针灸治疗跟痛症的临床研究进展

唐传其[1] 陆强益[1] 梁燕芳[2] 王立源[1] 杨 柳[1] 陈泽林[1]

(1 广东省广州市东升医院骨科,广州,510120; 2 广东省广州市社会(儿童)福利院,广州,510520)

摘要 跟痛症是以足底后跟部疼痛为主要表现的综合症候群,目前确切病因尚未清楚,治疗本病的方法较多,如行为学疗法、口服非甾体类抗炎止痛药、中医中药疗法、小针刀疗法、封闭疗法、体外冲击波技术、神经阻滞疗法、手术治疗等,但针灸疗法治疗本病具有方法多样且疗效确切肯定,安全有效且简便易行,值得临床推广。

关键词 跟痛症;针灸治疗;临床研究

Progress of Clinical Research on Acupuncture and Moxibustion for Heel Pain

Tang Chuanqi[1], Lu Qiangyi[1], Liang Yanfang[2], Wang Liyuan[1], Yang Liu[1], Chen Zelin[1]

(1 *Orthopaedics of Dongsheng Hospital*, *Guangzhou* 510120, *China*; 2 *Community in Guangzhou City*, *Guangdong Province* (*Children*) *Orphanage*, *Guangzhou* 510120, *China*)

Abstract Calcaneodynia refers to syndromes that manifest as heel pain. Currently, the pathogenesis of heel pain remains unknown. Many treatment methods exist, such as behavioristics, oral non-steroids, TCM Chinese medical therapy, acupotomy therapy, block therapy, extracorporeal shock wave technology, nerve block therapy, and surgery treatment. Acupuncture therapy treatment has diverse treatment methods and is safe and easy to operate, and is worth promoting in clinical practice.

Key Words Heel pain; Acupuncture treatment; Clinical Study

中图分类号:R245.32+9 **文献标识码**:A **doi**:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.01.042

跟痛症(Painful Heel Syndrome,PHS)是以足底后跟部疼痛为主要临床表现的一种常见病、多发病,以40~60岁中老年人的发病率较高,尤以肥胖者或久站者居多,主要临床表现系开始站立或起步走路时,足底或足跟部疼痛,严重时出现针刺样疼痛,举步维艰,给患者的生活和工作质量造成极大影响。针灸疗法是中国传统而独特的疗法,对本病治疗具有方法多样且疗效确切肯定,安全有效且简便易行。现就近年针灸治疗跟痛症综述如下。

1 治疗方法概述

1.1 针刺疗法 许学猛等[1]治疗跟痛症66例,随机分为治疗组和对照组各33例,治疗组采用毫针点刺(方法:触诊确定痛点,常规消毒,左手拇指按压住痛点一侧,保持皮下组织张力,右手持0.3 mm×25 mm针灸针垂直进针,进针后对痛点及周围行全方位点刺,大约点刺8~10次,出针后嘱患者足跟着地行走轻跺足跟,如疼痛程度缓解<50%(VAS表法)则重复1次,最多不超过3次,然后取参麦注射液1.5 mL+2%利多卡因0.5 mL针刺部注射,配合个性化鞋垫。)对照组采用醋酸曲安奈德注射液0.5 mL+2%利多卡因1.5 mL痛点局部封闭治疗。两组均1次/周,共治疗3次,6个月后评定疗效,结果两组均无感染及变态反应发生,治疗后VAS评分均明显下降,两组比较无统计学意义;治疗组和对照组总有效率为97%和76%,治疗组疗效优于对照组$P<0.01$。赵文等[2]治疗跟痛症70例,随机分为治疗组和对照组各35例,治疗组以针刺夹脊穴为主,方法:根据临床检查的阳性发现,选L_{3-4}或L_{4-5}夹脊穴为主穴,根据临床症状选腰宜(L_4棘突下旁开3寸),胞盲、臀中等为配穴,双侧均有症状取双侧,单侧者取患病侧,俯卧位双腿分开,取0.3 mm×(50~70) mm毫针斜刺进针,针尖指向腰宜穴,针刺深度约2~3寸,以下肢出现通电样感或针感达跟部为佳,此时针尖出现松弛感;腰宜斜刺进针,针尖微向下,以针感达足底为度;胞盲、臀中针尖向下斜刺入针,均采用提插捻转平补平泻法,留针30 min,期间行针1~2次,1次/d,5次为1个疗程,疗程间休息2 d,治疗3个疗程观察疗效;对照组根据病变部位循经取穴,选阿是穴为主穴,辅以昆仑、仆参、申脉、三阴交等穴,采用提插捻转平补平泻法,留针30 min,期间行针1~2次,1次/d,5次为1个疗程,疗程间休息2 d,治疗3个疗程,结果治疗组和对照组总有效率分别为91.4%和68.6%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。何煜才等[3]认为本病肾虚为主,瘀滞为标,针刺配合艾灸补肾活血、化瘀止痛治疗跟痛症75例,方法:选取患侧的涌泉穴、然谷

