

苯醌为辅酶 Q10 类似物,对脑外伤、慢性脑血管病引起的脑功能损害具有显著改善作用。癫痫患者出现脑血管痉挛、脑缺血后,可引起兴奋性氨基酸累积、自由基生成,损伤神经元细胞,导致认知功能损伤,艾地苯醌对以上病理改变具有显著抑制作用。有学者指出<sup>[6]</sup>,艾地苯醌可有效促进脑血管疾病、阿尔茨海默病、颅脑外伤、帕金森病等引起的患者的智能、认知、行为功能恢复。本研究结果显示,观察组治疗总有效率显著高于对照组( $P < 0.05$ );治疗后,观察组 MMSE、QOLIE-31 评分均高于对照组 ( $P < 0.05$ );两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。说明艾地苯醌联合丙戊酸钠治疗癫痫,可改善患者认知功能,提高其生活质量,疗效显著,安全性高。

有研究显示<sup>[7]</sup>,BDNF、IGF-1 在癫痫的病理生理学中发挥重要作用。IGF-1 在多种脑组织细胞中表达,可抑制神经元凋亡,保护中枢神经系统。BDNF 为氨基酸组成的碱性蛋白,对神经元损伤后的再生具有促进作用。李怡静等研究显示,癫痫患者血清 BDNF 表达降低与认知损害具有密切关系<sup>[8]</sup>。本研究结果显示,治疗后,观察组血清 IGF-1、BDNF 水平高于对照组 ( $P < 0.05$ )。说明艾地苯醌联合丙戊酸钠

治疗癫痫患者,可提高血清 IGF-1、BDNF 水平。综上所述,艾地苯醌联合丙戊酸钠治疗癫痫,可调节患者血清 IGF-1、BDNF 水平,改善认知功能,提高生活质量,疗效显著,安全性高,值得临床推广应用。

参考文献

[1]张春野,王昆祥,李欣,等.老年癫痫患者血清肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-2 水平和脑电图检查的相关性[J].中国老年学杂志,2017,37(13):3317-3318

[2]张艳丽,杨晓华,臧兆萍,等.脑卒中后癫痫患者血清脑源性神经营养因子、S100B 和神经元特异性烯醇化酶表达及相关性[J].中国老年学杂志,2018,38(7):1540-1542

[3]高小林,黄丹,陈晓丽,等.通天口服液联合丙戊酸钠治疗癫痫的疗效及脑电图变化分析[J].四川中医,2018,36(12):117-119

[4]郭微娟,杨柳,武东,等.癫痫患者血清 Hcy 代谢与神经细胞因子、凋亡分子含量的相关性[J].海南医学院学报,2017,23(13):1867-1869,1873

[5]隋龙,闫宏建,陆徽,等.理气熄风化痰汤对癫痫患者认知功能及血清 BDNF 和 IGF-1 的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(21):2372-2375

[6]杨云生.艾地苯醌对癫痫患者 BDNF、IGF-1 水平及认知功能的影响[J].医学综述,2015,21(19):3634-3636

[7]张军武,李培育.癫痫复杂部分性发作患者认知功能与磁共振波谱及血清 BDNF、IGF-1 水平的相关性分析[J].检验医学与临床,2018,15(2):237-239

[8]李怡静,王松江,李玲玲,等.癫痫发作后认知功能与血清 BDNF、IGF-1 及 Hcy 的相关性分析[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(16):81-82

(收稿日期: 2019-06-22)

## 消痤汤联合美满霉素治疗痤疮疗效观察

肖春才 王娟 雷晓楠 董磊

(郑州大学附属郑州中心医院皮肤科 河南郑州 450007)

**摘要:**目的:探讨消痤汤联合美满霉素治疗痤疮的临床效果。方法:选取 2018 年 1~12 月收治的 100 例痤疮患者为研究对象,随机分为对照组和中药联合组各 50 例。对照组采用美满霉素治疗,中药联合组在对照组基础上联合应用消痤汤治疗。比较两组临床疗效。结果:中药联合组治疗 6 周后症状积分显著低于对照组 ( $P < 0.05$ );两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ );中药联合组复发率明显低于对照组 ( $P < 0.05$ );中药联合组治疗 6 周后、治疗结束 1 个月后的 DQOLS 评分均显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论:消痤汤联合美满霉素治疗痤疮,能够显著改善患者症状,减少复发率,提高生活质量。

