

- [5] DEWEY HM, DONNAN GA, FREEMAN EJ, *et al.* Interrater reliability of the National Institutes of Health Stroke Scale: rating by neurologists and nurses in a community-based stroke incidence study [J]. *Cerebrovasc Dis*, 1999, 9(6): 323.
- [6] SAPOSNIK G, KAPRAL MK, LIU Y, *et al.* IScore: a risk score to predict death early after hospitalization for an acute ischemic stroke [J]. *Circulation*, 2011, 123(7): 739.

- [7] 许来诊, 朱奕. 卒中急性期康复护理方案对改善患者下肢运动功能的作用[J]. *江苏医药*, 2010, 36(4): 1618.
- [8] 于靖, 于洋, 郝福春, 等. 综合康复治疗脑卒中患者的疗效观察[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2010, 32(3): 221.
- [9] 朱铺连. 神经康复学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 110.

(本文编辑 刘畅)

[文章编号] 1000-2200(2017)04-0551-04

· 护理学 ·

耳穴贴压联合耳尖放血治疗甲状腺功能亢进的临床疗效与安全性分析

储玲玲, 杨文霞, 何娟

[摘要] **目的:** 观察耳穴贴压联合耳尖放血改善甲状腺功能亢进(甲亢)相关症状的临床疗效与安全性。 **方法:** 以 100 例甲亢患者为研究对象, 使用随机数字表将其分为观察组及对照组, 各 50 例。2 组患者均接受丙硫氧嘧啶治疗, 每次 100 mg, 每天 3 次; 观察组加用耳穴贴压联合耳尖放血治疗。比较 2 组患者临床疗效及甲状腺功能变化。 **结果:** 观察组临床总有效率为 88.0%, 高于对照组的 68.0% ($P < 0.05$)。2 组患者治疗后总三碘甲状腺素、总四碘甲状腺素、游离三碘甲状腺素、游离四碘甲状腺素、促甲状腺素受体抗体均较治疗前显著下降, 促甲状腺激素均显著上升, 且观察组治疗后各指标变化均较对照组更为明显 ($P < 0.01$)。观察组不良反应发生率为 4.0%, 对照组为 28.0%, 2 组患者血粒细胞减少发生率差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组患者治疗后入睡时间、睡眠效率、睡眠时间、睡眠障碍、日间功能障碍均较治疗前明显改善, 且观察组较对照组改善更为明显 ($P < 0.01$)。 **结论:** 在西药治疗基础上加用耳穴贴压联合耳尖放血, 能够有效改善甲亢患者临床症状, 降低患者不良反应发生风险, 具有良好的疗效及安全性, 值得推广。

[关键词] 甲状腺功能亢进; 耳穴贴压; 耳尖放血; 安全性

[中图分类号] R 581.1

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.04.040

甲状腺功能亢进症(甲亢)是一种自身免疫性内分泌疾病, 该病发病与遗传、心理、环境等因素均具有一定关联, 常导致神经、心血管等系统兴奋性增加, 并伴有代谢亢进及免疫异常^[1]。突眼、甲状腺肿大是甲亢患者最常见的临床表现, 根据临床症状及甲状腺功能检查确诊并不困难。临床治疗该病以口服抗甲状腺西药为主, 但口服药物疗程长、病情易反复, 且易出现不良反应, 疗效及安全性均不够理想^[2]。近年来, 有学者提出以耳穴贴压、耳尖放血等中医方式改善患者甲亢症状, 且该疗法在桥本甲状腺炎的治疗中取得了一定成效^[3]。为观察耳穴贴压联合耳尖放血改善甲亢相关症状的临床疗效与安全性, 我们选取 100 例甲亢患者进行了前瞻性对照研究, 取得了可靠的结论。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2012 年 4 月至 2015 年 4 月住院及门诊收治的 100 例甲亢患者, 经我院医学伦理委员会批准, 并征得患者知情同意后, 按照随机数字表法将其分为观察组及对照组, 各 50 例。2 组患者其年龄、病程和性别, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性(见表 1)。纳入标准: (1) 参照中华医学会内分泌学会制定的《中国甲状腺疾病诊治指南》确诊甲亢^[4]; (2) 年龄 18 ~ 60 岁; (3) 对此研究知情同意; (4) 具有较高的配合度及依从性。排除标准: (1) 合并严重心、肝、肾等重要脏器并发症或功能损伤; (2) 合并造血系统原发病、结缔组织疾病或其他恶性疾病; (3) 妊娠期或哺乳期女性。

