

不同壮数温针灸联合祛风通痹汤对膝骨性关节炎患者 关节腔积液的影响

宋文华¹ 张孔雁² 张永强¹ 谭琪¹ 李振¹ 杨磊¹ 刘光军³

(1 潍坊医学院附属医院骨科, 潍坊, 261042; 2 承德医学院附属医院老年病科, 承德, 067000;

3 中国人民解放军第八十九医院骨科, 潍坊, 261000)

摘要 目的:探讨不同壮数温针灸联合祛风通痹汤对膝骨性关节炎(KOA)患者关节腔积液的影响。方法:选取2015年3月至2018年4月潍坊医学院附属医院收治的KOA患者123例作为研究对象,根据温针灸壮数不同将患者分为A、B、C3组,每组41例。3组患者均采用温针灸联合祛风通痹汤治疗,A组患者采用1壮温针灸,B组患者采用2壮温针灸,C组患者采用3壮温针灸,3组患者均连续温针灸治疗4周。比较3组患者治疗前后患膝关节腔积液深度及分级,评价治疗前后膝关节功能及功能障碍程度。结果:与治疗前比较,治疗后3组患者患膝关节腔积液深度均明显减小,且B、C组明显小于A组($P < 0.05$),B、C2组间差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后B、C组患膝关节腔积液Ⅰ级患者比例及3组Ⅱ级患者比例均明显增加,且B、C组患膝关节腔积液Ⅰ级患者比例明显高于A组($P < 0.05$),B、C2组间差异无统计学意义($P > 0.05$);3组Ⅲ级比例均明显降低($P < 0.05$),但3组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。与治疗前比较,治疗后3组患者Lysholm及JOA各项评分均明显升高($P < 0.05$),且B、C组明显高于A组($P < 0.05$),B、C2组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:温针灸联合祛风通痹汤可有效促进KOA患者关节腔内积液吸收,改善患者膝关节功能,但不同壮数温针灸临床疗效不同,二壮、三壮温针灸临床疗效明显优于一壮温针灸,根据最优化及节约成本原则,建议临床优选二壮作为施灸壮数。

关键词 膝骨性关节炎;温针灸;壮数;祛风通痹汤;关节腔积液;膝关节功能

Effects of Different Number of Cones Needle Warming Moxibustion Combined with Qufeng Tongbi Decoction on Arthroedema in Patients with Knee Osteoarthritis

Song Wenhua¹, Zhang Kongyan², Zhang Yongqiang¹, Tan Qi¹, Li Zhen¹, Yang Lei¹, Liu Guangjun³

(1 Department of Orthopaedics, Affiliated Hospital of Weifang Medical University, Weifang 261042, China; 2 Department of Geriatric, Affiliated Hospital of Chengde Medical University, Chengde 067000, China; 3 Department of Orthopaedics, The 89th Hospital of the Chinese People's Liberation Army, Weifang 261000, China)

Abstract Objective: To explore the effects of different number of cones needle warming moxibustion combined with Qufeng Tongbi Decoction on arthroedema in patients with knee osteoarthritis (KOA). **Methods:** A total of 123 cases of KOA patients in Affiliated Hospital of Weifang Medical University from March 2015 to April 2018 were elected and divided into 3 groups of A, B, C, with 41 cases in each group. The patients of 3 groups were treated with needle warming moxibustion combined with Qufeng Tongbi Decoction. The patients in group A were treated with needle warming moxibustion with one cone, the patients in group B were treated with needle warming moxibustion with two cones, and the patients in group C were treated with needle warming moxibustion with three cones. The 3 groups of patients were continuously treated with needle warming moxibustion for 4 weeks. The depth and grade of arthroedema before and after treatment in 3 groups of patients were compared, and the knee joint function and the degree of dysfunction before and after treatment of 2 groups were evaluated. **Results:** Compared with before treatment, the depth of arthroedema significantly reduced in 3 groups after treatment, B, C groups was significantly smaller than group A ($P < 0.01$), and there was no statistical difference between group B and C ($P > 0.05$); the proportion of patients with grade I of arthroedema of B, C groups and grade II of 3 groups significant increased after treatment, and the proportion of patients with grade I of arthroedema of B, C groups was significantly higher than that of group A ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), and there was no statistical difference between group B and C ($P > 0.05$); the proportion of grade III in 3 groups significantly decreased ($P < 0.01$), but there was no statistical difference between 3 groups ($P > 0.05$). Compared with before treatment, the scores of Lysholm and JOA in 3 groups after treatment significantly increased ($P < 0.01$), and the group B and group C were significantly higher than group A ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). There was no statistical difference between group B and C ($P > 0.05$). **Conclusion:** Needle warming moxibustion combined with Qufeng Tongbi Decoction can effectively promote absorption of arthroedema in patients with KOA, improve knee joint function. However, the efficacy of different number of cones needle warming moxibustion has different clinical effects, and the clinical efficacy of needle

