

针刺对慢性酒精中毒性周围神经病患者 神经功能及心理的影响

梅俊华 王俊力 罗利俊 陈国华 张忠文 潘晓峰 魏丹 邵卫

摘要 **目的** 观察针刺疗法对慢性酒精中毒性周围神经病(chronic alcoholic peripheral neuropathy, CAPN)患者神经功能及心理的影响。**方法** 采用随机数字表法将 120 例 CAPN 患者分为针刺治疗 A 组、针刺治疗 B 组及普通治疗组,每组 40 例。3 组均给予常规药物治疗。在此基础上,针刺治疗 A 组取穴脾俞、胃俞、血海、阴陵泉、足三里、阳陵泉、解溪、悬钟、陷谷、太溪、曲池、外关、合谷等治疗,针刺治疗 B 组在针刺治疗 A 组方案基础上加选四神聪、印堂、内关、太冲、三阴交、太阳治疗。每日 1 次,14 日为 1 个疗程,治疗 2 个疗程。后隔日针刺 1 次,治疗 14 次,共 4 周。连续治疗 8 周。观察治疗前后下肢神经损害量表(Neuropathy Impairment Score in the Lower Limbs, NIS-LL)、神经系统症状评分(Neurological Severity Score, NSS)评分、汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)及汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)评分并检测运动神经传导速度(motor nerve conduction velocity, MCV)及感觉神经传导速度(sensory nerve conduction velocity, SCV)变化。**结果** 与本组治疗前比较,治疗 8 周后,3 组 NIS-LL、NSS 评分均明显降低($P < 0.05$)。与普通治疗组比较,针刺治疗 A、B 组治疗后 NIS-LL、NSS 评分均降低($P < 0.05$),且针刺治疗 B 组评分下降更明显($P < 0.05$);与本组治疗前比较,治疗 8 周后,针刺治疗 A 组、针刺治疗 B 组正中神经、尺神经、腓总神经、胫神经 MCV、SCV 均增加($P < 0.05$);普通治疗组正中神经 MCV、腓总神经、胫神经 MCV、SCV 增加($P < 0.05$);与普通治疗组比较,针刺治疗 A 组及 B 组治疗后正中神经 SCV、尺神经、腓总神经及胫神经 MCV、SCV 明显增加($P < 0.05$),针刺治疗 B 组尺神经 MCV、腓总神经及胫神经 MCV、SCV 增加较针刺治疗 A 组更明显($P < 0.05$);与本组治疗前比较,治疗 8 周后,针刺治疗 A 组及 B 组 HAMD、HAMA 评分明显降低,普通治疗组 HAMD 评分亦明显降低(均 $P < 0.05$),针刺治疗 B 组 HAMD、HAMA 评分降低水平较针刺治疗 A 组更明显($P < 0.05$)。**结论** 针刺治疗可显著改善 CAPN 患者的神经功能,加选四神聪、印堂、太冲、三阴交、太阳诸穴对其合并的焦虑及抑郁有改善作用。

关键词 针刺治疗;慢性酒精中毒性周围神经病;神经心理因素

Effects of Acupuncture on Neurofunction and Neuropsychological Factors of Chronic Alcoholic Peripheral Neuropathy Patients MEI Jun-hua, WANG Jun-li, LUO Li-jun, CHEN Guo-hua, ZHANG Zhong-wen, PAN Xiao-feng, WEI Dan, and SHAO Wei *Department of Neurology, First Hospital of Wuhan City, Wuhan (430022)*

ABSTRACT **Objective** To observe the effects of acupuncture on neurofunction and neuropsychological factors of chronic alcoholic peripheral neuropathy (CAPN) patients. **Methods** Totally 120 CAPN patients were assigned to the common treatment group, acupuncture group A, and acupuncture group B according to random digit table, 40 in each group. All patients received conventional drug therapy. Besides, patients in the acupuncture group A were additionally needled at Pishu (BL20), Weishu (BL21), Xuehai (SP10), Yinlingquan (SP9), Zusanli (ST36), Yanglingquan (GB34), Jiexi (ST41), Xuanzhong (GB39), Xiangu (ST43), Taixi (KI3), Quchi (LI11), Waiguan (SJ5), Hegu (L4), and so on. On these bases pa-

