

养筋散瘀除痹方热敷配合针灸治疗颈肩腰腿痛临床分析

石静华, 蒋苏[△]

(南京医科大学附属泰州人民医院康复医学科, 江苏 泰州 225300)

摘要: 目的: 研究养筋散瘀除痹方热敷联合针灸治疗颈肩腰腿痛的临床效果。方法: 以2019年1月~2020年12月我院124例颈肩腰腿痛患者为样本进行随机对照实验, 将患者采用随机数字表法均分为观察组和对照组, 每组各62例。对照组给予针灸和烤灯照射治疗, 观察组在针灸基础上采用养筋散瘀除痹方进行热敷, 2组疗程均为3个月, 比较2组治疗效果、症状积分、疼痛程度视觉模拟法(VAS)评分、Fugl-Meyer量表(FMA)评分、改良Barthel指数(MBI)评分、肌电图检查结果和不良反应。结果: 观察组和对照组有效率分别为91.80%和85.48% ($P>0.05$), 显愈率分别为70.49%和51.61% ($P<0.05$); 2组治疗3个月时痛有定处、癥积、肢体麻木、肿胀及活动受限等主要症状评分明显降低 ($P<0.05$), 且观察组各项症状评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 2组治疗3个月时VAS评分均明显降低 ($P<0.05$), FMA和MBI评分均明显升高 ($P<0.05$), 且观察组VAS评分低于对照组, FMA和MBI评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 2组治疗3个月时平均肌电值(AEMG)、积分肌电值(IEMG)和中位频率(MF)明显升高 ($P<0.05$), 且观察组AEMG、IEMG和MF高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 2组治疗3个月时HCT、ESR和EAI均明显降低 ($P<0.05$), 且观察组HCT、ESR和EAI均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 养筋散瘀除痹方热敷联合针灸治疗颈肩腰腿痛可有效减轻疼痛程度, 促进肌力恢复, 对改善肢体运动功能和患者独立生活能力具有积极作用, 治疗效果较单纯针灸治疗具有明显优势, 具有一定临床价值。

关键词: 颈肩腰腿痛; 中药热敷; 养筋散瘀除痹方; 针灸; 疗效; 肌电图

中图分类号: R 274 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 11-0175-05

颈肩腰腿痛是颈椎病变、肩周炎以及腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)等退行性病变常见症状^[1]。中医理论认为“不通则痛, 不荣则痛”, 因此颈肩腰腿痛基本病机包括气血不足, 经络空虚和风寒湿邪, 瘀阻经络两个方面^[2]。《素问·举痛论》曰: “经脉流行不止而环周不休, 寒气入经而稽迟, 客于脉外则血少, 客于脉中则气不通, 故卒然而痛”, 脏腑亏损、外邪入侵或劳累损伤等因素导致疼痛部位血运不畅, 阻滞经络, 筋骨失去濡养而引起的综合征^[3]。虽然颈肩腰腿痛基本病机各不相同, 但最终均归于经络肢节病变, 因此治疗基本原则为调畅气机, 梳理经络。近年来中医治疗颈肩腰腿痛具有效果确切、简单易行和费用低廉等优势而广受关注, 常用方法包括针灸、推拿、中药熏蒸以及手指点穴等^[4-6]。由于不同学者对颈肩腰腿痛病机的认识存在差异, 治疗方法也各不相同, 本研究主要分析养筋散瘀除痹方热敷联合针灸用于颈肩腰腿痛治疗的临床效果, 为促进治疗水平不断进步提供更多循证医学证据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2019年1月~2020年12月我院124例颈肩腰腿痛患者为样本进行随机对照实验, 其中男性65例, 女性59例, 年龄26~78岁, 平均年龄(52.9 ± 10.5)岁, 病程为18 d~26个月, 平均(8.23 ± 1.85)个月, 原发疾病包括41例颈椎病、17

例肩周炎、29例腰肌劳损、24例LDH及其他13例。

1.2 纳入标准 ①患者均表现为颈肩腰腿部位疼痛、麻木和活动受限等症状; ②符合气滞血瘀证型诊断标准^[7]; ③年龄18~80岁; ④患者和家属均知晓本研究详细内容且已签署同意书。凡符合上述所有标准病例方可纳入本研究。

