

2.2Oswestry功能障碍指数问卷表(ODI)(见表11)

表11 两组Oswestry功能障碍指数(ODI)比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数(n)	ODI			
		0周	2周	4周	16周
经筋组	55	70.29±5.66	59.74±5.43	42.00±5.37**	52.65±6.26**
传统组	52	70.19±4.81	61.50±5.28	46.62±6.08*	55.50±6.38*

注:#与传统组相比P<0.05,*与治疗前比较P<0.05

2.3健康状况调查问卷量表(MOS SF-36)

2.3.1生理机能PF(Physical Functioning)评分表(见表12)

表12 两组生理机能PF(Physical Functioning)比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数(n)	PF			
		0周	2周	4周	16周
经筋组	55	44.64±14.46	65.27±13.28	84.73±12.15**	83.92±8.36**
传统组	52	46.15±13.27	64.23±13.48	77.98±11.21*	69.23±10.49*

注:#与传统组相比P<0.05,*与治疗前比较P<0.05。

2.3.2生理职能RP(Role-Physical)评分表(见表13)

表13 两组生理职能RP(Role-Physical)比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数(n)	RP			
		0周	2周	4周	16周
经筋组	55	26.36±20.65	62.27±15.12	85.46±17.14**	76.82±12.59**
传统组	52	20.67±19.63	53.37±18.55	76.44±17.4*	64.95±20.57*

注:#与传统组相比P<0.05,*与治疗前比较P<0.05。

2.3.3躯体疼痛BP(Bodily Pain)评分表(见表14)

表14 两组躯体疼痛BP(Bodily Pain)比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数(n)	BP			
		0周	2周	4周	16周
经筋组	55	46.60±4.96	63.00±6.83	74.62±7.39**	69.44±7.72**
传统组	52	46.62±5.12	62.56±5.92	71.00±7.39*	63.27±6.86*

注:#与传统组相比P<0.05,*与治疗前比较P<0.05。

2.3.4一般健康状况GH(General Health)评分表(见表15)

表15 两组一般健康状况GH(General Health)比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数 (n)	GH			
		0周	2周	4周	16周
经筋组	55	52.06±10.26	57.82±9.59	61.22±9.03**	59.40±8.75**
传统组	52	51.54±9.67	55.50±9.15	57.69±8.49*	55.69±8.92*

注: #与传统组相比P<0.05, *与治疗前比较P<0.05。

2.3.5精力VT(Vitality)评分表(见表16)

表16 两组精力VT(Vitality)比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数 (n)	VT			
		0周	2周	4周	16周
经筋组	55	74.36±9.91	79.09±6.74	82.81±6.14**	81.27±7.34**
传统组	52	74.62±9.33	78.46±7.31	80.19±6.92*	78.26±7.53*

注: #与传统组相比P<0.05, *与治疗前比较P<0.05。

2.3.6社会功能SF(Social Functioning)评分表(见表17)

表17 两组社会功能SF(Social Functioning)比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数 (n)	SF			
		0周	2周	4周	16周
经筋组	55	64.09±13.62	70.00±13.73	74.09±12.46**	73.18±10.32**
传统组	52	62.50±13.10	66.58±12.55	68.99±12.74*	67.78±13.41*

注: #与传统组相比P<0.05, *与治疗前比较P<0.05。

2.3.7情感职能RE(Role-Emotional)评分(见表18)

表18 两组情感职能RE(Role-Emotional)比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数 (n)	RE			
		0周	2周	4周	16周
经筋组	55	69.09±29.29	80.00±21.84	90.91±14.98**	87.27±18.69**
传统组	52	67.30±25.98	72.43±26.17	83.97±19.23*	77.56±23.54*

注: #与传统组相比P<0.05, *与治疗前比较P<0.05。

2.3.8精神健康MH(Mental Health)评分表(见表19)

表19 两组精神健康MH(Mental Health)比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数 (n)	MH			
		0周	2周	4周	16周
经筋组	55	72.00±10.21	76.27±9.77	79.63±9.22**	78.27±8.40**
传统组	52	71.25±9.01	72.78±9.09	76.06±8.47*	75.00±8.04*

注: #与传统组相比P<0.05, *与治疗前比较P<0.05。

2.3.9健康变化HT(Reported Health Transition)评分表(见表20)

表20 两组健康变化HT(Reported Health Transition)比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数 (n)	HT			
		0周	2周	4周	16周
经筋组	55	76.36±18.26	85.00±16.38	90.45±12.25**	88.18±17.25**
传统组	52	73.55±21.24	80.28±17.38	84.62±14.14*	81.25±17.76*

注: #与传统组相比P<0.05, *与治疗前比较P<0.05。

3病例完成情况及安全性评价

3.1病例完成情况(详见表21, 22)

表21 两组病例完成情况与剔除或脱落病例情况表

分组	入组例数	剔除例数	脱落例数	完成例数
经筋组	60	3	2	55
传统组	60	4	4	52

表22 剔除或脱落具体原因情况表

受试者 编号	组别	剔除/ 脱落	剔除或脱落的原因	FAS	PPS	SS
3	对照组	剔除	年龄大于65岁被纳入	不纳入	不纳入	纳入
7	经筋组	脱落	治疗4次后, 选择手术治疗	纳入	不纳入	纳入
17	对照组	脱落	出国留学	纳入	不纳入	纳入
24	经筋组	剔除	治疗1次, 拒绝针刺治疗	不纳入	不纳入	纳入
35	经筋组	剔除	治疗2次, 自觉康复, 自行退出	不纳入	不纳入	纳入
47	对照组	脱落	出差	纳入	不纳入	纳入
54	对照组	剔除	治疗1次, 出现晕针晕厥者	不纳入	不纳入	纳入
67	对照组	剔除	年龄大于65岁而被纳入	不纳入	不纳入	纳入
79	经筋组	脱落	陪床照顾病重家人	纳入	不纳入	纳入
96	对照组	脱落	出差	纳入	不纳入	纳入
13	经筋组	剔除	治疗3次后, 选择手术治疗	不纳入	不纳入	纳入
18	对照组	脱落	探亲	纳入	不纳入	纳入
14	对照组	剔除	治疗1次, 惧怕针刺者	不纳入	不纳入	纳入

3.2安全性评价(见表23)

表23 两组不良事件发生率(例, %)

组别	观察 例数	发生 人数	发生率 (%)	P值
经筋组	55	1	2%	0.507
传统组	52	1	2%	
合计	107	2	2%	

注: 两组组间相比较无显著性差异(P>0.05)

4 疗效评价(见表24)

表24 两组疗效评价

组别	例数	治愈	显效	好转	未愈
经筋组	55	40	13	2	0
传统组	52	30	10	9	3*

注: *与经筋组相比P<0.05。

讨论

1选题意义

坐骨神经痛(sciatica)是一种日常生活中常见的神经系统疾病, 主要的发病区域有下半身的大腿、小腿、脚踝、臀部等等坐骨神经密集分布的区域, 主要的临床表现有针扎感的疼痛、放射性疼痛或灼热痛等不良主观感觉。此种疾病会给广大患者的日常生活和工作带来非常大的痛苦和不便。

中医无坐骨神经痛的病名, 多将其归纳到“腰痛”、“痹症”、“经筋病症”等范畴, 认为其与经筋的病变关系密切^[v]。如《灵枢·经筋》云: “足太阳之筋……上结与臀, 上夹脊上项……其病脊反折, 不可左右摇”。现代研究^[vi]通过肌骨超声技

术显示99%以上病例均出现筋膜增厚、脂肪结节等结筋病灶点，反映出坐骨神经痛患者软组织病变的普遍性。因经筋在机体中成分复杂，涉及面广，承受力较大，损伤也呈多样化，但有关腰部的经筋大致不离足太阳、足少阳这两条经筋。《灵枢·经筋》中所描述的“脊反折”、“前引髀”、“后引尻”等，皆提示足太阳之筋、足少阳之筋所生病可致腰部俯仰不得、筋脉拘急等症状，这与坐骨神经痛的临床表现相对一致，在临床实际操作可发现，坐骨神经痛并非单纯在某一条经筋循行线的损伤，多数情况下为两条甚至是三条经筋同时损伤。故其病“在筋”，其治亦应“守筋”。

