

岭南林氏正骨推拿治疗腰源性膝痛临床观察

张万清, 马卫东, 李良

广州市中医医院针灸康复门诊, 广东 广州 510130

[摘要] 目的: 观察岭南林氏正骨推拿治疗腰源性膝痛的可行性及临床疗效。方法: 运用随机、对照及单盲临床试验方法, 选取在本院诊治的 76 例腰源性膝痛患者, 将其按随机方式分为 2 组各 38 例。治疗组采用岭南林氏正骨推拿手法予以“正脊调腰”治疗, 对照组采用传统手法“调膝”治疗, 就 2 组临床治疗效果进行比较分析。结果: 与对照组比较: 治疗组治疗前关节休息痛、关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵、行走能力及膝骨关节炎严重性指数 (ISOA) 总分, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗组治疗后关节休息痛差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 而关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵、行走能力及 ISOA 评分总分均减少, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗组关节休息痛评分治疗前后差值, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗组关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵及 ISOA 评分总分治疗前后差值, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 行走能力评分治疗前后差值, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。与治疗前比较: 2 组治疗后关节休息痛、关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵、行走能力及 ISOA 评分总分均减少, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。提示 2 组以两种不同方法治疗后均有疗效, 且治疗组治疗后除关节休息痛外在关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵、行走能力方面的改善程度优于对照组。治疗组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 治疗组临床疗效优于对照组。2 组在治疗过程中均未出现不良反应事件。结论: 针对腰源性膝痛患者, 采用岭南林氏正骨推拿行正脊调腰治疗及传统按摩手法治疗均有疗效, 且疗法均安全可行, 但岭南林氏正骨推拿治疗临床疗效优于传统手法治疗。

[关键词] 腰源性膝痛; 正骨推拿; 岭南林氏; 正脊调腰; 膝骨关节炎严重性指数 (ISOA)

[中图分类号] R681.5⁺⁷ **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2017) 06-0113-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.06.039

Lin's Bone Setting and Massage Therapy in Lingnan Area for Waist-Induced Knee Pain

ZHANG Wanqing, MA Weidong, LI Liang

Abstract: Objective: To observe the feasibility and clinical effect of Lin's bone setting and massage therapy in Lingnan area for waist-induced knee pain. Methods: Selected 76 cases of patients with waist-induced knee pain in our hospital as study objects according to the randomized one-blind control method, and divided them into two groups randomly, 38 cases in each group. The treatment group received spine correction and waist adjustment of Lin's bone setting and massage therapy in Lingnan area, while the control group received traditional manipulation of knee adjustment. Analyzed and compared the curative effect in both groups. Results: Compared total scores of articular resting pain, articular active pain, tenderness, swelling, morning stiffness, walking ability and the index of severity for osteoarthritis of the knee (ISOA) in the treatment group with those in the control group before and after treatment, there being no significance in differences ($P > 0.05$). The comparison of articular resting pain in the treatment group before and after treatment showed no significance in the difference ($P > 0.05$). Total scores of articular active pain, tenderness, swelling, morning stiffness, walking ability and ISOA score were decreased, differences being significant ($P < 0.01$). No significant difference was found in the comparison of articular resting pain before and after treatment in the treatment group ($P > 0.05$). Total scores of articular active pain, tenderness, swelling, morning stiffness and ISOA score displayed significance in the differences ($P < 0.01$). There was significant difference in the comparison of walking ability before and after treatment ($P < 0.05$). Comparing with those before treatment, total scores of articular resting pain, articular active pain, tenderness, swelling, morning stiffness, walking ability and ISOA score were declined, differences all being significant ($P < 0.01$), which indicated that two different therapies were both effective after treatment. Apart from articular resting pain, the improvements of articular active pain, tenderness, swelling, morning

[收稿日期] 2016-09-07

[作者简介] 张万清 (1970-), 男, 主治医师, 研究方向: 脊柱及脊柱相关疾病, 亚健康状态及中老年慢性代谢性疾病。

stiffness, walking ability and ISOA score in the treatment group were superior to those in the control group. In the treatment group, the total effective rate was higher than that in the control group, differences being significant ($P < 0.01$). The clinical effect in the treatment group was superior to that of the control group. No adverse reaction was found in both groups during treatment. Conclusion: For patients with waist-induced knee pain, the therapy of Lin's bone setting and massage therapy in Lingnan area and the traditional message therapy both have safe and feasible curative effect, but the effect of the former therapy is better than that of the latter therapy.

