

炎与乳腺癌鉴别诊断价值[J]. 中国超声医学杂志, 2016, 32(10):874-876.

[8] 杨朋来, 孙国栋. 浆细胞性乳腺炎的发病机制及中西医治疗进展[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(4):186-188.

[9] 陆清, 夏亚琳, 李琼, 等. 不同时期浆细胞性乳腺炎患者的免疫功能[J]. 广西医学, 2017, 39(12):1788-1790.

[10] 李超, 骈林萍. 86 例浆细胞性乳腺炎超声表现与病理结果对照分析[J]. 医药论坛杂志, 2017, 38(7):125-126.

[11] 廖春雁, 陈圆圆, 曾健, 等. 常规超声结合弹性成像对非哺乳期乳腺炎与乳腺癌的鉴别诊断价值[J]. 中国超声医学杂志, 2016, 32(1):16-18.

[12] 卢文亮, 郑媛, 魏刚, 等. 224 例浆细胞性乳腺炎的手术治疗[J]. 中华普通外科杂志, 2016, 31(4):342-343.

[13] 杨浩鑫. 浆细胞性乳腺炎再次手术原因分析及治疗研究[J]. 医学综述, 2016, 22(3):589-591.

(收稿日期:2019-07-08 修回日期:2019-11-23)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.05.036

## 醒脑开窍针治疗脑梗死的疗效及对炎症因子、神经功能缺损程度的影响

李发志<sup>1</sup>, 秦峰<sup>2△</sup>

陕西省商洛市中医医院:1、内四科;2 急诊科, 陕西商洛 726000

**摘要:**目的 研究醒脑开窍针联合常规方法治疗脑梗死的疗效及对脑梗死患者炎症因子、神经功能缺损程度的影响。方法 选取 2017 年 4 月至 2019 年 4 月该院收治的 124 例脑梗死患者为研究对象, 采用随机数字表法将其分为对照组(常规药物治疗)和观察组(在对照组的基础上联合醒脑开窍针治疗), 每组各 62 例。比较两组治疗有效率; 比较两组治疗前后卒中量表(NIHSS)评分和改良 Rankin 量表(mRS)评分; 比较两组治疗前后血流介导的血管扩张功能(FDM)、同型半胱氨酸(Hcy)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素(IL)-6 及肿瘤坏死因子  $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )水平。结果 观察组患者治疗有效率为 90.32%, 高于对照组的 72.58% ( $P < 0.05$ ); 观察组患者治疗后 NIHSS 和 mRS 评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ ), FDM 水平高于对照组 ( $P < 0.05$ ), Hcy、hs-CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  水平均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 醒脑开窍针联合常规方法治疗脑梗死疗效确切, 可减轻患者的神经功能缺损程度, 降低患者体内的炎症反应水平, 改善血管内皮功能及预后, 值得在临床推广使用。

**关键词:** 脑梗死; 醒脑开窍针; 炎症因子; 神经功能缺损

中图分类号: R743.3

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2020)05-0685-04

脑梗死又称为缺血性脑卒中, 为多种原因导致的局部脑组织血液供应障碍所引起的脑组织缺血缺氧坏死, 其主要表现为神经功能缺失症状。脑梗死包括脑血栓、脑栓塞、腔隙性脑梗死等多种类型<sup>[1]</sup>。目前临床上主要以营养神经及活化脑细胞为主要治疗方式, 但效果并不理想。针灸是我国传统医学的重要治疗方法, 其中醒脑开窍针可通过刺激神经末梢穴位, 促进神经元再生、重建。本研究通过探讨醒脑开窍针联合常规方法治疗脑梗死的疗效及其对炎症因子水平、神经功能缺损程度的影响, 旨在为临床治疗提供参考, 现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2017 年 4 月至 2019 年 4 月于本院就诊的 124 例脑梗死患者为研究对象。纳入标准: (1) 经头部 CT 或 MRI 检查, 确诊为脑梗死患者<sup>[2]</sup>; (2) 年龄  $\geq 50$  岁; (3) 有吞咽、语言或运动功能障碍的患者; (4) 患者或家属同意参与本研究, 并签署知情同意书。排除标准: (1) 合并严重心、肺、肝、肾等脏