1.3 排除标准 ①合并心、肾或肝等严重功能不全; ②合并感染、肿瘤或结核等基础疾病; ③因骨折、脱位或其它骨关节病变引起的疼痛; ④合并精神疾病或其它原因所致交流沟通困难; ⑤妊娠期或哺乳期患者; ⑥合并针灸相关禁忌症。具有上述任一标准的患者不纳入本研究。

1.4 脱落标准 ①未严格遵医嘱完成治疗者; ②治疗期间发生严重并发症无法继续完成研究; ③患者主动要求退出; ④中途失访患者。以就诊时间为序将患者进行编号并采用随机数字表法均分为2组各62例。本研究内容满足《赫尔辛基宣言》要求, 患者知情且同意本研究, 且获得泰州市人民医院伦理委员会批准。

1.5 研究方法 两组均根据原发疾病和疼痛部位进行针灸治疗, 取穴方法: 颈肩痛主穴为风池、肩井、肩中俞和肩外俞, 配穴包括三阴交、阿是穴、大椎、曲池、外关、合谷、曲垣、天柱、八邪、天宗及百劳等; 下腰痛主穴为腰阳关、委中、阳陵泉、肾俞和大肠俞, 配穴包括腰眼、关元俞、阴陵泉、足三

[△]通讯作者: 蒋苏, 博士研究生, 副主任中医师, 研究方向: 神经康复, E-mail: jiangsu19871008@163.com。第一作者: 石静华, 硕士研究生, 主治中医师, 研究方向: 中医康复, 神经康复, E-mail: shijinghua001@126.com。

里、鹤顶、昆仑、仆参、金門、丘墟和解溪等。嘱患者取俯卧位，垫胸枕和踝枕以保持全身肌肉处于放松和舒适状态，按照经络辨证原则选取 6 组采用华成一次性使用无菌针灸针（北京科苑达医疗器械有限公司，生产批号：A200705）直刺，得气后留针，其中阿是穴采用泻法，其它诸穴均采用平补平泻手法，然后将长度 2 cm 的艾条与毫针针柄相接，周围皮肤垫放纸板后点燃艾条，以 1 段艾条为 1 壮，每个穴位施灸 3 壮，针灸治疗每日开展 1 次，连续治疗 5 d 后休息 2 d。在此基础上，对照组应用烤灯照射疼痛部位，时间 30 min，每日 1 次；观察组采用养筋散瘀除痹方热敷进行干预，方由黄荆子和紫荆皮 30g，赤芍、独活、牡丹皮、当归、羌活、姜黄、牛膝、天花粉、威灵仙、防己和防风各 15g，白芍、秦艽、川芎、连翘和炙甘草各 10 g 组成，将药材研碎后调成糊状并均匀敷于医用纱布上，然后紧贴于疼痛部位并使用烤灯照射 30 min，每日 1 次。两组疗程均为 3 个月。

1.6 观察指标和方法 ①主要症状积分：将气滞血瘀证主要症状痛有定处、癥积、肢体麻木、肿胀及活动受限按由轻到重进行量化评分，其中无、轻、中和重分别计 0 分、1 分、2 分和 3 分，2 组均于治疗前和治疗 3 个月时分别评估 1 次。②疼痛严重程度评分：分别治疗前和治疗 3 个月时采用视觉模拟法（visual analogue scale，VAS）进行评估，总分 0~10 分，其中 0 分表示无疼痛，得分越高说明疼痛程度越严重。③肢体运动功能：分别于治疗前和治疗 3 个月时采用 Fugl-Meyer 量表（Fugl-Meyer assessment，FMA）评估 2 组运动功能^[8]，内容包括上肢和下肢两部分，总分 0~100 分，得分降低说明运动障碍加重。④独立生活能力：分别于治疗前和治疗 3 个月时采用中文版改良 Barthel 指数（modified barthel index，MBI）^[9]进行评估，内容分为进食、洗澡和更衣等 10 项，总分 0~100 分，得分越高表明独立生活能力越强，内部信度为 0.866~0.990。⑤肌电图检查：分别于 2 组治疗前和治疗 3 个月时采用 Telemyo

