

指标明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明实施常规护理后,患者术前指标未能达到手术适应证,导致手术延期,不但降低了整体工作效率,对患者的病情及术后康复效果也均产生了极大影响^[13];而采用巡回无缝隙护理模式可有效避免此类问题的发生,减少不必要的指标变化及术中并发症的发生,有效降低了劳动强度。护理人员更加重视预见性护理准备,能够更好地合医师完成整台手术,使手术取得预期效果,在较大程度上满足了患者的期望值^[14-15]。

综上所述,实施巡回无缝隙护理模式可明显缓解患者紧张、焦虑等不良情绪,避免因各项指标波动较大而导致手术延期或术中出现其他并发症等,有效提高了整体护理质量,作用效果显著,患者较为满意。

参考文献

[1] 徐匀,潘名娥.全程无缝隙护理模式在手术室优质护理中的应用[J].中华现代护理杂志,2015,21(15):1839.

[2] 唐葶婷.优质护理在手术室工作中的应用[J].中国实用护理杂志,2013,29(29):72.

[3] 刘锐,石秀杰,宋艳,等.舒适护理在手术室护理工作中应用效果观察[J].护士进修杂志,2013,28(21):2000-2001.

[4] 冯缘.手术室全期细节护理对手术室患者护理质量及满意度的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(16):85-88.

[5] 陆频.巡回无缝隙护理模式在减轻手术室患者紧张度中的应用[J].齐鲁护理杂志,2015,21(14):67-68.

[6] 张燕飞,朱秀美.急诊手术患者手术室心理护理观察分析[J].河北医科大学学报,2013,34(1):101.

• 临床探讨 •

[7] 阎辉,闫玲,王运平,等.优质护理服务理念在手术室护理管理中的应用[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2013,8(5):487.

[8] 倪艳乐,金桂芳,陈旭权.临床护理路径在手术室整体护理中的应用[J].解放军护理杂志,2014,31(11):42-44.

[9] 欧洁梅,梁丹,欧海玲.手术室护理中实施以舒适为中心的护理方案对病人负性情绪的影响[J].全科护理,2015,13(2):110.

[10] Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, et al. Patient satisfaction as an outcome of individualized nursing care [J]. Scand J Caring Sci, 2012, 26(2): 372-380.

[11] 刘莉,李欣,胡凤蕴.优质护理服务对老年股骨颈骨折患者负面情绪及护理满意度的影响[J].中华现代护理杂志,2015,21(25):3054-3055.

[12] 邹小芬,邹小琼.优质无缝隙护理对急诊内科患者不良情绪及病情康复的影响[J].实用临床医药杂志,2013,17(22):15-17.

[13] 钟雅,郑碧汝,颜小华.手术室优质护理对手术患者心理和满意度的影响[J].海南医学,2015,26(14):2183-2184.

[14] 李韡.舒适护理对手术室患者心理状态及护理满意度的影响[J].西部中医药,2014,27(3):130.

[15] 李晶,王旭斐,周晓华.巡回无缝隙护理模式减少手术室患者紧张度的应用效果评价[J].中国实用护理杂志,2014,30(4):37-38.

(收稿日期:2016-08-17 修回日期:2016-12-09)

“四冲穴”阴中阴阳刺法联合益肾化痰汤 治疗脑卒中后失语的疗效分析^{*}

侯宝国¹,张志兰²,孙金华¹,杨海彬²,杨丽美²

(1. 河北省唐山市玉田县医院 064100; 2. 河北省唐山市玉田县中医医院 064100)

