

揸针联合加味骨痹汤治疗肩袖损伤(气滞血瘀证)临床观察*

付泽佳¹ 朱光宇^{2,3,△} 尹岳桐¹ 田向东^{2,3} 王荣田^{2,3}

张 伟^{2,3} 谭冶彤^{2,3} 薛志鹏^{2,3} 胡元一^{2,3}

(1. 北京中医药大学, 北京 100029; 2. 北京中医药大学第三附属医院, 北京 100029; 3. 北京中医药大学“中医骨伤治疗与运动康复智能化”教育部工程研究中心, 北京 100029)

中图分类号: R684 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2024)09-1618-05

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2024.09.027

【摘要】 目的 观察揸针联合加味骨痹汤治疗肩袖损伤(气滞血瘀证)的临床疗效,为肩袖损伤治疗提供一种简单、有效的方法。**方法** 对2022年6月至2023年6月收治的66名肩袖损伤患者进行回顾性分析,并根据治疗方法将其分为观察组与对照组各33例。观察组采用了揸针联合加味骨痹汤,对照组仅使用加味骨痹汤,两组患者均配合功能锻炼。以视觉模拟疼痛(VAS)评分、Constant-Murley肩关节评分量表、美国加州大学(UCLA)肩关节评分系统及关节活动度(ROM)及总有效率为观察指标,记录患者肩关节疼痛、肩关节功能和患者整体满意度,比较治疗前及治疗后4周各项指标的变化。**结果** 观察组的总有效率显著高于对照组,治疗后4周,2组的VAS评分均有所下降,Constant-Murley评分、UCLA肩关节评分和ROM均有所提高,且观察组优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 揸针联合加味骨痹汤可有效缓解肩袖损伤(气滞血瘀证)患者疼痛症状,在改善肩关节活动度方面治疗效果更佳。

【关键词】 肩袖损伤 气滞血瘀 揸针 加味骨痹汤 经筋理论

Clinical Observation of Press Needles Combined with Modified Gubi Decoction for Treating Rotator Cuff Injury (Syndrome of Qi Stagnation and Blood Stasis) Fu Zejia, Zhu Guangyu, Yin Yuetong, Tian Xiangdong, Wang Rongtian, Zhang Wei, Tan Yetong, Xue Zhipeng, Hu Yuanyi. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China.

【Abstract】 Objective: To observe the clinical efficacy of press needles combined with Modified Gubi Decoction in treating rotator cuff injury (qi stagnation and blood stasis syndrome) and to provide a simple and effective method for the treatment of rotator cuff injury. **Methods:** A retrospective analysis was conducted on 66 patients with rotator cuff injury who were treated between June 2022 and June 2023. They were divided into an observation group and a control group, with 33 patients in each group. The observation group was treated with press needles combined with Modified Gubi Decoction, while the control group received only Modified Gubi Decoction. Both groups also performed functional exercises. The visual analog scale (VAS) score, Constant-Murley shoulder score, UCLA shoulder rating system, range of motion (ROM), and overall effective rate were used as observation indicators to record the shoulder pain, shoulder function, and overall satisfaction of the patients. The changes in these indicators before and 4 weeks after treatment were compared. **Results:** The overall effective rate in the observation group was significantly higher than in the control group. 4 weeks after treatment, the VAS scores decreased, and the Constant-Murley scores, UCLA shoulder scores, and ROM improved in both groups, with the observation group showing better results than the control group. The differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The combination of press needles and Modified Gubi Decoction can effectively relieve pain symptoms in patients with rotator cuff injury (qi stagnation and blood stasis syndrome) and improve shoulder joint mobility. This treatment method is worthy of clinical promotion and use.

