

寒地尪痹患者的体质特征及防治

高丽娟¹, 张智超², 姚澜², 姜海³, 郑南¹

(1. 黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨 150040;

2. 黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨 150040;

3. 黑龙江中医药大学药学院, 黑龙江 哈尔滨 150040)

摘要 目的: 我国严寒地区的冬季寒冷期长, 特有的环境因素导致尪痹在我国的发病率仍呈上升趋势, 且北方地区发病率较高。寒地特殊的气候特点和居民饮食起居习惯, 导致尪痹患者易出现阳虚、痰湿、血瘀的体质特征。针对不同体质的患者, 临床应灵活运用补肾助阳、化痰祛湿、活血化瘀等方法治疗。尪痹病程缠绵、反复发作, 不同体质患者的防护和调养措施也不尽相同。本文对寒地生活的特点以及寒地与尪痹的关系进行了概述, 分别探讨了寒地尪痹患者的体质特征、治法以及预防与调护, 以期对尪痹的防治提供新思路。

关键词 痹证; 寒冷地区; 尪痹; 阳虚质; 痰湿质; 血瘀质

尪痹属中医病名, 由风寒湿邪客于关节, 气血痹阻, 导致以小关节疼痛、肿胀、晨僵为特点的疾病, 该病现指西医“类风湿关节炎”^[1]。近年来, 我国尪痹的发病率仍呈上升趋势^[2], 且北方发病率较高^[3]。寒地尪痹患者的体质特点不同于其他地区, 这可能与当地的气候环境、饮食习惯等因素有关。中医基础理论认为, 不同体质特点的患者, 其发病表现也有所不同, 临床治疗选方的侧重也应有所不同。尪痹病程缠绵, 不同体质患者的防护和调养措施也不尽相同。本文就寒地尪痹患者的体质特征及防治进行了探讨, 以期能为尪痹的防治提供新思路。

1 寒地生活的特点

寒地是严寒地区的简称, 指年平均气温低于 5℃, 最冷月份平均气温低于 -3℃, 且全年气温偏低的地区^[4]。寒地冬季漫长寒冷, 缺乏阳光照射, 气候干燥, 蔬菜种植困难。在饮食方面, 寒地居民多食高油、高盐、高热量、高蛋白食物, 且饮酒较多, 这种饮食习惯导致寒地居民易患代谢障碍性疾病。在起居习惯方面, 寒地居民户外活动时间少, 其光照时间变短, 维生素 D 的合成相对不足, 导致寒地居民对钙质无法正常地吸收^[5-7]。室外活动的减少, 易使脂肪在人体内蓄积, 故寒地居民体重超重者较多。以上这些特点使寒地居民患心脑血管疾病、慢性肌肉骨骼疼痛性疾病的概率增高。此外, 有研究^[8-10]表明, 长期寒冷刺激不但能诱发关节滑膜炎, 还能加重软骨损伤的程

度。在类风湿关节炎患者的康复过程中, 寒冷地区患者康复所需时间明显长于温暖地区患者, 康复效果也不如温暖地区^[11]。

2 寒地与尪痹的关系

中医古籍中并无“类风湿关节炎”的病名, 其临床表现与中医“骨痹”“顽痹”“鹤膝风”等类似。首批全国名老中医焦树德教授提出用“尪痹”指代“类风湿关节炎”这一具有典型关节畸形症状的疾病, 以区别其他以关节、肌肉疼痛为主要临床表现的痹病^[12], 目前学界对此观点普遍认可。“尪痹”一词最早见于《金匱要略·中风历节病脉证并治第五》所载“诸肢节疼痛, 身体尪羸, 脚肿如脱, 头眩短气, 温温欲吐”, 其中“尪”即形容人肢体瘦弱, 形销骨立, 骨骼突出弯曲变形, 形如残疾之意。尪痹的临床表现以关节肿痛、沉重为特点, 疼痛多在夜间, 休息后加重, 病程较为漫长, 在疾病后期甚至可以出现关节僵直、变形、活动极度受限等, 使患者的生活质量严重下降。

