

揞针配合四黄散外敷治疗急性痛风性关节炎的疗效观察

金巧丽, 马晓芬, 马欢欢, 王芳

(浙江省磐安县中医院, 金华 322305)

【摘要】 目的 观察揞针配合四黄散外敷治疗急性痛风性关节炎 (acute gouty arthritis, AGA) 的临床疗效。**方法** 将 60 例 AGA 患者随机分为治疗组和对照组, 每组 30 例。治疗组采用揞针配合四黄散外敷治疗, 对照组采用口服双氯芬酸钠缓释胶囊治疗。观察两组治疗前及治疗第 4、7 天时视觉模拟评分法 (visual analog scale, VAS) 评分及各项实验室指标 [红细胞沉降 (erythrocyte sedimentation rate, ESR)、血尿酸 (blood uric acid, BUA)、超敏 C 反应蛋白 (hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)] 的变化情况, 并比较两组临床疗效及不良反应发生率。**结果** 治疗组总有效率为 96.7%, 明显高于对照组的 80.0% ($P < 0.05$)。两组治疗第 4、7 天时 VAS 评分及各项实验室指标均较同组治疗前显著降低, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组治疗第 4 天时 ESR 水平明显低于对照组, 治疗第 4、7 天时 VAS 评分及各项实验室指标均明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组不良反应发生率为 3.3%, 对照组为 10.0%, 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 揞针配合四黄散外敷治疗 AGA 疗效确切, 可缓解疼痛, 调节 ESR、BUA 及 hs-CRP 水平, 且安全性较好。

【关键词】 针刺疗法; 揞针; 皮肤针疗法; 关节炎, 痛风性; 视觉模拟评分; 超敏 C 反应蛋白; 针药并用

【中图分类号】 R246.2 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2024.07.0779

Therapeutic effect of needle-embedding therapy combined with Sihuang powder on acute gouty arthritis JIN Qiaoli, MA Xiaofen, MA Huanhuan, WANG Fang. Pan'an Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhejiang Province, Jinhua 322305, China

[Abstract] **Objective** To observe the clinical effect of needle-embedding therapy combined with Sihuang powder in the treatment of acute gouty arthritis (AGA). **Method** A total of 60 patients with AGA were randomly divided into a treatment group and a control group, with 30 cases in each group. The treatment group was treated with needle-embedding therapy combined with external application of Sihuang powder, and the control group was treated with oral diclofenac sodium extended-release capsules. The changes of visual analog scale (VAS) scores, laboratory indexes [erythrocyte sedimentation rate (ESR), blood uric acid (BUA), hypersensitive C-reactive protein (hs-CRP)] in the two groups were observed before treatment and on the 4th and 7th d of treatment. The clinical efficacy and the incidence of adverse reactions between the two groups. **Result** The total effective rate of the treatment group was 96.7%, which was significantly higher than that of the control group (80.0%) ($P < 0.05$). The VAS score and all laboratory indexes were significantly lower in both groups on the 4th and 7th d of treatment than in the same group before treatment, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). The ESR level of the treatment group was significantly lower than that of the control group on the 4th d of treatment, and the VAS score and all laboratory indexes were significantly lower than those of the control group on the 4th and 7th d of treatment, with statistically significant differences ($P < 0.05$). The incidence rate of adverse reactions was 3.3% in the treatment group and 10.0% in the control

基金项目: 磐安县科技计划项目 (磐社科 202107)

作者简介: 金巧丽 (1991—), 女, 主治医师, Email: ldhzszyy@163.com

通信作者: 王芳 (1986—), 女, 副主任医师, Email: 627367754@qq.com

group, and the difference between the two groups was not statistically significant ($P>0.05$). **Conclusion** The efficacy of needle- embedding therapy combined with external application of Sihuang powder is effective in the treatment of AGA, which can relieve pain, regulate ESR, BUA and hs-CRP levels, and has good safety.

