

stroke; a systematic review and Meta-analysis of randomized clinical trials[J]. *Complement Ther Med*, 2018, 36: 82-89.

[16] 陈 慧,熊尚全,杨新春,等. 调理气血类中成药防治动脉粥样硬化性心血管疾病临床应用专家共识[J]. 临床心血管病杂志, 2020, 36(2): 97-104.

[17] 唐仕欢,杨洪军. 论中成药大品种与中医理论创新[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(15): 195-199.

[18] 周光春,何 力. 结合体质采用古方辨证论治正常高值血压七法[J]. 中医临床研究, 2017, 9(27): 7-9.

[19] 张世君,齐冬梅,李运伦,等. 基于因子分析和聚类分析的正常高值血压人群中证候研究[J]. 中医杂志, 2016, 57(20): 1759-1763.

[20] 李娟娟. 综合医院中成药不合理使用分析及对策[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(22): 106-108.

[21] 李怡文,薛文鑫,樊 硕,等. 2014 年某院儿科口服中成药的使用情况分析[J]. 现代药物与临床, 2015, 30(11): 1408-1412.

[22] 李怡文,孙静波,张黎莉,等. 2015 年煤炭总医院门诊处方中妊娠及哺乳期妇女中成药使用分析[J]. 现代药物与临床, 2017, 32(6): 1136-1140.

[23] 刘新春,张瑞华. 《中成药临床应用指导原则》实用手册[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2010: 9.

[24] 梁晓春. 中西药联合使用的安全性及有效性研究势在必行[J]. 中国临床医生, 2014, 42(6): 1-5.

[25] 朱 静,许建国. 12460 张急诊中成药处方分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2012, 12(12): 1120-1123.

[26] 金 锐,赵 宁,刘治军,等. 综合医院西药师学习与运用中医药知识的专家共识(北京,2020)[J]. 中国医院用药评价与分析, 2020, 20(10): 1153-1160.

[27] 金 锐,赵奎君,郭桂明,等. 中成药临床合理用药处方点评北京共识[J]. 中国中药杂志, 2018, 43(5): 1049-1053.

## 二龙戏珠针法联合活血通络中药熏蒸对脑卒中后肩手综合征患者的临床疗效

梁志杰<sup>1</sup>, 周奎龙<sup>2\*</sup>, 王志恒<sup>1</sup>, 张慧婷<sup>1</sup>, 宋阳杰<sup>1</sup>, 杨晓敏<sup>1</sup>

(1. 邢台市人民医院针灸科, 河北 邢台 054031; 2. 邢台市人民医院中医科, 河北 邢台 054031)

**摘要:** **目的** 研究二龙戏珠针法联合活血通络中药熏蒸对脑卒中后肩手综合征患者的临床疗效。**方法** 120 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 60 例, 对照组给予活血通络中药熏蒸, 观察组在对照组基础上加用二龙戏珠针法(尺泽、内关、八邪及患侧肩三针加运动区), 每 10 次为 1 个疗程, 共 4 个疗程。检测临床疗效, 血清 CGRP、BK、ET-1、SP、FMA 评分, VAS 评分, 症状恢复情况变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ( $P<0.05$ )。治疗后, 2 组 CGRP、FMA 评分升高 ( $P<0.05$ ), BK、ET-1、SP、VAS 评分降低 ( $P<0.05$ ), 以观察组更明显 ( $P<0.05$ )。观察组症状恢复情况优于对照组 ( $P<0.05$ )。**结论** 二龙戏珠针法联合活血通络中药熏蒸可改善脑卒中后肩手综合征患者 CGRP、BK、ET-1、SP 水平和上肢运动功能, 减轻疼痛、水肿程度, 提高生活质量。

**关键词:** 二龙戏珠针法; 活血通络中药熏蒸; 脑卒中后肩手综合征

**中图分类号:** R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2022)02-0676-04

**doi:** 10. 3969/j. issn. 1001-1528. 2022. 02. 065

脑卒中后肩手综合征是中风后逐渐出现上肢运动障碍, 为脑卒中患者最常见的并发症, 也是影响脑血管患者恢复的重要因素之一, 若治疗不及时, 则会严重危害患者健康<sup>[1]</sup>, 大部分患者患肢表现为浮肿、疼痛、肩部疼痛等, 肩手运动功能受到限制, 血管运动性改变<sup>[2]</sup>。二龙戏珠针法对缓解肩手综合征的疼痛及上肢肿胀有明显优势, 已经成为治疗脑卒中后肩手综合征的一种必要手段<sup>[3]</sup>。中药熏

