

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.12.029

针刺法联合推拿治疗急性乳腺炎患者的临床疗效 及其对 C 反应蛋白的影响

王燕玲, 董 菲, 王雅怡[△]

陕西省西安市周至县人民医院乳腺科, 陕西西安 710400

摘 要:目的 观察针刺法联合推拿治疗急性乳腺炎患者的临床疗效及其对 C 反应蛋白(CRP)的影响。
方法 回顾性选取 2018 年 2 月至 2021 年 2 月该院乳腺科收治的急性乳腺炎患者 100 例,依据治疗方法分为针刺法联合推拿治疗组(研究组)、清玉宁乳腺康医用冷敷贴外敷治疗组(对照组)两组,各 50 例,统计分析两组患者的症状体征积分、实验室指标[中性粒细胞计数(NEUT)、白细胞计数(WBC)、CRP]、临床疗效、复发情况。
结果 两组患者治疗后的乳房肿块、乳房胀痛、乳汁分泌积分均低于治疗前($P < 0.05$);治疗后,研究组患者的乳房肿块、乳房胀痛、乳汁分泌积分均低于对照组($P < 0.05$)。两组患者治疗后的 WBC、NEUT、CRP 水平均低于治疗前($P < 0.05$);治疗后,研究组患者的 WBC、NEUT、CRP 水平均低于对照组($P < 0.05$)。研究组患者治疗的总有效率为 98.00%(49/50),高于对照组的 84.00%(42/50);研究组患者的复发率为 8.00%(4/50),低于对照组的 20.00%(10/50),差异有统计学意义($P < 0.05$)。
结论 与清玉宁乳腺康医用冷敷贴外敷治疗相比,针刺法联合推拿治疗急性乳腺炎患者临床疗效显著,更能有效降低患者血清 CRP 水平。

关键词:急性乳腺炎; 针刺法; 推拿; 症状体征积分; 临床疗效; C 反应蛋白

中图分类号:R271.44

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)12-1693-03

哺乳期妇女是急性乳腺炎的高发人群,特别是初产妇,产后 1 个月内乳汁分泌在泌乳素的作用下增加,这时如果产妇采取错误的哺乳姿势,钝性挤压撞击乳房,乳头欠清洁或哺乳过程中婴儿将乳头吮破,细菌就会于破裂的乳头内繁殖并向乳腺管蔓延,促进周围组织水肿,使产妇乳汁分泌不通畅,给其带来巨大的痛苦^[1]。本研究观察了针刺法联合推拿治疗在急性乳腺炎患者中的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2018 年 2 月至 2021 年 2 月乳腺科收治的急性乳腺炎患者 100 例,依据治疗方法分为两组。纳入标准:(1)均有乳房肿胀、疼痛、硬块等临床表现;(2)均符合急性乳腺炎的诊断标准^[2]。排除标准:(1)乳腺化脓;(2)乳腺增生;(3)晕针。研究组 50 例,年龄 23~36 岁,平均(29.63±4.62)岁;发病至就诊时间:3~7 d 36 例(72.00%),8~10 d 14 例(28.00%);肿块最大径:0.2~<1.0 cm 31 例(62.00%),1.0~2.2 cm 19 例(38.00%);发病部位:单乳 41 例(82.00%),双乳 9 例(18.00%);初次发病 40 例(80.00%),再次或数次发病 10 例(20.00%);初产妇 43 例(86.00%),经产妇 7 例(14.00%)。对照组 50 例,年龄 24~37 岁,平均(30.52±5.13)岁;发病至就诊时间:3~7 d 35 例(70.00%),8~10 d 15 例(30.00%);肿块最大径:0.2~<1.0 cm 30 例(60.00%),1.0~2.2 cm 20 例(40.00%);发病部位:单乳 40 例(80.00%),双乳 10 例(20.00%);初次发病 41 例(82.00%),再次或数次发病 9 例(18.00%);初产妇 42 例(84.00%),经产妇 8 例(16.00%)。两

组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 在患者患处外敷清玉宁乳腺康医用冷敷贴,每天 1 次,12~24 h 更换,7~10 d 为 1 个疗程,使用 1~2 个疗程。