[Key words] Acupuncture therapy; Needle-embedding therapy; Dermal needle therapy; Arthritis, gout, Visual analogue scale; Hypersensitive C-reactive protein; Combination of acupuncture and medication

急性痛风性关节炎(acute gouty arthritis, AGA)是因嘌呤代谢障碍、尿酸排泄减少,引起尿酸增高,导致尿酸盐结晶沉积于结缔组织和关节的一种特异质疾病,其临床表现为刀割、咬噬样关节疼痛和高尿酸血症,严重者可出现关节畸形和功能障碍,给患者日常生活造成极大负担和痛苦^[1-2]。针对 AGA, 西医主要采取降尿酸、消炎及镇痛等药物治疗,在缓解临床症状、镇痛方面体现较好的临床价值,但难以从根本上控制病情,致使病情反复发作,并且长时间服用会引起较大的不良反应^[3]。相关研究^[4]指出,秋水仙碱作为 AGA 的首选药物,可通过调节抗炎通路缓解疼痛,但由于药物对尿酸盐的溶解、生成及排泄不产生作用,而在治疗高尿酸血症时存在明显局限性。中医学认为,痛风急性发作时患处疼痛不可触、关节活动受限、局部红肿灼热等,归属“痹证-热痹”范畴。有研究^[5]表明,针刺可通过消除、纠正疼痛产生的病理因素和阻断痛觉形成的不良循环,

达到调和气血、疏通经络、治疗疼痛的功效。而中药“四黄散”具有活血消肿、消炎止痛、清热解毒等功效^[6]。但目前关于揸针配合四黄散外敷治疗 AGA 的研究鲜见,其临床价值尚需进一步验证。基于此,本研究将 60 例 AGA 患者纳入研究,分别给予揸针配合四黄散外敷及常规药物治疗,观察两组患者相关指标,以期为提高疾病治疗效果提供理论依据和参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例 AGA 患者均为 2021 年 1 月至 2022 年 12 月磐安县中医院门诊患者,采用随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组 30 例。两组患者性别、年龄、病程及发病部位比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表 1。本研究经磐安县中医院伦理委员会审批通过(2020-伦理审查-K04)。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别/例		年龄/岁($\bar{x} \pm s$)	病程/月($\bar{x} \pm s$)	发病部位/例				
		男	女			腕关节	膝关节	踝关节	跖趾关节	其他
对照组	30	19	11	42±10	8.07±1.68	2	3	9	15	1
治疗组	30	17	13	44±10	7.89±1.62	1	2	7	18	2

1.2 纳入标准

西医诊断标准符合《2015 年美国风湿病学会/欧洲抗风湿联盟痛风分类》^[7]中关于 AGA 的相关诊断标准,中医辨证标准符合《中医病证诊断疗效标准》^[8]中关于湿热蕴结证候的相关诊断标准;年龄 18~60 岁;对本研究知情并自愿参加;具备正常沟通、理解能力;近期(2 周内)未服用抑制尿酸生成、非甾体抗炎及促尿酸排泄药物。

1.3 排除标准

由骨关节炎、类风湿关节炎、反应性关节炎等其他原因引起的关节症状者;存在肝、肾功能障碍者;近 3 个月内接受其他临床试验者;受累关节部位出现溃疡、皮肤破损或皮疹等损伤者;对本研究药物过敏者;妊娠或哺乳期患者;存在凝血障碍者;存在酒精、药物

滥用史;依从性较差者。

1.4 中止标准

研究期间患者出现严重过敏或不良反应;研究期间患者出现其他严重疾病或并发症;研究期间患者病情进展明显而难以继续观察;研究期间患者有其他原因要求退出。

2 治疗方法

所有患者均接受基础治疗和生活干预,如抬高患肢、卧床休息、禁止饮酒、大量饮水及低嘌呤进食等。

2.1 治疗组

采取揸针配合四黄散外敷治疗。

2.1.1 揸针治疗

取太冲、丰隆、三阴交、上巨虚、阳陵泉、阿是

穴、足三里、下巨虚、曲池、太白、阴陵泉、合谷为主穴。结合患侧随证增加配穴,若腕关节肿痛,加腕骨、阳溪及阳池;若膝关节肿痛,加梁丘、委中及血海;若踝关节肿痛,加太溪、昆仑及悬钟;若跖趾关节肿痛,加行间、大都。穴位定位参照《腧穴名称与定位》^[9],局部皮肤常规消毒后,选择 0.2 mm×0.9 mm 皮内针垂直按压,留针 3 d 后取出,休息 1 d 后再次进行撤针治疗,疗程为 1 周。若取针时出血需用消毒棉球按压 1~2 min。留针期间患者日常活动不受限,可进行清水沐浴。针刺部位出现瘙痒红肿等不适时,应及时告知医师取针观察。

