

毫火针赞刺法与毫火针加灸法治疗急性期中老年带状疱疹平行对照临床研究

黄石玺^{1*} 王映辉¹ 毛 湄² 耿美晶³ 徐明珠⁴ 刘保延⁵ 刘志顺¹ 赵 宏¹ 彭唯娜¹ 郭亚杰⁶
钟润芬⁷ 陈跃辉¹ 邓 霖¹ 叶永铭¹ 徐海蓉¹ 赵 杰¹ 杨 涛¹ 马晓晶¹ 于金娜¹

(1. 中国中医科学院广安门医院, 北京西城区广安门内大街北线阁 5 号, 100053; 2. 广州医学院荔湾医院; 3. 山西省晋中市第一人民医院; 4. 北京宣武中医医院; 5. 中国中医科学院; 6. 安徽省太和县中医院; 7. 北京市石景山区中医医院)

基金项目: 中国中医科学院优势病种项目(CACMS08Y004)

* 通讯作者: hshixi@sina.com, (010)88001147

[摘要] 目的 比较毫火针赞刺法与毫火针加温灸法治疗急性期中老年带状疱疹的临床疗效。方法 将 120 例患者随机分为毫火针赞刺法组和毫火针加灸法组各 60 例, 在毫火针点刺的基础上两组分别予以拔罐和温灸治疗。每个疗程治疗 2~6 次; 若未完全好转, 可再进行下一个疗程, 共观察 21 天。记录两组患者的止痛时间、结痂时间和治疗次数, 检测两组患者治疗前、治疗第 2 次、第 6 次、最后 1 次的疼痛程度, 过去 24h 内最痛程度及皮损面积, 并于治疗结束后评价两组患者皮损面积、局部痛及综合疗效。结果 毫火针赞刺法组止痛时间、结痂时间均早于毫火针加灸法组 ($P < 0.01$), 平均治疗次数少于毫火针加灸法组 ($P < 0.01$)。两组患者治疗第 2 次、第 6 次、最后 1 次过去 24h 内最痛程度、皮损面积均较上次治疗时明显减轻 ($P < 0.01$); 两组各时间点过去 24h 内最痛程度、皮损面积组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。皮损面积疗效毫火针加灸法组总有效率 67.8%, 毫火针赞刺法组为 70.7%, 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 局部痛疗效毫火针加灸法组总有效率 93.3%, 毫火针赞刺法组为 100%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 综合疗效毫火针加灸法组总有效率 94.9%, 毫火针赞刺法组总有效率 98.3%, 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 毫火针赞刺法与毫火针加温灸法治疗带状疱疹均安全有效, 毫火针赞刺法相对起效快、镇痛效果好, 而毫火针加温灸法适用于局部疱疹化脓者。

[关键词] 带状疱疹; 毫火针; 赞刺法; 温和灸; 疱疹痛

Parallel-Controlled Clinical Study on Assistance Fili-Fire Needling and Fili-Fire Needling Combined with Moxibustion for Acute Herpes Zoster in the Elderly

HUANG Shixi¹, WANG Yinghui¹, MAO Mei², GENG Meijing³, XU Mingzhu⁴, LIU Baoyan⁵, LIU Zhishun¹, ZHAO Hong¹, PENG Weina¹, GUO Yajie⁶, ZHONG Runfen⁷, CHEN Yuehui¹, DENG Lin¹, YE Yongming¹, XU Hairong¹, ZHAO Jie¹, YANG Tao¹, MA Xiaojing¹, YU Jinna¹

(1. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053; 2. Liwan Hospital of Guangzhou Medical University; 3. The First People's Hospital of Jinzhong City, Shanxi Province; 4. Beijing Xuanwu Hospital of Chinese Medicine; 5. China Academy of Chinese Medical Sciences; 6. TCM Hospital of Taihe County, Anhui Province; 7. TCM Hospital of Shijingshan District, Beijing)

