

临床研究

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2018.02.012

中图分类号: R 246.8 文献标志码: A

导气针刺法治疗干眼症临床疗效观察*

谢汶璋¹, 曾 亮¹, 陶 颖¹, 周映帆¹, 赵 冉¹, 黄馨云¹, 侯文光¹, 张 仁², 宗 蕾¹✉(¹上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海 200437; ²上海市中医文献馆)

[摘 要] 目的: 观察不同针刺方法对干眼症的临床疗效差异。方法: 将 60 例干眼症患者随机分为观察组和对照组, 每组 30 例 (60 眼)。两组均穴取上睛明、下睛明、瞳子髎、攒竹、风池、合谷、三阴交、太溪、太冲, 对照组采用常规针刺加电针治疗, 观察组采用导气针刺法加电针治疗, 电针穴取双侧瞳子髎、攒竹, 每次留针 30 min。1 周治疗 3 次, 治疗 1 个月, 共 12 次。观察两组治疗前后眼部症状积分、泪膜破裂时间 (BUT)、泪液分泌试验 (SIT) 及视觉模拟量表 (VAS) 评分, 并比较两组的临床疗效。结果: 治疗后, 两组患者眼部症状积分、BUT、SIT 及 VAS 评分均较治疗前改善 (均 $P < 0.001$), 观察组在改善眼部症状积分和 SIT 方面优于对照组 (均 $P < 0.05$), 两组在改善 BUT 及 VAS 评分方面差异无统计学意义 (均 $P > 0.05$)。观察组总有效率为 86.7% (52/60), 优于对照组的 73.3% (44/60, $P < 0.05$)。结论: 常规电针治疗及导气针刺法加电针治疗对干眼症均有疗效, 且导气针刺法加电针治疗干眼症的疗效优于常规电针。

[关键词] 干眼症; 针刺; 电针; 导气法; 泪膜破裂时间; 泪液分泌试验

Guiding-qi acupuncture for dry eye syndrome

XIE Wenzhang¹, ZENG Liang¹, TAO Ying¹, ZHOU Yingfan¹, ZHAO Ran¹, HUANG Xinyun¹, HOU Wenguang¹, ZHANG Ren², ZONG Lei¹✉ (¹Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of TCM, Shanghai 200437, China; ²Shanghai Literature Museum of TCM)

ABSTRACT Objective To observe the clinical efficacy differences between different needling methods for dry eye syndrome.

Methods Sixty patients of dry eye syndrome were randomly divided into an observation group and a control group, 30 cases (60 eyes) in each group. Shangjingming (Extra), Xiajingming (Extra), Tongziliao (GB 1), Cuanzhu (BL 2), Fengchi (GB 20), Hegu (LI 4), Sanyinjiao (SP 6), Taixi (KI 3) and Taichong (LR 3) were selected in the two groups. The control group was treated with conventional acupuncture, while the observation group was treated with guiding-qi acupuncture. Electroacupuncture (EA) was used at bilateral Tongziliao (GB1) and Cuanzhu (BL 2), 30 min per treatment. The treatment was given three times per week. Totally 1-month treatment (12 treatments) was given. The eye symptom score, breakup time of tear film (BUT), Schirmer I test (SIT) and visual analogue scale (VAS) score were compared before and after treatment in the two groups. The clinical efficacy was compared between the two groups. **Results** Compared before treatment, the eye symptom score, BUT, SIT and VAS score were improved after treatment in the two groups (all $P < 0.001$); the improvements of eye symptom score and SIT in the observation group were superior to those in the control group (both $P < 0.05$). The differences of BUT and VSA score between the two groups were not significant (both $P > 0.05$). The total effective rate was 86.7% (52/60) in the observation group, which was superior to 73.3% (44/60) in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The conventional EA and guiding-qi acupuncture combined with EA are both effective for dry eye syndrome, and the efficacy of guiding-qi acupuncture combined with EA is superior to that of conventional EA.

