

电针大肠合穴下合穴配穴治疗功能性肠病 双向调节效应的临床研究

钟峰 曹越 罗容 盛蓉蓉 石文英 刘英含 章薇

(湖南中医药大学第一附属医院针灸推拿科,长沙,410007)

摘要 目的:通过运用电针刺刺激大肠合穴下合穴配穴(曲池、上巨虚),观察针刺对于2种不同状态(便秘、腹泻)的功能性肠病的临床疗效,为探求针刺治疗的双向调节作用机制,扩大针灸主治范围,探索针灸配穴组合疗效提供有效的临床依据。方法:选取2013年8月至2015年12月湖南中医药大学第一附属医院收治的符合相应纳入标准的功能性肠病患者132例(便秘型72例、腹泻型60例),将2型患者各自分为2个电针组,2个药物组,分别为便秘电针组(36例)、便秘药物组(36例)、腹泻电针组(30例)、腹泻药物组(30例)。2电针组均采用针刺双侧曲池、上巨虚后,采用20 Hz电流、连续波刺激30 min。治疗期为4周,共完成16次治疗,第1~2周治疗5次/周,第3~4周治疗3次/周。腹泻药物组口服盐酸洛哌丁胺胶囊,2 mg/次,3次/d,连服4周。便秘药物组口服枸橼酸莫沙必利片,5 mg/次,3次/d,连服4周。各组于治疗前、治疗第2周末、治疗完成后(第4周末)、治疗结束后1个月随访时,分别记录患者周排便次数和大便性状,评估其治疗期间及随访期的心理状态(SAS、SDS),并对数据进行统计与分析。结果:经治疗后,2电针组的周排便次数、大便性状、SAS、SDS均得到有效改善。组内比较中,治疗前后比较差异有显著统计学意义($P < 0.01$)。随访4周与治疗4周比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),但与治疗前比较,差异有显著统计学意义($P < 0.01$)。组间比较中,2电针组的临床疗效与同型的药物组比较,其差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论:电针大肠合穴下合穴配穴能够治疗不同状态(便秘、腹泻)下的功能性肠病,并能产生稳定的、具有一定持续性的双向调节效应。

关键词 曲池穴;上巨虚穴;功能性便秘;功能性腹泻;双向调节

Clinical Study on Bidirectional Regulation Effects of Electroacupuncture at Quchi (LI 11) Combined with Shangjuxu (ST 37) in Treating Functional Bowel Disorders

Zhong Feng, Cao Yue, Luo Rong, Sheng Rongrong, Shi Wenying, Liu Yinghan, Zhang Wei

(Department of Acupuncture-Moxibustion and Tuina and Rehabilitation, the First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410007, China)

Abstract Objective: Through observing the clinical effects of electroacupuncture at Quchi (LI 11) and Shangjuxu (ST 37) on functional bowel disorders (constipation and diarrhea), to explore two-way adjustment mechanism of acupuncture in treating functional bowel disorders, and to expand application scope, as well as provide effective clinical references for acupuncture combined with acupoints treatment. **Methods:** A total of 132 cases meeting the inclusion criteria of functional bowel disease (constipation type 72 cases, diarrhea type 60 cases) who were admitted in our hospital from August 2013 to December 2015 were included and divided into 4 groups, respectively for constipation EA group (36 cases), constipation drug group (36 cases), diarrhea EA group (30 cases), diarrhea drug group (30 cases). Two electroacupuncture groups adopted acupuncture at Quchi (LI 11) and Shangjuxu (ST 37) with 20 Hz current and continuous wave stimulation for 30 minutes. 5 times treatment in 1st and 2nd week, and 3 times treatment in 3rd and 4th week. Four weeks was considered as one treatment course including 16 times treatment. The diarrhea drug group had Loperamide Hydrochloride Capsules, 2 mg/time, 3次/d, for 4 weeks continuously. The constipation drug group had pills of Mosapride, 5 mg/time, 3次/d, for 4 weeks continuously. Defecation frequency per week, stool characteristics score, mental state assessment (SAS, SDS) before treatment, end of 2 weeks' treatment, after treatment, 1 month follow-up after treatment were recorded, statisticed and analyzed. **Results:** After treatment, the number of defecation frequency per week, stool characteristics score, mental state assessment (SAS, SDS) of the two EA groups were significantly improved, and the difference was statistically significant ($P < 0.01$). Compared with follow-up of 4 weeks and 4 weeks treatment, there was no statistical significance ($P > 0.05$), but compared with before treatment, it still had statistically significant difference ($P < 0.01$). Compared between groups, the difference has no statistical significance in curative effects of electric acupuncture group and drug treatment