寒冷气候是尪痹的病因之一。《素问·百病始生》曰: “风雨寒热不得虚, 邪不能独伤人。”尪痹的内因为正气亏虚, 如禀赋不足、气血亏虚、脾肾不足等等^[13]。正气亏虚是人体为外邪所侵袭的先决条件。其外因则以风、寒、湿邪侵袭为主。寒地有风、寒肆虐的气候条件, 不但秋冬季节寒冷漫长, 而且风邪更盛。风性开泄, 善行数变, 寒地患者在病程早期至中期即有关节、肌肉处窜痛, 甚至自觉有风从骨缝而出, 此为寒地尪痹患者临床表现的一大特点。“寒主收引, 寒性凝滞”, 寒邪不但会引起疼痛, 还会引起气血运行不畅, 久则生瘀。“湿性黏腻重着”, 湿邪偏重者往往会

感到肌肉和关节酸痛、沉重、活动受限,神疲乏力等。寒地居民的饮食习惯,是加重尪痹病情进展的因素之一。肥甘厚味,损伤脾气,气虚生痰,可使痰湿互结,瘀滞于关节、经络,最终导致关节肿大、畸形,逐渐丧失正常的生理功能。

3 寒地尪痹患者的体质特征

早在先秦两汉时期,中医古籍中就已经有关于人体健康受地域环境及起居饮食影响的记载。《黄帝内经》明确提出,人与自然是一个整体,人体生命活动的正常进行皆受环境因素的影响。《淮南子·地形训》中也有相关记载,并认为北方人易患骨科疾病和消化不良^[14]。由于寒地的气候特点和居民饮食起居习惯,尪痹患者易出现阳虚、痰湿、血瘀体质特征。

3.1 阳虚体质 《素问·异法方宜论》曰:“北方者,天地所闭藏之域也,其地高陵居,风寒冰冽……”,寒地居民大多生活于风、寒二邪的侵袭中,易形成阳虚体质。《素问·阴阳应象大论》载有“寒为阴邪,易伤阳气”,《太平圣惠方》载有“风寒之气客于肌肤,初始为痹,复伤阳经”,这些均指出了寒邪伤阳这一特性。寒邪犯表或侵袭人体气分,使正邪交争,耗伤人体正气,进而伤及人体阳气^[15]。寒邪侵入人体,或客于三阳经,直接耗伤阳气^[16],造成关节疼痛、拘急、恶寒等。《素问·举痛论》云:“寒气客于五脏,厥逆泄,阴气竭,阳气未入。”寒邪还可直中脏腑,直接损耗脏腑之阳,造成心阳不足、脾肾阳虚等证候表现。寒邪耗伤人体阳气,同时也会影响人体内的水液代谢。《素问·调经论》云:“血气者,喜温而恶寒,寒则泣不能流,温则消而去之。”寒主收引凝滞,寒邪会阻碍气血的运行。脾、肾之阳为寒邪所伤后,脾之运化输布、肾之温煦及推动功能皆受损,从而导致水液代谢障碍^[17]。阳虚体质是尪痹多种病机形成的体质基础。

3.2 痰湿体质 寒地居民出现痰湿体质的原因:①部分地区如黑龙江省多沼泽、湿地,局部地区湿度较大,尤其夏天暑湿更甚;②农民春、秋劳作之时恰逢易下雨之时,冬季部分农民又常于潮湿的“大棚”中劳作^[18];③寒地居民夏季爱食冷饮,冬季爱食“火锅”等高盐油、高热量的食物,二者皆伤脾胃,导致脾胃气虚,酿生痰湿。因此,部分尪痹患者会出现痰湿的征象。痰、湿胶着粘滞,阻碍气机,故患者常会出现肢体沉重,关节肿胀难消、屈伸不利,乏力倦怠,痰多,腹满肥胖,舌体胖大及脉滑等。