器疾病的患者; (2) 哺乳期或妊娠期女性; (3) 入院前已经过抗凝、溶栓、降纤及抗血小板治疗; (4) 合并精神障碍患者; (5) 合并恶性肿瘤患者; (6) 依从性差, 不能按医嘱规律服药者。采用随机数字表法将研究对象分为对照组(使用常规药物治疗)和观察组(在对照组的基础上联合醒脑开窍针治疗), 每组各 62 例。对照组中男 39 例, 女 23 例; 年龄 54 ~ 74 岁, 平均(64.48  $\pm$  5.62)岁; 病程 5 ~ 9 d, 平均(7.31  $\pm$  0.58)d; 其中合并高血压 32 例, 动脉粥样硬化 10 例, 高脂血症 8 例, 糖尿病 5 例, 冠心病 7 例。观察组中男 40 例, 女 22 例; 年龄 55 ~ 75 岁, 平均(65.17  $\pm$  5.76)岁; 病程 5 ~ 9 d, 平均(7.28  $\pm$  0.64)d; 合并高血压 34 例, 动脉粥样硬化 12 例, 高脂血症 7 例, 糖尿病 6 例, 冠心病 3 例。两组患者性别、年龄等基本资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。本研究经本院伦理委员批准。

### 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 采用常规药物治疗, 阿司匹林(江西

△ 通信作者, E-mail: qinfeng197406@163.com。

制药有限责任公司,国药准字:H36020722),100 mg,每天1次,口服;丹红注射液(山东丹红制药有限公司,国药准字:Z20026866),30 mL加入250 mL生理盐水中,每天1次,静脉滴注;依达拉奉注射液(国药集团国瑞药业有限公司,国药准字:H20080056),30 mg加入100 mL生理盐水中,每天2次,静脉滴注。治疗1个月。

**1.2.2 观察组** 在对照组基础上联合醒脑开窍针治疗,以双侧内关穴、水沟穴、风池穴、印堂穴为主要穴位,直刺1.5~2.0 cm,进针得气后常规留针30 min,随后均匀提插、捻转1 min后出针,隔1 d针灸1次。出现口角歪斜情况时可加刺地仓穴;出现瘫痪情况可加刺委中穴、阳陵穴、三阴交穴、足三里穴、曲池穴、合谷穴、极泉穴及尺泽穴;出现饮水呛咳和吞咽困难情况加刺人迎穴、廉泉穴、哑门穴及翳风穴;出现大小便失禁情况可加刺关元穴、中极穴。治疗1个月。

**1.3 观察指标** (1)神经功能缺损评分:分别在治疗前后通过美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)对所有患者进行评估,分数越高说明神经功能缺损程度越重。(2)预后评分:分别在治疗前后通过改良Rankin量表(mRS)对所有患者进行评估,分数越高

说明预后越差。(3)疗效评价标准<sup>[3]</sup>,基本痊愈:NIHSS评分减少 $\geq 90\%$ ;显效:NIHSS评分减少 $45\% \sim < 90\%$ ;有效:NIHSS评分减少 $18\% \sim < 45\%$ ;无效:NIHSS评分减少 $< 18\%$ ;恶化:NIHSS评分增加 $> 18\%$ 。治疗有效率=(基本痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。(4)实验室指标:治疗前与治疗1个月后采集清晨空腹静脉血3 mL,离心分离血清,使用ELISA检测血清同型半胱氨酸(Hcy)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素(IL)-6水平;使用放射免疫法检测肿瘤坏死因子(TNF)- $\alpha$ 水平。(5)血管内皮功能:使用血管内皮功能检测仪(日本优奈克斯公司)通过检测肱动脉血流介导的血管扩张功能(FMD)来评价血管内皮功能。

**1.4 统计学处理** 采用SPSS22.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 $t$ 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 两组患者治疗有效率比较** 对照组治疗有效率为72.58%,低于观察组的90.32%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 两组患者治疗有效率比较[n(%)]

组别	n	基本痊愈	显效	有效	无效	恶化	治疗有效
观察组	62	36(58.06)	12(19.35)	8(12.90)	4(6.45)	2(3.23)	56(90.32)
对照组	62	29(46.77)	9(14.52)	7(11.29)	10(16.13)	7(11.29)	45(72.58)
$\chi^2$							6.459
P							0.011

