

揸针贴埋结合半导体激光照射治疗 跖筋膜炎临床疗效观察

张晶倩 韩亚岑 袁庆东 杨欢 朱海霞
(北京市羊坊店医院, 北京 100038)

[摘要] 目的 观察揸针贴埋结合半导体激光照射治疗跖筋膜炎的临床疗效。方法 将36例跖筋膜炎患者随机分为治疗组和对照组, 每组18例。治疗组全程采用揸针贴埋结合半导体激光照射治疗, 对照组采用半导体激光照射结合后期揸针贴埋治疗。观察2组治疗前、第1次治疗后、第3次治疗后和疗程结束后晨起足跟痛的SF-MPQ评分, 比较2组临床疗效。结果 2组治疗后简化McGill疼痛问卷(SF-MPQ)评分与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 第1次、第3次治疗后治疗组SF-MPQ评分与对照组比较差异均有统计学意义(P 均 < 0.05); 疗程结束后治疗组SF-MPQ评分与对照组比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗组痊愈率高于对照组($P < 0.05$)。结论 揸针贴埋结合半导体激光照射治疗跖筋膜炎安全、有效。

[关键词] 揸针贴埋; 筋膜炎; 跖; 半导体激光照射

doi: 10.3969/j.issn.1008-8849.2017.25.028

[中图分类号] R686.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-8849(2017)25-2815-04

跖筋膜炎是以跟骨结节内下侧疼痛和压痛为主要特征的疾病, 是引起足跟痛最常见的原因^[1], 本病症状持续时间从数周、数月数年不等, 给患者的行走和生活带来极大的不便。临床上本病的治疗方法很多, 保守治疗包括中药口服或外用、传统针灸、推拿、局部封闭、物理治疗、牵张训练、矫形器及夜间夹板等, 均能达到一定的治疗效果, 但也同时存在诸多缺陷, 如治疗时间长、起效慢、患者依从性差、治疗费用高、不良反应多等; 而手术治疗需要严格的适应证, 且损伤性大, 术后恢复时间长, 不易被患者接受^[2-4]。笔者采用全程揸针贴埋结合半导体激光照射治疗跖筋膜炎患者18例, 并与半导体激光照射结合后期揸针贴埋治疗18例相比较, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年7月—2016年9月在北京市羊坊店医院针灸理疗科门诊就诊跖筋膜炎患者36例(单侧发病33例, 双侧发病3例), 诊断标准参照美国风湿病学院(ACR)推荐的跖筋膜炎诊断标准^[5]: 患者经过一段时间非负重活动时再从事负重活动, 跟骨跖面出现隐匿性疼痛发作; 早晨或一段时间非活动后, 患者起身活动时感跟骨跖面疼痛明显; 患者常诉经一段时间行走或跑步后, 跟痛常有所减轻, 但一天结束后疼痛常又加重; 患者常有近期运动的改变, 如行走或跑步距离的增加, 或工作的改变需长时间站立或行走; 大多数患者常有早期跟骨前内侧局限刺激性刺痛, 而不伴感觉异常; 跖筋膜近侧止点处明显压痛。纳入标准: ①符合跖筋膜炎的诊断标准; ②经过X射线检查, 排除骨结核、骨肿瘤、跟骨骨折、类风湿性疾病、无菌性坏死等疾病所致的跟痛症患者; ③对治疗能够充分理解, 同意在治疗过程中放弃其他治疗措施, 保证依从性良好, 并签署知情同意书。排除标准: ①近1个月内曾接受药物治疗或针灸、推拿、各种物理治疗及针刀治疗而影响疗效观察者; ②有感染、肿瘤、足跟部皮肤病、皮肤溃疡及血糖控制不良

的糖尿病患者; ③患跖筋膜炎以外的可引起跟骨痛的全身或局部疾病的患者; ④伴有严重心、脑、肺、肾等器官疾病的患者; ⑤服用抗凝药期间、患出血性疾病、精神疾患及其他特殊体质者; ⑥埋针后, 埋针局部如有刺痛、原有疼痛加重或心理负担重、恐惧行走等情况, 应视为不宜采用本疗法, 改为其他方法治疗。将患者随机分为治疗组和对照组, 每组18例, 一旦入组不能转换组别。治疗组男5例, 女13例, 年龄(62.94 ± 6.90)岁, 病程(8.06 ± 7.85)个月; 对照组男6例, 女12例, 年龄(63.50 ± 6.81)岁, 病程(7.72 ± 7.29)个月。2组性别、年龄及病程比较差异均无统计学意义(P 均 > 0.05), 具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组采用全程揸针贴埋结合半导体激光照射治疗, 隔日1次; 对照组采用先期单纯半导体激光照射, 后期结合揸针贴埋治疗, 隔日1次。治疗者不参与症状指标观测与疗效评价。