基金项目:武汉市卫生局科研项目(No.WZ13D18)

作者单位:武汉市第一医院神经内科(武汉 430022)

通讯作者:邵卫, Tel: 027-85332144, E-mail: xiaomeijh@163.com

DOI: 10.7661/CJIM.2015.12.1463

tients in the acupuncture group B were needled at Sishencong (EX-HN1), Yintang (EX-HN3), Neiguan (PC6), Taichong (LR3), Sanyinjiao (SP6), and Taiyang (EX-HN5). Acupuncture was performed once a day, 14 times as a course; and then once on every other day, 14 times in total for 4 weeks. All treatment lasted for 8 successive weeks. Neuropathy Impairment Score in the Lower Limbs (NIS-LL), Neurological Severity Score (NSS), Hamilton Depression Scale (HAMD), and Hamilton Anxiety Scale (HAMA) were assessed, motor nerve conduction velocity (MCV) and sensory nerve conduction velocity (SCV) were detected before and after treatment. Results After 8 weeks of treatment the scores of NIS-LL and NSS significantly decreased in the 3 groups, with statistical difference as compared with before treatment ($P < 0.05$). Scores of NIS-LL and NSS decreased more in acupuncture groups A and B than in the common treatment group ($P < 0.05$), and more obvious in acupuncture group B ($P < 0.05$). Compared with the same group before treatment, MCV and SCV of median nerve, ulnar nerve, common peroneal nerve and tibial nerve increased in acupuncture treatment group A and B after 8-week treatment ($P < 0.05$). MCV of median nerve, MCV and SCV of common peroneal nerve and tibial nerve significantly increased in the common treatment group ($P < 0.05$). Compared with the common treatment group, SCV of median nerve, MCV and SCV of ulnar nerve, common peroneal nerve and tibial nerve obviously increased in acupuncture treatment groups A and B after treatment ($P < 0.05$). MCV of ulnar nerve, MCV and SCV of common peroneal nerve and tibial nerve obviously increased more in acupuncture treatment group A than in acupuncture treatment group B ($P < 0.05$). At week 8 after treatment scores of HAMD and HAMA were obviously lowered in acupuncture groups A and B, with statistical difference as compared with before treatment ($P < 0.05$). The scores of HAMD were also decreased in the common treatment group, as compared with before treatment ($P < 0.05$). At week 8 after treatment scores of HAMD and HAMA were obviously lowered more in acupuncture treatment group B than in acupuncture treatment group A ($P < 0.05$). Conclusion Acupuncture therapy could effectively improve the neurofunction of CAPN patients, and improve complicated anxiety and depression by additionally needling at Sishencong (EX-HN1), Yintang (EX-HN3), Taichong (LR3), Sanyinjiao (SP6), and Taiyang (EX-HN5).

KEYWORDS acupuncture therapy; chronic alcoholic peripheral neuropathy; neuropsychological factor

慢性酒精中毒是临床常见的病症,随着社会经济的发展、生活水平的提高,酒精中毒的发病率正逐年增加,成为男性患者的多发病、常见病之一^[1]。慢性酒精中毒引起的神经系统损害以周围神经发病率最高,且饮酒量越大、时间越长,周围神经损害越重^[2],周围神经损害也是神经系统受累的最早表现,受累的周围神经包括运动神经、感觉神经和自主神经,严重者可致肌肉萎缩,行走困难,对患者身心均造成严重伤害,且目前临床尚无明显有效的治疗方法。针刺治疗因其不良反应小、疗效明显,日益得到广泛的重视与应用。本研究采用随机对照方法,通过针药并治方法治疗慢性酒精中毒性周围神经病(chronic alcoholic peripheral neuropathy, CAPN),并探讨其神经心理因素的影响。