KEYWORDS dry eye syndrome; acupuncture; electroacupuncture (EA); guiding-qi method; BUT; SIT

干眼症又称角结膜干燥症, 是指任何原因引起的泪液质和量异常或动力学异常导致的泪膜稳定性下降, 并伴有眼部不适, 以眼表组织病变为特征的多种疾病的总称^[1]。目前, 干眼症的发病机制尚未明确, 多认为与性激素水平降低、免疫炎症反应、黏蛋白缺

失、脂质异常等相关^[2]。近年来干眼症的发病率持续上升^[3]。临床症状以眼睛干涩感、异物感、畏光、痒感、烧灼感、视物疲劳最为多见^[4]。西医主要方法有人工泪液、含脂润滑剂、脂质体喷雾剂、眼部植入剂、抗炎或免疫抑制滴眼液、补充必需脂肪酸 (Omega-3、Omega-6)、抗生素、自体血清、强脉冲光治疗 (IPL)、配戴湿房眼镜、泪小点封闭、亲水绷带隐形眼镜及促泌剂等^[2]。上述治疗方法仍主要集中于缓解眼部干涩的症状而非病因治疗。

*上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划建设项目:
ZY3-JSFC-1-1023; 上海市卫生和计划生育委员会中医药科研基金
项目: 2014 LP 106 A

✉通信作者: 宗蕾, 主任医师。E-mail: lzong65@163.com

针灸治疗干眼症的临床疗效较为明确^[5-8],但仍缺少不同针刺方法治疗干眼症的特点与疗效比较。上海市名老中医张仁医师的长期临床经验表明,导气针刺法对促进眼病疗效的提高有着相当重要的临床价值^[9]。本研究采用随机对照方法,观察导气针刺法加电针与常规电针治疗干眼症的临床疗效差异,为今后临床工作提供新的思路和参考依据。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2015 年 7 月至 2016 年 3 月上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院针灸科及眼科门诊的干眼症患者 60 例,均完成全部疗程,无脱落病例。采用随机数字表读取随机数字并进行分组。从随机数字表第 5 行第 7 列开始,依次读取 2 位数作为一个随机数字(读取 60 个),然后将全部随机数字从小到大编序号,随机数字相同时按先后顺序编序号,并规定序号 1~30 为观察组,序号 31~60 为对照组。两组各 30 例(60 眼)。两组患者性别、年龄、病程比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),具有可比性,详见表 1。

表 1 两组干眼症患者一般资料比较

组别	例数	性别/例		年龄/岁			病程/年		
		男	女	最小	最大	平均 ($\bar{x} \pm s$)	最短	最长	平均 ($\bar{x} \pm s$)
观察组	30	12	18	20	64	44±11	0.3	5	1.5±1.1
对照组	30	6	24	30	65	49±9	0.7	6	1.7±1.2

1.2 诊断标准

参照《眼表疾病学》^[10]及《中医病证诊断疗效标准》^[11]拟定:①眼部症状:眼睛干涩、异物感、烧灼感、痛痒、畏光畏风、眼易疲劳或视力模糊、眼红、溢泪等症状(需有 1 项或以上);②泪膜破裂时间(breakup time of tear film, BUT)≤10 s;③泪液分泌试验(Schirmer I Test, SIT)≤10 mm/5 min。排除眼科其他疾病者,并满足①②或①③或①②③项即可诊断为干眼症。

1.3 纳入标准

①第一诊断符合白涩症(TCD 编码:BYI080)和干眼症(ICD-10 编码:H11.103)者;②若同时具有其他疾病,在针刺治疗期间不需特殊处理者;③男女不限,年龄 20~65 岁者;④若近期内已使用其他眼科药物治疗,需停药 2 周以上者;⑤同意参与试验并签署知情同意书者。

1.4 排除标准

①患有其他眼科疾病如泪道阻塞,结膜及角膜病

变,严重沙眼,角结膜瘢痕化者;②眼科手术后 6 个月内者;③同时合并口干、皮肤干燥、关节酸痛,考虑为干燥综合征者;④合并有严重心脑血管、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病,精神病患者;⑤正接受其他方法治疗干眼症者;⑥患有其他重大疾病或不宜针灸者;⑦妊娠妇女。

