省级项目平台

DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.07.036

温针督脉促进脑梗死术后认知障碍患者康复效果观察

崔彩虹,胡茜莹,王燕,田春辉
(河北大学附属医院,河北 保定 071000)

摘要:目的 观察温针督脉促进脑梗死术后认知障碍患者康复效果,探讨促进患者康复有效方法。方法 合计纳入脑梗死术后认知障碍患者62例(2022年4月—2024年6月收治)采取随机数字表法将其分为两组,分别为常规治疗组及温针督脉治疗组,每组31例。常规治疗组患者采取药物常规治疗及康复训练,温针督脉治疗组患者在常规治疗组基础上联合温针督脉治疗。观察两组患者数据情况:临床疗效及治疗不良反应、治疗前后头痛如刺、智能减退、语言错乱、口齿不清、躁动不安、神情默默等中医证候积分变化及超敏C反应蛋白(Hypersensitive C-reactive protein,hs-CRP)、白细胞介素-6(Interleukin-6,IL-6)、丙二醛(Malondialdehyde,MDA)以及同型半胱氨酸(Homocystine,Hcy)等血清学指标变化、蒙特利尔认知评估量表(Montreal Cognitive Assessment,MoCA)及简明精神状态检查量表(Mini-mental State Examination,MMSE)评分变化、血管外周阻力、平均血流速度以及平均血流量等脑血流动力学指标变化、功能独立性评定量表(Function Independence Measure,FIM)以及美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health stroke scale,NIHSS)评分变化。结果 温针督脉治疗组治疗总有效率比常规治疗组更高($P<0.05$);常规治疗组及温针督脉治疗组患者不良反应率均较低($P>0.05$);治疗前各组患者头痛如刺、智能减退、语言错乱、口齿不清、躁动不安、神情默默等中医证候积分、血清学指标(hs-CRP及IL-6、MDA及Hcy)、MoCA及MMSE量表评分、脑血流动力学指标(血管外周阻力、平均血流速度以及平均血流量)、FIM及NIHSS量表评分比较,差异无统计学意义(均$P>0.05$);治疗后各组患者头痛如刺、智能减退、语言错乱、口齿不清、躁动不安、神情默默等中医证候积分、血清学指标(hs-CRP及IL-6、MDA及Hcy)、MoCA及MMSE量表评分、脑血流动力学指标(血管外周阻力、平均血流速度以及平均血流量)、FIM及NIHSS量表评分均改善,温针督脉治疗组治疗后各项指标均优于常规治疗组($P<0.05$)。结论 温针督脉可较好促进脑梗死术后认知障碍患者康复,治疗效果良好,有助于改善患者症状,治疗安全可靠。

关键词:脑梗死术后认知障碍;温针督脉;临床疗效;不良反应;中医证候积分;脑血流动力学
中图分类号:R245.315 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)07-0210-05

Effect of Warm Acupuncture at Du Meridian on Promoting Rehabilitation of Patients with Cognitive Impairment After Cerebral Infarction

CUI Caihong, HU Qianying, Wang Yan, TIAN Chunhui
(Affiliated Hospital of Hebei University, Baoding 071000, Hebei, China)

Abstract: *Objective* To observe the effect of warm acupuncture at Du meridian on promoting rehabilitation of patients with cognitive impairment after cerebral infarction and explore the effective methods to promote rehabilitation of the patients. *Methods* A total of 62 patients with cognitive impairment after cerebral infarction were included admitted from April 2022 to June 2024 and were divided into two groups by random number table method, namely the conventional treatment group and the warm acupuncture at Du meridian group, with 31 cases in each group. The patients in the conventional treatment group received routine drug treatment and rehabilitation training. Those in the warm acupuncture at Du meridian group were combined with warm acupuncture at Du meridian on the basis of the conventional treatment group, and the data of the patients in the two groups was observed: the clinical efficacy and the adverse reactions, the changes in TCM symptom scores before and after treatment such as severe headache, mental dullness, speech disarrangement, slurred speech, restlessness and a dull expression and the levels of hypersensitive C-reactive protein (hs-CRP), interleukin-6 (IL-6), malondialdehyde (MDA) and homocysteine (Hcy), the changes in Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA) and Brief Mental State Examination Scale (MMSE) scores, the changes in cerebral hemodynamic indicators such as peripheral vascular resistance, mean blood velocity and mean blood flow, Functional Independence Rating Scale (FIM) and National Institutes of Health stroke volume Table (NIHSS) score changes. *Results* The total effec-