摘要:目的 分析“四冲穴”阴中阴阳刺法联合自拟中药益肾化痰汤治疗脑卒中后失语症的临床疗效和不良反应,为临床治疗提高参考。**方法** 选取玉田县中医医院内科住院脑卒中后失语症患者 100 例为研究对象,随机分为试验组和对照组各 50 例,两组患者采用常规治疗和护理,对照组实施 Schuell 语言训练,观察组针刺“四冲穴”阴中阴阳刺法,选择关冲穴、太冲穴、神门穴以及中冲穴,自拟中药益肾化痰汤进行治疗,分析两组患者治疗效果和不良反应发生情况。**结果** 试验组基本痊愈率(18.0%)和有效率(92.0%)均显著高于对照组的基本痊愈率(4.0%)和有效率(62.0%),差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者汉语标准失语症检查(CRRCAE)评分均得到改善,差异有统计学意义($P<0.05$),试验组患者 CRRCAE 各分项评分均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者在治疗中均未出现无明显不良反应情况。**结论** 中草药是以益肾化痰为主,针刺以通络为主,以益肾化痰通络之法治疗脑卒中失语,能取得更好的临床疗效,无明显不良反应,具有使用价值。

关键词:缺血性脑卒中; 益肾化痰汤; 针刺; 失语症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.06.032 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)06-0828-03

缺血性脑卒中是指脑供血动脉狭窄引起的脑组织坏死,临床致残率和致死率很高,生存患者多存在不同程度失语症,发病率在 21%~38%,严重影响患者生活质量^[1-3]。当前在脑卒中后失语治疗中,尚无特效治疗方法。有研究指出,针刺治疗能够显著改善患者大脑网络系统,改善患者语言功能。本研究针对脑卒中后失语症患者采取“四冲穴”阴中阴阳刺法联合自

拟中药益肾化痰汤治疗,取得很好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择唐山市玉田县中医医院内科 2012 年 5 月至 2013 年 9 月住院脑卒中患者 100 例为研究对象,发病在 3 个月以上,生命体征平稳,男 62 例,女 38 例,年龄 20~80 岁。按照随机数字表法,随机分为两组,每组各 50 例。试验组男

^{*} 基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目(2016261)。

33 例,女 17 例,年龄(62.5±12.6)岁;对照组男 29 例,女 21 例,年龄(65.3±12.7)岁。两组在性别、年龄、文化程度方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。研究经医院伦理委员会审批,患者均知情同意,自愿签署知情同意书。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:(1)均符合 1995 年国内脑卒中诊断标准;(2)经头部 CT 或 MRI 检查确诊存在不同程度失语症,或者伴偏瘫等;(3)患者为首次出现脑卒中,而且存在明显的语言功能障碍,失语症诊断采用汉语标准失语症检查法(CRRCAE)进行评定,均证实患有失语症;(4)患者当前神志清晰,脑卒中发病前语言正常。排除标准:(1)病情危重,预后不佳患者;(2)心、肝、肾衰竭患者;(3)意识障碍或精神疾病患者;(4)智能障碍患者。

1.3 方法 两组患者均接受神经内科的常规药物治疗和常规护理,包括生活护理、心理护理、常规语言训练等。对照组单纯采用 Schuell 语言训练,每次语言训练均为 30 min,3 次/周,共 4 周,共 12 次。试验组采用益肾化痰通络法,共 4 周,益肾化痰采用地黄饮子联合升降散(生地 10 g、巴戟天 10 g、山萸肉 15 g、石斛 15 g、肉苁蓉 30 g、附子 5 g、五味子 10 g、肉桂 5 g、茯苓 15 g、麦冬 15 g、石菖蒲 15 g、远志 10 g、蝉蜕 15 g、熟地黄 10 g、白僵蚕 15 g、片姜黄 18 g)。水煎至 200 mL,分 2 次口服。阴中阴阳刺法:选择关冲穴、太冲穴、神门穴以及中冲穴,用左手拇指穴位推按压,促进血液凝固,采用酒精消毒后,将三棱针快速刺入,用力挤压,出血少许,棉球按压真空。常规对太冲穴和神门穴消毒,采用毫针刺入,进针后,在 0.8 寸紧提慢按 6 次,退到浅层继续紧提慢按,不留针。每天针刺 1 次治疗。

