

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2018.01.002

中图分类号: R 246.1 文献标志码: A

“五针法”与常规针刺对寒饮伏肺型哮喘单项症状体征改善的对比研究*

张君¹, 邵素菊¹✉, 任重¹, 王培育¹, 华金双¹, 秦小永², 王庆波³, 邵素霞¹(¹河南中医药大学针灸推拿学院, 郑州 450008; ²开封市中医院; ³河南中医药大学第一附属医院)

[摘要] 目的: 观察“五针法”与常规取穴针刺治疗寒饮伏肺型哮喘的临床疗效差异。方法: 将 210 例患者随机分为观察组和对照组, 每组 105 例, 其中观察组脱落 7 例, 对照组脱落 6 例。观察组主穴取肺俞、大椎、风门; 对照组主穴取肺俞、中府、天突、膻中、孔最、定喘、丰隆、风门、太渊。两组均每次留针 30 min, 每日针刺 1 次, 连续治疗 12 d。观察两组患者治疗前、治疗第 3、6、9、12 天的单项症状体征(喘息、咳嗽、咯痰、胸膈满闷、哮鸣音、气短)积分变化, 并比较临床疗效差异。结果: (1) 单项症状体征: 治疗第 3、6、9、12 天, 两组患者的 6 项单项症状体征积分均低于治疗前, 差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$), 但除外对照组患者治疗第 3 天哮鸣音积分虽低于治疗前, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗第 3、6、9、12 天, 观察组患者喘息、哮鸣音和咳嗽积分均低于对照组, 差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$), 但除外第 3 天观察组哮鸣音积分虽然低于对照组, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗第 3、6、9、12 天, 两组患者组间比较, 咯痰、胸膈满闷和气短积分比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$), 但除外第 12 d, 观察组胸膈满闷积分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。 (2) 临床疗效: 观察组临床治愈 46 例, 显效 39 例, 有效 10 例, 无效 3 例, 临床总有效率为 96.9%; 对照组临床治愈 23 例, 显效 43 例, 有效 24 例, 无效 9 例, 临床总有效率为 90.9%, 两组总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: “五针法”针刺治疗寒饮伏肺型哮喘疗效显著, 优于常规取穴针刺法。

[关键词] 哮喘; 寒饮伏肺; 五针法; 单项症状体征; 随机对照试验

Comparison between “five needles therapy” and conventional acupuncture for individual symptoms and signs of asthma of latent cold phlegm-fluid in the lung

ZHANG Jun¹, SHAO Sujū¹✉, REN Zhong¹, WANG Peiyū¹, HUA Jinshuang¹, QIN Xiaoyong², WANG Qingbo³, SHAO Suxia¹(¹ College of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Henan University of CM, Zhengzhou 450008, China; ² Kaifeng City TCM Hospital; ³ the First Affiliated Hospital of Henan University of CM)

ABSTRACT Objective To observe the effect difference between acupuncture of “five needles therapy” and conventional acupuncture for asthma of latent cold phlegm-fluid in the lung. **Methods** Two hundred and ten cases were randomly assigned into an observation group and a control group, 105 cases in each one. Finally 7 cases were dropped out in the observation group; 6 cases in the control group. Feishu (BL 13), Dazhui (GV 14), Fengmen (BL 12) were used in the observation group; conventional acupuncture was used in the control group, and the main acupoints were Feishu (BL 13), Zhongfu (LU 1), Tiantu (CV 22), Danzhong (CV 17), Kongzui (LU 6), Dingchuan (EX-B 1), Fenglong (ST 40), Fengmen (BL 12), Taiyuan (LU 9). The needles were retained for 30 min each time, once a day for continuous 12 days. The scores of the individual symptoms and signs were observed before treatment and on the 3rd, 6th, 9th, 12th days, including pant, cough, cough up phlegm, fullness and oppression in the chest and diaphragm, wheezing rale and shortness of breath. The clinical effects were compared between the two groups. **Results** The scores of six individual symptoms and signs on the 3rd, 6th, 9th, and 12th days in the two groups were lower than those before treatment (all $P < 0.05$), except the score of wheezing rale in the control group on the 3rd day ($P > 0.05$). The scores of pant, wheezing rale, cough on the 3rd, 6th, 9th, and 12th days in the observation group were lower than those in the control group (all $P < 0.05$), except the score of wheezing rale score on the 3rd day ($P > 0.05$). There were no significant difference between the two groups about the scores of cough