3.3 血瘀体质 寒地尪痹患者在病程中后期常见瘀血内阻的征象,其形成与多种因素有关:①外感寒邪。《医林改错》曰:“血受寒则凝结成块”,寒性收引凝滞,寒邪侵入机体,凝滞血脉,血管挛缩^[19],血液运行不畅,导致血液在体内某些部位瘀积不散,形成瘀血,从而出现瘀阻征象。②脾胃气虚。饮食不节、情志失调等易造成脾胃气虚,则气生血、行血功能受损,血脉不充,运行不畅,形成瘀血,最终出现瘀血内阻的征象。③痰湿体质。痰湿体质也是加速瘀血形成的因素之一,《临证指南医案》载有“经以风寒湿三气,合而为痹,然经年累月,外邪留著,气血皆伤,其化为败瘀凝痰,混处经络”,《类证治裁·痹证》则认为痹证后期“必有湿痰败血瘀滞经络”。湿浊凝结于关节,日久不愈,积而成瘀阻。痰湿肥胖者,膝关节若因负重损伤,造成活动减少,也会使气血运行不畅,从而出现瘀阻征象。《血证论》曰:“瘀血在经络脏腑之间,则周身作痛,以其堵塞气之往来,故滞碍而痛。”瘀血阻滞于关节、经络,一方面加重原本关节疼痛的症状,表现为疼痛以刺痛为主,痛处固定,入夜加重;另一方面还会阻碍新血生成,出现皮肤晦暗、肌肤甲错、舌紫暗或有瘀点、瘀斑以及脉涩等表现。

4 寒地尪痹患者的治法

4.1 补肾助阳 “诸寒收引,皆属于肾”,肾阳为人体阳气之本。若肾阳不足,筋脉失于温煦,则会为寒邪所侵,出现筋脉拘急、关节僵硬、畏寒肢冷、腰腹冷痛等表现。故在论治时首选补肾祛寒、温阳通络法^[20]。《伤寒论》中桂枝附子汤、麻黄附子细辛汤方为温阳通络法之代表。临床选药配伍时可根据病情不同而搭配相应的方剂或药物进行治疗,如补肾助阳,可选用右归丸、金匱肾气丸方;附子为补肾阳、散寒止痛之要药,配合桂枝以温阳散寒、温通经络;赤芍、川芎为活血祛瘀通络之佳品,配合使用可疏通经络,使阳气得以通达四肢关节;配伍羌活、薏苡仁等祛湿之品,共同治疗阳虚邪实之尪痹^[21]。焦树德教授以“补肾祛寒”为原则,创“补肾祛寒治尪汤”治疗肾虚寒盛型尪痹。方中以制附片补肾阳祛寒,骨碎补、淫羊藿温补肾阳、强筋骨,配以苍术、防风、麻黄等祛湿祛风,并佐以土鳖虫通络化瘀等,收效甚佳^[22]。李琴教授同样善治肾阳虚型尪痹,但其思路与焦树德教授不同。李琴教授善用附子、肉桂、菟丝子、锁阳、桑寄生等温肾阳、补肾壮骨之品,使肾阳充而鼓邪外出,温煦肢体关节,以

恢复患者正常生理功能,其经验方“温阳补肾方”治疗肾阳虚型尪痹的效果显著^[23]。上述两法皆为扶正祛邪之法,但侧重点不同,焦教授之法偏于治疗阳虚且邪实者,而李教授更偏于治疗病程更久、阳虚更甚、不耐攻伐者,补虚使正气恢复,机体功能恢复方鼓邪外出。

4.2 化痰祛湿 痰湿既是尪痹病程中的病理产物,也能成为该病的新致病因素。对于阳虚水液不化而成的痰湿型尪痹,应用温阳除湿、化痰通络法治疗,此法能有效改善患者临床症状。临床常用的化痰药物有白芥子、胆南星、山慈菇等,再配以桂枝、巴戟天温阳化痰,同时配伍黄芪、陈皮、当归等补气行血之品,使气血畅达,达到化痰除湿的目的^[24-25]。胆南星、桃仁、白芥子、僵蚕、炒白芍五味联用,能调节患者异常的血脂,促进代谢功能的恢复^[26]。痰湿郁久化热,痰热互结,则可见胸闷、恶心、关节红肿发热、口中黏腻、舌苔厚腻等表现,可适当应用清化痰热的方剂来改善症状,如麻杏石甘汤、大小陷胸汤、礞石滚痰丸等^[27]。此类方剂药效峻猛,须中病即止。若患者于尪痹发作期出现关节灼痛肿胀、周身酸楚、肢体重着等湿热表现,可加用四妙散。若痰热蕴结日久伤阴,出现肌肉萎缩等,可酌情加用犀角地黄汤^[28]。