1.4 观察指标 观察患者语言功能变化,采用 CRRCAE 评分标准,包括表达、命名、朗读、复述 4 个项目,得分越高,患者语言功能障碍越明显,同时将评分提高程度分为 4 个等级:基本痊愈、显著进步、进步、无进步 4 个层次。有效=基本痊愈+显著进步+进步。记录两组患者治疗中不良反应发生情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,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 两组治疗疗效分析 试验组基本痊愈率(18.0%)和有效率(92.0%)均显著高于对照组的基本痊愈率(4.0%)和有效率(62.0%),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗疗效分析[n(%)]

组别	<i>n</i>	基本痊愈	显著进步	进步	无进步	有效率
试验组	50	9(18.0)	26(52.0)	11(22.0)	4(8.0)	46(92.0)
对照组	50	2(4.0)	13(26.0)	16(32.0)	19(38.0)	31(62.0)
<i>P</i>		<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

表 2 治疗前后两组 CRRCAE 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	表达	命名	朗读	复述
试验组	50	治疗前	24.15±2.39	28.94±4.28	27.85±4.65	29.63±5.62
		治疗后	42.18±6.23	54.77±6.18	46.52±4.59	74.86±6.15
对照组	50	治疗前	24.28±3.05	29.51±5.16	28.05±5.43	28.11±3.52
		治疗后	29.96±3.78	33.62±4.28	31.15±5.26	39.54±5.02

2.2 治疗前后两组 CRRCAE 评分比较 经治疗,两组患者 CRRCAE 评分均得到改善($P<0.05$),试验组患者 CRRCAE

各分项评分均显著低于对照组($P<0.05$)。见表 2。
2.3 两组不良反应发生情况比较 两组患者在治疗中均未出现明显不良反应情况。

3 讨 论

脑卒中在中医中属于中风范畴,在《皇帝内经》中,脑卒中归属到热病范畴,随着年龄的增长,发病风险逐渐增大,脑卒中幸存患者多存在后遗症,失语症是常见并发症之一,严重影响患者生活质量,研究采用何种方法治疗对提高治疗效果有重要现实意义。

以往研究表明,脑卒中后失语症患者很快出现局部语言网络激活模式,早期治疗可能促进病灶的修补^[4],针刺头部穴位,能够改善颅内血液循环。现代医学理论研究认为,针刺治疗有助于调节血液流变学、促进神经电生理的恢复^[5]。有学者详细介绍 24 种复式手法针刺治疗效果,其中阴中阴阳方法来自金针赋。在本研究中主要分析针刺“四冲穴”配合自拟中药益肾化痰汤治疗缺血性脑卒中后失语症效果,“四冲穴”是经典和现代的结晶,针刺手法采取阴中阴阳针刺方法,遵循先泻后补的原则^[6],采用九六补泻,慢按紧提,在同一穴位中,先透天凉,然后天部烧山火,比较适合实中虚证患者。有研究中认为阴中阴阳法也可以成为九六补泻法,认为可根据患者具体情况灵活使用。本研究中,脑卒中属于神经系统疾病,选择 4 个腧穴,中冲穴和兑冲穴取出心经,太冲穴则属于足阙阴肝原穴,关冲穴则是手少阳井穴,具有调理三焦气机作用。针刺关冲穴和中冲穴能够达到清热、醒脑、利口舌的效果,同时针刺关冲穴也能够达到调理三焦气机效果,针刺中冲穴临床使用较多,多用来治疗舌强肿痛,太冲穴则能够调理气血。针刺神门穴能够达到安神、清热、定志的作用。