*河南省中医药科学研究专项课题: 2013 ZY 02001; 河南中医学院博士基金资助课题: BSJJ 201124; 国家中医药管理局河南邵氏针灸流派传承工作室建设项目: 国中医药人教函[2012]228 号

✉通信作者: 邵素菊, 教授、主任医师。E-mail: shaosuju@163.com

up phlegm, fullness and oppression in the chest and diaphragm and shortness of breath on the 3rd, 6th, 9th, and 12th days (all $P>0.05$), except the score of fullness and oppression in the chest and diaphragm in the observation group was lower than that in the control group on the 12th day ($P<0.05$). 46 cases were clinical cured, 39 cases were markedly effective, 10 cases were effective and 3 cases were ineffective in the observation group with the total effective rate of 96.9%. 23 cases were clinical cured, 43 cases were markedly effective, 24 cases were effective and 9 cases were ineffective in the control group with the total effective rate of 90.9%. The difference was statistical ($P<0.05$). **Conclusion** "Five needles therapy" has significant therapeutic effect for asthma of latent cold phlegm-fluid in the lung, which is better than conventional acupuncture.

KEYWORDS asthma; latent cold phlegm-fluid in the lung; five needles therapy; individual symptoms and signs; randomized controlled trial (RCT)

哮喘是反复发作的顽固性疾病, 由于病势缠绵、迁延难愈, 被列为四大顽症之一。随着大气环境污染的日益加重, 哮喘的发病率呈日益上升的趋势。目前治疗哮喘主要是采用扩张支气管和抗炎抗过敏药物, 但长期的药物治疗给患者带来巨大的经济负担, 存在不良反应。近年来针灸疗法在防治哮喘方面, 因其疗效好、不良反应小、操作便捷等优点深受广大患者的喜爱。针灸大家邵经明教授提出的“五针法”治疗哮喘的有效性得到了大家的认可, 目前已广泛运用于临床^[1-3]。本研究通过 3 个中心应用邵老的“五针法”(针刺背俞五穴的方法)与常规针刺治疗寒饮伏肺型哮喘患者的单项症状体征进行临床观察, 验证其疗效优势, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2013 年 8 月至 2016 年 7 月在河南中医药大学第三附属医院、开封市中医院、河南中医药大学第一附属医院就诊的 210 例寒饮伏肺型哮喘患者, 采用随机数字表法随机分为观察组和对照组, 每组 105 例。研究过程中观察组脱落 7 例, 对照组脱落 6 例, 因自行服用药物、对治疗失去信心等原因脱落, 故共 197 例纳入结果统计分析。观察组 98 例, 其中男 39 例, 女 59 例; 年龄最小 19 岁, 最大 64 岁, 平均 (46 ± 14) 岁; 病程最短 2 年, 最长 18 年, 平均 (8.6 ± 8.1) 年。对照组 99 例, 男 43 例, 女 56 例; 年龄最小 18 岁, 最大 65 岁, 平均 (47 ± 14) 岁; 病程最短 2 年, 最长 17 年, 平均 (8.5 ± 7.5) 年。两组患者一般资料比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

疾病诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]中“哮喘”制定: 发作时喉中哮鸣有声, 呼吸困难, 甚则张口抬肩, 不能平卧, 或口唇指甲紫绀; 呈反复发作性。常因气候突变、饮食不当、情志失调、劳累等因素诱发, 发作前多有鼻痒、喷嚏、咳嗽、胸闷等先兆;

有过敏史或家族史; 两肺可闻及哮鸣音, 或伴有湿啰音; 血嗜酸性粒细胞可增高; 痰液涂片可见嗜酸细胞; 胸部 X 线检查一般无特殊改变, 久病可见肺气肿征。

证候诊断标准根据《针灸治疗学》^[5]寒饮伏肺型制定: 遇寒触发, 胸膈满闷, 呼吸急促, 或喉中痰鸣, 咯痰稀白, 初起多兼恶寒发热, 头痛无汗, 鼻流清涕, 舌淡、苔白滑, 脉浮紧。

