

于试验 1 组、对照组,且试验 1 组腹痛、腹胀程度轻于对照组,说明剖宫产术后产妇采用辨体施护联合揞针治疗更加有利于减轻腹痛及腹胀。分析原因在于辨体施护根据产妇体质循经取穴,可促使机体气血运行,濡养肠道,且可调理脾胃,从而加速肠道气体排出,同时联合揞针治疗,可进一步增强肠功能,促使肠道蠕动,从而缓解腹痛、腹胀。

综上所述,剖宫产术后产妇采用辨体施护联合揞针治疗有利于肠功能恢复,减轻腹痛程度,缓解腹胀。

参考文献

[1] 景晨萌,李小葵,席晶晶,等.择期剖宫产术后模拟进食对胃肠功能的影响[J].北京医学,2021,43(7):616-618.

[2] 穆丽,高辉,赵麦良,等.经皮穴位电刺激对剖宫产术后胃肠道功能恢复的影响[J].中国针灸,2019,39(3):259-262.

[3] 缪长凤,李伟莉.电针促进剖宫产术后胃肠功能恢复临床观察[J].安徽中医药大学学报,2019,38(3):44-46.

[4] 朱华英,王轶.中医辨证施护联合中药敷贴干预对骨质疏松性椎体压缩性骨折患者生活质量的影响分析[J].贵州医药,2022,46(3):502-503.

[5] 刘宁宁,王连主,蒋强,等.揞针刺刺激双侧足三里穴,内关穴对腹腔镜下胆囊切除术后胃肠功能的影响[J].临床麻醉学杂志,2021,37(5):494-497.

[6] 中华中医药学会.中医体质分类与判定[M].北京:中国

中医药出版社,2009:7.

[7] 孙兵,车晓明.视觉模拟评分法(VAS)[J].中华神经外科杂志,2012,28(6):645.

[8] 王雅娟,张晋,李辉,等.低频电刺激对剖宫产术后泌乳及胃肠功能恢复的影响[J].中国临床医生杂志,2022,50(1):98-101.

[9] 邓小花.中医综合护理模式在剖宫产术后的应用及对产妇胃肠功能的影响[J].中国医学创新,2021,18(36):116-119.

[10] 陆丽娟,唐悦.中药穴位贴敷对剖宫产术后胃肠功能恢复的影响[J].结直肠肛门外科,2021,27(S2):28-29.

[11] 程艳,余幼芬,蒋红娜,等.厚朴穴位敷贴对剖宫产后胃肠功能恢复的效果评价[J].中国性科学,2020,29(2):117-120.

[12] 许冬霞.辨证施护在肺癌化疗患者中的应用[J].黑龙江中医药,2021,50(1):398-399.

[13] 柴建芳,齐鹏,孟令浩,等.揞针埋于不同穴位对腰硬联合麻醉下行剖宫产产妇不良反应的改善效果对比分析[J].临床和实验医学杂志,2021,20(6):670-673.

[14] 庞永涛.中药汤剂配合穴位按摩对剖宫产术后胃肠功能的影响[J].中医临床研究,2019,11(2):97-99.

[15] 费宗奇,陈德轩,姚天琦,等.揞针刺刺激胃,大肠,小肠下合穴对腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复的影响[J].北京中医药,2022,41(3):326-328.

(收稿日期:2023-05-10 修回日期:2023-10-12)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.22.032

针灸联合穴位按摩对高血压脑出血患者术后神经功能及认知功能的影响*

邓小渝,徐冬梅,刘 华,袁 建,刘海梅,邓茹月,樊 琼
江西省新余市人民医院疼痛康复科,江西新余 338000

摘 要:**目的** 探讨针灸联合穴位按摩对高血压脑出血患者术后神经功能及认知功能的影响。**方法** 将 2020 年 2 月至 2022 年 2 月该院收治的 108 例高血压脑出血患者采用随机区组法分为观察组和对照组,每组 54 例;对照组接受常规护理,观察组于对照组基础上加用针灸联合穴位按摩。两组患者均持续干预 2 个月,比较两组干预前、干预 2 个月后的神经功能指标[神经元特异性烯醇化酶(NSE)、髓鞘碱性蛋白(MBP)及神经胶质纤维酸性蛋白(GFAP)]、认知功能评分[简易精神状态量表(MMSE)]。**结果** 干预前,两组 NSE、MBP 及 GFAP 水平、MMSE 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预 2 个月后,两组 NSE、MBP 及 GFAP 水平明显低于干预前,MMSE 评分明显高于干预前,且观察组以上各项指标变化更明显,与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 针灸联合穴位按摩在高血压脑出血患者术后神经功能及认知功能恢复方面发挥重要作用。