**2.2 两组患者治疗前后 NIHSS 和 mRS 评分比较** 两组患者治疗前 NIHSS 和 mRS 评分比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ );两组患者治疗后 NIHSS 和 mRS 评分较治疗前均下降( $P < 0.05$ ),且观察组治疗后 NIHSS 和 mRS 评分低于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 两组患者治疗前后 NIHSS 和 mRS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	时间	NIHSS 评分	mRS 评分
观察组	62	治疗前	24.58 $\pm$ 7.28	3.71 $\pm$ 0.62
		治疗后	17.45 $\pm$ 3.11* <sup>#</sup>	2.75 $\pm$ 0.45* <sup>#</sup>
对照组	62	治疗前	24.17 $\pm$ 7.46	3.69 $\pm$ 0.61
		治疗后	19.62 $\pm$ 3.38*	3.12 $\pm$ 0.50*

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

**2.3 两组患者治疗前后 FDM、Hcy 和 hs-CRP 水平比较** 两组患者治疗前 FDM、Hcy 和 hs-CRP 水平比

较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ );两组患者治疗后 FDM 水平均较治疗前升高( $P < 0.05$ ),且观察组 FDM 水平高于对照组( $P < 0.05$ );两组患者治疗后 Hcy 和 hs-CRP 水平均较治疗前下降( $P < 0.05$ ),且观察组 Hcy 和 hs-CRP 水平低于对照组( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 两组患者治疗前后 FDM、Hcy 和 hs-CRP 水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	FDM(%)	Hcy( $\mu$ mol/L)	hs-CRP(mg/L)
观察组	62	治疗前	5.25 $\pm$ 1.38	21.01 $\pm$ 4.42	4.83 $\pm$ 0.74
		治疗后	8.33 $\pm$ 2.28* <sup>#</sup>	13.31 $\pm$ 4.16* <sup>#</sup>	2.51 $\pm$ 0.85* <sup>#</sup>
对照组	62	治疗前	5.49 $\pm$ 1.42	21.36 $\pm$ 4.56	4.91 $\pm$ 0.69
		治疗后	6.45 $\pm$ 1.52*	17.48 $\pm$ 4.23*	3.64 $\pm$ 0.63*

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

**2.4 两组患者治疗前后 IL-6 和 TNF- $\alpha$  水平比较** 两组患者治疗前 IL-6 和 TNF- $\alpha$  水平比较,差异

均无统计学意义( $P > 0.05$ );两组患者治疗后 IL-6 和 TNF- $\alpha$  水平均较治疗前下降( $P < 0.05$ ),且观察组 IL-6 和 TNF- $\alpha$  水平均低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 IL-6 和 TNF- $\alpha$  水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	IL-6(ng/L)	TNF- $\alpha$ ( $\mu$ g/L)
观察组	62	治疗前	34.58 $\pm$ 6.17	45.15 $\pm$ 10.26
		治疗后	16.75 $\pm$ 4.58* <sup>#</sup>	14.62 $\pm$ 4.38* <sup>#</sup>
对照组	62	治疗前	35.13 $\pm$ 6.24	45.36 $\pm$ 10.48
		治疗后	21.56 $\pm$ 5.24*	22.35 $\pm$ 6.23*

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨 论

随着人口老龄化问题的日益严重,我国脑梗死患者数量逐渐增多,其发病率、致残率、复发率均较高,可引起瘫痪等脑梗死后遗症,严重影响患者的日常生活及身心健康<sup>[4]</sup>。大量临床研究发现,在脑梗死的病变期,病灶处会有大量神经细胞死亡,而在病灶周围区域会有部分神经细胞处于未完全死亡状态或休眠状态,治疗时可侧重于恢复失活神经细胞功能,以减少神经细胞死亡,改善患者预后<sup>[5]</sup>。

我国传统医学认为,中老年人脑梗死多是由于血脉狭窄,阳气亏损,以至新血不足,血脉运行不畅,气滞血瘀,脉络受阻<sup>[6]</sup>。本研究针灸的穴位中,风池穴壮阳益气,人中穴醒神开窍、调和阴阳、镇静安神、解痉通脉,太溪穴清热生气,内关穴宁心安神、理气止痛,地仓穴舒筋活络、活血化瘀,委中穴止痛通尿,足三里穴燥化脾湿、生发胃气,曲池穴清热解毒、散风止痒、消肿止痛、调和气血、疏经通络,合谷穴镇静止痛、通经活经、清热解表,极泉穴宽胸理气、通经活络,尺泽穴清热和胃、通络止痛,哑门穴收引阳气,翳风穴益气补阳,关元穴培补元气、导赤通淋<sup>[7]</sup>。

