

金匱腎氣丸聯合腹針治療腎氣虛型神經源性膀胱臨床研究

張 韜¹ 成海生¹ 李 靖³ 李 响²

(1 北京中醫藥大學東直門醫院東區,北京,101121; 2 解放軍 309 醫院泌尿一科,北京,100091; 3 北京中醫藥大學東直門醫院,北京,100700)

摘要 目的:旨在觀察比較金匱腎氣丸聯合腹針療法、單純口服金匱腎氣丸、間歇性導尿治療腎氣虛型神經源性膀胱的臨床療效。方法:採用多中心、隨機、對照臨床試驗,入組 138 名腎氣虛型神經源性膀胱患者,隨機分為藥物組、導尿組、針藥聯合組,連續治療 3 個療程。結果:針藥聯合治療相比間歇性導尿組和藥物組能顯著地降低了患者的 QOL 評分($P < 0.05$),顯著降低了患者膀胱残余尿量($P < 0.05$),使患者最大尿流率顯著上升($P < 0.05$)。經綜合療效評定,金匱腎氣丸聯合腹針組治療總有效率為 91.21%,顯著高於導尿組和藥物組。結論:金匱腎氣丸聯合腹針治療腎氣虛型神經源性膀胱較間歇性導尿和單純口服金匱腎氣丸具有顯著療效,且針藥聯合治療操作簡便、經濟實用、患者痛苦小、可持續性好,便于臨床推廣。

關鍵詞 神經源性膀胱;腹針;金匱腎氣丸;腎氣虛

Clinical Research of 138 Kidney Qi Deficiency Neurogenic Bladder Cases Treated with Jinkui Shenqi Pill Combined with Abdominal Acupuncture

Zhang Tao¹, Cheng Haisheng¹, Li Jing³, Li Xiang²

(1 The East Section of Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 101121, China;

2 The People's Liberation Army 309 Hospital Urology Department I, Beijing 100091, China; 3 Dongzhimen

Hospital affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

Abstract Objective: To observe and compare the clinical effects of three treating groups: Jinkui Shenqi Pill with abdominal acupuncture, Jinkui Shenqi Pill alone, intermittent catheterization in the treatment of kidney qi deficiency neurogenic bladder. **Methods:** This study adopted multi-center, randomized controlled clinical trials, in which 138 kidney qi deficiency neurogenic bladder patients were randomly divided into three groups, including the Jinkui Shenqi Pill group, the intermittent catheterization group and the Jinkui Shenqi Pill combined with abdominal acupuncture group. Each group received a continuous treatment for three periods.

Results: Compared with the groups of the intermittent catheterization and Jinkui Shenqi Pill group, the combination therapy of Jinkui Shenqi Pill and acupuncture significantly reduced the score of patient's QOL ($P < 0.05$), and the volume of bladder residual urine ($P < 0.05$) and at the same time increase the maximal urinary flow rate ($P < 0.05$). Regarding the comprehensive evaluation of the curative effect, the total effective rate was 91.21% in the Jinkui Shenqi Pill combined with abdominal acupuncture group, better than the intermittent catheterization group and the Jinkui Shenqi Pill group. **Conclusion:** The therapy for the of kidney qi deficiency neurogenic bladder by Jinkui Shenqi Pill combined with abdominal acupuncture has obviously better curative effect than the treatment of intermittent catheterization and Jinkui Shenqi Pill alone. This combined therapy of acupuncture and Chinese medicine can be simply performed, economical and practical, with little pain and sustainable effects, and therefore is convenient for clinical promotion.

Key Words Neurogenic bladder; Abdominal acupuncture; Jinkui Shenqi Pill; Kidney qi deficiency

中圖分類號:R256.5 R;245.32 +9 文獻標識碼:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2015.09.010

神經源性膀胱,是一類由於神經系統病變導致的膀胱和(或)尿道功能障礙,進而產生一系列下尿路症狀及並發症的疾病總稱^[1-2]。在現代醫學治療中,間歇性無菌導尿已經被臨床實踐廣泛證實為管理某些神經源性膀胱的有效措施^[9],成為了絕大部分患者引流尿液,保護腎臟功能的最直接、簡單的办法。可是長期導尿,反復更換尿管,不僅增加了尿路損傷、尿路感染的風險,帶來各種不適的下尿路症