蒸可将药物直接用于患处, 提高药物利用率, 促进患者康复<sup>[4]</sup>。本研究考察二龙戏珠针法联合活血通络中药熏蒸对脑卒中后肩手综合征患者的临床疗效, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2019 年 6 月至 2021 年 6 月就诊于邢台市人民医院的 120 例脑卒中后肩手综合征患者, 随机数字表法将分为对照组和观察组, 每组 60 例, 其中对照组男性 45

收稿日期: 2020-11-03  
基金项目: 河北省中医药管理局项目 (2020547)  
作者简介: 梁志杰 (1985—), 男, 主治医师, 研究方向为针刺治疗心脑血管病。Tel: 17320883307, E-mail: Liangzhijie12305@163.com  
\* 通信作者: 周奎龙 (1983—), 男, 博士, 副主任中医师。Tel: 13630896729, E-mail: zhoukuilong@163.com

例, 女性 15 例; 年龄 48~85 岁, 平均年龄 (68.02±5.36) 岁, 而观察组男性 36 例, 女性 24 例; 年龄 45~85 岁, 平均年龄 (65.98±6.03) 岁, 2 组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准 (批准号 2018031)。

1.2 诊断标准 脑卒中的西医诊断标准参照第四届 (1995) 脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[5]</sup>, 中医诊断标准参照《中风病诊断疗效评分标准》<sup>[6]</sup>; 肩手综合征诊断标准参照《中国康复医学诊疗规范》<sup>[7]</sup>。

1.3 纳入标准 (1) 符合“1.2”项下诊断标准; (2) 意识清楚, 生命体征无异常; (3) 年龄 45~85 岁; (4) 病程 2 周~2 年; (5) 首次中风; (6) 患者及其家属了解本研究, 签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 对相关治疗药物过敏; (2) 有脑血管病史; (3) 多次中风; (4) 其他疾病导致的肩部疼痛; (5) 年龄不在 45~85 岁范围内; (6) 合并肝肾等脏器功能不全。

1.5 治疗手段 2 组均进行扩张血管、降压、护心、降糖、降脂、营养神经、持续吸氧等常规治疗。同时, 对照组给予活血通络中药熏蒸, 组方药材羌活、伸筋草、当归各 20 g, 防风、丹参、土鳖虫、威灵仙、桂枝各 15 g, 甘草 10 g、黄芪 30 g, 每剂一次加水 200 mL 并煎至 100 mL, 放入加压熏蒸治疗仪药罐内, 让肢体均受到熏蒸, 每天 2 次, 每次 30 min。观察组在对照组基础上加用二龙戏珠针法, 选取患侧下肢中平穴、中平穴直下 1 寸为主, 配穴选取尺泽、内关、八邪及患侧肩三针加运动区等穴位, 均采用东邦针 (产自韩国的一次性无菌针灸针), 常规局部消毒后取 28 号毫针 2 根, 选择飞针进针法, 天、人、地三部行直刺法, 施针者双手将两针同时推针至地部, 停留片刻后同时退至天部, 双手由中心向外画圆摇针 3 次 (即右手顺时针、左手逆时针), 同时推针至人部摇针 6 次, 再推针至地部摇针 9 次, 然后以右手拇指、食指同时握住两针针柄, 快速捻转 3~6 次后拇指向后、食指向前快速放开针柄, 捻针同时嘱患者活动患侧上肢, 依患者忍耐程度操作 3~6 次, 留针 30 min, 针感酸、麻、胀, 为远距离闪电式传导, 隔天针刺 1 次, 每 10 次为 1 个疗程。2 组均进行 4 个疗程。

1.6 指标检测

1.6.1 血清 CGRP、BK、ET-1、SP 水平 于治疗前后采集 2 组患者空腹静脉血各 5 mL, 3 000 r/min 离心 5 min, 分离血清, 采用酶联免疫法检测 CGRP 水平, 免疫放射法检测 BK、SP 水平, 免疫比浊法检测 ET-1 水平。