基金项目:承德市科学技术研究与发展计划项目(20151039)

作者简介:宋文华(1990.03—),男,硕士,住院医师,研究方向:创伤骨科,E-mail:1343468904@qq.com

通信作者:刘光军(1969.11—),男,硕士,主任医师,研究方向:创伤骨科,E-mail:zhouyuhua2333@163.com

warming moxibustion with two and three cones are obviously superior to needle warming moxibustion with one cone. It is recommended to prefer two cones as giving moxibustion according to the principle of optimization and cost-saving.

Key Words Knee osteoarthritis; Needle warming moxibustion; Cones; Qufeng Tongbi Decoction; Arthroedema; Knee joint function

中图分类号:R274.3;R245.3

文献标识码:A

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.04.050

膝骨性关节炎(Knee Osteoarthritis, KOA)是由关节软骨退行性病变或骨质增生引起的退行性、慢性关节疾病,中老年女性人群发病率较高,以关节功能障碍、软骨下骨质硬化及肌肉萎缩无力为主要特征,患者主要表现为膝关节进行性疼痛、僵硬,若治疗不及时可发展至关节功能缺如,致残率较高,严重影响患者生命质量^[1]。关节腔积液是 KOA 常见并发症之一,症状易反复、缠绵难愈,治疗更为棘手,采用非甾体类抗炎药及糖皮质激素等对症处理,虽可缓解患者疼痛,但对患者关节功能的改善作用甚微,且存在明显的不良反应^[2]。温针灸有活血通络、温经散寒之功效,近些年,温针灸联合药物治疗模式成为 KOA 常用的治疗手段^[3]。研究^[4]显示,不同壮数温针灸对 KOA 临床疗效有一定影响。本研究旨在探讨不同壮数温针灸联合祛风通痹汤对 KOA 患者关节腔积液的影响。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月至 2018 年 4 月潍坊医学院附属医院收治的 KOA 患者 123 例作为研究对象,根据温针灸壮数不同将患者分为 A、B、C 3 组,每组 41 例。A 组中男 17 例,女 24 例;平均年龄(53.3 ± 4.4)岁;平均病程(4.3 ± 1.3)年;单膝 26 例,双膝 15 例。B 组中男 15 例,女 26 例;平均年龄(51.5 ± 3.7)岁;平均病程(4.1 ± 1.7)年;单膝 23 例,双膝 18 例。C 组中男 19 例,女 22 例;平均年龄(52.7 ± 3.3)岁;平均病程(4.4 ± 1.2)年;单膝 24 例,双膝 17 例。3 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经潍坊医学院医学伦理委员会审批同意[伦理审批号:鲁(审)2015-0302]。