狀,而且對今後残余尿量的減少與否無明確療效,常常有過半數的患者遺留下残余尿增多這一症狀,需要佩戴尿管引流,終身影響生活質量。總的來說,現代醫學治療神經源性膀胱的絕大多數治療方法都有一定的局限性或較大的不良反應,且目前尚未發現一種可以使神經源性膀胱患者膀胱功能完全恢復正常的治療方法。中醫治療此病療效顯著,未來可期,療效驗證及明確機制的研究勢在必行。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究纳入患者均为 2010 年 1 月至 2013 年 12 月在北京中医药大学东直门医院外二科、北京中医药大学东直门医院东区外科、解放军 309 医院泌尿一科接受治疗的肾气虚型神经源性膀胱患者。本研究事先由软件 SPSS 17.0 计算出所需要的样本数,由软件计算并产生随机分配结果,制备随机卡,将随机卡随机装入信封,并进行编号。患者来诊时,将符合纳入标准的病例按就诊先后顺序对应信封上的序号抽取,拆开信封取卡,按随机卡进行治疗观察。随机分为 3 组,患者年龄在 19~84 岁之间,平均年龄(53.34 ± 18.03)岁;男性 77 人,女性 61 人;病程在 2 个月至 15 年之间,平均病程为(36.04 ± 48.91)个月,经统计分析,3 组患者年龄、性别、病程差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照中国泌尿外科疾病诊断治疗指南(2011 版),神经源性膀胱的诊断主要包括 3 个方面^[1-2]:1)导致膀胱尿道功能障碍的神经系统病变的诊断;2)下尿路功能障碍和泌尿系并发症的诊断;3)其他相关器官、系统功能障碍的诊断。

1.2.2 中医诊断标准 本研究结合中医内科学对于该病证候诊断及糖尿病神经源性膀胱的中医诊疗标准来对临床入组进行诊断^[3-5]。证型根据肾虚证的诊断标准以及半定量化诊断的方法^[5-6]和《中华人民共和国中医药行业标准-中医证候诊断标准》来确定中医肾气虚型辨证标准^[6]。包括:1)“癃闭”的诊断依据;2)“淋证”的诊断依据;3)“肾气虚”的诊断依据。

1.3 纳入标准、排除标准和剔除标准

1.3.1 纳入标准 1)年龄在 18~85 岁;2)符合神经源性膀胱西医诊断标准的临床患者;3)符合中医癃闭、淋证诊断标准并且符合肾气虚证候诊断的神经源性膀胱患者;4)病情稳定,病程至少 1 个月以上,查存在明显残余尿或者无法自行排尿者;5)神志清楚,能够配合检查并签署知情同意书,愿意接受本治疗方案的患者。

1.3.2 排除标准 1)对金匱肾气丸中组成药物、金属过敏者或不能耐受针刺者;2)腹部接受过手术,瘢痕较重或者外置集尿器、引流管,无法进行针刺治疗的患者;3)合并有严重的心肺疾病、肝脏和造血系统疾病及精神病患者;4)有前列腺癌、尿道狭窄、膀胱颈纤维化、间质性膀胱炎、腺性膀胱炎等疾病的患者;5)患有神经源性膀胱但中医辨证不属于肾气虚