基金项目:广东省中医药局建设中医药强省课题(编号:2010457)

穴、太溪穴、三阴交穴、承山穴、阿是穴，穴位常规消毒，一次性无菌针灸针垂直于穴位皮肤表面快速刺入所取的穴位，行提插捻转法，平补平泻，得气后即可出针，针刺完后行灸法治疗，直接灸足跟疼痛点（阿是穴），灸至患者感觉到有明显灼热感为宜，灸法时间持续 10 min，治疗后当天不可沾水和着凉，针灸治疗 1 次/d，6 次为 1 个疗程，1 个疗程结束后间隔 2 d 再行第 2 个疗程，2 个疗程后统计疗效；并设对照组 50 例给予口服布洛芬缓释胶囊 0.3 Bid，壮骨关节丸 6 g Bid，14 d 观察疗效。结果治疗组与对照组痊愈、显效、好转、无效、治愈率和总有效率分别为 38 例和 7 例，25 例和 13 例，8 例和 14 例，4 例和 16 例，94.67% 和 68.00%，两组比较 $\chi^2 = 15.873$，$P < 0.01$。薛立功等[4]采用长圆针治疗跟痛症 256 例，从经筋辨证角度审视本病，取足太阳、少阴，太阴经筋的结筋病灶点、足底结筋病灶点：失眠次、失眠前次、失眠内、膝女次、公孙次，以关刺法、恢刺法、短刺法，出针后按压针孔，每周 3 次，3 次为 1 个疗程，结果治愈 246 例，好转 10 例，无效 0 例，总有效率 100%。

1.2　灸法　曹云等[5]应用木灸疗法治疗跟痛症 30 例，即取长约 15 ~ 20 cm、直径 2 ~ 5 cm 的木条 2 ~ 3 根点燃后熄灭明火并用 2 ~ 3 层牛皮纸包裹暗火，直接熨灸痛处约 15 min，灸至足跟表皮发红为度，每天 1 次，5 d 为 1 个疗程，结果治愈 26 例，好转 3 例，无效 1 例，总有效率 96.66%。

1.3　针刀疗法　伍景斌[6]采用针刀治疗跟痛症 60 例，根据症状分为Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅵ型、Ⅴ型六型，针刀治疗适应Ⅲ型（脂肪纤维垫炎引起的跟痛症）、Ⅳ型（跟骨骨刺引起的跟痛症）、Ⅴ型（Ⅲ型和Ⅳ型混合病因引起的跟痛症），方法：根据 X 线片了解跟骨情况，分析病因及分型，患者俯卧位，足部常规消毒铺无菌巾，取朱氏 4 号针刀，Ⅲ型患者在据跟骨下缘 0.5 ~ 1 cm 之间按压痛点，1% 利多卡因局麻后针刀垂直于皮肤、刀口线和足纵轴平行进针，到达骨面后退针稍许，纵行切和铲，进行剥离，完全松解后出针无菌包扎；Ⅳ型患者在跟骨骨刺及旁按压痛点，局麻后痛点垂直于皮肤进针，到达骨面后横行切和铲进行剥离，完全松解后出针无菌包扎；Ⅴ型患者据跟骨骨刺 0.5 cm 按压痛点，局麻后垂直于皮肤进针，到达骨面后向骨刺方向倾斜 25 度进行横行切和铲进行剥离，完全松解后，然后向足趾方向倾斜 15 度进行纵行切铲剥离，完全松解后出针无菌包扎，术毕患肢抬高 30 度，外展中立位休息，3 d 后可下床不负重活动，术后切口需无菌包扎 3 d 并使用抗生素以防感染，每隔 15 d 复诊 1 次，不彻底者可重复再做 1 次，本组一般 1 次，最多 3 次，平均 1.2 次，经 2 ~ 6 年随访，结果优 55 例，良 3 例，好 1 例，差 1 例，总有效率 98.4%。王立新等[7]采用自行研制的任氏针灸刀松解足跟下压痛最明显处及足跟内上方，2% 利多卡因 3 mL + 地塞米松 5 mg 局部麻醉后在上面定位出针灸刀松解出针，术毕无菌敷料覆盖，3 周后复查，如 1 次未能治愈者可在原位继续治疗 1 次，结果治愈 314 例（80.1%），好转 48 例（12.2%），有效 19 例（4.9%），无效 11 例（2.8%），总有效率 97.2%。

