

- 467-472.
- [6] 陈雪蓉,孟海云,沈冉,等. 同型半胱氨酸与胰岛素抵抗对妊娠期糖尿病合并高血压的影响[J]. 中国计划生育学杂志, 2020, 28(4): 572-575.
- [7] 吴俊妍,龚明霞. 妊娠各期血同型半胱氨酸水平及其与妊娠期糖尿病相关性研究[J]. 吉林医学, 2018, 39(5): 811-813.
- [8] PAN Y, JIANG S, QIU D, et al. Comparing the GFR estimation equations using both creatinine and cystatin C to predict the long-term renal outcome in type 2 diabetic nephropathy patients[J]. J Diab Complic, 2016, 30(8): 1478-1487.
- [9] 卢健坤,温世宁,吴钧俊,等. 肾损伤标志物在妊娠糖尿病患者中诊断价值的研究[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(3): 407-409.
- [10] 宫辉,高玲娟,陈亚军. 血清 Hcy, RBP 和 Cys C 联合检测在妊娠期糖尿病肾病的早期诊断价值[J]. 国际检验医学杂志, 2021, 42(3): 356-359.
- [11] 张文蓉,王苏建,董燕芬,等. 血清 Hcy, Cys-C, NAG 及 mALB 对妊娠期糖尿病患者早期肾损伤的检验诊断价值[J]. 实用医学杂志, 2018, 34(23): 3986-3989.
- [12] 袁学华,张薇薇,李权伦,等. 血清视黄醇结合蛋白、胱抑素 c 及 β_2 微球蛋白的联合检测在妊娠期糖尿病早期肾损害诊断中的临床意义[J]. 现代检验医学杂志, 2017, 32(2): 106-109.
- [13] 肖培,程龙慧,刘纪君,等. 孕中、晚期血清同型半胱氨酸水平及其与妊娠高血压和妊娠糖尿病的关系[J]. 检验医学与临床, 2018, 15(20): 3008-3010.
- [14] 王小钰. 不同孕期孕妇 HCY、叶酸、维生素 B12 水平与妊娠期高血压疾病的关系[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(11): 2489-2491.
- (收稿日期: 2021-12-22 修回日期: 2022-04-26)
- 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.22.026

西药配合中医针灸在缺血性脑卒中患者神经功能缺损中的临床疗效观察

朱润梅, 欧彩虹[△]

西安医学院附属宝鸡医院神经内科, 陕西宝鸡 721006

摘要:目的 观察西药配合中医针灸治疗缺血性脑卒中患者神经功能缺损的临床疗效。方法 回顾性选取 2019 年 2 月至 2021 年 2 月该院缺血性脑卒中患者 92 例, 依据治疗方法分为西药配合中医针灸治疗组(配合治疗组)、西药单独治疗组(单独治疗组)两组, 每组 46 例, 统计分析两组患者的神经功能缺损程度、运动功能、日常生活能力、生活质量、临床疗效、血清指标、不良反应发生情况。结果 治疗后, 配合治疗组的加拿大神经病学量表评分低于单独治疗组($P < 0.05$), Fugl-Meyer 评定量表、Barthel 指数、Spitzer 生活质量指数表评分均高于单独治疗组($P < 0.05$)。配合治疗组治疗总有效率高于单独治疗组($P < 0.05$)。治疗后, 配合治疗组的血清同型半胱氨酸、D-二聚体、超敏 C 反应蛋白、白细胞介素-8、肿瘤坏死因子- α 水平均低于单独治疗组($P < 0.05$), 血清脑源性神经营养因子、神经生长因子水平均高于单独治疗组($P < 0.05$)。配合治疗组和单独治疗组患者的不良反应发生率分别为 10.87%(5/46)、8.70%(4/46), 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 西药配合中医针灸治疗缺血性脑卒中患者神经功能缺损的临床疗效较西药单独治疗显著。