型的患者;6)拒绝签署知情同意书、依从性差、不能完成整个疗程治疗的患者。

1.3.3 剔除标准 1)没有按照规定要求进行检查治疗,临床资料不全者;2)发生严重不良反应事件、严重并发症或特殊病理变化等不宜继续治疗者或自行退出者。

1.4 方法

1.4.1 治疗方法 本研究共 138 例患者,随机分为 3 组,分别为间歇无菌导尿组 48 人,单纯口服金匱肾气丸组 33 人,金匱肾气丸联合腹针治疗组 57 人,各组均治疗 14 d 为 1 个疗程,分别进行为期 3 个疗程的临床治疗。参照《康复医学》^[7]中的理论及操作方法,采用国际公认治疗神经源性膀胱功能障碍的间歇性无菌导尿法为对照组。1)间歇无菌导尿组(导尿组):a. 在医生护士指导下采用常规无菌导尿技术;b. 限制患者每天液体摄入量,控制在 1 000~2 000 mL,避免不规则饮水。具体方法:早、中、晚各饮水 400 mL,其中包括饮食水分,两餐间饮水为 200 mL。晚 8 点以后尽量不要再饮水,使膀胱有规律地充盈;c. 根据患者的膀胱充盈程度确定导尿时间,一般情况下每 6 h 导尿 1 次,每次尿量不超过 400~500 mL。每次导尿前让患者试行排尿,并定期测定残余尿量,按残余尿的多少,修改并决定导尿的时间和次数,当残余尿量 < 250 mL 时应改为每 8 h 导尿 1 次,当残余尿量 < 200 mL 每日导尿 2 次,当残余尿量 < 150 mL 每日导尿 1 次,当残余尿量低于 100 mL 时,可以根据排尿情况停止导尿。定期测定残余尿量,定期留取尿液标本检查,发现尿路感染及时处理。2)单纯口服金匱肾气丸组(药物组):给予患者口服金匱肾气丸(大蜜丸,北京同仁堂,6 g/丸,10 丸/盒),1 丸/次,2 次/d。口服 14 d 为 1 个疗程,连续服用 3 个疗程。3)金匱肾气丸联合腹针组(针药联合组):a. 给予患者口服金匱肾气丸(大蜜丸,北京同仁堂,6 g/丸,10 丸/盒),1 丸/次,2 次/d。口服 14 d 为 1 个疗程,连续服用 3 个疗程。b. 隔日行腹针治疗 1 次,选取主穴为中脘、水分、盲俞、天枢、气海、关元、中极、气冲、水道、归来等。按上述顺序进针,进针时应避开毛孔、血管及皮表瘢痕,迅速刺入皮下,缓慢进针到人部与地部。手法柔和轻缓,针尖抵达预计深度后只捻转不提插。施针分 3 步进行,即候气、行气、催气,进针后停留 3~5 min 为候气,3~5 min 后捻转 1 次为行气,再隔 5 min 再捻转行针 1 次为催气。留针约 30 min,然后按进针顺序起针。治疗 14 d 为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

1.4.2 疗效评价方法 1)综合疗效评定:a.治愈:尿失禁或尿潴留等症状消失,能自行排尿,不需佩戴尿管,残余尿量小于50 mL;b.显效:尿潴留等症状消失,能自行排尿但总有尿失禁,不需佩戴尿管,残余尿量100 mL以下;c.有效:尿失禁或尿潴留等症状基本缓解,靠腹压或者其他方法能自行排尿,可拔除尿管,残余尿量100 mL以上,但少于200 mL;d.无效:仍有尿失禁或尿潴留等症状,残余尿大于200 mL或者较前增多,需要留置尿管引流。2)生活质量指数(QOL)评分^[8]:如果你在今后的生活中始终伴有现在的排尿症状,你认为如何?高兴:0分;大致满意:1分;还可以:3分;不太满意:4分;苦恼:5分;很糟:6分。3)膀胱残余尿量改善程度评定:a.完全改善:能自行排尿,残余尿在0~50 mL;b.明显改善:能自行排尿,但膀胱内残余尿50~100 mL或者膀胱残余尿量减少60%以上;c.见效:偶能自行排尿,膀胱内残余尿50~100 mL,靠间歇性导尿排空膀胱残余尿或者膀胱残余尿量减少范围在30%~59%之间;d.无效:不能自行排尿,膀胱残余尿量大于200 mL或者反而较前增多,靠导尿或留置尿管排尿。4)最大尿流率改善评定:a.完全改善:男性>15 mL/s,女性>20 mL/s;b.明显改善:男性达到10~12 mL/s,女性达到13~15 mL/s或在原有基础上增加50%以上;c.见效:在原有基础上增加20%以上;d.无改善:在原有基础上增加<20%或无增加反而减小。

1.4.3 统计学方法 采用多中心、随机、临床对照试验,收集临床数据后应用Microsoft Excel建立统计表,将数据导入SPSS 17.0统计学软件进行统计分析。数据均以($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布的指标运用 t 检验;如2组性别构成比之间差异等运用卡方检验;不符合正态分布的指标运用wilcoxon秩和检