1.2 诊断标准 符合美国风湿病学会制订的 KOA 诊断标准^[5]及《中医病症诊断疗效标准》^[6]中相关诊断标准。

1.3 纳入标准 年龄 40~75 岁;彩色多普勒超声检查示关节腔积液者;可耐受针灸治疗者;签署知情同意书者。

1.4 排除标准 有膝关节手术史者;合并类风湿性关节炎者;膝关节畸形者;凝血系统功能障碍者;心、脑、肾等重要脏器严重功能障碍者。

1.5 治疗方法 3 组患者均采用温针灸联合祛风通痹汤治疗,组方:薏苡仁、鹿衔草各 30 g,泽泻、猪苓、淫羊藿、桂枝、桃仁、红花、当归、黄芪各 15 g,独活 10 g,制川乌、附子 9 g,全蝎 2 g,蜈蚣 1 条,甘草 9 g。水煎服,每日 1 剂,分早晚 2 次温服。寒者加细辛、制川乌(先煎)各 5 g;疼痛甚者加红花、地龙各 10 g;气血两虚者加当归、川芎各 10 g。连续服用 4 周。温针灸治疗如下:患者取坐位,膝关节自然屈曲 90°。取穴:患侧外膝眼、内膝眼、足三里 3 处。操作方法:消毒针刺穴位,采用华佗牌一次性针灸针(0.30 mm×50 mm),外膝眼透向内上方、内膝眼透向外上方、针刺足三里方向与表面皮肤垂直,进针深度 1.5~1.8 寸以达关节腔内为宜,采用提插捻转平补平泻手法,患者出现酸麻胀感或医者针下得气为宜。随后于 3 处穴位针柄上各插一 20 mm×20 mm 的艾炷,与表面皮肤距离 2.0~3.0 cm,点燃艾炷(注意用硬纸片隔垫以防烫伤),留针 40 min,除去燃尽后的艾灰,即完成 1 壮温针灸。A 组患者采用一壮温针灸,B 组患者采用二壮温针灸,C 组患者采用三壮温针灸,3 组患者均连续温针灸治疗 4 周。

1.6 观察指标 采用超声监测并比较 3 组患者治疗前后患膝关节腔积液情况(以积液深度表示),并采用 Walther 积液分级标准评估 2 组患者治疗前后患膝关节腔积液分级,I 级表示无积液,IV 级表示关节腔积液非常明显,积液深度 ≥ 10 mm。采用日本骨科协会(JOA)评分评估 3 组患者治疗前后膝关节功能障碍程度,主要包括临床体征(6 分)、主观症状(9 分)及日常活动受限度(14 分)3 项,各项评分越低,提示患者膝关节功能障碍越严重。采用 Lysholm 膝关节评分量表评估 3 组患者治疗前后膝关节功能^[7],该量表主要包括不稳定感(25 分)、疼痛(25 分)、绞锁(15 分)、上楼(10 分)、肿胀(10 分)、下蹲(5 分)、跛行(5 分)、支持(5 分)8 项,各项评分越高,提示膝关节功能越好。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件对数据进行分析,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料以均数标准差($\bar{x} \pm s$)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 2 组患者治疗前后患膝关节腔积液深度及分

级比较 与治疗前比较, 治疗后 3 组患者患膝关节腔积液深度均明显减小, 且 B、C 组明显小于 A 组 ($P < 0.01$), B、C 2 组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后 B、C 组患膝关节腔积液 I 级患者比例及 3 组 II 级患者比例均明显增加, 且 B、C 组患膝关节腔积液 I 级患者比例明显高于 A 组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), B、C 2 组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 3 组 III 级比例均明显降低 ($P < 0.01$), 但 3 组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后患膝关节腔积液深度及分级比较