1.2.1 治疗组 先对患足进行半导体激光照射(武汉市南康经贸发展有限公司, 产品编号: Mc-808B200808045), 功率500 mW, 照射时间10 min。照射结束后, 选取直径0.2 mm、长1.5 mm的揸针[[清铃株式会社, 国食药监械(进)字2012第2272550号(更)]备用, 于患足跟底部选择1~2个最敏感的压痛点, 常规消毒后将揸针贴埋于该点; 另取患侧的太溪穴、仆参穴, 常规消毒后分别将揸针贴埋其上, 埋针时间为24 h。埋针期间患者活动如常, 嘱患者自行按压太溪穴、仆参穴处的揸针, 至有酸胀感为宜, 早、中、晚各1次, 间隔24 h再进行下一次半导体激光照射及埋针治疗。6次为1个疗程, 疗程内症状消失者可提前停止治疗。

1.2.2 对照组 对患足进行半导体激光照射, 功率及照射时间同治疗组, 隔日1次, 连续治疗3次, 自第4次治疗开始, 于每次半导体激光照射结束后进行揸针贴埋, 具体操作同治疗

组 连续3次 共治疗6次 为1个疗程 疗程内症状消失者可提前停止治疗。

1.2.3 治疗期间的宣教 ①治疗期间嘱患者宜穿软底鞋 活动行走如常 避免受外伤、久立、久行及过度负重; ②埋针局部保持干燥 埋针处不能沾水 以防感染; ③治疗期间注意保暖 避免受寒; ④埋针期间如有局部疼痛加重或发痒等不适 立即揭除埋针。

1.3 观察指标

1.3.1 简化 McGill 疼痛问卷(short-form of McGill pain questionnaire, SF - MPQ) 评分 以 SF - MPQ 评分为评价指标 评估治疗前后疼痛的性质、程度和对情感影响的变化。SF - MPQ 由 11 个感觉类和 4 个情感类对疼痛的描述词及现时疼痛程度(PPI) 和视觉模拟疼痛评分(VAS) 3 大项组成。所有疼痛描述词均用 0 ~ 3 分别表示无、轻、中和重的不同程度。PPI 用 0 ~ 5 表示无痛、轻痛、难受、痛苦烦躁、可怕、极度疼痛。VAS 评分用一根直线表示疼痛的程度 直线两端分别标示无痛(0 分) 和想象中剧烈疼痛(10 分) 中间部分表示不同程度的疼痛 让患者根据自我感觉在横线上划一记号 表示疼痛的程度 记录相应的分值。根据跖筋膜炎的症状特点 以患者当日晨起第一步足跟疼痛程度为观察指标 剔除 SF - MPQ 中的 PPI 评分 分别记录患者当日晨起第一步足跟疼痛程度的 11 个感觉类、4 个情感类评分和 VAS 评分及总分。以上指标均在 4 个时间点评价: ①治疗前进行第 1 次评价 以确定 2 组基线值; ②第 1 次治疗结束后进行第 2 次评价 以观察揸针贴埋结合半导体激光照射与单纯半导体激光照射治疗的即刻疗效差别; ③第 3 次治疗结束后进行第 3 次评价 以观察揸针贴埋结合半导体激光照射与单纯半导体激光照射治疗的短期疗效差别; ④疗程结束后进行第 4 次评价 以观察 2 组的整体疗效差别。