基金项目:河北省医学科学研究课题计划项目(20241525)
作者简介:崔彩虹(1974-),女,河北保定人,主任医师,硕士,研究方向:中医康复,神经系统疾病康复。
通讯作者:田春辉(1973-),男,河北保定人,主任医师,学士,研究方向:颅脑损伤昏迷患者的促醒。E-mail:huqianying2022@163.com。

tive rate of the warm acupuncture at Du meridian group was higher than that of the conventional treatment group($P<0.05$). The adverse reaction rate of the patients in conventional treatment group and warm acupuncture at Du meridian group was lower($P>0.05$). Before treatment, the patients in each group had decreased scores of severe headache, mental dullness, speech disarrangement, slurred speech, restlessness and a dull expression and other TCM syndromes, serological indexes(hs-CRP and IL-6, MDA and Hcy), MoCA and MMSE scores, cerebral hemodynamic indexes(peripheral vascular resistance, average blood flow velocity and average blood flow), FIM and NIHSS scores were not significant($P>0.05$). After treatment, these indexes were all improved, and all indexes in the warm acupuncture at Du meridian group were better than those in the conventional treatment group($P<0.05$). *Conclusion* Warm acupuncture can promote the rehabilitation of the patients with cognitive impairment after cerebral infarction, and the therapeutic effect is good. It is helpful to improve the symptoms of the patients, and the treatment is safe and reliable.

Keywords: cognitive impairment after cerebral infarction; warm acupuncture at Du meridian; clinical effect; adverse reactions; TCM syndrome score; cerebral hemodynamics

脑梗死是临床常见疾病，全球发病率均较高，发病后患者病死率高，致残率高，对全球经济造成一定影响[1-2]。有研究指出，脑血管疾病已经成为仅次于恶性肿瘤及心脏疾病的第3大死因，故而临床十分重视[3]。临床治疗脑梗死多采取常规治疗及手术治疗，手术治疗应用较多，取得较好效果，但脑梗死术后患者多存在一定后遗症，其中认知功能障碍较为多见，影响患者日常生活[4-5]。脑梗死术后认知障碍需积极进行治疗，促进患者早期康复，避免对患者造成严重影响[6-7]。临床多采取常规治疗脑梗死术后认知障碍，并对患者进行康复训练，取得较好效果。为了促进脑梗死术后认知障碍患者更好、更快恢复，在常规治疗基础上给予患者中医治疗，值得重视[8-9]。中医学对脑梗死术后认知障碍具有一定认识，温针督脉属于外治疗法，通过温针督脉治疗可调节全身阳经气血，聚集阳气，大补阳气，以催化脑髓化生，改善患者认知功能，达到治疗目的，值得深入探讨[10]。故而本次纳入62例脑梗死术后认知障碍患者进行分组，观察温针督脉的应用效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