【Key words】 Rotator cuff injury; Qi stagnation and blood stasis; Press needles; Modified Gubi Decoction; Meridian theory

肩袖损伤的主要原因为肩峰下撞击、退行性改变、血供不足和急性创伤^[1]。肩痛、活动受限和力弱

是肩袖损伤的主要临床表现^[2]。肩袖损伤常用Neer分期,分为Ⅰ~Ⅲ3期^[3]。临床上保守治疗适应于Ⅰ型和Ⅱ型非撕裂或相对较小的撕裂^[4-5]。目前在肩袖损伤的治疗上,西医主要以非甾体消炎药等药物治疗和物理疗法、封闭疗法、富血小板血浆治疗及外科手

* 基金项目:北京中医药大学重点攻关项目(2020-JYB-ZDGG-142-5)
△通信作者

术等非药物治疗^[6]。口服此类药物短期内效果明显,长期服用易导致胃肠道、血液系统及肝肾功能损害的不良反应^[7]。西医之肩袖损伤符合中医“经筋病”范畴。中医认为先天禀赋不足、感受外邪、慢性劳损、老年肝肾不足是肩袖损伤的主要病因^[8]。中医治疗肩袖损伤的方法诸多,有研究证实中药和针灸对肩袖损伤有很好的疗效^[9-11]。针灸刺激时效短,揠针是在腧穴部位埋针一段时间,使之产生持续性的穴位刺激,对治疗急慢性肩痛具有积极效果,可有效缓解疼痛^[12],经筋理论广泛应用于临床,对揠针选穴有指导作用。本研究通过对比治疗前后疼痛及活动度的变化情况,评价揠针联合加味骨痹汤对肩袖损伤的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)诊断标准。西医诊断标准根据《临床诊疗指南-骨科分册》^[13]中的关于肩袖损伤的诊断标准制定。中医证候分型诊断标准依据《中医筋伤学》^[14]中肩袖损伤气滞血瘀的分型。主要表现为:肩袖损伤早期,肩部疼痛、肿胀,肩关节活动受限,夜间痛,痛处固定不移,舌暗或有瘀斑,脉弦或涩。2)纳入标准:满足中西医诊断标准;性别不限;年龄25~77岁;Neer分期属于Ⅰ~Ⅱ期。3)排除标准:近2周接受过其他治疗者;根据Cofield分类^[15]定义为巨大肩袖撕裂者;合并严重肩关节骨性关节炎、肩关节脱位、骨折等者;自身免疫性疾病或严重器质性疾病者;合并精神类疾病,无法配合者。

1.2 临床资料 本研究为回顾性病例分析,选取来自北京中医药大学第三附属医院微创关节科门诊2022年6月至2023年6月收治的66例肩袖损伤患者作为研究对象,将其分为观察组与对照组各33例。两组之间的性别构成比、年龄、病程、受伤侧、分期构成比差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。本研究的实施符合《赫尔辛基宣言》及北京中医药大学第三附属医院科研相关伦理要求,且所有患者均签署知情同意书。

表1 两组基线资料比较

组别	n	性别(男/女,n)	侧别(左/右,n)	年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	病程(月, $\bar{x}\pm s$)	Neer分期(Ⅰ/Ⅱ,n)
观察组	33	14/19	12/21	56.33±12.79	2.22±1.33	25/8
对照组	33	15/18	12/21	56.97±8.91	2.17±1.39	23/10

1.3 治疗方法 1)对照组:予中药汤剂(北京中医药大学第三附属医院康仁堂配方颗粒剂)。组成:白芍15 g,甘草、威灵仙、桑寄生、续断、川牛膝、桃仁、红花各10 g,苍术、木瓜各9 g,黄芪20 g。每日2剂,分别在清晨和晚上服用,开水冲服,每次150 mL,疗程为4周。进行肩关节功能锻炼,主动活动包括弯腰晃肩、双