基金项目:国家重点基础研究发展计划(973计划)项目(2011CB505202);国家自然科学基金青年基金(81503661);湖南省教育厅优秀青年项目(17B202)

作者简介:钟峰(1984.06—),男,博士,主治医师,研究方向:针灸临床,E-mail:ahtcmzhong@163.com

通信作者:章薇(1963.06—),女,博士,博士研究生导师,主任医师,教授,研究方向:针灸临床疗效及机理研究,E-mail:507395550@qq.com

group ($P > 0.05$). **Conclusion:** Electro-acupuncture at Quchi (LI 11) and Shangjuxu (ST 37) acupoints was effective on regulating bidirectionally functional bowel disorders, and the effect was certainly persistent.

Key Words Quchi (LI 11); Shangjuxu (ST 37); Functional bowel disease; Bidirectional

中图分类号: R246 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2018.03.045

功能性肠病 (Functional Bowel Disorders, FBD) 是胃肠道系统的一类常见病, 临床一般采用促胃肠动力药、止泻药等对症药物治疗。本病临床症状繁多, 病情迁延难愈, 致病因素多样, 且这些因素存在相互影响, 致使本病目前尚无系统、有效的药物及治疗方案, 患者及家庭的精神及经济负担深重^[1]。

针灸治疗讲究“调虚实、平阴阳”, 其核心理念就是针灸能恢复机体稳态, 并通过不同的配穴方法实现疾病治疗中的“双向调节效应”。在效应实现过程中, 腧穴的组合和刺激方法的异同, 是针灸临床起效与否的关键因素。而穴位选择的主要依据, 则是靶器官机能状态^[2]。

针灸治疗作为治疗功能性肠病的一种行之有效的疗法, 正得到越来越多的关注和研究, 但仍需要更多严谨设计以及持续疗效的相关数据。本研究于2013年8月至2015年12月期间招募的FBD患者132例(便秘72例, 腹泻60例)进行了研究, 旨在观察电针合穴下合穴配穴(曲池、上巨虚)对本病的临床疗效, 为探求针刺对治疗功能性肠病的双向调节作用机制, 扩大针灸主治范围, 探索针灸配穴组合疗效提供有效的临床依据, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取湖南中医药大学第一附属医院针灸推拿科公开招募的功能性肠病患者132例(便秘72例、腹泻60例), 将2类患者各自分为2个电针组和2个药物组, 分别为便秘电针组(36例)、便秘药物组(36例)、腹泻电针组(30例)和腹泻药物组(30例)。

1.2 诊断标准 参照罗马Ⅲ标准中关于功能性肠病的相关标准^[3]。

1.2.1 功能性便秘诊断标准 1) 至少25%以上排便存在排便费力、块状便或硬结便、排便不尽感、肛门直肠梗阻和(或)阻塞感、用手辅助排便、每周1~2次排便等6种症状中的2种或以上; 2) 不用泻药就大便硬结; 3) 不能诊断为IBS的便秘。

1.2.2 功能性腹泻诊断标准 患者就诊之前症状至少存在6个月, 近3个月满足以下条件: 1) 有反复发作的腹痛或不适; 2) 有75%以上的时间大便是松散的(糊状便或水样便); 3) 并且近3个月每个月至

少3d有以下2条以上的症状: 发作时伴有排便频率和大便性状(外观)改变, 排便后相关症状缓解。

1.3 纳入标准 1) 符合诊断标准; 2) 18岁≤年龄≤75岁; 3) 在入组前至少半个月内没有服用过任何促排便药物或止泻药; 4) 在入组前半个月没有参加任何其他进行中的研究; 5) 自愿参加本研究, 仔细阅读过知情同意书并签字同意。

