

# 常规西药联合补脾强力汤治疗重症肌无力疗效观察

宋彬彬

(河南省洛阳市中心医院 TCD 室 洛阳 471000)

**摘要:**目的:探讨常规西药与补脾强力汤联合治疗重症肌无力(I型、IIa型)的临床疗效及预后。方法:选取2011年2月~2016年2月我院收治的重症肌无力患者200例,随机分为研究组和对照组各100例。研究组给予常规西药与补脾强力汤联合治疗,对照组给予常规西药治疗,比较两组临床治疗总痊愈率及复发率。结果:研究组临床治疗总痊愈率明显高于对照组,复发率低于对照组( $P<0.05$ )。结论:常规西药与补脾强力汤联合治疗重症肌无力(I型、IIa型)临床效果显著,复发率低,且预后良好,可作为治疗重症肌无力的首选方案。

**关键词:**重症肌无力;补脾强力汤;疗效;预后

中图分类号:R746.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.026

本研究为观察常规西药与补脾强力汤联合治疗重症肌无力(I型、IIa型)的临床疗效及预后,选取100例重症肌无力患者进行分析。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2011年2月~2016年2月我院收治的重症肌无力患者200例,随机分为研究组和对照组各100例。研究组男55例,女45例;年龄12~67岁,平均年龄( $36.12 \pm 6.34$ )岁;Osserman分型:I型60例,IIa型40例。对照组男54例,女46例;年龄13~67岁,平均年龄( $36.15 \pm 6.32$ )岁;Osserman分型:I型61例,IIa型39例。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$ ,具有可比性。

**1.2 纳入与排除标准** (1)纳入标准:经体征检查、疲劳试验、病史询问、肌电图检查等明确诊断为重症肌无力I型、IIa型者;中医辨证分型为脾肾两虚证型;患者及其家属签署知情同意书;中途无失访病例。(2)排除标准:入组前接受过胆碱酯酶抑制剂、免疫抑制剂治疗;合并有胸腺瘤、甲状腺功能异常者及其他严重内科疾病者;入组前存在肌无力危象者。

## 1.3 治疗方法

**1.3.1 对照组** 给予常规西药治疗,甲基强的松龙(国药准字H20060054)1000 mg 静脉注射,1次/d,每隔3~5 d 剂量减半;给予溴吡斯的明片(国药准字H31020867)口服,60 mg/次,3次/d,儿童用药剂量减半,3次/d。甲基强的松龙用药剂量减至60 mg后,每日早上八点口服醋酸泼尼松片(国药准字H20058375),1 mg/(kg·d),随后每隔3 d 减少5 mg,直至以10 mg 的剂量维持,持续用药6个月,治疗期间注意补钾。

**1.3.2 研究组** 在对照组基础上加用补脾强力汤,方剂组成:党参20 g,制首乌、枸杞、黄芪、白术、仙灵脾、菟丝子各1 g,升麻、柴胡、当归各10 g,陈皮6 g,甘草5 g。便溏者加茯苓15 g、山药20 g,腹胀纳差者

加炒二芽、焦楂各20 g,畏寒者加附片15 g。用水煎煮取汁300 ml,每日早晚温服,共持续治疗6个月。

**1.4 观察指标及疗效判定** (1)比较两组临床治疗痊愈率,采用美国重症肌无力协会制定的定量重症肌无力评分(QMG)进行疗效判定,包括眼睑下垂、复视、面部肌力、构音、吞咽、肺活量占预期百分比、双臂侧平举、双手握力、抬头、抬腿等13项内容,满分39分,评分越高,症状越重。判定标准<sup>[1]</sup>:治疗后,QMG评分较前降低95%以上为痊愈;治疗后,QMG评分较前降低80%~95%为基本痊愈;治疗后,QMG评分较前降低50%~79%为显效;治疗后,QMG评分较前降低25%~49%为有效;治疗后,QMG评分较前降低25%为无效。总痊愈率=(痊愈+基本痊愈)/总例数 $\times 100\%$ 。(2)比较两组随访6个月后复发情况。**1.5 统计学方法** 在SPSS19.0统计学软件输入本组研究所得数据,计数资料以百分比表示,进行 $\chi^2$ 检验,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,进行 $t$ 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 研究组治疗总痊愈率为27.00%,明显高于对照组的11.00%, $P<0.05$ 。见表1。

表1 两组临床疗效比较

组别	n	痊愈(例)	基本痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总痊愈率(%)
研究组	100	10	17	49	24	0	27.00
对照组	100	4	7	29	60	0	11.00
$\chi^2$							8.317
P							<0.05

**2.2 两组复发率比较** 研究组复发率为3.00%,明显低于对照组的12.00%, $P<0.05$ 。见表2。

表2 两组复发率比较

组别	n	复发(例)	未复发(例)	复发率(%)
研究组	100	3	97	3.00
对照组	100	12	88	12.00
$\chi^2$				5.838
P				<0.05

### 3 讨论

重症肌无力是指由补体参与、细胞免疫依赖、乙酰胆碱受体抗体介导的,神经肌肉接头部位出现传导障碍的一种获得性自身免疫性疾病,病变主要累及神经肌肉接头部位突触后膜上的乙酰胆碱受体,严重者可累及全身的骨骼肌,以受累骨骼肌易疲乏、休息并使用胆碱酯酶药物后有所恢复为主要表现,影响患者日常生活及工作<sup>[2-4]</sup>。