验法,得出治疗前后是否存在统计学意义($P < 0.05$,双侧检验)、2组间是否存在统计学意义($P < 0.05$,双侧检验)。

2 结果

本研究结果显示,针药联合治疗相比西医间歇性导尿能显著地降低了患者的QOL评分(详见表1),在改善患者生活质量、恢复患者生存信心方面,要优于间歇性导尿;针药联合治疗显著降低了患者膀胱残余尿量(详见表2),治疗组总有效率83.33%,对照组总有效率63.64%,较间歇性导尿在改善患者膀胱残余尿量方面(详见表3),具有较好的效果;针药联合治疗相比间歇性导尿可促进患者排尿,改善症状,治疗组总有效率83.33%,对照组总有效率45.45%,在改善患者最大尿流率、促进患者排尿方面,疗效明显(详见表4、表5)。经综合疗效评定(详见表6),金匱肾气联合腹针组治疗总有效率为91.67%,西医间歇性导尿组治疗总有效率为54.55%。治疗组对于肾气虚型神经源性膀胱较对照组具有明显疗效,且针药联合治疗操作简便、经济实用、患者痛苦小、可持续性好,便于临床推广。

表1 3组患者治疗前后QOL指数评分比较			
组别	例数	治疗前QOL平均分	治疗后QOL平均分
针药联合组* Δ	57	4.34 $\pm$ 1.09	3.02 $\pm$ 0.87
导尿组*	48	4.13 $\pm$ 1.10	3.71 $\pm$ 0.74
药物组 Δ	33	4.28 $\pm$ 1.12	4.01 $\pm$ 0.79

注:* $P < 0.05$; $\Delta P < 0.05$ 。

表2 3组患者治疗前后膀胱残余尿量比较(mL)			
组别	例数	治疗前平均残余尿量	治疗后平均残余尿量
针药联合组	57	187.63 $\pm$ 117.46	101.77 $\pm$ 69.35
导尿组*	48	177.79 $\pm$ 103.23	118.14 $\pm$ 53.37
药物组 Δ	33	182.49 $\pm$ 106.39	126.53 $\pm$ 64.91

注:* $P < 0.05$; $\Delta P < 0.05$ 。

表3 膀胱残余尿量改善程度评定表						
组别	总例数	完全改善	明显改善	见效	无效	总有效率
针药联合组	57	20(35.09%)	14(24.56%)	12(21.05%)	11(19.29%)	80.70%
导尿组*	48	5(10.41%)	4(6.56%)	21(43.75%)	17(35.42%)	64.58%
药物组	33	0	2(6.06%)	8(24.24%)	23(69.70%)	30.30%

注:* $P < 0.05$; $\Delta P < 0.05$ 。

表4 3组患者治疗前后最大尿流率比较(mL/s)			
组别	例数	治疗前平均Qmax	治疗后平均Qmax
针药联合组	57	6.59 $\pm$ 4.26	11.97 $\pm$ 5.88
导尿组*	48	6.93 $\pm$ 4.61	7.54 $\pm$ 3.98
药物组 Δ	33	6.78 $\pm$ 4.39	7.21 $\pm$ 4.06

注:* $P < 0.05$; $\Delta P < 0.05$ 。

3 讨论

金匱肾气丸出自张仲景《金匱要略》,为“千古补肾之祖方”,以配伍严谨著称,其虽为补阳而设,但内含阴阳双补、阴中求阳的机制,除可补益肾气,还具健脾疏肝、疏通经络等功^[10]。“肾藏精,精化气”,阴精充足,则肾阳蒸化为肾气,肾气盛则可施

表 5 最大尿流率改善程度评定表

组别	总例数	完全改善	明显改善	见效	无改善	总有效率
针药联合组 [△]	57	21(36.84%)	23(40.35%)	4(7.01%)	9(15.78%)	84.22%
导尿组 [*]	48	0(0%)	9(18.75%)	13(27.08%)	26(54.17%)	45.83%
药物组 [△]	33	0(0%)	2(6.06)	12(36.36%)	19(57.58%)	42.42%

注：* $P < 0.05$ ；[△] $P < 0.05$ 。

表 6 综合疗效评定表

组别	总例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
针药联合组	57	15(26.31%)	20(35.08%)	17(29.82%)	5(8.79%)	91.21%
导尿组 [*]	48	0(0%)	9(18.75%)	18(37.50%)	23(47.91%)	52.09%
药物组 [△]	33	0(0%)	2(6.06%)	8(24.24%)	23(69.69%)	30.30%