2 结筋病灶点可能是导致坐骨神经痛的器质性因素

古代很多医家都认为痹痛的主要的发病部位为四肢躯干，而从具体情况来看，由于四肢与躯干的主要组成部分是骨骼和肌肉，并且它们作为人类参与活动的主要器官，也更容易受到机械性损伤，并导致痹痛，也因为此病症的普遍存在性^[vii]，引起古代的医学研究者的重视并进行深入的研究。

在古代文献《说文》当中，对于筋是这样定义的：“筋者，肉之力也”。并且，在通常情况下来讲，肌肉及周围组织都是互相粘连的，如果一处受损的话，很可能就会牵扯挤压到其余的部分，也因为这些问题的出现，古代的医家也就逐渐地对“肌”、“分肉”、“筋”等进行了定义。由一处疼痛迁延另一处疼痛，寻其筋肉力线的另一端常形成结筋病灶点，并呈现规律性，把这些点相连接后便形成长短不一的向心性的较长的线，为表达这种点线之间的关系，医家使用了“经”来表述^[viii]。在古代相关研究文献里，“经”原本的意思是纺织物内的纵丝。而把“经”和“筋”两个字结合起来，其含义就是机械损伤性的疼痛点和它引发的相关问题。在古代的医术中，记载有12条不同的经筋^[ix]。

《灵枢·经筋》对其进行了系统的记载。

在平时的生活、工作中，每个肢体健全的人都要从事一定量的体力劳动或者运动，而活动的本质其实就是肌肉产生作用力，牵动关节运动，而在这个运动过程当中，相应的负力主要集中在身体部位的筋结点，而如果相应的位置出现了损伤，这种类型的点也就自然会成为痛点^[x]。并且，当损伤到了一定程度的时候，就会在相应的部位形成顽固性的结筋病灶点。

《灵枢·刺节真邪》云：“一经上实下虚而不通者，此必有横络盛加于大经”。“横络”，即正常组织经过长期、反复的劳损，形成的条索、结节

及粘连，甚至包括钙化了的骨性赘生物，形成的结筋病灶点^[xi]。坐骨神经痛患者最突出的矛盾——疼痛，与结筋病灶点关系重大。结筋病灶点可以直接嵌压周围神经、神经根、血管等；也可以间接并发外周气血不通，导致致痛物质析出和相应病理反应，所谓“风寒湿气客于外，分肉之间，迫切而为沫……痛则神归之”（《灵枢·周痹》）。

3 经筋的循行、结筋病灶点与坐骨神经痛

从中国传统医学的角度来看，此病症主要是被包含在腰部疾病的范畴，并且没有对此疾病进行专业的命名。从经筋学的角度来讲，坐骨神经痛与足三阳经筋关系最为密切。

3.1 足太阳经筋与坐骨神经痛之间的关系

在《内经》的“素问”篇中有这样的记载：“足太阳脉，令人腰痛……如以针刺其皮中，循循然不可以俯仰，不可以顾”。这些内容和现代医学中的坐骨神经痛症状非常接近。在这一篇中还有一段内容：“足太阳之筋，起于足小指……邪上结于膝……上膈中内廉，与膈中并，上结于臀。上挟脊上项……”清楚地描述了足太阳经筋的循行。

这一段中的“与膈中并，上结于臀”的内容，介绍的就是现代医学人体解剖学中股二头肌、半腱肌等人体肌肉的位置关系和解剖学内容。

3.2 足少阳经筋与坐骨神经痛之间的关系

“足少阳之筋，……后者结于尻……”这段话，明确的介绍了人体足少阳经筋的运行路程。这条经络在大腿部位的运行路程是：①从膝盖外侧的副韧带开始，向上到达股骨的外上髁，向下一直延伸到腓骨小头的外侧面的中间部分，在其中段及起止点，常出现结筋病灶点即成骨次、成腓间。②下肢筋膜和筋膜鞘，下肢的筋膜组织主要有两种：一种是浅层的，另一种是深层的。

3.3 足阳明经筋与坐骨神经痛之间的关系

关于足阳明经筋，古籍当中是这样生动而细致地描述的：“上结于膝外廉，直上结于髀枢，上循胁属脊……其直者上循伏兔，上结于髀……”的循行与解剖学中股中间肌、股内侧肌、股直肌、股外侧肌、阔筋膜张肌、腹外斜肌、腰方肌、骶棘肌等解剖位置相吻合。

4. 针刺结筋病灶点是治疗经筋病候的主要针刺手段

经筋包裹经脉，所以经脉通畅与否不仅跟经脉本身有关，而且与经筋关系更为密切。人体中存在层次之分，经筋与经脉在人体中作为两个相对独立的层次，二者之间既有区别又有联系。其一，经筋皆

起于四肢指爪，终于胸腹，具有向心性；而经脉以次相传，有顺逆之不同，尤其是手三阴、足三阳经筋恰与其对应经脉循行相反。其二，“手足项背，直行附骨之筋皆坚大”，经筋的循行宽度远远大于经脉的宽度，有别于经脉的线性结构，经筋更类似一种较宽的、呈片、面状的立体结构。其三，生理上，由于经筋中并不运行气血，有赖经脉的濡养滋润，故常忽略经筋对经脉的调整作用—实际上，经筋“中无有空”，不能运行气血，但针刺结筋病灶点时一般会出现经脉的感传现象，这正是经筋约束、牵制和影响经脉的有力明证，所以，经筋的舒张或收缩具有调节经脉气血流量、流速的作用。其四，“经筋之病，寒则反折筋急，热则弛纵不收，阴痿不用，阳急则反俯不伸”，也就是说，经筋所主的病候多以疼痛、功能障碍为主，多发生在筋肉、关节处，这种临床表现形式与现代神经、运动系统疾病极为相似；而经脉作为全身气血运行的主要干支，经脉所主的病候主要反映气血的变化，如“不通”与“不荣”皆能致痛，但二者病理间的息息相关体现在经筋中藏有经脉，经筋痹痛卡压经脉，易出现虚实交错的病症。可以说，筋脉有别，病变即有别，刺法原则亦当有别也，应当分而待之。

《灵枢·卫气失常》中指出：“筋部无阴无阳，无左无右，候病所在”。杨上善认为“邪入腠，袭筋为病，不能移输，遂以病居痛处为输”，因经筋不能运输营卫之气，故邪气侵入到经筋这个层次后轻易不会转输，反而滞留病所，所以通常选择结筋病灶点为治疗点，所谓“以痛为输”。《灵枢·刺节真邪》针对结筋病灶点提出具体治法：“视而泻之，此所谓解结也”。故针对坐骨神经痛患者腰部周围经筋粘连、痉挛的现象，采用触诊的诊察手段，探寻显性以及隐性的结筋病灶点，以针刺的方式直接“针至病所”，解除“卡压”（解结），才能解结筋、松经筋、通经脉，使其通则不痛。根据这一原理，《灵枢·刺节真邪》针对这种情况指出“视而泻之，此所谓解结也”。解除经筋粘连而形成的横络，松解强加于经脉之上的结络、条索，即为解结法。针刺结筋病灶点即是治疗经筋病候的主要针刺手段^[1]。

故首先采用针刺结筋病灶点的方式，解除掉困扰坐骨神经痛患者的器质性因素，才能辨阴阳十二脉之疾病所在，理清脏腑表里虚实之机，进而奏效。所以在《灵枢·官能》再次强调：“用针之理，必知形气之所在……谋伐有过，知解结……知决而通之……得邪所在，万刺不殆，知官九针，刺道毕矣”。