2.1.2 四黄散外敷治疗

将“四黄散”(生黄芩、生黄连、黄柏、生大黄各 50 g)研碎,加适量水调至糊状,以直径大于肿痛区域、2 mm 厚度外敷于肿痛关节处,使用纱布覆盖后以绷带固定。用药过程中,患者出现皮肤过敏症状应停止使用。外敷药每日更换 1 次,持续治疗 1 周。

2.2 对照组

选择双氯芬酸钠缓释胶囊(药大制药有限公司,国药准字 H10960217),早晨饭后口服 50 mg,每日 1 次,持续治疗 1 周。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 疼痛情况

两组治疗前及治疗第 4、7 天分别采用视觉模拟评分法(visual analog scale, VAS)评估患者疼痛情况^[10-11]。VAS 评分范围为 0~10 分,0 分提示无痛;≤3 分提示轻微疼痛;4~6 分提示疼痛明显,会影响睡眠但尚能忍受;7~10 分提示疼痛剧烈,严重影响食欲、睡眠且难以忍受。得分高低与患者疼痛程度呈正比。

3.1.2 实验室指标

两组治疗前及治疗第 4、7 天分别取患者外周静脉血 5 mL,以半径 12 cm、转速 3 000 r/min 离心处理 10 min 后,留取上清液。通过血沉仪器法检测红细胞沉降(erythrocyte sedimentation rate, ESR)水平,尿酸酶法检测血尿酸(blood uric acid, BUA)水平,散射比浊法检测超敏 C 反应蛋白(hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)水平。

3.1.3 安全性评价

结合不良反应和安全性指标评价治疗的安全

性^[12]。治疗期间,统计皮肤过敏、肝功能损害、肾功能损害、胃肠道反应、血常规异常等不良事件的发生率,并详细记录每次不良事件的症状、时间、程度、过程及处理措施等。安全性分为 4 级,1 级表示安全,即治疗期间未发生任何不良事件,且安全性指标检查无异常;2 级表示比较安全,即治疗期间发生不需要处理的轻度不良反应,且安全性指标检查无异常;3 级表示存在安全性问题,即治疗期间出现需要处理的中等程度不良反应,且安全性指标存在轻度异常;4 级表示安全问题严重,即出现需中止研究的严重不良反应,或安全性指标存在明显异常。

3.2 疗效标准

痊愈:患者 ESR、hs-CRP 水平恢复正常, BUA < 380 μmol/L,临床症状完全消失,肿痛关节功能恢复正常。

显效:患者 ESR 及 hs-CRP 水平基本达到正常水平, BUA < 416 μmol/L,临床主要症状消失,肿痛关节功能基本恢复。

有效:患者 ESR、BUA 及 hs-CRP 水平有所下降,临床主要症状基本消失,肿痛关节功能有一定改善。

无效:与治疗前相比,各项指标、临床症状、肿痛关节功能均无改善。

3.3 统计学方法

所有数据采用 SPSS26.0 软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示,比较采用 *t* 检验;计数资料比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组临床疗效比较

治疗组总有效率为 96.7%,明显高于对照组的 80.0%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	18	6	5	1	96.7 ¹⁾
对照组	30	13	4	7	6	80.0

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

3.4.2 两组不同时间点 VAS 评分比较

两组治疗前 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组治疗第 4、7 天时 VAS 评分均较同组治疗前显著降低,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗第 4、7 天时 VAS 评分均明显低于对照组,

差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组不同时间点 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位:分				
组别	例数	治疗前	治疗第 4 天	治疗第 7 天
治疗组	30	8.43 ± 1.30	2.12 ± 0.97 ¹⁾²⁾	1.63 ± 0.35 ¹⁾²⁾
对照组	30	8.46 ± 1.33	3.05 ± 1.14 ¹⁾	1.89 ± 0.41 ¹⁾

注:与同组治疗前比较 ¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较 ²⁾ $P < 0.05$ 。