注：* $P < 0.05$ ；[△] $P < 0.05$ 。

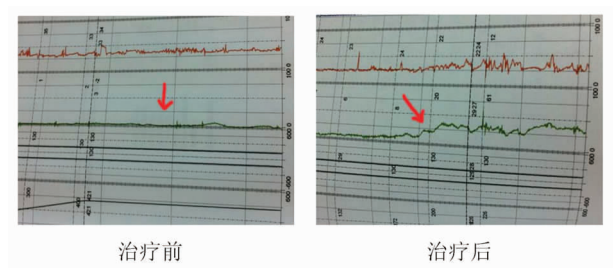


图 1 某患者治疗前后尿动力学检查对比

封藏、气化、纳气、壮骨生髓之功。《素问·宣明五气论》曰：“膀胱不利为癃。”膀胱气化失司，故小便不得出。肾气虚型神经源性膀胱根据中医辨证，病位在肾与膀胱，基本病机为膀胱气化功能失调，肾与膀胱相表里，肾的气化正常是体内水液的合理分布与排泄的基本保证，膀胱的气化功能受肾气所主，二者共司小便。因此，若肾气虚衰，不能蒸腾气化，则膀胱气化无权，溺不得出，正所谓“无阳则阴无以出”^[10]。肾气虚型神经源性膀胱之证依据《金匱要略》原文所见，皆属气化不利之证，故予肾气丸补益肾气，化气利水。《医宗金鉴·删补名医方论》中柯琴云：“此肾气丸纳桂、附于滋阴剂中十倍之一，意不在补火，而在微微生火，即生肾气也^[11]。”肾气虚损，蒸腾不利，则膀胱气化不行，故阴浊之水停蓄，佐用泽泻、茯苓淡渗利水，除阴浊之邪以利正气恢复；牡丹皮性凉而入阴分，清阴中之伏阳，可防阴虚火动；甘温补中，予以资化本源之蜂蜜为赋形之品，意在缓补；以淡盐水送服为使，引药力直驱于下。全方重用滋补阴精之药填充肾气之本源，少用温阳之品意在蒸化肾气，方义甚明，疗效出众^[12]。本研究中腹针疗法是薄智云教授创建的一种通过针刺腹部穴位调节先天、后天经络的微针系统，该疗法以中医理论为基础，神阙调控系统为核心，通过腹部八廓辨证取穴法辨证施治，除对所主脏腑具有特殊的治疗效果外，对内脏阴阳的平衡也起着重要的调节作用^[15]。腹针穴位主要分布于腹部，上、下腹部集中了多个脏腑，且脏腑的募穴是脏腑经气结聚的地方，因此腹针疗法治疗内脏疾病具有脏腑最集中、途径最短的优点^[16]。人体是一个复杂的生物体，腹针疗法强调“治病必求于本”，其从人体根本出发，顾护正气。“正气存内，邪不可干”，通过调理脏腑，协调阴阳，使脏腑功能调和，阴阳平衡，气血旺盛，并可疏通经络，使外邪不能入袭，即所谓的“阴平阳秘，精神乃治”。腹针的另一大特点就是针刺无痛（或微痛），这不同于传统针刺治疗强调“酸、麻、胀、痛”的针感来发挥疗效，它摆脱了针刺疗效对传统针灸中“得气”的依赖，提出了“刺至病所”的新观念^[14]。患者在舒适的体位和没有察觉的情况下完成治疗，使患者对针刺的恐惧心理以及治疗中的不适感得到缓解，乐于接受这种无痛疗法，属于现代人崇尚的天然绿色治疗方法，特别适用于大样本预防性治疗的需要^[15]。临床运用腹针治疗排尿功能障碍性疾病具有较好疗效，足太阳膀胱经循行于腹部，“络肾，属膀胱”，膀胱区位于下腹部正中的位置，中医丹田之处。腹针取穴穴位可以覆盖膀胱区，既可补益真元之气，也符合中医近治、局部取穴的治疗原则。在人体的腹部，手太阳肺经“起于中焦”“还循胃口”“下络大肠”；足太阴脾经“属脾，络胃”；足太阴肾经“属肾，络膀胱”“入腹”“上贯肝”。手少阳三焦经“遍属三焦”。肺、脾、肾、三焦均为体内水液津精分布、排泄的重要脏腑，因此通过腹针调节上述脏腑，有利于调畅脏腑气机，更好地输布水液津精，通调水道，促进水液代谢。以此，达到标本兼治的功效。