手爬墙、体后拉手、外旋锻炼^[16]以及全范围肩关节活动,每次锻炼5~10 min,早晚各锻炼1次,共4周。进行肩关节各个方向的被动活动,增强肌肉力量,每次锻炼5~10 min,每周锻炼1次。注意3个月内避免提举重物或攀援活动,均为空手锻炼。2)观察组:在对照组的基础上联合揠针治疗。取穴:取患侧肩髃、肩髃、肩贞及肩井穴位。操作:对穴位常规消毒后予揠针(苏州天协针灸器械有限公司理易牌无菌揠针,规格0.22 mm×1.3 mm)留针,时间为3 d,留针期间每日早、晚各按压针柄3~4次,单个穴位每次按压超过30 s。每周1次,共治疗4周。施针时应避开局部血管并注意消毒,嘱患者留针期间注意防水。

1.4 观察指标 1)视觉模拟疼痛(VAS)评分^[17]:用于疼痛评估,评分越高代表疼痛越明显。分别于治疗前及治疗后4周评分。2)Constant-Murley肩关节评分量表^[18]:包括疼痛程度、日常生活、肩关节活动度和肌力4个方面,总分100分,评分越高代表治疗效果越好。分别于治疗前及治疗后4周评分。3)UCLA肩关节评分系统^[19]:评定肩关节功能。包括疼痛、功能活动、前屈肌力、前屈活动度、满意度5个方面,总分为35分,分值越高代表肩关节功能恢复越好。分别于治疗前及治疗后4周评分。4)ROM:用关节量角器分别于治疗前及治疗后4周测量其肩关节活动度。5)安全性指标:包括血常规、生化指标(谷丙转氨酶、肌酐)。患者接受治疗后出现头晕头痛、胸闷心悸、恶心呕吐、腹痛腹泻等新的症状,应及时详细记录。

1.5 疗效标准 治愈:肩部活动功能恢复正常,临床症状消失。显效:临床症状有明显的减轻,肩部活动度有明显的增加。有效:临床症状和肩部活动均有不同程度的改善。无效:没有明显的好转^[20]。总有效率=(治愈+显效+有效)例数÷总例数×100%。

1.6 统计学处理 采用SPSS statistics 27.0统计软件,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示;两组之间各项评分比采用两独立样本 t 检验,治疗前后各项评分比采用配对 t 检验。计数资料以“n、%”表示,采用 χ^2 检验或等级秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后VAS评分比较 见表2。治疗后,两组VAS评分均较治疗前降低,两组治疗后VAS评分差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 两组治疗前后VAS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	33	6.00±1.12	2.30±0.77 [△]
对照组	33	5.91±0.88	3.21±1.22 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗前后 Constant-Murley 评分比较 见表3。经过4周治疗后,两组评分都较治疗前明显提高,观察组评分也明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 两组治疗前后 Constant-Murley 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	33	58.76±3.06	82.82±2.98 ^{*△}
对照组	33	58.70±4.00	73.55±6.57 [*]

2.3 两组治疗前后 UCLA 评分比较 见表4。治疗后4周,两组评分均较治疗前明显提高,观察组评分显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表4 两组治疗前后 UCLA 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	33	14.94±1.43	32.70±1.33 ^{*△}
对照组	33	15.48±1.52	24.15±3.46 [*]

2.4 两组治疗前后 ROM 比较 见表5。治疗后4周,两组活动度均明显增大,前屈度差异有统计学意义($P<0.05$),但两组外展度差异不大($P>0.05$)。

表5 两组治疗前后 ROM 比较(°, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	前屈度	外展度
观察组 (n=33)	治疗前	119.70±26.28	103.33±21.31
	治疗后	156.67±17.44 ^{*△}	149.70±23.78 [*]
对照组 (n=33)	治疗前	117.58±20.92	99.55±22.23
	治疗后	146.67±21.16 [*]	138.79±27.47 [*]

2.5 两组临床疗效比较 见表6。观察组总有效率为96.97%,高于对照组81.82%,有显著性差异($P<0.05$)。

表6 两组临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	33	18	9	5	1	32(96.97) [△]
对照组	33	12	8	7	6	27(81.82)