合计纳入脑梗死术后认知障碍患者62例(2022年4月—2024年6月收治)采取随机数字表法将其分为两组，分别为常规治疗组及温针督脉治疗组，每组31例。常规治疗组患者31例，男女比例为13∶18；年龄46～77(57.23±4.82)岁；脑梗死病程1～7(3.76±0.34)个月；术后认知障碍病程1～3(1.45±0.25)个月；并发症：高脂血症7例，糖尿病9例，高血压病5例。温针督脉治疗组31例，男女比例为12∶19，年龄45～79岁(57.19±4.90)岁；脑梗死病程1～7个月(3.69±0.40)个月，术后认知障碍病程1～3个月(1.51±0.19)个月；并发症：高脂血症8例，糖尿病8例，高血压病6例。比较常规治疗组及温针督脉治疗组患者临床资料，均$P>0.05$，具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断脑梗死术后认知障碍参照《卒中后认知障碍管理专家共识》[11]：患者注意力障碍、记忆力障碍等，MoCA评分<26分。中医诊断脑梗死术后认知障碍(瘀血阻窍证)参考《中医内科常见病诊疗指南：中医病证部分》[12]：主症为头痛如刺、智能减退、语言错乱、口齿不清；次症为躁动不安、神情默默、面色晦黯、寡言少欢、不寐；舌脉为舌质紫黯、脉涩或者沉迟。

1.3 纳入排除标准

纳入标准：患者均确诊为脑梗死；患者接受手术治疗；患者术后认知障碍，经临床确诊；患者可接受温针督脉治疗；患者依从性良好；伦理批准研究进行。排除标准：合并颅脑外伤患者；合并老年痴呆患者；合并其他脑部疾病患者；严重营养不良患者；心理疾病患者；无法配合治疗患者等。

1.4 治疗方法

常规治疗组：患者采取药物常规治疗及康复训练。口服阿司匹林片(恒诚制药集团淮南有限公司；国药准字H34022636；规格：0.5 g)，1次/d，0.1 g/次；口服阿托伐他汀钙片(北京福元医药股份有限公司；国药准字H20203099；10 mg×14片)，1次/d，20 mg/次；口服丁苯酞软胶囊(石药集团恩必普药业有限公司；国药准字H20050299；规格：0.1 g)治疗，3次/d，0.2 g/次。同时患者进行肌肉力量训练、关节活动训练、平衡能力训练、记忆力训练、注意力训练等，1～3次/d，根据患者具体情况制定训练强度，4周为1个疗程，治疗2个疗程。温针督脉治疗组：患者在常规治疗组基础上联合温针督脉治疗。取患者大椎穴及命门穴、神道穴进行治疗，患者治疗取俯卧位，将背部露出，以碘伏消毒以上穴位，采取华佗牌一次性针灸针(0.3 mm×40 mm)进行治疗，垂直针刺，深度为3～10 mm，得气后取1 cm艾炷点燃，将其插入针柄大约2/3位置，实施温针治疗，在艾炷燃烧完后取出针灸针，消毒穴位针眼，隔日1次，周日停止治疗，每周治疗3次，1周为1个疗程，治疗8个疗程。

1.5 观察指标

1.5.1 临床疗效评估 显效：患者治疗后头痛如刺、智能减退、语言错乱、口齿不清、躁动不安、神情默默等症状基本消失，简明精神状态检查量表(Mini-mental State Examination，MMSE)或者蒙特利尔认知评估量表(Montreal Cognitive Assessment，MoCA)量表分值提升5分以上；有效：患者治疗后头痛如刺、智能减退、语言错乱、口齿不清、躁动不安、神情默默等症状明显改善，MMSE或者MoCA量表分值提升2分以上；无效：患者治疗后MMSE或者MoCA量表无明显变化，痛如刺、智能减退、语言错乱、口齿不清、躁动不安、神情默默等症状未见改善。总有效率=显效率+有效率[13]。

1.5.2 不良反应 观察常规治疗组及温针督脉治疗组患者不良反应情况。

1.5.3 中医证候积分 观察治疗前后常规治疗组及温针督脉治疗组患者头痛如刺、智能减退、语言错乱、口齿不清、躁动不安、神情默默等中医证候积分变化，各项积分0～3分，分值越高表示证候越严重[14]。

1.5.4 血清学指标变化 观察治疗前后常规治疗组及温针督脉治疗组患者超敏C反应蛋白(Hypersensitive C-reactive protein,hs-CRP)、白细胞介素-6(Interleukin-6,IL-6)、丙二醛(Malondialdehyde,MDA)以及同型半胱氨酸(Homocystine,Hcy)等血清学指标变化。采取酶联免疫吸附法进行各项指标测定。