Keywords: Waist-induced knee pain; Bone setting and massage; LIN in Lingnan area; Spine correction and waist adjustment; Index of severity for osteoarthritis of the

膝关节疼痛是临床上中老年人的常见病和多发病。膝关节疼痛的原因较复杂,作为其疼痛原因之一的腰源性膝痛,由于具特殊性,已经逐渐引起医务工作者的注意并成为相关医务人员所探讨的重点内容。相关文献表明,截止2013年腰源性膝痛在整个膝关节疼痛中所占比重为4.9%~24.7%^[1]。笔者应用岭南林氏正骨推拿手法治疗腰源性膝痛取得较好疗效,临床研究报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]膝关节骨性关节炎的临床诊断标准及结合以往临床工作经验,重点腰骶部触诊,拟定诊断标准:①近1月内反复膝关节疼痛,疼痛多为间歇性,起步痛,关节屈伸(上、下楼梯)活动痛,膝关节负重活动时明显,不负重活动时疼痛可减轻,疼痛部位较为模糊;②膝关节周围可出现位置不固定的局限性压痛,关节运动功能受限;③患者觉腰痛,或无明显腰痛症状;④医者用拇指指端、侧峰触诊腰骶部,第1~5腰椎棘突、棘间有否压痛、阶梯或凹凸不平感(前后错位),棘旁压痛、脊椎侧弯、棘突偏歪(侧方错位),患侧髌胫关节压痛(髌胫关节半脱位),或可扪及条索状物等阳性体征;⑤X-Ray、CT及MRI检查示腰椎骨质增生、椎间隙狭窄、椎体滑脱、腰椎间盘突出等表现。

1.2 纳入标准 年龄40~74岁;自愿参与本次研究,并签署知情同意书。

1.3 排除标准 患者自身合并有痛风、结核及骨癌等病症;合并造血系统、心脑血管疾病及肝肾功能异常者,患有严重精神病者;哺乳期或妊娠期妇女。

1.4 研究设计及操作 本研究以中国临床试验管理规范(GCP)为指导原则,充分保护受试者权益。采用单盲(疗效评价)、随机(分组)、临床对照试验方法。通过文献检索,依据效率计算样本数,设定检验水平 $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.10$,2组所需病例数共76例。应用SAS软件获取随机数字,将治疗组及对照组病例比例取为1:1,得出顺序号及分组结果。制作随机卡片,装入不透光信封密封,并在信封上编以序号。临床实施时,按合格病例进入试验的先后顺序对应信封上的序号拆开信封,依照信封内随机卡片上的提示进行分组。观察经本院批准及患者本人签署知情同意书后展开。

1.5 中止研究标准 ①对试验中的治疗无法耐受或发生与治疗有关的严重不良事件(一过性晕厥、呕吐,血肿、疼痛加重等)反应;②疾病加重需手术治疗或其他治疗;③研究者认为继续进行试验可能会对受试者造成损害;④治疗过程又接受其他治疗者。研究过程中,受试者可在任何时间以任何理由退出研究,或研究者认为受试者应中止研究,将在病例报告表上注明退出原因。不良反应和安全性分析采用描述性分析。

1.6 一般资料 选取2015年9月—2016年5月在本院诊治的76例腰源性膝痛患者。男28例,女48例;将其按随机分为2组各38例。治疗组平均年龄(66.75±9.19)岁;平均体重(62.41±7.66)kg;平均病程(37.53±17.62)月;男15例,女23例。对照组平均年龄(67.05±10.48)岁;平均体重(64.84±8.38)kg;平均病程(36.44±15.82)月;男13例,女25例。2组性别比例、年龄等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用岭南林氏正骨推拿手法予以“正脊调腰”治疗。治疗床要求:长190cm,宽70cm,高60cm;枕头选择质地柔软有弹性,单个高20cm,共2个,治疗时叠摞起来使用。①提拉旋转斜扳法:患者取健侧卧位躺于治疗床上,肩下垫厚枕,伸直健侧下肢,患肢屈髋屈膝呈90°状态,膝部伸出床边。助手将患者健侧上肢经面前向上抬高床面并保持患者上身处于离床悬空状态,患者健侧下肢保持伸直状态,另一助手将患者健侧肩膀托住以固定患者体位。术者双手掌叠压于患者患侧髌骨翼,并用力压推,使患者脊柱呈约30°旋转,且出现阻力感为宜,此时术者双肘关节呈150°,有节奏地垂直向下用力按压患者患侧髌骨翼,下压次数不超过7次为佳,并使患者躯干旋转角度呈逐渐加大趋势,最大角度应控制在45°,若在压推过程中听到咯哒声,则提示手法成功。此方法适用髌胫关节错位、腰椎侧弯及左右旋转式错位者。②垫枕背伸按腰法:患者于治疗床上取俯卧位,将厚枕垫于胸腹交界处,双手置于治疗床两边并撑起身体,使胸腹交界处以上躯干和床面呈约35°~45°夹角,同时分开双腿。术者以一手掌根紧贴患者腰部棘间压痛点,另一手掌叠加于前