ABSTRACT Objective To compare the therapeutic effects of assistance fili-fire needling (AFFN) and fili-fire needling combined with moxibustion (FFNM) on acute herpes zoster in the elderly. **Methods** Totally 120 patients were randomized into the AFFN group and FFNM group, with 60 in each. Cupping and moxibustion was added respectively in the AFFN group and FFNM group on the basis of fili-fire needling, 2 to 6 times per course of treatment. One more treatment course could be administered until fully recovery. The observation lasted for 21 days. The analgesia time, crusting time, treatment times, pain degree before and on the second, sixth treatment and the last treatment, the most pain degree and lesion area within the past 24 hours were observed. **Results** The analgesia time and crusting time in the AFFN group was significantly shorter than that in the FFNM group ($P < 0.01$). The average number of treatment in the AFFN group was less than that in the FFNM group ($P < 0.01$). The degree of most pain and lesion area decreased significantly within 24h after the 2nd, 6th and last treatment in both groups ($P < 0.01$), with no significant difference between groups ($P > 0.05$). The total effective rate of lesion area in the FFNM group and AFFN group was 67.8% and 70.7% respectively, with no significant difference between groups ($P > 0.05$). The total effective rate of local pain in the FFNM group and AFFN group was 93.3% and 100% respectively, with significant difference between groups ($P < 0.05$). The comprehensive therapeutic effect of the FFNM group and AFFN group was 94.9% and 98.3% respectively, with no significant difference between groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Both therapies are effective

and safe, especially the assistance fili-fire needling with rapid onset and good analgesic effect. The fili-fire needling combined with moxibustion is suitable for topical herpes purulent.

Keywords herpes zoster; fili-fire needle; assistance needling; gentle moxibustion; herpes zoster pain

带状疱疹是由水痘—带状疱疹病毒引起的急性疱疹性皮肤病^[1],中老年患者发生神经痛者尤为多见及严重,且可遗留顽固神经痛^[2]。现代医学对带状疱疹顽固神经痛的治疗效果不甚理想。针灸治疗本病有其独特的疗效特点,有研究表明,火针赞刺法治疗带状疱疹具有镇痛强、消疱快、疗程短、安全、后遗神经痛发生率低等特点^[3]。由于传统火针存在生产工艺及质量检验尚无统一规定、规格混乱、针体粗大等缺陷^[4],黄石玺主任医师从 20 世纪 80 年代起采用毫针作为传统火针的替代针具^[5],广泛应用于带状疱疹的临床治疗,并获得显著疗效^[6]。本研究采用毫火针赞刺法治疗中老年带状疱疹急性期患者 117 例并进行临床观察,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照《口腔皮肤疾病诊断标准》^[7]中带状疱疹及中老年人带状疱疹诊断标准制定。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准;年龄 45~80 岁;病程≤7 天;1 周内未服用或外用过抗病毒药物;签署知情同意书。

1.3 排除标准

三叉神经分支带状疱疹;无疹型带状疱疹;哺乳期或妊娠期妇女;过敏体质及对多种药物过敏者;瘢痕体质者;长期应用皮质类固醇或免疫抑制剂者;血友病患者,有出血倾向者;恶性肿瘤、精神病患者;病情危重,全身衰竭,难以对治疗的有效性和安全性作出确切评价者。

1.4 一般资料

120 例观察病例为 2008 年 4 月至 2010 年 12 月中国中医科学院广安门医院针灸科门诊患者,通过计算机随机及密闭信封法分为毫火针加灸法组和毫火针赞刺法组各 60 例。因对毫火针存在恐惧心理拒绝接受进一步治疗而脱落者 3 例,故完成治疗毫火针加灸法组 59 例,毫火针赞刺法组 58 例。毫火针加灸法组男 17 例,女 42 例;平均年龄(61.00±8.71)岁;平均病程(4.27±1.59)天。毫火针赞刺法组男 15 例,女 43 例;平均年龄(59.98±8.18)岁;平均病程(4.27±1.96)天。两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。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 毫火针刺法治疗方法 引热解毒,消肿止痛。取穴:局部阿是穴(疱疹沿神经分布区域)。操作方法:取卧位,在疱疹起止两端及中间选择针刺部位,用 75% 酒精行皮肤常规消毒,以毫针(环球牌不锈钢毫针,苏州针灸用品有限公司生产,规格为 0.35mm×25mm)3 支为 1 个单位,左手持止血钳夹紧 95% 酒精棉球(捏干),点燃酒精棉球,使火焰靠近针刺部位 5~10cm,右手握笔式持针,将针尖针体深入火的外焰烧红或发白后,迅速(1s 以内针体仍红时)刺入带状疱疹皮损部位,即点刺皮损处的水疱、丘疹或红斑,点刺深度以透入疱疹皮肤达到其底部为度。直入直出,不得歪斜、拖带。一般先点刺靠近胸腹部,后沿疱疹带状分布向背部点刺。