1.3 纳入标准

符合以上疾病轻度诊断和证候诊断标准者; 年龄 18~65 岁者; 签署知情同意书者。

1.4 排除标准

接受关于本病的其他治疗者; 其他疾病引起喘息、胸闷、气促等症状者; 有肝、肾、心脑血管等严重原发性疾病患者。

1.5 剔除、脱落及中止标准

违背研究方案者; 研究过程中失访者; 研究过程中自动退出或发生意外情况者; 在治疗过程中出现不良事件者。

2 治疗方法

2.1 观察组

取穴: 主穴取肺俞、大椎、风门; 配穴: 心悸配心俞、内关, 痰多配中脘、足三里, 咳甚配尺泽、太渊, 痰壅气逆配天突、膻中。操作: 根据患者的身体状况, 选取坐位或侧卧位, 常规消毒局部皮肤, 选用不同长度的一次性毫针进行针刺。肺俞、风门采用 $0.35 \text{ mm} \times 25 \text{ mm}$ 毫针垂直刺入, 瘦人 13 mm、胖人 20 mm。大椎穴采用 $0.35 \text{ mm} \times 40 \text{ mm}$ 毫针, 令患者头稍向前倾, 针与皮肤垂直刺入, 瘦人 13 mm、胖人 30 mm。太渊、膻中选用 $0.35 \text{ mm} \times 25 \text{ mm}$ 毫针, 太渊直刺入 8~10 mm; 膻中沿皮平刺入约 20 mm。足三里选用 $0.35 \text{ mm} \times 50 \text{ mm}$ 毫针, 直刺入 30~40 mm。天突用选用 $0.35 \text{ mm} \times 40 \text{ mm}$ 毫针, 采用点刺不留针法, 先直刺 3~5 mm, 然后调整针尖的方向, 紧贴胸骨后方、气管前方刺入 25~30 mm, 患者咽喉部有憋闷感后即将针拔出。心俞、内关操作同肺俞。尺泽、中脘操作同大椎。

表 1 哮喘症状分级量化评分标准

症状	无 (0 分)	轻 (1 分)	中 (2 分)	重 (3 分)
喘息	无	偶有发作, 不影响休息或活动	感觉较频繁, 但不影响睡眠, 动则喘息明显	静坐感觉明显, 不能平卧, 影响睡眠或活动
咳嗽	无	白天间断咳嗽, 程度轻微	频繁咳嗽, 但不影响睡眠	昼夜咳嗽频繁或阵咳, 影响休息和睡眠
咯痰	无	少量, 昼夜咯痰 10~15 mL, 或夜间及清晨咯痰 5~25 mL	有痰, 昼夜咯痰 51~100 mL, 或夜间及清晨咯痰 26~50 mL	量多, 昼夜咯痰 100 mL 以上, 或夜间及清晨咯痰 50 mL 以上
胸膈满闷	无	偶有发作, 程度轻, 不影响休息或活动	感觉较频繁, 但不影响睡眠	感觉明显, 不能平卧, 影响睡眠或活动
哮鸣音	无	偶闻, 或在咳嗽、深快呼吸后出现	散在	满布
气短	无	自感气短	气短活动加剧	明显气短, 影响工作学习

2.2 对照组

取穴: 参考《针灸治疗学》^[5] 选取, 主穴取肺俞、中府、天突、膻中、孔最、定喘、丰隆、风门、太渊; 配穴: 心悸配心俞、内关, 痰多配中脘、足三里, 咳甚配尺泽。操作: 患者取端坐位或侧卧位, 常规消毒局部皮肤, 然后选用 0.35 mm × 25 mm、0.35 mm × 40 mm 或 0.35 mm × 50 mm 一次性针灸针。中府向外平刺入 15~20 mm; 定喘、孔最、丰隆直刺入 15~30 mm。余穴同观察组操作方法。所有穴位 (天突除外) 均在患者有酸胀感后留针 30 min。

两组每次治疗均每隔 10 min 行针 1 次, 小幅度提插捻转泻法 10 s, 留针 30 min, 针刺后均于大椎、肺俞之间拔 1 个火罐。每日治疗 1 次, 两组均连续治疗 12 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标

单项症状体征积分: 根据《中药新药临床研究指导原则》^[6] 哮喘症状分级量化表, 对喘息、咳嗽、咯痰、胸膈满闷、哮鸣音、气短进行分级量化, 无症状计 0 分, 轻度计 1 分, 中度计 2 分, 重度计 3 分。分别在治疗前和治疗第 3、6、9、12 天对单项症状体征进行计分。评分标准见表 1。

3.2 疗效评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[6] 哮喘的症状积分判定标准, 采用尼莫地平法, 疗效指数 = [(治疗前哮喘症状积分 - 治疗后哮喘症状积分) ÷ 治疗前哮喘症状积分] × 100%。哮喘症状分级量化积分为喘息、咳嗽、咯痰、胸膈满闷、哮鸣音和气短 6 项单项症状体征积分之和。临床痊愈: 临床症状、体征消失或基本消失, 疗效指数 ≥ 95%; 显效: 临床症状、体征明显改善, 70% ≤ 疗效指数 < 95%; 有效: 临床症状、体征均有好转, 30% ≤ 疗