5. 对试验结果的分析

由以上分析来看，坐骨神经痛属于中医学“痹症”范畴，其发病机理与经筋的“结聚”密切相关，本试验纳入120例坐骨神经痛患者进行临床试验，随机分为经筋组与传统组两组各60例，经统计学分析，我们可以发现，传统组和经筋组的病人在等基线的情况下对比各项指标，是有一定的可比性的（显著性概率大于0.05）。经剔除与脱落13例病例后，经筋组剩余55例，传统组剩余52例，分别观察2周、4周、16周的VAS评分、健康状况调查问卷9个方面评分（MOS SF-36）、Oswestry功能障碍指数问卷评分（ODI）来观察本试验两种治疗方法的短期与长期治疗效果。

从VAS疼痛评分来看，经筋组与传统组均可有效的降低VAS疼痛评分（ $P < 0.05$ ），从短期与长期治疗效果来看，经筋组显著优于传统组（ $P < 0.05$ ）。针刺可有效缓解疼痛，有学者认为坐骨神经疼痛是因足太阳膀胱经与足少阳胆经经络不通而产生，而针刺可疏通经气来达到止痛疗效^[2]，经筋理论认为：引起痹痛或加重痹痛的原因为经筋结构与功能的异常，经筋的“结”、“聚”之处，同为肌肉收缩牵拉关节的应力集中点，肌肉、韧带等经筋组织发生劳损，其应力集中点的劳损为最重，因结聚点局部感觉神经分布较广，易受炎症刺激，产生疼痛，而疼痛对机体防御功能的影响，导致肌肉痉挛，从而使受累区域供血减少或呈缺血状态，其恶性循环从而导致肌肉软组织病变。通过毫针刺结筋病灶点，解除“结节”、“横络”对坐骨神经的卡压，可以有效的缓解疼痛，改善患者的病情，提高临床治愈率、有效率。

而针刺可以提高患者痛阈^[3]，痛阈即指人体可感受痛觉的刺激强度，包含痛知觉阈与痛耐受阈。痛知觉阈是指可以感受到疼痛的刺激强度，痛耐受阈则代表可以耐受疼痛的最大强度。“不通则痛”是本病的关键所在，其主要原因为“横络”，“针至病所”即针刺直达病灶点，直接调节局部气血，对于定性定位明确的结聚之病及经筋疾病行之有效^[4]，而针刺病所的一个重要治则即为解结法，《灵枢·刺节真邪》记载：“视而泻之，此所谓解结也。”解除因经筋黏连形成的横络，松解经脉之上的结络与条索称为解结法^[5]。

国际疼痛研究会将疼痛定义为“一种与组织损伤或潜在的组织损伤相关的不愉快的主观感觉和情感体验^[xii]。”而疼痛对患者的折磨严重影响着生活质量，疼痛可引发各种躯体与精神紧张，从MOS SF-36

的9个方面结果显示：经筋治疗组近期与远期健康状况都要显著优于传统组（ $P < 0.05$ ），这9个方面包括生理机能，生理职能，躯体疼痛，一般健康状况，精力，社会功能，情感职能，精神健康，健康变化，表明针刺结筋病灶点可有效缓解躯体与精神的紧张，从而改善患者的生活质量。

故无论是腰部疼痛程度评估、功能障碍评估，还是对生活质量、健康结局、安全性的评价，亦或治疗后的疗效评价，基于经筋理论针刺结筋病灶点治疗坐骨神经痛的改善效果均显著优于传统针刺疗法。

因此，临床上针刺经筋结筋病灶点应当成为治疗坐骨神经痛的优先选择疗法。

（上接第34版）

筋病灶点，将“结节、条索”解开，解除其对经脉的卡压，恢复经筋的正常功能，也是腰部恢复其原有的状态。而经脉受到“结筋病灶点”的束缚，其原本具有的功能不能发挥出来，只有针刺结筋病灶点，解除对经脉的束缚，方可使经筋与经脉功能恢复正常，而达到更好的疗效。

小结

本研究采用触诊方法分析急性非特异性下腰痛患者经筋损伤的辨证分型，并观察毫针针刺结筋病灶点治疗本病的疗效，优化经筋针刺治疗急性非特异性下腰痛的诊疗方案，为充实经筋针刺治疗思路和方法、提高针刺治疗急性非特异性下腰痛疗效提供试验支持。

但本研究也存在着一定的问题：

1本研究可能会有患者依从性不好的风险，故一方面要做好患者的沟通工作，尽量保证患者能够获得最好的治疗方案，另一方面本研究扩大了治疗样本量，以减少患者脱落对试验结果的影响。

2本研究也可能遇到针刺意外的危险。首先保证针具的质量，针刺前认真检查，并消毒，确定患者身体状态，是否存在饥饿、凝血障碍等状态，如出现针具断裂，或晕针、出血等针刺意外，参照《刺

结论

1. 基于经筋理论针刺结筋病灶点治疗坐骨神经痛具有明显的镇痛效果；
2. 基于经筋理论针刺结筋病灶点治疗坐骨神经痛具有明显的改善患者腰部功能的效果；
3. 基于经筋理论针刺结筋病灶点治疗坐骨神经痛具有明显的改善患者生活质量、健康结局的效果；
4. 无论是针刺结筋病灶点还是针刺传统经穴治疗坐骨神经痛均具有良好的安全性；
5. 基于经筋理论针刺结筋病灶点治疗坐骨神经痛效果显著，值得临床进一步推广应用。

【参考资料】 略

法灸法学》相关描述处理。对于危险针刺部位，如坐骨大切迹部位，针刺治疗时需明确解剖，谨慎入针，缓慢刺入，认真感受针下感觉。

3对于针刺“解结”而言，长圆针、针刀等特种针疗效更好，但由于新加坡的伦理限制，不能用粗针为患者治疗，故只能选择较为安全的毫针。

结论：

- 1 急性非特异性下腰痛患者软组织损伤部位与结筋病灶点分布规律具有相关性。
- 2 针刺结筋病灶点能有效治疗急性非特异性下腰痛，且疗效优于传统针刺疗法。

本研究创新性的自我评价

1. 本研究创新性地采用触诊检查与运动功能评价相结合的方法分析下腰痛患者经筋损伤情况，相较于单纯采用触诊检查，更具有整体性；
2. 采用毫针针刺经筋结筋病灶点治疗非特异性下腰痛，观察经筋针刺缓解急性非特异性下腰痛患者疼痛与功能障碍的效果，初步探索了本病针刺诊疗新方案。

【参考资料】 略



急性非特异性下腰痛患者经筋辨证及针刺治疗的临床研究(摘要)

硕士研究生:靳继延

导师:董宝强教授

目的: 采用触诊方法分析急性非特异性下腰痛患者经筋损伤的辨证分型,并观察毫针针刺结筋病灶点治疗本病的疗效,优化经筋针刺治疗急性非特异性下腰痛的诊疗方案,为充实经筋针刺治疗思路和方法、提高针刺治疗急性非特异性下腰痛疗效提供试验支持。

【关键词】 下腰痛;经筋;筋结点;结筋病灶点;疗效评价。

材料与方

收集新加坡古方中医诊所2016年07~2017年01月期间急性非特异性下腰痛患者100例(见表1),首先进行经筋触诊,重点检查脊柱区、髂嵴区、大转子区及腹股沟区筋结点,同时配合经筋损伤检查,记录损伤经筋情况,统计筋结点出现频次和经筋损伤频次。

表1 患者一般情况统计表

分组	例数	年龄	性别		病程
			男	女	
经筋组	50	45.86±7.75	21	29	8.64±3.56
经穴组	50	44.38±6.18	24	26	9.16±3.07

注:两组患者年龄、性别、病程及治疗前各项指标均无显著性差异($p>0.05$)。

再将患者随机分为经筋针刺组(简称经筋组)和传统针刺组(简称经穴组),每组50例。经筋组采用不同长度毫针针刺腰腹部结筋病灶点;经穴组针刺腰夹脊(L₂₋₄)、秩边、环跳、殷门、委中、承山、昆仑、悬钟、阿是穴等。