2.1.2 毫火针加灸法组 毫火针治疗结束后,以消毒棉球擦净局部皮肤表面。再用艾灸条点燃,用温和灸灸局部阿是穴 15min,每日或隔日 1 次。疗程以疼痛消退,疱疹结痂为度,每个疗程治疗 2~6 次;若未完全好转,可再进行下一个疗程。

2.1.3 毫火针赞刺法组 毫火针治疗结束后,根据疱疹簇的大小,于疱疹簇上用合适型号火罐吸拔,多罐,以火罐能罩住疱疹簇使针刺点被纳入罐内为度,从阴面先吸拔,后沿疱疹带状分布向阳面吸拔,留罐 5min,以局部皮肤轻度瘀血为度,通常可拔出少量血液、渗出液等,起罐后如果出现血疱,可用毫火针再刺破。治疗结束后,以消毒棉球擦净局部皮肤表面。每日或隔日 1 次,疗程以疼痛消退,疱疹结痂为度,每个疗程治疗 2~6 次;若未完全好转,可再进行下一个疗程。

两组均观察 21 天,治疗结束 1 个月后随访。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 疗效性指标 采用疼痛量表—视觉模拟量表(VAS)对两组患者治疗前、治疗第 2 次、第 6 次、最后 1 次及治疗结束时疼痛程度、过去 24h 内最痛程度进行评价,并同时检测两组患者皮损面积。

2.2.3 时效性指标 记录两组患者的止痛时间、结痂时间和治疗次数。

2.2.3 安全性指标 观察两组患者不良反应,随时记录全身反应;治疗前后各检查 1 次血、尿常规;记

录治疗前后局部表现,观察治疗后是否引起局部感染,包括皮肤及皮损的颜色,是否出现溃疡等。

2.3 临床疗效判定标准

皮损面积疗效、局部痛疗效判定标准均参照《中药新药临床研究指导原则》^[8]制定。分别以皮损面积、局部痛积分计算疗效指数:疗效指数(n)=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。痊愈:n=100%;显效:n≥60%;有效:n≥30%;无效:n<30%。

综合疗效判定标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[9]制定。治愈:皮疹消退,临床体征消失,无疼痛等后遗症;好转:皮疹消退约30%,疼痛明显减轻;未愈:皮疹消退不足30%,仍有疼痛。

2.4 统计学方法

采用 SAS 8.2 统计软件包和 SPSS 13.0 统计软件进行数据分析。组间比较计数资料用 χ^2 检验;计量资料用 t 检验,等级资料用秩和检验。

3 结果

3.1 两组患者疗效性指标比较

3.1.1 过去24h内最痛程度 表1示,两组患者过去24h内最痛程度积分每一次治疗后较上一次治疗均有下降,差异有统计学意义($P<0.01$);两组各时间点过去24h内最痛程度组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表1 两组患者治疗前后过去24h内最痛程度比较(分, $\bar{x}\pm s$)

时间	毫火针加灸法组 例数	毫火针加灸法组 最痛程度	毫火针针刺法组 例数	毫火针针刺法组 最痛程度	Z/t 值	P 值
治疗前	59	7.322±2.096	58	7.612±2.158	1.015	0.309
第2次治疗	59	5.355±2.205*	58	5.577±2.576*	-0.50	0.617
第6次治疗	39	3.307±2.211*	26	2.538±1.555*	1.540	0.129
最后1次治疗	59	1.974±1.784*	58	1.431±1.258*	-1.810	0.070

注:与本组上个时点比较, * $P<0.01$

3.1.2 治疗各时间点疼痛程度 表2示,两组患者各时间点疼痛程度积分每一次治疗后较上一次治疗均有下降,差异有统计学意义($P<0.01$);两组各时间点疼痛程度组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表2 两组患者治疗前后各时间点疼痛程度比较(分, $\bar{x}\pm s$)

时间	毫火针加灸法组 例数	毫火针加灸法组 最痛程度	毫火针针刺法组 例数	毫火针针刺法组 最痛程度	Z 值	P 值
治疗前	59	7.322±2.096	58	7.612±2.158	1.105	0.309
第2次治疗	59	4.025±4.544*	58	3.448±2.027*	-0.346	0.729
第6次治疗	39	1.884±1.691*	26	1.596±1.442*	-0.512	0.608
最后1次治疗	59	0.983±1.102*	58	0.781±1.013*	-1.237	0.216