本研究应用金匱肾气丸联合腹针治疗肾气虚型神经源性膀胱，该疗法符合联合多种治疗方法治疗该病的趋势，其综合中药和针灸的明显疗效，既有别于传统的中药内服调理治疗，又打破了传统针灸治

用^[15]。腹针穴位主要分布于腹部，上、下腹部集中了多个脏腑，且脏腑的募穴是脏腑经气结聚的地方，因此腹针疗法治疗内脏疾病具有脏腑最集中、途径最短的优点^[16]。人体是一个复杂的生物体，腹针疗法强调“治病必求于本”，其从人体根本出发，顾护正气。“正气存内，邪不可干”，通过调理脏腑，协调阴阳，使脏腑功能调和，阴阳平衡，气血旺盛，并可疏通经络，使外邪不能入袭，即所谓的“阴平阳秘，精神乃治”。腹针的另一大特点就是针刺无痛（或微痛），这不同于传统针刺治疗强调“酸、麻、胀、痛”的针感来发挥疗效，它摆脱了针刺疗效对传统针灸中“得气”的依赖，提出了“刺至病所”的新观念^[14]。患者在舒适的体位和没有察觉的情况下完成治疗，使患者对针刺的恐惧心理以及治疗中的不适感得到缓解，乐于接受这种无痛疗法，属于现代人崇尚的天然绿色治疗方法，特别适用于大样本预防性治疗的需要^[15]。临床运用腹针治疗排尿功能障碍性疾病具有较好疗效，足太阳膀胱经循行于腹部，“络肾，属膀胱”，膀胱区位于下腹部正中的位置，中医丹田之处。腹针取穴穴位可以覆盖膀胱区，既可补益真元之气，也符合中医近治、局部取穴的治疗原则。在人体的腹部，手太阳肺经“起于中焦”“还循胃口”“下络大肠”；足太阴脾经“属脾，络胃”；足太阴肾经“属肾，络膀胱”“入腹”“上贯肝”。手少阳三焦经“遍属三焦”。肺、脾、肾、三焦均为体内水液津精分布、排泄的重要脏腑，因此通过腹针调节上述脏腑，有利于调畅脏腑气机，更好地输布水液津精，通调水道，促进水液代谢。以此，达到标本兼治的功效。

本研究应用金匱肾气丸联合腹针治疗肾气虚型神经源性膀胱，该疗法符合联合多种治疗方法治疗该病的趋势，其综合中药和针灸的明显疗效，既有别于传统的中药内服调理治疗，又打破了传统针灸治

疗排尿障碍多针刺骶尾部 and 远端取穴的观念。运用二者联合,不仅缓解排尿不适等标实之症,而且温补肾气助膀胱气化改善本虚之状,针药并用,脏腑与经络同治,以达到最佳的治疗效果。

参考文献

[1] 那彦群,叶章群,孙光,等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[S]. 北京:人民卫生出版社,2011:187.

[2] Samson G, Cardenas DD. Neurogenic bladder in spinal cord injury[J]. Phys Med Rehabil Clin N Am,2007,18(2):255-274.

[3] 田德禄. 中医内科学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2008:309-315.

[4] 郭军. 神经源性膀胱尿道功能失调如何辨证施治[J]. 中医杂志,1994,35(10):629-630.

[5] 中华中医药学会糖尿病分会. 糖尿病神经源性膀胱中医诊疗标准[S]. 世界中西医结合杂志,2011,6(4):365-368.

[6] 严石林,连文,米渠,等. 肾虚证辨证因子等级评判操作标准的研究[J]. 成都中医药大学学报,2001,24(1):39-56.

[7] 南登崑,王宁华,励建安. 康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:224,340-343.

[8] 那彦群,叶章群. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南手册[S]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2011:183-185.

[9] 廖利民,李建军. 神经源性膀胱治疗中值得重视的问题与未来展望[J]. 中国康复理论与实践,2007,13(7):601.