注:与对照组比较, [△] $P<0.05$ 。

2.6 安全性比较 两组治疗前后实验室指标在正常范围内,治疗期间未出现明显与药物相关的不良反应,中途无退出病例。

3 讨论

《素问·痹论》记载“风寒湿三气杂至,合而为痹”。《黄帝内经》载“肾主骨生髓”,骨髓存在于全身骨骼之中,有营养骨的作用。《素问·痿论》说“肝主身之筋膜”。筋膜、肌肉的收缩、舒张,能支配四肢、关节运动的屈伸、转侧。筋膜得到足够的肝血温养,方能强健有

力,活动自如。老年肝肾不足,气血不荣于筋,可见肢体麻木,屈伸不利^[21]。《仙授理伤续断秘方》有言其病机“手足久损,筋骨差驳,举动不能,损后伤风湿,肢节挛缩,遂成偏废,劳伤筋骨,肩背疼痛”^[21]。由上可知其病因多为劳损日久或肝肾亏虚加之外感风寒湿邪致使血络受损,血溢脉外,经气瘀滞,导致气滞血瘀湿滞,不通则痛,痛则筋脉拘急,引起肩关节活动受限。因此,治疗上应以活血化瘀、补益肝肾为主。

中药治疗上,临床多用活血化瘀的方法治疗肩袖损伤^[22-23]。关幼波教授力倡“十纲辨证”,认为“审证必求因,当在气血寻”。关幼波骨痹汤以芍药甘草汤加味,主要用于骨质增生及痹证疼痛的治疗,肩袖损伤也属于痹证类疾病,但与骨痹相区别,病位主要在肩部的软组织,病位在筋。在临床应用的基础上,我们使用该方针对退变性肩袖损伤,根据患者的病因病机特点进行加减化裁,治疗肩袖损伤(气滞血瘀证)。配伍在桃仁、红花活血祛瘀止痛基础之上重用白芍柔肝止痛,而肝在体合筋,配甘草酸甘化阴以缓筋急,药性守而不走;威灵仙性温,可增强其柔筋、缓解疼痛的效果,并可利用其温热行气,祛风湿。木瓜性温,可舒展筋骨;桑寄生、续断、川牛膝补肝肾、强筋骨,配以苍术加强祛风湿散寒的作用;黄芪行滞通痹、补气养血。诸药合用标本兼顾,共奏活血化瘀、滋补肝肾、通络止痛之效。

经筋理论早在《黄帝内经》已有系统的认识。《素问·痿论》载“宗筋主束骨而利机关也”。筋隶属于关节而能活动自如,筋可约束骨骼,利于关节屈伸活动。筋伤劳损日久成痹,加之外感因素致肩周气血凝滞,可使经筋失濡养聚而成结,打破筋骨平衡,表现为肌肉疼痛,久之可致肢体痿软不举。肩袖损伤根据其肩关节周围疼痛和功能受限等临床表现,属于“经筋病”“痹证”的范畴,病位在筋。经筋为病,多为转筋、筋痛、痹证等,这与肩袖损伤病理机制相似。

揠针是将一种特殊的小针具固定在穴位部的皮内,进行较长时间留针的方法,所以又称“埋针法”,属于浅刺法的范畴。当揠针刺入皮肤后,会在皮肤内固定,在特定的时间里,对局部进行轻微、长期的刺激,可以调节人体的经脉和脏腑,起到预防和治疗作用。早在《灵枢经》“毛刺者,刺浮痹皮肤也”。古人就用刺激皮肤浅表部位的刺法用于病邪尚未入里,病邪在皮肤表层的痹证,常用于肌肤麻木不仁或疼痛等病症。揠针疗法是皮部理论和经络腧穴理论相结合的具体运用。《素问·皮部论》“凡十二经络脉者,皮之部也”,又作“皮之十二部”“皮部”,十二皮部有赖于十二经络及其络脉运行的气血的濡养,与经络气血相通,皮部是机体自我保护的屏障亦是针刺的部位,联络脏腑经络气血。