1.5.5 MoCA及MMSE量表评分 观察治疗前后常规治疗组及温针督脉治疗组患者蒙特利尔认知评估量表(Montreal Cognitive Assessment,MoCA,MoCA)及简明精神状态检查量表(Mini-mental State Examination,MMSE)评分变化[15]。MoCA量表评分:评估患者认知功能,分值26分以上为正常,分值越低表示患者认知功能障碍越严重[16]。

1.5.6 脑血流动力学指标 观察治疗前后常规治疗组及温针督脉治疗组患者血管外周阻力、平均血流速度以及平均血流量等脑血流动力学指标变化,指标均采用CVHD-3000型血流动力学分析仪进行测定。

1.5.7 功能独立性评定量表(Function Independence Measure,FIM)及美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health stroke scale,NIHSS)量表评分 观察治疗前后常规治疗组及温针督脉治疗组患者FIM以及NIHSS评分变化[17]。FIM量表评分标准:包括运动功能及认知功能,评估患者独立情况,总分为126分,分值越高表示越佳[18]。

1.6 统计学方法

将常规治疗组及温针督脉治疗组患者的数据录入SPSS 28.0软件分析以及处理,各组计量数据(头痛如刺、智能减退、语言错乱、口齿不清、躁动不安、神情默默等中医证候积分、hs-CRP、IL-6、MDA、Hcy、MoCA和MMSE量表评分、脑血流动力学指标、FIM和NIHSS量表评分)及计数数据(临床疗效和不良反应等)分别实施t/χ^2检验,当$P<0.05$时,说明数据存在统计学意义。

2 结果

2.1 临床治疗效果比较

温针督脉治疗组患者治疗总有效率比常规治疗组患者更高($P<0.05$)。见表1。

表1 两组脑梗死术后认知障碍患者临床治疗效果比较

单位:例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
常规治疗组	31	17	8	6	25(80.65)
温针督脉治疗组	31	25	6	0	31(100.00)
χ^2值		-	-	-	4.613 1
P值		-	-	-	0.031 7

2.2 治疗不良反应比较

常规治疗组及温针督脉治疗组患者不良反应发生率均较低($P>0.05$)。见表2。

表2 两组脑梗死术后认知障碍患者治疗不良反应情况比较

单位:例(%)

组别	例数	腹泻	头痛	口干	总不良反应
常规治疗组	31	1	1	1	3(9.68)
温针督脉治疗组	31	0	0	1	1(3.23)
χ^2值		-	-	-	0.267 2
P值		-	-	-	0.605 2

2.3 治疗前后中医证候积分变化比较

治疗前各组患者中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后各组患者积分均降低,温针督脉治疗组患者治疗后积分均低于常规治疗组($P<0.05$)。见表3。

2.4 治疗前后血清学指标(hs-CRP及IL-6、MDA及Hcy)变化比较

治疗前各组患者血清学指标(hs-CRP及IL-6、MDA及Hcy)比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后各组患者血清学指标(hs-CRP及IL-6、MDA及Hcy)均改善,温针督脉治疗组患者治疗后血清学指标(hs-CRP及IL-6、MDA及Hcy)均优于常规治疗组($P<0.05$)。见表4。

2.5 治疗前后MoCA及MMSE量表评分变化比较

治疗前各组患者MoCA及MMSE量表评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后各组患者MoCA及MMSE量表评分均提升,温针督脉治疗组患者治疗后MoCA及MMSE量表评分均高于常规治疗组($P<0.05$)。见表5。

2.6 治疗前后脑血流动力学指标(血管外周阻力、平均血流速度以及平均血流量)变化比较

治疗前各组患者脑血流动力学指标(血管外周阻力、平均血流速度以及平均血流量)比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后各组患者脑血流动力学指标(血管外周阻力、平均血流速度以及平均血流量)均改善,温针督脉治疗组患者治疗后脑血流动力学指标(血管外周阻力、平均血流速度以及平均血流量)均优于常规治疗组($P<0.05$)。见表6。