1.5 剔除标准

①因其他不可抗拒的非治疗因素而终止治疗者;②治疗期间妊娠者;③治疗期间出现严重不良事件或病情急剧恶化者。

2 治疗方法

2.1 对照组

取穴:上睛明(睛明穴上 0.2 寸)、下睛明(睛明穴下 0.2 寸)、瞳子髎、攒竹、风池、合谷、三阴交、太溪、太冲。操作:穴位局部常规消毒,风池穴用 0.25 mm×40 mm 毫针,针尖向同侧目内眦方向进针 15~20 mm,不提插捻转。余穴均用 0.25 mm×25 mm 毫针,上睛明、下睛明垂直缓慢进针至眼球出现明显酸胀感为度;瞳子髎穴向耳尖方向平刺入 15~20 mm;攒竹穴向上睛明穴透刺 10~12 mm;合谷、三阴交、太溪、太冲均直刺 10~15 mm,以出现明显酸胀感为度。然后分别将两侧瞳子髎、攒竹连接电针仪,选用疏密波,强度以患者可耐受为度,留针 30 min。1 周治疗 3 次,每周一、三、五各 1 次,治疗 1 个月,共 12 次。

2.2 观察组

取穴同对照组。操作:风池穴用 0.25 mm×40 mm 毫针,针尖向同侧目内眦方向进针 15~20 mm,得气后行导气法至有针感向前额或眼区放射,导气法,即提插、捻转频率 60~100 次/min,捻转幅度 2~2.5 转/次,提插幅度不超过 3 mm,连续性的均匀、和缓地边提插边捻转。余穴均用 0.25 mm×25 mm 毫针,上睛明、下睛明穴垂直缓慢进针至眼球出现明显酸胀感为度,不提插捻转,握住针柄守气 30 s;瞳子髎穴先直刺 15 mm,略做捻转提插,至有明显酸胀感后,运针 30 s,再向耳尖方向平刺入 8~10 mm,行导气法得气后留针。其余穴位针刺操作与对照组相同。针刺后分别将两侧瞳子髎、攒竹连接电针仪,选用疏密波,强度以患者可耐受为度,留针 30 min。1 周治疗 3 次,每周一、三、五各 1 次,治疗 1 个月,共 12 次。

3 疗效观察

3.1 观察指标

(1) 眼部症状积分

参照《中药新药临床研究指导原则》^[12]对于眼症

表 2 两组干眼症患者治疗前后各指标比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	眼部症状积分		BUT/s		SIT/mm		VAS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	11.97 ± 3.03	4.93 ± 1.34 ¹⁾²⁾	4.53 ± 1.72	8.08 ± 2.76 ¹⁾	3.62 ± 2.16	7.68 ± 3.45 ¹⁾²⁾	7.00 ± 1.92	4.24 ± 1.65 ¹⁾
对照组	30	11.53 ± 2.70	6.33 ± 2.77 ¹⁾	4.65 ± 3.21	7.30 ± 3.25 ¹⁾	4.75 ± 3.73	6.35 ± 3.28 ¹⁾	7.07 ± 1.12	4.07 ± 1.50 ¹⁾

注:与本组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.001$;与对照组治疗后比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

患者最常出现的 5 项症状(眼干涩、异物感、视物疲劳、白睛红赤、畏光)进行评分。根据严重程度将症状分为无、轻、中、重度 4 级,其中眼干涩对应分值为 0、2、4、6 分,其余 4 项对应分值为 0、1、2、3 分,将各个症状分值相加即为症状总积分。分数越高表示症状越严重。

(2) 泪膜破裂时间(BUT)

选用荧光素钠眼科检测试纸。用 0.9%氯化钠溶液湿润试纸染色端部分后,将染色端部分轻轻接触患者结膜或角膜,嘱患者眨眼,充分染色后测定荧光素钠染色的泪膜形成第 1 个干燥斑的时间。双眼均测试 2 次后取均值。小于 10 s 为泪膜不稳定。

(3) 泪液分泌试验(SIT)

将泪液检测滤纸条的 0 mm 处折叠后放入下眼睑外 1/3 结膜囊内,嘱患者双眼自然闭合 5 min。从折叠处测量其湿润长度,小于 10 mm 表示反射分泌减退,提示低分泌。