关键词:缺血性脑卒中; 西药; 针灸; 神经功能缺损; 运动功能; 日常生活能力; 生活质量; 不良反应

中图分类号: R446.1

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)22-3126-04

缺血性脑卒中指脑组织在脑血管阻塞的情况下发生缺血性损害, 主要特征为短暂性脑缺血发作、脑栓塞、脑血栓形成。缺血性脑卒中急性发作期主要有偏瘫、失语、口眼歪斜、眩晕、恶心、呕吐等表现, 后期主要有舌强言謇、口眼歪斜、肢体功能障碍等表现, 患者的生存质量降低^[1]。大部分中老年人合并糖尿病、高脂血症等慢性疾病。随着年龄的增高, 缺血性脑卒中的致残率及死亡率逐渐提升^[2]。本研究观察了西药配合中医针灸治疗缺血性脑卒中患者神经功能缺

损的临床疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性选取 2019 年 2 月至 2021 年 2 月本院缺血性脑卒中患者 92 例, 依据治疗方法分为西药配合中医针灸治疗组(配合治疗组)、西药单独治疗组(单独治疗组)两组, 每组 46 例。配合治疗组中, 男 25 例, 女 21 例; 年龄 59~76 岁, 平均(64.92 $\pm$ 3.45)岁; 病程 1 周至 2 个月。单独治疗组中, 男 24 例, 女 22 例; 年龄 60~77 岁, 平均(65.47 $\pm$ 3.82)岁;

[△] 通信作者, E-mail: ylwangfang@163.com。

病程 1 周至 2 个月。两组患者的一般资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过本院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:入组患者均符合缺血性脑卒中的诊断标准^[3]。排除标准:(1)有先天或后天残疾等对肢体运动功能造成严重不良影响的疾病;(2)合并严重原发性疾病;(3)有严重痴呆等严重合并症。

1.3 方法

1.3.1 单独治疗组 给予患者静脉滴注脉络宁注射液 20 mL+0.9%氯化钠注射液 500 mL,并给予患者静脉注射胞二磷胆碱注射液 0.75 mg+0.9%氯化钠注射液 500 mL,每天 1 次。

1.3.2 配合治疗组 在西药治疗的基础上给予患者针刺治疗,找出主穴(人中穴、内关穴、手三里穴、三阴交穴);辅助穴位包括治疗上肢功能障碍的穴位(曲池穴、手三里穴、肩髃穴、合谷穴),治疗下肢功能障碍取穴位(髌关穴、血海、丘墟、环跳委中、四强),治疗吞咽障碍取穴位(廉泉、翳风、地仓),失语障碍取穴位(风池、哑门、廉泉、通里)。将这些主穴及辅穴,辩证施针,运用提插捻转法、补虚泻实法等手法,每次 3~4 个,每次留针 30 min,每日 1 次,每周 5 d。4 周为 1 个疗程,共治疗 1 个疗程。

1.4 观察指标 随访 1 个月。(1)神经功能缺损程度:采用加拿大神经病学量表(CNS),总分 0~45 分,0~15 分、>15~30 分、>30~45 分分别评定为轻度缺损、中度缺损、重度缺损^[4]。(2)运动功能、日常生活能力、生活质量:分别采用 Fugl-Meyer 评定量表(FMA)、Barthel 指数(BI)、Spitzer 生活质量指数表

(QLI),FMA 总分 0~100 分,0~<50 分、50~<85 分、85~<96 分、96~<100 分、100 分分别评定为重度运动障碍、明显运动障碍、中度运动障碍、轻度运动障碍、正常^[5];BI 总分 0~100 分,评分越高表示日常生活能力越强^[6];QLI 内容包括照顾、健康状况等,评分越高表示生活质量越高^[7]。(3)血清指标:脑源性神经营养因子(BDNF)、神经生长因子(NGF)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、同型半胱氨酸(Hcy)、D-二聚体(D-D)。(4)不良反应。