2400T 型 16 通道表面肌电仪（美国 Noraxon 公司）置于疼痛部位表面肌群进行检查并测量平均肌电值（average electromyography，AEMG）、积分肌电值（integrate electromyography，IEMG）和中位频率（median frequency，MF），操作方法为患者站直并将双手置于身体两侧，掌心向后，然后以一定速度向前伸直，再上举 180°，保持 6 s 后以相同速度恢复原位，重复 3 次，于每次动作结束时测量等长收缩信号中间 3 s 的数据并取均。⑥血液流变学指标：采集两组治疗前和治疗 3 个月时空腹外周静脉血各 3 mL，采用 c16000 型全自动生化仪（美国雅培公司）测量血细胞比容（hematocrit，HCT）、血沉速率（erythrocyte sedimentation rate，ESR）和红细胞聚集指数（erythrocyte aggregation index，EAI）等。⑦不良反应：观察 2 组治疗期间与中药热敷或针灸相关不良反应发生情况。

1.7 疗效评估 根据《中药新药临床研究指导原则》相关标准^[10]，痊愈为患者症状完全消失，中医证候积分减少≥95%，且肢体功能和日常生活完全恢复正常；显效为主要症状明显改善，中医证候积分减少 70%~95%且肢体运动功能基本恢复正常；有效为患者主要症状好转，中医证候积分减少 30%~70%，肢体功能改善但仍存在明显运动障碍；无效为患者症状和肢体功能未见好转或病情加重。

1.8 统计学分析 计数资料以例和百分比表示，组间对比采用 χ^2 检验，2 组独立等级资料比较采用 Wilcoxon 秩和检验，计量资料经 Kolmogorov-Smirnov 法检验符合正态分布者用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，两组比较采用独立样本 t 检验，组内不同时间比较采用配对样本 t 检验，数据分析应用 SPSS22.0 软件，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者的基本资料比较 观察组因工作需要出差主动退出研究 1 例，对照组无病例脱落，两组性别、年龄、病程和原发疾病等基本资料比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组患者的基本资料比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

分组	性别		年龄 (岁)	病程 (月)	原发疾病				
	男	女			颈椎病	肩周炎	腰肌劳损	LDH	其它
观察组($n=61$)	35(57.38)	26(42.62)	53.16±10.14	7.92±1.68	18(29.51)	10(16.39)	13(21.31)	12(19.67)	8(13.11)
对照组($n=62$)	30(48.39)	32(51.61)	52.79±10.85	8.37±2.03	23(37.10)	7(11.29)	16(25.81)	11(17.74)	5(8.06)

2.2 两组患者治疗效果比较 观察组和对照组有效率分别为 91.80%和 85.48%（ $P > 0.05$ ），显愈率分

别为 70.49%和 51.61%（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组患者治疗效果比较[例(%)]

分组	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率	显愈率
观察组	61	17(27.87)	26(42.62)	13(21.31)	5(8.20)	56(91.80)	43(70.49) [#]
对照组	62	13(20.97)	19(30.65)	22(35.48)	8(12.90)	54(85.48)	32(51.61)

注：与对照组比较，[#] $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后主要症状积分比较 两组治疗 3 个月时痛有定处、癥积、肢体麻木、肿胀及活动受限等主要症状评分均明显降低 ($P<0.05$), 且观察组各项症状评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后主要症状积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

分组	时期	痛有定处	癥积	肢体麻木	肿胀	活动受限
观察组 ($n=61$)	治疗前	2.47±0.61	1.78±0.43	2.06±0.54	1.92±0.46	2.38±0.65
	治疗 3 个月	1.29±0.35 ^{*#}	0.91±0.32 ^{*#}	1.05±0.31 ^{*#}	0.87±0.25 ^{*#}	1.42±0.37 ^{*#}
对照组 ($n=62$)	治疗前	2.53±0.64	1.86±0.45	1.98±0.57	2.03±0.51	2.31±0.60
	治疗 3 个月	1.48±0.39 [*]	1.07±0.36 [*]	1.24±0.39 [*]	1.02±0.34 [*]	1.63±0.45 [*]