(4) 视觉模拟量表(VAS)评分

给患者一段 10 cm 长的标尺,标尺左侧 0 代表眼部无不适(0 分),右侧 10 代表眼部极度不适(10 分),请患者根据眼部的不适症状,在标尺上做一标记表示眼部不适的程度。根据患者标记的位置评分。

上述所有检查均由眼科医生完成。

3.2 疗效评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[12]制定。疗效指数(尼莫地平法)=[(治疗前症状积分-治疗后症状积分)÷治疗前症状积分]×100%。显效:治疗后眼部症状明显改善,疗效指数>70%,且 BUT 和 SIT 检查指标正常;有效:治疗后眼部症状改善,疗效指数在 30%~70%之间,且 BUT 和 SIT 较治疗前有所改善;无效:疗效指数<30%,各项干眼检查指标无明显变化。

3.3 统计学处理

采用 SPSS 21.0 统计软件进行分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,若数据符合正态分布,两组治疗前后组内比较采用配对 t 检验,治疗后两组间比较采用独立样本 t 检验;若数据不符合正态分布,

两组治疗前后组内比较采用配对资料秩和检验,治疗后两组间比较采用独立样本秩和检验。计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

(1) 两组患者治疗前后各指标比较

两组治疗前各指标比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),具有可比性。治疗后,两组各项指标较治疗前均有改善,差异均有统计学意义(均 $P < 0.001$);观察组在改善眼部症状积分及 SIT 方面均优于对照组,差异具有统计学意义(均 $P < 0.05$),在治疗后 BUT 及 VAS 评分方面组间比较,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。见表 2。

(2) 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率为 86.7%,对照组总有效率为 73.3%,两组差异有统计学意义($P < 0.05$),提示观察组疗效优于对照组。见表 3。

表 3 两组干眼症患者临床疗效比较 患眼数

组别	患眼/只	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	60	11	41	8	86.7 ¹⁾
对照组	60	6	38	16	73.3

注:与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

(3) 不良反应

治疗过程中,两组经眶内穴位针刺后各有 1 例出现眼周局部皮下出血,皮下出血导致眼周血肿范围直径约 1~2 cm。经及时冰敷、解释并告知皮下出血处理方法后,患者表示理解并愿意继续完成疗程。

4 讨论

干眼症属于中医学“白涩病”“神水将枯”“干涩昏花”等范畴。《素问·逆调论》云:“肾者水脏,主津液。”隋代巢元方在《诸病源候论》载:“目,肝之候也,脏腑之精华,宗脉之所聚,上液之道,其液竭者,则目干涩。”故当肝肾俱虚,二脏之精不足,不能上达目窍以润目,则可致目窍干涩。若五脏六腑之病导致津液的生成输布异常而致无法上濡目窍,亦可致白涩病。

目前针刺治疗干眼症的文献报道多为普通针刺或电针治疗有效^[13-15],而对于不同针灸方法是否有差

异性则较少论及,涉及不同针刺手法的疗效观察更为少见。在前期研究^[16]中本课题组以电针治疗对照普通针刺治疗,结果表明电针组的总有效率高于普通针刺组。本项研究在电针的基础上注重手法的操作,以观察不同的针刺手法对干眼症的疗效差异。

导气针刺法源于《灵枢·五乱》篇:“五乱者,刺之有道乎……徐入徐出,谓之导气。”《说文解字》载:“导,引也”,即引导、诱导之意。导气法的目的,在于引导逆乱之气,使之恢复正常。导气法在手法上采取“徐入徐出”的操作方法,主要由提插、捻转组成,但提插和捻转的频率、幅度及力度是取效的关键。根据《灵枢·五乱》篇中记载,导气法的操作重点在于“徐”,即徐缓、柔和之意,徐缓地进针出针,徐缓地上提下插,以和缓为贵,进针出针及上提下插均无速度、力量大小的差别。根据张师多年治疗眼病的临床经验及验证发现,在徐入徐出的基础上施以小幅度捻转手法,可促使气至病所^[9],即“刺之要,气至而有效”。目前临床上常见疾病如神经衰弱、神经官能症、肺心病、急性肠胃炎、胃肠神经官能症、失眠、偏头痛、眼病等都可使用导气法治疗。