1.2 方法 2 组患者均接受西药治疗^[5]: 口服丙硫氧嘧啶片(注册证号 H20100121, 德国瑞姆斯制药股份公司, 规格 50 mg × 100 s), 每天 3 次, 每次 100 mg。

[收稿日期] 2016-01-06

[作者单位] 安徽中医药大学第一附属医院 内分泌科, 230031

[作者简介] 储玲玲(1986-), 女, 主管护师。

表1 2组患者一般资料比较($n_i = 50$)

分组	年龄/岁	病程/年	男	女
观察组	31.36 ± 5.74	0.81 ± 1.17	22	28
对照组	32.08 ± 6.03	0.79 ± 1.08	20	30
<i>t</i>	0.61	0.09	0.16*	
<i>P</i>	>0.05	>0.05	>0.05	

*示 χ^2 值

观察组在西药治疗的基础上加用耳穴贴压联合耳尖放血治疗。(1)耳穴贴压:使用0.5 mm × 0.5 mm耳穴贴压专用橡皮膏,将王不留行贴压于所选穴位上。取穴:主穴为神门、交感、皮质下、脑、内分泌、甲状腺、心、肝、肾,肝气郁结者配胃穴、膈穴,大便频繁者配脾穴、胃小肠穴,精力涣散者配脾穴、胆穴,胸闷乏力者配肺穴、脾血、三焦穴^[6]。贴压单侧耳穴后分别于早、中、晚及睡前按摩,每次20次,每次5 min,持续5 d,5 d后换对侧耳穴^[7]。(2)耳尖放血:使用拇指、示指按摩单侧耳尖部位,待其发热、充血后,常规消毒,使用一次性无菌针头点刺单侧耳尖穴位,持续挤压针刺部位,待血液颜色变浅即可停止^[8]。持续3 d后换对侧耳尖,重复上述放血操作,每周休息1 d。2组患者疗程均为2周。

1.3 疗效评价 (1) 疗效评定^[9]:①显效,临床症状体征显著缓解,体质量恢复正常,脉率、心率恢复正常,甲状腺区震颤音、血管杂音消失,甲状腺肿减轻I度,突眼征下降I级;②有效,临床症状体征好转,体质量上升,脉率、心率改善,甲状腺区震颤音、血管杂音消失;③无效,不符合上述标准。总有效率 = 显效率 + 有效率。(2) 甲状腺功能:抽取2组患者治疗前后空腹静脉血,对其总三碘甲状腺素(TT3)、总四碘甲状腺素(TT4)、游离三碘甲状腺素(FT3)、游离四碘甲状腺素(FT4)、促甲状腺素受体

抗体(TRAAb)及促甲状腺激素(TSH)水平进行检测,并比较。(3) 安全性评价:观察2组患者治疗期间药物性皮炎、关节疼痛、肝损害、粒细胞减少等不良反应发生情况。(4) 睡眠质量分析:使用匹兹堡睡眠质量指数对2组患者治疗前后睡眠质量进行评价,共包括7个项目,分别为睡眠质量、入睡时间、睡眠效率、睡眠时间、睡眠障碍、催眠药物和日间功能障碍,得分越高说明患者睡眠质量越差。

1.4 统计学方法 采用*t*检验、 χ^2 检验和秩和检验。

2 结果

2.1 2组患者临床疗效比较 观察组患者临床总有效率为88.0%,对照组为68.0%,观察组临床疗效高于对照组($P < 0.05$)(见表2)。

表2 2组患者临床疗效比较(n)

分组	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率/%	u_c	<i>P</i>
观察组	50	35	9	6	44(88.0)	2.16	<0.05
对照组	50	26	8	16	34(68.0)		
合计	100	61	17	22	78(78.0)		

2.2 2组患者治疗前后甲状腺功能比较 2组患者治疗前甲状腺功能指标差异均无统计学意义($P > 0.05$),2组患者治疗后TT3、TT4、FT3、FT4、TRAAb均较治疗前显著下降,TSH均较治疗前显著上升($P < 0.01$),观察组治疗后各指标变化均较对照组更为明显($P < 0.01$)(见表3)。