以“经筋理论”指导揠针选点,松解病变筋结,疏通经络气血。十二经筋中的手三阳经筋循行均有结聚于肩胛部,按其循行反映在体表的筋结点,可知手三阳经筋可治疗上肢疼痛、麻木、活动障碍。本研究所取肩髃、肩髃、肩贞之肩三针分属于手阳明、手少阳及手太阳之三阳经,针之可活血祛瘀行气,肩三针广泛用于肩关节周围炎^[24-25]。肩井属足少阳胆经与诸阳经交会,且“腧穴所在,主治所在”,可通经活络治疗肩背痛。经筋与肩关节解剖密切相关,四穴深部有冈上肌、冈下肌、肩胛提肌等肌肉肌腱及神经分布,通过松解这些结点,改善局部微循环,恢复筋骨平衡。此外揠针的取穴与神经节段的支配有密切关联,揠针刺入腧穴皮内,通过神经末梢传导改善血液循环,解除痉挛,促进代谢达到缓解疼痛症状,激发脏腑经气,达到活血通络、补益肝肾之功用。

针刺治疗肩痛有良好的疗效^[26-27]。揠针较传统针刺有以下优势:其一,刺激时间长,方便运动。传统针刺一般留针不超过1 h,揠针则可留置2~3 d,加强刺激效应,其间不影响患者运动,避免固定姿势带来的痛苦。其二,起效迅速。大量研究表明揠针疗法疗效良好,尤其疼痛类疾病,揠针可起到镇痛作用缓解疼痛症状,另一方面缓解疼痛和肌肉痉挛又有助于功能锻炼,增加功能锻炼中的疼痛耐受力。其三,操作简便。揠针适应证广泛,只要诊断辨证与施术方法得当,患者无不良反应及疼痛,老少皆可施用。其四,安全性高。揠针只埋藏在皮下而不达深层,不会刺伤神经及脏腑,且埋针期间无痛感,患者可每日揉按加强活血通络之力。本研究联合应用中药和揠针,内外治兼施以达良效。本研究发现观察组在减轻疼痛、提高活动度方面优于对照组,表明联合揠针后治疗肩袖损伤疗效更优。

从疼痛程度、肩关节活动度及日常活动总结本次试验结果。本研究结果显示揠针联合中药组在缓解疼痛方面优于单纯中药组,在改善日常活动及功能障碍方面均优于对照组,且观察组总有效率也明显优于对照组。综上所述,基于“经筋理论”,揠针联合加味骨痹汤可有效治疗肩袖损伤(气滞血瘀证),不仅可以缓解患者肩痛等症状,改善患者肩关节活动能力,而且效果较单纯口服加味骨痹汤更优,值得临床进一步推广应用。

本试验也存在不足之处,揠针联合中药治疗样本量较少。目前Ⅰ、Ⅱ度肩袖损伤就采取保守或手术等治疗方案尚无统一论,期待未来大规模的临床试验验证其稳定性,增加客观的评价标准,并延长随访时间评价此治疗方法治疗肩袖损伤的临床效果,探讨更为有效的治疗方案。