1.4　针刀加穴位注射疗法　黄菁等[8]采用针刀配合低浓度药物治疗跟痛症 43 例，将 86 例跟痛症患者随机分为治疗组和对照组各 43 例，对照组采用醋酸曲安奈德 6mg + 2% 利多卡因 3mL + 维生素 B_{12} 0.5mL + 0.9% 注射用水 10 mL 混合液进行注射，治疗组在此基础上加用针刀治疗（方法：汉章 4 号针刀，刀口线与足长轴平行，针刀体与足底远端皮肤呈 60 ~ 70 度刺入，达骨面时有磨砂感时即到骨刺；调转刀口 90 度，横行铲剥 2 ~ 3 下，再调转刀口纵行疏通 2 ~ 3 次，疏通关键是连续横行切断跖腱膜宽 0.5 cm 左右，针刀下有松动感出针；针刀术后用双手抱紧足踝部，双手指在针刀处从后向前进行按揉、推压 3 ~ 5 次，再予患足背伸 3 ~ 5 次，以利于局部充分减压、减张、松解韧带），治疗组痊愈率为 93.02%，总有效率 100%，对照组痊愈率为 51.16%，总有效率 69.77%，两组相比差异有统计学意义，$P < 0.05$，两组治疗前后 VAS 积分比较差异有统计学意义（均 $P < 0.01$），表明两种疗法均有显著的即刻和终末镇痛效应，相比较而言，治疗组即刻镇痛效应较对照组明显改善（$P < 0.01$），治疗组治疗 1 个疗程后疼痛终末效应较对照组亦改善明显（$P < 0.05$），表明治疗组镇痛效果优于对照组。王金梅等[9]采用针刀治疗跟痛症 93 例，醋酸曲安奈德 1 mg + 2% 利多卡因 3 mL 痛点局部麻醉后针刀剥离松解，并使患足过度背屈，使跖腱膜紧张，并与麻醉下在足外侧用 1.5 mm 针刀足跟外的骨皮质钻透做 2 ~ 4 个减压孔，放血 5 ~ 8 mL 包扎，一般 1 次能愈，若仍痛，1 周再治疗 1 次，结果优 55 例，良 35 例，可 2 例，差 1 例，优良率 96.8%。李琴等[10]治疗跟痛症 50 例，采用痛点针刀局部松解后注入曲安奈德 0.3mg + 维生素 B_{12}（0.5 ~ 1 mg）+ 生理盐水适量，1 次即愈，效果不明显者 1 个月后再治疗 1 次，最多 3 次，3 个月随访，结果全部有效，其中治愈 44 例（92.00%），显效 5 例（10.00%），有效 1 例（2.00%）。邢卫东等[11]治疗跟痛症 50 例，在压痛点处以 2% 利多卡因 2 ~ 3 mL + 强的松龙 0.5 ~ 1 mL 封闭，刃针松解梳剥，一般 1 ~ 2 次可愈，效果差 1 周后可

再治疗 1 次,随访 4 个月至 3 年,平均 1 年 6 个月,治疗 1 次 15 例,治疗 2 次 29 例,治疗 3 次 7 例,治疗 4 次 1 例,本组优良 42 例,可 9 例,差 1 例,总有效率 98.4%。