2.7 治疗前后FIM及NIHSS量表评分变化比较

治疗前各组患者FIM及NIHSS量表评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后各组患者FIM及NIHSS量表评分均改善,温针督脉治疗组患者治疗后FIM及NIHSS量表评分均优于常规治疗组($P<0.05$)。见表7。

3 讨论

中医学并无脑梗死术后认知障碍病名,将其纳入“呆病”“痴症”“健忘”“善忘”“多忘”等范畴,影响患者注意力、记忆力等[19-20]。中医学对该病有较多记载,如《景岳全书·杂病谟·癫狂痴呆》记载:“呆证者,凡平素无痰。”《医林改错》记载:“脑为元神之府……记性不在心在脑。”中医学认为,该病病变在脑部,与心肝脾肺肾均具有密切关系[21]。《证治准绳》记载:“瘀血在上,令人健忘”。《伤寒论》记载:“本有久癖血,

表3 两组脑梗死术后认知障碍患者治疗前后中医证候积分变化比较($\bar{x}\pm s$) 单位:分

组别	例数	时间	头痛如刺	智能减退	语言错乱	口齿不清	躁动不安	神情默默
常规治疗组	31	治疗前	2.14±0.16	2.11±0.20	1.95±0.19	1.91±0.22	1.88±0.19	1.79±0.24
		治疗后	0.57±0.07*	0.55±0.08*	0.51±0.06*	0.49±0.04*	0.46±0.06*	0.44±0.05*
温针督脉治疗组	31	治疗前	2.09±0.20	2.08±0.18	1.99±0.22	1.89±0.26	1.90±0.20	1.81±0.30
		治疗后	0.14±0.03*#	0.15±0.04*#	0.14±0.05*#	0.13±0.03*#	0.12±0.04*#	0.13±0.03*#

注:*与治疗前比较,$P<0.05$;#与常规治疗组治疗后比较,$P<0.05$。

表4 两组脑梗死术后认知障碍患者治疗前后血清学指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	hs-CRP/(mg/L)	IL-6/(ng/L)	MDA/(μmol/L)	Hcy/(μmol/L)
常规治疗组	31	治疗前	18.83±2.12	14.59±1.84	5.79±0.56	18.27±2.53
		治疗后	14.25±1.55*	9.56±1.55*	4.11±0.45*	14.16±2.65*
温针督脉治疗组	31	治疗前	18.78±2.05	14.62±1.90	5.82±0.60	18.31±2.49
		治疗后	10.05±1.62*#	7.58±1.49*#	3.24±0.50*#	11.24±1.45*#

注:*与治疗前比较,$P<0.05$;#与常规治疗组治疗后比较,$P<0.05$。

表5 两组脑梗死术后认知障碍患者治疗前后MoCA及MMSE量表评分变化比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	时间	MoCA量表评分	MMSE量表评分
常规治疗组	31	治疗前	21.65±3.12	20.56±2.54
		治疗后	24.35±2.12*	23.85±2.66*
温针督脉治疗组	31	治疗前	21.59±3.06	20.49±2.60
		治疗后	26.15±1.94*#	26.11±1.88*#

注:*与治疗前比较,$P<0.05$;#与常规治疗组治疗后比较,$P<0.05$。

表6 两组脑梗死术后认知障碍患者治疗前后脑血流动力学指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	血管外周阻力/(kPa·S/m)	平均血流速度/(cm/s)	平均血流量/(mL/s)
常规治疗组	31	治疗前	91.12±6.23	14.88±2.43	6.25±1.46
		治疗后	78.34±5.23*	16.45±2.11*	7.88±1.66*
温针督脉治疗组	31	治疗前	91.06±6.30	14.90±2.39	6.23±1.50
		治疗后	71.25±4.93*#	19.20±2.43*#	9.91±1.36*#

