[临 床]

活血化瘀方结合翼外肌封闭法对风寒瘀阻型颞下颌关节功能紊乱综合征患者的影响

冯艳红¹, 王朝君², 刘凡¹, 李艳红¹, 高毅¹, 张国忠^{1*}

(1. 河北省中医院, 河北石家庄 050011; 2. 石家庄市第一医院, 河北石家庄 050011)

摘要: **目的** 探讨活血化瘀方(当归、防风、荆芥等)结合翼外肌封闭法对风寒瘀阻型颞下颌关节功能紊乱综合征患者的临床效果。**方法** 选取2015年1月—2015年12月在河北省中医院口腔科就诊的68例风寒瘀阻型颞下颌关节紊乱病患者,随机分为治疗组和对照组各34例,两组患者均给予翼外肌封闭法,治疗组同时给予自拟当归活血汤辅助治疗,1周为一个疗程,连续治疗2周。**结果** 治疗后,治疗组患者的最大张口限度大于对照组,NRS评分低于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$);治疗前两组患者的Friction指数DI、PI、CMI值差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,治疗组DI、PI、CMI值均显著低于对照组($P < 0.05$);治疗组的下颌运动异常、颌面部疼痛、下颌关节弹响或杂音、烦躁易怒、口唇紫暗、入睡困难、舌象和风寒瘀阻积分均显著低于对照组($P < 0.05$);治疗组的愈显率显著高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 活血化瘀方结合常规西医疗法治疗风寒瘀阻型颞下颌关节功能紊乱综合征时,能够进一步提升治疗效果。

关键词: 活血化瘀方;翼外肌封闭法;风寒瘀阻型;颞下颌关节功能紊乱综合征

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2018)01-0051-05

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2018.01.009

Effects of Huoxue Huayu Decoction combined with musculus pterygoideus lateralis closure on patients with temporomandibular joint dysfunction syndrome due to wind-cold stasis

FENG Yan-hong¹, WANG Chao-jun², LIU Fan¹, LI Yan-hong¹, GAO Yi¹, ZHANG Guo-zhong^{1*}

(1. Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050011, China; 2. Shijiazhuang First Hospital, Shijiazhuang 050011, China)

ABSTRACT: **AIM** To investigate the clinical effects of Huoxue Huayu Decoction (*Angelicae sinensis Radix*, *Saposhnikovia Radix*, *Schizonepetae Herba*, etc.) combined with musculus pterygoideus lateralis closure in managing patients with temporomandibular joint dysfunction syndrome (TMJ) due to wind-cold stasis. **METHODS** From January 2015 to December 2015, 68 cases of patients with TMJ due to wind-cold stasis identified and recruited by the department of stomatology of Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine were randomly assigned to treatment group and control group, each with 34 cases and given the musculus pterygoideus lateralis closure. But the treatment group was administered with an extra two-week adjuvant therapy of Huoxue Huayu Decoction, and generally one week such medication was taken as a therapeutic course. **RESULTS** After the intervention, the treatment group presented an overall better performance than the control group in terms of the open limit, NRS score, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$); and the values of CMI, PI, DI ($P < 0.05$), in contrast to the not significantly varied values between the groups before the intervention ($P > 0.05$). The treatment group also displayed its advantage if evaluated by TCM criteria, extent of the mandibular movement

收稿日期: 2017-05-27

基金项目: 河北省科技计划项目(15277756D)

作者简介: 冯艳红(1975—),女,副教授,副主任医师,从事口腔临床工作。Tel: (0311) 69095238, E-mail: 2423078783@qq.com

* 通信作者: 张国忠(1959—),男,副主任医师,从事临床康复科工作。Tel: 13833199799

abnormalities, facial pain, temporomandibular joint sound or noise, irritability, sleeping difficulty, dark purple lips, tongue scores and wind-cold stasis scores ($P < 0.05$). And generally a remarkably higher total effective rate was observed in the treatment group, and its difference to the control group was statistically significant ($P < 0.05$). **CONCLUSION** Huoxue Huayu Decoction combined with conventional western medicinal approach in the management of TMJ due to wind-cold stasis can achieve a better therapeutic efficacy.