1.5 疗效评定标准 痊愈:治疗后患者具有正常的肢体肌力,基本无症状,能够生活自理;好转:治疗后患者具有较好的肢体肌力,较轻的症状,能够部分生活自理;未愈:未达到上述标准^[8]。总有效率=(痊愈例数+好转例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计学软件进行数据处理及统计分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用频数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的神经功能缺损程度、运动功能、日常生活能力、生活质量比较 治疗后,配合治疗组的 CNS 评分低于单独治疗组($P<0.05$),FMA、BI、QLI 评分均高于单独治疗组($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者临床疗效比较 配合治疗组治疗总有效率为 91.30%(42/46),高于单独治疗组的 60.87%(28/46)($\chi^2=11.709,P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者治疗前后神经功能缺损程度、运动功能、日常生活能力、生活质量比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	CNS 评分	FMA 评分	BI 评分	QLI 评分
配合治疗组	46	治疗前	23.18 $\pm$ 3.11	34.07 $\pm$ 5.04	12.90 $\pm$ 2.61	7.95 $\pm$ 1.04
		治疗后	11.11 $\pm$ 1.00 ^{#*}	81.11 $\pm$ 7.00 ^{#*}	60.20 $\pm$ 9.35 ^{#*}	43.41 $\pm$ 6.05 ^{#*}
单独治疗组	46	治疗前	24.60 $\pm$ 4.91	33.30 $\pm$ 4.40	13.02 $\pm$ 2.56	8.00 $\pm$ 1.12
		治疗后	16.21 $\pm$ 2.11 [#]	51.54 $\pm$ 6.58 [#]	31.51 $\pm$ 5.21 [#]	22.35 $\pm$ 3.30 [#]

注:与同组治疗前比较,[#] $P<0.05$;与单独治疗组比较,^{*} $P<0.05$ 。

表 2 两组患者的临床疗效比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	痊愈	好转	未愈	总有效
配合治疗组	46	22(47.83)	20(43.48)	4(8.70)	42(91.30) [*]
单独治疗组	46	14(30.43)	14(30.43)	18(39.13)	28(60.87)

注:与单独治疗组比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后血清指标水平比较 治疗后,配合治疗组的血清 Hcy、D-D、hs-CRP、IL-8、TNF-

α 水平均低于单独治疗组 ($P<0.05$), 血清 BDNF、NGF 水平均高于单独治疗组 ($P<0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者不良反应发生情况比较 配合治疗组 和单独治疗组患者不良反应发生率分别为 10.87% (5/46)、8.70% (4/46), 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 4。

表 3 两组患者治疗前后血清指标水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	hs-CRP (mg/L)	IL-8 (pg/mL)	BDNF (μ g/L)	NGF (ng/L)	Hcy (mol/L)	D-D (ng/L)	TNF- α (pg/L)
配合治疗组	46	治疗前	1.82 $\pm$ 0.33	85.03 $\pm$ 9.45	6.92 $\pm$ 1.40	10.17 $\pm$ 2.53	25.38 $\pm$ 4.90	422.04 $\pm$ 9.37	157.05 $\pm$ 9.62
		治疗后	1.40 $\pm$ 0.20 ^{#*}	53.11 $\pm$ 7.67 ^{#*}	11.17 $\pm$ 1.23 ^{#*}	14.40 $\pm$ 2.74 ^{#*}	14.23 $\pm$ 2.16 ^{#*}	164.44 $\pm$ 9.26 ^{#*}	92.45 $\pm$ 9.75 ^{#*}
单独治疗组	46	治疗前	1.92 $\pm$ 0.35	81.17 $\pm$ 9.10	6.94 $\pm$ 1.37	10.13 $\pm$ 2.30	24.54 $\pm$ 3.85	417.36 $\pm$ 9.47	164.75 $\pm$ 9.24
		治疗后	1.68 $\pm$ 0.24 [#]	69.00 $\pm$ 9.14 [#]	8.58 $\pm$ 1.30 [#]	12.06 $\pm$ 2.65 [#]	18.76 $\pm$ 3.75 [#]	251.30 $\pm$ 9.80 [#]	117.62 $\pm$ 9.38 [#]

注:与同组治疗前比较,[#] $P<0.05$;与单独治疗组比较,^{*} $P<0.05$ 。

表 4 两组患者的不良反应发生情况比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	恶心呕吐	消化不良	头晕	总发生
配合治疗组	46	2(4.35)	2(4.35)	1(2.17)	5(10.87) [*]
单独治疗组	46	1(2.17)	2(4.35)	1(2.17)	4(8.70)