1.4 排除标准 1) 继发性便秘/腹泻; 2) 精神病患者; 3) 患有进展性恶性肿瘤易合并感染及出血的相关疾病者; 4) 有严重原发性疾病, 病情未得到有效控制者; 5) 怀孕期或哺乳期妇女。

1.5 治疗方法

1.5.1 试验器具 华佗牌一次性不锈钢针灸针: 主穴用0.30 mm粗的1.5寸针。辅助针采用0.16 mm粗的0.5寸针。电针仪: 上海华谊, G6805-1A型。盐酸洛哌丁胺胶囊: 易蒙停, 西安杨森制药有限公司产。枸橼酸莫沙必利片: 快力, 鲁南贝特制药有限公司生产。

1.5.2 治疗周期及方法 治疗周期为9周, 第1周为入组期, 第2~5周为治疗期, 第6~9周为随访期。电针组治疗: 患者仰卧位, 取双侧曲池、上巨虚, 直刺1.2~1.5寸, 待行针得气后, 在距穴位2 mm左右的近心端再刺入辅助针, 不需得气, 浅刺5 mm左右, 于针灸针及辅助针上接电针仪, 波形为连续波, 频率为20 Hz, 强度以患者耐受为度, 每次30 min。患者需完成连续4周共16次治疗, 其中第1~2周治疗5次/周, 第3~4周治疗3次/周。

腹泻药物组治疗: 口服盐酸洛哌丁胺胶囊, 2 mg/次, 3次/d, 连服4周。便秘药物组口服枸橼酸莫沙必利片, 5 mg/次, 3次/d, 连服4周。

1.6 疗效判定标准 主要指标: 周排便次数(即患者1周内的总排便次数), 分别于治疗前, 治疗4周和随访4周进行记录。次要指标: 1) 大便性状评分: (依据Bristol大便性状分型完成) 1分(离散硬团状便); 2分(团块状便); 3分(硬结柱状便); 4分(柔软圆柱状便); 5分(柔软团块状便); 6分(泥浆样便); 7分(水样便)。分别于治疗前, 治疗4周和随访4周进行记录。2) 精神心理状态评估: 采用焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)进行焦虑

表1 4组患者一般情况资料($\bar{x} \pm s$)

类型	组别	性别		年龄(岁)	病程(岁)	基线期	
		男	女			周排便(次)	大便性状(分)
便秘型	便秘电针组($n=36$)	31	5	28.83 ± 11.83	5.36 ± 6.49	2.61 ± 0.60	0.96 ± 0.04
	便秘药物组($n=36$)	30	6	30.19 ± 9.73	3.81 ± 2.65	2.58 ± 0.69	0.94 ± 0.37
腹泻型	腹泻电针组($n=30$)	18	12	28.17 ± 10.32	3.06 ± 3.37	13.70 ± 5.01	5.36 ± 0.57
	腹泻药物组($n=30$)	20	10	30.22 ± 13.99	4.57 ± 11.17	14.17 ± 5.61	5.45 ± 0.73

状态评测;采用抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale, SDS)进行抑郁状态评测,分别于治疗前,治疗2周和治疗4周进行记录。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计分析软件对数据进行统计学分析。计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者一般情况 本研究共纳入功能性肠病患者132例。研究中无中止或脱落病例。见表1。