1.6.2 FMA、VAS 评分 采用上肢 Fugl-Meyer 运动功能评分 (FMA) 检测患者上肢运动功能, 分值<33 分表示严重运动障碍; 33~43 分表示明显运动障碍; 44~54 分表示重度运动障碍; 55~64 分表示轻度运动障碍, 分值越低, 上肢运动功能越差。再采用视觉模拟评分 (VAS) 检测患者疼痛程度, 10 分表示剧痛不能碰触; 8 分表示持续性疼痛

难以忍受; 6 分表示疼痛较重发作但可忍受; 4 分表示疼痛频繁发作但较轻微; 2 分表示偶发轻微疼痛; 0 分表示不痛, 分值越高, 疼痛程度越严重。

1.6.3 临床表现恢复情况 在整个治疗过程中, 统计 2 组水肿、关节疼痛、皮肤温度、乏力疲倦恢复时间。

1.7 疗效评价 参考文献 [8] 报道, (1) 痊愈, 治疗后病情完全恢复, 水肿、关节疼痛、乏力疲倦消失, 皮肤温度恢复正常, FMA 评分≥64 分, VAS 评分≤2 分; (2) 显效, 治疗后病情基本缓和, 水肿明显减轻, 关节偶尔疼痛, 54 分≤FMA 评分<64 分, 2 分<VAS 评分≤4 分; (3) 有效, 治疗后病情有所好转, 但水肿、关节疼痛、皮肤温度、乏力疲倦未完全恢复, 33 分≤FMA 评分<54 分, 4 分<VAS 评分≤6 分; (4) 无效, 治疗后临床症状完全没有变化甚至加重, FMA 评分<33 分, VAS 评分>6 分。总有效率 = [ (痊愈例数+显效例数+有效例数) / 总例数] ×100%

1.8 统计学分析 通过 SPSS 20.0 软件进行处理, 计量资料以 ( $\bar{x}\pm s$ ) 表示, 组间比较采用独立样本  $t$  检验, 组内比较采用配对样本  $t$  检验; 计数资料以百分率表示, 组间比较采用卡方检验。 $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 血清 CGRP、BK 水平 如表 1 所示, 治疗后, 2 组血清 CGRP 水平升高 ( $P<0.05$ ), BK 水平降低 ( $P<0.05$ ), 以观察组更明显 ( $P<0.05$ )。

表 1 2 组血清 CGRP、BK 水平比较 ( $\bar{x}\pm s, n=60$ )

组别	CGRP/(ng·L <sup>-1</sup> )		BK/(ng·mL <sup>-1</sup> )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	22.36±4.12	29.65±3.98 <sup>*</sup>	7.01±1.32	3.78±1.26 <sup>*</sup>
观察组	22.23±4.21	34.02±4.23 <sup>**</sup>	7.25±0.85	2.63±0.65 <sup>**</sup>

注: 与同组治疗前比较,  $^* P<0.05$ ; 与对照组治疗后比较,  $^{#} P<0.05$ 。

2.2 血清 ET-1、SP 水平 如表 2 所示, 治疗后, 2 组血清 ET-1、SP 水平降低 ( $P<0.05$ ), 以观察组更明显 ( $P<0.05$ )。

表 2 2 组血清 ET-1、SP 水平比较 ( $\bar{x}\pm s, n=60$ )

组别	ET-1/(ng·L <sup>-1</sup> )		SP/(pg·mL <sup>-1</sup> )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	82.36±8.52	70.85±6.32 <sup>*</sup>	42.01±5.32	32.78±3.26 <sup>*</sup>
观察组	83.01±8.23	62.11±5.12 <sup>**</sup>	42.95±4.85	25.63±2.65 <sup>**</sup>

注: 与同组治疗前比较,  $^* P<0.05$ ; 与对照组治疗后比较,  $^{#} P<0.05$ 。

2.3 FMA、VAS 评分 如表 3 所示, 治疗后, 2 组 FMA 评分升高 ( $P<0.05$ ), VAS 评分降低 ( $P<0.05$ ), 以观察组更明显 ( $P<0.05$ )。

表 3 2 组 FMA、VAS 评分比较 ( $\bar{x}\pm s, n=60$ )