组别	积液深度(mm)	I 级[例(%)]	II 级[例(%)]	III 级[例(%)]	IV 级[例(%)]
A 组($n=41$)					
治疗前	7.43 ± 1.24	0(0.00)	17(41.46)	23(56.10)	1(2.44)
治疗后	4.55 ± 1.16 **	2(4.88)	29(70.73) **	10(24.39) **	0(0.00)
B 组($n=41$)					
治疗前	7.16 ± 1.53	0(0.00)	14(34.15)	25(60.98)	2(4.88)
治疗后	1.24 ± 1.03 * * △△	10(24.39) * * △	23(56.10) *	8(19.51) **	0(0.00)
C 组($n=41$)					
治疗前	7.52 ± 1.47	0(0.00)	13(31.71)	27(65.85)	1(2.44)
治疗后	1.15 ± 1.11 * * △△	12(29.27) * * △△	22(53.66) *	7(17.07) **	0(0.00)

注:与治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$;与 A 组比较, △ $P < 0.05$, △△ $P < 0.01$

表 2 2 组患者治疗前后 JOA 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	临床体征	主观症状	日常活动受限度
A 组($n=41$)			
治疗前	2.56 ± 1.15	3.45 ± 2.11	4.38 ± 3.22
治疗后	3.78 ± 1.10 **	6.01 ± 1.34 **	8.65 ± 2.19 **
B 组($n=41$)			
治疗前	2.14 ± 1.53	3.85 ± 2.38	4.14 ± 3.20
治疗后	4.44 ± 1.27 * * △	7.47 ± 1.17 * * △△	12.34 ± 1.13 * * △△
C 组($n=41$)			
治疗前	2.39 ± 1.41	3.66 ± 2.26	4.83 ± 3.68
治疗后	4.85 ± 1.02 * * △△	8.04 ± 0.88 * * △△	12.48 ± 1.07 * * △△

注:与治疗前比较, * * $P < 0.01$;与 A 组比较, △ $P < 0.05$, △△ $P < 0.01$

表 3 2 组患者治疗前后 Lysholm 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	不稳定感	疼痛	绞锁	上楼
A 组($n=41$)				
治疗前	8.54 ± 2.16	9.47 ± 2.22	4.46 ± 1.14	2.45 ± 1.13
治疗后	15.56 ± 3.25 **	14.49 ± 3.27 **	8.67 ± 2.11 **	5.56 ± 1.68 **
B 组($n=41$)				
治疗前	8.11 ± 3.18	9.16 ± 2.64	4.10 ± 1.38	2.54 ± 1.05
治疗后	22.34 ± 2.11 * * △△	19.56 ± 3.52 * * △△	12.03 ± 1.43 * * △△	7.68 ± 2.15 * * △△
C 组($n=41$)				
治疗前	8.38 ± 2.59	9.53 ± 2.85	4.53 ± 1.59	2.64 ± 1.43
治疗后	23.15 ± 1.59 * * △△	20.45 ± 3.29 * * △△	13.14 ± 1.23 * * △△	8.23 ± 1.52 * * △△

组别	肿胀	下蹲	跛行	支持
A 组($n=41$)				
治疗前	3.15 ± 1.27	1.12 ± 0.43	1.34 ± 0.55	1.66 ± 1.01
治疗后	5.83 ± 1.45 **	2.57 ± 1.03 **	2.46 ± 1.04 **	3.01 ± 0.94 **
B 组($n=41$)				
治疗前	3.42 ± 1.54	1.42 ± 0.75	1.25 ± 0.46	1.32 ± 0.97
治疗后	8.08 ± 1.94 * * △△	3.97 ± 0.66 * * △△	3.88 ± 1.09 * * △△	4.11 ± 0.75 * * △△
C 组($n=41$)				
治疗前	4.38 ± 1.67	1.40 ± 0.37	1.42 ± 0.72	1.53 ± 1.12
治疗后	8.65 ± 1.25 * * △△	4.14 ± 0.68 * * △△	4.03 ± 0.60 * * △△	4.27 ± 0.38 * * △△

注:与治疗前比较, * * $P < 0.01$;与 A 组比较, △△ $P < 0.01$

2.2 2 组患者治疗前后 JOA 评分比较 与治疗前比较,治疗后 3 组患者临床体征、主观症状及日常活动受限度评分均明显升高($P < 0.01$),且 B、C 组明显高于 A 组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),B、C 2 组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组患者治疗前后 Lysholm 评分比较 与治疗前比较,治疗后 3 组患者 Lysholm 各项评分均明显升高,且 B、C 组明显高于 A 组($P < 0.01$),B、C 2 组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