4.3 活血化瘀 瘀血阻滞者主要表现为周身刺痛、关节屈伸不利、舌暗或有瘀点、脉涩等,活血化瘀法是临床常用的治疗方法。《医林改错·痹症有瘀血说》言:“凡肩痛、臂痛、腰疼、腿疼,或周身疼痛,总名曰痹症……用身痛逐瘀汤。”该方中大量应用桃仁、川芎、当归活血祛瘀之品,以及香附等理气止痛药,为治疗尪痹的经典方剂之一。桃红四物汤治疗瘀血阻滞型尪痹也有一定疗效,方中的桃仁、红花、川芎具有活血化瘀、行血的作用,当归、芍药养血调营,熟地黄滋补肝肾之品;诸药合用,共奏调畅气血、祛瘀生新之功效。研究^[29-31]表明,桃红四物汤可减轻炎症、抑制骨破坏、改善患者的临床症状。多数尪痹患者在发病开始即出现关节屈伸不利的表现,故活血化瘀的观念不应局限于尪痹后期,应贯穿尪痹病程的始末,在适当阶段可灵活运用针灸、药浴等外治法以及适当的功能锻炼等,疏通经络、调畅气血,促进关节功能恢复,改善患者生活质量。此外,临床上也有患者会出现痰瘀互结证,表现为皮下结节、肢体沉重、关节变形、舌暗或有瘀点、脉涩等。对于痰瘀互结型尪痹患者,可采用化痰联合祛瘀的方法治疗,单味药多采用乌梢蛇、

地龙、全蝎、蜈蚣、僵蚕等药物治疗^[32],复方药物多采用双合汤治疗。双合汤由二陈汤与桃仁四物汤组成,既能燥湿化痰,又能化瘀行血,对于痰瘀互结型尪痹的疗效较为显著^[25]。值得注意的是,尪痹后期往往伴随着气血不足、肝肾亏虚,治疗时应不忘顾护正气^[33],可适当应用调补肝肾、气血类药物以防破血之力太过。

5 寒地尪痹患者的预防与调护

《素问·四气调神大论》曰:“圣人不治已病治未病,不治已乱,治未乱。”尪痹的防治当以“治未病”“三因制宜”思想为原则,做好日常调护,防止尪痹复发。

5.1 阳虚体质,顺势养阳 研究表明,阴冷环境中阳虚体质占比大于非阳虚体质^[34]。患者需改善阴冷、潮湿的居住、工作环境。寒地秋、冬、春三季气温皆低,应注意保暖避寒。《素问·四气调神大论》提出“春夏养阳,秋冬养阴”,即主张人应顺应自然四时气候变化调理人体的阴阳,以达到阴平阳秘的状态。春夏气温回升,自然界阳气充裕,为阳虚体质患者顺时养阳、补阳的最佳时期。《千金方》中则对“春夏养阳”提出了具体分析,主张“治伤寒宜春夏少吐下”以防伤及阳气。饮食上有所节制,即“春不食辛,夏不食咸,季夏无食酸”^[35]。起居上顺应春夏生长、冬季闭藏之性,春日增加活动,冬季减少劳作,如《备急千金要方·道林养性》载“冬时天地气闭,血气伏藏,人不可作劳出汗,发泄阳气,有损于人也”。除一般的防护措施外,药物调理是调养体质的重要手段,可根据患者的体质及病证,将适用于患者的中药饮片制成丸剂、散剂以便日常使用,例如,可选用补中益气丸对中气不足的患者进行调理,选用右归丸对肾阳不足的患者进行调补^[36]。