手掌上。叮嘱患者将其头部抬高,并在患者呼气末时,术者双手用力下压,若患者局部压痛减轻,或术者感觉手下腰肌出现松弛,则提示手法取得成功。此方法适用腰椎前后滑脱式错位及腰部棘突间有压痛者。③下肢后伸按压法:患者行俯卧位于治疗床上,头部转向健侧,双手自然下垂,并分别置于治疗床两侧,同时双腿分开约 60° 。助手立于患者患侧,双手抱住患者患侧下肢并抬高患肢与床面呈约 45° (患侧髌骨上棘脱离床面),术者立于患者健侧,双腿分开与肩同宽,用一手掌根部紧贴压于患侧髌骨关节处(压痛点),同时另一手叠加于前手掌上,垂直于髌骨关节面向下按压,当按压到出现最大阻力位时,利用腰部力量,突然向下发力,当听到髌骨关节“咔嚓”声或手下有髌骨关节移动感时,提示手法成功。此方法适用髌骨关节错位者。不同推拿手法根据病情单用或联合应用,每周治疗2次,2次治疗间隔1~3天,治疗4周为1疗程。

2.2 对照组 采用传统手法“调膝”治疗。参照《推拿治疗学》^[9]膝关节骨性关节炎推拿治疗。①揉按理筋放松法:患者仰卧位,患膝腘窝部垫枕使膝关节呈微屈约 30° 。医师站于其患侧,先用按揉法在膝关节部操作,再沿股四头肌至髌骨两侧施揉法,重点在髌韧带两侧,然后在小腿外侧施揉法操作,时间为6 min。②按揉弹拨解痉法:继上势,医师以拇指按揉髌骨周围及关节间隙,重点在髌韧带两侧,配合做髌韧带弹拨法。时间为5~6 min。③按揉穴位通经法:继上势,按揉鹤顶、内外膝眼、梁丘、血海、阴陵泉、阳陵泉等穴,每穴为1 min。④按揉拿捏舒筋法:继上势,在膝前部用掌根按揉大腿股四头肌及膝髌周围,并配合做髌骨拿捏手法。时间为3 min。⑤揉屈伸松解法:患者俯卧位,医师在其腘窝部、大腿及小腿后侧用揉法操作,重点在腘窝部,并与膝关节屈伸摇动配合进行,按揉委中、承山等穴。时间约为6 min。⑥搓揉擦膝透热法:患者仰卧位,医师在其膝关节周围用擦法治疗,以透热为度。然后左右揉膝6~10次。双手掌抱膝搓揉约3 min。每周治疗2次,2次治疗间隔1~3天,治疗4周为1疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]中骨关节炎疗效标准,并结合骨性关节炎严重性指数(Index of severity for osteoarthritis, ISOA)^[5]评分法,对各项症状、体征依据轻、中及重度等予以计分。并于首次治疗前及最后一次治疗后对患者进行相应检查、问诊、评估计分并录入观察表相应栏目,然后进行积分汇总统计分析。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0医学统计软件进行数据统计。所有计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较,采用独立样本 t/t' 检验;自身对照比较,采用配对 t 检验;小样本构成比比较,以频数(f)、构成比或百分率(P)表示,采用Mann-Whitney非参数检验;四格表资料采用Fisher确切概率法 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 (1)ISOA评分:①关节休息痛:正常为0分;轻度、不影响工作为1分;较重、不影响睡眠为2分;重度、影响睡眠为3分。②关节运动痛:正常为0分;上下楼(坡)有疼痛、屈伸无影响为1分;上下楼(坡)、下蹲有疼痛为2分;行走时疼痛为3分。③压痛:正常为0分;重压时疼痛为1分;中度压力疼痛为2分;轻压疼痛为3分。④肿胀:正常为0分;稍肿、膝眼清楚为1分;软组织肿胀,膝眼不太清楚为2分;膝眼不清楚,浮髌试验(+)为3分。⑤晨僵:正常为0分;屈伸僵硬但很快恢复(<10 min)为1分;僵硬,短时可恢复($10\sim 30$ min)为2分;僵硬,较长时间才恢复(>30 min)为3分。⑥行走能力:没有限制为0分;步行超过1 km,但受限制为1分;步行大约1 km或15 min为2分;步行500~900 m或8~15 min为3分;步行300~500 m为4分;步行100~300 m为5分;步行少于100 m为6分;使用单拐加1分;使用双拐加2分。(2)腰源性膝痛综合疗效评判:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]中骨关节炎疗效标准:以治疗前后患者ISOA量表评分的下降情况评定整体疗效,积分下降率=(治疗前评分-治疗后评分) \div 治疗前评分 $\times 100\%$ 。痊愈:疼痛等症状消失,关节活动正常,积分减少 $\geq 95\%$;显效:疼痛等症状消失,关节活动不受限,积分减少 $\geq 70\%$, $<95\%$;有效:疼痛等症状基本消失,关节活动轻度受限,积分减少 $\geq 30\%$, $<70\%$;无效:疼痛等症状及关节活动无明显改善,积分减少 $<30\%$ 。