效指数 < 70%; 无效: 临床症状、体征无明显改善, 甚或加重, 疗效指数 < 30%。

3.3 统计学处理

采用 SPSS 16.0 统计软件, 计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间比较采用两独立样本 *t* 检验, 组内比较采用配对样本 *t* 检验, 等级资料采用秩和检验。均采用双侧检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

(1) 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率为 96.9%, 对照组为 90.9%, 两组总有效率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	98	46	39	10	3	96.9 ¹⁾
对照组	99	23	43	24	9	90.9

注: 与对照组比较, ¹⁾ $P < 0.05$ 。

(2) 两组患者治疗前后各时点单项症状体征积分比较

除对照组患者治疗第 3 天哮鸣音治疗后积分虽低于治疗前, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$) 外, 治疗第 3、6、9、12 天, 两组患者喘息、咳嗽、咯痰、胸膈满闷、哮鸣音、气短 6 个单项症状体征积分均低于治疗前 (均 $P < 0.05$)。

除治疗第 3 天观察组哮鸣音积分虽然低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$) 外, 治疗第 3、6、9、12 天, 观察组患者喘息、哮鸣音和咳嗽单项积分均低于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$); 除治疗第 12 天观察组胸膈满闷积分低于对照组 ($P < 0.05$) 外, 治疗第 3、6、9、12 天, 两组患者咯痰、胸膈满闷和气短单项积分比较, 差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组哮喘患者不同治疗时点单项症状体征积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

单项症状体征	组别	例数	治疗前	治疗第 3 天	治疗第 6 天	治疗第 9 天	治疗第 12 天
喘息	观察组	98	1.79 ± 0.63	1.23 ± 0.72 ¹⁾²⁾	0.77 ± 0.67 ¹⁾²⁾	0.45 ± 0.58 ¹⁾²⁾	0.11 ± 0.38 ¹⁾²⁾
	对照组	99	1.75 ± 0.56	1.62 ± 0.58 ¹⁾	1.30 ± 0.65 ¹⁾	0.91 ± 0.67 ¹⁾	0.44 ± 0.64 ¹⁾
咳嗽	观察组	98	1.63 ± 0.77	1.30 ± 0.68 ¹⁾²⁾	1.09 ± 0.58 ¹⁾²⁾	0.81 ± 0.57 ¹⁾²⁾	0.24 ± 0.46 ¹⁾²⁾
	对照组	99	1.75 ± 0.81	1.57 ± 0.70 ¹⁾	1.31 ± 0.70 ¹⁾	1.05 ± 0.61 ¹⁾	0.58 ± 0.66 ¹⁾
咯痰	观察组	98	1.37 ± 0.77	1.18 ± 0.69 ¹⁾	0.95 ± 0.62 ¹⁾	0.63 ± 0.53 ¹⁾	0.24 ± 0.46 ¹⁾
	对照组	99	1.41 ± 0.74	1.07 ± 0.70 ¹⁾	0.96 ± 0.62 ¹⁾	0.72 ± 0.59 ¹⁾	0.37 ± 0.55 ¹⁾
胸膈满闷	观察组	98	1.53 ± 0.75	1.14 ± 0.69 ¹⁾	0.78 ± 0.65 ¹⁾	0.38 ± 0.57 ¹⁾	0.28 ± 0.51 ¹⁾²⁾
	对照组	99	1.58 ± 0.64	1.18 ± 0.62 ¹⁾	0.72 ± 0.54 ¹⁾	0.40 ± 0.52 ¹⁾	0.48 ± 0.65 ¹⁾
哮鸣音	观察组	98	1.64 ± 0.63	1.28 ± 0.70 ¹⁾	0.84 ± 0.68 ¹⁾²⁾	0.47 ± 0.57 ¹⁾²⁾	0.12 ± 0.36 ¹⁾²⁾
	对照组	99	1.48 ± 0.73	1.41 ± 0.64	1.12 ± 0.69 ¹⁾	0.85 ± 0.65 ¹⁾	0.44 ± 0.67 ¹⁾
气短	观察组	98	1.32 ± 0.57	0.97 ± 0.58 ¹⁾	0.64 ± 0.61 ¹⁾	0.22 ± 0.44 ¹⁾	0.37 ± 0.65 ¹⁾
	对照组	99	1.19 ± 0.60	0.95 ± 0.66 ¹⁾	0.49 ± 0.54 ¹⁾	0.30 ± 0.48 ¹⁾	0.44 ± 0.63 ¹⁾

