

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^[2-4]。

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^[5]。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^[6],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^[1]。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^[2]。本研究分析了在西医治

疗的基础上配合补阳还五汤加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 ± 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 ± 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

CT 或 MRI 检查确诊,显示有明确脑梗死病灶者;脑血管造影有动脉闭塞或狭窄者;在脑梗死急性发作期经治疗后病情好转,现处于后遗症期者;中医诊断符合气虚血瘀或痰瘀闭阻诊断标准者。

1.3 排除标准 脑出血者;严重意识障碍者;严重肝肾功能障碍者;病情不稳定者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 采用常规西医治疗。口服肠溶阿司匹林(国药准字 J20130078)50 mg/次,1 次/d;尼莫地平 10 mg/次,3 次/d;辛伐他丁 20 mg/次,1 次/d。4 周为 1 个疗程,治疗 4 周后评价疗效。

1.4.2 观察组 在对照组的 治疗基础上,服用补阳还五汤加减。药方:生黄芪 50 g、当归尾 6 g、川芎 6 g、赤芍 10 g、桃仁 6 g、红花 6 g、地龙 10 g、桂枝 10 g、石菖蒲 10 g、牛膝 15 g、熟地 15 g、桑寄生 15 g;随症加减:口角歪斜者加全蝎 6 g、僵蚕 10 g、白附子 10 g;肌肉萎缩者加鹿角胶 10 g、阿胶 10 g、鸡血藤 10 g;肢体麻木者加全蝎 6 g、蜈蚣 2 条、乌梢 10 g;语言障碍严重者加远志 10 g^[3];1 剂/d,水煎 2 次,武火烧开后文火煮 30 min,取汁 200 ml,早晚饭后各服用 1 次。4 周为 1 个疗程,治疗 4 周后评价疗效。

1.5 观察指标及疗效判定标准 治疗前后检查两组患者的血液流变学指标,包括全血高切黏度、低切黏度、血浆黏度和纤维蛋白原;并检查 TCD,记录椎动脉血流速度和血流量。根据症状、肌力及神经功能缺损评分(NIHSS)判定疗效。痊愈:症状及体征完全消失,NIHSS 评分减少>90%,肌力恢复至Ⅳ级以上,恢复正常生活;显效:症状及体征明显改善,NIHSS 评分减少 46~90%,肌力恢复到Ⅲ级水平,生活大部分自理;有效:症状及体征有所好转,NIHSS 评分减少 18~45%,肌力有所好转,生活部分自理;无效:症状及体征无明显改善,NIHSS 评分减少<18%,肌力无改善,生活无法自理^[4]。

1.6 统计学处理 数据处理采用 SPSS19.0 统计学软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较 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, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较					
组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	总有效率(%)
观察组	43	7	22	11	93.02*
对照组	43	4	17	10	72.09

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后血液流变学指标比较 治疗后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, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)						
组别	n	时间	全血高切黏度(mPa·s)	低切黏度(mPa·s)	血浆黏度(mPa·s)	纤维蛋白原(g/L)
观察组	43	治疗前	4.14± 0.35	19.06± 2.78	1.89± 0.14	4.98± 0.17
		治疗后	3.13± 0.23*	15.45± 2.67*	1.40± 0.13*	3.81± 0.16*
对照组	43	治疗前	4.19± 0.34	19.11± 2.85	1.91± 0.15	5.02± 0.19
		治疗后	3.76± 0.19	17.08± 2.12	1.77± 0.12	4.34± 0.15

注:与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后的脑血流情况比较 治疗前观察组的椎动脉血流速度为(14.13± 1.16) cm/s,椎动脉血流量为(241.36± 65.47) ml/min,治疗后椎动脉血流速度为(46.33± 15.58) cm/s,椎动脉血流量为(284.08± 70.65) ml/min;治疗前对照组的椎动脉血流速度为(14.09± 1.21) cm/s,椎动脉血流量为(240.78± 64.74) ml/min,治疗后椎动脉血流速度为(34.78± 10.36) cm/s,椎动脉血流量为(252.39± 68.42) ml/min。治疗前两组的椎动脉血流速度和血流量比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;治疗后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, $P<0.05$ 。

3 讨论

中医认为,本病属“中风”范畴,多因阴阳失调、气血逆乱而发。恢复期内久病体虚、气虚血瘀、脉络痹阻、筋脉失养,遗留下不同程度的后遗症。这个时期的治疗原则以益气养阴、活血通络为主,以达到机体阴阳平衡、气血流畅。补阳还五汤主治中风之气虚血瘀证,是治疗中风的名方,本研究治疗在此方的基础上加减,方中以黄芪为君药,大补脾胃之元气,意在气行血旺,祛瘀通络;当归、川芎活血养血、行血祛瘀,瘀祛而不伤血;赤芍、桃仁、红花可增强活血化瘀之力,地龙通经活络;六药共奏活血通络之功,与黄芪相配伍,大量补气药与少量活血药相配,增强了全方行气活血通络之力;在此基础上,加桂枝、石菖蒲通阳化气、开窍豁痰;牛膝、熟地、桑寄生滋阴养血、舒筋活络。全方共奏行气通络、化瘀开窍之功^[5]。现代药理研究表明,本方能抑制血小板活性,拮抗血管内皮细胞抗血栓,产生抗凝作用,促进梗死后感觉和运动功能的恢复;同时可保护细胞线粒体功能,增强脑部能量代谢,减少梗死范围和神经元损伤^[6]。因此,补阳还五汤加减联合西医治疗脑梗死后遗症疗效显著,能够协同增效,可通过不同的作用机制调节血液黏稠度,改善脑部血液循环,促进神经功能的修复。(下转第 53 页)