2.3 2组患者不良反应发生率比较 观察组患者不良反应总发生率为4.0%,对照组为28.0%,2组患者药物性皮炎、关节疼痛、肝损害等不良反应发生

表3 2组患者治疗前后甲状腺功能指标比较($n_i = 50$)

时期	分组	TT3/(ng/mL)	TT4/(μ g/dL)	FT3/(ng/mL)	FT4/(μ g/dL)	TRAAb/(uIU/mL)	TSH/(IU/mL)
治疗前($\bar{x} \pm s$)	观察组	5.52 ± 2.68	242.91 ± 20.53	16.70 ± 2.53	40.33 ± 5.85	13.15 ± 5.42	0.39 ± 0.35
	对照组	5.49 ± 2.71	240.38 ± 19.87	16.32 ± 2.44	40.19 ± 4.92	13.36 ± 5.87	0.40 ± 0.28
	<i>t</i>	0.06	0.63	0.76	0.13	0.19	0.16
	<i>P</i>	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
	治疗后($\bar{d} \pm s_d$)	观察组	-4.42 ± 0.18**	-144.39 ± 15.02**	-8.67 ± 1.96**	-17.87 ± 3.15**	-12.44 ± 1.17**
对照组		-1.47 ± 0.29**	-105.03 ± 31.39**	-4.53 ± 0.95**	-10.92 ± 2.05**	-9.90 ± 0.29**	9.85 ± 1.36**
<i>t</i>		61.11	8.00	13.44	13.08	53.43	36.61
<i>P</i>		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

组内配对*t*检验: ** $P < 0.01$

率差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 而观察组患者血粒细胞减少发生率低于对照组 ($P < 0.05$) (见表 4)。

表 4 2 组患者不良反应比较 ($n/\%$)

分组	n	药物性皮炎	关节疼痛	肝损害	粒细胞减少
观察组	50	2(4.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
对照组	50	4(8.0)	3(6.0)	1(2.0)	6(12.0)
合计	100	6(6.0)	3(3.0)	1(1.0)	6(6.0)
χ^2	—	0.18	1.37	—	4.43
P	—	>0.05	>0.05	1.000*	<0.05

* 示四格表确切概率

2.4 2 组患者睡眠质量评分比较 2 组患者治疗前

表 5 2 组患者治疗前后睡眠质量比较 ($\bar{x} \pm s$)

时期	分组	睡眠质量	入睡时间	睡眠效率	睡眠时间	睡眠障碍	催眠药物	日间功能障碍
治疗前 ($\bar{x} \pm s$)	观察组	2.73 ± 0.64	5.61 ± 1.18	80.72 ± 22.91	1.95 ± 0.64	14.36 ± 3.85	1.17 ± 0.79	6.28 ± 1.34
	对照组	2.71 ± 0.86	5.59 ± 1.13	81.20 ± 23.06	1.94 ± 0.58	14.29 ± 3.77	1.19 ± 0.85	6.27 ± 1.71
	t	0.13	1.86	0.10	0.08	0.09	0.12	0.04
	P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
治疗后 ($\bar{d} \pm s_d$)	观察组	-0.77 ± 0.13	-1.19 ± 0.19	7.54 ± 1.08	-0.69 ± 0.16	-2.32 ± 0.04	-0.08 ± 0.01	-1.86 ± 0.06
	对照组	-0.11 ± 0.01	-0.58 ± 0.11	3.12 ± 0.69	-0.01 ± 0.01	-0.90 ± 0.08	0.07 ± 0.01	-1.36 ± 0.09
	t	35.79	19.65	24.39	29.99	112.26	75.00	32.69
	P	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