资料与方法

1 诊断标准 目前酒精中毒性周围神经病的诊断尚无统一的标准,本实验采用 Goodwin DW^[3]等提出的酒精中毒的诊断标准,同时结合国内学者^[4]对于

此病的定义,制定诊断标准如下:(1)饮酒史,每日 150 mL,1 年以上,或每周 1 次,每次 >300 mL 超过 1 年;(2)慢性进行性周围神经受累的症状和体征,其特点为感觉神经受累较运动神经重,双下肢受累较双上肢重,深感觉障碍多见;(3)神经活检或肌电图表现为周围神经性损害,排除糖尿病、感染、中毒等病因;(4)可伴有中枢神经系统受累和(或)皮肤营养障碍;(5)排除其他原因所致周围神经受累疾病;(6)戒酒后症状可部分恢复。

2 纳入标准与排除标准 纳入标准:(1)符合上述诊断标准;(2)能配合完成神经心理量表检查;(3)患者知情同意。排除标准:(1)严重器质性疾病、精神疾病的患者及不能配合研究者;(2)已接受周围神经损害相关治疗者。

3 一般资料 120 例均为 2010 年 1 月—2014 年 8 月武汉市第一医院神经内科门诊或住院治疗的 CAPN 患者,采用随机数字表法分为针刺治疗 A 组、针刺治疗 B 组及普通治疗组。患者均为男性,年龄

30~75 岁,平均(43.8±14.7)岁。饮酒史 10~40 年,平均(18.5±3.8)年。每日饮酒量 80~250 mL。3 组患者年龄、性别、饮酒年限、病程等一般资料比较(表 1),差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究试验方案经武汉市第一医院伦理委员会批准。

表 1 3 组患者一般资料比较

项目	针刺治疗 A 组 (40 例)	针刺治疗 B 组 (40 例)	普通治疗组 (40 例)
性别(例,男/女)	40/0	40/0	40/0
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	45.1±12.8	47.6±11.9	46.8±10.8
饮酒年限(年, $\bar{x}\pm s$)	18.5±4.7	19.8±5.8	21.1±5.4
病程(年, $\bar{x}\pm s$)	5.5±1.7	5.1±1.6	5.3±1.8

4 治疗方法 普通治疗组予维生素 B1 注射液 100 mg,维生素 B12 注射液 500 μg 隔日肌肉注射 1 次。在此基础上,针刺治疗 A 组采用针刺取穴脾俞、胃俞、血海、阴陵泉、足三里、阳陵泉、解溪、悬钟、陷谷、太溪、曲池、外关、合谷等。针刺治疗 B 组在针刺治疗 A 组方案基础上加选四神聪、印堂、内关、太冲、三阴交、太阳。以上两组均常规消毒后,选 0.30 mm×25 mm~0.30 mm×40 mm 毫针,嘱患者全身放松,穴位局部常规消毒,针刺得气后,每次留针 25 min,每日 1 次,14 天为 1 个疗程,共两个疗程;后隔日针刺 1 次,治疗 14 次。以上 3 组治疗期间停用其他血管扩张药、止痛药,连续治疗 8 周。

5 检测方法 3 组患者均采用下肢神经损害量表(Neuropathy Impairment Score in the Lower Limbs, NIS-LL)和神经系统症状评分(Neurological Severity Score, NSS)测定神经功能,评价临床症状;采用肌电图检测运动及感觉神经传导功能;应用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)及汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)评价神经心理状态。在治疗前及治疗后第 8 周均由受过专业训练并经一致性测试合格的神经科医师完成 NIS-LL、NSS 及 HAMA 及 HAMD 量表检测,并在本院电生理室完成电生理检查。