组别	FMA 评分/分		VAS 评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	28.63±3.26	52.06±5.88 <sup>*</sup>	8.01±3.42	2.87±1.14 <sup>*</sup>
观察组	28.66±3.52	60.22±3.85 <sup>**</sup>	7.84±3.89	1.22±0.65 <sup>**</sup>

注: 与同组治疗前比较,  $^* P<0.05$ ; 与对照组治疗后比较,  $^{#} P<0.05$ 。

2.4 临床症状恢复情况 如表 4 所示, 观察组水肿、关节疼痛、皮肤温度、乏力疲倦恢复时间短于对照组 ( $P<0.05$ )。

表 4 2 组临床症状恢复情况比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,  $n=60$ )

组别	水肿恢复时间/d	关节疼痛恢复时间/d	皮肤温度恢复时间/d	乏力疲倦恢复时间/d
对照组	2.65±1.23	5.32±0.85	2.33±1.21	1.95±1.02
观察组	1.32±0.96 *	3.95±0.52 *	1.62±0.56 *	1.06±0.32 *

注:与对照组比较, \*  $P<0.05$ 。

2.5 临床疗效 如表 5 所示, 观察组总有效率高于对照组 ( $P<0.05$ )。

表 5 2 组临床疗效比较 ( $n=60$ )

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效/[例(%)]
对照组	18	20	10	12	48(80.00)
观察组	25	16	15	4	56(93.33) *

注:与对照组比较, \*  $P<0.05$ 。

3 讨论

脑卒中后肩手综合征是脑卒中最常见的并发症, 多发于老年人, 目前认为中枢受损导致交感神经系统功能障碍是其主要发病因素<sup>[9]</sup>, 在早期会出现运动受限、疼痛等临床症状, 若及时治疗则能取得最佳效果, 但发展到后期时会严重影响自身生活能力, 因此预防及初期治疗可最大减轻患者痛苦。活血通络中药熏蒸可将中药成分通过较高的温度直接作用于病灶处, 促进吸收, 维持时间长<sup>[10]</sup>, 本研究用药方中黄芪和伸筋草补气散寒; 当归和丹参活血散结; 防风 and 土鳖虫利湿、行血止痛; 威灵仙和羌活除湿祛风; 桂枝通脉温经; 甘草调和诸药以活血化瘀、通脉络、散寒邪。另外, 二龙戏珠针法可提高皮经之气, 提高人体气机的运行, 有利于缓解肢体疼痛, 并使机体气血通畅, 促进筋脉得到营养, 从而加快人体组织的恢复, 加强上肢运动功能<sup>[11]</sup>。

CGRP 是一种由传出神经元合成的神经肽, 它不仅是神经递质传递痛觉的信号, 而且是强力血管扩张剂<sup>[12]</sup>, 主要分布在人体中枢神经系统, 由感觉神经元的辣椒素分泌, 与疼痛产生有一定相关性<sup>[13]</sup>, 还可抑制血管平滑肌细胞增殖, 选择性舒张血管, 改善受损血管内皮细胞功能, 有利于缓解患肢痉挛<sup>[14]</sup>。BK 作为激肽系统中的终末效应物, 其主要作用是调节人体炎性反应, 加强受体神经细胞的敏感性, 从而引发多种炎性反应的发生, 导致机体局部疼痛<sup>[15-16]</sup>, 陈文等<sup>[17]</sup>报道, 风湿类疾病患者体内其水平均有所升高。本研究发现, 针药联合可改善 CGRP、BK 水平, 有利于抑制脑卒中后肩手综合征发展。

ET-1 作为反映血管内皮细胞功能的敏感指标, 主要作用于血管收缩, 脑部血流灌注量不足和神经元缺血缺氧与其水平异常有相关联系<sup>[18]</sup>; SP 是一种神经肽, 大多存在于感觉神经纤维中, 主要作用是对痛觉神经进行调控<sup>[19]</sup>, 本研究发现, 针药联合可降低 ET-1、SP 水平, 从而缓解炎性反应。FMA 评分可反映瘫痪侧上肢运动功能, 分数越低, 代表病情越严重; VAS 评分是最常用的检测疼痛的参考指标, 分数越高, 病情越严重<sup>[20]</sup>, 汪洋等<sup>[21]</sup>报道, 中药熏蒸可促进患肢对药物的吸收, 加强血液淋巴循环, 加