1.5 穴位注射疗法 娄锋[12]采用跟内侧药物注射治疗跟痛症 72 例 84 足,随机分为观察组 42 例 50 足和对照组 30 例 34 足,观察组采用 2% 利多卡因 4 mL + 强的松龙 50 mg + 地塞米松 5 mg + 维生素 B_1 100 mg + 维生素 B_{12} 0.5 mg + 丹参注射液 4 mL,于胫骨内踝的顶部与踝骨尖部连线的中点即分裂韧带下缘偏后侧垂直进针注射,1 次/5 d,3 次为 1 个疗程,最多 2 个疗程;对照组以足底压痛点为阻滞点,且在踝骨结节处作扇形阻滞,其他同观察组,结果观察组和对照组总有效率分别为 96.0% 和 64.7%,两组比较疗效差异有显著性,观察组优于对照组($\chi^2 = 7.01$, $P < 0.01$)。曾火英[13]治疗骨刺性跟痛症 26 例采用水泉穴注射醋酸曲安奈德 40 mg + 2% 利多卡因 2 mL,注射毕用拇指按摩跟骨结节处并弹拨跖腱膜附着点的前部 30 ~ 60 次,2 ~ 3 周治疗 1 次,2 ~ 3 次 1 疗程,结果优 13 例(50.00%),良 9 例(34.67%),有效 2 例(7.7%),无效 2 例(7.7%)。冯穗等[14]将正清风痛宁注射液 2mL 注射于内侧跟结节、展肌深筋膜与跖方肌内侧头内下缘之间,治疗 1 次/d,5 次为 1 个疗程,治疗跟痛症 27 例,结果随访 2 个月,优 21 例(78%),良 5 例(18%),无效 1 例(4%),优良率 96%。

1.6 穴位按摩疗法 周泳瀚等[15]治疗跟痛症 36 例,采用啄法交替叩击阿是穴,及太溪、昆仑、涌泉、足三里、阴陵泉、三阴交、承山等穴以局部酸胀不痛为度及达到点穴之功(阿是穴),治疗 1 次/d,7 次为 1 疗程;同时用自制跟痛消涂膜涂搽于患处,7 d 为 1 个疗程,一般治疗 3 个疗程,治疗跟痛症 36 例,平均随访 1 年 6 个月,结果优 20 例(55.6%),良 12 例(33.3%),差 4 例(11.1%),总有效率 88.9%。

1.7 温针火针疗法 徐凯等[16]治疗跟痛症 80 例并随机分为温针组和中药组各 40 例,温针组采用温针阿是穴治疗,方法:患者取坐位,取阿是穴,局部常规消毒后,取规格 0.35 mm × 50 mm 毫针,以阿是穴为腧穴垂直进针,针刺深度为 0.5 ~ 1 寸,然后再以阿是穴为中心斜刺 3 ~ 5 针,即在阿是穴四周向中央以 30°斜刺,针数视疼痛范围而定,施平补平泻法,针刺得气后将一段长约 3 ~ 5 cm 的艾条插在针柄上,点燃艾条进行温针治疗,留针 20 min,待艾条自然熄灭后拔针,治疗 1 次/d,10 次 1 疗程;中药组(药物:川乌、草乌各 20 g,牛膝、透骨草、海桐皮、黄柏、桂枝各 15 g,煎水取液加陈醋 250 mL 先熏后洗患足,每次 15 ~ 20 min,1 次/d,10 d 1 个疗程),两组 1 疗程后痊愈、显效、有效、无效及总有效率分别为 12 例和 6 例,15 例和 10 例,10 例和 12 例 92.5% 和 70.0%,温针组与中药组比较,经 χ^2 检验 $P < 0.05$,两组治疗后 VAPS 量表评测疼痛较治疗前均有明显减轻($P < 0.05$),但温针组疼痛缓解程度明显优于中药组($P < 0.05$)。邓青军[17]以温经补肾,疏通经络,散寒止痛之法,温针疗法治疗跟痛症 26 例,方法:患者取仰卧位,取阿是穴、三阴交、太溪、照海、然谷、昆仑,用 1.5 寸常规针刺得气后,取约 2 cm 艾卷插入针尾,点燃加温,留针 30 min,然后缓慢起针,7 d 为 1 个疗程,连续 3 个疗程观察疗效,结果优 8 例,良 12 例,可 3 例,无效 3 例,总有效率为 88.46%。赵明华等[18]治疗跟痛症 60 例随机分为治疗组和对照组各 30 例,治疗组采用火针阿是穴:穴位处用安尔碘进行局部消毒,点燃乙醇灯,左手将乙醇等端起,靠近针刺穴位,右手以握笔状持针,将针尖针体置入乙醇灯外火焰,烧至白亮,用烧红的针体迅速刺入穴位,并快速拔针,时间大约 1/10 s,出针后用消毒干棉球按压针孔,压痛范围较大者,可火针点刺多下,治疗 1 次/3 d,5 次为 1 疗程;对照组取太溪、昆仑、承山、阿是穴,常规针刺,得气后接电针仪,留针 30 min,1 次/d,15 d 为 1 个疗程,结果治疗组和对照组总有效率分别为 96.7% 和 73.3%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。宫育卓等[19]采用火针疗法治疗跟痛症 30 例,趾筋膜型患者对其压痛点行常规消毒后行火针点刺,每个压痛点 3 针;骨内压增高型患者,以足跟中央及其旁开前后左右各约 1 cm 处共 5 个点作为治疗点,中央点每次 2 针,其余 4 点每点 1 针,均深达骨面,针后针口涂万花油创可贴外敷不沾水,1 次/5 d,3 次为 1 疗程,1 个疗程后总有效率达到 100%。