4.2 可行性 整个研究治疗周期内,应用2种疗法的2组患者均未出现任何与治疗有关的安全性及明显不良反应事件,依从性好,均具有临床可行性。

4.3 2组ISOA评分情况比较 见表1。(1)与对照组比较,治疗组治疗前关节休息痛、关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵、行走能力及ISOA评分,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组治疗后关节休息痛差异无统计学意义($P > 0.05$),而关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵、行走能力及ISOA评分均有减小,差异均有统计学意义($P < 0.01$);治疗组关节休息痛评分治疗前后差值差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗组关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵及ISOA评分治疗前后差值,差异均有统计学意义($P < 0.01$);行走能力评分治疗前后差值,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(2)与治疗前比较,治疗组和对照组治疗后关节休息痛、关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵、行走能力及ISOA评分均减小,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。提示2组以两种不同方法治疗后均有疗效,但治疗组治疗后除关节休息痛外在关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵、行走能力方面的改善程度优于对照组。

4.4 2组临床疗效比较 见表2。2组治愈率均为零,治疗组总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。提示治疗组临床疗效优于对照组。

表1 2组 ISOA 评分情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	关节休息痛	关节运动痛	压痛	肿胀	晨僵	行走能力	ISOA评分
治疗组	38	治疗前	2.16± 0.44	1.82± 0.56	1.13± 0.34	1.32± 0.47	1.50± 0.51	4.39± 01.90	12.32± 2.04
		治疗后	0.55± 0.60 ^①	0.55± 0.50 ^{①③}	0.26± 0.45 ^{①③}	0.26± 0.45 ^{①③}	0.45± 0.60 ^{①③}	2.08± 01.00 ^{①③}	4.16± 1.17 ^{①③}
		差值	1.61± 0.64	1.26± 0.69 ^③	0.87± 0.47 ^③	1.05± 0.66 ^③	1.05± 00.66 ^③	2.32± 01.69 ^②	8.16± 1.82 ^③
对照组	38	治疗前	2.00± 0.57	1.68± 0.62	1.24± 0.43	1.29± 0.46	1.39± 0.50	5.05± 2.05	12.66± 2.11
		治疗后	0.63± 0.59 ^①	1.26± 0.45 ^①	0.89± 0.61 ^①	0.84± 0.72 ^①	0.79± 0.47 ^①	3.74± 2.18 ^①	8.16± 3.37 ^①
		差值	1.37± 0.63	0.42± 0.60	0.34± 0.58	0.45± 0.72	0.61± 0.55	1.32± 1.96	4.50± 2.28

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组比较, ② $P < 0.05$, ③ $P < 0.01$

表2 2组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	38	0	12	25	1	97.4 ^①
对照组	38	0	3	21	14	63.2