5.2 谨慎饮食,减少痰湿 治疗尪痹时,医师需明辨患者的病程阶段。治疗早期尪痹,应及时改善体质,祛除外邪,减少痰瘀形成^[37],以控制病情发展。患者的饮食需节制,夏季慎服冷饮,秋冬少食辛辣、高盐、高糖等高热量食物,以防伤及脾胃,运化失常,酿生痰湿。日常生活中可应用茯苓、白术、半夏、陈皮四味药健脾祛湿,调养体质^[38]。此外,在治疗尪痹时对患者进行调护指导和心理疏导也非常重要^[39],尤其对于尪痹中后期的患者,更需要保持平和的心态,以避免情志抑郁,气郁生痰,加重病情;同时还可应用疏肝理

气之品辅助调理体质。

5.3 功能锻炼,调畅气血 对于血瘀质尪痹患者,可适当进行功能锻炼,逐步恢复关节功能。五禽戏、八段锦等传统锻炼方法的运动方式较为缓和,能够促进气血运行,增强体质,有利于恢复健康。局部还可配合阿是穴拔罐放血法以及穴位针刺法,这些方法能有效改善关节活动度及缓解疼痛^[40-41]。

6 小 结

由于特殊的气候特点和生活习惯,寒地尪痹患者易出现阳虚、痰湿、血瘀的体质特征。故而在治疗方面,应抓住以上体质特征,灵活运用补肾助阳、化痰祛湿、活血化瘀等方法进行标本兼治。尪痹的病程长、病势绵绵、常反复发作,因此科学的日常调护对尪痹的防治具有重要的意义。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[J]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 29.
- [2] 吴培玉, 李碧香, 黄文婷, 等. 延续性护理对类风湿关节炎患者生命质量的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(16): 1219-1223.
- [3] 黄兆铭. 从临床实践看中医整体观的重要性[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(3): 277-278.
- [4] 金海, 田竞, 谢晓晨, 等. 寒区核应急医学救援的困难与对策研究[J]. 西北国防医学杂志, 2020, 41(6): 340-344.
- [5] 刘艳骄. 寒地医学与寒地睡眠医学的发展及研究意义[J]. 世界睡眠医学杂志, 2018, 5(5): 501-503.
- [6] 张可勇, 高志影, 张昊, 等. 北纬 53° 高寒地区世居汉族人群生理特征及常见疾病[J]. 基础医学与临床, 2015, 35(11): 1486-1491.
- [7] 康健, 徐广振, 韩玮, 等. 寒冷气候对温区急进高寒地区官兵肌肉关节疼痛的影响及思考[J]. 实用医药杂志, 2020, 37(10): 865-867.
- [8] 李靖, 董宇飞, 李斌, 等. 寒冷刺激引起关节损伤实验研究[J]. 中西医结合研究, 2020, 12(5): 308-312.
- [9] BAI Y J, JIANG D X, AN N, et al. Effects of cold-damp and hot-damp environment on VEGF and IL-1 expression in joint cartilage cells in adjuvant arthritis in rats[J]. J Tradit Chin Med, 2012, 32(2): 256-260.
- [10] 田杰祥, 王钢, 王佳, 等. 中医外治法治疗类风湿关节炎滑膜炎研究进展[J]. 陕西中医, 2020, 41(1): 131-133.
- [11] STAALESEN STRUMSE Y A, NORDVAG B Y, STANGHELLE J K, et al. The efficacy of rehabilitation for patients with rheumatoid arthritis: comparison between a 4-week rehabilitation programme in a warm and cold climate[J]. Scand J Rheumatol, 2009, 38(1): 28-37.
- [12] 李满意, 刘红艳, 陈传榜, 等. 尪痹的源流及临床意义[J]. 风湿病与关节炎, 2019, 8(6): 56-60.
- [13] 曾丽莹, 邓伊健, 袁立霞. 尪痹的中医病因病机浅析[J]. 时珍国医国药, 2017, 28(7): 1698-1699.
- [14] 龚胜生. 中国先秦两汉时期的医学地理学思想[J]. 中国历史地理论丛, 1995(3): 163-180.
- [15] 王鲁民. 基于寒邪理论中医古代文献分析探讨治疗寒邪的重要性以及治疗原则[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(8): 3641-3643.
- [16] 樊钦华, 吴圣贤, 杜雅薇. 基于“阳主阴从”探讨寒邪伤阳致病特点[J]. 环球中医药, 2021, 14(7): 1234-1238.
- [17] 袁丽霞, 孙悦, 丁成华, 等. 《黄帝内经》寒邪理论及临床诊治发微[J]. 江西中医药, 2021, 52(8): 9-11.
- [18] 路志. 北方亦多湿续论[J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(9): 515-518.
- [19] 郑彩杏, 李花, 刘旺华, 等. 痰、瘀异同之研究[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(3): 109-112.
- [20] 吴晶金, 彭江云. 温阳通络法治疗类风湿关节炎的理论探析[J]. 风湿病与关节炎, 2018, 7(1): 51-52.
- [21] 刘维超, 杨会军, 吴晶金, 等. 从阳虚邪凑论治类风湿关节炎[J]. 四川中医, 2015, 33(10): 22-24.
- [22] 陈彦竹. 名老中医治疗痹证临床特色及用药规律的研究[D]. 天津: 天津中医药大学, 2020.
- [23] 陶文学. 中西医结合治疗高原地区肾虚型类风湿关节炎临床观察[D]. 西宁: 青海大学, 2019.
- [24] 边卓琼, 王益东. 温阳除湿、化痰通络方结合常规疗法治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎 90 例[J]. 环球中医药, 2018, 11(3): 447-450.
- [25] 尹燕飞. 温阳除湿、化痰通络方结合常规疗法治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎临床观察[J]. 光明中医, 2019, 34(18): 2820-2822.
- [26] 吴育东. 化痰通络方治疗痰瘀痹阻型类风湿关节炎并血脂异常的临床观察[D]. 福州: 福建中医药大学, 2021.
- [27] 张安琪. 从痰热致病因素研究龙江地区常见内伤杂病的机理与治法[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2018.
- [28] 王钰, 姜萍, 张艳艳. 宋绍亮辨治尪痹经验[J]. 山东中医杂志, 2021, 40(1): 75-78.
- [29] 赵晶晶, 郑福增, 周子朋, 等. 基于网络药理学和分子对接探讨桃红四物汤治疗类风湿关节炎的作用机制[J]. 世界中医药, 2021, 16(12): 1792-1796.
- [30] 阮荣国, 阮德明. 加味桃红四物汤治疗痰瘀痹阻型风湿性关节炎临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(12): 98-100.
- [31] 季青洁, 徐恒, 吴春玲, 等. 冷文飞化痰行瘀法治疗类风