**关键词:** 痤疮;消痤汤;美满霉素;中药治疗

中图分类号:R758.733

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.057

痤疮为皮肤科常见疾病,其发病与毛囊皮脂腺导管异常角化、痤疮丙酸杆菌、雄激素等有关<sup>[1]</sup>。药物治疗是当前临床治疗痤疮的主要方式,如抗雄激素、维 A 酸、抗生素等,虽在一定程度上能改善症状,但停药后复发风险较高,持续用药则易出现药物不良反应,影响治疗效果<sup>[2-3]</sup>。本研究在美满霉素治疗基础上应用消痤汤治疗痤疮,取得了显著治疗效果。现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1~12 月我院收治的

100 例痤疮患者为研究对象,随机分为对照组和中药联合组各 50 例。中药联合组男 29 例,女 21 例;年龄 30~59 岁,平均年龄(40.63± 7.80)岁;病程 0.2~6 年,平均病程(3.58± 1.37)年。对照组男 26 例,女 24 例;年龄 30~57 岁,平均年龄(38.56± 8.06)岁;病程 0.4~6 年,平均病程(3.66± 1.40)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义,  $P > 0.05$ ,具有可比性。本研究获得医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 (1)纳入标准:符合寻常型痤疮相关诊断标准,临床分级 III~IV 级;中医辨证分

型包括痰湿瘀滞型、肠胃湿热型、肺经风热型；签署知情同意书。(2)排除标准：入组前 1 个月内服用过与本病相关的药物；对本研究所用药物过敏；妊娠期、哺乳期女性；药物导致痤疮；伴有严重器质性病变。

**1.3 治疗方法** 两组患者均接受夫西地酸钠软膏(国药准字 H20173407)和阿达帕林凝胶(国药准字 H20064230)外用治疗：早上在痤疮部位涂抹夫西地酸钠软膏，缓慢按摩促进其吸收；晚上在痤疮部位涂抹阿达帕林凝胶，睡前做好患处清洁，等干燥后涂一薄层在皮肤患处。在此基础上，对照组采用美满霉素(国药准字 H20174081)口服治疗，50 mg/次，每天早晚各 1 次，持续治疗 6 周。中药联合组在对照组基础上联合消痤汤治疗：连翘、枇杷叶、蒲公英各 15 g，丹皮、黄芩、甘草各 10 g，赤芍、金银花、丹参、茯苓各 20 g，薏苡仁 30 g，白花蛇舌草 25 g；痰湿瘀滞证者加三棱、莪术各 10 g；肠胃湿热证者加生石膏、法半夏各 15 g。药材加水煎煮后取汁 100 ml，每天早晚各服用 50 ml，1 剂/d，持续治疗 6 周。

**1.4 观察指标** (1)治疗前、治疗 6 周后对两组患者皮损性质、形态、肿痛、颜色、数量、出油情况进行评价，按无、轻、中、重分 4 个等级记分，无记 0 分，轻记 2 分，中记 4 分，重记 6 分，得分越高表示症状越严重。(2)记录两组食欲减退、胃部不适、瘙痒、皮疹等不良反应发生情况。(3)停药后随访 3 个月，记录两组随访期间复发情况。复发判定标准：痊愈后皮损较治疗前增加 10%或更多。(4)治疗前、治疗 6 周后、治疗结束 1 个月后利用皮肤病生活质量量表(DQOLS)进行评价，该量表共 30 个问题，每个问题以没有、轻微、严重、极其严重 4 级评价，记为 1、2、3、4 分，得分越低表示患者生活质量越高。

**1.5 统计学方法** 数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件，计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，采用  $t$  检验，计数资料用率表示，采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组症状积分比较** 治疗前，两组症状积分比较，差异无统计学意义， $P > 0.05$ ；治疗 6 周后，两组症状积分均较治疗前明显降低，且中药联合组显著低于对照组， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组症状积分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗 6 周后
中药联合组	50	21.36± 4.19	10.02± 1.17
对照组	50	20.98± 4.23	13.82± 1.22
t		0.451	15.896
P		0.651	0.000

**2.2 两组不良反应发生及复发情况比较** 两组不良反应发生率比较，差异无统计学意义， $P > 0.05$ ；中药联合组复发率明显低于对照组， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组不良反应发生及复发情况比较[例(%)]