表 4 两组治疗前后血清值各项指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	ESR/(mm · h ⁻¹)	BUA/(μmol · L ⁻¹)	hs-CRP/(mg · L ⁻¹)
治疗组	30	治疗前	48.79 ± 4.55	541.32 ± 36.82	30.73 ± 3.50
		治疗第 4 天	38.13 ± 3.50 ¹⁾²⁾	423.10 ± 41.24 ¹⁾	27.03 ± 2.15 ¹⁾
		治疗第 7 天	22.15 ± 2.08 ¹⁾²⁾	369.51 ± 38.62 ¹⁾²⁾	9.78 ± 1.48 ¹⁾²⁾
对照组	30	治疗前	49.82 ± 4.58	536.20 ± 33.15	31.25 ± 3.54
		治疗第 4 天	40.22 ± 3.74 ¹⁾	436.24 ± 42.31 ¹⁾	26.25 ± 2.11 ¹⁾
		治疗第 7 天	31.41 ± 3.05 ¹⁾	415.32 ± 40.12 ¹⁾	14.39 ± 2.01 ¹⁾

注:与同组治疗前比较 ¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较 ²⁾ $P < 0.05$ 。

3.4.4 两组不良反应发生率比较

对照组治疗期间有 3 例 (10.0%) 出现胃肠道反应,安全性评价为 2 级;治疗组有 1 例 (3.3%) 出现皮肤过敏,

3.4.3 两组治疗前后各项实验室指标比较

两组治疗前各项实验室指标 (ESR、BUA 及 hs-CRP 水平) 比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗第 4、7 天时各项实验室指标均较同组治疗前显著降低,差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组治疗第 4 天时 ESR 水平明显低于对照组,治疗第 7 天时各项实验室指标均明显低于对照组,差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 4。

安全性评价为 2 级。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。详见表 5。

表 5 两组不良反应发生率比较

单位:例							发生率 (%)
组别	例数	皮肤过敏	肝功能损害	肾功能损害	胃肠道反应	血常规异常	
治疗组	30	1	0	0	0	0	3.3
对照组	30	0	0	0	3	0	10.0

4 讨论

单钠尿酸盐晶体 (monosodium urate crystal, MSU) 可诱导产生炎症,成为痛风发生的重要病理基础。有学者^[13]指出,沉积于关节及其他组织的 MSU 脱落后,进入到组织腔隙被免疫细胞识别,可激活细胞内信号的传递,在肿瘤坏死因子、白细胞介素、白三烯等多种介质的参与下,产生炎症级联反应,最终导致关节出现红肿热痛及功能障碍。WEN SL 等^[14]在一项分析尿液和血浆代谢扰动的代谢组学方法研究中发现,针灸可以恢复 MSU 给药干扰的代谢网络。另有研究^[15-16]证实,针刺可降低 AGA 滑膜液及滑膜组织中组胺、5-羟色胺、一氧化氮及白三烯 B4 含量,同时促进尿酸排泄,降低尿酸形成,以减轻关节肿胀程度,改善局部充血状态,从而发挥消炎镇痛的作用。张泽松等^[17]指出,中药外敷患处可直达病所,联合针刺治疗急性踝关节损伤,可显著提高临床疗效。基于此,本研究将揞针配合四黄散外敷应用于 AGA,进一步探讨其临床价值。

AGA 属中医学“白虎历节”“湿热痹”范畴,其主要机制为“湿、热、瘀”^[18]。患者可因先天禀赋不足,寒湿入侵,随之化热,或湿热之邪,侵入机体,炙盛壅聚,凝集肌肉,阻塞脉络,疼痛剧烈,犹如白虎吞噬骨结,名为“白虎历节”;或因患者喜食肥腻及湿热之品、嗜酒成性,日久侵害脾胃,致使运化失司,浊液不降,清液不升,排泄不畅,内生湿热,下至足胫,蕴结关节,阻塞脉络,导致红肿热痛,以此形成“湿热痹”。因此,治疗应以通络止血、清热渗湿为主,并辅以活血消肿。本研究结果显示,治疗组治疗后总有效率 (96.7%) 明显高于对照组 (80.0%),且两组安全性均评价为 2 级,不良反应发生率对比,差异无统计学意义。提示揞针配合四黄散外敷应用于 AGA 可明显提高临床疗效,是一种比较安全的治疗方法。周蕾等^[19]研究结果表明,与吡啶美噻口服药物相比,针灸联合红外照射对 AGA 的治愈率更高,并且不会带来肝功能损害,与本研究结果具有一致性。本研究针刺穴位取行间、隐白、内庭可清热;阴陵泉、

三阴交可健脾利湿;太溪可补肾,诸穴合用具有充盛正气、祛除湿热痰浊、舒筋活络的功效。四黄散以《备急千金要方》中的“三黄散”(黄连、大黄、黄芩)为基础,加以黄柏组成,外敷通过透皮吸收,可产生泻火散热、清热燥湿的功效。徐盼等^[20]指出,四黄散外敷联合 TDP 照射应用于 AGA 的临床治愈率(96.7%)明显优于常规治疗(88.0%)。