注:*与治疗前比较,$P<0.05$;#与常规治疗组治疗后比较,$P<0.05$。

表7 两组脑梗死术后认知障碍患者治疗前后FIM及NIHSS量表评分变化比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	时间	FIM量表评分	NIHSS量表评分
常规治疗组	31	治疗前	86.23±3.84	13.04±2.51
		治疗后	95.23±4.12*	9.11±1.45*
温针督脉治疗组	31	治疗前	86.19±3.90	13.00±2.47
		治疗后	109.45±4.23*#	6.14±1.39*#

注:*与治疗前比较,$P<0.05$;#与常规治疗组治疗后比较,$P<0.05$。

故令喜忘”。瘀血阻络证脑梗死术后认知障碍为较为常见证型,脑为元神之府及精髓之海,患者发生脑梗死后,血停脉中,脑络瘀血阻滞,清窍失养,神机失用,导致认知障碍,故而需采取通络开窍、活血化瘀之法治疗[22]。

本次给予脑梗死术后认知障碍患者温针督脉治疗,取得较好临床效果。督脉上通脑,总督诸阳之气,络一身阳气,可调摄元神。本次取大椎穴、命门穴、神道穴进行温针治疗,其中温针大椎穴可益精填髓、疏通气血、醒神清脑;温针命门穴可温阳补虚,振奋阳气;温针神道穴可壮阳益气、宁心安神,诸穴合刺,具有较好醒脑开窍、疏通气血及活血化瘀之功效,对脑梗死术后认知障碍患者恢复具有较大帮助[23]。本次数据显示,温针督脉治疗组患者治疗总有效率比常规治疗组患者更高,患者不良反应率均较低,提示温针督脉可提高脑梗死术后认知障碍患者治疗效果,促进患者康复,且不良反应少,安全性较高。瘀血阻络证脑梗死术后认知障碍发病后出现头痛如刺、智能减退、语言错乱、口齿不清、躁动不安、神情默默等中医证候,而温针督脉具有较好治疗效果,可改善患者症状。脑梗死后患者脑组织局部缺血缺氧,释放大量炎症因子,hs-CRP及IL-6水平显著上升,影响患者认知功能[24]。而脑损伤后,大量氧自由基和细胞中多元不饱和脂肪酸反应,释放大量脂质过氧化物MDA,损伤患者神经,影响患者认知功能。而有研究指出,Hcy为脑梗死术后认知障碍发病独立影响因素,故而观察hs-CRP、IL-6、MDA及Hcy等血清学指标有助于了解患者认知功能障碍病情好转情况。温针督脉具有一定抗炎及抗氧化应激等作用,有助于降低机体hs-CRP、IL-6、MDA及Hcy等血清学指标,帮助患者恢复。脑梗死术后认知障碍后血流动力学出现异常,故而改善患者脑血流动力学对患者病情恢复具有较大帮助[25]。而本次经治疗后,患者的血管外周阻力、平均血流速度以及平均血流量等脑血流动力学指标均改善,分析原因为温针督脉有助于调节脑血流动力学情况,促进脑部血液流通,对认知功能障碍病情恢复具有较大帮助。温针督脉治疗组治疗后MoCA及MMSE量表评分、FIM及NIHSS量表评分优于常规治疗组,提示温针督脉对改善脑梗死术后认知障碍患者认知功能、神经功能、独立能力等具有较大帮助。