参 考 文 献

- [1] 谈政. 肩凝汤加减联合氟比洛芬外用治疗风寒湿痹型肩袖损伤的临床疗效观察[D]. 合肥:安徽中医药大学,2021.
- [2] WANG HN, RONG X, YANG LM, et al. Advances in stem cell therapies for rotator cuff injuries [J]. Front Bioeng Biotechnol, 2022, 10: 866195.
- [3] 张乃. 肩袖损伤的发病机制、分型及治疗进展[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(16): 129-132.
- [4] 江宏亮. 活络效灵丹加味联合超声波治疗Ⅰ-Ⅱ期肩袖损伤的临床疗效观察[D]. 福州:福建中医药大学,2023.
- [5] 张凯搏,唐新,李箭,等. 2019年美国骨科医师学会(AAOS)肩袖损伤临床实践指南解读[J]. 中国运动医学杂志, 2020, 39(5): 403-412.
- [6] 王丽燕,王敏. 穴位揠针联合功能锻炼治疗肩周炎患者43例[J]. 中国中医药科技, 2023, 30(1): 110-112.
- [7] 胡俊翔,包文娟,胡佳,等. 揠针联合中药对气滞血瘀型腰椎间盘突出突出症临床疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(12): 126-129.
- [8] 陈汉东. 基于经筋理论针刀疗法治疗Bigliani I型肩峰下撞击综合征的临床研究[D]. 北京:北京中医药大学,2021.
- [9] 马肖慧,姚小强,郑先丽,等. 针刺治疗肩袖损伤的临床应用进展[J]. 西部中医药, 2023, 36(4): 146-149.
- [10] 李金虎,陈效曦,顾芳,等. 揠针对膝关节置换术后患者康复的影响[J]. 中国医药导报, 2023, 20(13): 113-117.
- [11] 陈树源,卢敏. 卢敏教授治疗肩袖损伤学术经验及思想总结[J]. 光明中医, 2023, 38(12): 2276-2280.
- [12] 梁虹,杨丽燕. 揠针结合耳穴对原发性失眠近期和远期疗效的临床评价[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(5): 39-41.
- [13] 中华医学会. 临床诊疗指南:骨科分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:63.
- [14] 黄桂成. 中医筋伤学[M]. 10版. 北京:中国中医药出版社, 2016: 74-76.
- [15] GOLDMAN J. American academy of orthopaedic surgeons rotator cuff clinical practice guideline [J]. Arthroscopy, 2012, 28(8): 1049.
- [16] 王玉英. 苍龟探穴电针联合功能锻炼治疗肩周炎疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(2): 243-244.
- [17] KNOP C, OESER M, BASTIAN L, et al. Development and validation of the Visual Analogue Scale (VAS) spine score [J]. Unfallchirurg, 2001, 104(6): 488-497.
- [18] VROTSOU K, αVILA M, MACH6N M, et al. Constant - murray score: systematic review and standardized evaluation in different shoulder pathologies [J]. Quality of Life Research, 2018, 27(9): 2217-2226.
- [19] AMSTUTZ HC, SEW HOY AL, CLARKE IC. UCLA anatomic total shoulder arthroplasty [J]. Clin Orthop Relat Res, 1981 (155): 7-20.
- [20] 杜若晨,廖小艳,何玉姣. 珍珠通络丸联合肩袖功能锻炼治疗慢性肩袖损伤的临床疗效研究[J]. 中国处方药, 2023, 21(2): 162-164.
- [21] 高传勇,张加永,朱丽丽. 应用正清风痛宁注射液联合针刀

- 治疗老年肩袖损伤合并肩周炎的临床分析[J]. 老年医学与保健, 2022, 28(6): 1369-1373, 1378.
- [22] 范丁元. 活血止痛汤加减治疗肩袖损伤关节术后肿胀的短期疗效观察[D]. 北京: 北京中医药大学, 2022.
- [23] 马德花. 应用关幼波骨痹汤加减缓解腰椎增生临床症状疗效观察[J]. 四川中医, 2012, 30(9): 106-107.
- [24] 桂树虹, 蔡燕, 秦庆广, 等. 桂枝芍药知母汤联合火针针刺激痛点及“肩三针”治疗风寒湿痹型肩关节周围炎的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(17): 150-156.
- [25] 高乾, 刘武军, 邓成明. 针刺夹脊穴联合肩三针对冻结期肩周炎患者临床疗效及喙肱韧带厚度的影响[J]. 天津中医药, 2022, 39(8): 1032-1036.
- [26] 罗晓舟, 唐纯志, 杨雪捷, 等. 针灸治疗肩周炎有效性Meta分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(4): 586-591.
- [27] MURUGESAN H, VENKATAPPAN S, RENGANATHAN SK, et al. Comparison of acupuncture with ibuprofen for pain management in patients with symptomatic irreversible pulpitis: a randomized Double-Blind clinical trial[J]. J Acupunct Meridian Stud, 2017, 10(6): 396-401.