表 1 两组的治疗效果比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	24(80.00)	5(16.67)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	30	19(63.33)	3(10.00)	8(26.67)	22(73.33)
χ^2					4.706
P					0.030

比较 观察组的磨牙移位、上中切牙倾斜角、上中切牙凸距差及咀嚼功能均优于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；治疗前两组 SF-36 评分比较，差异无统计学意义， $P>0.05$ ；治疗后观察组的 SF-36 评分高于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。见表 2。

2.2 两组的畸形改善效果、咀嚼功能及 SF-36 评分

表 2 两组的畸形改善效果、咀嚼功能及 SF-36 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	畸形改善效果			咀嚼功能		SF-36 评分(分)	
		磨牙移位(mm)	上中切牙倾斜角(°)	上中切牙凸距差(mm)	咬合力(lbs)	咀嚼效率(%)	治疗前	治疗后
观察组	30	3.50± 0.22	29.44± 1.63	4.52± 1.68	134.41± 17.55	89.63± 10.07	65.44± 6.01	80.46± 5.22
对照组	30	6.33± 0.77	11.03± 5.13	2.13± 0.77	106.63± 15.14	71.45± 8.06	64.33± 5.79	72.19± 6.01
t		19.356	18.823	7.083	6.565	7.720	0.729	5.690
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.469	0.000

2.3 两组的不良反应发生情况比较 观察组的不良反应发生率为 6.67%，明显低于对照组的 30.00%，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组的不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	n	轻度水肿	口腔炎症	不适感	总发生
观察组	30	1(3.33)	0(0.00)	1(3.33)	2(6.67)
对照组	30	4(13.33)	2(6.67)	3(10.00)	9(30.00)
t					5.455
P					0.020

靠种植体和骨组织之间的机械力进行固定，并能于正畸治疗后灵活取出，而且可灵活种植于唇侧、颊侧和齿槽间等部位，灵活度极高。相关研究显示，微型种植体采用丝锥手动植入，可有效避免植入时产生的热量造成骨创，植入方向稳定，不采用引导钻预备植入床，可有效避免种植体晃动、移位，为种植体的稳定性提供保障^[4]。孙洁等^[5]研究指出，微型种植体支抗植入和取出操作简单、创伤小，可由医师独立完成，且种植体松动和折断率极低，可实现各类型牙齿移动，优势明显。

本研究结果显示，观察组的总有效率高于对照组，畸形改善效果和咀嚼功能均优于对照组，SF-36 评分高于对照组，不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ ，提示采用微型种植体支抗治疗口腔畸形患者，正畸效果和咀嚼功能改善明显，不良反应少，能有效提高患者生活质量，效果显著。

3 讨论

牙颌畸形直接影响颜面美观，降低咀嚼功能，增加胃肠负担，久之可引起消化不良及胃肠疾病，同时增加发生龋坏、牙龈炎及牙周病等口腔疾病的风险，甚至会诱发心肌炎、肾炎等系统性疾病，加大治疗难度^[2]。成功治疗该病的关键是有稳定支抗防止感染，而常规支抗不稳定，旋转、扭转及复发的风险较大，治疗效果难以保证。相关研究显示，患牙能按需要的安全距离及方向改变，且不引起支抗处牙发生位移，因此，加强支抗作用，避免牙齿负向移动极为关键^[3]。

微型种植体支抗与传统支抗的区别在于不依赖骨结合定位，而是通过机械力结合，较大幅度地提高了植入体稳定性，还可调节种植体长度，狭小口腔空间内也可完成操作，其通过于上下颌骨之间的牙槽骨植入，能在前牙内收的同时不前移后牙；此外，该法采用的种植体能为正畸治疗提供足够的支抗，扩大了治疗范围；同时以坚硬骨骼为支抗力承受者，依

参考文献

[1]谢文高.微型种植体支抗在青少年口腔正畸治疗中的运用效果观察[J].医学综述,2014,20(11):2112
[2]马长柏,李金华.口腔正畸运用微型种植体支抗治疗的疗效分析[J].中华全科医学,2015,13(8):1378-1379
[3]安葵,万惠子,肖长芬.微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的疗效评价[J].实用临床医药杂志,2013,17(13):71-72
[4]刘洪,牟雁东,于晓光,等.口腔正畸治疗中微型种植体支抗的稳定性和安全性[J].中国组织工程研究,2016,20(8):1159-1164
[5]孙洁,邓立兰,凌燕,等.微型种植体支抗在青少年口腔正畸治疗中的效果及安全性[J].现代生物医学进展,2016,16(9):1742-1744

(收稿日期: 2017-08-30)

(上接第 48 页)

参考文献

[1]罗小斌.中西医结合治疗脑梗死后遗症疗效观察与系统评价[J].实用中西医结合临床,2015,15(10):22-24
[2]李俐娟,周景芬.中西医结合治疗脑梗死后遗症 80 例疗效观察[J].微创医学,2014,9(6):776-777
[3]郝予平.中西医结合治疗脑梗死后遗症 79 例的临床分析[J].中国

医药科学,2012,2(1):121
[4]王春梅,孟毅.中西医结合治疗脑梗死后遗症临床研究[J].河南中医,2014,34(6):1072-1073
[5]孙凤云.应用中西医结合疗法治疗脑梗死后遗症的临床分析[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(14):68-69
[6]岳敏,邹彩红.中西医结合治疗脑梗死后遗症 43 例临床观察[J].中国医药导报,2015,21(4):84-86

(收稿日期: 2017-08-30)