者临床疗效, 保证治疗的安全性, 一直是临床研究的重点^[10]。

甲亢属中医“瘰病”范畴, 病机为气滞、痰凝与血瘀壅结颈前, 常由情志内伤、饮食及水土失宜所致。患者甲状腺激素水平的异常升高往往导致失眠、多梦、烦躁不安等神经兴奋性增高表现, 严重影响其睡眠质量及生活质量^[11]。随着近年来穴位敷贴的深入研究, 该方法在内、外、妇、儿、五官等多科均得到了广泛应用。在本次研究中, 我们通过耳穴贴压刺激经络腧穴, 通经激气, 使患者脏腑功能得到明显改善, 阴阳趋于平衡, 从根本上解决了患者肝气郁结、肝郁化火、痰瘀内扰、阴虚火旺、气阴两虚等状态, 可显著提高患者睡眠质量, 同时, 王不留行对全息穴的刺激可促进机体病变部位的痊愈, 进一步改善患者睡眠质量与甲亢病情。从西医角度而言, 耳穴贴压可平衡大脑皮层细胞的兴奋和抑制, 调节机体植物神经功能, 最终达到抑制交感神经过度兴奋的作用^[12]。本研究观察组患者睡眠质量改善更为明显, 亦印证了上述结论。该方法作用持久, 无痛无创, 费用低廉且操作简便, 易于被患者接受。

耳属人体宗脉汇聚之所, 与机体静脉具有密切

各项睡眠质量评分差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 2 组患者治疗后入睡时间、睡眠效率、睡眠时间、睡眠障碍、日间功能障碍均较治疗前明显改善 ($P < 0.01$), 且观察组改善均较对照组更明显 ($P < 0.01$) (见表 5)。

3 讨论

甲亢的治疗方式包括放射性碘治疗、抗甲状腺药物治疗和手术治疗等, 其中以甲硫咪唑、丙硫氧嘧啶为代表的抗甲状腺药物应用最为广泛。其具有服药方便、用药成本低的优势, 但该类药物治疗有限, 潜在不良反应发生风险较高, 故如何进一步提高患

关联, 当机体处于病理状态时, 邪气往往可随人体经络网侵袭各脏器^[13]。耳尖放血属“泻”法, 即通过针刺耳尖, 促血液疏通、淤血外散, 在消除局部炎症的同时, 能起到全身性清热、泄热之功^[14]。本研究结果表明, 中西医结合治疗方案显著提高了临床疗效, 使观察组患者甲状腺功能指标得到了更为明显的改善, 表明该方案对患者甲亢相关症状有着良好的改善作用。耳穴贴压通过对耳穴的机械及药物刺激, 可传至大脑皮层的相应区域, 起到抑制原有病理兴奋灶的作用, 联合耳尖放血, 进一步推动气血运行, 增强药物的祛痰活血功效, 保证了治疗的有效性。抗甲状腺药物应用过程中易导致不良反应, 且不易察觉, 往往导致严重后果。因此, 在甲亢的治疗中, 对皮肤、肝功能、血常规的监测十分必要。本研究发现, 单纯接受丙硫氧嘧啶治疗的对照组患者, 其不良反应发生率为 28.0%, 与苏秋杏^[15]研究结论一致, 说明西药治疗的安全性有待提高。加用耳穴贴压联合耳尖放血后, 观察组患者不良反应发生率得到了有效控制, 考虑与该方案在调节机体电解质平衡、改善新陈代谢、保证免疫功能方面发挥的作用有关。

综上所述, 耳穴贴压联合耳尖放血能够显著促

进甲亢患者相关症状的改善,具有良好的临床疗效,且能够在一定程度上降低丙硫氧嘧啶等抗甲状腺药物带来的不良反应,提高治疗的安全性,对医疗质量的提高和患者预后的改善均具有积极意义,值得临床推广。

[参 考 文 献]

- [1] CHAO HY, HUANG LC, SUEN KP. The application of a comprehensive and systematic auricular diagnosis for musculoskeletal system disorder; a Treatment protocol for chronic low-back pain[J]. *Acupunct Med*, 2014, 26(3):148.
- [2] OLESON T. *Auriculotherapy manual; Chinese and Western systems of ear acupuncture* [M]. Washington: Elsevier Health Sciences, 2013:16.
- [3] 魏安华,周道年,李娟. 甲巯咪唑和丙硫氧嘧啶治疗甲亢安全性的回顾性分析[J]. *中国医院药学杂志*, 2015, 35(15):1417.
- [4] 董立杰. 耳穴内分泌点及耳尖点刺放血治疗痤疮 45 例疗效观察[J]. *按摩与康复医学*, 2014, 5(11):125.
- [5] STRITTMATTER B. *Ear acupuncture: a precise pocket atlas based on the works of Nogier/Bahr* [M]. Berlin: Thieme, 2011:112.
- [6] ZHANG B, XU S, ZHANG W. Clinical observation of auricular bloodletting therapy for chloasma in 30 cases [J]. *J Acupunct*

Tuina Sci, 2011, 9(3):152.