(收稿日期 2024-04-15)

加味凉膈散中西医结合治疗脓毒症(热毒炽盛证)的随机对照临床观察*

于 畅¹ 陈 影² 蒋志天¹ 宋 杰¹ 蔡静雯¹ 王 倩¹ 叶青艳¹ 赵 钢¹ 凌琪华^{1△}

(1. 上海中医药大学附属曙光医院, 上海 201203; 2. 上海交通大学医学院附属瑞金医院, 上海 200025)

中图分类号: R631 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2024)09-1622-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2024.09.028

【摘要】 目的 观察融合加味凉膈散的中西医结合疗法治疗脓毒症(热毒炽盛证)的临床疗效。方法 将患者随机分为治疗组(西医常规治疗+加味凉膈散颗粒剂)和对照组(西医常规治疗), 两组疗程均 14 d, 观察临床疗效, 比较两组第 28 天生存率以及治疗前后序贯性器官功能衰竭量表(SOFA)评分、急性生理与慢性健康量表(APACHE II)评分、中医证候评分、血常规、C 反应蛋白(CRP)、血乳酸、降钙素原(PCT)、肿瘤坏死因子(TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)、肝素结合蛋白(HBP)的差异。结果 治疗组、对照组的第 28 天生存率分别为 77.46%、63.89%, 治疗组明显优于对照组($P < 0.05$)。治疗后, 治疗组 SOFA 评分、APACHE II 评分和中医证候评分均低于对照组($P < 0.05$), 白细胞计数(WBC)、中性粒细胞百分比、TNF- α 、IL-6、HBP、PCT 明显低于对照组($P < 0.05$)。结论 融合加味凉膈散的中西医结合治疗脓毒症(热毒炽盛证)具有良好的疗效。

【关键词】 脓毒症 加味凉膈散 热毒炽盛证 中西医结合

A Randomized Controlled Clinical Study of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Using Modified Liangge Powder for Treating Sepsis (Syndrome of Blazing Heat-toxin) Yu Chang, Chen Ying, Jiang Zhitian, Song Jie, Cai Jingwen, Wang Qian, Ye Qingyan, Zhao Gang, Ling Qihua. Shuguang Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China.

【Abstract】 **Objective:** To observe the clinical efficacy of integrated traditional Chinese and western medicine using Modified Liangge Powder for treating sepsis (syndrome of blazing heat-toxin). **Methods:** Patients were randomly divided into a treatment group (conventional western medicine treatment plus modified Liangge powder granules) and a control group (conventional western medicine treatment). Both groups received a 14 day course of treatment. The clinical efficacy was observed, and the cumulative survival rate on day 28, Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) scores, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) scores, TCM syndrome scores, complete blood count, C-reactive protein, blood lactate, procalcitonin (PCT), tumor necrosis factor alpha (TNF- α), interleukin-6 (IL-6), interleukin-8 (IL-8), and heparin-binding protein (HBP) were compared before and after treatment between the two groups. **Results:** The cumulative survival rates on day 28 for the treatment and control groups were 77.46% and 63.89%, respectively, with the treatment group showing significantly better survival ($P < 0.05$). After treatment, the SOFA scores, APACHE II scores, and TCM syndrome scores were significantly lower in the treatment group than in the control group ($P < 0.05$). The treatment group also showed signif-

* 基金项目: 上海市“科技创新行动计划”医学创新研究专项项目(21Y11920500); 上海市三年行动计划项目——上海市国家中医疫病防治队建设(ZY[2021-2023]-0101-02)

△通信作者