1.3.2 疗效评定标准 以 SF - MPQ 评分为评定标准 疗效评定采用尼莫地平法 并参考文献[6]有关标准。疗效指数 = (治疗前总评分 - 治疗后总评分) / 治疗前总评分 × 100%。疗效指数 > 75% 为临床治愈; 50% ~ 75% 为显效; 25% ~ 49% 为有效; < 25% 为无效。双侧发病者 仅对病情较重侧进行疗效评价及统计学分析。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 23.0 统计软件进行数据处理 计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$) 表示 采用 *t* 检验; 计数资料采用卡方检验。P < 0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组治疗前后 SF - MPQ 各项评分比较 2 组治疗前 SF - MPQ 感觉项、情感项、VAS 评分及总分比较差异均无统计学意义(P 均 > 0.05)。2 组第 1 次治疗后较治疗前、第 3 次治疗后较第 1 次治疗后、疗程结束后较第 3 次治疗后 SF - MPQ 各项评分及总分比较差异均有统计学意义(P 均 < 0.05); 第 1 次治疗后 治疗组感觉项评分、情感项评分、VAS 评分及 SF - MPQ 总分与对照组比较差异均有统计学意义(P 均 < 0.05); 第 3 次治疗后 治疗组感觉项评分、情感项评分、SF -

MPQ 总分与对照组比较差异有统计学意义(P 均 < 0.05); 疗程结束后 2 组各项评分比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05) 见表 1。

表 1 2 组治疗前后 SF - MPQ 各项评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	感觉项评分	情感项评分	VAS 评分	总分
治疗组	18	治疗前	11.89 ± 2.06	6.17 ± 2.20	7.17 ± 1.15	25.22 ± 4.15
		1 次治疗后	7.06 ± 2.18 ^①	3.44 ± 1.46 ^①	4.06 ± 1.11 ^①	14.56 ± 4.00 ^①
		3 次治疗后	5.44 ± 2.50 ^②	2.22 ± 1.44 ^②	2.94 ± 1.47 ^②	10.61 ± 4.71 ^②
		疗程结束后	4.00 ± 2.79 ^③	1.44 ± 1.38 ^③	2.22 ± 1.44 ^③	7.67 ± 5.09 ^③
对照组	18	治疗前	11.61 ± 2.36	6.67 ± 2.17	6.56 ± 1.38	24.83 ± 5.59
		1 次治疗后	9.17 ± 2.57 ^{①④}	4.83 ± 1.72 ^{①④}	5.00 ± 1.37 ^{①④}	19.00 ± 5.27 ^{①④}
		3 次治疗后	7.17 ± 2.15 ^{②④}	3.50 ± 1.62 ^{②④}	3.61 ± 1.20 ^②	14.28 ± 4.47 ^{②④}
		疗程结束后	4.50 ± 2.53 ^③	1.89 ± 1.02 ^③	2.00 ± 1.28 ^③	8.39 ± 4.51 ^③

注: ①与治疗前比较 P < 0.05; ②与 1 次治疗后比较 P < 0.05; ③与 3 次治疗后比较 P < 0.05; ④与对照组比较 P < 0.05。

2.2 2 组临床疗效比较 治疗组临床治愈率明显高于对照组(P < 0.05) 见表 2。治疗组中有 2 例患者(均为单足患病) 经 3 次治疗后痊愈。

表 2 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	18	8(44.4)	6(33.3)	3(16.7)	1(5.6)	17(94.4)
对照组	18	5(27.8) ^①	8(44.4)	4(22.2)	1(5.6)	17(94.4)

注: ①与对照组比较 P < 0.05。

2.3 安全性分析 所有患者均无晕针、断针、感染、局部过敏及其他不良事件发生。

3 讨论

跖筋膜是维持足弓的重要结构 任何作用于足弓的外力均会对跖筋膜及其在跟骨结节内侧附着点处产生牵拉应力刺激^[7]。目前认为跖筋膜炎发病的主要原因是足筋膜的退变及其在跟骨结节附着点处的生物力学机制异常^[8]。相关研究发现 肥胖 长时间负重站立、行走 高弓足和扁平足等足底畸形^[2] 不良的工作习惯及年龄增长均是本病的诱发因素^[9]。跖筋膜炎的典型表现是早晨起床站立时足部接触地面或久坐后开始步行时足跟部出现明显疼痛 行走一段距离后疼痛有所缓解 但久站或久行后疼痛再次加重 病情严重者可在休息时也有疼痛感。