本研究发现,观察组治疗有效率高于对照组( $P < 0.05$ ),治疗后 NIHSS 和 mRS 评分均低于对照组( $P < 0.05$ ),提示在常规治疗基础上,联合醒脑开窍针治疗脑梗死疗效确切,能有效减轻脑梗死导致的神经功能缺损,改善患者预后。考虑可能与醒脑开窍针具有补气活血、化瘀通络的作用有关,通过针刺穴位增加脑部血流量,恢复脑细胞活性,降低缺血缺氧所造成的损伤,同时改善病灶处的血液循环,修复神经细胞。陈杰等<sup>[8]</sup>研究发现,针灸可以有效治疗脑梗死,改善患者神经功能缺损程度,与本研究结论一致。

急性脑梗死患者多合并血管内皮功能障碍,血管内皮功能的损伤及血管顺应性的降低会增加血管壁所受压力<sup>[9]</sup>;Hcy 是一种血清含硫氨基酸,其水平升高可增加冠心病、脑血管疾病和外周血管疾病的发病

风险<sup>[10]</sup>;hs-CRP 是一种由肝脏合成的促炎因子,能够加速体内炎症反应,是临床常用的反映体内炎症状态的指标<sup>[11]</sup>;IL-6 是趋化因子家族的一种细胞因子,由多种细胞产生并作用于多种细胞,主要出现在急性和慢性炎症反应部位,和 TNF- $\alpha$  一样是炎症级联反应的关键因子<sup>[12]</sup>。本研究结果显示,治疗后观察组 FDM 水平高于对照组,Hcy、hs-CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  水平低于对照组,与余凌等<sup>[13]</sup>的研究结果一致。提示在常规治疗基础上联合醒脑开窍针治疗脑梗死可改善患者的血管内皮功能,降低患者体内的炎症反应水平,降低心血管疾病的再发风险。

综上所述,醒脑开窍针联合常规方法治疗脑梗死疗效确切,可减轻患者的神经功能缺损程度,降低患者体内炎症反应水平,改善血管内皮功能及预后,值得在临床推广使用。

### 参考文献

- [1] 王德征,薛晓丹,张辉,等.天津市 1999 至 2015 年脑梗死病死率变化趋势分析[J].中华心血管病杂志,2018,46(2):152-158.
- [2] 中国中西医结合学会神经科专业委员会.中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)[J].中国中西医结合杂志,2018,38(2):136-144.
- [3] 张琦,陶红,陈佳,等.醒脑开窍针刺法联合阿替普酶静脉溶栓对急性脑梗死患者神经功能缺损程度的影响[J].中国中医急症,2018,27(11):81-84.
- [4] 张鹤,张志辰,贾鸿雁,等.既往脑梗死人群生活方式、用药情况及中医证候要素分析[J].世界中医药,2016,11(1):29-32.
- [5] 高星乐,陈力宇,孙乐球,等.脑梗死后遗症期疲劳及其影响因素的调查[J].中国临床保健杂志,2016,19(1):40-43.
- [6] 李旷怡,张英俭,蔡海荣,等.佛山地区脑梗死中医证型分布规律研究[J].中国中医急症,2017,26(9):1549-1550.
- [7] 张民英,赵阳.针灸联合中风防治灵对急性脑梗死患者脂联素、内皮素及血脂水平的影响[J].长春中医药大学学报,2018,34(3):103-106.
- [8] 陈杰,田慧军.针灸联合氟西汀对急性脑梗死伴抑郁患者神经功能、负性情绪及免疫功能的影响[J].针灸临床杂志,2017,33(7):32-35.
- [9] 张阿宁,王剑.急性脑梗死患者血管内皮功能及同型半胱氨酸水平的变化[J].中国微生态学杂志,2017,29(9):1059-1062.
- [10] 朱勇冬.血清胱抑素 C、基质金属蛋白酶-9 及同型半胱氨酸与脑梗死关系的研究[J].国际神经病学神经外科学杂志,2016,43(3):233-236.
- [11] 张琦,牛文彦,李晓亮,等.急性脑梗死患者血浆 Hcy、eNOS、sTM、hs-CRP、vWF 的变化及意义[J].山东医药,2015,55(1):17-19.
- [12] 任彩霞,冯丙东,余永平.急性脑梗死患者血清 hs-CRP、

IL-6 和 TNF- $\alpha$  测定及其临床意义[J]. 陕西医学杂志, 2016, 45(11):1501-1502.