1.2.2 研究组 (1)针刺法。将主穴肩井穴、乳根穴、少泽穴、膻中穴、期门穴、足临泣穴、配穴内庭穴、太冲穴、曲池穴、内关穴、足三里穴等选取出来,常规消毒后用毫针向所选穴位刺入,针灸针规格:0.35 mm×4 mm。膻中平刺 0.3~0.5 寸,针尖向下沿皮刺,乳根穴向上刺入乳房底部,不可直刺、深刺;期门穴沿肋间隙向外斜刺,不能直刺、深刺;肩井穴不可向下深刺,以免伤及肺尖,针尖应向前或后下方刺入;其他腧穴常规针刺。每次选取 6~8 穴,得气后留针 30 min,每日 1 次,10 d 为 1 个疗程。(2)推拿。让患者取仰卧位,首先以轻柔的动作按揉乳房红肿处周围 2 min,逐渐向肿块中央移动并按揉,然后以轻柔的动作梳理按压,方向为从乳房四周向乳头,以较慢的速度运用抹推法将淤积的乳汁挤出,5 min 左右完成。如果患者乳头皲裂,则督促患者在局部涂抹自制鸡子黄油,其制作方法为将 4~5 个鸡蛋煮熟,取出蛋黄,放于锅中,用小火熬炼,同时搅拌,将炼出的油脂取出,放置在碗中备用。每天 1 次,3 d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标 随访时间为 1 周。(1)症状体征积分。包括乳房肿块、乳房胀痛、乳汁分泌 3 项,乳房肿块总分 0~12 分,无肿块、肿块最大径<2 cm、2~

[△] 通信作者, E-mail: 124265930@qq.com。

4 cm、>4 cm 分别评定为 0、4、8、12 分。乳房胀痛总分 0~9 分,无胀痛、轻度胀痛、严重胀痛、难以忍受的胀痛分别评定为 0、3、6、9 分。乳汁分泌总分 0~6 分,正常、乳汁缺乏通畅的分泌、不畅、淤积结块或点滴而下或无法分泌分别评定为 0、2、4、6 分^[3]。(2)实验室指标。包括中性粒细胞计数(NEUT)、白细胞计数(WBC)、C 反应蛋白(CRP)水平。运用显微镜检查法测定 NEUT、WBC,运用酶速率散射比浊法测定血清 CRP 水平。(3)复发情况。

1.4 疗效评定标准 痊愈:治疗后患者完全无乳房红肿热痛,无肿块,无全身症状,具有通畅的乳汁分泌;好转:治疗后患者局部无红肿热痛,无全身症状,具有通畅的乳汁分泌,乳房压痛轻微;未愈:治疗后患者局部有红肿热痛,有肿块,有全身症状,缺乏通畅的乳汁分泌^[4]。总有效率=(痊愈例数+好转例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 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 两组症状体征积分比较 两组患者治疗后的乳房肿块、乳房胀痛、乳汁分泌积分均低于治疗前($P < 0.05$);治疗后,研究组患者的乳房肿块、乳房胀痛、乳汁分泌积分均低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组症状体征积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	乳房肿块	乳房胀痛	乳汁分泌
研究组	50	治疗前	5.06 $\pm$ 1.07	4.60 $\pm$ 1.18	2.72 $\pm$ 0.43
		治疗后	0.40 $\pm$ 0.11 [#] *	0.60 $\pm$ 0.14 [#] *	0.26 $\pm$ 0.08 [#] *
对照组	50	治疗前	4.92 $\pm$ 1.01	4.70 $\pm$ 1.30	2.62 $\pm$ 0.46
		治疗后	2.11 $\pm$ 0.30 [#]	1.70 $\pm$ 0.03 [#]	1.06 $\pm$ 0.15 [#]

注:与同组治疗前比较,[#] $P < 0.05$;与对照组同时间点比较,^{*} $P < 0.05$ 。

2.2 两组实验室指标比较 两组患者治疗后的 WBC、NEUT、CRP 水平均低于治疗前($P < 0.05$);治疗后,研究组患者的 WBC、NEUT、CRP 水平均低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组实验室指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	WBC ($\times 10^9/L$)	NEUT ($\times 10^9/L$)	CRP(mg/L)
研究组	50	治疗前	11.62 $\pm$ 1.86	12.32 $\pm$ 2.62	23.10 $\pm$ 3.16
		治疗后	7.12 $\pm$ 1.35 [#] *	4.42 $\pm$ 1.23 [#] *	4.06 $\pm$ 1.47 [#] *
对照组	50	治疗前	12.04 $\pm$ 1.76	11.45 $\pm$ 1.86	21.87 $\pm$ 3.71
		治疗后	9.35 $\pm$ 1.65 [#]	7.15 $\pm$ 1.35 [#]	9.43 $\pm$ 1.25 [#]