- 湿关节炎经验[J]. 中医药临床杂志, 2020, 32(10): 1853-1856.
- [32] 吴春玲, 季青洁, 徐恒, 等. 蛇虫类药物治痰瘀互结型类风湿关节炎经验总结[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(10): 1352-1353.
- [33] 范天睿. 从“痰”论治痹症[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(12): 67-69.
- [34] 李晓文, 韩双双, 罗仁, 等. 阳虚体质影响因素的研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(10): 1574-1577.
- [35] 呼兴华, 高原, 卢芬萍, 等. 孙思邈《千金方》“春夏养阳, 秋冬养阴”思想探析[J]. 现代中医药, 2021, 41(5): 63-66.
- [36] 许正锦, 张倩, 蒋艺芬. 陈进春运用“治未病”思想防治痹病经验[J]. 中医药临床杂志, 2010, 22(3): 220-221.
- [37] 解泽文, 付新利. 从虚邪痰瘀浅谈类风湿性关节炎[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(7): 117-118.
- [38] 张曾亮, 何小磊, 任存霞, 等. 基于数据挖掘的调理痰湿体质核心药物组合的分析初探[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(1): 158-160.
- [39] 李卓霞. 老年类风湿性关节炎患者延续护理需求的调查及分析研究[D]. 太原: 山西医科大学, 2020.
- [40] 章芬. 阿是穴拔罐放血配合八段锦治疗气滞血瘀型慢性非特异性下腰痛 33 例[J]. 福建中医药, 2022, 53(4): 12-14.
- [41] 杜景文, 董秀珍, 吕俊玲, 等. 当归芍药散加减配合针刺治疗血瘀痹阻型膝关节关节炎 60 例[J]. 福建中医药, 2021, 52(6): 52-53.