与对照组比较, ① $P < 0.01$

5 讨论

膝关节为人体最大最复杂的关节, 具有承重和运动功能。膝关节的病变严重影响了人们的日常工作与生活质量。腰源性膝痛^[6]指主要由腰部的一些病变导致的膝关节疼痛并且通过对腰部原发性病变进行治疗能起效的疾病。腰源性膝痛的根本病因在腰, 其主要的损害是膝关节骨性关节炎^[7]。随着人口老龄化加速以及人们工作、生活方式的变化, 腰源性膝痛发病率和患病人群的绝对数量正在逐年上升。所以针对性强、方法可行、疗效肯定的“整体”保守治疗方法就显得尤为必要和紧迫。

目前, 临床上腰源性膝痛除了小部分患者不得已选择手术治疗外, 绝大多数通过保守治疗均可以获得满意疗效。由于对膝关节骨性关节炎病因认识的局限, 在保守治疗当中, 大多是针对膝关节局部的治疗, 如膝关节局部的针灸, 小针刀、火针、推拿疗法等等。而临床上相对疗效确切、能求本溯源的整体治疗方法较为缺少。在临床诊治过程中, 观察到不少膝关节骨性关节炎患者的膝痛及不同程度的运动功能受限往往与腰部病变关系密切, 且通过应用岭南林氏正骨推拿手法治腰, 膝部疼痛及运动功能等情况可得到明显改善。为了进一步验证膝痛治腰的可行性和有效性, 本次以 ISOA 评分和综合疗效评判为评价方法, 以传统手法治膝为对照进行临床观察研究。

本研究采用的提拉旋转斜扳法、垫枕背伸按腰法、下肢后伸按压法是临床惯用的整脊手法——岭南林氏正骨推拿手法。该手法源于广州西关正骨流派、精武门第二代传人李佩弦先生, 继由广东省中医院林应强教授在学习继承李老理伤正骨手法的基础上, 结合现代解剖、生理、病理知识对其进行了整理总结, 并通过自己近 50 余年的临床实践经验总结及创新, 逐渐形成了以“凶、猛、快、捷”医武结合为特色的林氏正骨推拿技术。该疗法以准确定位为前提, 手法快捷硬朗且疗效突出为特点。临床上以《灵枢·经筋》“以痛为输”的经筋治疗选

点为原则, 仔细触诊, 确定结筋病灶点, 运用上述手法有针对性地解结, 达到纠正异常解剖结构, 松解粘连瘢痕, 消除局部水肿, 解除腰、骶部神经卡压, 恢复腰膝部的经筋运动力线的协调平衡, 从而达到缓解腰膝疼痛、改善运动功能的效果。

应用岭南林氏正骨推拿手法治腰不仅针对靶点比较明确, 实际临床疗效也比较满意。从为期 4 周共 8 次的治疗结果分析看: 采用 2 种治疗方法 2 组患者均未出现任何与治疗相关的安全性及不良反应事件, 患者的依从性也较高, 所以认为该疗法安全, 具有临床可行性。治疗组和对照组治疗后关节休息痛、关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵、行走能力的 ISOA 评分均有减小, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。提示两种疗法均有较好疗效, 但与对照组比较, 治疗组关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵、行走能力的 ISOA 评分均有减小($P < 0.01$), 治疗组关节运动痛、压痛、肿胀、晨僵的 ISOA 评分治疗前后差值均有减小($P < 0.01$), 行走能力评分治疗前后差值也有减小($P < 0.05$), 且治疗组的综合有效率也是高于对照组、中位数(\bar{R})优于对照组差异有统计学意义($P < 0.01$)。也就是说膝痛治腰的疗效更为满意更具优势。这与我们的临床体会相一致。但治疗组与对照组相比较, 治疗组关节休息痛评分治疗前后差值比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 同时治疗组、对照组 2 组治愈例数均为零, 也就是说, 经过 8 次治疗后在关节休息痛及治愈率方面, 治腰与治膝局部相比无明显优势。结合临床, 我们认为, 出现这样的结果可能是退行性变疾病的特点及患者病程长、观察治疗疗程短为主要原因。因为膝痛治腰取效的重要理论依据是脊柱病因学及中医的经筋理论。通过手法调整腰、腰骶及骶髂关节, 使各种原因导致的腰椎小关节紊乱、腰椎滑脱或骶髂关节半脱位等腰、腰骶及骶髂部的异常解剖结构变化得以矫正, 进而减轻或消除了对支配膝关节的相关腰、骶丛神经的影响, 进而恢复腰膝部经筋运动力线的平衡, 最后良性效应才能传导到靶器官膝关节部。但这些改变都需要一个相对较长的时间过程。再就是退行性膝关节炎病变彻底治愈的难度较大, 达到控制疼痛、恢复膝关节运动功能及延缓病变发展为治疗目的。研究结果也提示, 对于此类患者, 适当延长治疗疗程可能会取得更加满意的疗效。进行必要的回访, 以观察远期疗效, 将是我们日后研究要弄清楚的问题; 此研究结果还提示我们,