快代谢, 从而有效缓解关节疼痛, 消除水肿, 加快上肢运动功能的恢复。本研究发现, 针药联合可改善 FMA、VAS 评分, 提高上肢运动功能, 减轻疼痛。

综上所述, 二龙戏珠针法联合活血通络中药熏蒸可改善脑卒中后肩手综合征患者 CGRP、BK、ET-1、SP 水平和上肢运动功能, 减轻疼痛、水肿程度, 提高生活质量。

参考文献:

[ 1 ] 罗 红, 徐 丽. 脑卒中后肩手综合征康复治疗研究新进展[J]. 实用医院临床杂志, 2017, 14(6): 272-274.

[ 2 ] Caldwell J, Heran M K S, McGuinness B, *et al.* Imaging in acute ischaemic stroke: pearls and pitfalls[J]. *Pract Neurol*, 2017, 17(5): 349-358.

[ 3 ] Peng L, Zhang C, Zhou L, *et al.* Traditional manual acupuncture combined with rehabilitation therapy for shoulder hand syndrome after stroke within the Chinese healthcare system: a systematic review and Meta-analysis [ J ]. *Clin Rehabil*, 2018, 32(4): 429-439.

[ 4 ] 吴雪良, 于庆滨, 赵合庆. 浮针、中药泡洗配合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征临床观察及对血浆 BK、SP 水平的影响[J]. 四川中医, 2017, 35(8): 202-204.

[ 5 ] 曾进胜, 蒲传强. 我国各类主要脑血管病诊断要点演变与更新[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 681-683.

[ 6 ] 杨 宁, 宁厚旭. 凉血通瘀方治疗缺血性脑卒中急性期的临床观察[J]. 中医药导报, 2018, 24(16): 80-83.

[ 7 ] 刘英姣, 张 泓. 针刺联合康复训练对脑卒中后肩手综合征急性期患者的疗效研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(5): 546-549.

[ 8 ] 夏 静, 曹娟娟, 黄彩霞, 等. 自制中药穴位贴敷联合电磁波治疗脑卒中后肩手综合征临床疗效观察[J]. 中国康复, 2020, 35(5): 247-249.

[ 9 ] Zheng J L, Wu Q L, Wang L, *et al.* A clinical study on acupuncture in combination with routine rehabilitation therapy for early pain recovery of post-stroke shoulder-hand syndrome [J]. *Exp Ther Med*, 2018, 15(2): 2049-2053.

[ 10 ] Yany X Z, Guo Y, Xiong W, *et al.* Traditional Chinese medicine fumigation combined with levofloxacin for type III A prostatitis with the symptoms of damp heat and blood stasis[J]. *Nation J Andro*, 2017, 23(2): 173-177.

[ 11 ] Xie Y L, Wan W R, Zhao Y L, *et al.* Impacts on asthma at persistent stage and immune function in the patients treated with acupuncture for warming Yang and benefiting Qi[J]. *Chin Acup Moxib*, 2015, 35(11): 1089-1093.

[ 12 ] 于生元, 陈小燕. 降钙素基因相关肽 (CGRP) 抗体治疗



偏头痛[J]. 实用药物与临床, 2019, 22(8): 785-789.

[13] 张成林, 万 琪. 三叉神经感觉神经元 5-HT1D 受体调节 CGRP 表达和释放的机制[J]. 中国疼痛医学杂志, 2015, 21(3): 213-216.

[14] 王雪莲, 毛芝芳. 活血通络中药熏蒸联合综合康复训练治疗脑梗死后肩手综合征疗效及对 CGRP、NO、ET-1 水平的影响[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(4): 1004-1006.

[15] Zhang F X, Gadotti V M, Souza I A, *et al.* BK potassium channels suppress Cavα2δ subunit function to reduce inflammatory and neuropathic pain[J]. *Cell Rep*, 2018, 22(8): 1956-1964.

[16] 林世荣, 宋 斌, 林庆明, 等. 缓激肽后处理对心肺复苏大鼠神经元保护效应[J]. 中华急诊医学杂志, 2015, 24(9): 969-974.

[17] 陈 文, Yvonne Lee, 赵 华. 炎性疼痛: 类风湿关节炎

痛[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(7): 后插 1-后插 2.