注:与单独治疗组比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨 论

中医认为,缺血性脑卒中主要为气血、脑脉在情志、劳倦内伤等作用下逆乱、痹阻,本虚标实是其主要发生机制,包括心脾肝肾虚损、痰浊腑实等^[9]。针灸治疗的主要功效为温通经脉、调和气血、相对平衡阴阳、调和脏腑,其具有较为广泛的适应证,疗效较为迅速显著,操作方法较为简便易行,具有较少的不良反应,费用较为低廉。在缺血性脑卒中的治疗中,针灸治疗能够对机体痉挛状态进行有效缓解,促进患者临床症状的减轻,有助于患者运动能力及日常生活能力的改善。现阶段,西医对缺血性脑卒中的主要治疗方法是对患者的脑细胞进行营养、溶栓、降纤等,具有一定的疗效,而配合中医辨证疗法有助于疗效的提升。

本研究结果表明,配合治疗组神经功能缺损程度、运动功能、日常生活能力、生活质量的改善情况均优于单独治疗组,可能原因为针灸对各区域脑神经细胞、处于休眠状态的神经细胞进行刺激,一方面加速了脑卒中康复进程,另一方面改善了脑卒中后神经功能缺损程度^[10]。

相关医学研究表明,西医疗法配合中医针灸疗法能够促进缺血性脑卒中患者部分血清指标水平的有效改善,与单纯西药疗法相比其临床疗效更为显著^[11]。本研究结果显示,治疗后,配合治疗组 Hcy、D-D、hs-CRP、IL-8、TNF- α 水平均低于单独治疗组 ($P<0.05$), 血清 BDNF、NGF 水平均高于单独治疗组 ($P<0.05$),可能原因为针灸是一种适宜的外因刺激,能够对病灶区缺氧缺血状况进行有效缓解,配合西药

能够促进相关细胞因子水平进一步改善^[12]。本研究结果还显示,两组不良反应发生率差异无统计学意义 ($P>0.05$),说明配合治疗不会使患者的不良反应发生率增加,具有良好的安全性。

参考文献

[1] 严斌. 穴位针灸联合补阳还五汤与常规西药治疗缺血性脑卒中的疗效与安全性观察[J]. 基层医学论坛, 2021, 25 (14): 2029-2031.

[2] 荆胜国. 血府逐瘀汤+针灸疗法联合西药综合治疗急性缺血性脑卒中的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(21): 116-117.

[3] 宋震. 半夏白术天麻汤加减联合针灸治疗急性缺血性脑卒中的疗效分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(7): 93-94.

[4] 赵满, 姚磊, 白鹏. 黄芪桂枝五物汤加减联合针灸对急性缺血性脑卒中后遗症期患者相关指标的影响[J]. 吉林中医药, 2018, 38(11): 1338-1341.

[5] 孟瑞娟. 中西医结合治疗缺血性脑卒中 43 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2018, 27(10): 93-94.

[6] 朱海荣, 王念, 吴年宝, 等. 天地饮联合针灸治疗急性脑卒中(风痰阻络)对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33 (10): 77-80.

[7] 梁启放, 刘文星, 韩小雪, 等. 针灸干预对缺血性脑卒中患者血液流变学的影响[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(2): 49-55.

[8] 陈四芳, 韩为, 孙善斌, 等. 基于 ASL 和 PWI 技术探讨通督调神针刺对缺血性脑卒中高危患者脑血流的影响[J]. 中国针灸, 2018, 38(9): 913-917.

[9] 张燕, 徐学功, 石学敏. “活血散风针刺法”治疗缺血性脑

- 卒中伴原发性高血压对患者血压负荷、神经功能及脂代谢的影响[J]. 吉林中医药, 2021, 41(7): 969-972.
- [10] 兰火连, 赖立英, 李瑾娴, 等. 循经取穴湿热敷对急性脑梗死偏瘫患者上肢功能的影响[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(1): 66-69.
- [11] 安恒, 肖丽娟. 醒脑开窍针刺法联合康复训练在缺血性脑卒中恢复期患者中应用[J]. 浙江临床医学, 2021, 23(7): 964-965.
- [12] 李昕阳, 刘素萍, 王佳良, 等. 血府逐瘀汤联合针灸治疗缺血性脑卒中偏瘫患者的临床研究[J]. 中国医药导报, 2020, 17(5): 137-140.
- (收稿日期: 2021-12-18 修回日期: 2022-05-08)
- 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2022. 22. 027

