

奇霉素治疗小儿支原体肺炎确有疗效。其原因在于：支气管肺炎在中医里属于“感冒，咳嗽”的范畴，治疗应以“发汗解表，清里退热”为主^[6]。小儿柴桂退热颗粒中的柴胡为常用解表药，性苦，微寒，归肝、胆经，可解表里、清虚热、疏肝升阳。蝉蜕可宣散风热、祛风止痉。桂枝为治疗里寒的温里药，性温，归肺、心、膀胱经，能温阳、通血脉、暖脾胃。儿柴桂退热颗粒可有效辅助抗菌，不仅可以改善患儿的临床症状，还可以提高患儿的抵抗力，加快患儿痊愈的进程。

综上所述，与单用阿奇霉素相比，小儿柴桂退热颗粒联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎临床疗效佳，可降低血清hs-CRP、PCT的含量，促进患儿的康复。

〔参考文献〕

(1) 姜之炎, 王雪峰, 王力宁, 等. 小儿肺炎支原体肺炎多中

心流行性特征分析(J). 中华中医药杂志, 2018, 33(1): 376-379
(2) 邵新环, 张彩艳, 吕俊, 等. 小儿肺炎支原体肺炎的临床特点(附226例分析)(J). 山东医药, 2017, 57(31): 73-75.
(3) 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学(M). 7版, 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1204-1205.
(4) 蒋凌志, 许丹媛, 杨志雄. 老年COPD患者血清PCT、hs-CRP的表达与肺功能指标、生活质量的相关性(J). 中国老年学杂志, 2018, 38(7): 1623-1625.
(5) 周鹏翔, 陈逸, 翟所迪. 阿奇霉素序贯治疗小儿支原体肺炎的系统评价与Meta分析(J). 中国医院药学杂志, 2018, 38(15): 1633-1638, 1660.
(6) 张辉果, 董志巧, 王晓利. 小儿柴桂退热颗粒辅助治疗对急性上呼吸道感染的疗效及对炎性因子水平的影响(J). 中华中医药学刊, 2018, 36(8): 1998-2000.

(文章编号) 1007-0893(2021)04-0044-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.020

电针联合康复方案对中风恢复期患者的影响

张亚辉 杨明军

(焦作市中医院, 河南 焦作 454000)

〔摘要〕 目的: 分析电针联合康复方案对中风恢复期患者的影响。方法: 选取焦作市中医院2019年1月至2020年10月期间收治的60例中风恢复期患者, 按数字奇偶法分为对照组($n=28$, 采用常规康复管理)与观察组($n=32$, 采用电针联合康复管理), 评估患者功能恢复及临床症状的改善。结果: 观察组治疗后中医症候评分低于对照组, Barthel指数高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 电针联合康复方案在中风恢复期有明显作用, 有助于患者中医症候减轻。

〔关键词〕 中风恢复期; 电针; 康复方案

〔中图分类号〕 R 255.2; R 743.3 〔文献标识码〕 B

近年来, 医疗模式的改进, 影像学技术以及治疗水平的提高, 使中风病死率下降, 但有60%~80%患者遗留不同程度的功能障碍, 使其生活质量下降。单纯康复治疗虽然能控制肌肉痉挛、防治运动异常模式的形成, 但其效果缺乏特异性, 形成机制作用不够确切。针刺是中医学的主要外治疗法, 并逐渐用于中风恢复期。本研究在中风恢复期患者采用电针联合康复方案治疗, 旨在为临床治疗方案的选择提供依据, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2019年1月至2020年10月期间收治的60例

中风恢复期患者, 按数字奇偶法分为对照组($n=28$, 采用常规康复管理)与观察组($n=32$, 采用电针联合康复管理)。所有患者符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[1]中关于中风恢复期诊断标准, 对照组男19例, 女9例; 年龄40~68岁, 平均年龄(54.81 ± 5.29)岁; 脑梗死21例, 脑出血7例; 观察组32例, 男20例, 女12例; 年龄40~68岁, 平均年龄(55.24 ± 5.31)岁; 脑梗死22例, 脑出血10例; 两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规康复管理, 即生命体征平稳前提下进行偏瘫早期患者良肢位摆放、关节的被动活动及肢体

〔收稿日期〕 2020-12-26

〔作者简介〕 张亚辉, 女, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合康复。

关节活动，预防、减轻偏瘫典型的屈肌或伸肌痉挛症状；开展床上辅助或主动运动训练，如 Bobarth 握手、桥式运动及对各关节的辅助或主动运动等；行坐位、站立平衡、步行训练以及日常生活活动能力训练。每天训练 1~2 次，每次 20~30 min，连续 6 d 为 1 个疗程，间隔 1 d 开始下个疗程，共 4 个疗程。