5.1 NIS-LL 及 NSS 评分测定 参照文献[5-7],根据双下肢的肌力、感觉、腱反射进行 NIS 评分。肌力检查正常计 0 分, <25% 计 1 分,减少 26%~50% 计 2 分,减少 51%~75% 计 3 分,完全不能活动计 4 分。感觉检测部位为双侧大脚趾,包括触觉、针刺觉、音叉震动觉、关节位置觉,腱反射检查包括膝反射、踝反射,各项正常计 0 分,减退计 1 分,消失计 2 分。NIS-LL ≥ 2 分为异常。NSS 评分^[8,9]测定方法如下:患者下肢麻木、灼痛或刺痛计 2 分;乏力、下肢痉挛或隐痛计

1 分;无上述症状计 0 分。上述症状出现在足部计 2 分,小腿计 1 分,其他部位计 0 分;出现在白天计 0 分,全天计 1 分,夜间计 2 分,若因疼痛或不适从睡眠中惊醒加 1 分。轻度:3~4 分,中度:5~6 分,重度:7~9 分。

5.2 运动及感觉传导速度测定 均由本院肌电图医师采用丹麦维迪 K4 型肌电图仪进行检测。分别测定每例检测对象正中神经、尺神经、腓总神经和胫神经的运动神经传导速度(motor nerve conduction velocity, MCV)及感觉神经传导速度(sensory nerve conduction velocity, SCV)。

5.3 神经心理测定 采用 18 项版本的 HAMD 评价抑郁程度^[9]。HAMD 总分 <8 分为无抑郁,8~17 分为轻度抑郁,18~24 分为中度抑郁, ≥ 25 分为重度抑郁。采用 HAMA 评价焦虑程度^[10],包括 14 个项目,所有项目采用 5 级评分法:总分 >29 分,为严重焦虑;总分 21~29 分,为重度焦虑;总分 14~20 分,为中等焦虑;7~13 分为轻度焦虑;总分 <7 分,为无焦虑症状。测试时统一导语,要求受试者认真准确填写每项内容。对于文化程度低、难以理解量表含义者,由医护人员协助完成测试工作。

6 不良反应观察 治疗 4、8 周时检查患者血常规及肝、肾功能,如严重异常则积极予以对症处理,必要时停止研究。

7 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计学软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用单因素方差分析及秩和检验,两两比较采用 Kruskal-Wallis 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 病例完成情况 针刺治疗 A 组因不能耐受针刺疼痛及经济原因脱落 3 例,针刺治疗 B 组因经济原因及家庭原因脱落 3 例,普通治疗组因经济原因及患者不配合脱落 2 例。治疗期间未发现其他不良事件发生。

2 各组治疗前后 NIS-LL 及 NSS 评分比较(表 2) 治疗前 3 组 NIS-LL 及 NSS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。与本组治疗前比较,治疗后 3 组患者 NIS-LL 及 NSS 评分均降低($P<0.05$)。与普通治疗组比较,针刺治疗 A、B 组治疗后 NIS-LL 及 NSS 评分均降低($P<0.05$),且针刺治疗 B 组 NIS-LL 及 NSS 评分低于针刺治疗 A 组($P<0.05$)。

3 各组治疗前后 MCV 及 SCV 比较(表 3) 治疗前 3 组 MCV 及 SCV 比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。与本组治疗前比较,治疗后针刺治疗 A 组、针

表 2 各组治疗前后 NIS-LL 及 NSS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	NIS-LL	NSS
针刺治疗 A	治疗前	40	13.28 ± 1.81	7.45 ± 1.61
	治疗后	37	7.81 ± 2.53* [△]	3.78 ± 1.43* [△]
针刺治疗 B	治疗前	40	13.58 ± 2.31	7.85 ± 1.48
	治疗后	38	5.81 ± 1.23* [△]	2.78 ± 1.13* ^{△▲}
普通治疗	治疗前	40	12.98 ± 2.51	7.57 ± 1.86
	治疗后	37	9.81 ± 3.23*	5.78 ± 1.32*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与普通治疗组同期比较,[△] $P < 0.05$;与针刺治疗 A 组同期比较,[▲] $P < 0.05$;下表同