脑卒中发病与风、火、痰等因素有关^[7],这点在现代医学得到证实,患者多表现出本虚标实、以虚为本,以肝肾阴虚为主要表现证型。本研究中,试验组在常规治疗基础上,联合中药益肾祛痰汤治疗。中风失语现代研究观点认为,失语症与风痰闭阻、肝肾两虚等有关^[8]。化痰药方多来自二陈汤,功能以化痰为主,在本组研究中采用黄饮子联合升降散;生地黄主治活血化瘀,并能够清除热毒;巴戟天具有除湿效果;山萸肉达到补肝肾、涩精气效果;白僵蚕具有祛风解痉、化痰散结过程,是治疗脑卒中失语症常见中药之一;片姜黄具有活血行气效果;蝉蜕是疏散风热、利咽开音常见药物;茯苓具有健脾效果;肉苁蓉补肾阳、益精血;石斛用于滋阴清热、病后虚热;石菖蒲具有开窍豁痰、祛湿、活血效果;肉桂补元阳、暖脾胃、通经络;远志主治祛痰、安神益智。诸药合用,共同起到益气化痰作用。试验组基本痊愈率(18.0%)和有效率(92.0%)均显著高于对照组的基本痊愈率(4.0%)和有效率(62.0%),差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者 CRRCAE 评分均得到改善($P<0.05$),试验组患者 CRRCAE 各分项评分均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者在治疗中均未出现无明显不良反应情况。

综上所述,中草药是以益肾化痰为主,针刺以通络为主,治以益肾化痰通络之法治疗脑卒中失语,能取得更好的临床疗效,无明显不良反应,具有使用价值。

参考文献

[1] 毕东敏,刘兢,宋敬华,等.针刺“四冲穴”配合运动想象疗法对缺血性脑卒中后失语症康复的影响[J].针灸临床杂志,2015,31(10):11-13.
[2] 黎小慧,陈俊琦,胡亚南,等.针药结合与西药对脑卒中后

- 抑郁症患者抑郁状态改善情况比较的荟萃分析[J]. 陕西中医, 2012, 33(9): 1263-1267.
- [3] 王传英, 李庆波, 李丽, 等. 悬吊运动疗法联合蜡疗治疗脑卒中后肩-手综合征疗效观察[J]. 山东中医杂志, 2014, 33(10): 834-836.
- [4] 周叶华, 宋敬华, 李秀霞, 等. “四冲穴”阴中隐阳刺法联合 Schuell 语言训练对缺血性脑卒中后失语的疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2015, 8(7): 26-28.
- [5] 朱原, 傅立新, 李胜, 等. 脑卒中后假性球麻痹致吞咽障碍针灸治疗的系统评价[J]. 山东中医杂志, 2012, 5(10): 741-745.
- [6] 胡亚妮, 俞翔. 复言汤联合多奈哌齐治疗脑卒中后失语临床观察[J]. 陕西中医, 2015, 36(8): 977-978.
- [7] 闫金辉, 吴晓华, 杨桂染, 等. 通窍活络化痰逐瘀汤治疗缺血性脑卒中及其机制研究[J]. 山东中医杂志, 2015, 19(7): 501-503.
- [8] 孙晓峰, 刘兢, 李雪青. “四冲穴”阴中隐阳法治疗缺血性脑卒中后失语 36 例[J]. 陕西中医, 2015, 36(7): 917-918.
- (收稿日期: 2016-08-16 修回日期: 2016-11-02)
- 临床探讨 •

血清 EB 病毒衣壳抗原 IgA 检测在鼻咽癌辅助诊断中的价值*

马钊恩¹, 刘晓清², 冀天星^{3△}, 张建国¹

(1. 广州医科大学附属第二医院耳鼻喉科, 广州 510260; 2. 广州医科大学金城检验学院, 广州 511436; 3. 广州医科大学附属第二医院检验科, 广州 510260)