KEY WORDS: Huoxue Huayu Decoction; musculus pterygoideus lateralis closure; wind-cold stasis; temporomandibular joint dysfunction syndrome

颞下颌关节紊乱综合征 (temporomandibular joint dysfunction syndrome, TMJ) 属于口腔科常见的疾病, 主要是颞下颌关节咀嚼肌相关临床疾病的统称, 患者表现出疼痛、开口受到限制、弹响等体征, 严重的影响了患者生活质量。世界卫生组织将牙周疾病、龋齿、错颌畸形与颞下颌关节紊乱综合征并称为四大口腔流行疾病, 在临床上主要采取物理方法进行治疗, 但是效果不一^[1]。中医学认为, 本病属于“颊痛”、“痹症”等疾病范畴, 主要是由于寒湿侵袭、正气不足、情志不舒或者外伤造成气血运行不通畅, 经脉阻滞引发^[2]。我院采用活血化瘀方联合翼外肌封闭法治疗风寒瘀阻型颞下颌关节功能紊乱综合征, 取得了满意的效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月—2015年12月在河北省中医院口腔科就诊的68例风寒瘀阻型颞下颌关节紊乱病患者, 采用抽签法随机分为治疗组和对照组各34例, 治疗组34例, 男14例, 女20例, 年龄21~64岁, 平均 (39.2 ± 13.7) 岁, 平均病程 (36.3 ± 21.7) d, 治疗前的颞下颌关节功能障碍指数 (dysfunction index, DI) 0.32 ± 0.08 、肌肉压痛指数 (palpation index, PI) 0.87 ± 0.07 、颞下颌指数 (craniomandibular index, CMI) 0.66 ± 0.11 ; 对照组34例, 男12例, 女22例, 年龄19~61岁, 平均 (40.9 ± 14.0) 岁, 平均病程 (40.5 ± 19.7) d, 治疗前的DI 0.33 ± 0.09 、PI 0.85 ± 0.09 、CMI 0.68 ± 0.13 。两组患者的年龄、性别、病程、Fricton 颞下颌关节功能比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入排除标准

1.2.1 纳入标准 颞下颌关节紊乱病的西医诊断标准参考《口腔颌面外科学》, 中医诊断标准参考《中医病症诊断疗效标准》中的风寒瘀阻型颞下颌关节紊乱诊断标准。临床表现: 颞下颌关节运动时出现弹响和 (或) 伴杂音, 关节或关节区软组织

疼痛, 关节运动异常和 (或) 功能障碍诊断标准; 中医的风寒瘀阻型表现为畏风 (寒), 或因遇风寒而发, 伴有恶心、呕吐、畏声、畏光, 脉细涩或沉细。年龄18~65岁。治疗前与患者签署知情同意书, 并经本院医学伦理委员会的批准。

1.2.2 排除标准 患有皮炎、多发性肌炎、遗传性肌病等疾病的患者; 患有化脓性关节炎、类风湿性关节炎、风湿性关节炎等原发性关节病变的患者; 长期需要服用激素者; 患有精神疾病、肝脏及肾脏功能障碍的患者; 妊娠期及哺乳期妇女; 对治疗药物有严重过敏反应的患者。

1.3 治疗方法 对照组: 给予患者西医常规治疗, 采用5 mL 0.25% 普鲁卡因注射液 (上海旭东海普药业有限公司, 批号20150201) 行翼外肌封闭, 在乙状切迹中点进行穿刺, 进针后深度保持在3 cm, 缓慢进行注药。观察组: 在对照组基础上给予患者活血化瘀方治疗, 处方如下: 当归10 g、防风15 g、荆芥15 g、白芷15 g、川芎10 g、乳香10 g、没药10 g、牛膝10 g、薄荷10 g、红花10 g、细辛10 g, 上述药物水煎服, 每日1剂, 煎取药液400 mL, 分2次早晚温服, 连续服用1个月。当归 (批号201501)、防风 (批号201503)、荆芥 (批号201503)、白芷 (批号201503)、川芎 (批号201505)、乳香 (批号201507)、没药 (批号201501)、牛膝 (批号201502)、薄荷 (批号201502)、红花 (批号201504) 和细辛 (批号201505) 均购于石家庄乐同中药材销售有限公司。