表 3 各组治疗前后 MCV 及 SCV 比较 (m/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	正中神经		尺神经		腓总神经		胫神经	
			MCV	SCV	MCV	SCV	MCV	SCV	MCV	SCV
针刺治疗 A	治疗前	40	46.35 ± 1.81	46.78 ± 1.54	45.55 ± 3.43	47.35 ± 2.85	43.28 ± 3.54	43.28 ± 3.54	42.54 ± 3.35	43.38 ± 3.14
	治疗后	37	51.12 ± 1.81*	53.12 ± 1.79* [△]	50.32 ± 1.83* [△]	52.34 ± 1.91*	51.22 ± 2.79*	51.22 ± 2.79*	51.32 ± 1.85* [△]	52.35 ± 2.76* [△]
针刺治疗 B	治疗前	40	48.53 ± 1.96	45.45 ± 3.76	45.53 ± 2.23	47.53 ± 2.95	42.95 ± 3.76	42.95 ± 3.76	43.51 ± 3.23	42.85 ± 3.46
	治疗后	38	53.12 ± 1.81*	50.19 ± 2.03* [△]	53.32 ± 3.85* ^{△▲}	53.62 ± 2.81* [△]	54.19 ± 3.03* ^{△▲}	55.19 ± 3.03* ^{△▲}	54.32 ± 3.45* ^{△▲}	53.89 ± 3.76* ^{△▲}
普通治疗	治疗前	40	47.55 ± 1.67	44.50 ± 2.54	44.95 ± 2.37	47.85 ± 2.67	43.70 ± 2.58	43.70 ± 2.58	41.95 ± 3.327	43.90 ± 2.56
	治疗后	37	50.14 ± 1.78*	45.34 ± 2.58	46.14 ± 1.88	50.32 ± 1.65	49.34 ± 2.08*	49.44 ± 2.08*	46.14 ± 1.88*	49.74 ± 2.58*

刺治疗 B 组正中神经、尺神经、腓总神经、胫神经 MCV、SCV 增加 ($P < 0.05$),普通治疗组正中神经 MCV,腓总神经、胫神经 MCV、SCV 亦增加 ($P < 0.05$)。与普通治疗组比较,针刺治疗 A、B 组治疗后正中神经 SCV,尺神经、腓总神经及胫神经 MCV、SCV 明显增加 ($P < 0.05$);且针刺治疗 B 组尺神经 MCV、腓总神经及胫神经 MCV、SCV 较针刺治疗 A 组增加更明显 ($P < 0.05$)。

4 各组治疗前后 HAMD 及 HAMA 评分比较 (表 4) 治疗前 3 组患者 HAMD、HAMA 评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。与本组治疗前比较,治疗 8 周后,针刺治疗 A 组、B 组 HAMD 及 HAMA 评分降低,普通治疗组 HAMD 亦明显降低 (均 $P < 0.05$)。与普通治疗组比较,针刺治疗 A、B 组 HAMA 评分明显降低 ($P < 0.05$);且针刺治疗 B 组 HAMD、HAMA 评分较针刺治疗 A 组降低更明显 ($P < 0.05$)。

表 4 各组不同时间 HAMD 及 HAMA 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	HAMD	HAMA
针刺治疗 A	治疗前	40	13.82 ± 0.92	16.72 ± 0.92
	治疗后	37	9.98 ± 0.85*	12.34 ± 0.85* [△]
针刺治疗 B	治疗前	40	12.93 ± 0.86	16.54 ± 1.03
	治疗后	38	7.44 ± 0.54* ^{△▲}	9.45 ± 0.79* ^{△▲}
普通治疗	治疗前	40	12.97 ± 1.04	16.72 ± 0.92
	治疗后	37	10.34 ± 0.64*	15.34 ± 1.05