祖国医学将本病归属为“痹证”范畴。从病位上看 本病与肝肾二脏密切相关 肾主骨藏精 肝主筋藏血 肝肾同源 精血互生 《素问·五脏生成论》曰“肝受血而能视 足受血而能步。”人至中年 肝肾渐亏 精血趋衰 筋骨失养 不荣则痛; 久立伤骨 久行伤筋 筋骨损伤 脉络受损 气血运行不畅 不通则痛。从经络循行来看 本病与足少阴肾经、足太阳膀胱经关系密切。《灵枢·经脉》曰“肾足少阴之脉 起于小指之下……循内踝之后 别入跟中……是主肾所生病者……足下热而痛”; “膀胱足太阳之脉 起于目内眦……出外踝之后 循胫骨至小指外侧。是动则病……项、背、腰、尻、腓、踡、脚皆

痛’；《灵枢·经筋》曰“足太阳之筋，起于足小指，上结于踝……其下循足外侧，结于踵……其病小指支，跟肿痛”。若此二经受邪，经络痹阻，不通则痛。

经脉所过，主治所及，故治疗时选取足少阴肾经和足太阳膀胱经腧穴。太溪为肾经原穴，有补肾壮骨之效，亦为五输穴中的输穴，“输主体节痛”；仆参为膀胱经腧穴，是治疗足跟痛的常用效穴，早在《针灸大成》中就有记载“仆参主治足跟痛不得履地。”近年来亦有太溪单穴及仆参单穴治疗足跟痛取得良好疗效的临床报道^[10-11]。另一方面，从神经解剖定位来看，太溪穴深部有胫神经走行，跟内侧神经为胫神经的重要分支，有报道称，跟内侧神经卡压或病变可诱发跖筋膜炎，而跖筋膜炎病理产物又可刺激跟内侧神经产生症状^[12]。仆参穴深部有跟外侧神经及其分支分布，外伤等少数情况引起的跖筋膜炎可累及跟外侧神经，产生相应症状^[13]。于此二穴处贴埋揲针可疏通肾经、膀胱经气血，促进损伤神经的功能恢复^[14]，事半功倍。

除太溪、仆参两穴外，根据“以痛为腧”的治疗原则，选取局部最敏感的1~2处压痛点作为治疗点。“以痛为腧”理论最早出自《灵枢·经筋》篇，“治在燔针劫刺，以知为数，以痛为腧”。杨上善在《黄帝内经·太素》中对“以痛为腧”做了详细的解释“输，谓孔穴也。言筋但以筋之所痛之处，即为孔穴，不必要须以诸输也。以筋为阴阳气之所资，中无有空，不得通于阴阳之气上下往来，然邪入腠袭筋为病，不能移输，遂以病居痛处为腧。”太溪、仆参两穴配伍，可沟通表里两经气血，有助于激发局部经气，使气至病所；配合局部压痛点，可使埋针作用直达病所，使病灶局部经络气血运行畅达，疼痛自除。

揲针贴埋属皮内针范畴，皮内针法是以经络皮部理论为依据发展而来的治疗方法，十二皮部既是机体卫外屏障又是针灸施治的部位，所以针刺皮部同样具有疏通经络气血、平衡脏腑阴阳的作用。皮内针亦是久留针的发展，《针灸大成》云“病滞则久留针”，《灵枢·九针十二原》中也有“微以久留，以取痛痹”的论述。揲针针体细小，创伤小，可长时间留针，针体在皮部内久留，能产生和缓而持续的良性刺激，促使经络气血有序地运行，从而激发人体正气，达到防病治病的目的。

临床研究发现，皮内针具有良好的镇痛作用，常在各类痛症及慢性疾病的针灸临床治疗中使用^[15-16]。其镇痛机制可能与以下因素有关：皮内针可刺激埋入部位的神经末梢，一方面阻断神经元的去极化，另一方面刺激信号通过皮肤神经末梢感受器传入中枢，激活下行镇痛系统，达到止痛效果；除此之外，皮内针埋入后可激活局部的A-类纤维，同时在脊髓水平关闭C-类纤维传递疼痛信号的闸门，从而阻断疼痛信号向大脑传递，抑制疼痛感知效果^[17]。皮内针疗法操作简单、患者痛苦小，故在临床上应用十分广泛，尤其在肌肉骨骼系统疾病中应用频率很高^[18]，但极少用于跟痛症的治疗。本试验虽将揲针贴埋结合半导体激光照射作为干预措施，实则是为初步探讨验证揲针贴埋治疗本病的疗效。参与本试验的患者均为普通门诊患者，考虑到患者接受度、依从性以及临床疗