注:与同组治疗前比较,[#] $P < 0.05$;与对照组同时间点比较,^{*} $P < 0.05$ 。

2.3 两组临床疗效比较 研究组患者治疗的总有效

率为 98.00%(49/50),高于对照组的 84.00%(42/50),差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	好转	未愈	总有效
研究组	50	42(84.00)	7(14.00)	1(2.00)	49(98.00)
对照组	50	21(42.00)	21(42.00)	8(16.00)	42(84.00)
χ^2					14.450
P					<0.05

2.4 两组复发情况比较 研究组的复发率为 8.00%(4/50),低于对照组的 20.00%(10/50),差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组复发情况比较[n(%)]

组别	n	复发	未复发
研究组	50	4(8.00)	46(92.00)
对照组	50	10(20.00)	40(80.00)
χ^2			13.340
P			<0.05

3 讨 论

中医认为,急性乳腺炎属于“乳痈”范畴,由内外因共同作用形成,因此早期通乳是临床治疗急性乳腺炎的首要原则^[5]。长期临床实践证实,在急性乳腺炎的治疗中,中医疗法效果显著,特别是外治法,具有操作更为便捷、可重复性更强等特点,一方面能够为产妇产后康复、母乳喂养提供有利条件,另一方面还能够为婴儿生长发育提供有利条件^[6]。现阶段,针刺法、推拿是临床常用的中医外治法,其疗程较短、疗效较好,能够阻止疾病的进一步发展,不良反应较小,且操作较为简便,易为患者所接受,因此可以作为首选疗法。

有学者发现,与清玉宁乳腺康医用冷敷贴外敷法相比,在早期治疗乳腺炎的过程中运用针刺法联合推拿,更能有效缓解患者的乳房疼痛,减小患者的乳房肿块,改善患者的乳汁分泌情况,同时在极大程度上降低患者的血清 CRP 水平^[7]。本研究结果表明,两组患者治疗后的乳房肿块、乳房胀痛、乳汁分泌积分均低于治疗前($P < 0.05$);治疗后,研究组患者的乳房肿块、乳房胀痛、乳汁分泌积分均低于对照组($P < 0.05$),和上述研究结果一致,说明在急性乳腺炎的治疗中,针刺法联合推拿治疗能够以较快的速度使患者的乳房红肿、疼痛、淤积肿块、泌乳不畅等局部症状得以改善。原因为针刺法能够促进 5-羟色胺含量的增加,为啡样物质释放提供有利条件,将镇痛通乳作用发挥出来。推拿能够增加毛细血管血流量,促进血液黏稠度的降低,将活血化瘀功效发挥出来。

本研究结果还表明,两组患者治疗后的 WBC、NEUT、CRP 水平均低于治疗前($P < 0.05$);治疗后,研究组患者的 WBC、NEUT、CRP 水平均低于对照组

($P < 0.05$), 说明针刺法联合推拿治疗能够疏通急性乳腺炎患者的乳腺阻塞, 促进患者乳汁淤积的减少、炎性反应的减轻。原因为针刺法能够增加自然杀伤细胞活性及数量, 从而促进机体抑制炎症、抗感染作用的增强。推拿能够增加血液中白细胞数量、单胺物质及内啡肽含量, 从而将消炎镇痛作用发挥出来^[8]。本研究结果还表明, 研究组治疗的总有效率为 98.00%(49/50), 高于对照组的 84.00%(42/50); 研究组的复发率为 8.00%(4/50), 低于对照组的 20.00%(10/50), 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 说明在急性乳腺炎的治疗中, 针刺法联合推拿治疗的主要功效为通乳散结、消肿止痛, 临床疗效显著, 复发率低。

综上所述, 针刺法联合推拿治疗急性乳腺炎患者的临床疗效较清玉宁乳腺康医用冷敷贴外敷治疗更好, 值得推广。

参考文献

[1] 陈曦, 王爱平, 邓立光, 等. 推拿联合针刺治疗回乳不当导

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.12.030

致的早期急性乳腺炎患者的疗效[J]. 医疗装备, 2019, 32(24):112-113.

[2] 孟书德, 付雪鸽, 董永书. 针刺列缺联合循经推拿治疗急性乳腺炎 23 例[J]. 中医研究, 2019, 32(2):57-60.

[3] 张万云. 推拿结合针刺治疗急性乳腺炎的临床研究[J]. 中国中医急症, 2018, 27(9):1580-1583.