临床上为了较快地缓解病情取得满意疗效,若把局部和整体的治疗方法结合起来可能对患者更为有利。正如《素问·异法方宜论》所述:“故圣人杂合以治,各得其所宜,故治所以异而病皆愈者,得病之情知之大体也。”

总之,通过本次运用随机、对照及单盲临床试验方法,研究验证了膝痛治腰的可行性和临床有效性,值得临床探索应用。

[参考文献]

- [1] 方军,张凤清.手法治疗腰源性膝痛87例疗效分析[J].中医正骨,2005,17(11):45-46.
 [2] 国家中医药管理局.ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:199-

201.

- [3] 王华兰,王继红,李江山,等.推拿治疗学[M].上海:上海科学技术出版社,2011:153-154.
 [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:356-360.
 [5] Lequesne M. Indices of severity and disease activity for osteoarthritis[J]. Semin Arthritis Rheum, 1991, 20(2): 48-54.
 [6] 马友盟,陈红蕾,霍焕婵.腰源性膝关节疼痛的诊断与治疗体会[J].按摩与导引,2005,21(9):28.
 [7] 李伟青,王海东.腰源性膝痛的病机研究[J].医学信息,2013,26(9):668-669.

(责任编辑:刘淑婷)

中医周期疗法联合热敏灸治疗肝郁肾虚痰瘀型 HPRL 不孕疗效观察

段祖珍,潘红燕,杜昊,俎丽,张文艳,官文娟

广州中医药大学附属宝安中医院,广东 深圳 518133

[摘要] 目的:观察中医周期疗法联合热敏灸治疗肝郁肾虚痰瘀型高催乳素血症(HPRL)不孕临床疗效。方法:将60例患者随机分成2组各30例,治疗组采用中医周期疗法联合热敏灸治疗,对照组用溴隐亭治疗。观察2组临床疗效和治疗前后卵巢功能变化、子宫内膜厚度、排卵率及妊娠率。结果:2组临床疗效治疗组治愈率66.7%,总有效率96.7%;对照组治愈率40.0%,总有效率93.3%;2组间治愈率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组间总有效率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组优势卵泡直径、内膜厚度均较治疗前增加,差异均有统计学意义($P < 0.05$);但治疗组增加更显著,差异有统计学意义($P < 0.01$)。2组排卵率、妊娠率比较,排卵率治疗组80.0%,对照组53.3%,2组排卵率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);妊娠率治疗组66.7%,对照组40.0%,2组妊娠率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前后2组性激素各项指标变化情况比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组变化更明显,2组间比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论:中医周期疗法联合热敏灸治疗肝郁肾虚痰瘀型HPRL性不孕内外合治,切中病机,疗效确切,副作用小,对妊娠也基本无影响,可为HPRL性不孕患者提供一种新方法,值得应用。

[关键词] 高催乳素血症;不孕症;中医周期疗法;热敏灸;优势卵泡直径;内膜厚度;妊娠率;排卵率

[中图分类号] R711.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2017)06-0117-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.06.040

Curative Effect Observation of Chinese Medicine Periodic Therapy Combined with Thermalmoxibustion in Treating HPRL Infertility with Syndrome of Hepatic Stagnation and Kidney Insufficiency Merged Phlegm-Stasis

DUAN Zuzhen, PAN Hongyan, DU Hao, ZU Li, ZHANG Wenyan, GUAN Wenjuan

Abstract: Objective: To observe the effect of Chinese medicine periodic therapy combined with thermalmoxibustion in

[收稿日期] 2017-02-25

[基金项目] 深圳市科技计划资助项目(JCYJ20140411135954555)

[作者简介] 段祖珍(1975-),女,医学硕士,副主任中医师,主要从事中医药防治生殖内分泌疾病的临床研究。