注:与本组上个时点比较, * $P<0.01$

3.1.3 皮损面积 表3示,两组患者过去皮损面积

近每一次治疗后较上一次治疗均有下降,差异有统计学意义($P<0.01$);两组各时间点皮损面积组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表3 两组患者治疗前后皮损面积比较(cm^2 , $\bar{x}\pm s$)

时间	毫火针加灸法组 例数	毫火针加灸法组 皮损面积	毫火针针刺法组 例数	毫火针针刺法组 皮损面积	Z 值	P 值
治疗前	59	39.203±48.599	58	33.965±34.031	-0.542	0.587
第2次治疗	59	34.203±34.895*	58	32.844±32.333*	-0.251	0.801
第6次治疗	39	22.846±26.175*26	26	17.692±19.534*	-0.993	0.320
最后1次治疗	59	20.067±23.448*58	58	18.931±29.674*	-1.061	0.288
治疗结束时	59	15.186±18.072*58	58	10.672±13.759*	-1.513	0.130

注:与本组上个时点比较, * $P<0.01$

3.2 两组患者时效性指标比较

3.2.1 止痛时间 毫火针加灸法组疼痛平均开始缓解时间为6.288天,毫火针针刺法组为5.206天,两组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。毫火针针刺法缓解带状疱疹患者的疼痛开始时间早于毫火针加灸法组。

3.2.2 结痂时间 毫火针加灸法组皮损平均结痂时间为6.000天,毫火针针刺法组为4.206天,两组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。毫火针针刺法组患者疱疹结痂早于毫火针加灸法组。

3.2.3 治疗次数 毫火针加灸法组治疗3~12次,平均(6.220±2.213)次;毫火针针刺法组治疗3~12次,平均(5.224±1.928)次,两组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。毫火针针刺组的平均治疗次数少于毫火针加灸法组。

3.3 两组患者单次治疗前后疼痛积分比较

表4示,第2次治疗和最后1次治疗前后毫火针加灸法组疼痛减轻程度均优于毫火针针刺法组,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表4 两组患者单次治疗前后疼痛积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

时间	毫火针加灸法组 例数	毫火针加灸法组 疼痛改变程度	毫火针针刺法组 例数	毫火针针刺法组 疼痛改变程度	Z/t 值	P 值
第1次治疗	59	5.983±2.785	58	6.318±2.641	0.557	0.557
第2次治疗	59	2.652±2.045	58	4.896±2.795	-4.95	0.000
第6次治疗	39	1.551±1.370	26	2.038±1.385	1.379	0.167
最后1次治疗	59	0.779±0.837	58	1.224±1.080	2.399	0.016

3.4 两组患者临床疗效比较

3.4.1 皮损面积疗效 毫火针加灸法组痊愈18例,显效7例,有效15例,无效19例,总有效率67.8%;毫火针针刺法组分别为25例、9例、7例、17例、70.7%,两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.4.2 局部痛疗效 毫火针加灸法组痊愈25例,显效26例,有效4例,无效4例,总有效率93.3%;毫火针针刺法组分别为39例、18例、1例、0例、

100%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),毫火针赞刺法组局部痛疗效优于毫火针加灸法组。

3.4.3 综合疗效 治疗后毫火针加灸法组治愈38例(64.4%),好转18例(30.5%),未愈3例(5.1%),总有效率94.9%;毫火针赞刺组治愈41例(70.7%),好转16例(27.6%),未愈1例(1.7%),总有效率98.3%,两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。随访时毫火针加灸法组治愈45例,好转14例,未愈0例,总有效率100%;毫火针赞刺组治愈46例,好转11例,未愈1例,占98.3%,两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.5 安全性评价

两组患者均未发生不良事件。毫火针加灸法治疗后未引起局部感染及皮肤溃疡等。两组均未见异常且有临床意义的安全性指标变化。

3.6 随访结果

毫火针加灸法组疼痛积分0.62分,水疱数目1.00个,疱疹簇数0.03簇,疱疹面积3.95cm²;毫火针赞刺法组疼痛积分0.19分,水疱数目1.00,疱疹簇数0.04簇,疱疹面积4.61cm²。两组随访时水疱数目、疱疹簇数、疱疹面积比较差异无统计学意义($P>0.05$),疼痛积分比较差异有统计学意义($P<0.05$),提示毫火针赞刺组在止痛方面的远期疗效优于毫火针加灸法组。