关键词: 针灸; 穴位按摩; 高血压脑出血; 认知功能; 神经元特异性烯醇化酶; 髓鞘碱性蛋白
中图法分类号: R493 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2023)22-3395-04

高血压脑出血是临床常见病,微创手术是治疗高血压脑出血的常用方式,可有效改善患者病情,协助患者安全度过急性期,拯救患者生命,但手术仅为补救性措施,患者术后仍会伴发神经功能和认知功能障碍

碍,术后生活质量普遍较差^[1]。穴位按摩是临床常用中医外治方式,通过按压患者指定穴位能够起到促进患处血液循环和神经细胞再生的作用^[2]。针灸也是中医传统外治方法,通过针灸刺激机体,可起到疏经

* 基金项目:江西省卫生健康委员会科技计划项目(202212234)。

通络、调和气血的作用,增加脑部血液供给,有助于患者病情恢复^[3]。两种中医外治方法均可在一定程度上改善患者临床症状,但单一使用均无法达到理想干预效果,联合使用或可进一步强化护理效果。鉴于此,本研究分析了针灸联合穴位按摩对高血压脑出血患者术后神经功能及认知功能的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 2 月至 2022 年 2 月医院收治的 108 例高血压脑出血患者作为研究对象。

(1) 纳入标准:符合《中国脑出血诊治指南(2019)》^[4]中高血压脑出血标准,且经过影像学检查确诊;符合手术指征,均接受手术治疗;均于本院建档,定期至本院复检;患者生命体征平稳。(2) 排除标准:存在脑瘤出血、颅内动脉瘤或静脉畸形;既往存在颅脑创伤史、手术史;术后存在严重并发症;合并慢性心力衰竭、冠心病等心血管疾病;因个人原因中途转院,未完成研究。采用区组随机法将患者分为观察组和对照组,每组 54 例。对照组中男 36 例,女 18 例;年龄 44~82 岁,平均(60.16±3.80)岁;高血压病程 1~11 年,平均(6.75±1.58)年;出血部位包括基底节区 15 例,丘脑 12 例,脑叶 27 例。观察组中男 28 例,女 26 例;年龄 45~78 岁,平均(61.27±3.95)岁;高血压病程 1~11 年,平均(6.70±3.50)年;出血部位包括基底节区 17 例,丘脑 16 例,脑叶 21 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。患者及家属均知情本研究,并签署知情同意书,本研究经本院医学伦理委员会批准。

1.2 干预方法 对照组接受常规干预,康复训练:卧床期间,引导患者接受关节被动训练,坐位平衡训练,在患者的承受限度内接受侧卧起坐、翻身训练,并于下床时进行功能训练指导,如慢走、日常活动等,康复训练过程中采取循序渐进模式,待患者适应坐位训练后,可尝试下床活动。并发症预防:高血压脑出血患者因术后需长期卧床,易引起消化道出血、压疮、肺部感染等并发症,医护人员需定期协助患者变换体位,且及时为患者更换床单、擦拭身体等。心理疏导:护理人员于术后可积极地与患者进行谈话,帮助患者明

确术后干预措施对康复的意义,并告知通过干预可有效优化患者的肢体活动能力,并邀请恢复较好的患者为患者讲解,增强患者自信心。观察组加用针灸联合穴位按摩,针灸:取足三里、三阴交、合谷、太冲、曲池及血海等穴位,手法为平补泻法,避免患肢的痉挛性抽动,进针后留置 30 min,每天 1 次。中医按摩:取印堂、神庭点揉按摩,选取风府、风池、太溪、三阴交、内关、太冲进行点拿按摩;后取三阴交、足三里进行点拨按摩。分别于早上 9:00 和下午 3:00 进行 2 次穴位按摩,根据患者耐受程度确定按摩力度,并对多关节进行按摩。每次 15~30 min。2 组患者均持续干预 2 个月。