3 讨论

对于 KOA 合并关节腔积液的患者,关节腔穿刺抽液仅为对症治疗,并不能从根本上去除诱因,积液可反复发生,且积液深度 > 10 mm 时,关节腔穿刺抽液很难将积液抽吸出来。中医认为 KOA 属“骨痹”“痹证”等范畴,古语有云:“风寒湿三气杂至,合而为痹”“膝痛无有不因肝肾虚者”“风寒湿三气杂至,合而为痹”“病在骨,骨重不可举,骨髓酸痛,寒气至,名骨痹”及“皆因体虚,腠理空疏,受风寒湿气而成痹也”,均提示肝肾亏虚是基础,风寒湿是骨痹的主要病因,因此,应以温经通络、补肝益肾、祛风散寒为治则^[8]。本研究所用的祛风通痹汤方中薏苡仁有健脾除湿、祛风通痹之功;泽泻、猪苓利水渗湿;鹿衔草、淫羊藿、桂枝温补元阳;附子、制川乌可温经络,散寒凝,且有明显的止痛功效;桃仁、红花、当归、黄芪可益气活血化瘀,祛瘀止痛;独活祛风止痛;全蝎、蜈蚣可走窜经络,濡养筋脉关节,有解痉止痛之功;甘草调和诸药;诸药共用,共奏温经活络、祛湿散寒、活血化瘀、祛风止痛之功^[9-10]。

现代药理学研究显示,温针灸膝周穴位可加速局部血液循环,改善局部气血运行,养气补血则筋络濡养,针刺热量直达膝关节腔病灶,促进关节腔内积液吸收,缓解疼痛、僵直、酸麻等临床症状,对 KOA 合并关节腔积液的患者具有较好的临床疗效^[11-12]。但温针灸的量效关系并非随着灸时的延长、灸量的增加,疗效就越好,其灸时、灸量均有一个最佳临界值,超过该临界值后,即便灸时延长、灸量增加,临床疗效也并不会产生明显变化。本研究比较了一壮、二壮、三壮温针灸对 KOA 患者关节腔积液的影响,旨在为临床温针灸治疗选择最优施灸壮数提供指导,结果显示,治疗后 3 组患者患膝关节腔积液深度均明显小于治疗前,且 B、C 组明显小于 A 组,B、C 2 组间差异无统计学意义;治疗后 B、C 组患膝关节腔积液 I 级患者比例及 3 组 II 级患者比例均明显增加,且 B、C 组明显高于 A 组,B、C 2 组间差异无统

计学意义。提示温针灸联合祛风通痹汤可有效促进 KOA 合并关节腔积液的患者关节腔内积液吸收,二壮、三壮温针灸的临床疗效明显优于一壮温针灸。针灸内、外膝眼可疏通经络,对缓解疼痛有明显的效果;温针灸足三里可温阳益气、健脾养胃,加强局部活血祛瘀、温经散寒作用,体现“寒者热之”的治疗原则,温针灸以上 3 处穴位可产生明显的祛风除湿、温经散寒、通经止痛的功效,尤其适用于 KOA 之痹证,明显改善 KOA 患者膝关节功能^[13-14]。Lysholm 及 JOA 评分量表是评价膝关节功能及膝关节功能障碍程度较为常用的量表,其可靠性、有效性及敏感性均已被证实,且可重复性强^[15]。本研究结果显示,与治疗前比较,治疗后 3 组患者 Lysholm 及 JOA 各项评分均明显升高,且 B、C 组明显高于 A 组,B、C 2 组间差异无统计学意义。提示温针灸联合祛风通痹汤可有效减轻 KOA 合并关节腔积液的患者膝关节功能障碍程度,改善患者膝关节功能,且二壮、三壮温针灸对膝关节功能的改善效果明显优于一壮温针灸。