组别	n	不良反应				总发生	复发
		食欲减退	胃部不适	瘙痒	皮疹		
中药联合组	50	1(2.00)	2(4.00)	0(0.00)	0(0.00)	3(6.00)	1(2.00)
对照组	50	2(4.00)	1(2.00)	0(0.00)	1(2.00)	4(8.00)	7(14.00)
$\chi^2$						0.000	0.842
P						0.691	0.027

**2.3 两组生活质量比较** 治疗前，两组 DQOLS 评分比较，差异无统计学意义， $P > 0.05$ ；治疗 6 周后、治疗结束 1 个月后，两组 DQOLS 评分均较治疗前明显降低，且中药联合组显著低于对照组， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。见表 3。

表 3 两组生活质量比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗 6 周后	治疗结束 1 个月后
中药联合组	50	82.63± 10.27	64.08± 7.94	45.83± 5.22
对照组	50	80.64± 10.45	71.45± 8.43	53.22± 7.17
t		0.960	4.500	5.892
P		0.341	0.001	0.000

## 3 讨论

痤疮是一种毛囊皮脂腺的慢性自限性、炎症性疾病，主要侵犯面部、背部和胸部等皮脂腺较多的部位，多发于青年人群<sup>[4]</sup>。美满霉素是目前临床治疗痤疮的常用药物，能够通过其较强的组织穿透性以及良好的抗菌性，直接作用于痤疮杆菌，并抑制其活性，获得满意短期疗效，但停药一段时间后复发率较高<sup>[5]</sup>。为了提升痤疮临床治疗的疗效及安全性，临床一直在探求其他更有效、安全的治疗方法，中医药治疗成为重点研究方向。中医认为，痤疮属“肺风粉刺”范畴，其发生的根本原因为火热偏盛、阴阳失衡，而调摄不当、饮食不节是重要诱发因素，治疗重点应为凉血解毒散结、清热利湿<sup>[6-7]</sup>。消痤汤中蒲公英、金银花、连翘能够消痈散结、清热解毒；赤芍有助于散瘀止痛；枇杷叶有助于和胃降逆、清肺止咳；丹皮有助于活血化瘀、清热凉血；茯苓、薏苡仁有助于健脾安神、利水渗湿；丹参有助于凉血消肿；黄芩主要功效为泻火解毒、清热燥湿；白花蛇舌草有助于消炎利湿；甘草可对诸药起到调和作用<sup>[8]</sup>。诸药合用共奏活血消肿、消炎利湿、清热解毒的作用。此外，消痤汤方中的金银花、丹参、枇杷叶、黄芩分别能够对痤疮患者皮损部位金黄色葡萄球菌、痤疮丙酸杆菌等多种微生物进行抑制；金银花具有抗雄激素作用，能降低雄激素水平，改善皮脂过多的情况；甘草、金银花、丹参、黄芩等具有明显抗炎作用。

本研究结果显示,中药联合组治疗 6 周后症状积分显著低于对照组( $P<0.05$ );两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );中药联合组复发率明显低于对照组( $P<0.05$ );中药联合组治疗 6 周后、治疗结束 1 个月后的 DQOLS 评分均显著低于对照组( $P<0.05$ )。说明在美满霉素治疗痤疮基础上联合消痤汤治疗,能够显著改善患者症状,减少复发率,提高生活质量,应用价值显著。

#### 参考文献

- [1]简卫东,王斌.盐酸米诺环素联合粉刺挤压后药物倒膜术治疗 43 例聚合性痤疮患者的疗效观察[J].中国医疗美容,2018,8(3):37-39  
[2]杨天然,易平,程敏贤.丹参酮胶囊和盐酸米诺环素胶囊对痤疮患者的疗效及对皮损情况、血清炎症因子的影响[J].解放军预防医学杂志,2018,36(4):510-512

- [3]马仁燕,Juliantri,王小燕.2%夫西地酸乳膏联合小剂量盐酸米诺环素治疗玫瑰痤疮自身对照研究[J].中国麻风皮肤病杂志,2017,33(9):520-523  
[4]王旭昀,孙占学,张益生.托里消痤汤对聚合型痤疮患者 TLR2、IL-4、IL-8 及 TNF- $\alpha$  的影响[J].中国皮肤性病学杂志,2019,33(3):337-340  
[5]胡凯,王英夫,马鸣,等.新癬片联合美满霉素治疗痤疮临床观察[J].湖北中医药大学学报,2014,16(5):75-76  
[6]肖佳,高存志,邵炜军.清肺消痤汤治疗寻常型痤疮的疗效及对患者皮脂分泌、免疫球蛋白和性激素水平的影响[J].河北中医,2018,40(10):1482-1486  
[7]李全科,李晓雅,李小龙.消痤汤加减配合痘可净酞治疗痤疮的临床研究[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2018,17(6):522-525  
[8]张建忠.中药消痤汤联合美满霉素治疗寻常痤疮的临床疗效观察[J].山西医药杂志,2016,45(1):80-81