2.2 电针治疗各型功能性肠病临床疗效比较

2.2.1 便秘型2组临床疗效比较 1)周排便次数、大便性状评分比较:经治疗后,便秘型2组患者的周排便次数、大便性状评分均得到有效改善。患者大便次数增多,大便性状趋于正常。组内比较中,治疗前后比较差异有显著统计学意义($P < 0.01$)。随访4周与治疗4周比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),但与治疗前比较,差异有显著统计学意义($P < 0.01$)。便秘电针组与便秘药物组的组间比较,其差异比较无统计学意义($P > 0.05$)。说明电针大肠合穴下合穴配穴可以有效调整和改善功能性便秘患者的排便次数和大便性状,其作用具有一定的持续性,且疗效与常规药物疗效相当。见表2。2)精神心理状态评分比较:经治疗后,便秘型2组患者的心理状态评分(SAS、SDS)有显著改善,患者的焦虑、抑郁情绪评分降低。组内比较中,治疗前后差异有显著统计学意义($P < 0.01$),但2组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。说明电针大肠合穴下合穴配穴对功能便秘患者的精神心理状态有明显改善作用,且疗效与常规药物疗效相当。见表3。

2.2.2 腹泻型2组临床疗效比较 1)周排便次数、大便性状评分比较:经治疗后,腹泻型2组患者的周排便次数、大便性状评分均得到有效改善,患者排便次数明显减少,大便性状也趋于正常。同组内数据比较,治疗前后比较差异有显著统计学意义($P < 0.01$)。随访4周与治疗前比较,差异有显著统计学意义($P < 0.01$),但与治疗4周比较,差异无统计学

意义($P > 0.05$)。便秘电针组的临床疗效均与便秘药物组比较,其差异比较无统计学意义($P > 0.05$)。说明电针大肠合穴下合穴配穴对功能性腹泻患者的排便次数和大便性状有改善作用,其疗效具有一定的持续性,且与常规药物疗效相当。见表4。2)精神心理状态评分比较:经治疗后,腹泻型2组患者的心理状态评分得到显著改善,患者的焦虑、抑郁情绪评分降低。组内比较中,治疗前后差异有显著统计学意义($P < 0.01$),但2组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。说明电针大肠合穴下合穴配穴对功能腹泻患者的精神心理状态有明显改善作用,且疗效与常规药物疗效相当。见表5。

表2 便秘型2组治疗前后周排便次数、大便性状评分比较($\bar{x} \pm s$)

时间	周排便次数(次)		大便性状评分(分)	
	便秘电针组	便秘药物组	便秘电针组	便秘药物组
治疗前	2.61 ± 0.69	2.58 ± 0.69	0.96 ± 0.40	0.94 ± 0.37
治疗2周	4.58 ± 1.46	4.53 ± 1.28	2.27 ± 1.01	2.22 ± 0.85
治疗4周	5.83 ± 1.13	5.78 ± 1.29	3.13 ± 0.78	3.11 ± 0.89
随访4周	5.42 ± 1.34* Δ \blacktriangle	5.33 ± 1.37* Δ \blacktriangle \square	2.87 ± 0.90* Δ \blacktriangle	2.76 ± 0.93* Δ \blacktriangle \square

注:同组治疗前后比较,* $P < 0.01$;随访期与同组治疗4周比较, $\Delta P > 0.05$;随访期与同组治疗前比较, $\blacktriangle P < 0.01$;2组间比较, $\square P > 0.05$

表3 便秘型2组治疗前后 SAS、SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间	SAS		SDS	
	便秘电针组	便秘药物组	便秘电针组	便秘药物组
治疗前	34.48 ± 7.81	36.01 ± 8.06	35.38 ± 8.55	36.46 ± 8.94
治疗2周	30.79 ± 7.28	33.23 ± 9.00	32.16 ± 8.52	35.58 ± 10.71
治疗4周	29.03 ± 5.24*	32.16 ± 9.22* Δ	29.38 ± 6.18 Δ	34.50 ± 10.31* Δ

注:同组治疗前后比较,* $P < 0.01$;2组间比较, $\Delta P > 0.05$

表4 腹泻型2组治疗前后周排便次数、大便性状评分比较($\bar{x} \pm s$)

时间	周排便次数(次)		大便性状评分(分)	
	腹泻电针组	腹泻药物组	腹泻电针组	腹泻药物组
治疗前	13.70 ± 5.01	14.17 ± 5.61	5.36 ± 0.57	5.45 ± 0.73
治疗2周	9.40 ± 2.97	11.11 ± 3.10	4.50 ± 0.49	4.92 ± 0.61
治疗4周	8.70 ± 2.67	9.28 ± 3.25	4.25 ± 0.35	4.58 ± 0.69
随访4周	10.37 ± 3.78* Δ \square	12.50 ± 6.39* Δ \square \blacktriangle	4.53 ± 0.54* Δ \square	4.88 ± 0.52* Δ \square \blacktriangle