(收稿日期: 2022-03-22 本文编辑: 时红磊)

(上接第 56 页)

- [5] 许云腾, 叶蕤芝, 李西海. 基于经络理论初探慢性筋骨病五体论治的科学内涵[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(4): 1963-1966.
- [6] 姜劲挺, 李祥雨, 张伦广, 等. 基于中医“相数理”逻辑理论浅析“五体辨证”在中医骨伤科中的运用[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(7): 1391-1393.
- [7] 金成, 武伟, 覃业校, 等. 《灵枢·官针》“九刺”法的临床研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(2): 83-87.
- [8] 孙丹红. 温故知新——试谈“在筋守筋”[J]. 中国针灸, 2018, 38(4): 431-433.
- [9] 曾禹铭, 周红海, 李东阳, 等. 踝关节扭伤的中医治疗研究进展[J]. 广西中医药大学学报, 2021, 24(3): 73-77.
- [10] 司元龙, 申建军, 冯康虎, 等. 基于“络病理论”探讨膝关节关节炎的病因机制[J]. 中医药信息, 2022, 39(6): 12-16.
- [11] 李佳敏. 益气养血通络止痹汤联合甲氨蝶呤对类风湿性关节炎的作用效果[J]. 中国中医药科技, 2023, 30(2): 329-331.
- [12] 胡永召, 徐迎峰, 阮志华, 等. 热敏灸联合温阳散寒、逐瘀通络汤治疗膝关节骨性关节炎(阳虚寒凝证)的临床研究[J]. 中医药信息, 2022, 39(2): 54-59.
- [13] 赵张旻, 章文春. 张注《素问·生气通天论》形气神三位一体生命观浅析[J]. 江西中医药, 2021, 52(7): 13-14.
- [14] 张师尧, 关雪峰, 杨永菊. 从“膝为筋之府”探讨膝关节炎滑膜炎的疼痛机制及治疗[J]. 山东中医药大学学报, 2022, 46(4): 454-457.
- [15] 邢鹏, 董平. 骨关节病中西医诊疗进展[J]. 医学综述, 2013, 19(12): 2208-2210.

(收稿日期: 2022-11-17 本文编辑: 李晓乐)

· 简 讯 ·

《中医正骨》2023 年广告业务范围及收费标准

■ 医疗、科研、教学单位及药械生产营销企业介绍

■ 用于骨伤科医疗、科研、教学的器械设备介绍

■ 用于骨伤科医疗、科研、教学的中西药物及中间体介绍

■ 各种形式的骨伤科讯息, 如书刊征订、招生启事、会议通知等

刊登位置	印刷规格	版面	每期收费标准(元)	半年收费标准(元)	全年收费标准(元)
封二	大 16 开彩色铜版纸印刷	全版	12 600	75 000	150 000
封三	大 16 开彩色铜版纸印刷	全版	11 000	67 000	134 000
封底	大 16 开彩色铜版纸印刷	全版	14 000	84 000	168 000
前插页	大 16 开彩色铜版纸印刷	全版	9 800	58 500	117 000
后插页	大 16 开彩色铜版纸印刷	全版	8 400	50 000	100 000
内文插页	大 16 开彩色铜版纸印刷	全版	8 400	50 000	100 000
内文图文	大 16 开黑白铜版纸印刷	全版	4 200	25 000	50 000
	大 16 开黑白铜版纸印刷	1/2 版	2 500	15 000	30 000
内文文字	大 16 开黑白铜版纸印刷	全版	4 200	25 000	50 000
	大 16 开黑白铜版纸印刷	1/2 版	2 500	15 000	30 000