[4] 蒋建玲, 陆智华, 买鹏宇, 等. 乳痈中医外治法的研究进展[J]. 大众科技, 2018, 20(6):97-99.

[5] 马东云, 董艳敏, 贾晴晴, 等. 豹文刺配合仙人掌外敷治疗乳痈 21 例[J]. 中国针灸, 2020, 40(11):1172.

[6] 端木香凤, 王卿军. 推拿结合背俞穴刺络拔罐治疗哺乳期妇女早期急性乳腺炎 80 例临床观察[J]. 河北中医, 2015, 37(2):246-247.

[7] 刘海旺. 中西医结合治疗急性乳腺炎临床效果分析[J]. 继续医学教育, 2016, 30(7):160-161.

[8] 杨丽, 王海泉, 史东燕. 针灸推拿治疗郁乳期急性乳腺炎的研究进展[J]. 山东中医杂志, 2014, 33(8):690-692.

(收稿日期:2021-10-11 修回日期:2022-02-08)

血流感染凝固酶阴性葡萄球菌的耐药性及耐药基因检测

李磊¹, 王延梅²

1. 滕州市疾病预防控制中心艾滋病防治科, 山东滕州 277599; 2. 滕州市妇幼保健院
儿童康复科, 山东滕州 277599

摘要:目的 比较血流感染和可疑污染的凝固酶阴性葡萄球菌(CNS)的耐药性和耐药基因, 并进行单因素分析。方法 选择 2017 年 1 月至 2020 年 1 月临床分离的 107 株 CNS 菌株, 使用 Kirby-Bauer 纸片扩散法和 E-test 法进行药敏试验, 使用基因扩增技术测定相关耐药基因和耐消毒剂类基因, 如 *mecA* 等和 *qacA/B/C*; 并使用最小抑菌浓度进行消毒剂计量比较; 对影响患者临床结局的危险因素进行分析。结果 107 株分为感染组(70 株)和可疑组(37 株)。两组菌株在青霉素 G、克林霉素和红霉素、呋喃妥因、万古霉素、利奈唑胺、替考拉宁以及奎奴普丁/达托霉素的比较中, 耐药率差异无统计学意义($P > 0.05$); 但在庆大霉素、左旋氧氟沙星、环丙沙星、莫西沙星、复方磺胺甲噁唑和四环素的比较中, 感染组的耐药率明显低于可疑组($P < 0.05$)。两组 *mecA*、*aph3'*-III、*ermA* 和 *ermC* 的携带率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 而耐喹诺酮类基因 *gyrA*、耐四环素类基因 *tetM* 和耐氨基糖苷类基因 *aac(6')*/*aph(2')* 的携带率比较, 可疑组明显高于感染组($P < 0.05$), 此外, 感染组耐消毒剂类基因 *qacA/B/C* 的携带率为 62.9%, 明显高于可疑组($P < 0.05$)。未携带 *qacA/B/C* 基因的两组菌株对苯扎溴铵、氯己定和戊二醛的最小抑菌浓度比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 在感染组携带 *qacA/B/C* 基因的菌株中, 其最小抑菌浓度明显高于可疑组($P < 0.05$)。单因素回归分析显示, 年龄和 *qacA/B/C* 基因是患者临床结局的影响因素($P < 0.05$)。结论 血流感染的 CNS 在药物耐药性、耐药基因携带和耐消毒剂水平方面存在明显的特点, 携带 *qacA/B/C* 基因的 CNS 血流感染患者的转归不良。

关键词:凝固酶阴性葡萄球菌; 耐药性; 感染; 耐药基因

中图分类号:R446.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)12-1695-05

随着重症患者高强度抗菌药物的广泛使用和介入等相关开放性操作的广泛开展, 凝固酶阴性葡萄球菌(CNS)所致的血流感染发病率逐渐升高并且呈现出明显的多重耐药性, 这不仅增加了治疗的困难程度和成本, 而且潜在的院内交叉感染趋势给医院感染管理提出了新的挑战^[1-3]。有文献报道, CNS 在革兰阳

性球菌所致的感染中, 检出率占比逐年升高, 已达革兰阳性球菌总检出率的 30% 以上, 特别是耐甲氧西林(CNS(MRCNS)), 其所占比例高达 90%, 故对 CNS 进行耐药基因的研究逐渐成为临床关注的重点^[2,4]。亦有研究指出, 在重症患者中, 特别是老年和儿童患者, 在接受介入治疗或者存在留置通道的情况下, 其