注:同组治疗前后比较,* $P < 0.01$;随访期与同组治疗4周比较, $\Delta P > 0.05$;随访期与同组治疗前比较, $\square P < 0.01$;2组间比较, $\blacktriangle P > 0.05$

2.3 电针大肠合穴下合穴配穴对功能性肠病双向调节作用的观察

2.3.1 2型患者周排便次数、大便性状评分比较 经治疗后,2型电针组患者的周排便次数、大便

性状评分均得到有效改善,患者排便次数和大便性状均逐渐趋于正常生理标准。说明电针大肠合穴下合穴配穴对2种状态下(便秘、腹泻)的功能性肠病患者的排便次数和大便性状均有调整和改善作用,并且这种调整是趋向于正常生理状态,而不是单纯的降低或者提高,且具有一定的持续性。见图1。

表5 腹泻型2组治疗前后SAS、SDS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间	SAS		SDS	
	腹泻电针组	腹泻药物组	腹泻电针组	腹泻药物组
治疗前	37.71 ± 10.03	34.24 ± 7.45	36.46 ± 8.94	35.90 ± 10.38
治疗2周	36.79 ± 9.16	34.51 ± 8.29	35.58 ± 10.71	35.21 ± 10.13
治疗4周	34.25 ± 7.71*	32.69 ± 7.86* [△]	34.50 ± 10.31*	34.54 ± 10.88* [△]

注:同组治疗前后比较,* $P < 0.01$;2组间比较, $\Delta P > 0.05$

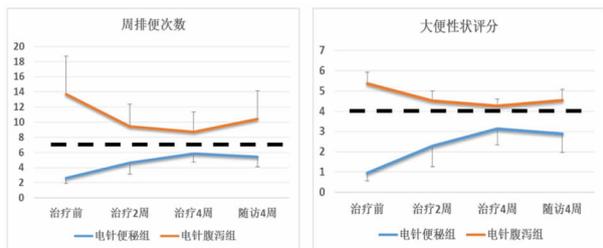


图1 2型患者治疗前后周排便次数、大便性状评分比较

2.3.2 2型患者精神心理状态比较 经电针治疗后,2型患者的精神心理状态评分均得到显著改善,2型患者的焦虑、抑郁情绪评分均持续降低。说明对2种状态下(便秘、腹泻)的功能性肠病患者的精神心理状态均有调整和改善作用,并且这种改善具有一定的持续性。见图2。

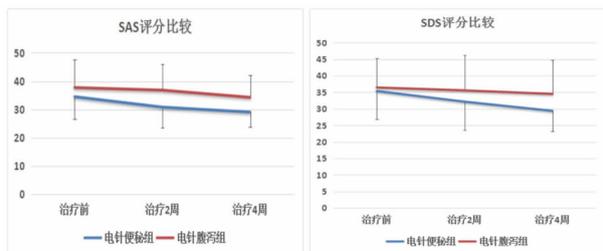


图2 2型患者治疗前后精神心理状态评分比较

3 讨论

功能性肠病是最常见的一类功能性胃肠病,包括肠易激综合征、功能性便秘等6种疾病^[4]。一项调查数据统计表明,本病患病率高达34.6%,在医院疾病就诊率调查中,本病就诊率也高达62.1%^[5],说明本病发病率高,严重影响了患者的生存状态和生命质量^[6-7]。研究显示:在某些特种环境下和某些特殊人群功能性胃肠病的患病率高,并且患病率受调查方法(诊断标准)及医患双方认知度的影响^[8]。本病属中医“泄泻”和“便秘”范畴。其发病多为情志、饮食、劳逸等方面失调,脾胃运化失常为其基本病机。