各经筋腰腹部常见筋结点部位如下,见表2-5。

表2 足太阳经筋结筋病灶点及定位

结筋病灶点	解剖部位
髂后上棘	在骶部,正当髂后上棘处
L ₁ 三焦俞次	在腰部,在第一腰椎棘突下旁开,当竖脊肌隆起处
L ₂ 肾俞次	在腰部,在第二腰椎棘突下旁开,当竖脊肌隆起处
L ₃ 气海俞次	在腰骶部,在第三腰椎棘突下旁开,当竖脊肌隆起处
L ₄ 大肠俞次	在腰骶部,在第四腰椎棘突下旁开,当竖脊肌隆起处
L ₅ 关元俞次	在腰部,当髂嵴内方,平第五腰椎横突处
L ₁₋₅ 横突	在腰部,正当腰椎横突1~5顶端
L ₁₋₅ 棘突	在腰部,正当腰椎棘突1~5顶端
秩边次	在臀部,当股骨大转子最高点与髂后上棘连线中上1/3交点外侧,即梨状肌上孔处
环跳次	在臀部,由大转子最高点与髂后上棘连线中点作一垂线,此垂线交于大转子最高点与髂后上棘和尾骨尖连线中点的连线上

表3 足少阳经筋结筋病灶点及定位

结筋病灶点	解剖部位
腰宜次	在臀部,当髂嵴后缘,骶棘肌外缘与髂嵴最高点之间2-5点,即臀上皮神经纤维管处
健胯次	在髋部,当髂骨翼外侧方,臀中肌肌腹处
中空次	在髋部,当大转子后缘直上,在扩筋膜张肌后缘中点处
髌枢	在臀部,正当股骨大转子隆凸处
髌枢内	在髋部,当股骨大转子尖内侧缘处
髌枢上	在臀部,当大转子上缘处

表4 足阳明经筋结筋病灶点及定位

结筋病灶点	解剖部位
曲骨次	在下腹部,正当耻骨联合上缘中点
阴廉次	在股内侧,当耻骨上支的耻骨梳处
气冲次	在腹股沟部,当腹股沟韧带中点,股动脉外侧缘处
维道次	在腹股沟部,正当髂前下棘处
髌关次	在股内侧部,当股骨小转子上缘处
伏兔次	在股前侧面,当股直肌腱起始部处

表5 足三阴经筋结筋病灶点及定位

结筋病灶点	解剖部位
横骨次	在下腹部,当耻骨结节处
阴包次	在股内侧部,当缝匠肌上缘与股内侧肌内缘交界收肌管上口处
五枢次	在侧腹部,正当髂前上棘内缘处
箕门次	在股内侧,缝匠肌下1/4与3/4交点处

各组1次/天,5天/疗程,治疗4个疗程。分别于治疗前、2个疗程后、4个疗程后观察患者VAS评分、JOA评分、ODI评分,检测患者直腿抬高角度(ASLR)和腰部屈曲时指尖距地距离(DFTF),并且治疗后进行疗效评价。

结果:

1 经筋损伤情况统计,请见表6。

经统计,急性非特异性下腰痛患者各部位损伤频次由高到低依次是臀后区、腰骶,大转子区、腿内侧内收肌群和腹股沟区。

表6 各区经筋损伤情况(n)

分组	臀后区、腰骶	大转子区	腹股沟区	腿内侧内收肌群
经筋组	23	11	6	10
经穴组	15	12	10	13

注:两组间无统计学差异($p>0.05$)

2 筋结点出现情况, 请见表7。

表7 经筋结筋病灶点触诊频次统计

结筋病灶点	所属经筋	触诊频次
髂而上棘	足太阳经筋	71
L1三焦俞次	足太阳经筋	29
L2肾俞次	足太阳经筋	34
L3气海俞次	足太阳经筋	46
L4大肠俞次	足太阳经筋	67
L5关元俞次	足太阳经筋	47
腰椎横突1	足太阳经筋	32
腰椎横突2	足太阳经筋	29
腰椎横突3	足太阳经筋	69
腰椎横突4	足太阳经筋	71
腰椎横突5	足太阳经筋	55
L1棘突	足太阳经筋	31
L2棘突	足太阳经筋	40
L3棘突	足太阳经筋	47
L4棘突	足太阳经筋	70
L5棘突	足太阳经筋	56
秩边次	足太阳经筋	34
环跳次	足太阳经筋	55
腰宜次	足少阳经筋	38
健膂次	足少阳经筋	56
中空次	足少阳经筋	51
髀枢	足少阳经筋	60
髀枢内	足少阳经筋	74
髀枢上	足少阳经筋	60
曲骨次	足阳明经筋	40
阴廉次	足阳明经筋	69
气冲次	足阳明经筋	47
维道次	足阳明经筋	34
髀关次	足阳明经筋	42
伏兔次	足阳明经筋	44
横骨次	足三阴经筋	52
阴包次	足三阴经筋	39
五枢次	足三阴经筋	62
箕门次	足三阴经筋	39

3 VAS评分

治疗前后各组患者VAS评分采用重复测量方差分析统计(请见表8), 均有明显下降($p < 0.05$)。治疗前, 两组VAS评分经t检验比较, 无显著性差异($p > 0.05$), 而2个疗程后和4个疗程后, 经筋组VAS评分低于经穴组, 有显著性差异($p < 0.05$)。

表8 VAS评分统计表($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	VAS		
		治疗前	2疗程后	4疗程后
经筋组	50	7.89±0.64	2.08±0.48*	1.60±0.51* Δ
经穴组	50	7.96±0.60	3.08±0.67	2.54±0.73 Δ

注: *与经穴组比较, $p < 0.05$, Δ 与治疗前比较, $p < 0.05$ 。

4 JOA评分

治疗前后各组患者JOA评分采用重复测量方差分析统计(请见表9), 均有明显上升($p < 0.05$),

治疗前, 两组JOA评分经t检验比较, 无显著性差异($p > 0.05$), 而2个疗程后和4个疗程后, 经筋组JOA评分高于经穴组, 有显著性差异($p < 0.05$)。

表9 JOA评分统计表($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	JOA		
		治疗前	2疗程后	4疗程后
经筋组	50	11.04±1.81	19.04±2.59*	24.28±2.31* Δ
经穴组	50	10.78±1.67	16.76±2.25	22.70±3.02 Δ

注: *与经穴组比较, $p < 0.05$, Δ 与治疗前比较, $p < 0.05$ 。

5 ODI评分

治疗前后各组患者ODI评分采用重复测量方差分析统计(请见表10), 均有明显下降($p < 0.05$), 治疗前, 两组ODI评分经t检验比较, 无显著性差异($p > 0.05$), 而2个疗程后和4个疗程后, 经筋组ODI评分低于经穴组, 有显著性差异($p < 0.05$)。

表10 ODI评分统计表($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	ODI		
		治疗前	2疗程后	4疗程后
经筋组	50	40.76±3.06	25.24±3.13*	10.96±2.68* Δ
经穴组	50	40.30±3.24	27.90±2.57	14.62±3.77 Δ

注: *与经穴组比较, $p < 0.05$, Δ 与治疗前比较, $p < 0.05$ 。

6 ASLR

治疗前后各组患者ASLR采用重复测量方差分析统计(请见表11), 均有明显提高($p < 0.05$), 治疗前, 两组ASLR经t检验比较, 无显著性差异($p > 0.05$), 而4个疗程后, 经筋组ASLR高于经穴组, 有显著性差异($p < 0.05$)。

表11 ASLR统计表($\bar{x} \pm s$, 度)

分组	例数	ASLR(单位: 度)		
		治疗前	2疗程后	4疗程后
经筋组	50	43.20±9.89	49.50±13.64	67.50±9.70* Δ
经穴组	50	43.80±9.01	52.80±11.83	60.00±11.34 Δ