干扰素雾化吸入对小儿手足口病的临床疗效及其对炎症因子水平的影响

曾 肖¹, 韩 笑^{2△}

1. 西安大兴医院儿科, 陕西西安 710000; 2. 宝鸡高新医院儿保科, 陕西宝鸡 721000

摘 要:目的 探究干扰素雾化吸入对小儿手足口病的临床疗效及其对炎症因子水平的影响。方法 选取 2017 年 1 月至 2021 年 1 月西安大兴医院儿科 40 例行干扰素雾化吸入治疗的手足口病患儿作为观察组, 同期 40 例未接受雾化吸入治疗的手足口病患儿作为对照组。比较两组患儿临床症状消失时间、住院时间、治疗前后炎症因子水平及免疫球蛋白(Ig)水平变化情况, 随访治疗效果。结果 观察组患儿发热消失、口腔溃疡愈合、疱疹消退及住院时间均短于对照组($P < 0.05$); 两组患者治疗前血清肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素(IL)-6、IL-10 及 C 反应蛋白(CRP)水平差异均无统计学意义($P > 0.05$), 治疗后两组各指标水平均降低, 且观察组低于对照组($P < 0.05$); 两组患者治疗前 IgA、IgG、IgM 水平差异均无统计学意义($P > 0.05$), 治疗后两组均升高, 且观察组高于对照组($P < 0.05$); 观察组总有效率为 95.0%, 高于对照组的 70.0%($P < 0.05$)。结论 干扰素雾化吸入应用于小儿手足口病治疗, 在促进患儿症状消失、提高免疫功能方面有着突出效果, 有利于降低炎症因子水平, 疗效确切, 可予以推广。

关键词: 干扰素; 雾化吸入; 小儿手足口病; 炎症因子; 免疫球蛋白

中图法分类号: R446.6

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)22-3129-03

病毒感染是手足口病的主要诱发因素, 其中以肠道病毒、柯萨奇病毒最为常见, 具有传播速度快、感染性强等特点, 0~5 岁婴幼儿是高发群体, 患病后在患儿手、足、口位置可见疱疹与皮疹, 大部分具有良好的预后, 一周左右可自愈。小部分患儿经过治疗效果不佳会累及到心、脑等重要脏器, 甚至发展为心肌炎、肺水肿等, 影响患儿生命安全^[1]。通常对于小儿手足口病多采用保守疗法, 通过抗病毒药物静脉滴注能够对患儿病情起到控制作用, 但不同药物药理作用呈现出明显差异, 寻找一种安全、可靠的治疗药物尤为重要^[2]。干扰素作为一种抗病毒药物, 既往多以肌肉注射的方式应用于小儿手足口病治疗, 其能够有效控制患儿的相关症状, 但也伴随一系列不良反应, 效果不甚理想^[3]。干扰素雾化吸入是治疗小儿手足口病的新型疗法, 本研究拟对其应用效果进行探讨, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2021 年 1 月西安大兴医院儿科收治的 40 例行干扰素雾化吸入治疗

的手足口病患儿作为观察组, 同期 40 例未接受雾化吸入治疗的手足口病患儿作为对照组。观察组中, 男 21 例, 女 19 例; 年龄 8 个月至 10 岁, 平均(4.63 ± 1.02)岁; 病程 1~7 d, 平均(3.24 ± 1.02)d。对照组中, 男 22 例, 女 18 例; 年龄 10 个月至 10 岁, 平均(4.58 ± 1.09)岁; 病程 1~8 d, 平均(3.29 ± 1.04)d。两组一般资料比较差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: (1) 患儿经血清学、病原学检查均确诊为小儿手足口病^[4]。(2) 研究前为患儿家属介绍目的与意义, 在知情并了解的基础上征得患儿家属同意, 在知情同意书签字, 医学伦理委员会查阅申请及相关项目表示认可, 并予以支持; (3) 患儿手、足、口位置可见疱疹、皮疹; (4) 患儿临床资料齐全。排除标准: (1) 重要脏器受损; (2) 合并先天性疾病; (3) 合并严重细菌感染; (4) 存在皮肤破溃; (5) 配合度差或未能坚持到研究结束; (6) 对研究药物存在过敏史或不耐受; (7) 存在免疫系统疾病或凝血障碍; (8) 近期接受过激素药物治疗。

△ 通信作者, E-mail: 2073557137@qq.com。