在行导气法前,张仁老师认为若要达到较好的针感及气至病所,对医者、患者和环境都有一定的要求。在操作导气法时要求医者聚精会神,在技术上取穴正确、进针无痛,并且要与患者有良好的沟通和信任。同时要求患者受治时平心定气,仔细体验,使得气感不仅能加以保持,而且还可以使针感向病所诱导。对环境的要求则是诊室宽敞,环境安静,空气流通,光线充足^[9]。此三者三合为一,缺一不可,目的是为“气至病所”创造一个易于激发的条件。

在选穴方面,本研究采用张师在临床上治疗眼病时最常使用的选穴方法,即以中取为君、近取为臣及远取为佐使。中取是指距离病位较近的部位取穴;近取是指局部取穴;远取即远道取穴。根据这 3 种取穴方法及考虑眼周部的解剖结构,主要选取眶内穴上睛明和下睛明(近取)、眼周穴攒竹和瞳子髎(近取)、颈部穴风池(中取)及四肢部穴合谷、三阴交、太溪、太冲(远取)。

上睛明穴接近上泪小管,下睛明穴接近下泪小管及泪囊。瞳子髎为胆经穴,也是手太阳、手足少阳三脉之会,有清热明目之功效;攒竹穴向上睛明透刺且邻近泪腺,四穴合用可改善泪腺、泪管、泪囊的分泌和代谢功能。风池穴是足少阳和阳维之会,又源出眼区,且阳经均汇集于头部,“其精阳气上走于目而为

睛”,具有较好的通窍明目、疏导眼部气血之效。针刺风池穴时,针尖向同侧目内眦方向进针,经反复提插捻转至有针感向前额或眼区放射。由于干眼症与肝肾二脏关系密切,故根据干眼症多因肝肾阴亏而津少的病机特点选取远端配穴。上部选取手阳明大肠经之原穴合谷,针刺合谷穴可加强面部气机的疏通,有助于津液上达于目。下部选取足太阴脾经之三阴交、足少阴肾经之原穴太溪、足厥阴肝经之原穴太冲以补肝肾之阴。

经 1 个月的治疗后,两组干眼症患者的眼部症状积分、BUT、SIT 及 VAS 评分均较治疗前明显改善,说明针刺治疗对于延长干眼症的泪膜破裂时间、改善患者泪液分泌及临床主观症状的疗效是确切的。并且,观察组的总有效率高于对照组,说明在电针的基础上增加导气针刺法可提高治疗干眼症的疗效。但治疗后两组 BUT 组间比较差异无统计学意义,这可能与多种因素有关:①本研究对象绝大多数为中老年患者,较青少年患者的疗效差;②本研究患者的平均病程较长,在治疗上与病程短的患者相比难度较大,且需要较长的治疗时间;③临床上干眼症症状较轻的患者,绝大多数都会选择西医滴眼液局部治疗,所以来针刺治疗的患者多为西医治疗无效者,故此类患者病情也相对严重;④由于样本量较小或试验观察时间过短,也可致使导气针刺法对 BUT 指标的影响不大。上述因素的具体关系仍需今后更深入的研究与探讨。眼部症状积分及 VAS 评分是对干眼症患者的临床症状及不适程度的评价,前者以临床上干眼症患者常见的几项主要症状为评价依据,根据患者出现的眼部症状及严重程度进行评分,后者为患者对自身双眼的主观感受进行评价。根据本研究结果,观察组在改善眼部症状积分方面优于对照组,但对于两组的 VAS 评分组间比较差异无统计学意义。在临床上,不少患者经过治疗后某些眼部症状已改善,但仍有一些症状依然存在并给患者带来不适,这可能是造成眼部症状积分和 VAS 评分结果不一致的主要原因。两个评价方法的相关性和差异性仍需今后进一步的深入研究和探讨。

综上所述,“气至而有效”“气至病所”是祖国医学给我们的宝贵经验,也是提高临床疗效的主要方法之一,故要提高针灸临床疗效需注重针刺手法的运用。因而,今后研究应多涉及不同针刺手法对干眼症的疗效及其机制的探讨,寻找不同病因、不同证型的