效，采用揲针贴埋单一疗法，并设立空白对照，存在较大困难。半导体激光照射治疗跖筋膜炎疗效确切^[2]，半导体激光对机体组织的穿透力强，可改善局部血液循环，增进新陈代谢，促进血管扩张，加速炎症吸收，故选择半导体激光照射与揲针贴埋两种方法相结合作为干预措施，治疗组与对照组治疗方法的区别在于揲针治疗介入的时间不同，治疗组揲针贴埋早于对照组，以SF-MPQ为评价指标，2组均以4个时间点进行组间及同组先后对照比较，评价疗效。2组治疗后简化McGill疼痛问卷(SF-MPQ)评分与治疗前比较差异有统计学意义；第1次、第3次治疗后治疗组SF-MPQ评分与对照组比较差异均有统计学意义；疗程结束后治疗组SF-MPQ评分与对照组比较差异无统计学意义；治疗组痊愈率高于对照组。

综上所述，采用局部痛点配合太溪、仆参两穴贴埋揲针，结合半导体激光照射治疗跖筋膜炎，结果显示本疗法安全、有效。

[参 考 文 献]

- [1] 张鹏,俞光荣. 足底跖腱膜炎的研究现状[J]. 中国矫形外科杂志 2013, 21(23): 2375-2378
- [2] 刘瑞莲,屈红林. 中老年足底筋膜炎及其康复训练研究进展[J]. 中国老年学杂志 2015, 35(15): 4411-4414
- [3] 魏立新. 针灸治疗足底痛概况[J]. 中国针灸 2000, 20(9): 569-572
- [4] 潘张翼,尹峰. 跖筋膜炎病理力学概念及治疗:富含血小板血浆治疗的前景[J]. 中国组织工程研究 2014, 18(42): 6844-6848
- [5] 王朝鲁,王雪林,图雅. 针刀疗法治疗跖筋膜炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志 2014, 23(34): 3778-3781
- [6] 孙德海,纪春梅,李淑丽,等. 冲击波在关节源性跟痛症诊断性治疗中的应用[J]. 中国疼痛医学杂志 2013, 19(2): 122-123
- [7] 田量. 推拿治疗跖筋膜炎 109 例[J]. 光明中医 2014, 29(12): 2603-2604
- [8] Wearing SC, Smeathers JE, Urry SR, et al. The pathomechanics of plantar fasciitis[J]. Sports Med 2006, 36(7): 585-611
- [9] Irving DB, Cook JL, Young MA, et al. Obesity and pronated foot type may increase the risk of chronic plantar heel pain: a matched case-control study[J]. BMC Musculoskelet Disord 2007, 8: 41
- [10] 赵静,王默飞. 针灸太溪穴治疗足跟痛[J]. 山东中医杂志, 2003, 22(6): 359
- [11] 董联玲,崔红燕. 针刺仆参穴治疗足跟痛 32 例[J]. 中国针灸, 1997, 17(2): 86
- [12] 冯成安,孙俊,刘宗良,等. 跟内侧神经与神经源性跟痛症关系的解剖学基础[J]. 中国临床解剖学杂志 2012, 30(5): 491-494
- [13] 冯成安,孙俊,叶频,等. 跟外侧神经与神经源性跟痛症关系的解剖学基础[J]. 中国临床解剖学杂志 2013, 31(6): 643-645
- [14] 金春玉. 针刺治疗潜在性神经损伤疗效的电生理学分析[J]. 北京中医药大学学报 2012, 35(4): 269-272
- [15] 罗玲,袁成凯,尹海燕,等. 国家标准《针灸技术操作规范 第8部分:皮内针》编制体会与讨论[J]. 中国针灸 2012, 32(2): 155-158

益气活血利水法联合雷公藤多苷治疗膜性肾病疗效及对 PCX 表达的影响

刁雪梅

(河北省清河县人民医院, 河北 清河 054800)

[摘要] 目的 观察益气活血利水法联合雷公藤多苷治疗膜性肾病疗效及对人足细胞标志蛋白(PCX)表达的影响。方法 将100例膜性肾病患者随机分为对照组50例与观察组50例,对照组给予醋酸泼尼松单用治疗,观察组在对照组治疗基础上加用益气活血利水中药+雷公藤多苷治疗,观察2组疗效、治疗前后尿液PCX、24h尿蛋白定量、三酰甘油、中医症状积分及不良反应发生情况。结果 观察组治疗总有效率显著高于对照组($P < 0.05$);观察组治疗后尿液PCX水平、24h尿蛋白定量、三酰甘油及中医症状积分均显著低于对照组(P 均 < 0.05);2组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 益气活血利水法联合雷公藤多苷治疗膜性肾病可有效缓解相关临床症状,减少尿蛋白量,调节PCX和三酰甘油水平,且安全性值得肯定。