摘要:目的 探讨血清 EB 病毒衣壳抗原 IgA(EB-VCA-IgA)对鼻咽癌的辅助诊断价值。方法 回顾性分析 500 例鼻咽部和颈部疾病患者的血清 EB-VCA-IgA 表达情况, 利用 χ^2 检验分析鼻咽癌组(鼻咽癌患者 168 例)、良性疾病组(鼻咽部良性病患者 234 例)和其他肿瘤组(咽喉部恶性肿瘤患者 98 例)血清 EB-VCA-IgA 阳性率的差异性, 并计算血清 EB-VCA-IgA 诊断鼻咽癌的敏感度、特异度、阳性预测值和阴性预测值。结果 鼻咽癌组 EB-VCA-IgA 的阳性率(55.36%)高于良性疾病组(4.70%)和其他肿瘤组(2.04%), 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 未分化型非角化性癌患者的 EB-VCA-IgA 阳性检出率(60.47%)明显高于分化型非角化性癌(40.00%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); EB-VCA-IgA 对鼻咽癌检出的敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值分别为 55.36%、96.08%、87.74%、80.96%。在以颈部肿物为主要临床症状的就诊患者中, EB-VCA-IgA 对鼻咽癌检出的敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值分别为 59.26%、93.10%、88.89%、71.05%; 经电子内镜检查见鼻咽肿物患者中, EB-VCA-IgA 对鼻咽癌的检出敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值分别为 55.36%、92.85%、93.94%、50.98%。结论 在鼻咽肿物或颈部肿物的患者中, EB-VCA-IgA 对鼻咽癌的诊断有较高的阳性预测值; 然而, EB-VCA-IgA 对鼻咽癌的检出敏感度和阴性预测值仍较低。

关键词:鼻咽癌; EB 病毒衣壳抗原 IgA; 未分化型非角化性癌

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.06.033 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)06-0830-02

鼻咽癌是我国南方地区最常见的恶性肿瘤之一, 在广东省发病率极高, 素有“广东癌”之称。研究发现, 鼻咽癌的发病主要与 EB 病毒感染、高盐饮食、遗传因素等有关。在鼻咽癌患者体内, EB 病毒常呈裂解感染状态, 并刺激机体产生一系列相关抗体。其中 EB 病毒衣壳抗原 IgA(EB-VCA-IgA)是临床上用于鼻咽癌血清学辅助诊断和高危人群早期筛查的最常用指标。本研究旨在探讨血清 EB-VCA-IgA 检测在鼻咽部和颈部肿块患者鼻咽癌辅助诊断的临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 3 月至 2015 年 9 月广州医科大学附属第二医院耳鼻喉科收治的初诊鼻咽癌患者(鼻咽癌组)168 例, 其中未分化型非角化性癌 127 例, 分化型非角化性癌 40 例, 未分化型角化性癌 1 例。另选择同期收治的鼻咽部良性疾病患者(良性疾病组)234 例和咽喉部恶性肿瘤患者(其他肿瘤组)98 例; 良性疾病组和其他肿瘤组统称非鼻咽癌组。所有 500 例患者中, 以颈部肿物为主要临床症状的患者 112 例, 经电子内镜检查见鼻咽部肿物患者 252 例。本研究所有患者均经病理组织学确诊。

1.2 仪器与试剂 本研究所需仪器和试剂分别为 EXL-800

型全自动酶标仪(华鑫科技有限公司)和 EB-VCA-IgA 检测试剂盒(北京贝尔生物工程有限公司)。

1.3 方法

1.3.1 标本采集 采集清晨空腹静脉血 3 mL 于无添加剂的试管中, 室温静置 1 h 待血凝固后 2 970 r/min 离心 5 min, 取上层血清待测。

1.3.2 检测方法 将待检血清做 1:10 稀释, 取 100 μ L 加入 96 微孔反应板孔内, 37 $^{\circ}$ C 温箱中反应 30 min; 洗板 5 次后加酶标工作液, 37 $^{\circ}$ C 孵箱中孵育 30 min。洗板 5 次后加入底物 A、B, 37 $^{\circ}$ C 温箱中孵育 15 min。加入终止液后利用双波长 450/630 nm 检测, 测定各孔吸光度(A)值。临界值 = 0.10 + 阴性对照平均值(当阴性平均 A 值 < 0.05 时, 按 0.05 计算; 当阴性平均 A 值 ≥ 0.05 时按实际值计算)。阴性结果: 标本 A 值 $<$ 临界值; 阳性结果: 标本 A 值 $\geq$ 临界值。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行统计分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料以率或例数表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。评价指标包括敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值。

* 基金项目: 广东省广州市医药卫生科技项目(2014A010074)。

Δ 通信作者, E-mail: jitianxing7021@163.com。