1.3 观察指标 (1)神经功能指标:于干预前、干预 2 个月采集患者外周肘静脉血各 5~10 mL,所有标本在 1 600×g 离心力下离心 10 min,分离血清,去除溶血、脂血等不合格标本,放置于-80℃冰箱待测。采用瑞士罗氏公司生产的全自动电化学发光分析仪及配套检测试剂(型号:Cobase601,酶联免疫吸附试验)检测神经元特异性烯醇化酶(NSE)、髓鞘碱性蛋白(MBP)及神经胶质纤维酸性蛋白(GFAP)水平。(2) 认知功能评分:于干预前、干预 2 个月采用简易精神状态量表(MMSE)^[5]评估患者认知功能,包括语言复述和理解能力、即刻和短程回忆、注意力和定向力等方面,总分为 0~30 分,分数越高代表认知功能越好。

1.4 统计学处理 采用 SPSS25.0 统计软件进行数据处理及统计分析。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组神经功能指标比较 干预前,两组 NSE、MBP 及 GFAP 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预 2 个月后,两组 NSE、MBP 及 GFAP 水平明显低于干预前,且观察组各项指标水平变化更明显,观察组明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组 NSE、MBP 及 GFAP 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	NSE(ng/L)		MBP(μg/L)		GFAP(ng/L)	
		干预前	干预 2 个月后	干预前	干预 2 个月后	干预前	干预 2 个月后
观察组	54	24.10±2.31	7.59±1.29*	6.29±0.57	1.57±0.35*	22.26±2.52	8.67±1.48*
对照组	54	23.57±2.26	8.57±1.41*	6.31±0.62	2.58±0.40*	22.30±2.65	12.38±1.29*
<i>t</i>		0.205	-3.768	-0.175	-13.964	-0.080	-13.886
<i>P</i>		0.231	<0.001	0.862	<0.001	0.936	<0.001

注:与同组干预前比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组认知功能评分比较 干预前,两组 MMSE 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预 2 个

月后,两组 MMSE 评分较干预前明显升高,且观察组升高更明显,观察组明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 MMSE 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)					
组别	<i>n</i>	干预前	干预 2 个月后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	54	16.05±1.54	26.57±3.12	22.218	<0.001
对照组	54	15.99±1.61	23.28±3.01	15.694	<0.001
<i>t</i>		0.198	5.577		
<i>P</i>		0.844	<0.001		

3 讨 论

高血压脑出血好发于中老年高血压患者,患者长期血压紊乱易引发脑的小动脉病变,当受到外力影响时,可进一步导致小动脉破裂,引发脑出血及脑梗死,目前主要通过颅内血肿清除术进行治疗,疗效肯定,但患者术后普遍存在神经和认知功能障碍。因此,对高血压脑出血患者术后采取合理的护理干预措施十分必要。

中医认为高血压脑出血属于“中风”范畴,是因外邪入体、正气匮乏引发,病机又可细分为脑络瘀阻、气虚血瘀,故而临床干预需以活血行气、补气祛瘀为重心^[6]。针灸是中医特色外治法,具有疏通经络、调畅气机的功效,在脑出血后遗症患者治疗中具有较为广泛的应用^[7]。而穴位按摩则经头功点穴,充分发挥了醒脑开窍与安神镇静的作用,有利于机体内部的良性调节,二者联合应用或可进一步促进高血压脑出血患者恢复^[8]。

NSE 主要分布于神经组织和神经内分泌组织中,而 MBP 则是参与中枢神经系统的神经髓鞘化过程的重要蛋白质。GFAP 分布于中枢神经系统,是参与细胞骨架的星形胶质细胞。本研究结果显示,两组干预 2 个月后,NSE、MBP 及 GFAP 水平较干预前降低,且观察组各项指标水平变化更明显,提示针灸联合穴位按摩可有效改善高血压脑出血患者术后神经功能,分析原因可能在于针灸通过针刺患者足三里穴、三阴交穴可和中补气、温中散寒,合谷穴、太冲穴可通调头面之经络,血海穴可调和气血,疏经通络,可达到调理脏腑气血阴阳、疏通经络及调畅气机的治疗目的^[9]。而穴位按摩通过刺激风府穴、风池穴、太溪穴、三阴交穴及太冲穴等来发挥疏通经络、弱化血管痉挛的作用,以改善患者神经功能。并且,现代医学已证实,穴位按摩能够调节机体对脑出血患者的出血再吸收,避免脑内细胞过度损伤,从而缓解神经功能破损情况,有利于神经功能恢复^[10-11]。