综上所述,温针督脉可促进脑梗死术后认知障碍患者康复,改善患者认知功能、神经功能、独立能力,且治疗安全可靠。

参考文献

[1] 李晋娜,许丽娜,李敏,等. 急性脑梗死患者血清BDNF、IL-18、hs-CRP水平与血管性认知障碍的相关性[J]. 北京大学学报(医学版),2024,56(4):708-714.
[2] 那丽莎,陈毅超,张凯,等. 异钩藤碱对急性脑梗死大鼠认知障碍的影响及机制研究[J]. 中国脑血管病杂志,2024,21(7):444-454.
[3] 樊宇婷,关莹,李冬岩. 针刺结合奥拉西坦治疗脑梗死后轻度认知障碍疗效研究[J]. 陕西中医,2023,44(5):644-647.
[4] 吴小萍,马龙,武玮,等. 脉管复康胶囊联合尼麦角林治疗脑梗死后认知障碍瘀血内阻证的临床效果[J]. 中国医药导报,2023,20(17):86-89.
[5] 辛贵乐,王璐,李季,等. 针康法联合重复经颅磁刺激治疗脑梗死后认知障碍患者的疗效及对其血管新生、脑血流动力学的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2023,18(7):1381-1385,1390.
[6] 高梦菲,王朝霞. 益肾健脑汤联合针刺对脑梗死后轻度认知障碍患者血清miR-27-3p、miR-409-3p表达的影响[J]. 陕西中医,2022,43(3):371-375.
[7] 赵鑫,王珊珊,赵楠楠,等. 补肾益髓汤联合针刺对脑梗死后轻度认知障碍认知功能改善、脑血流动力学及脑红蛋白水平影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2022,24(2):140-144.
[8] 周国锐,岳姣姣,朱涛,等. 通络化痰汤联合依达拉奉治疗脑梗死后血管性认知障碍患者的临床疗效及对其认知功能及血清hs-CRP、TNF-α水平的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2022,17(9):1886-1890,1908.
[9] 王作凤,杨泽华,于洋. 中风醒神合剂联合奥拉西坦治疗脑梗死后轻度认知障碍的疗效[J]. 中南医学科学杂志,2022,50(6):922-925.
[10] 李文颢,吴知凡,王凯,等. 归脾汤合血府逐瘀汤加减治疗脑梗死后轻度认知障碍的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志,2022,28(2):147-153.
[11] 中国卒中学会卒中后认知障碍管理专家委员会. 卒中后认知障碍管理专家共识[J]. 中国卒中杂志,2017,12(6):519-531.

DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.07.037

桂枝茯苓汤加味对宫颈癌术后放化疗及T淋巴细胞的影响

奚蕾,邓立春,邵夏霞,陆超,王司敏,吴春,沈伟生
(江阴市人民医院,江苏 无锡 214400)

摘要:目的 分析桂枝茯苓汤加味对宫颈癌术后放化疗增效作用及对T淋巴细胞亚群水平的影响。方法 回顾性分析2017年1月—2020年5月医院收治的106例宫颈癌患者的资料,所有患者均行宫颈癌根治术,根据术后治疗方式分为研究组(54例,术后放化疗联合桂枝茯苓汤加味治疗)、对照组(52例,术后放化疗治疗),两组术后随访3年。对比两组中医证候评分、肿瘤标志物、T淋巴细胞亚群、免疫球蛋白(Immunoglobulin,Ig)、补体及不良反应情况及抗肿瘤效果。结果 两组治疗后主症、次症中医证候评分均低于治疗前($P<0.05$),研究组治疗后更低($P<0.05$)。两组治疗后癌胚抗原(Carcinoembryonic Antigen,CEA)、糖类抗原125(Carbohydrate Antigen 125,CA125)、鳞状细胞癌抗原(Squamous Cell Carcinoma Antigen,SCCA)均低于治疗前($P<0.05$),研究组治疗后更低($P<0.05$)。研究组治疗前后的Th1/Th2、Th17/Treg、$CD4^+/CD8^+$对比差异均无统计学意义($P>0.05$);对照组治疗后的Th1/Th2、Th17/Treg均高于治疗前,$CD4^+/CD8^+$均低于治疗前($P<0.05$);研究组治疗后Th1/Th2、Th17/Treg低于对照组,$CD4^+/CD8^+$高于对照组($P<0.05$)。研究组治疗前后的IgG、IgM、C3、C4对比差异均无统计学意义($P>0.05$),对照组治疗后的IgG、IgM、C3、C4均低于治疗前($P<0.05$),研究组治疗后的IgG、IgM、C3、C4均高于对照组($P<0.05$)。研究组的皮肤反应、放射性膀胱炎发生率低于对照组($P<0.05$)。研究组的3年无病生存曲线优于对照组($P<0.05$)。结论 桂枝茯苓汤加味治疗用于宫颈癌术后放化疗患者可增强抗肿瘤效果,降低肿瘤标志物,维持机免疫功能稳定,减轻不良反应。