[18] 陈 骏, 刘 洋, 陈向东, 等. 内皮素-1 在 3 种皮肤恶性肿瘤中的表达[J]. 临床皮肤科杂志, 2016, 45(1): 26-28.

[19] Zhang K, Xu D S, Cui J J, *et al.* The expression of substance P in sensory neurons and nerve fibers associated with “Sanyinjiao” (SP6) region in the rat[J]. *Acupunct Res*, 2015, 40(6): 449-454.

[20] Lee S, Lee Y S, Kim J. Automated evaluation of upper-limb motor function impairment using fugal-meyer assessment [J]. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng*, 2018, 26(1): 125-134.

[21] 汪 洋, 闫禹竹, 杜中梅, 等. 电针围刺联合中药熏蒸治疗脑卒中后肩手综合征疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(7): 32-35.

# 浮针联合少腹逐瘀汤对寒凝血瘀型原发性痛经患者的临床疗效

卢 洁, 林 萍, 张 荣, 高以娟  
(扬州市江都人民医院, 江苏 扬州 225200)

**摘要:** **目的** 观察浮针联合少腹逐瘀汤对寒凝血瘀型原发性痛经患者的临床疗效。**方法** 68 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 34 例, 对照组给予少腹逐瘀汤, 观察组在对照组基础上加用浮针 (约相当于天枢、带脉、阴包的位置), 疗程 3 个月经周期。检测临床疗效、VAS 评分、症状评分、生活质量评分、血清 IL-6 变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ( $P<0.05$ )。治疗后, 观察组 VAS 评分、症状评分、血清 IL-6 低于对照组 ( $P<0.05$ ), 生存质量、总的健康状况、生理领域、心理领域评分更高 ( $P<0.05$ )。**结论** 浮针联合少腹逐瘀汤可降低寒凝血瘀型原发性痛经患者痛经程度及 IL-6 水平, 改善围经期腹痛等相关不适症状, 提高生活质量。

**关键词:** 浮针; 少腹逐瘀汤; 原发性痛经; 寒凝血瘀

**中图分类号:** R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2022)02-0679-05

**doi:** 10. 3969/j. issn. 1001-1528. 2022. 02. 066

原发性痛经是在行经前后或月经期出现下腹部疼痛、坠胀, 伴有恶心、呕吐、腹泻等症状的周期性痉挛性疼痛<sup>[1]</sup>, 多见于青少年, 发病率很高, 国内女大学生发病率可达 69.78%<sup>[2]</sup>, 严重影响生活质量<sup>[3]</sup>, 目前临床上常用的治疗药物主要有非甾体类抗炎药 (NSAIDs)、钙离子通道阻断剂、避孕药、β-肾上腺素受体激动剂等<sup>[4]</sup>。中医治疗原发性痛经具有独到优势, 但单纯中药口服治疗周期长, 年轻患者不易坚持; 针刺治疗痛经的有效率达 90% 以上, 并且无不良反应, 其中浮针疗效更显著<sup>[5]</sup>。本研究探讨浮针联合少腹逐瘀汤对寒凝血瘀型原发性痛经患者的临床疗效, 现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2019 年 10 月至 2021 年 4 月就诊于扬州市

江都人民医院中医妇科门诊的 68 例寒凝血瘀型原发性痛经患者, 遵循保证受试者权益原则, 按照《针灸临床研究规范》<sup>[6-7]</sup> 制定研究计划, 采用随机、单盲临床对照试验方法随机分为对照组和观察组, 每组 34 例, 2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性, 见表 1。研究严格遵守生物医学研究伦理原则, 治疗方案经扬州市江都人民医院伦理委员会审查批准 (伦理编号 K-2019-026)。

表 1 2 组一般资料比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,  $n=34$ )

组别	年龄/岁	病程/年	疼痛程度/例		
			轻度	中度	重度
观察组	20.94±3.66	2.75±1.50	7	18	9
对照组	20.84±3.23	2.72±1.22	8	19	7

收稿日期: 2021-09-25

作者简介: 卢 洁 (1980—), 女, 硕士, 副主任中医师, 从事中医药治疗盆腔疼痛研究。Tel: 18118288716, E-mail: 594138434@qq.com

679