注: 与本组治疗前同项积分比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与对照组同时时间点同项积分比较, ²⁾ $P < 0.05$ 。

4 讨论

本研究结果显示,“五针法”治疗寒饮伏肺型哮喘能够显著改善患者的单项症状体征。随着针刺次数及时间的增加,观察组与对照组疗效的差异性逐渐显示出来,同时体现出了针刺疗法的积累效应及观察组疗效的优越性。

哮喘是临床常见的疑难病证之一,现代中医学将哮喘定义为一种由宿痰伏肺,遇诱因引触,导致痰阻气道,气道挛急,肺失宣降,肺气上逆所致的发作性痰鸣气喘疾病^[7]。历代医家强调哮喘宿根在于痰,多从寒痰、热痰两端来论述,认为寒痰伏肺或热痰伏肺是本病宿根^[8]。如《临证指南医案·哮》曰:“宿哮……沉痼之病,寒入背膂,内合肺系,宿邪阻气阻痰。”杨好俭等^[9]对哮喘的病因调查结果发现,80%以上的病人都有初感寒邪的病史,故寒饮伏肺型哮喘是临床最常见的证型之一。

针灸名家邵经明教授提出的“邵氏‘五针法’”治疗哮喘经长期临床^[10,12]及实验研究^[13,14]证实该法具有增强肺功能、改善微循环、纠正血液流变学异常、提高机体免疫力的作用。本法选用肺俞、大椎、风门 3 穴针刺 5 针,故称“五针法”。肺俞是肺脏精气输注于背部的穴位,具有调理肺气、止咳平喘的作用,对于肺病无论寒热虚实皆可适用,为治疗哮喘主穴^[15]。邵经明等^[16]通过临床研究发现肺俞在平喘效应方面优于大椎、风门穴。大椎为诸阳之会,邵老根据自己多年的经验,认为大椎不仅具有疏风解表、通阳散寒、清热等作用,而且可以理气降逆,宣肺平喘。洪嘉婧等^[17]研究发现大椎是治疗哮喘的第 2 要穴。风门穴为外邪侵袭人体之门户,是足太阳膀胱经与督脉之交

会穴,有疏散风寒、调理肺气的功能^[18]。3 穴共用治疗哮喘,既有镇咳平喘之效,又有预防哮喘之复发,故可取得较好疗效。

本研究采用“五针法”与《针灸治疗学》教材中哮喘的针灸处方对比的方法治疗寒饮伏肺型哮喘,因《针灸治疗学》作为高等中医药院校教材具有权威性和代表性,其有效性已得到了医界的认可;而“五针法”是邵老集 50 年的经验总结,其有效性也经过大量的临床及实验研究证实,目前已广泛运用于临床、教学和科研中。本研究对两种疗法的有效性进行对比,旨在说明哪种疗法更佳,为今后临床推广应用提供科学依据。本研究对照组主穴取 9 个穴位,而观察组主穴仅用 3 个穴位,两种疗法所选穴位数目相差较多,甚至肺俞、风门相同,观察组仅 1 个大椎穴与对照组 7 个穴位比较,似乎有点难以理解?这就涉及到针灸的选穴及配穴处方问题,邵老认为临床选穴处方是否恰当,直接影响着治疗效果,选穴配方应力争少而精,简而效,不可冗杂。恰当配伍,合理取穴,既要注意腧穴的协同增效作用,又要考虑腧穴的拮抗作用,盲目处方、不分主次不仅影响临床疗效,甚则可使疾病加重。邵老临证常取 2~4 穴,有时仅需一穴便可收到奇效。肺俞、大椎、风门 3 穴的选取是邵老基于哮喘的发病机制,考虑到腧穴间的拮抗及协同增效作用,经过 50 余年的艰辛探索、反复推敲斟酌、不断地筛选穴位及改进方法而后提出的治疗哮喘的经典处方。同时邵老临证非常重视手法,针刺背俞穴时邵老强调要直刺(教材^[19]中背俞穴针刺操作是斜刺),且要刺入恰当的深度,疗效才佳。他认为浅刺无效,深刺危险,成年人一般刺入 13~20 mm,以针