干眼症适合的针刺方法。

参考文献

- [1] 葛坚, 王宁利. 眼科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 145.
- [2] Al-Saedi Z, Zimmerman A, Bachu RD, et al. Dry eye disease: present challenges in the management and future trends[J]. Curr Pharm Des, 2016, 22(28): 4470-4490.
- [3] 蒋晶晶, 齐惠, 黄一飞. 干眼动物模型的最新研究进展[J]. 中国实用眼科杂志, 2012, 30(4): 359-363.
- [4] Behrens A, Doyle JJ, Stern L, et al. Dysfunctional tear syndrome: a Delphi approach to treatment recommendations[J]. Cornea, 2006, 25(8): 900-907.
- [5] 郭梦虎. 针灸治疗干眼症研究进展[J]. 医学信息, 2013, 26(8): 671-672.
- [6] 张琳琳, 张翠红, 马晓芃, 等. 针灸治疗干眼症的现状与展望[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30(1): 62-66.
- [7] 龚岚, 孙兴怀, 马晓芃, 等. 针刺治疗干眼症临床疗效和安全性观察的初步研究[J]. 中华眼科杂志, 2016, 42(11): 1026-1028.
- [8] 曹颖, 薛明新, 高卫萍. 针灸治疗干眼症[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(1): 161-163.
- [9] 张仁, 徐红. 眼病针灸[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2014.
- [10] 刘祖国. 眼表疾病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 292-294.
- [11] 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.
- [12] 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: 304-322.
- [13] 高卫萍, 王健, 张燕, 等. 针刺治疗缺泪性干眼症 31 例疗效观察[J]. 新中医, 2007, 39(6): 41-42.
- [14] 魏立新, 杨威, 王宏才, 等. 针灸治疗干眼症 40 例临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(5): 65-66.
- [15] MA XP, YANG L, MO WQ, et al. Summary on clinical experience of acupuncture treating dry eye syndromes[J]. J Acupunct Tuina Sci, 2009, 7(3): 171-174.
- [16] 郭梦虎, 崔恩曹, 李馨源, 等. 电针治疗干眼症临床疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(4): 245-247.

(收稿日期: 2017-03-13, 编辑: 朱琦)

《中国针灸》第四届编委会第二次会议暨全国针灸临床研究方法学研讨会 第一轮通知

由《中国针灸》杂志社主办, 辽宁中医药大学针灸推拿学院(辽宁省针灸研究所)、辽宁省针灸学会承办的“《中国针灸》第四届编委会第二次会议暨全国针灸临床研究方法学研讨会”将于 2018 年 9 月 7-9 日在辽宁省本溪市召开。

本次会议以“继承、创新、循证”为指导思想, 以“临床研究方法学讨论”为主题, 深入交流针灸临床研究设计与方法。热忱欢迎全国各地(包括港、澳、台地区)以及海外从事针灸临床、教学、科研的专业人员及研究生出席本次大会。会议将邀请国内外著名的针灸专家作针灸临床研究方法学的专题讲座并进行学术交流。同时举办针灸临床与科研的短期培训班。

一、会议征文

(一) 征文内容

①针灸特色技术临床规范化研究; ②针灸特色技术应用经验介绍; ③针灸治疗临床各科疾病的新进展及机制探讨; ④针灸临床疗效的评价方法介绍及临床研究设计方案研究; ⑤提高针灸临床疗效综合疗法的临床设计研究。参会论文截止时间: 2018 年 7 月 30 日, 投稿邮箱: lnzjxshy@sina.com

(二) 征文要求

①论文要求内容翔实, 文章体例参照《中国针灸》杂志投稿要求。文件名称为: 第一作者姓名-论文题目。②论文用 word 文档保存, 版面 A4。大会编印论文集时将只对被录取论文的摘要做字体、字号及版式方面的编辑, 不再进行文字加工, 作者文责自负。③优秀文章将推荐至《中国针灸》杂志社, 杂志社择优优先刊用。

二、短期培训班内容

①重视实践, 培养学员的针灸临床操作能力; ②集中实训, 鼓励开展高水平随机对照针灸临床研究; ③逐层解析, 详解针灸临床论文中的难点; ④重点突破, 读懂针灸学科适宜统计方法。