[13] 余凌, 王玉娇. 针灸联合早期康复对急性脑梗死患者神经功能及血清 SES、hs-CRP 水平的影响[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(3):12-15.

(收稿日期:2019-06-25 修回日期:2019-10-22)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.05.037

## 以时效性激励理论为指导的延伸服务对产后出血产妇自我效能的影响

张 华<sup>1</sup>, 杨 妮<sup>2△</sup>

陕西省西安市临潼区妇幼保健院:1. 产科;2. 护理部, 陕西西安 710600

**摘要:**目的 探讨以时效性激励理论为指导的延伸服务对产后出血产妇自我效能的影响。方法 选择 2017 年 2 月至 2019 年 1 月在该院产科顺利完成分娩的产后出血产妇 96 例为研究对象, 根据随机数字表法分为观察组与对照组, 每组 48 例。对照组产后给予常规护理, 观察组给予以时效性激励理论为指导的延伸服务, 比较两组治疗有效率、并发症发生情况, 护理后的自我效能情况及生存质量。结果 产后 3 d, 观察组与对照组的自我效能评分均高于护理前 ( $P < 0.05$ ), 且护理后观察组自我效能评分高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 护理后观察组的躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能及社会功能评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 以时效性激励理论为指导的延伸服务应用于产后出血产妇能改善产妇自我效能, 减少并发症, 提高产妇生活质量。

**关键词:** 时效性激励理论; 延伸护理; 产后出血; 自我效能

**中图分类号:** R473.71

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2020)05-0688-03

产后出血是指产妇在胎儿娩出后 24 h 内失血量  $\geq 500$  mL 的临床疾病<sup>[1-2]</sup>。目前我国每年约有 40 000 例产妇死于产后出血, 因此产后出血的预防与治疗至关重要<sup>[3-4]</sup>。随着妇产科医疗技术的不断发展, 产后出血产妇的存活率逐渐提高, 但是容易出现各种后遗症, 严重影响产妇生活质量<sup>[5]</sup>。自我效能是决定个体行为的因素, 其形成受直接经验、间接经验、言语劝说、生理及情绪状态的影响, 具有较高自我效能的个体在面对不良事件时较少出现不良心理情绪, 会采取积极的态度应对不良事件<sup>[6]</sup>。时效性激励护理模式主要通过各种激励措施, 有效调动产妇进行康复治疗的积极性与自信心, 提高遵医依从性; 同时, 其也注重强调改变产妇生活的环境, 满足产妇的生理需求, 使产妇能更好地适应环境<sup>[7]</sup>。本文探讨了以时效性激励理论为指导的延伸服务对产后出血产妇自我效能的影响, 旨在为产后出血产妇的延伸护理实施提

供借鉴和参考, 现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2017 年 2 月至 2019 年 1 月在本院产科顺利完成分娩的产后出血产妇 96 例为研究对象。纳入标准: 单胎妊娠; 年龄 22~45 岁; 孕周为 37~42 周; 产后 24 h 出血量  $\geq 500$  mL; 此次妊娠前无不良孕产史; 心肺功能正常; 产妇同意加入本研究, 并签署知情同意书。排除标准: 患有精神疾病者; 依从性差, 不能配合研究者; 中途自行退出者; 新生儿或产妇在研究期间发生重大疾病或死亡者; 有心、肝、肾、造血、内分泌系统等疾病者。根据随机数字表法分为观察组与对照组, 每组 48 例, 两组产妇孕周、年龄、产次、产后出血量、分娩方式等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 有可比性, 见表 1。本研究经本院伦理委员会批准。

表 1 两组产妇一般资料比较

组别	n	孕周 ( $\bar{x} \pm s$ , 周)	年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	产次 ( $\bar{x} \pm s$ , 次)	产后出血量 ( $\bar{x} \pm s$ , mL)	分娩方式(n)	
						剖宫产	自然分娩
观察组	48	40.13 $\pm$ 1.85	33.22 $\pm$ 2.46	1.96 $\pm$ 0.44	658.01 $\pm$ 156.19	17	31
对照组	48	40.31 $\pm$ 0.96	33.03 $\pm$ 3.17	1.87 $\pm$ 0.64	650.09 $\pm$ 200.93	19	29
t/ $\chi^2$		0.219	0.198	0.178	0.253		0.174
P		0.878	0.912	0.933	0.834		0.677

△ 通信作者, E-mail:1906227699@qq.com.