1.4 观察指标及疗效评价

1.4.1 最大张口限度和疼痛程度评分 (numerical rating scale, NRS) 评价治疗前后的最大张口限度、NRS (无疼痛为0分; 1~3分表示轻微疼痛, 患者的睡眠质量不受影响; 4~6分表示中度疼痛, 患者的睡眠质量受影响; 7~10分表示剧烈疼痛)。

1.4.2 颞下颌关节功能 由同一名医师根据Fricton 颞下颌关节功能临床检查表进行评价, 测量患者治疗前后的颞下颌关节功能障碍指数 (DI)、肌

肉压痛指数 (PI)、颌下颌指数 (CMI)。

1.4.3 中医证候积分和风寒瘀阻型评分 对比治疗前后患者的中医证候积分及风寒瘀阻型的变化: 下颌运动异常、颌面部疼痛、下颌关节弹响或杂音、烦躁易怒、口唇紫暗、入睡困难、舌象变化, 均按照症候程度采用0、1、2、3分的标准进行评价, 症候越严重, 评分越高。风寒瘀阻型的评分, 即畏风 (寒), 或因遇风寒而发, 伴有恶心、呕吐、畏声、畏光, 脉细涩或沉细的各项评分为0~3分, 分数越高, 症候越严重。

1.4.4 临床疗效评价^[3] 痊愈: 张、闭口活动自如, 弹响消失, 疼痛消失或减少 $\geq 91\%$, 局部无明显不适感觉。显效: 张口度基本接近正常范围(3.0~3.7 cm), 疼痛减少61%~90%, 各项临床症状显著减轻, 张口有轻微不适感, 残余轻微弹响。有效: 开口口型正常, 张口度 < 3.0 cm, 疼痛减少21%~60%, 下颌关节运动正常, 咀嚼肌压痛存在, 残余弹响较为明显。无效: 未达到上述标准, 症状体征未见明显改善, 疼痛减少 $\leq 20\%$ 。

1.5 统计学方法 采用SAS 10.0软件进行数据分析, 应用平均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)对计量指标进行统计描述, 组间比较采用 t 检验, 计数资料数据分

析采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 最大张口限度、NRS评分治疗前后变化 由表1可见, 治疗后, 治疗组患者的最大张口限度大于对照组, NRS评分低于对照组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 两组治疗前后的最大张口限度、NRS评分比较($\bar{x} \pm s, n = 34$)

Tab.1 Comparison of maximum opening limits and NRS scores between the two groups before and after the treatment ($\bar{x} \pm s, n = 34$)

组别	最大张口限度/cm		NRS评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	2.2 $\pm$ 0.6	3.5 $\pm$ 0.6*	5.7 $\pm$ 1.5	1.3 $\pm$ 0.7*
对照组	2.3 $\pm$ 0.6	3.1 $\pm$ 0.7*	5.4 $\pm$ 1.3	1.7 $\pm$ 0.8*

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗前后的Fricton指数变化 由表2可见, 治疗前两组患者的Fricton指数DI、PI、CMI值差异均无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 治疗组的Fricton指数DI、PI、CMI值均显著低于对照组($P < 0.05$)。

表2 两组治疗前后的Fricton指数比较($\bar{x} \pm s, n = 34$)

Tab.2 Comparison of Fricton indices between the two groups before and after the treatment ($\bar{x} \pm s, n = 34$)

组别	DI		PI		CMI	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	0.32 $\pm$ 0.08	0.15 $\pm$ 0.07*	0.87 $\pm$ 0.07	0.12 $\pm$ 0.07*	0.66 $\pm$ 0.11	0.14 $\pm$ 0.09*
对照组	0.33 $\pm$ 0.09	0.21 $\pm$ 0.06*	0.85 $\pm$ 0.09	0.22 $\pm$ 0.08*	0.68 $\pm$ 0.13	0.21 $\pm$ 0.08*

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后的中医症状积分变化 由表3可见, 治疗前, 治疗组和对照组的各项中医症状积分差异均无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后,

治疗组的下颌运动异常、颌面部疼痛、下颌关节弹响或杂音、烦躁易怒、口唇紫暗、入睡困难、舌象和风寒瘀阻积分均显著低于对照组($P < 0.05$)。

表3 两组治疗前后的中医症状评分变化($\bar{x} \pm s, n = 34, \text{分}$)