注: 与同组治疗前比较, ^{*} $P<0.05$; 与对照组治疗 3 个月比较, [#] $P<0.05$

2.4 两组患者治疗前后 VAS、FMA 和 MBI 评分比较 观察组 VAS 评分低于对照组, FMA 和 MBI 评分高于两组患者治疗 3 个月时 VAS 评分均明显降低 ($P<0.05$), FMA 和 MBI 评分均明显升高 ($P<0.05$), 且

表 4 两组患者治疗前后 VAS、FMA 和 MBI 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

分组	VAS		FMA		MBI	
	治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月
观察组($n=61$)	5.83±1.49	2.07±0.61 ^{*#}	46.29±10.52	78.35±9.13 ^{*#}	58.97±12.06	83.49±13.75 ^{*#}
对照组($n=62$)	5.76±1.42	2.45±0.68 [*]	43.96±10.84	72.41±8.74 [*]	61.25±11.62	74.63±12.86 [*]

注: 与同组治疗前比较, ^{*} $P<0.05$; 与对照组治疗 3 个月比较, [#] $P<0.05$

2.5 两组患者治疗前后肌电图检查结果比较 两组治疗 3 个月时 AEMG、IEMG 和 MF 相比于治疗前均明显升高 ($P<0.05$), 且观察组 AEMG、IEMG 和

表 5 两组患者治疗前后肌电图检查结果比较($\bar{x}\pm s$)

分组	AEMG(μV)		IEMG($\mu V\cdot s$)		MF(Hz)	
	治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月
观察组($n=61$)	50.96±12.47	71.34±17.53 ^{*#}	184.75±43.62	306.58±71.49 ^{*#}	0.05±0.02	0.09±0.03 ^{*#}
对照组($n=62$)	52.13±13.28	63.09±16.15 [*]	186.30±45.23	273.96±68.12 [*]	0.05±0.01	0.08±0.02 [*]

注: 与同组治疗前比较, ^{*} $P<0.05$; 与对照组治疗 3 个月比较, [#] $P<0.05$

2.6 两组治疗前后血液流变学指标比较 两组治疗 3 个月时 HCT、ESR 和 EAI 均明显降低 ($P<0.05$), 且观察组 HCT、ESR 和 EAI 低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 6。

表 6 两组患者治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x}\pm s$)

分组	HCT(%)		ESR(mm/h)		EAI(Hz)	
	治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月
观察组($n=61$)	49.06±5.37	41.24±4.15 ^{*#}	23.84±6.47	18.29±5.38 ^{*#}	9.56±2.04	7.13±1.26 ^{*#}
对照组($n=62$)	48.61±5.89	43.78±4.62 [*]	23.05±5.93	20.46±4.81 [*]	9.27±1.89	7.64±1.32 [*]

注: 注: 与同组治疗前比较, ^{*} $P<0.05$; 与对照组治疗 3 个月比较, [#] $P<0.05$

2.7 两组患者不良反应比较 两组患者治疗期间均未见晕针、心慌、头晕或皮肤肿胀等不良反应发生。

3 讨 论

中医理论将颈肩腰腿痛归属于“痹症”“筋伤”或“腰痛”范畴, 根据原发疾病不同, 其病机、病证和治则均存在差异, 经过历代已交不断总结和完善的, 颈肩腰腿痛大致分为 6 种证型, 其中以气滞血瘀证型最为常见, 根据辩证论治原则, 治疗需活血化瘀, 行气止痛, 缓解疼痛和活动受限症状, 促进患者日常生活恢复正常^[11]。

针灸是目前治疗颈肩腰腿痛常用方法, 因气虚、血虚及阳虚等因素均可造成血瘀症, 且痰、湿、浊等外邪也可瘀阻经络并造成疼痛, 故而瘀为颈肩腰腿痛发病关键环节, 采用针灸可祛瘀逐湿, 活血止痛, 对缓解疼痛等不适症状和促进肢体功能恢复具有积极作用^[12]。针灸是在针刺后采用艾条对毫针进行加热以增强刺激的方法, 可有效缓解局部肌肉痉挛, 促进血肿吸收并解除软组织压迫^[13]。本研究按照经络辨证原则结合患者疼痛部位选取穴位进行针灸, 其中颈肩痛主穴为风池、肩井、肩中俞和肩外