讨论

长期大量饮酒可使机体对酒精产生依赖,同时引起多个器官系统的改变而影响其正常功能。酒精或其初级代谢物乙醛对轴突运输的干扰及引起的营养代谢障碍、分子及信号转导异常等导致了 CAPN 的发生、发展^[11]。国内文献报道,摄入酒精总量及饮酒时间与周围神经损害密切相关^[12]。随着酒精中毒的发病率逐年增加,酒精中毒性周围神经病的发病人群也逐渐增多。既往研究显示,每日饮酒 250 mL 长达 10 年以上,将有 1/3 患者发生周围神经病^[13],出现肢体疼痛、感觉迟钝等症状,严重可出现肢体无力、步态障碍甚至残疾,给患者的身心及生活质量均带来巨大痛苦^[2,14]。该病目前治疗方法有限,尚缺乏理想的治疗药物与手段。

本病属中医学“痿证”范畴,主要多因长期饮酒湿热内生,郁蒸浸淫筋脉,阻滞气血而致筋脉废弛。针刺治疗具有通经活络、活血化瘀的功效。既往已有学者采用针刺治疗糖尿病周围神经病变,其通过通经活络而加快血液流速,改善微循环,进而改善周围神经的供血、供氧,促进受损神经修复,改善糖尿病周围神经病变的临床症状和神经传导功能^[15,16],从而达到治疗目的。另有研究表明,针刺治疗对于周围神经疾病的疼痛症状改善方面有其独特的优势^[17]。但针刺治疗对 CAPN 的疗效目前国内外的系统研究还较少。

本研究对针刺治疗两组患者取穴脾俞、胃俞、血海、

阴陵泉、足三里、阳陵泉、解溪、悬钟、陷谷；上肢取曲池、外关、合谷等。脾主肌肉四肢，运化水湿，为“后天之本，气血生化之源”，故取脾俞、胃俞二背俞穴补益脾胃、扶正补虚，对湿邪浸淫之痿证，还可起到健脾化湿作用。同时，阳明为多气多血之经，取手足阳明经之足三里、解溪、陷谷、曲池、合谷通调经脉气血，加少阳经之阳陵泉、悬钟、外关鼓动阳气，助功能恢复。肾阴为一身阴液之根本，故取足少阴原穴太溪益肾滋阴，同时加血海养血活血。诸穴相配，共奏益气养血、活血通络、濡养筋脉肌肤之效，从而改善局部缺血症状及神经功能。本研究结果提示，针刺治疗组治疗后 NIS-LL、NSS 评分及肌电图 MCV 及 SCV 均优于普通治疗组。

既往研究提示，CAPN 患者有诸多躯体不适感，在人际交往中自卑、敏感、消极、脾气暴躁且不易控制，存在一些强迫、焦虑、抑郁等不良心理问题^[18]。在本研究中，课题组对入组患者 HAMA 及 HAMD 等评分进行测定，也发现患者存在焦虑和抑郁等不良情绪。分析其产生的机制较复杂，一方面酒精依赖患者生存质量差^[19]，存在多方面的心理问题及特有的人格特点，且与长期酒精依赖带给患者强烈的精神刺激、患者社会角色改变等应激导致患者心理调节机能障碍及社会适应力下降有关。另一方面，与长期肢体疼痛、无力、感觉障碍等痛苦造成的心身损害有关。有文献表明，下丘脑—垂体—肾上腺轴(hypothalamic-pituitary-adrenal axis, HPA)也参与了这一发病过程^[20]。既往研究表明^[21]，心理状态会使神经损害相关的症状如痛触觉，无力等加重，愉快、兴奋、有信心等一些积极的情绪会有效减轻患者的疼痛反应；相反，恐惧、焦虑、悲伤、失望等消极情绪则会致使患者的疼痛感觉增强，因此患者的心理状态将影响 CAPN 治疗的效果。