1.2.2 观察组 采用电针联合康复管理，康复管理同对照组，电针，取穴：患侧上肢肩髃、臂臑、手三里、曲池、合谷、外关；下肢取髌关、伏兔、梁丘、血海、足三里、解溪、内庭穴。随症加减：手指拘挛者添加八邪穴，足趾拘挛者添加八风穴，言语障碍者加廉泉穴，口喎流涎者添加地仓穴，头晕头昏者添加风池穴。患者仰卧位，常规消毒，华佗牌 0.35 mm×40 mm 一次性针，平补平泻法，针刺得气后，连接 G6805-I 型电子针灸治疗仪（青岛鑫升实业有限公司），选用疏密波，频率 40~100 Hz，电流大小 2~5 mA，以患者耐受为宜。留针 30 min，每日 1 次，连续 6 d 为 1 个疗程，间隔 1 d 开始下个疗程，共 4 个疗程。

1.3 观察指标

(1) 比较患者中医症候积分，包括半身不遂（0、2、4、6 分），口眼歪斜（0、2、4、6 分），肢体麻木（0、1、2、3 分）、气短乏力（0、1、2、3 分），分值越高，中医症状越明显；(2) 比较患者日常生活活动能力，即使用 Barthel 指数^[2]评价，量表计分 100 分，分值越高，日常生活能力越好。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后中医症候积分比较

治疗前两组患者中医症候积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后两组患者中医症候积分均有不同程度下降，且观察组下降程度大于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后中医症候积分比较 ($\bar{x} \pm s$ ，分)

组别	n	时间	半身不遂	口眼歪斜	肢体麻木	气短乏力
对照组	28	治疗前	4.78±0.45	3.97±0.51	1.98±0.55	1.97±0.53
		治疗后	2.49±0.47 ^a	2.37±0.51 ^a	1.04±0.22 ^a	1.02±0.23 ^a
观察组	32	治疗前	4.82±0.46	4.02±0.53	2.04±0.53	2.02±0.51
		治疗后	1.04±0.39 ^b	0.84±0.42 ^b	0.53±0.17 ^b	0.41±0.15 ^b

与同组治疗前比较，^a*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05

2.2 两组患者治疗前后 Barthel 指数比较

治疗前两组患者的 Barthel 指数比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后两组患者 Barthel 指数均有不同程度增加，且观察组增加程度大于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 Barthel 指数比较 ($\bar{x} \pm s$ ，分)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	28	37.08 ± 11.16	51.26 ± 9.27 ^c
观察组	32	35.84 ± 10.01	68.95 ± 8.94 ^{cd}

与同组治疗前比较，^c*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^d*P* < 0.05

3 讨论

一般在中风恢复期患者，康复管理是纠正其肢体功能的重要措施，待体征稳定后即尽早开始康复训练，能够促使大脑病变区域水肿消失，降低颅内压，促使边缘坏死神经细胞功能恢复；同时能改善大脑功能的恢复，促进患肢恢复。但康复管理的作用效果仍不确定，依赖于患者的康复依从性，在一定程度上限制了康复治疗效果。中医将中风分为三期，急性期：发病至 2 周；恢复期：发病 2 周至半年内。在中风恢复期患者，若正气未复，邪气留滞，致气血失调、血脉不畅，进而形成后遗症。因此中医治疗中风恢复期时，需调和营卫、畅通气血、疏通经络，进而缩短患者康复期，提高康复效果。

针刺是中医的传统外治法，也广泛应用于中风的先兆期、急性期以及恢复期，且获得一定效果。电针是基于传统针刺发展而来，通过将毫针连接电针仪，输出一定的脉冲电，作用于人体相关穴位，可提升治疗效果，减少手法捻针的作用。通过对半身不遂、偏身麻木者选用患侧上肢肩髃、臂臑、手三里、曲池、合谷、外关；患侧下肢取髌关、伏兔、梁丘、血海、足三里、解溪、内庭，具有调和营卫、畅通气血、疏通经络的作用。例如电针合谷穴，能增加大脑皮层血液灌流量，恢复血液循环；同时针刺手三里、曲池、合谷、外关、足三里、解溪、内庭等穴位，刺激神经细胞的活性，促使上肢、下肢运动神经元的恢复，并能阻断血小板聚集途径，使血栓溶解、血块吸收，以此改善脑微循环，提高机体新陈代谢功能此外电针疗法能维持细胞内外离子的稳定性，减轻脑水肿症状，而且针刺能促进运动通路的神经元，调节轴突和树突的兴奋性，进而提高机体恢复功能^[3]。本研究中，观察组治疗后半身不遂、口眼歪斜、肢体麻木、气短乏力评分低于对照组，Barthel 指数高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。发现电针结合康复管理可促使中风恢复期患者日常生活能力恢复，减轻口眼歪斜、肢体麻木、气短乏力等症状。其原因可能是康复管理有助于降低肢体功能障碍，尽早康复管理可阻断异常原始反射，改变异常的运动模式；通过电针疗法能增加受损局部的血液循环，进一步修复受损组织，进而减轻临床症状，提高日常生活能力。

综上所述，电针联合康复方案在中风恢复期有明显作用，可显著恢复神经功能，减轻中医症候。

[参考文献]

(1) 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. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018 (J). 中

华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.