Tab.3 Changes of TCM symptom scores between the two groups before and after the treatment ($\bar{x} \pm s, n = 34, \text{score}$)

中医证候积分	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
下颌运动异常	2.14 $\pm$ 0.47	0.89 $\pm$ 0.26*#	2.08 $\pm$ 0.44	1.14 $\pm$ 0.41*
颌面部疼痛	2.08 $\pm$ 0.39	0.75 $\pm$ 0.30*#	2.12 $\pm$ 0.42	1.20 $\pm$ 0.42*
下颌关节弹响或杂音	2.11 $\pm$ 0.42	0.91 $\pm$ 0.28*#	2.15 $\pm$ 0.37	1.33 $\pm$ 0.38*
烦躁易怒	1.69 $\pm$ 0.30	0.69 $\pm$ 0.17*#	1.75 $\pm$ 0.33	0.97 $\pm$ 0.33*
口唇紫暗	1.73 $\pm$ 0.51	0.72 $\pm$ 0.20*#	1.81 $\pm$ 0.49	1.03 $\pm$ 0.34*
入睡困难	1.80 $\pm$ 0.34	0.54 $\pm$ 0.21*#	1.93 $\pm$ 0.31	0.95 $\pm$ 0.29*
舌象变化	1.66 $\pm$ 0.24	0.70 $\pm$ 0.24*#	1.87 $\pm$ 0.28	1.20 $\pm$ 0.31*
风寒瘀阻	7.64 $\pm$ 1.23	3.46 $\pm$ 1.16*#	7.81 $\pm$ 1.29	4.12 $\pm$ 1.08*

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$,与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$

2.4 两组患者临床疗效比较 由表4可见,治疗后,治疗组患者的愈显率(94.12%)显著高于对照组(73.53%)($P < 0.05$)。

表4 两组治疗效果比较 (n=34,例)

Tab. 4 Efficacy comparison between the two groups (n = 34, case)

组别	痊愈	显效	有效	无效	愈显率/%
治疗组	24	8	2	0	32(94.12) [#]
对照组	18	7	8	1	25(73.53)

注:与对照组比较,[#] $P < 0.05$

3 讨论

颞下颌关节紊乱综合征属于口腔颌面部常见疾病,各种致病因素造成患者颞下颌关节周围的神经、肌肉过度兴奋而处于迅速疲惫状态,造成正常的关节活动失去平衡,患者临床症状可见局部酸胀疼痛、弹响以及运动障碍,严重的疼痛会放射到耳颞区域和颈部,患者表现为头痛、耳鸣、无法嚼食物、言语不利等症状,严重影响了生活质量^[4-5]。现代医学认为,本病发生和以下几个因素相关,一是社会心理因素,由于患者长期处于紧张、情绪压抑状态,神经过度活跃,容易引发咀嚼肌痉挛,造成神经肌肉功能失衡,关节结构出现紊乱,患者采取紧咬牙、磨牙等方法发泄压力时,肌肉出现过度疲劳、新陈代谢失常,引发了颞下颌关节紊乱^[6-7];二是人体咬合同颞下颌关节、口颌系统神经、肌肉以及牙组织同属一个功能系统,一旦发育期间颞下颌关节咬合不良、创伤等咬合紊乱,会造成双侧颞颌关节在运动过程中不稳定或者不对称,破坏咬合与颞下颌关节、神经肌肉功能协调,引发咀嚼肌异常兴奋与疼痛;此外,部分损伤原因、免疫学因素造成颞下颌关节软骨表面覆盖凝胶样物质消失,关节纤维组织暴露,造成原来封闭抗原暴露,引发自身免疫性反应,导致软组织破损而形成成本病^[8]。

传统的治疗方法有关节腔内注射、咬合面矫正、口服止痛药、超短波等,其中关节腔内注射和咬合面矫正虽然可以起到一定效果,但是远期疗效较差且容易复发,而且关节内注射可引起关节结构进行性病变;服用止痛药仅能缓解临床症状,但对治疗无益,而且还容易成瘾;超短波等物理疗法禁忌症相对较多;也有采用外科手术治疗,但手术风险较大,容易遗留后遗症,疗效不确切。目前采用较多的是翼外肌封闭法,可同时翼外肌和颞肌痉挛都起作用,因此对疼痛性颞颌关节功能紊乱综合征有较明显的解痉止痛效果,该方法疗效确切,但