综上所述,温针灸联合祛风通痹汤可有效促进 KOA 患者关节腔内积液吸收,改善患者膝关节功能,但不同壮数温针灸临床疗效不同,二壮、三壮温针灸临床疗效明显优于一壮温针灸,根据最优化及节约成本原则,建议临床优选二壮作为施灸壮数。

参考文献

- [1] 吕顺,周军杰,谢晓涛,等.独活寄生汤治疗膝骨关节炎机制研究及临床应用[J].环球中医药,2015,8(9):1149-1152.
- [2] 杨顺刚,江川,顾鑫鋒,等.糖皮质激素与透明质酸钠序贯性治疗膝骨性关节炎的疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2015,30(10):1052-1054.
- [3] 敖日格勒.中西医结合治疗膝骨性关节炎的疗效观察[J].中医药信息,2013,30(1):85-86.
- [4] 叶国平,苏美玲,吴明霞,等.不同壮数温针灸对膝骨性关节炎疗效及关节腔积液的影响[J].中华中医药杂志,2017,32(9):4312-4316.
- [5] Singh AK, Kalaivani M, Krishnan A, et al. Prevalence of Osteoarthritis of Knee Among Elderly Persons in Urban Slums Using American College of Rheumatology (ACR) Criteria[J]. J Clin Diagn Res, 2014, 8(9):JC09-11.
- [6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012:48-49.
- [7] Swanenburg J, Koch PP, Meier N, et al. Function and activity in patients with knee arthroplasty: validity and reliability of a German version of the Lysholm Score and the Tegner Activity Scale[J]. Swiss Med Wkly, 2014, 144: w13976.
- [8] 任树军,任明辉,张秀华,等.针刺配合口服仙灵骨葆胶囊治疗膝骨性关节炎合并骨质疏松的回顾性分析[J].中医药学报,2016,44(5):120-122.

(下接第 1027 页)

肉肌力或肌张力,增强排便所需力量,改善便秘、便无力等症状^[13]。在本研究中,观察组的疗效为 91.42%,对照组的疗效为 80.00% ($P=0.04$)。这说明,温针灸通过常规针刺治疗,采用深刺穴位的手法达到行气于脏腑之效,再在针刺穴位处辅以艾灸,温阳益气,可促进肠胃蠕动,通便导滞,故能增加针灸治疗的效果,使温针灸的临床效果优于常规针刺治疗。

FC 对患者的身心健康有着十分显著的影响^[14]。随着近年来 FC 发病率的升高,患者常出现烦恼、恐惧、沮丧等负面情绪,这些负面情绪的存在严重影响患者的治疗效果和生命质量^[15]。温针灸作为我国传承多年的治疗方法,深受民众欢迎。本研究结果显示:治疗后,2 组患者的 SDS、SAS 评分均下降($P<0.05$);治疗前,2 组患者的 SAS、SDS 评分差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组患者的 SAS、SDS 评分低于对照组($P<0.05$)。据谢振年等^[16]报道,焦虑、抑郁等心理因素可通过改变内分泌来抑制外周自主神经,导致肠道扩张,肠道动力减弱,消化液减少,大便干燥硬结,排便更加困难。温针灸治疗法中艾灸的温热作用可以明显缓解患者胃肠道各种不适症状,较常规针刺治疗更易让人接受,且针对胃肠道疾病治疗效果显著,能尽快缓解患者焦虑、沮丧等情绪,还可以改善焦虑抑郁所能导致的胃肠道症状,减少 FC 的加重或复发。

综上所述,温针灸治疗通过对 FC 病因的治疗来改善患者便秘等临床症状,达到通便润肠,疏肝解郁,温阳益气之效,且起效快,复发率低,能使患者情绪尽快得到纾解,减少焦虑、抑郁等症状的发生,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Vazquez RM, Bouras EP. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients[J]. Clin Interv Aging, 2015, 10(2): 919-930.
- [2] Yacob D, Di LC, Bridge JA, et al. Prevalence of pain-predominant

functional gastrointestinal disorders and somatic symptoms in patients with anxiety or depressive disorders[J]. J Pediatr, 2013, 163(3): 767-770.