BUA 沉积于机体关节及周围组织,可启动免疫系统的炎性级联反应。CRP 和 ESR 是用于反映炎症因子活跃性的非特异性指标。有研究^[21]报道,其与炎症因子活化的病理过程存在密切联系,即可通过监测机体 CRP、ESR 水平评估炎症程度。本研究结果显示,治疗组治疗第 4、7 d 时 VAS 评分均明显低于对照组;治疗组治疗第 4 d 时 ESR 水平明显低于对照组,治疗第 7 d 时 ESR、BUA 及 hs-CRP 水平均明显低于对照组。提示揞针配合四黄散外敷应用于 AGA,有助于缓解患者关节疼痛,调节 ESR、BUA 及 hs-CRP 水平。揞针又称为“皮内针”,将其埋于浅表组织穴位并重压外壳,内部可形成压觉屏蔽区,兴奋外部周围压力感受器,以缓解患者疼痛,尤其对急性疼痛有显著优越性;其次,揞针属微型针灸针类,不会刺激机体痛觉神经末梢,患者容易接受^[22]。四黄散外敷,将药力由表皮渗透至皮内各处,可活血通络、清热祛湿,促进局部血液循环,达到消肿止痛的功效,对慢性疼痛的疗效较为明显。胡熙苒等^[23]将揞针联合穴位敷贴治疗 AGA,促进 VAS 评分降低,调控 BUA 及 hs-CRP 水平,抑制白细胞介素-6、肿瘤坏死因子- α 的表达,与本研究结果相似。

综上所述,揞针配合四黄散外敷应用于 AGA,可提高临床疗效,缓解疼痛,还能调节 ESR、BUA 及 hs-CRP 水平,且安全性较好。但研究对象选取数量较少,且来自于同一中心,可能对试验结果造成偏倚,有待扩大样本量、多中心进一步探究。

参考文献

- [1] WILSON L, SASEEN JJ. Gouty arthritis: a review of acute management and prevention[J]. *Pharmacotherapy*, 2016(8):906-22.
- [2] TAUSCHE AK, ARINGER M. Gicht [Gouty arthritis][J]. *Z Rheumatol*, 2016(9):885-898.
- [3] 沈芳,汤样华,徐灿达,等.加味四黄膏外敷辅助治疗急性痛风性关节炎的疗效观察[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2020(5):919-922.
- [4] DALBETH N, LAUTERIO TJ, WOLFE HR. Mechanism of action of colchicine in the treatment of gout[J]. *Clin Ther*, 2014(10):1465-1479.
- [5] 王焕英.疼痛病证针灸治疗机理[C].第二届全国中西医结合骨科微创学术年会论文集,2012:258-259.
- [6] 传洪江.加味四黄散外敷治疗风湿热痹型膝痹证临床效果分析[J]. *大家健康(中旬版)*, 2015(8):37-38.
- [7] 杨雪,刘磊,朱小霞,等.2015年美国风湿病学会/欧洲抗风湿病联盟痛风分类标准评述[J]. *中华风湿病学杂志*, 2016(2):141-143.
- [8] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012:51.
- [9] 黄龙祥,赵京生,吴中朝,等.2006年版国家标准《腧穴名称与定位》编制说明[J]. *中国针灸*, 2009(11):924-926.
- [10] 梁茂新,高天舒.《中药新药临床研究指导原则》脏腑诸证考察与分析[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2008(5):330-331,342.
- [11] CHIAROTTO A, MAXWELL LJ, OSTELO RW, et al. Measurement Properties of Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale, and Pain Severity Subscale of the Brief Pain Inventory in Patients With Low Back Pain: A Systematic Review [J]. *J Pain*, 2019(3):245-263.
- [12] 石晓萍,李静,潘雯,等.我院 125 例住院患者使用丹参酮 II A 磺酸钠注射液的安全性分析[J]. *上海医药*, 2016(19):58-63.
- [13] DHANASEKAR C, RASOOL M. Morin, a dietary bioflavonol suppresses monosodium urate crystal-induced inflammation in an animal model of acute gouty arthritis with reference to NLRP3 inflammasome, hypoxanthine phospho-ribosyl transferase, and inflammatory mediators[J]. *Eur J Pharmacol*, 2016(786):116-127.
- [14] WEN SL, LIU YJ, YIN HL, et al. Effect of acupuncture on rats with acute gouty arthritis inflammation: a metabonomic method for profiling of both urine and plasma metabolic perturbation[J]. *Am J Chin Med*, 2011(2):297-300.
- [15] 崔莉,侯建业.电针治疗急性痛风性关节炎作用动物实验研究[J]. *实用中医药杂志*, 2008(6):380-381.
- [16] 孙忠人,徐思禹,尹洪娜,等.近 10 年针刺治疗痛风性