俞,具有清热解表,理气止痛等功效,再以配穴百劳滋阴补肺,三阴交活血调经,大椎解痉安神,天柱清心泄热,八邪清热解暑,天宗理气宽胸,外关祛风解热,合谷镇静止痛;下腰痛主穴中腰阳关益肾强腰,委中清热凉血,阳陵泉清热利湿,肾俞益肾助阳,大肠俞温里散寒,同时选取配穴腰眼温煦肾阳,关元俞培补元气,阴陵泉利水渗湿,足三里补中益气,鹤顶舒筋利节,昆仑清热解毒,仆参益肾健骨,金门清热祛风,丘墟理气止痛,解溪化痰镇惊;每位患者从中选取 6 组穴位搭配进行针灸治疗,可获舒筋活络,标本兼治之功。本研究结果显示治疗 3 个月时痛有定处、癥积、肢体麻木、肿胀及活动受限等主要症状评分明显降低,FMA 和 MBI 评分明显升高,有效率和显愈率分别为 85.48% 和 51.61%,表明针灸和烤灯照射用于颈肩腰腿痛治疗有利于缓解疼痛等不适症状,促进肢体功能和独立生活能力恢复。同时本研究结果显示观察组加用养筋散瘀除痹方热敷治疗后,有效率和显愈率分别达 91.80% 和 70.49%,各项症状缓解更为显著,且 VAS、FMA 和 MBI 改善效果较对照组均具有明显优势,提示中药热敷联合针灸治疗颈肩腰腿痛有利于提升疗效。

中药热敷治疗颈肩腰腿痛可通过病变部位直接吸收药物发挥作用,与口服相比不仅可避免药物在消化道内的首过作用,提升局部药物浓度,还有利于减轻消化道刺激和肝肾负担,降低不良作用发生风险^[14]。廖军等^[15]报道显示在常规治疗基础上采用四子散中药封包治疗 LDH 可有效减轻疼痛等临床症状,具有良好治疗效果。赵志超等^[16]应用自拟祛痛膏外敷联合针刺疗法治疗 LDH 可显著减轻患者疼痛并提升腰椎功能,降低腰痛对日常生活的影响,临床疗效明显优于单纯的针刺治疗。本研究在针灸基础上自拟养筋散瘀除痹方外敷对颈肩腰腿痛患者进行干预,方中黄荆子祛风解表、行气止痛,羌活祛风散寒、除湿止痛,独活祛风除湿、通痹止痛,防风发散、胜湿、解痉,四药共为君药既可御外风而解表,又能祛风湿而散寒,从而达到祛邪止痛的作用。又赤芍散瘀止痛,白芍养血调经,当归补血活血,川芎活血行气,紫荆皮活血通经,姜黄活血止痛,威灵仙活血消肿,秦艽舒经活络,牛膝逐瘀通经,诸药为臣药可养血调经,活血通络,不仅有利于提升君药止痛效果,还可促使经筋恢复濡养,对彻底缓解症状和肢体功能恢复具有积极作用,此外天花粉清热生津,牡丹皮清热凉血,威灵仙活血消肿,防己利水消肿,诸药配伍具有解毒、凉血和消肿之功,进一步促进疼痛等不适症状缓解,最后以炙甘草调为使和诸药并共奏祛风燥湿、活血通络,散瘀止痛的效果,因此与针灸联合应用可有效提升颈肩腰腿痛治疗效果。

表面肌电图检查现已广泛用于评估肌肉功能障碍,文献报道慢性腰痛患者背伸过程中疼痛侧各肌

群肌电平均振幅明显降低,提示疼痛侧肌力下降,其原因可能与疼痛导致肌肉长期处于僵直状态而造成的疲劳有关^[17-19]。本研究中 2 组肌电图检查结果显示治疗 3 个月时 AEMG、IEMG 和 MF 均明显升高,且观察组 AEMG、IEMG 和 MF 明显高于对照组,表明 2 组患者肌肉收缩能力获得明显恢复,且观察组治疗方法较对照组优势显著。针灸和中药热敷均有利于促进疼痛缓解,调节肌张力并缓解肌肉痉挛,此外两种方法还具有改善血液循环,减轻炎症反应和保护神经功能等作用,因此可改善疼痛部位肌群生理代谢和活动能力,进而促进肢体功能恢复,且两者联合治疗效果更为显著。