- [3] 陆春霞,余芝,徐斌. 针刺治疗慢传输型便秘的研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(1): 208-210.
- [4] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组, 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 中国慢性便秘诊治指南(2013 年, 武汉)[J]. 中华消化杂志, 2013, 33(5): 291-297.
- [5] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [6] 李军祥, 陈喆, 柯晓. 功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(1): 18-26.
- [7] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃肠疾病中医证候评分表[J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(11): 2701-2703.
- [8] 郝艳冰, 陶华洁, 乔秋阁. 结肠慢传输型便秘患者焦虑、抑郁状况及生命质量调查[J]. 中国医药导报, 2015, 12(32): 53-56.
- [9] De Giorgio R, Ruggeri E, Stanghellini V, et al. Chronic constipation in the elderly: a primer for the gastroenterologist[J]. BMC Gastroenterol, 2015, 15: 130.
- [10] Koloski NA, Jones M, Young M, et al. Differentiation of functional constipation and constipation predominant irritable bowel syndrome based on Rome III criteria: a population-based study[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2015, 41(9): 856-866.
- [11] 席作武, 吴耀宗, 李培培, 等. 针刺联合通便饮治疗阴虚津亏型便秘患者 30 例疗效观察[J]. 中医杂志, 2015, 56(6): 503-505.
- [12] Andromanos NP, Pinis SI, Kostakis AI. Chronic severe constipation: current pathophysiological aspects, new diagnostic approaches, and therapeutic options[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2015, 27(3): 204-214.
- [13] 李玉琴, 余芝, 徐斌. 针刺调节慢传输型便秘的肠神经系统机制进展[J]. 中国针灸, 2015, 35(3): 309-312.
- [14] 叶彬, 陈春晓. 老年住院慢性便秘患者的焦虑抑郁状态和睡眠状况[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(8): 1996-1998.
- [15] Ruiz-López MC, Coss-Adame E. Quality of life in patients with different constipation subtypes based on the Rome III criteria[J]. Rev Gastroenterol Mex, 2015, 80(1): 13-20.
- [16] 谢振年, 李东冰, 贾小强, 等. 焦虑和抑郁在慢传输型便秘患者发病过程中的作用评估初探[J]. 世界中医药, 2013, 8(9): 1033-1035.

(2018-12-21 收稿 责任编辑: 张雄杰)

(上接第 1023 页)

- [9] 甘琳. 自拟祛风活络通痹汤治疗类风湿关节炎的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(15): 93-94.
- [10] 覃敏. 温针灸联合祛风通痹汤治疗风湿寒性关节痛随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(10): 170-172.
- [11] 王晓玲, 王芾斌, 侯美金, 等. 温针灸治疗膝骨关节炎: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2017, 37(5): 457-462.
- [12] 高小博. 温针灸治疗膝关节骨性关节炎的临床随机对照研究[J]. 智慧健康, 2019, 5(8): 123-124, 127.
- [13] 任景, 李涛, 于苗, 等. 针灸联合独活寄生汤治疗膝关节骨性关

节炎疗效观察及对微炎症反应指标的影响[J]. 世界中医药, 2016, 11(10): 2113-2115, 2119.

- [14] 威耀, 苏同生, 杨改琴. 温针灸治疗膝骨性关节炎临床疗效观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(4): 490-491.
- [15] Kocher MS, Steadman JR, Briggs KK, et al. Reliability, validity, and responsiveness of the Lysholm knee scale for various chondral disorders of the knee[J]. J Bone Joint Surg Am, 2004, 86-A(6): 1139-1145.

(2018-12-21 收稿 责任编辑: 张雄杰)