2 讨论

跟痛症是以足底后跟部疼痛为主要表现的综合症候群,目前确切病因尚未清楚,治疗本病的方法较多,如行为学疗法、口服非甾体类抗炎止痛药、中医中药疗法,小针刀疗法、封闭疗法、体外冲击波技术、神经阻滞疗法、手术治疗等。西医对本病的主要治疗方法是内服非甾体类抗炎止痛药和痛点封闭类固醇类激素药以及手术治疗,但效果不确切易反复发作,容易发生不良反应如消化性溃疡、出血,长期用药易造成骨质疏松等。

中医学认为跟痛症属于“肾痹”“痹症”范畴,多发于于中老年人,符合中医“肾主骨,主生髓,其充在骨”的理论,如《素问·宣明五气篇》说“肾主骨”,《素问·

六节藏象论》说“肾者……其充在骨”,《素问·五脏生成》说“肾之合骨也”,《素问·阴阳应象大论》说“肾生骨髓”“在体为骨”,认为本病的病因病机系肝肾虚损,筋骨衰退,风寒湿邪侵袭足部,各种原因引起慢性劳损,筋骨经脉失于温煦濡养,痹阻气血而形成本病。针灸疗法是中国传统而独特的疗法,对本病的治疗重视补肾温督、活络通痹止痛治疗原则,治疗上强调补肾的重要性,取穴上体现以肾经穴位与膀胱经穴位为主,同时也选择“以痛为腧”取穴阿是穴(压痛点)。所研究的 19 篇文献中,取穴阿是穴共有 16 篇,占 84.21%;随机设治疗组和对照组对疗效进行观察的有 6 篇文献,占 31.58%。

针灸治疗本病具有方法多样,如针刺疗法、灸法、针刀疗法、针刀加穴位注射疗法、穴位注射疗法、穴位按摩疗法、温针火针疗法等 7 种疗法,但以上治疗并不能全面概括目前针灸疗法对跟痛症的治疗,辨证论治的中医理论支持在文献上得到体现,越来越多的文献对疼痛程度采用 VAS 评分进行评价,临床疗效观察采取随机分组,设立治疗组和对照组对疗效进行观察,说明针灸疗法治疗本病更加体现治本重标、对疼痛评价和疗效观察更加客观科学;且疗效确切肯定,安全有效且简便易行。随着对本病进行更深入的研究,刘康妍、戈兴炜等[20-21]的研究证实跟痛症与骨质疏松有密切的相关性,针灸疗法对提高骨密度是以后应该努力的方向,许多文献的样本含量尤其是设立治疗组和观察组的样本含量偏少,下一步应增加临床样本含量,患者进行随机、双盲、对比研究,使疗效观察进行更深入的实验研究,更具有客观性和科学性,使针灸疗法治疗跟痛症的疗效更加客观化、科学化,为临床提供有效、安全的治疗方法。

参考文献

[1]许学猛,孙正平,曾科学,等. 毫针点刺加参麦液注射配合个性化鞋垫治疗跟痛症的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志,2012,21(31):3421-3422.

[2]赵文,王迪华,周红. 针刺夹脊穴为主治疗跟痛症临床观察[J]. 上海针灸杂志,2009,28(4):226-227.

[3]何煜才,王涛. 针刺配合艾灸治疗跟痛症临床观察[J]陕西中医,2011,27(1):29-35.

[4]薛立功,管宏钟. 长圆针治疗跟痛症 256 例临床报道[C]. 中国针灸学会经筋诊治专业委员会成立大会论文集重点论文选编,2009:171-172.

[5]曹云,覃国良,戴铭. 木灸疗法治疗跟痛症 30 例[J]. 广西中医药,2010,33(6):31-32.