也存在复发的可能^[9-10]。中医学认为,本病属于“痹症”、“颊痛”等范畴,各种致病因素造成机体气血虚弱、营卫不固,如情志不舒畅、不良的饮食习惯、六淫邪气乘虚而入造成了面颊部血液运行不畅通,经络不通,经脉失去濡养,经络气血不通则痛,肌肉关节不荣则痛,患者出现了关节、周围肌肉组织疼痛和张口受限,因此这类患者通常呈风寒瘀阻症候,根据症候及病机,中医提倡采取活血行气、舒筋活络和开噤止痛的临床治疗原则^[11-12]。根据常年的临床经验,我院采用自拟的活血化癥方进行辅助治疗,方中当归可以养血补血,行血活血,散寒止痛;红花可以活血通经,散瘀止痛,两药合用可以增强活血化癥的功用,祛瘀不伤正气,养血补虚;川芎可以活血行气、祛风止痛^[13];白芷可以辛温止痛;细辛能够祛除在表之风寒,入肾经除在里之寒邪,止痛效果显著;牛膝善于祛瘀,长于活血通经,又可以补肝肾强筋骨;乳香和没药两者合用能够宣通脏腑,流通经络,善治心胃胁腹肢体关节诸痛皆能治之^[14];防风味辛、甘,性微温,有祛风解表、胜湿止痛、止痒作用^[15];荆芥可以镇痰、祛风、凉血;薄荷味辛,性凉,归肺、肝经,具有发散风热,清利咽喉,透疹解毒,疏肝解郁和止痒效果,全方合用,可以共奏疏通经络、祛寒活血、散寒止痛的作用^[16-17]。本研究显示,翼外肌封闭法联合活血化癥方口服治疗可以显著提升风寒瘀阻型患者临床疗效,改善颞下颌关节功能紊乱综合征患者临床症状,减轻患者疼痛感,效果显著。

但本实验也存在一定的问题,例如活血化癥方是口腔科的经验方,其有效成分较多,质量难以控制,可能导致临床疗效不稳定,下一步将制成成药,为申报新药提供依据。再者,虽然本实验未发生明显的不良反应,但活血化癥方不宜长期服用,否则可致活血过旺,引起机体不适,因此服用此药时应中病即止。

综上所述,中医活血化癥方剂结合常规西医疗法治疗颞下颌关节功能紊乱综合征能够进一步改善患者的临床症状,提升治疗效果。

参考文献:

[1] 王俊杰. 综合治疗颞下颌关节紊乱综合征伴疼痛患者的临床效果分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2015, 36(9): 1299-1300.

[2] 喻霜,程红霞. 温针配合穴位注射治疗颞下颌关节功能紊乱综合征疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015,

17(2): 174-176.

[3] 邱茵六. 口腔颌面外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001, 38-39.

[4] 安道英. 颞下颌关节紊乱综合征的治疗研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(33): 3757-3759.

[5] 程培红, 宋代辉, 袁璐, 等. 稳定型咬合板联合超短波治疗颞下颌关节紊乱综合征患者口颌面疼痛的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2012, 34(5): 381-383.

[6] Persaud R, Garas G, Silva S, et al. An evidence-based review of botulinum toxin (Botox) applications in non-cosmetic head and neck conditions [J]. *JRSM Short Rep*, 2013, 4(2): 10-19.

[7] 武华清, 谭春平, 张永光, 等. 热敏灸治疗颞下颌关节紊乱综合征 35 例[J]. 中国中医急症, 2012, 21(10): 1699.

[7] 马向丽. 下关穴围刺配合合谷治疗颞下颌关节功能紊乱综合征 27 例[J]. 内蒙古中医药, 2014, 2(5): 41.

[8] Aggarwal A, Keluskar V. Physiotherapy as an adjuvant therapy for treatment of TMJ disorders[J]. *Gen Dent*, 2012, 60(2): e119-122.