注: *与经穴组比较, $p < 0.05$, Δ 与治疗前比较, $p < 0.05$ 。

7 DFTF

治疗前后各组患者DFTF采用重复测量方差分析统计(请见表12), 均有明显缩短($p < 0.05$), 治疗前, 两组DFTF经t检验比较, 无显著性差异($p > 0.05$), 而4个疗程后, 经筋组DFTF小于经穴组, 有显著性差异($p < 0.05$)。

表12 DFTF统计表($\bar{x} \pm s$, cm)

分组	例数	DFTF(单位: cm)		
		治疗前	2疗程后	4疗程后
经筋组	50	31.74±8.17	21.36±8.96	9.32±7.20* Δ
经穴组	50	30.58±9.44	23.46±7.76	14.52±6.56 Δ

注: *与经穴组比较, $p < 0.05$, Δ 与治疗前比较, $p < 0.05$ 。

8 疗效评价

表13 两组总疗效评价

分组	例数	疗效				有效率	愈显率
		治愈	显效	有效	无效		
经筋组	50	13	26	8	3	94.00%	78.00%
经穴组	50	3	15	24	8	84.00%	36.00%

9 随访结果

随访评分结果显示, VAS、JOA、ODI评分(请见表14), 经筋组均优于经穴组。(P<0.05)

表14 随访结果统计表($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	VAS	JOA	ODI
经筋组	43	1.95±0.57*	24.07±2.90*	10.12±2.60*
经穴组	42	2.80±0.64	22.57±3.22	14.57±2.98

注: *与经穴组比较, p<0.05

讨论

下腰痛(Low Back Pain, LBP)是指肋弓下缘至臀沟之间的疼痛及放射痛, 病损涉及腰骶部肌肉、筋膜等解剖部位^[1], 在中医属“腰痛”范畴。其主要特点是发病时间早、发病率高、容易复发, 而且伴随年龄增长, 腰痛发生率有增加的趋势, 严重影响了患者的生活和工作能力^[2]。国内腰痛的患病率达13.6%, 30岁以后患病率明显增高, 高峰年龄在41~55岁^[3]。流行病学调查表明, 下腰痛是造成45岁以下人群失能的最常见原因^[4]。

欧盟及美国相继颁布LBP临床指南^[5-9], 共同将LBP分为三类: (1)非特异性下腰痛(non-specific NLBP): 腰部症状但无组织病理学改变; (2)坐骨神经痛: 腰痛并伴神经根受累; (3)严重脊柱疾患: 如肿瘤、感染或骨折等“红旗”性LBP^[10]。在腰痛分类中, 非特异性下腰痛(Nonspecific Lowback Pain, NLBP)是常见类型^[11-14], 是原发于腰部的, 指无神经根受累或腰部器质性改变, 并无明确可识别的病理学变化的慢性腰痛, 该病发病率高, 占总下腰痛患者的90%以上, 同时该病对患者的工作和生活有极大的影响, 是所有常见病中致残率最高的疾病^[15-16], 本研究中所纳入的主要是非特异性下腰痛的患者。

经筋针刺疗法就是通过毫针或特种针对发生病变的筋结点—结筋病灶点进行针刺。十二经筋循行于体表, 不入脏腑, 分布大体与十二经脉相同, 补充和延伸了十二经脉在体表分布循行及功能上的不足^[17]。十二经筋在关节及筋肉丰厚之处聚合、联结, 具有结聚分布的特点, 而经筋聚合、联结的部位被称为筋结点。当关节过度活动或其上附着的肌肉、韧带等组织受到长期磨损、牵拉时, 相应的筋结点也极易形成癥

痕、结块等病灶, 此时的筋结点被称为结筋病灶点。本团队长期致力于经筋的实质、筋结点、结筋病灶点等的研究, 积累了一定的基础, 认为膝骨性关节炎的发生与经筋的损伤密不可分, 损伤的筋结点在各处聚结, 即我们平常所说的条索、结节。如果把正常的经筋、经脉比作一条光滑的大道, 那这些条索、结节就如同挡在道上的树枝、石头, 严重影响了经筋的生理功能, 阻碍了经脉的气血运行, 只有把这些东西移走, 道路才能重新恢复通畅。所以通过针刺“解结”的方法能够疏通经筋、经脉, 促进其气血运行, 而使腰痛患者恢复健康^[18]。本论文主要通过经筋排刺及围刺的方法治疗急性非特异性下腰痛患者, 取得了较好的疗效。

讨论结果

1 下腰痛患者经筋损伤频次中足太阳经筋损伤频次最高

下腰痛患者经筋损伤频次中足太阳经筋损伤频次最高, 在50个人中, 经筋组为23人, 经穴组为15人, 均要高于其它经筋损伤的人数。出现此现象的主要原因是足太阳经筋的循行与下腰痛密切相关。上文已有讨论, 足太阳经筋主要分布在腰背部, 主要结聚在髂后上棘、脊柱棘突、横突等部位, 而这些部位时下腰痛患者最易出现疼痛症状的部位, 故足太阳经筋也是下腰痛患者最易出现反应点的经筋。

2 经筋组在各个评分及总疗效方面均优于经穴组

经筋组在VAS评分、JOA评分、ODI评分、DFTF以及总疗效方面整体优于经穴组。现代研究表明, 针刺结筋病灶点能快速缓解经筋损伤引起的疼痛, VAS指数直接反映患者疼痛变化情况。通过分析各疗程后VAS降低情况可见, 从2疗程开始, 经筋针刺组优于经穴组, 治疗后各组间差异具有统计学意义。JOA评分显示, 从2疗程开始, 经筋针刺组优于经穴组, 差异具有统计学意义。而ODI和VAS及JOA情况相似, 其整体生活情况和功能情况都得到明显改善, 而之后的ASLR以及DFTF情况也都为这一点提供了佐证。“一经上实下虚而不通者, 必有横络盛加于大经之上”, 从经筋病理角度认为, 下腰痛主要是由筋结点发生了病理变化, 变成了具有炎性、水肿等特性的结节、条索, 我们称之为“结筋病灶点”, 这些病灶点卡压了局部的经脉, 阻碍了气血的运行, 不通则痛。而针刺具有“解结”的功效, 通过针刺结

(下接第31版)

“调经促孕汤”治疗肾阳虚兼肝郁型黄体功能不全不孕症的临床研究(摘要)

硕士研究生: 彭永豪 导师: 王翠霞教授

目的: 初步分析新加坡黄体功能不全(LPD)性不孕症患者的中医证候分布规律, 及观察以“调经促孕汤”治疗肾阳虚兼肝郁型LPD不孕症患者的临床疗效。**方法:** 总结2012年1月至2017年12月间就诊于新加坡同济医院的LPD不孕症患者在新加坡的证候分布规律。对于从2016年4月1日至2017年6月30日就诊于新加坡同济医院的41例诊断为肾阳虚兼肝郁型LPD不孕症, 服用导师在国内自拟治疗本病的“调经促孕汤”观察一个疗程, 分析治疗前和治疗后的疗效评价。**结果(一):** 按照所占百分比排序依次为: 肾阳虚兼肝郁证(26.00%), 肾阴虚兼肝郁证(16.30%), 肝郁证(14.10%), 血瘀证(13.21%), 痰湿证及肾阳虚证(各占11.45%), 肾阴虚证(7.49%)。**结果(二):** 试验组患者41例, 临床综合疗效总有效率为85.36%($P < 0.05$), 其中有13例妊娠, 妊娠率为31.71%, 中医证候疗效总有效率87.80%($P < 0.05$)。治疗后孕酮的改善有显著性差异($P < 0.05$)。**结论:** 新加坡黄体功能不全不孕症常见的证型以肾阳虚兼肝郁证居多, 导师自拟的“调经促孕汤”对于肾阳虚兼肝郁型的新加坡黄体功能不全不孕症患者有一定的临床疗效。