颈肩腰腿痛患者常伴血液循环障碍,朱华亮等^[20]报道显示身痛逐瘀汤加减治疗瘀血阻滞型腰背肌筋膜疼痛综合征有利于改善血液循环,提升抗炎和镇痛效果。本研究采用养筋散瘀除痹方热敷联合针灸治疗颈肩腰腿痛患者,结果显示 2 组治疗 3 个月时 HCT、ESR 和 EAI 均明显降低,且观察组 HCT、ESR 和 EAI 明显低于对照组,表明针灸和养筋散瘀除痹方热敷均有利于改善患者血液循环,且联合治疗可明显提升疗效。本研究针灸治疗选取穴位包括腰阳关、肾俞及手三里等,利用热刺激可改善血液循环并减少炎症因子浸润,抑制痛觉信息传达,因此对颈肩腰腿痛具有良好效果^[21]。另外观察组所用中药房中当归、羌活及紫荆皮等药物均有利于活血通络,促进机体循环功能恢复,有利于炎症介质和疼痛因子吸收,从而减轻颈、肩和腰等部位软组织不良刺激,为促进患者症状改善和肢体功能恢复创造有利条件。

综上所述,养筋散瘀除痹方热敷联合针灸治疗颈肩腰腿痛可有效减轻疼痛程度,促进肌力恢复,对改善肢体运动功能和独立生活能力具有积极作用,治疗效果较单纯针灸治疗具有明显优势。本研究主要创新点为以黄荆子、羌活、独活和防风为君药的中药热敷方案与针灸联合治疗颈肩腰腿痛具有良好效果,并获得表面肌电图观察的客观结果证实,可为提升颈肩腰腿痛治疗水平提供更多循证医学证据。本研究也存在一些不足,主要为患者没有根据疼痛部位和辨证进行分类,不同患者针灸治疗选穴可能存在差异,可能导致研究结果存在一定偏倚,因此后续需要将样本进一步细分,深入分析不同类型患者和不同针灸方案联合中药热敷的治疗效果。此外本研究所有患者中药热敷方案均相同,因此后续研究将尝试对根据患者证型对外敷方案进行适当调整,为患者提供个体化和精确化治疗,以进一步提升治疗效果。

参考文献

- [1] 吕海兵,张宏如,段佳强,等.功能解剖下的"阿是之法"探析[J].时珍国医国药,2019,30(1):159-161.
- [2] 赖红,冷三华,杨观虎,等.腰痛真假针刺设计循证医学研究与动态腧穴定位分析[J].中国针灸,2019,39(5):545-548.

调神益智汤联合生物反馈治疗学龄期儿童注意力 缺陷多动障碍的疗效分析*

刘晓亮, 苑成浩, 李慧, 高璇

(北京大学第三医院秦皇岛医院, 河北 秦皇岛 066000)

摘要: 目的: 探讨调神益智汤联合生物反馈治疗学龄期儿童注意力缺陷多动障碍 (ADHD) 患儿的临床效果及对临床症状、脑电波、血清指标的影响。方法: 回顾性纳入秦皇岛军工医院接收的 150 名学龄期 ADHD 患儿为研究对象, 年龄 6~14 岁, 随机分为对照组 1 (盐酸哌甲酯缓释片治疗)、对照组 2 (调神益智汤治疗) 与观察组 (在对照组 2 基础上加用生物反馈治疗), 每组各 50 例。治疗 12 周后评估各组疗效, 记录治疗前后临床症状、脑电波、血清指标的变化, 并对其安全性进行客观性评价。结果: 三组总有效率相比差异有统计学意义 ($P<0.05$), 且观察组总有效率高于对照组 1 与对照组 2 ($P<0.05$); 治疗后各组 SNAP-IV 评分、脑电 θ/β 值、促肾上腺皮质激素 (ACTH)、皮质醇 (CORT) 水平均改善 ($P<0.05$), 且治疗后以观察组改善效果最佳 ($P<0.05$); 观察组不良反应发生率为 22.00% (11/50), 对照组 1 发生率为 26.00% (13/50), 对照组 2 发生率为 16.00% (8/50), 三组发生率相比差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论: 调神益智汤联合生物反馈治疗学龄期 ADHD 患儿能显著改善其临床症状及脑电波, 还能调节 ACTH、CORT 等血清指标, 疗效及安全性均较高, 值得推广。