[6]伍景斌. 针刀治疗跟痛症 60 例体会[C]. 中华中医药学会针刀医学分会全国第九次针刀医学学术年会会刊,2010:124-125.

[7]王立新,任志远. 针灸刀松解治疗跟痛症 392 例[J]. 实用临床医学,2009,10(4):135.

[8]黄菁,乌英别兢,建军. 针刀配合低浓度药物治疗跟痛症 43 例[J]. 西部中医药,2012,25(10):9-11.

[9]王金梅,张照庆,朱其彬. 针刀治疗跟痛症 93 例[J]. 中国针灸,2010,30(1):91-92.

[10]李琴,任黎栋,杨冬青. 局部封闭联合针刀微创松解术治疗跟痛症 50 例[J]. 中国中医急症,2011,20(6):976.

[11]邢卫东,艾振华. 刃针加封闭治疗跟痛症 50 例[J]. 中国社区医师:医学专业,2011,13(16):180.

[12]娄锋. 跟内侧药物注射治疗跟痛症的效果观察[J]. 中华全科医师杂志,2003,2(6):368.

[13]曾火英. 穴位注射加推拿治疗骨刺性跟痛症 26 例[J]. 中国民间疗法,2011,19(6):24-25.

[14]冯穗,苟凌云,郑红波. 正清风痛宁注射液治疗跟痛症 27 例[J]. 现代中西医结合杂志,2007,16(31):4665.

[15]周泳瀚,于元波. 啄法加跟痛消涂膜治疗跟痛症 36 例[J]. 中医正骨,2000,12(10):41-42.

[16]徐凯,刘永鑫,刁建伟. 温针阿是穴治疗跟痛症[J]. 针灸临床杂志,2010,26(11):39-41.

[17]邓青军. 温针疗法治疗跟下型跟痛症 26 例疗效观察[J]. 青海医学杂志,2011,41(11):41.

[18]赵明华,李巧林. 火针阿是穴治疗跟痛症 30 例[J]. 上海针灸杂志,2012,31(7):519.

[19]宫育卓,林建鸣,王晓玲. 火针疗法治疗跟痛症 30 例疗效观察[J]. 新中医,2008,40(4):78.

[20]刘康妍,陈一凡,李晓林,等. 跟痛症与骨质疏松的相关性临床与影像学研究[J]. 现代临床医学生物工程学研究,2002,8(2):126-127.

[21]戈兴炜,王明礼,刘海鹰,等. 抗骨质疏松药物联合超声波治疗老年骨质疏松性跟痛症 30 例[J]. 中国老年学杂志,2009,29(24):3261-3262.

(2013-05-28 收稿　责任编辑:徐晖)

(上接第 119 页)

[36]冯静华,王燕,戴德英. 戴德英运用膏方治疗绝经综合征验案 1 则[J]. 上海中医药杂志,2011,45(11):35-36.

[37]李盛楠,徐莲薇,牟艳艳. 孙卓君教授调补肝肾治疗妇科月经病膏方举隅[C]. 排卵障碍性相关疾病的中医药防治——第十次全国中医妇科学术大会,中国黑龙江哈尔滨,2010:56-58.

[38]李璟,赵海音,李虹虹,等. 秦亮甫膏方施用经验[J]. 中医杂志,2008,49(6):493-494.

[39]朱凌云,秦嫣. 中州之土,生化之源——张镜人教授重视脾胃思想在膏方中的体现[J]. 上海中医药杂志,2006,40(11):10-11.

[40]徐彩华. 膏方在月经不调中的应用初探[J]. 中医药临床杂志,2007,19(5):526-527.

[41]黄长盛,郜洁,管雁丞,等. 罗颂平妇科膏方验案举隅[J]. 江西中医药,2012,43(3):17-19.

[42]马景,何嘉琳. 何嘉琳妇科膏方治法经验[J]. 浙江中医杂志,2012,47(3):180-181.

[43]何嘉琳. 膏方在妇科临床的应用举隅[C]. 中国首届中医膏方高峰论坛暨第四届金陵名医高层论坛,中国江苏南京,2009:28-29.

[44]王占利,李坤寅,桑霞,等. 张玉珍运用膏方调治卵巢早衰经验[J]. 辽宁中医杂志,2011,38(12):2341-2342.

(2013-04-02 收稿　责任编辑:王明)