一直以来,有关中医中药治疗功能性肠病的相关国际报道就不多,尤其是现阶段在我国用非药物的精神心理方法来治疗功能性胃肠病尚不普及,即使最新的罗马IV标准中,介绍中医药治疗本病的篇幅也非常有限^[9]。而在现实治疗中,中医药尤其是针灸治疗本病,疗效更佳。因为功能性肠病患者不但罹患身体不适,往往也伴随着明显的精神心理障碍^[10]。针灸疗法具有整体调节的作用,能够达到身心同治的临床目的,在功能性肠病这种身心同病的疾病治疗中有明显的优势^[11]。

在此次临床试验过程中,笔者发现,电针刺激大肠合穴下合穴配穴后,无论是便秘还是腹泻患者,其临床疗效都是越来越趋近于正常生理状态,但是基本不会逆转到相对立的状态,如便秘转化为腹泻,腹泻转化为便秘。这一点与西医常规药物治疗的疗效体现有很大不同。如本实验所选用的治疗便秘的盐枸橼酸莫沙必利片,其说明书的注意事项中就有“用药过程中如出现腹泻者应停药”,而在本研究过程中,也曾经出现过口服莫沙必利的腹泻患者出现腹泻的情况。这种特殊现象,就是现代针灸所认为针灸作用效果存在的“双向调节”效应。

针灸双向调节效应重要特点之一,其作用贯穿针灸治疗始终。近年来,关于针灸对功能性肠病的双向调节作用,在理论和临床上,均开展了一些相关的研究和探讨^[12]。目前认为,机体功能、手法应用,腧穴效应及其配伍方法等方面,是实现针灸双向调节效应的主要影响因素。曹氏认为,针灸的双向调节效应是多因素共同作用下的趋中性调节模式^[13]。而张氏则认为,针灸的双向调节作用在针灸复方中应该具有更高的临床意义^[14]。本研究选择了大肠合穴下合穴配穴(曲池、上巨虚)进行了穴位组合治疗本病,属于古法中“远道刺”的范畴。因“腹泻”病位在胃肠道,取处于肢体远端的合穴和下合穴进行治疗,取穴部位与患病部位相隔甚远,属于远道取穴法,亦被称之为“远道刺”。本法始载于《灵枢·官针》篇:“远道刺者,病在上取之下,刺府俞也”。后世对此延伸发展,即上病可以下治,下病也可以上治。病位在躯干、头面及脏腑的病证,都可以取穴于四肢肘膝关节以下。本病取穴,也取意在“刺府俞治府病(《灵枢·刺节真邪》)”及“合治内府(《灵枢·邪气藏府病形》)”。远道选取下合穴及合穴同用,更有助于调和经络气血,平衡机体阴阳。

从结果来看,本研究采用大肠合穴下合穴配穴法能有效改善不同状态(便秘、腹泻)下的功能性肠

病的周排便次数、大便性状及精神心理状态,并使其趋于正常生理状态。因为便秘和腹泻属于2种相反的疾病状态,体现了针刺既能疏导气机,润肠通便,亦能调养气血,涩肠止泻,且这2种治疗作用都有一定的持续性。这种不同状态下的同一治疗效果,证明了电针此二穴,能起到协同、增效之效果。

综上所述,电针大肠合穴下合穴配穴能够治疗不同状态(便秘、腹泻)下的功能性肠病,并能产生稳定的、具有一定持续性的双向调节效应。

参考文献

[1] 杨明,张丹华,陈媛,等. 脑肠互动与针刺治疗功能性胃肠病的相关性能[J]. 世界华人消化杂志,2012,20(6):491-496.
 [2] 朱兵. 针灸双向调节效应的生物学意义[J]. 世界中医药,2013,8(3):242-244.
 [3] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process[J]. Gastroenterology,2006,130(5):1377-1390.
 [4] Spiegel B, Irvine JE, Tack J, et al. Rome IV design of treatment trials for FGIDs[J]. Gastroenterology,2016.
 [5] Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Epidemiology and health care-seeking in the functional GI disorders: a population based study[J]. Am J gastroenterol,2002(97):2 290-299.