关键词: 调神益智汤; 生物反馈; 学龄期; 儿童注意力缺陷多动障碍; 临床症状; 脑电波; 血清指标

中图分类号: R 749.94 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 11-0179-04

Efficacy of Tiaoshen Yizhi Decoction combined with biofeedback in the treatment of school-age children with attention deficit hyperactivity disorder/LIU Xiaoliang, YUAN Chenghao, LI Hui, et al// (Peking University Third Hospital Qin-

* 基金项目: 秦皇岛市科学技术研究与发展计划项目 (编号: 202101A092)。作者简介: 刘晓亮, 主治医师, 本科, 研究方向: 儿科学, E-mail: 494448657@qq.com。

- [3] 黎旭军, 何晖, 黄健林, 等. 强直性脊柱炎早中期腰背痛的中
医干预研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44 (4): 786-789.
- [4] 卢群文, 苏程果, 刘华辉, 等. 腹背阴阳配穴论治腰痛 [J].
中国针灸, 2018, 38 (12): 1335-1339.
- [5] 温志刚, 路帅, 董军格, 等. 外敷温经药酒和电磁波理疗配合
中药穴位注射治疗气滞血瘀型腰痛病的短期临床研究 [J]. 时
珍国医国药, 2017, 28 (11): 2688-2690.
- [6] 金晓飞, 李茹, 陈利芳, 等. 浮刺结合温灸治疗慢性非特异性
腰背痛: 随机对照预试验 [J]. 中国针灸, 2018, 38 (10):
1058-1062.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京
大学出版社, 1994: 92-95.
- [8] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点 [J].
中华神经科杂志, 1996, 29 (6): 379-380.
- [9] 缪鸿石. 康复医学理论与实践 [M]. 上海: 上海科学技术出版
社, 2000. 1847-1848.
- [10] 郑筱英. 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: 385.
- [11] 刘丽莎, 袁秀丽, 段莹, 等. 针灸治疗腰痛国内外研究现状分
析 [J]. 中华中医药杂志, 2018, 33 (7): 3082-3085.
- [12] 孙晶, 梁宜, 王超, 等. 针灸治疗躯体形式疼痛障碍的诊疗思
路和临床体会 [J]. 中国针灸, 2017, 37 (4): 425-428.
- [13] 孟旭, 赵吉平, 程璐, 等. 中医时间节律在针灸临床中的应用
[J]. 中医杂志, 2020, 61 (4): 311-314.
- [14] 田硕, 苗明三. 基于神经-内分泌-免疫网络探讨中药外用作用
机制-"三微调平衡" [J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25
(4): 6-12.
- [15] 廖军, 周荣斌, 朱君军, 等. 四子散中药封包治疗腰椎间盘突出
出症的临床研究 [J]. 重庆医学, 2020, 49 (6): 959-962.
- [16] 赵志超, 尤娟. 自拟祛痛膏外敷联合针刺疗法治疗腰椎间盘突出
出症临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46 (11): 2351-
2353.
- [17] 金翔, 吕飞舟, 马晓生, 等. 肌电图对多节段腰椎退行性疾病
责任节段定位的诊断价值 [J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2017, 27
(5): 429-434.
- [18] 刘斯文, 王金贵, 李华南, 等. 慢性腰痛患者表面肌电图临床
特征及数据分析 [J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32 (12):
1361-1365.
- [19] 郅淑燕, 王丛笑, 孙晓静, 等. 局部振动治疗对颈肩痛患者肌
肉物理特性及表面肌电信号的影响 [J]. 中华物理医学与康复
杂志, 2017, 39 (1): 30-33.
- [20] 朱华亮, 周宗波, 武旭刚, 等. 身痛逐瘀汤加减治疗瘀血阻滞
型腰背筋膜疼痛综合征的临床观察 [J]. 中国实验方剂学杂
志, 2019, 25 (9): 49-54.
- [21] 李新茹, 郑德松, 王晓光, 等. 激痛点温针灸治疗卒中后肩手
综合征 I 期患者的临床观察 [J]. 中华中医药杂志, 2021, 36
(9): 5671-5673.

(收稿日期 2023-06-02)