关键词:宫颈癌;桂枝茯苓汤加味;放化疗;疗效;T淋巴细胞亚群
中图分类号:R273.373.3 **文献标志码:**A **文章编号:**1673-7717(2026)07-0214-06

Effect of Modified Guizhi Fuling Decoction(桂枝茯苓汤加味) on Postoperative Radiotherapy and Chemotherapy of Cervical Cancer and T Lymphocyte

XI Lei,DENG Lichun,SHAO Xiaxia,LU Chao,WANG Simin,WU Chun,SHEN Weisheng
(Jiangyin People's Hospital,Wuxi 214400,Jiangsu,China)

基金项目:江苏省自然科学基金面上项目(BK20221220)
作者简介:奚蕾(1976-),女,江苏江阴人,主任中医师,硕士,研究方向:中西医结合肿瘤内科。
通讯作者:沈伟生(1956-),男,江苏江阴人,主任中医师,学士,研究方向:中西医结合治疗肿瘤恶性肿瘤。E-mail:sws6288180@126.com。

[12] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南:中医病证部分[M].北京:中国中医药出版社,2008:53-55.
[13] 李福海,王雪红,刘灵,等.自拟升清益智汤治疗气虚痰阻型脑梗死后轻度血管性认知功能损害的效果[J].中国医药导报,2022,19(33):116-119.
[14] 谢荃,李艳青,陈均莉,等.对卒中后认知障碍的中医病机认识[J].北京中医药大学学报,2022,45(10):1077-1080.
[15] 张卫佳,赵宁宁,师冉.基于数据挖掘及网络药理学探讨中医药治疗卒中后认知障碍的用药规律[J].中医药导报,2023,29(3):167-174.
[16] 闫慈爱,程光宇,张洁琼,等.基于"时脏"理论探讨卒中后认知障碍的病因病机及治疗思路[J].北京中医药大学学报,2024,47(6):802-807.
[17] 王岩,白艳杰,张铭,等.艾灸督脉对肾精亏虚型卒中后轻度认知障碍患者认知功能和中医症状的临床疗效研究[J].中国全科医学,2022,25(12):1487-1492.
[18] 孙悦,班文明,刘秀芳,等.参乌益智胶囊治疗肾精亏虚型卒中后轻度认知障碍临床疗效观察[J].天津中医药,2024,41(8):968-975.
[19] 陈义汝,郝顺发,钱仁义,等.NF-κB信号通路在卒中后认知障碍中的作用及中药干预的研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2024,26(7):197-203.
[20] 余晓梅,张亮亮,张黎.尼麦角林联合经颅刺激仪治疗脑卒中后认知障碍患者的疗效及对脑内代谢的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2024,27(8):966-970.
[21] 高利娜,巩婷,胡亮亮,等.基于"瘀血"探讨铁代谢失衡与卒中后认知障碍的相关性[J].现代中西医结合杂志,2024,33(8):1091-1095.
[22] 李冰,王嘉麟.从"毒损脑络-从化"理论探讨脑卒中后认知障碍病机及针刺治疗思路[J].山东中医杂志,2024,43(5):508-513.
[23] 齐宝云,高飞娟,于久旺,等.基于网络药理学和蛋白质组学实验探讨开心散干预卒中后认知障碍作用机制[J].国际中医中药杂志,2024,46(9):1171-1177.
[24] 冯文锋,杨杨,冯声旺,等.针康法联合健脑醒聪汤治疗缺血性脑卒中后认知障碍患者的疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2024,19(6):1207-1211,1217.
[25] 肖亚平,李秀娟,吴扬,等.基于肠道菌群理论探讨温针灸对卒中后认知障碍的影响[J].国际中医中药杂志,2024,46(1):37-41.