4 讨论

带状疱疹应强调早期诊断、早期治疗^[10-12],急性期治疗方法的适当与否,直接关系到本病的发展及转归,是治疗最关键的时期,若不能在急性期有效地控制病情,则疾病发展为带状疱疹后神经痛,治疗将存在一定困难,且对患者的生活质量产生很大的影响^[13]。目前治疗本病,针灸是较好的选择^[14],尤其是火针治疗的疗效非常显著^[15]。

毫火针赞刺法和毫火针加温和灸法治疗带状疱疹是黄石玺教授的临床经验总结,是贺普仁教授“针灸三通法”中温通法、强通法的进一步临床应用。毫火针赞刺法是集毫火针、拔罐、放血疗法于一体的综合治疗方法,具有刺激强、起效快、疗效好的临床作用特点,易于操作、限制条件少,副作用少。毫火针导入的火热之性,通过腧穴、经脉的作用,直接激发经气,鼓舞正气,起到防病治病的作用。使用毫火针,借火力强开外门,使壅结的火毒直接外泄(火郁发之)。配合拔罐,给病邪(水湿、痰浊、瘀血、痈脓等病理产物)以出路。使机体的功能活动恢复到正常状态。镇痛、解痉、促进受损组织修复和功能调整及

免疫刺激调节作用。使用毫针(普通一次性不锈钢针灸针)作火针针具,克服了传统火针的缺陷,突出了毫火针的优势:①针体细,对皮肤损伤轻;②易于操作,对病变面积较大者可多针同时治疗;③针孔小,减少了局部感染的风险;④针体细小,减轻疼痛;⑤针后出血少,易于操作;⑥一次性使用,避免多人使用^[5]。

毫火针加温和灸法取毫火针开门祛邪、以热引热,温和灸温通经络、调和气血、扶正祛邪之功效,对带状疱疹急性期及后神经痛均有较好的疗效。临床上多用于带状疱疹皮损局部已化脓感染者,和疱疹区域不能作拔罐治疗者,对促进伤口加快愈合有明显疗效。

本研究主要运用毫火针加温和灸法以及毫火针赞刺法治疗中老年带状疱疹急性期患者,结果显示,两组治疗方法对于本病的治疗均有较优的疗效。但毫火针赞刺法组的实际治疗次数少于毫火针加灸法组,同时结痂日期也缩短,止痛时间以及对疼痛的改善程度上也明显优于毫火针加灸法组。在对两组患者随访情况进行统计学分析后发现,在水疱数目的控制以及疱疹簇数和疱疹面积方面两组的远期疗效无明显区别,但在止痛效果方面毫火针赞刺法优于毫火针加温和灸法。故临床上使用针灸治疗带状疱疹时推荐使用毫火针赞刺法,毫火针加温和灸法适用于局部疱疹化脓者,以避免局部皮损感染,对于皮损面积较大、敛疮能力较差的患者也建议使用毫火针加温和灸的方法。医者需根据患者的病情、症状等进行整体分析,针对患者的病因病机进行合理的辨证治疗。

参考文献

- [1]刘辅仁.实用皮肤病学[M].北京:人民卫生出版社,2005:206-210.
- [2]Ragozzino MW, Melton LJ 3rd, Kurland LT, et al. Population-based study of herpes zoster and its sequelae[J]. Medicine (Baltimore), 1982, 61(5): 310-316.
- [3]郭玉峰,王映辉,赵吉平,等.“其在皮者,汗而发之”——因势利导治则与火针赞刺法治疗带状疱疹[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(6):472.
- [4]黄石玺,毛湄,刘志顺,等.毫针替代火针的烧针试验[J].中国针灸,2009,29(12):1021-1022.
- [5]黄石玺.火针针具及临床操作改良[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(3):231-232.
- [6]毛湄,黄石玺,王映辉.“毫火针”的临床观察及安全性探讨[J].针灸临床杂志,2008,24(7):32-33.