- [7] 孙立虹,梁玉磊,李新华,等. 针刺结合耳穴贴压对经行头痛患者血清前列腺素 F2 α 及血浆血管加压素含量的影响[J]. *中国针灸*, 2015, 35(2):137.
- [8] 盛丰华,庄敏,李莉,等. 甲亢并糖尿病患者的甲状腺激素、血糖、血脂水平变化及胰岛素用量调整[J]. *山东医药*, 2014, 54(5):56.
- [9] 王淑芬,刘素敏. 耳尖放血合耳穴贴压治疗失眠症 106 例疗效观察[J]. *浙江中西医结合杂志*, 2015, 25(8):777.
- [10] 杨媛媛,王燕,李文文,等. 耳穴贴压治疗失眠疗效的 Meta 分析[J]. *护理学杂志(综合版)*, 2015, 30(3):4.
- [11] 高丽萍. 耳尖放血疗法研究进展[J]. *实用中医药杂志*, 2012, 28(3):247.
- [12] 唐虹,刘继洪,陈健英,等. 耳穴疗法结合社区干预对高血压病的防治价值评估报告[J]. *针灸临床杂志*, 2015, 31(7):15.
- [13] KIM TH, BASARGARD L, KIM JI, et al. Mongolian traditional style blood-letting therapy: a brief introduction [J]. *Complement Ther Clin*, 2011, 17(3):179.
- [14] 司富春,宋雪杰. 中医治疗甲亢的证候和方药分析研究[J]. *中华中医药杂志*, 2013, 28(11):3250.
- [15] 苏秋杏. 甘精胰岛素联合复方甲亢片治疗糖尿病伴甲亢临床观察[J]. *内科*, 2016, 11(2):259.

(本文编辑 刘梦楠)

[文章编号] 1000-2200(2017)04-0554-02

· 个案报道 ·

转移性乳腺癌化疗后低钠血症致意识障碍 1 例

贾 伟,王 伟,胡 冰

[关键词] 乳腺肿瘤;低钠血症;意识障碍;化疗

[中图分类号] R 737.9

[文献标志码] B

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.04.041

女,47岁,因“左乳癌术后11个月,多发转移2月余”于2015年6月7日入院。病人既往行4周期化疗(多西紫杉醇+阿霉素+环磷酰胺、吉西他滨+顺铂)方案后病情进展,2个月前发现胸壁、肺和骨转移。既往无高血压、精神病史。体格检查:神清,浅表淋巴结未及明显肿大,左乳缺如,左侧胸壁可见手术瘢痕,愈合良好。右乳正常。心肺腹体格检查未见异常。左胸壁结节术后病理:ER-,PR-,Her2++,Ki-67>30%+。2015年6月9日静脉给

予长春瑞滨40mg(第1天、第7天)+口服替吉奥40mg(第1~14天,每天2次)方案化疗1次,化疗周期21d。化疗过程中,无明显恶心呕吐,但血小板Ⅱ度减少,给予白细胞介素(IL)-11治疗,好转后出院。第21天,入院行第2次化疗,此次未到疗效评价时间,血常规、血生化未见异常。6月30日第2次静脉给予长春瑞滨40mg(第1天)+口服替吉奥40mg(第1天,每天2次)方案化疗,化疗前常规给予昂丹司琼、维生素B₆止吐,还原型谷胱甘肽保肝、地塞米松静脉预防过敏。7月1日病人出现恶心呕吐2次,对症处理后好转。7月2日13:30,病人出现头晕,测血压160/110mmHg,给予复方硫酸双胍曲嗪片1片口服。14:00出现双手震颤伴有烦躁,给予苯巴比妥钠0.1g肌肉注射后缓解。15:00突然出现神志淡漠,逐渐意识模糊,呼之不应。急查头

[收稿日期] 2016-03-22

[基金项目] 国家自然科学基金项目(81472329)

[作者单位] 安徽医科大学附属安徽省立医院 肿瘤科,安徽 合肥 230001

[作者简介] 贾 伟(1987-),男,硕士研究生。

[通信作者] 胡 冰,博士生导师,主任医师,教授. E-mail:hubing2013oncol@gmail.com