此外,本研究结果还显示,两组干预 2 个月后,MMSE 评分较干预前升高,且观察组 MMSE 评分升高更明显,证实针灸联合穴位按摩在改善高血压脑出

血患者术后认知功能方面具有重要作用,分析原因可能在于现代医学指出,通过针灸的刺激能够有效提高大脑兴奋性神经递质活性,促进其大量增殖,使处于休眠状态下的神经突触发挥代偿作用,提高神经元活性,从而促进患者认知功能重建^[12-13]。而在此基础上联合穴位按摩可刺激患者机体潜能,兴奋神经中枢的活性,有利于神经元网络的修复,重塑神经功能,协助患者修复受损的认知功能^[14-15]。但本研究也存在一些不足之处,如纳入样本相对较少,得到研究结果可能存在偏倚,并且本研究对针灸与穴位按摩联合干预观察时间相对较短,其长期效果暂不明确,未来或可扩大对高血压脑出血患者样本选取,并延长观察时间,进一步明确针灸联合穴位按摩在改善高血压脑出血患者神经功能及认知功能中的应用价值。

综上所述,针灸联合穴位按摩可有效改善高血压脑出血患者术后的神经功能及认知功能,临床可结合患者实际情况,优先进行针灸联合穴位按摩干预,以促进患者恢复。

参考文献

[1] 张冰,田昵军. 高血压脑出血手术前血肿形态对微创置管引流术血肿清除率的影响[J]. 贵州医药,2022,46(1):71-72.

[2] 王伟伟,邢勇胜. 中医穴位疗法联合 Bobath 技术对高血压脑出血病人术后康复的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(3):498-500.

[3] 马婷婷,马博雅,陈建红,等. 针灸联合奥拉西坦治疗脑出血的疗效及对患者神经功能和炎性因子的影响[J]. 现代生物医学进展,2020,20(24):4683-4686.

[4] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. 中华神经科杂志,2019,52(12):994-1005.

[5] JIA X,WANG Z,HUANG F,et al. A comparison of the Mini-Mental State Examination (MMSE) with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) for mild cognitive impairment screening in Chinese middle-aged and older population:a cross-sectional study[J]. BMC Psychiatry, 2021,21(1):485.

[6] 杨宝义,叶向梅,王建伟,等.“百会”透“太阳”穴治疗高血压性脑出血微创清除术后患者的临床研究[J]. 中医药学报,2021,49(7):57-60.

[7] 张红磊,李占彪,张莉. 针灸联合软通道引流术对高血压脑出血患者神经功能与血清炎性因子的影响[J]. 中国医学装备,2020,17(4):106-110.

[8] 李霞,折盼,马晓媛. 抗阻力锻炼结合穴位按摩对高血压脑出血患者生理指标的影响[J]. 贵州医药,2020,44(3):384-386.

[9] 覃健,黄学言,杨绍兴,等. 松龄血脉康胶囊联合针灸治疗肝阳上亢型高血压性急性脑出血的临床效果[J]. 武警后勤学院学报(医学版),2021,30(6):96-98.

[10] 王毅,刘俊雄.破瘀醒神汤联合吴茱萸穴位贴敷对脑出血恢复期患者神经功能,中医症候积分及 ADL 评分的影响[J].四川中医,2022,40(7):113-116.

[11] 何平,刘萍.中医按摩与针灸干预对高血压脑出血患者术后神经功能及生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(29):3294-3296.

[12] 黎强.针灸联合中药治疗脑出血后下肢深静脉血栓患者的疗效观察[J].血栓与止血学,2022,28(1):28-29.

[13] 潘亮,田守森,田雯艳.银杏达莫联合针灸通过 Nrf2/HO-1 通路促进大鼠创伤性脑出血后神经功能恢复的作用机制研究[J].解放军医药杂志,2020,32(7):16-21.

[14] 李蕊,王水雨.穴位按摩联合经颅直流电刺激对自发性脑出血患者认知功能及生命质量的影响[J].中国实用护理杂志,2021,37(13):939.