[10] 王建芳,年莉. 金匱肾气丸组方及衍变探析[J]. 长春中医药大学学报,2011,27(2):7.

[12] 赵宇昊,高忠英,史成和,等. 金匱肾气丸主治证候与君药辨析[J]. 中国实验方剂学杂志,2009,15(12):112-114.

[13] 徐振华,符文彬,薄智云. 从经络学说角度探讨腹针疗法的理论基础[J]. 针灸临床杂志,2011,27(6):59-60.

[14] 王永洲. 腹针对得气的启示与思考[J]. 中国针灸,2011,31(2):183-185.

[15] 温木生. 论腹针的治疗机理[J]. 中医外治杂志,2010,19(2):4.

[16] 刘玮,钱援芳,姚慕昆. 腹针疗法预防产后尿潴留的临床观察[J]. 中国中医药科技,2011,18(1):64.

(2014-07-06 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 1331 页)

[15] 黄飞翔,严萍,叶盈,等. 中西医结合治疗气虚血瘀证慢性心衰临床研究[J]. 中国中医急症,2014,23(4):592-593,631.

[16] 王永炎,张启明,张志斌,等. 证候要素及其靶位的提取[J]. 山东中医药大学学报,2006,30(1):6-7.

[17] 朱林平,曹旭焱,刘岩,等. 慢性心力衰竭缓解期中医临床论治思路[J]. 世界中医药,2013,8(7):818-820.

[18] 张鹏,赵慧辉,陈婵,等. 慢性心力衰竭常见证候和证候要素的现代文献研究[J]. 中华中医药杂志,2011,26(10):2378-2381.

[19] 罗良涛,赵慧辉,王娟,等. 中医医院冠心病慢性心力衰竭患者中医证候要素分布特点分析[J]. 北京中医药大学学报,2014,37(2):130-134.

[20] 陈婵,赵慧辉,王娟,等. 357 例冠心病心力衰竭患者人口学信息与中医证候分布特点的研究[J]. 北京中医药,2012,31(3):163-165.

[21] 唐帅,武文婧,李霞. 慢性心力衰竭患者伴发抑郁障碍的静息态脑功能磁共振研究[J]. 临床心血管病杂志,2014,30(4):291-294.

[22] 朱正炎,沈彬,张红卫,等. 性别对慢性心力衰竭患者生活质量和社会支持的影响[J]. 心血管康复医学杂志,2011,20(6):501-504.

[23] 廖霓星. 慢性心力衰竭患者生活质量及其影响因素分析[J]. 广西医学,2013,35(6):766-768.

[24] 逯金金,林谦,农一兵,等. 慢性心力衰竭中西医结合生存质量量表与 SF-36 简明健康状况量表信度、反应度对比研究[J]. 中

医杂志,2011,52(10):837-840.

[25] 林谦,农一兵,万洁,等. 慢性心力衰竭中西医结合生存质量量表的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志,2008,15(3):131-134.

[26] 苏敬泽,逯金金,万洁,等. 慢性心衰中西医结合生存质量量表中医特色条目的评价研究[J]. 北京中医药,2012,31(4):254-256.

[27] 周鸱,林谦,逯金金,等. 慢性心衰中西医结合生存质量量表与 SF-36 量表的效度对比研究[J]. 安徽中医学院学报,2013,32(2):30-34.

[28] 林谦,农一兵,王洪源,等. 建立慢性心衰中医疗效评价体系的研究思路[A]. 第八次全国中西医结合心血管病学术会议论文集[C]. 2007:282-284.

[29] 徐学功,张军鹏,罗良涛,等. 中西医结合治疗对慢性心力衰竭患者生活质量的影响[J]. 中华中医药杂志,2014,29(8):2697-2701.

[30] 高子任,隋殿军,李坤,等. 补益强心片对慢性心力衰竭患者心功能和生活质量的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(21):298-301.

[31] 李宏升,陈苏宁,刘晓蕾,等. 参草通脉颗粒对慢性心衰生活质量的影响[J]. 实验药物与临床,2013,16(2):91-93.

[32] 江会镇,李成林. 温阳利水活血法改善慢性心力衰竭后期生存质量研究[J]. 吉林中医药,2014,34(3):234-236.

(2015-04-24 收稿 责任编辑:王明)