[6] Raoss, kinkadek, Schulzek, et al. DO psychological profiles and quality of life differ inpatients with dyssnergia and slow transit constipation [J]. Gastroenterology,25(128supplz): A123.
 [7] Glia A, Lindberg G. Quality of life in patients with different types of functional Constipation [J]. Scand J Gastroenterol, 1997, 32(11): 1083-1089.
 [8] 梁谷,梁列新,覃江. 我国不同人群功能性胃肠病患病率及其影响因素研究进展[J]. 中国全科医学,2011,14(4B):1275-1278.
 [9] 方秀才. 罗马IV功能性肠病诊断标准的修改对我国的影响[J]. 胃肠病学和肝病杂志,2017,26(5):481-483.
 [10] 贺延新,刘琳琳,王东明. 肠易激综合征与精神心理因素相关性的分析及研究[J]. 中国继续医学教育,2017,9(3):84-86.
 [11] 张学君,陈采益. 基于脑肠轴学说探讨针灸治疗功能性肠病的思路[J]. 福建中医药大学学报,2011,21(3):55-57.
 [12] 钟峰,罗容,曹越,等. 电针大肠合募俞配穴对功能性肠病的双向调节作用[J]. 中国中医药现代远程教育,2016,14(19):92-95.
 [13] 曹新,余芝,徐斌. 针灸和中药双向调节特征之异同[J]. 针刺研究,2012,37(5):412-415.
 [14] 张伯顺. 针灸双向调节作用浅析[J]. 江苏中医,1999,20(8):30-31.

(2017-09-28 收稿 责任编辑:张文婷)

(上接第721页)

[6] George AR, Howlett DR. Computationally derived structural models of the beta-amyloid found in Alzheimer's disease plaques and the interaction with possible aggregation inhibitors [J]. Biopolymers, 1999, 50(7):733-741.
 [7] 管月帆. 针灸联合中医辨证治疗老年痴呆的临床观察[J]. 中华全科医学,2015,13(3):472-474.
 [8] Jack CR Jr, Albert MS, Knopman DS, 等. 美国国立老化研究所与阿尔茨海默病协会诊断指南写作组:对阿尔茨海默病诊断指南的推荐和介绍[J]. 中华神经科杂志,2012,45(5):332-335.
 [9] 彭燕. 盐酸多奈哌齐治疗老年痴呆的疗效研究[J]. 中国处方药,2016,14(5):74-75.
 [10] 赵翠霞,阿衣努尔·木合买提巴克,万智,等. 益智治呆方联合吡拉西坦治疗老年痴呆症的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志,2015,6(15):1506-1508.
 [11] 陈瑶. 护理干预对老年痴呆患者生活能力及生活质量的影响[J]. 中国医药科学,2015,13(4):105-107.

[12] 日洋姑,陈旭红. 针灸治疗老年痴呆患者的临床探讨[J]. 新疆中医药,2015,33(1):22-23.
 [13] 邵中军. 针灸百会、涌泉穴对老年性痴呆的治疗价值分析[J]. 中国继续医学教育,2016,8(27):166-167.
 [14] 胡跃强,唐农,吴林,等. 中医综合治疗方案配合治疗血管性痴呆110例临床观察[J]. 中医杂志,2015,56(6):487-491.
 [15] 戴立彬,吴金娟,刘涛. 炎症反应参与老年痴呆病的研究近况[J]. 中医学报,2013,28(3):425-427.
 [16] 刘玲,罗高权,刘琦. 老年痴呆患者代谢指标及炎症因子的水平及意义[J]. 中国老年学杂志,2016,36(23):5858-5860.
 [17] 丁彬彬,郭建民,介勇,等. 阿尔茨海默病和血管性痴呆患者血清炎症因子和生化指标的检测及临床意义[J]. 检验医学,2016,31(5):363-367.
 [18] 杨春华,徐雯霞,庞小芬. 老年痴呆患者代谢指标及炎症因子的临床分析[J]. 中华老年多器官疾病杂志,2015,14(8):616-619.
 (2017-07-25 收稿 责任编辑:杨觉雄)