临床上对重症肌无力的治疗提出新方案以促进疗效,其中以糖皮质激素、免疫抑制剂、胆碱酯酶抑制剂等药物治疗为主,但存在疗程长、病情易反复、不良反应明显等缺点<sup>[5]</sup>。近年来,中西医结合治疗成为重症肌无力的新途径。中医认为<sup>[6]</sup>,治疗重症肌无力的关键在于养肾健脾,通过益气活血实现调节免疫的目的。补脾强力汤中的黄芪可有效增强自然杀伤细胞的活性,升麻、党参可调节 T 淋巴细胞、胸腺的免疫功能,促使活性花环形成,增强淋巴细胞的转化率。当归有养血活血的作用,可提升人体全身代谢能力;制首乌有强筋健骨、补益肝肾的作用;枸杞、

白术配合具有补益肾气的功效;诸药合用,共奏调节免疫、补脾益肾、强壮筋骨、活血养血之功效,与西药联合应用,起效迅速,可有效改善其临床症状,缩短疗程。

本研究结果显示,研究组总痊愈率高于对照组,复发率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。说明常规西药与补脾强力汤联合治疗重症肌无力(I型、IIa型)临床效果显著,治愈率高,且预后良好,可作为治疗重症肌无力的推荐方案。

#### 参考文献

[1]张其刚,谭胜,童向东,等.应用定量评分分析重症肌无力患者术后疗效及其影响因素[J].中华医学杂志,2005,85(30):2144-2145  
 [2]贾瑞芳,孟小燕,周淑珍,等.顺阿曲库铵用于麻醉诱导气管插管的肌松效应与重症肌无力分型的关系[J].中华麻醉学杂志,2017,37(4):454-457  
 [3]周萍,孙勇,曾志华,等.补脾益肾升白汤联合甘露聚糖肽治疗白细胞减少症脾肾两虚证[J].实用医学杂志,2016,32(16):2746-2748  
 [4]王维治,刘卫彬.重症肌无力管理国际共识(2016)解读[J].中华神经科杂志,2017,50(2):83-87  
 [5]杨德壕,苏中钱,陈颖,等.血清白球蛋白比值在评估重症肌无力患者病情严重程度及预后中的价值[J].中华医学杂志,2016,96(9):697-701  
 [6]侯世芳,刘银红,许贤豪,等.电生理检测结果对眼肌型重症肌无力患者预后的影响[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2016,23(5):317-321

(收稿日期: 2017-10-12)

## 中西医结合治疗脑梗死后遗症 43 例临床效果观察

朱科

(河南省安阳市人民医院神经内科 安阳 455000)

**摘要:**目的:观察中西医结合治疗脑梗死后遗症的临床效果。方法:选取 2016 年 4 月~2017 年 4 月在我院神经内科接受治疗的 86 例脑梗死后遗症患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 43 例。对照组采用常规西医疗法进行治疗,观察组采用补阳还五汤加减结合西医疗法进行治疗,比较两组患者的临床疗效、血液流变学指标变化、椎动脉血流速度和血流量。结果:观察组的治疗总有效率为 93.02%,明显高于对照组的 72.09%,差异有统计学意义,  $P < 0.05$ ;观察组的全血高切黏度、低切黏度、血浆黏度和纤维蛋白原水平明显低于对照组,差异有统计学意义,  $P < 0.05$ ;观察组的椎动脉血流速度和血流量明显优于对照组,差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。结论:中西医结合治疗脑梗死后遗症疗效显著,能有效改善患者的血液粘稠度,增加脑部供血,提高脑部微循环,促进神经功能的改善。

**关键词:**脑梗死后遗症;补阳还五汤;中西医结合治疗;临床效果

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.027

脑梗死是发病率较高的一类缺血性脑卒中,是由脑部血液供应障碍引发的局部脑组织缺血坏死。该病病情凶险,致残致死率高,会有较多后遗症,如偏瘫、失语和认知障碍等,严重影响患者病情的恢复。临床研究认为,脑梗死后遗症的发生与血液粘稠度升高、血小板聚集和脑血管动脉粥样硬化等有关,最终导致脑神经功能受损<sup>[1]</sup>。临床治疗的关键在于改善脑部血液循环,保护神经功能,促进受损神经元的修复。由于脑梗死后遗症处于恢复期阶段,该阶段的恢复速度和恢复进程均较慢,患者经过西医的系统治疗后,多数恢复进展缓慢。中医在治疗中风方面有独特的经验,通过调整脏腑功能和活血化瘀治疗可获得不错的疗效<sup>[2]</sup>。本研究分析了在西医治

疗的基础上配合补阳还五汤加减治疗脑梗死后遗症的临床效果。现报告如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2016 年 4 月~2017 年 4 月在我院神经内科接受治疗的 86 例脑梗死后遗症患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 43 例。观察组中男 26 例,女 17 例,年龄 43~78 岁,平均年龄  $(62.5 \pm 5.7)$  岁,病程 1~3 个月;对照组中男 24 例,女 19 例,年龄 47~79 岁,平均年龄  $(64.1 \pm 6.3)$  岁,病程 1~5 个月。两组患者的年龄、性别和病程等一般资料比较,差异无统计学意义,  $P > 0.05$ ,具有可比性。

**1.2 纳入标准** 符合脑梗死诊断标准者;经头颅