针刺治疗对周围神经疾病的治疗已有较多研究^[22,23]，但目前国内外较少有针刺治疗对 CAPN 心理因素的影响研究的相关报道。本研究对针刺治疗 B 组在以上取穴的基础上加选百会、四神聪、印堂、内关、太冲、三阴交、太阳，诸穴同用，共奏疏肝解郁、宁心安神、清热泻火之功，可改善患者精神症状，疏解抑郁情绪。结果表明，针刺治疗 B 组 CAPN 患者 HAMA、HAMD 评分明显改善，提示针刺治疗 B 组取穴方式对 CAPN 患者的神经心理因素有更积极的影响；且针刺治疗 B 组神经缺损评分及 MCV、SCV 也明显优于针刺治疗 A 组，一方面说明针刺治疗对于患者的神经心理因素有改善作用，另一方面也说明对于 CAPN 患者，在治疗中改善其焦虑抑郁状态有利于提高该病的

整体治疗效果，为针刺治疗在该病诊治中的进一步推广提供了依据。

参 考 文 献

- [1] 王伟, 王晨光, 平二军. 慢性酒精中毒患者健康状况及相关影响因素分析[J]. 中国健康教育, 2008, 34(5): 337-352.
- [2] Koike H, Lijima M, Sugiura M, et al. Alcoholic neuropathy is clinicopathologically distinct from thiamine deficiency neuropathy[J]. Ann Neurol, 2003, 54(1): 19-29.
- [3] Goodwin DW, Schulsinger F, Knop J, et al. Alcoholism and depression in adopted-out daughters of alcoholics[J]. Arch Gen Psychiatry, 1977, 34(7): 751-755.
- [4] 冯昱, 柳忠兰, 王青. 慢性酒精中毒性周围神经病(附 26 例临床分析)[J]. 中风与神经疾病杂志, 2002, 19(3): 173-174.
- [5] Brill V. NIS-LL: the primary measurement scale for clinical trial endpoints in diabetes[J]. Eur Neurol, 1999, 41(1): 8-13.
- [6] Tesfaye S, Tandan R, Bastyr EJ, et al. Factors that impact symptomatic diabetic peripheral neuropathy in placebo-administered patients from two 1-year clinical trials[J]. Diabetes Care, 2007, 30(10): 2626-2632.
- [7] Meijer JW, van Sonderen E, Blaauwwekel EE, et al. Diabetic neuropathy examination: a hierarchical scoring system to diagnose distal polyneuropathy in diabetes[J]. Diabetes Care, 2000, 23(6): 750-753.
- [8] Harbo T, Andersen H, Overgaard K, et al. Muscle performance relates to physical function and quality of life in long-term chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy[J]. J Peripher Nerv Syst, 2008, 13(3): 208-217.
- [9] Ali M, Alireza B, Homayra R. Valid diabetic of Michigan neuropathy screening instrument for diabetic peripheral neuropathy[J]. Clin Neurol Neurosurg, 2006, 108(5): 477-481.
- [10] 许贤豪主编. 神经心理量表检测指南[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007: 85.
- [11] Van Anh Nguyen, Tran Le, Tong M. Experimental alcohol-related peripheral neuropathy: role of insulin/IGF resistance[J]. J Nutrients, 2012, 4(8): 1042-1057.
- [12] 张虹, 杜华, 李本红, 等. 电生理学检查对慢性乙醇中毒性周围神经病的诊断价值[J]. 临床神经电生理学杂