下得气为度;邵老认为大椎穴可刺入 30 mm,而教材^[19]针刺操作是刺入 13~25 mm,远远超出了教材要求范围,这些特殊的针刺方法和深度是邵老临床取得好疗效的关键之一。如《素问·刺要论》曰:“病有浮沉,刺有浅深,各至其理,无过其道。”“五针法”治疗哮喘病之所以有较好的疗效是邵老选穴处方与针刺手法的结合。本研究通过两种方法的对比,能突出“五针法”具有取穴精炼、操作简便、疗效显著、应用安全、便于推广的特点和优势。

本研究在课题设计时,根据哮喘病及针灸疗法的特点,且 3 个中心均为针灸门诊,故宜选用寒饮伏肺型哮喘病情较轻的患者。考虑药物对疗效评价的影响,故不配合药物治疗。因此,在纳入病例时,可以不考虑患者的临床分期(现代医学把哮喘病分为急性发作期、慢性持续期和临床缓解期),只要符合纳入标准且病情轻,又可可不配药物治疗者皆可纳入。研究过程中患者若出现使用药物者予以剔除,以保证疗效评价的准确性,但笔者仍为患者继续治疗,以防患者为了参加课题研究而拒绝药物治疗,从而出现病情危重,甚者危及生命的情况。本研究证实了邵老“五针法”治疗哮喘病的疗效优势、可重复性及临床实用价值,便于进一步推广应用。

参考文献

- [1] 权春分,邵素菊.“邵氏五针法”从肺论治慢性结肠炎 23 例[J]. 中国针灸, 2015, 35(8): 840.
- [2] 田开宇,陈强.“邵氏五针法”配合加味过敏煎治疗变应性鼻炎临床研究[J]. 中医学报, 2015, 30(5): 753-754.
- [3] 刘晓旭,陈志天,严兴科. 邵氏“三穴五针法”治疗哮喘的理论和应用辨析[J]. 甘肃中医药大学学报, 2017, 34(1): 26-28.
- [4] 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: 8-9.
- [5] 王启才. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 103-105.
- [6] 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: 60-66.
- [7] 田德禄. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 78.
- [8] 曹玉雪,董竞成,杜懿杰,等. 支气管哮喘“寒痰”与“热痰”证型微观辨证指标及其炎症特点[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(8): 828-832.
- [9] 杨好俭,王长禄,刘际美. 寒哮喘根初探[J]. 河南中医药学刊, 2000, 15(5): 4-5.
- [10] 邵素菊,华金双,秦小永,等.“五针法”对肺脾亏虚型哮喘症状体征改善的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(11): 2755-2757.
- [11] 邵素菊,权春分,邵素霞,等.“邵氏五针法”治疗急性发作期哮喘:多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2013, 33(9): 774-778.
- [12] 邵素菊,秦小永,高希言,等. 邵氏“五针法”治疗肺脾亏虚型哮喘:多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2007, 27(11): 793-796.
- [13] 王宇,孙婧,金融,等. 针刺对哮喘大鼠气道重建模型气道平滑肌细胞 T 型钙通道蛋白表达的影响[J]. 中国针灸, 2012, 32(6): 534-540.
- [14] 孙娜,崔建美,刘慧娟,等. 针刺对哮喘模型大鼠呼吸功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(1): 426-427.
- [15] 王朝辉,韩东岳,郗丽丽,等. 基于数据挖掘分析穴位贴敷治疗支气管哮喘的选穴与用药规律[J]. 中国针灸, 2015, 35(6): 591-593.
- [16] 邵经明,丁一丹. 针灸治疗哮喘 111 例临床观察[J]. 中医杂志, 1985, 26(5): 47-48.
- [17] 洪嘉婧,王富春,严兴科,等. 针灸治疗哮喘的临床选穴规律研究[J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(3): 372-373.
- [18] 李静. 风门穴临床应用举隅[J]. 陕西中医, 1985, 6(4): 173.
- [19] 王华,杜元灏. 针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.

(收稿日期: 2017-09-29, 编辑: 郭盛楠)

和编辑联系时间温馨提示

《中国针灸》杂志的编辑每周二、四、五在办公室办公,《针刺研究》杂志的编辑每周一、三、四在办公室办公。有急事请在各相应时间给办公室打电话与编辑联系,一般情况最好用 E-mail 联系,邮件主题请写“() 编辑收”。《中国针灸》编辑部: 010-84014607, 王编辑, 朱编辑: 010-64089334, 孟编辑, 张编辑: 010-64089332. E-mail: zhenjiubj@vip.sina.com 《针刺研究》编辑部: 010-64089344. E-mail: zcyj2468@sina.com