[9] 尹建平, 伍丽蓉. 阿是穴针刺配合温针灸治疗颞下颌关节紊乱综合征 54 例临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(20): 26-27.

[10] 黄璟, 安爱群. 稳定型咬合板治疗颞下颌关节紊乱病 64 例疗效观察[J]. 中国实用口腔科杂志, 2011, 4(7): 435-437.

[11] Miernik M, Wiecekiewicz M, Paradowska A, et al. Massage therapy in myofascial TMD pain management[J]. *Adv Clin Exp Med*, 2012, 21(5): 681-685.

[12] 部瑾. 齐刺配合温灸治疗颞下颌关节紊乱症 41 例[J]. 云南中医中药杂志, 2013, 34(3): 43-44.

[13] 周鸿, 黄含含, 张静泽, 等. 川芎-当归药对研究进展[J]. 中成药, 2015, 37(1): 184-188.

[14] 张林灿, 王娅菁. 针灸结合红外线照射治疗颞下颌关节功能紊乱症 30 例[J]. 浙江中西医结合杂志, 2012, 22(7): 561-563.

[15] 王嵩, 邵路平, 邵庆, 等. 玉屏风散化学成分的研究[J]. 中成药, 2017, 39(2): 342-346.

[16] 魏伟英, 王玲. He-Ne 激光联合超短波治疗颞下颌关节功能紊乱综合征的临床效应[J]. 临床医学工程, 2013, 20(8): 927-928.

[17] 陈栎, 刘红波. 针刺加 TDP 结合超声波治疗颞下颌关节紊乱 42 例[J]. 基层医学论坛, 2013, 15(7): 910-911.

肾气汤加减治疗早中期非创伤性股骨头坏死的临床观察

都帅刚¹, 郭中华², 孔倩倩³, 王学昌^{1*}

(1. 河南省中医院疼痛科, 河南 郑州 450009; 2. 河南省中医院骨病一科, 河南 郑州 450009; 3. 郑州大学第二附属医院妇产科, 河南 郑州 450002)

摘要: **目的** 探讨肾气汤加减治疗早中期非创伤性股骨头坏死 (NONFH) 肾虚血瘀证的临床疗效及其对血清肿瘤坏死因子 (TNF- α)、C 反应蛋白 (CRP)、一氧化氮 (NO)、超氧化物歧化酶 (SOD) 的影响。**方法** 将 104 例符合条件的患者随机分为中药组、西药组和联合组, 各 38 例。中药组给予肾气汤加减, 西药组给予阿仑膦酸钠, 联合组同时给予肾气汤加减和阿仑膦酸钠, 疗程均为 3 个月, 随访 6 个月。观察各组患者治疗前后 Harris SF-36、SF-36、FPS-R 和中医证候评分; 检测血清 TNF- α 、CRP、NO、SOD 水平; 比较治疗后及随访 6 个月各组有效率及治疗期间不良反应发生率。**结果** 总有效率依次为西药组 (76.5%) < 中药组 (83.8%) < 联合组 (97.2%) ($P < 0.05$); 各临床症状评分比较, 联合组优于西药组和中药组 ($P < 0.05$); 不良反应发生率依次为中药组 (2.7%) < 中西药组 (30.6%) < 西药组 (70.6%) ($P < 0.05$)。**结论** 肾气汤加减治疗 NONFH 肾虚血瘀证的疗效优于阿仑膦酸钠, 且不良反应的发生率较阿仑膦酸钠低。肾气汤加减结合阿仑膦酸钠治疗 NONFH 肾虚血瘀证具有协同增效的作用, 且可降低阿仑膦酸钠的不良反应。

关键词: 肾气汤加减; 非创伤性股骨头坏死; 肾虚血瘀证; 阿仑膦酸钠

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2018)01-0055-06

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2018.01.010

收稿日期: 2017-08-22

基金项目: 河南省科技攻关计划支持项目 (172102310322)

作者简介: 都帅刚 (1984—), 男, 硕士, 主治医师, 从事中医治疗疼痛疾病研究。E-mail: 572861081@qq.com

* **通信作者:** 王学昌 (1978—), 男, 硕士, 副主任医师, 从事中医骨病机制研究。Tel: (0371) 60905533, E-mail: rensen6666@