- 志, 2002, 11(4): 237-239.
- [13] 汤晓芙主编. 临床肌电图学[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1995:193.
- [14] Hawley RJ, Kurtzke JF, Armbrustmacher VW, et al. The course of alcoholic-nutritional peripheral neuropathy [J]. Acta Neurol Scand, 1982, 66(5): 582-589.
- [15] 任建军. 针刺治疗糖尿病周围神经病变 30 例[J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(4): 26-27.
- [16] 袁鹤庭. 针刺治疗糖尿病周围神经病变致手足麻木疼痛[J]. 中国针灸, 2006, 26(3): 225-226.
- [17] Ahn AC, Bennani T, Freeman R, et al. Two styles of acupuncture for treating painful diabetic neuropathy - a pilot randomized control trial [J]. Acupunct Med, 2007, 25(1-2): 11-17.
- [18] 梅俊华, 罗利俊, 邵卫, 等. 慢性酒精中毒性周围神经病患者神经心理因素特点及影响研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2015, 24(6): 513-516.
- [19] Srivastava S, Bhatia MS. Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence [J]. Ind Psychiatry, 2013, 22(1): 41-46.
- [20] Stephens MA, Wand G. Stress and the HPA axis role of glucocorticoids in alcohol dependence [J]. Alcohol Res, 2012, 34(4): 468-483.
- [21] Dworkin RH, Panarites CJ, Armstrong EP, et al. Healthcare utilization in people with postherpetic neuralgia and painful diabetic peripheral neuropathy [J]. J Am Geriatr Soc, 2011, 59(5): 827-836.
- [22] 闫继红. 针刺联合弥可保治疗糖尿病周围神经病变 46 例疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2007, 26(9): 14-15.
- [23] 许炜茹, 花宝金, 侯炜, 等. 针刺治疗化疗药物所致周围神经病变: 随机对照研究 [J]. 中国针灸, 2010, 30(6): 457-460.

(收稿: 2014-12-21 修回: 2015-09-18)

第 6 次全国中西医结合传染病学术会议暨第三届中国中西医结合学会 传染病专业委员会换届会议纪要

2015 年 10 月 16—18 日, 第 6 次全国中西医结合传染病学术会议暨第三届中国中西医结合学会传染病专业委员会换届会议在深圳市召开, 会议共收到论文 139 篇, 参会代表 330 余人。本次学术讲座包括中国科学院微生物研究所高福院士的“病毒跨种传播: 流感、莫斯与埃博拉”、北京协和医院李太生教授的“中枢神经系统感染诊治体会”、中国医学科学院病原微生物研究所金奇研究员的“结核潜伏感染在中国”、上海公共卫生临床中心卢洪洲教授的“传染病相关的伦理思考”、全军结核病研究所张广宇教授的“结核病诊断难题的思考”、解放军第三军医大学西南医院王宇明教授的“核苷(酸)类似物治疗: 从基本终点到满意终点”、中国中医科学院王健教授的“中医药治疗艾滋病的起点、难点和突破点”、首都医科大学钱英教授的“截断逆挽法治疗慢重肝”、中山大学第三医院崇雨田教授的“核苷(酸)类似物治疗慢性乙型肝炎的长期性”、北京佑安医院李宁教授的“转换医学在传染病研究中的应用”、深圳市第三人民医院刘映霞教授的“替诺福韦的临床应用”、北京市中西医结合传染病研究所李秀惠教授的“构建中西医结合传染病学体系思考”等。

另外, 本次会议进行了第三届中国中西医结合学会传染病专业委员会换届, 选举产生了新一届中西医结合传染病专业委员会。聂广教授当选主任委员, 刘映霞教授当选候任主任委员, 副主任委员由钟森、李宁、卢洪洲、张明香、李芹、李鑫等教授担任, 秘书长为李勇教授。新一届专业委员会聘请上两届主委周伯平教授为名誉主委, 并聘请李兰娟院士、高福院士、钱英教授、吕文良教授、王宇明教授、周先志教授、陈建杰教授、曹武奎教授、王融冰教授、李筠教授、田德英教授为顾问。