[15] 李会霞,张鹏.中医按摩对高血压脑出血患者术后神经功能及生活质量的影响[J].新中医,2020,52(51):129-132.

(收稿日期:2023-02-10 修回日期:2023-09-25)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.22.033

健脾益气补血法对青少年高度近视防治的临床研究^{*}

周荣林¹,薛静静²

1. 江西省景德镇市中医医院眼科,江西景德镇 333000;2. 江西中医药大学附属医院眼科,江西南昌 330006

摘要:**目的** 探讨健脾益气补血法对青少年高度近视(HM)防治的临床效果。**方法** 选取 2022 年 1 月至 2022 年 12 月江西省景德镇市中医医院收治的 60 例青少年 HM 患者作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与观察组,各 30 例。对照组采用单纯中药安慰剂治疗,观察组采用健脾益气补血法(口服单纯中药颗粒)治疗,20 d 为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。比较两组临床疗效、中医证候积分、裸眼视力、眼轴长度、屈光度和不良反应。**结果** 观察组临床总有效率(93.33%)高于对照组(63.33%),差异有统计学意义($\chi^2=7.954$, $P=0.005$)。治疗前,两组各项中医证候积分、裸眼视力、眼轴长度和屈光度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,观察组裸眼视力高于对照组,眼轴长度短于对照组,各项中医证候积分、屈光度低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组未见任何不良反应,观察组仅出现 2 例恶心、呕吐(6.67%),两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.517$, $P=0.472$)。**结论** 健脾益气补血法对青少年 HM 具有较好的防治效果,可改善视力、屈光度和眼轴长度。

关键词:青少年; 高度近视; 健脾益气补血法; 裸眼视力; 眼轴长度; 屈光度; 不良反应
中图法分类号:R276.7 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2023)22-3398-04

高度近视(HM)近年来呈高发、低龄趋势,流行病学调查显示,青少年 HM 患病率为 6.69%~38.40%,因此防治青少年 HM 尤为重要和紧迫^[1]。青少年阶段是 HM 治疗的关键时期,若治疗得当,可避免视网膜、脉络膜萎缩,保护青少年视网膜、脉络膜功能,提高青少年视觉质量^[2]。若治疗不当,眼轴和屈光度将快速增长,导致眼球后段扩张及眼底进行性退行性改变,引起脉络膜出血、视网膜下新生血管形成等病变,甚至存在失明的风险,降低患者生活质量,增加家庭和社会负担。西医针对青少年 HM 主要以手术和佩戴眼镜为主,但都无法阻断眼轴和屈光度的增长及视网膜循环的改变。从现代中医学角度分析,青少年 HM 患者的眼底改变相对较轻,且以屈光度改变为主,有倦怠乏力、偏食消瘦等症状,舌淡红,脉濡弱或细弱,故主要以脾虚气弱型为主,治疗应以健脾益气为基本原则^[3]。为此,本研究运用健脾益气补血法防治青少年 HM,以期取得良好的治疗效果,现总

结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 1 月至 2022 年 12 月江西省景德镇市中医医院(以下简称本院)收治的 60 例 HM 青少年患者作为研究对象。纳入标准:年龄 12~18 岁;符合西医和中医诊断标准;瞳孔自然大小,眼压在正常范围内;角膜区无病灶,且无特殊形态病变;临床情况稳定,依从性好,能坚持配合治疗。排除标准:眼底黄斑有明显病变;合并青光眼、角膜炎、葡萄膜炎等其他眼部疾病;合并精神疾病;伴眼睑炎、结膜炎等眼部疾病;合并心、脑、肝、肾和造血系统严重原发性疾病;月经周期明显不规则,有严重痛经;过敏体质或对中药过敏;视网膜脱离、视网膜劈裂、眼底有富克斯(Fuchs)斑。西医诊断标准^[4]:年龄 12~18 岁;眼球前后轴>26.5 mm 的屈光不正;屈光度为-6D 及以上;眼底检查显示脉络膜毛细血管层萎缩,视盘颞侧出现脉络膜萎缩弧,黄斑区色素上皮层受损,甚至出

^{*} 基金项目:江西省中医药管理局科技计划项目(2021B329)。