(2) 李苗苗, 代永静. Barthel 指数评分量表在康复护理中的应用进展 (J). 护士进修杂志, 2018, 33(6): 508-510.

(3) 武文印, 谷力彬, 张印纲. 电针联合中药熏蒸治疗缺血性卒中后下肢痉挛的疗效观察 (J). 上海针灸杂志, 2020, 39(3): 291-294.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)04-0046-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.021

补肾中药对肩袖损伤修补术后腱骨愈合影响的临床研究

陈博燊 黄健强 何智军

(广州市番禺区中医院, 广东 广州 511400)

〔摘要〕 **目的:** 探讨补肾中药对肩袖损伤修补术后腱骨愈合的影响。**方法:** 选取 2018 年 2 月至 2020 年 7 月期间在番禺区中医院行肩袖损伤修补术的 78 例患者, 按随机数字表法分为对照组与观察组, 各 39 例。对照组在肱骨大结节骨槽上填塞辛伐他汀/明胶海绵复合物并将冈上肌缝合回足印区, 观察组在对照组基础上使用补肾中药, 对患者术后 2 周、术后 8 周最大抗拉强度、刚度、腱-骨界面血管内皮生长因子 (VEGF) 评分的变化情况进行观察。**结果:** 术后 2 周, 两组患者的最大抗拉强度、刚度、VEGF 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。术后 8 周, 观察组的最大抗拉强度、刚度明显提升, VEGF 评分明显降低, 与对照组比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 补肾中药对肩袖损伤修补术后腱骨愈合具有积极影响, 不仅能够提升最大抗拉强度、刚度, 同时还能够降低 VEGF 评分。

〔关键词〕 肩袖损伤; 肩袖损伤修补术; 补肾中药

〔中图分类号〕 R 658.2 〔文献标识码〕 B

肩袖损伤是一种较为常见的临床症状, 会导致患者出现慢性肩痛与肩部功能障碍, 对患者造成较大的不良影响^[1]。临床中主要使用肩袖损伤修补术进行治疗, 然而通过对患者的临床观察可知, 约 95% 的患者在术后并未获得良好的腱骨愈合效果^[2], 对其健康与正常生活产生较大的不良影响, 因此需要采取有效的措施进行应对, 以往临床中多使用在肱骨大结节骨槽上填塞辛伐他汀/明胶海绵复合物并将冈上肌缝合回足印区等常规方式进行治疗, 然而却并未能获得预期的愈合康复效果^[3]。目前临床中多在常规基础上使用补肾中药进行治疗, 不仅能够有效缓解肾脏的负担, 同时还能够使患者获得良好的活血效果, 因而能够获得良好的效果。本研究将探讨补肾中药对肩袖损伤修补术后腱骨愈合的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 2 月至 2020 年 7 月期间在本院行肩袖损伤修补术的 78 例患者, 按随机数字表法分为对照组与观察组, 各 39 例。对照组中男 20 例, 女 19 例, 年龄 20~64 岁, 平

均年龄为 (49.5 ± 4.9) 岁; 观察组中男 21 例, 女 18 例, 年龄 20~65 岁, 平均年龄为 (49.9 ± 5.1) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 均符合美国骨科医师协会 (The American academy of orthopaedic surgeons, AAOS) 肩袖疾病临床实践指南 (2010 年) 解读中关于肩袖损伤的临床诊断标准^[4]: 肩关节疼痛, 伴抬举无力, 夜间患侧卧位疼痛明显加重; 磁共振及磁共振关节造影, 通过形态和信号的异常反应可判断出血水肿期、肌腱炎和肩袖纤维化期、部分或完全撕裂期。(2) 患者家属均对本研究表示知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 存在严重的治疗禁忌症; (2) 无法积极配合完成治疗。

1.3 方法

1.3.1 对照组 在肱骨大结节骨槽上填塞辛伐他汀/明胶海绵复合物并将冈上肌缝合回足印区, 将 5 mg 辛伐他汀粉末与 10 mL 无水乙醇进行充分混合, 然后将 1 mL 该溶液浸于明胶海绵中, 以确保每块明胶海绵含有 0.5 mg 的辛伐他汀, 在室温下进行自然干燥, 对其进行严格的消毒后将其

〔收稿日期〕 2021-01-20

〔基金项目〕 广东省中医药局科研项目资助课题 (20181119)

〔作者简介〕 陈博燊, 男, 主治医师, 主要从事骨外科脊柱科工作。