【关键词】 黄体功能不全; 不孕症; 证候分布规律; 肾阳虚兼肝郁型; 临床研究

前言

论文一 新加坡黄体功能不全性不孕症的中医证型分布规律研究

黄体功能不全(Luteal Phase Defect, LPD)是指排卵后黄体发育不良, 功能欠佳, 导致孕酮合成和分泌不足, 子宫内膜分泌反应不良, 受精的种植和早期发育难以维持, 而引起原发或继发性不孕或习惯性早期流产及月经紊乱等现象, 亦是导致妇女不孕的发病原因之一^[1]。

材料与方法

1. 临床资料

1.1 一般资料

病例来源于新加坡同济医院2012年1月1日至2017年12月31日的不孕症专科组的患者, 均经新加坡西医妇科医生诊治后确诊为黄体功能不全不孕症。本次研究共收集227例, 均符合纳入标准, 不符合者则剔除。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医不孕症诊断标准

参照《妇产科学》^[2]凡育龄妇女婚后有正常性生活, 男方生殖功能正常, 未避孕同居一年而未能受孕者, 称为不孕症。

1.2.2 西医黄体功能不全诊断标准

参照中国卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[3]中黄体功能不全的诊断标准。

1.2.3 中医证候诊断标准

参照《中医妇产科学》^[4]第二版及2002年国家药监局颁布的《中药新药临床研究指导原则》^[3]中关于不孕症的证型标准执行。

1.3 纳入标准

- 符合西医不孕症及西医黄体功能不全的诊断标准。
- 符合中医肾阳虚、肾阴虚、肝郁、痰湿、血瘀等其中一类证型。
- 年龄在20岁以上, 45岁以下的生育要求妇女患者。
- 夫妇应同居, 若分居者每年应有半年以上时间同居, 且性生活正常。
- 配偶生殖功能正常
- 签署知情同意书者

1.4 排除标准

- 不符合西医诊断标准及中医辨证标准者。
- 生殖系统先天性生理缺陷和畸形者。
- 输卵管阻塞及宫腔粘连者。

1.5 统计学处理

使用Excel建立数据库, 并与SPSS17.0进行分析, 分析出临床辨证分型与西医指标的临床分期、治疗阶段的规律关系等。

结果

表1 227例黄体功能不全性不孕症患者的民族构成表

民族	例数(人)	构成比(%)
新加坡汉族	215	94.71
新加坡马来族	1	0.44
新加坡印度族	7	3.09
越南汉族	4	1.76
合计	227	100%

表2 227例黄体功能不全性不孕症患者的年龄构成表

年龄	例数(人)	构成比(%)
21-25	2	0.88
26-30	24	10.57
31-35	100	44.05
36-40	74	32.60
41-45	27	11.90
合计	227	100%

表3 227例黄体功能不全性不孕症患者的病程年限构成表

病程年限	例数(人)	构成比(%)
<5	159	70.05
6-10	60	26.43
11-15	8	3.52
合计	227	100%

表4 227例黄体功能不全性不孕症患者的体外受精(IVF)构成表

IVF(次数)	例数(人)	构成比(%)
0	189	83.26
1	18	7.93
2	15	6.61
3及以上	5	2.20
合计	227	100%

表5 227例黄体功能不全性不孕症患者的中医证候分布规律

中医证候分型	例数(人)	构成比(%)
肾阳虚证	26	11.45
肾阳虚兼肝郁证	59	26.00
肾阴虚证	17	7.49
肾阴虚兼肝郁证	37	16.30
肝郁证	32	14.10
痰湿证	26	11.45
血瘀证	30	13.21
合计	227	100%

讨论

3.2 本临床调查的结果分析

3.2.1 一般情况特点

本调查发现新加坡黄体功能不全性不孕症患者的病程年限在5年之内最多,占70.05%,平均病程为4.6年,表示患者其实已在无治疗干扰下尝试了自然受孕一段时间,倘若更多患者能在尝试受孕一年后就寻求治疗,笔者相信不孕率可因此而下降,因为妇女受孕的机率会因年龄的增长而逐渐下降。笔者也发现就诊于同济医院黄体功能不全性不孕症患者的高发年龄为31-35岁(44.05%)之间,这与新加坡平均结婚年龄有直接关系。据新加坡统计局报道,在2016年新加坡女性结婚年龄平均在28.3^[5],忙于工作后再开始考虑生育已经在31-35岁之中,因此导致不孕率增高。

3.2.2 中医证候分析

此调查也发现肾阳虚兼肝郁证占26%,在诸证型中比率最高的证型,表示黄体功能不全性不孕以肝肾二脏功能失调为主。排卵前期至排卵后期乃阴阳之气逐渐旺盛的关键阶段,倘若肾阳亏虚,肝气郁阻,使阴转阳变迟缓,阳气不足,无法达到正常的阴阳平衡的最佳状态,从而导致黄体功能发育不全,故肾阳虚兼肝郁型为新加坡黄体功能不全性不孕症患者中占比率最高的证型。

论文二 “调经促孕汤”治疗肾阳虚兼肝郁型黄体功能不全性不孕症的临床研究

由于本课题研究的第一部分发现肾阳虚兼肝郁型的黄体功能不全性不孕症在新加坡较为多见,因此通过规范严格的临床设计,采取治疗前后的对比,对肾阳虚兼肝郁型黄体功能不全不孕症患者选用导师王翠霞教授自拟的调经促孕汤,并观察其临床疗效。

材料与方法

1. 病例来源

病例来源于新加坡同济医院2016年4月1日至2017年6月30日的不孕症专科组的患者,符合中医肾阳虚兼肝郁型,在纯西医治疗效果不佳,患者停药3个月以上,转来中医治疗。本次课题共收集41例,均须符合纳入标准。

2. 诊断标准

2.1 西医不孕症诊断标准: 参照《妇产科学》^[2]不孕症的定义。

2.2 西医黄体功能不全诊断标准: 参照中国卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[3]中黄体功能不全的诊断标准。

2.3 中医证候诊断标准: 参照《中医妇产科学》^[4]第二版及2002年国家药监局颁布的《中药新药临床研究指导原则》^[3]中关于不孕症的证型标准执行。

3. 纳入标准

- 符合西医不孕症及西医黄体功能不全的诊断标准。
- 符合中医肾阳虚及肝郁证型。
- 年龄在20岁以上,45岁以下的生育要求妇女患者。
- 夫妇应同居,若分居者每年应有半年以上时间同居,且性生活正常。
- 配偶生殖功能正常
- 签署知情同意书者

4. 排除标准

- 不符合西医诊断标准及中医辨证标准者。
- 生殖系统先天性生理缺陷和畸形者。

c. 输卵管阻塞及宫腔粘连者。

5. 治疗方法

5.1 试验组药物：调经促孕汤

药物组成：

当归15克、白芍20克、茯苓20克、甘草10克
 山药15克、熟地20克、杜仲20克、续断15克
 枸杞子20克、菟丝子25克、香附25、巴戟天15克

5.2 服药方法

经期后（月经周期第五天）开始服药，每周服2剂（感冒，喉咙痛等停药），用清水1000ml以电药锅煎至250ml，每剂药煎2次，分两天服。

5.3 疗程

以1个月经周期为1个治疗周期，6个治疗周期为一个疗程。治疗期间不需避孕。若BBT高温期>16天则停药，需查血清β-HCG，如果血清β-HCG阳性且B超确定为宫内妊娠则用寿胎丸加味保胎一直到怀孕60天以后，胚胎发育正常，胎心搏动规律为止。

6. 观察方法及内容

观察患者治疗前后月经情况，主要症状（以症状积分来判断），排卵率（以BBT双相为排卵），妊娠率，血清孕酮等方面的情况，分析比较治疗前后所发生的变化来判断治疗结果。

6.1 一般情况

本研究也观察年龄、病程、不良孕产史等一般情况。

6.2 疗效性指标

①治疗前后月经的改善情况。

②中医症状量化积分及治疗前后单项中医症状的变化情况。

③治疗前后基础体温的改善情况[7]：患者在每天早上醒后，不说话，不活动，不起床，立即将温度计放入舌下量体温，若能在每日的固定时间最好，并认真填写基础体温表。值夜班的患者可再睡眠6-8小时，根据上述方法测量体温。