[关键词] 膜性肾病;益气活血利水法;雷公藤多苷;人足细胞标志蛋白

doi: 10.3969/j.issn.1008-8849.2017.25.029

[中图分类号] R692

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-8849(2017)25-2818-03

膜性肾病(MN)属于肾病综合征的一种,流行病学报道显示,超过20%膜性肾病继发于全身性慢性疾病,且发病机制尚未完全阐明,多认为膜性肾病发生与异常抗原抗体反应关系密切^[1],即免疫复合物沉积诱发补体系统激活,引起足细胞损伤及PCX水平显著上升,造成肾小球滤过屏障功能降低,最终导致水肿、低蛋白血症及蛋白尿发生,严重威胁患者生命安全。目前西医治疗膜性肾病多采用激素冲击治疗,但仅能部分缓解症状体征,且存在疗效下降和毒副作用明显等问题。祖国传统医学认为膜性肾病发生与脾肾亏虚、邪毒内侵及湿热内蕴密切相关^[2],故中医治疗当以健脾益肾、利湿活血为主。2014年4月—2016年6月,笔者观察了益气活血利水法联合雷公藤多苷治疗膜性肾病患者的疗效及对PCX表达的影响,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院上述时期收治膜性肾病患者100例,均符合《临床诊疗指南肾脏病学分册》^[3]相关诊断标准;能按医嘱服药,年龄18~65岁。排除合并重要脏器功能障碍,其他类型肾小球疾病,继发性膜性肾病患者,过敏体质及哺乳妊娠期女性。将入选患者随机分为对照组与观察组,每组50例。2组一般资料比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。本研究方案经伦理委员会批准,患者已签署知情同意书。

1.2 治疗方法 2组均给予低脂高蛋白饮食、利尿、降血压和血脂及抗血小板等对症干预措施。对照组患者给予醋酸泼尼松片(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字H33021207)

表1 2组一般资料比较

组别	n	性别/例		病程/月	年龄/岁
		男	女		
观察组	50	29	21	43.96 ± 3.12	4.35 ± 1.34
对照组	50	32	18	43.84 ± 3.08	4.30 ± 1.22
χ^2/t		13.056		0.062	0.131
P		0.828		0.895	0.943

口服,1 mg/(kg·d),最大剂量为60 mg/d,连用8周后逐渐减量至15~30 mg/d。观察组在对照组治疗基础上加用益气活血利水中药+雷公藤多苷治疗。益气活血利水中药组方:生黄芪30g、当归20g、赤芍20g、川芎20g、白术20g、桃仁20g、茯苓20g、穿山龙15g及甘草10g。阳虚甚者加桂枝10g,阴虚甚者加生熟地10g,湿热甚者加黄柏10g,每天1剂,水煎早晚分服;雷公藤多苷(远大医药黄石飞云制药有限公司,国药准字Z42021212)口服,20 mg/次,3次/d。2组治疗时间均为6个月。

1.3 观察指标 ①临床疗效。显效:24h尿蛋白定量减少 $\geq 50%$ 血浆白蛋白超过30 g/L;有效:24h尿蛋白定量减少 $\geq 25%$ 血浆白蛋白超过25 g/L;无效:未达上述标准^[4]。②中医症状积分。采用中医症状积分量表^[5]进行中医症状积分评定,分值0~3分。③实验室指标。采用酶联免疫吸附法进行尿液PCX检测,采用全自动生化分析仪进行24h尿蛋白定量和三酰甘油水平检测。④不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS17.0软件进行数据处理。计

[16] 石华锋,罗桂青,李磊. 揸针疗法治疗痛证的临床研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(5): 148-149

[17] 王廷祥,陈益丹,姜国强. 皮内针疗法对肝细胞癌患者经导管动脉化疗栓塞术后疼痛的影响[J]. 中医杂志, 2015, 56(23):

2033-2035

[18] 潘丽佳,陈燕荔,周丹,等. 皮内针疗法及其应用[J]. 河南中医, 2015, 35(4): 888-890

[收稿日期] 2016-10-15