素的演变趋势,各证素积分曲线都有下降趋势,同时具有一定的波动性,气虚证素治疗组曲线下降斜率大于对照组,说明中药对改善DN患者气虚证效果优于西药治疗。从统计结果看治疗组和对照组在这4个时点证素都有显著的下降趋势,故两组治疗都对DN证素的改善有效。

本研究治疗组方药基本组成为黄芪、生地黄、大黄、淫羊藿、山茱萸、夏枯草、鬼箭羽等。方中黄芪针对DN的“虚”证病机,甘温益气生阳,阳生阴长,故气旺血生,气旺津长,有补气生血、生津止渴之功,气滞则血滞,气行则血行,故本品能补气行滞。生地黄,又称干地黄,味甘、苦,性凉,入心、肝、肾经,本品味厚气薄,功专滋阴清热、养血润燥、凉血止血、生津止渴,其针对DN的“阴虚”病机。淫羊藿,辛、甘、温,入肝、肾经。有补肾壮阳、强筋健骨、祛风除湿之功,其针对DN的阳虚病机。山茱萸味酸涩,气平、微温,无毒,入肝、肾经,有补益肝肾、平补阴阳、收敛固涩之功,气温而主补,味酸而主敛,故精气益而腰膝强,针对DN阴阳两虚的病机最为适合。大黄针对DN的“实”证病机,具有行瘀解毒、推陈致新的功效,配合夏枯草、鬼箭羽、姜黄,达到化瘀散结、化浊解毒的目的。本研究也针对瘀、痰、毒的病机,应用大黄以推陈致新,活血祛瘀解毒。夏枯草,味辛、苦,有清肝火、散郁结之功,针对DN络脉瘀结,微型瘢痕病机。鬼箭羽,又称卫矛,具有破血、通经、杀虫、散瘀止痛等功效,针对DN血瘀病机。

演变规律研究的理想条件是观察DN单纯自然病程,但无论是从伦理学角度还是从医疗实际角度,都是不能进行单纯的自然病情证候演变观察。因此,借助随机对照研究进行DN的证候演变观察最

大限度地纯化了纳入患者接受的干预因素。在接受干预后,两组各证素具有改善趋势,但具有波动性,说明中药组方和厄贝沙坦都能改善DN证素,借助证素讨论早期DN证候演变规律具有重要临床意义。

参考文献

- [1]严倩华.糖尿病肾病中医辨证分型客观化研究概况[J].中医杂志,2010,51(7):660-662.
- [2]Mogensen CE. Early renal involvement and nephropathy. Can treatment modalities be predicted from identification of risk factors in diabetics? [J]. Toxicol Lett, 1989,46(1-3):213-226.
- [3]Mogensen CE, Schmitz A, Christensen CK. Comparative renal pathophysiology relevant to IDDM and NIDDM patients[J]. Diabetes Metab Rev, 1988, 4(5): 453-483.
- [4]中国中医药学会消渴病专业委员会.消渴病(糖尿病)中医分型辨证与疗效评定标准[J].中国医药学报,1993,8(3):54-56.
- [5]刘宏伟.慢性肾衰中医辨证分型和疗效判定标准——全国中医肾衰研讨会讨论通过[J].中医药信息,1991,8(2):27-28.
- [6]牟新,周旦阳,赵进喜.265例糖尿病肾病肾功能不全患者中医证候学研究[J].新中医,2007,39(5):84.
- [7]李梢.从维度与阶度探讨中医证候的特征及标准化方法[J].北京中医药大学学报,2003,26(3):1-4.
- [8]王永炎,张启明,张志斌.证候要素及其靶位的提取[J].山东中医药大学学报,2006,30(1):6-7.
- [9]余松林,向惠云.重复测量分析方法与SAS程序[M].北京:科学出版社,2004:1-22.

(收稿日期:2012-05-17;修回日期:2012-07-19)

[编辑:邓媛]

(上接第1745页)

- [7]贝政平,苏剑生,周长江,等.口腔皮肤疾病诊断标准[M].2版.北京:科学出版社,2007:198-199.
- [8]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:294.
- [9]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:259-260.
- [10]全敏.针灸治疗带状疱疹的时机选择[J].内蒙古医学院学报,2002,24(3):195-196.
- [11]雷红.担截带状疱疹潜伏期60例[J].针灸临床杂志,2001,17(5):29-30.

- [12]许卫平,龚炯.带状疱疹后神经痛相关因素临床分析[J].中国皮肤性病学杂志,2003,17(4):245-246.
- [13]谢继红.带状疱疹患者的神经痛与生活质量[J].中国临床康复,2003,26(7):3610-3611.
- [14]赵婷,王映辉.针灸治疗带状疱疹随机对照试验的系统评价[J].上海针灸杂志,2007,26(6):30-33.
- [15]王静华,陈洪沛,陈佳,等.火针为主治疗带状疱疹随机对照试验的系统评价[J].针灸临床杂志,2009,25(6):16-18.

(收稿日期:2012-02-22;修回日期:2012-04-30)

[编辑:崔京艳]