为了方便统计，将黄体功能不全的BBT曲线分为：

- 移行时间（自排卵时的低温相到黄体期的高温相）>3天定为“爬坡型”；
- 黄体期<12天定为“短黄体期型”；
- 高低温差<0.3℃或高温相波动>0.2℃定为“不良型”；
- 月经来潮前后体温过早或过晚下降定为“黄体退化异常”。

6.3 安全性观测

①一般体检项目：体温，脉搏，呼吸，血压。

②在观察期间必须观察受试者是否出现不良反应症状，如皮疹、头晕、嗜睡、皮肤瘙痒等。

7. 中医临床症状分级量化指标和中医症状评分标准

7.1 中医症状分级量化指标（见表1）

根据患者的临床主要症状，参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》[3]制定评分标准，（请见表一），对主症婚后久不孕，经量少或量多，月经提前，或经期延长；次症腰膝酸软，畏寒肢冷，夜尿频多，头晕耳鸣，性欲减退，烦躁易怒，经期乳胀，胸胁胀痛，有自然堕胎史，进行记分标准，合理增加对主症量化的权重。对舌，脉异常征象予以定性记录，不作分级量化。

治疗前后计算总分为积分，满分为36分。积分值越高，病情愈重，判断标准为：轻度者总积分小于或等于12分，中度者总积分13-24分，重度者总积分大于或等于24分。

8. 疗效评定标准

8.1 中医证候疗效判定标准：参照《中药新药临床研究指导原则》（2002版）[3]制定，根据疗效指数判定。

疗效指数（N）=[（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分]x100%

痊愈：疗效指数 N ≥90%；

显著：疗效指数 90% >N ≥70%；

有效：疗效指数 70% >N ≥30%；

无效：疗效指数 N < 30%。

8.2 临床疗效判定标准：参照中国中医药管理局所颁《中医内外妇儿科病证诊断疗效标准》[6]制定的黄体功能不全不孕的疗效判定标准判定如下：

痊愈：治疗后妊娠且症状消失，BBT及其它辅助检查已恢复正常（且3个月后仍正常者）。

显著：治疗后虽然未妊娠，但症状明显改善，BBT高温相≥12天。

有效：治疗后虽然未妊娠，症状有所改善，BBT高温相较前延长但仍<12天。

无效：治疗后未妊娠，症状无改善，BBT及其它辅助检查无改善者。

9. 统计方法

数据采用SPSS17.0医学统计软件进行统计分析。

结果

表6 试验组患者临床综合疗效表(%)

组别	例数	痊愈(%)	显著(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率(%)
试验组	41	13 (31.70)	10 (24.40)	12 (29.26)	6 (14.63)	85.36

表7 试验组患者中医症状疗效表(%)

组别	例数	痊愈(%)	显著(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率(%)
试验组	41	6 (14.63)	12 (29.27)	18 (43.90)	5 (12.20)	87.80

表8 治疗前后妊娠率的比较(χ^2 检验)

组别	例数	妊娠数	妊娠率(%)
试验组	41	13	31.71

表9 治疗前后中医症状总积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	P值(前/后)
试验组	41	28.41±9.06	11.12±4.95	0.000

表10 患者治疗前后中医单项主要症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

主要症状	试验组(n=41)		
	治疗前积分	治疗后积分	P值
月经先期	3.41±2.11	0.93±1.56	0.00
经期延长	2.34±2.32	0.68±1.46	0.02
月经量多	1.95±2.55	0.19±0.60	0.01
月经量少	1.56±1.92	1.02±1.49	0.07
经前点滴出血	3.07±1.79	0.68±1.15	0.00

表11 患者治疗前后中医次要症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

次要症状	试验组(n=30)		
	治疗前积分	治疗后积分	P值
腰膝酸软	2.41±0.63	0.88±0.90	0.00
头晕耳鸣	1.83±0.83	0.68±0.76	0.00
性欲减退	1.85±0.91	0.44±0.71	0.00
尿频或尿后 有余沥或尿失禁	1.12±0.98	0.93±0.96	0.06
乳房胀痛	2.59±0.50	0.51±0.81	0.00
情绪抑郁或 烦躁易怒	2.51±0.55	0.41±0.81	0.00

表12 治疗前后BBT类型的改善情况比较(n=41)

		爬坡型	不良型	短黄体 期型	黄体退化 异常型
		试验组	23	25	29
	治疗前	23	25	29	26
	治疗后	6	7	19	16
恢复率(%)		73.91#	72.00#	34.48	38.46

表13 试验组孕酮改善情况比较

	治疗前	治疗后	P值
孕酮	16.04±24.02	26.78±25.68	0.00

在治疗服药的过程中,试验组和对照组的患者均未出现不适,均未发现可能直接与药物有关的不良反应。

讨论

“调经促孕汤”是以归肾丸加减而成。归肾丸乃中医的经典方剂,以补肾为主,首见于《景岳全书》卷五十一。此方中的熟地滋阴养血、当归补血

调经,山药、茯苓健脾益气,山茱萸、杜仲补益肝肾,枸杞子、菟丝子平补肝肾。导师自拟的“调经促孕汤”则在归肾丸的基础上去山茱萸,加香附疏肝行气,调经解郁,巴戟天、续断温补阳气,白芍柔肝养血,甘草调和诸药。全方功效为益气养血,补益肝肾,疏肝健脾,活血调经,适用于肾阳虚兼肝郁黄体功能不全患者。

在临床综合疗效方面,总有效率为85.36%;在中医证候疗效方面,总有效率为87.80%;治疗前后试验组中医症状总积分方面,试验组治疗后,总症状积分降低,差异有显著性($P<0.05$)。与治疗前比较,孕酮有明显改善($P<0.05$),妊娠率为31.71%,说明调经促孕汤,能有效地提高孕酮水平及黄体功能不全性不孕症患者的生育能力。在基础体温方面,试验组对于爬坡型、不良型改善明显,差异有显著性($P<0.05$);对于短黄体期型、黄体退化异常型改善不明显,差异无显著性($P>0.05$)。这提示在改善患者临床综合疗效、中医证候疗效、中医症状总积分方面,“调经促孕汤”有效。因此从中可证实了是提高临床总疗效、改善黄体方面,以温肾阳、疏肝气为主,效果明显。

在临床中医症状方面,除了月经量少和尿频症状意外,其余的症状均有明显改善($P<0.05$)。这是由于“调经促孕汤”具有补肾药如杜仲、续断、巴戟天以及活血调经药如当归、香附、白芍、熟地,香附疏肝行气,菟丝子、杜仲、续断、巴戟天、山药等药物温肾补气,熟地滋养肾阴,平补肾中阴阳,全方通过补肾调经,改善患者诸多月经不调及肾虚和肝郁症状。

总结

就诊于本院的黄体功能不全性不孕症患者的中医证型统计分类,肾阳虚兼肝郁证占多数。综合以上疗效评估及病机探讨,月经的产生虽来自于肾,功能正常与否与肾的封藏正常有着密切关系,但在调理女子月经的功能上,肾又直接受到肝脏的影响,即“肝郁则肾亦郁”。故认为肾阳虚兼肝郁为本病发生的主要病因,“调经促孕汤”治疗本病有一定的疗效。

【参考文献】略

柴胡加芒硝与桂枝加大黄的区别与应用

陈治霏

原文104 伤寒十三日不解，胸胁满而呕，日晡所发潮热，已而微利，此本柴胡证；下之以不得利，今反利者，知医以丸药下之，此非其治也；潮热者，实也；先宜服小柴胡汤以解外，后以柴胡加芒硝汤主之。