- 关节炎研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2020(1): 133-136.
- [17] 张泽松, 孙琳, 徐宏, 等. 针刺联合中药外敷治疗急性踝关节损伤的临床疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2018(8): 939-942.
- [18] 卢芳, 李慧. 中医药治疗痛风的研究进展[J]. 中医药学报, 2017(1): 103-106.
- [19] 周蕾, 徐群飞, 章五四. 针刺加红外线灯与西药治疗急性痛风性关节炎疗效对照观察[J]. 中国针灸, 2011(9): 787-789.
- [20] 徐盼, 李玉姣. 四黄散外敷加 TDP 照射治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(8): 91-91.
- [21] CABĂU G, CRIȘAN TO, KLÜCK V, *et al.* Urate-induced immune programming: consequences for gouty arthritis and hyperuricemia[J]. *Immunol Rev*, 2020(1): 92-105.
- [22] 凡国华, 宋亚男, 孙静云, 等. 揞针耳穴联合膻穴治疗肺癌化疗患者睡眠障碍的疗效观察[J]. 护士进修杂志, 2020(19): 1803-1807.
- [23] 胡熙萑, 谭梅芳, 齐亮. 揞针联合穴位贴敷治疗急性痛风性关节炎 37 例临床观察[J]. 风湿病与关节炎, 2021(10): 5-8.

收稿日期 2024-01-12

《上海针灸杂志》投稿须知

投稿要求

来稿应具有先进性、科学性和逻辑性, 论点明确, 资料可靠, 文字精炼, 层次清楚, 数据准确, 统计方法正确, 书写工整规范, 撰写格式符合本刊要求。来稿应注明无一稿两投、不涉及保密及署名无争议等事项。

稿件的要求与格式

- ▶ **题目:** 含义明确, 言简意赅, 并包含主要的关键词, 字数一般不超过 20 个字。英文题目一般不超过 120 个字母和空格, 尽量不用缩写。
- ▶ **摘要:** 300 字左右, 说明目的、方法、结果(包括主要数据)与结论。
- ▶ **主题词:** 每篇至少中英文各 5 个关键词, 尽量选用最新版《中国中医药学主题词表》和《Index Medicus》中 Mesh 所列的词。
- ▶ **基金资助:** 来稿若有课题资助, 请脚注于文题页下方, 需写明课题来源和编号。
- ▶ **引言:** 扼要论述研究的理论基础、前人已有工作、研究目的和意义。
- ▶ **材料和方法:** 写明研究对象。常规方法描述从简; 创新方法或有较大改进的方法则应详述, 以便他人重复。已发表但人们不太了解的方法应引用文献, 简要描述。临床研究需标注伦理审批号。
- ▶ **研究设计:** 应交代研究设计的名称和主要做法。应围绕“重复、随机、对照、均衡”4 个基本原则作概要说明。
- ▶ **统计方法:** 应写明所用统计分析方法的具体名称和统计量的具体值。
- ▶ **结果:** 对原始资料作加工处理和必要的统计分析, 写明统计结果、观察例数、统计值和 P 值。对所得的结果用文字、图表作有逻辑性的描述。
- ▶ **表:** 需附于正文第 1 次提到它的文字段后面, 要有表格序号及标题, 表格中数量值小数点后保留位数需一致。
- ▶ **图:** 图像分辨率要求大于 220 dpi, 且格式为 jpg, 需在图的下方注明图序号、图题和图注, 图中涉及数量值的应标明数量值的计量单位。
- ▶ **参考文献:** 引用与文章直接有关的重要文献, 以近 5 年发表文献为主。论著类文章不少于 20 条, 综述类文章不少于 40 条。本刊一般不受理无参考文献的文章。参考文献著录标准参照《参考文献著录规则: GB/T 7714—2015》的编写格式。