(收稿日期: 2019-06-20)

## 微创拔牙技术拔除残根、残冠、折裂牙等复杂牙的疗效分析

董爱芬

(河南大学附属郑州颐和医院口腔科 郑州 450018)

**摘要:**目的:探讨微创拔牙技术在拔除残根、残冠、折裂牙等复杂牙中的应用效果。方法:回顾性分析 2017 年 11 月~2018 年 10 月接受治疗的 153 例残根、残冠、折裂牙等复杂牙患者的临床资料,依据临床治疗方案的不同,分为对照组 70 例和观察组 83 例。对照组采用传统拔牙技术,观察组采用微创拔牙技术。比较两组手术时间、拔牙效果以及术后并发症发生情况。结果:观察组手术时间明显短于对照组,牙窝槽不完整率、牙龈撕裂率、断根率以及术后并发症发生率均显著低于对照组( $P<0.05$ )。结论:经微创拔牙技术拔除残根、残冠、折裂牙等复杂牙的效果显著,可有效控制牙龈撕裂、断根等发生率,降低术后并发症发生率,值得临床推广。

**关键词:**复杂牙;微创拔牙技术;残根;残冠;折裂牙;安全性

中图分类号:R782.11

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.058

拔牙是口腔科应用率较高的一种治疗手段。但是拔牙可使人体局部组织受损,且术后患者易出现疼痛、肿胀以及出血等不良症状,将对患者生活质量以及正常咀嚼功能产生严重影响。因此,探求有效拔牙技术,控制预后风险显得极为重要<sup>[1-2]</sup>。传统拔牙技术在折裂牙、残冠等治疗中存在一定局限性,且创伤较大,而微创拔牙技术可在一定程度上弥补其弊端<sup>[3]</sup>。本研究进一步探讨微创拔牙技术在拔除残根、残冠、折裂牙等复杂牙中的临床应用效。现报道如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 回顾性分析 2017 年 11 月~2018 年 10 月在我院接受治疗的 153 例残根、残冠、折裂牙等复杂牙患者的临床资料,依据临床治疗方案的不同,分为对照组 70 例和观察组 83 例。对照组男 37 例,女 33 例;年龄 22~49 岁,平均年龄(35.86 $\pm$ 3.91)岁;体质指数 17.9~24.6 kg/m<sup>2</sup>,平均(21.28 $\pm$ 1.13) kg/m<sup>2</sup>;残根 23 例,残冠 32 例,折裂牙 15 例。观察组男 43 例,女 40 例;年龄 23~49 岁,平均年龄

(36.02 $\pm$ 3.85)岁;体质指数 17.5~24.7 kg/m<sup>2</sup>,平均(21.21 $\pm$ 1.04) kg/m<sup>2</sup>;残根 27 例,残冠 38 例,折裂牙 18 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ ,具有可比性。

**1.2 纳入与排除标准** (1)纳入标准:无麻醉药物过敏史;临床资料完整;凝血功能正常。(2)排除标准:脑梗死半年内存在复发病史者;表达障碍或精神疾病者;血压>160/90 mm Hg 者;严重器官功能衰竭者;空腹血糖>8.88 mmol/L 者;合并严重感染性疾病者;先天性心脏病者;长期接受阿司匹林、丹参等抗凝药物治疗者;生理期、妊娠期女性。

**1.3 治疗方法** 所有患者均在术前接受常规 X 线检查,并根据复杂牙情况,给予局部麻醉。对照组患者接受常规拔牙技术:对于单根牙,可通过中颊置入牙挺,经锤击方式增大间隙,挺松后拔除牙齿;对于多根牙,需将牙挺置入颊侧根分叉处,锤击分根,挺松后拔除牙齿。观察组患者接受微创拔牙技术:对于存在骨粘连的单根前磨牙与磨牙,通过高速涡轮机(佛山市迅腾精密器械有限公司)围绕牙齿表面去除