药物组成：

柴胡二两十六铢 黄芩一两 人参一两 甘草一两 炙 生姜一两切 半夏二十铢 本云五枚洗 大枣四枚擘 芒硝二两

上八味，以水四升，煮取二升，去滓，纳芒硝，更煮微沸，分温再服，不解更作。

原文析义：本条论少阳兼里实误下的证治，可分三段理解：

自『伤寒十三日不解』至『已而微利』为第一段，是论伤寒多日不解，有向里传变之势，传变与否，据证而定。今见胸胁满而呕，知邪传少阳，阻胆火内郁，枢机不利，胆逆犯胃；日晡所发潮热，实已成，若为少阳兼阳明里实之证，多为大便燥结难下，可取和解兼通下之法，投以大柴胡汤，可诸证悉除，今反见下利，是与病情发展趋势不符，须探究其原委。

自『此本柴胡证』至『此非其治也』为第二段，论述不利的原由。本证为少阳兼阳明里实证，应以大柴胡里实，则病可愈，不应出现不利，今反下利者，是治不如法，乃医者不明其理欤，用丸药攻下所致，丸药性久，不仅不能荡涤胃肠燥实，泻下之性欲留中而致微利，故虽下利而潮热不除。

自『潮热者，实也』至『后以柴胡加芒硝汤主之』为第三段，讨论误治后的治法。此证虽经误治，但病证未除，潮热未罢，仍为少阳兼阳明里实证。但毕竟误下微利，正气已伤，故先小柴胡以和解少阳、畅达枢机、透达表里之邪；若因燥实较甚，柴胡加芒硝汤以和解少阳、泻热润燥。

柴胡加芒硝汤证为邪犯少阳，枢机不利，误治伤正，化燥成实，证为少阳兼阳明里实，治宜和解少阳泻热。本方药味组成是以小柴胡汤为基础，但加芒硝而已，然其剂量而言，仅为小柴胡汤原量之1/3，加芒硝二两。其组方意义为：小柴胡和解少阳，运转枢机，芒硝泻热去实、软坚通便，诸药合用，共奏和解泻热，可称为和解泻热之轻剂。

辨证要点：柴胡加芒硝汤证实为少阳兼阳明里实，因正气已伤，故症见胸胁满而呕，日晡所发潮热。

病因病机：邪犯少阳，兼阳明里实。

治法：和解少阳，泻热去实。

使用禁忌：（1）少阳病兼潮热下利，如腹不拒按者，不可用。

（2）腹拒按，潮热下利，如没有少阳虚证也不可用。

现代研究：本方可用于治疗便秘等症，症属少阳兼阳明里实者。

原文279 本太阳病，医反下之，因尔腹满时痛者，属太阴也，桂枝加芍药汤主之；大实痛者，桂枝加大黄汤主之。

药物组成：

桂枝三两、去皮，大黄二两，芍药六两，生姜三两、切，甘草二两、炙，大枣十二枚、擘。

上六味，以水七升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

原文析义：太阳病误用攻下，邪传太阴经脉，太阴经脉失和。其经行于腹部，故经气壅滞则腹痛，血脉拘急则腹痛，这表现在腹满时痛。大实痛者，是腹痛剧烈，疼痛拒按，经脉气滞血瘀较重，不通则痛，病情又较严重。

鉴别：本证病在太阴经脉，是经脉气血不和，非脾脏阳虚之寒，故呈腹痛而不伴有吐利。

辨证要点：桂枝加大黄汤证实为太阴受邪，经脉失和，故症见大实痛者。

病因病机：太阳病误下邪传太阴经脉的证治。

治法：疏通经脉，佐以化瘀通络。

使用禁忌：脾胃虚弱者不宜使用本方。

临床应用：本方以发热恶风，汗出，腹痛拒按，便秘为辨证要点，现代常用于治疗感冒，慢性肠炎，阑尾炎，细菌性痢疾，胰腺炎，顽固性荨麻疹等。

两方的共同点：都是误下出现的病变。

柴胡加芒硝汤是误下出现的潮热下利；

桂枝加大黄汤是误下出现的腹满大实痛。

两方的区别分析如下：

柴胡加芒硝汤：是邪犯少阳，表现伤寒十三日不解，胸胁满而呕，日晡所发潮热，又有下利，兼有阳明里实，于病患体质言，正气已伤，是用1/3的小柴胡汤，解少阳轻扶正，加芒硝咸寒于泻热。《内经》云：热淫于内，治以咸寒，佐以苦甘。本方药口感带有咸味，病患表现在正虚邪实，下利发潮热，但腹不满或痛。

桂枝加大黄汤：太阳病误下，邪内陷太阴，临床表现腹满大实痛者，太阴经脉失和，经气壅滞，寒凝血滞，严重则造成血闭腹部，疼痛加剧。方中桂枝汤倍芍药，温阳散寒破滞，缓急止痛，加大黄苦寒，开闭破实瘀，散淤血，使气血通畅。病患表现，正气未伤，腹满大实痛，邪实的一面，但无潮热。

2018年同济医药研究院CPE继续教育



鞠宝兆教授【远程视频讲座】

《黄帝内经》病因病机理论临床应用22/04/2018

1. 《黄帝内经》病因分类与发病观；
2. 《黄帝内经》“百病生于气”、“生病起于过用”
3. 《黄帝内经》病机十九条、气血虚实病机；
4. 五运六气预测的基本内涵、理论价值、临床应用要点。



鞠宝兆教授【远程视频讲座】

《黄帝内经》治疗理论与应用13/05/2018

1. 《黄帝内经》治疗思想；
2. 《黄帝内经》治疗原则；
3. 《黄帝内经》治疗方法—正治、反治等；
4. 《黄帝内经》治疗措施；
5. 临床应用价值举隅。



张艳教授【远程视频讲座】

《老年综合症的中医药调理》10/06/2018

1. 老年综合征：一般是指老年人由多种疾病或多种原因造成的同一种临床表现或问题的症候群
2. 主要临床表现；
3. 中医病因病机；
4. 中医药调理。



张艳教授【远程视频讲座】

《眩晕的常见病因及中医药综合治疗法》08/07/2018

1. 颈椎病引起的眩晕；
2. 耳源性眩晕；
3. 椎基底动脉供血不足导致的眩晕；
4. 高血压导致的眩晕；
5. 低血压和位置性眩晕；
6. 心源性眩晕；
7. 脑动脉硬化导致的眩晕。



卢秉久教授【远程视频讲座】

《中医经典—气机理论在临床的应用》09/09/2018

1. 中医经典理论与临床的密切联系；中医经典理论如何学习和领悟。如何理论与实践相结合；
2. 气机理论指导下的临床实践；
3. 临床应用体会。



郑洪新教授【远程视频讲座】

《中医肾系病症辨证论治》18/11/2018

1. 中医肾系病症有腰痛、水肿、关格、遗精、阳痿、痹、痿等；
2. 主要包括：肾虚四证、肾虚血瘀、肾虚水泛等虚实错杂证；
3. 肾系症候的病因病机、辨证要点、方剂、用药及对临床实践应用具有的指导意义。



张国强博士【现场讲座】

《前列腺癌中医药辅助治疗》09/12/2018

1. 前列腺癌的发病概况
2. 前列腺癌的病因病机
3. 前列腺癌的辨证论治
4. 前列腺癌的治疗：提倡一个“早”字

2018级新加坡首届辽宁中医药大学中医博士开班授课

在同济集体照



前排左起：陈桂红 谭翠蝶 李丽心
后排左起：林子超 刘聚强 张骏发

赴辽宁集体照



赴辽宁中医药大学参加建校60周年校庆及进行面授课程
国际教育学院刘景峰院长（前中）设宴欢迎

《中医博士班》招生说明会



开班授课及赴沈面授课程剪影



张会永教授远程视频授课



任路教授远程视频授课



辽宁中医药大学运动场及办公大楼



与儿科专家名医王雪峰教授合影



与心血管病专家名医张明雪教授合影



与风湿病专家名医高明利教授合影



与肿瘤病专家殷东风教授合影



针灸专家名医陈以国教授临床示教



针灸专家董宝强教授临床授课