

复发率低于对照组,而两组不良反应发生率比较未见明显差异,提示 TP 方案新辅助化疗联合宫颈癌根治术治疗局部晚期宫颈癌,可降低患者肿瘤标志物水平,改善术后病理情况,且安全性较高。

综上所述,TP 方案新辅助化疗联合宫颈癌根治术可降低局部晚期宫颈癌患者肿瘤标志物水平,降低淋巴结转移率,安全有效,值得临床推广。

参考文献

[1]陈桂林.TP 方案辅助化疗联合宫颈癌根治术治疗局部晚期宫颈癌的效果及对血清趋化因子 16 人附睾蛋白 4 水平的影响研究[J].山西医药杂志,2018,47(20):2466-2469.
[2]雷叶青,李海涛,许金凤,等.紫杉醇脂质体联合奈达铂新辅助化疗治疗局部晚期宫颈癌的近期疗效观察[J].现代诊断与治疗,2016,27(11):2053-2055.
[3]孟丽萍.新辅助化疗在宫颈癌治疗中的疗效探讨[J].中外医疗,2021,40(1):57-59.
[4]中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.宫颈癌及癌前病变

规范化诊疗指南(试行)[J].中国医学前沿杂志(电子版),2013,6(8):40-49.
[5]刘俊秀,张玉娟,潘润洲,等.术前辅助化疗联合手术治疗与单纯手术治疗 I~II 期宫颈癌疗效比较的荟萃分析[J].医学综述,2018,24(9):1852-1859.
[6]李秋涟,刘翠,陈丹丹,等.术前同步放化疗与新辅助化疗治疗局部晚期宫颈癌的临床疗效比较[J].中国微创外科杂志,2018,18(8):707-710.
[7]魏蒙,伍才亮,杜文静,等.多西他赛和紫杉醇分别联合顺铂用于局部晚期宫颈癌新辅助化疗的近期疗效观察[J].兰州大学学报(医学版),2016,42(3):38-42.
[8]李蜀凤,刘宁,王婷婷.紫杉醇及顺铂新辅助化疗对宫颈癌组织 Wnt-11 表达的影响[J].中国实验诊断学,2017,21(4):634-635.
[9]刘玉娜,贺鹏,韩文红,等.TP 新辅助化疗联合腹腔镜术对局部晚期宫颈癌患者分子标志物及免疫功能的影响[J].海南医学院学报,2017,23(19):2728-2731.
[10]方霖,李嵘,罗娟.紫杉醇+顺铂化疗同步三维适形放疗对宫颈癌根治术患者术后复发转移的影响[J].医学临床研究,2018,35(7):1277-1279.

(收稿日期:2021-05-10)

补阳还五汤联合低分子肝素钙治疗脑梗死的效果分析

李芝明

(河南省郑州人民医院中医科 郑州 450003)

摘要:目的:探讨补阳还五汤联合低分子肝素钙治疗脑梗死的临床效果。方法:选取 2018 年 3 月~2019 年 4 月收治的 80 例脑梗死患者为研究对象,按照随机数字表法分为实验组和对照组,各 40 例。对照组采用常规西药低分子肝素治疗,实验组在对照组用药基础上联合中药补阳还五汤治疗,比较两组临床疗效。结果:经相关治疗,实验组治疗总有效率为 95.00%,高于对照组的 80.00%($P<0.05$);治疗后,两组神经功能评分均较治疗前降低,日常生活活动能力评分均较治疗前提高,且实验组神经功能评分较对照组低,日常生活活动能力评分较对照组高($P<0.05$)。结论:采用低分子肝素联合补阳还五汤治疗脑梗死临床效果显著,可以改善患者神经功能及提高日常生活能力。

关键词:脑梗死;低分子肝素钙注射液;补阳还五汤;神经功能

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.14.044

脑梗死是临床最常见的脑血管疾病之一,动脉粥样硬化是心脑血管疾病主要的病理基础,由于动脉出现粥样硬化和血栓形成,使管腔狭窄或闭塞,导致局部病灶急性脑供血不足而发病,伴随较多并发症,致死率高。因此,需及时诊断,并在确诊后及时治疗,最大程度保证患者生命健康^[1]。对脑梗死一般采取西医治疗,以低分子肝素钙为主,然而大量的临床实践证实治疗方案疗效欠佳,不利于康复,因此需探讨更有效的治疗方式。近年来,本院在常规西医治疗基础上,联合药补阳还五汤治疗脑梗死,取得了满意的治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 3 月~2019 年 4 月收治的 80 例脑梗死患者为研究对象,按照随机数字表法分为实验组和对照组,各 40 例。实验组男 25 例,女 15 例;年龄 51~74 岁,平均(62.3±1.4)岁;病程

4~30 h,平均(16.2±2.4)h。对照组男 24 例,女 16 例;年龄 50~72 岁,平均(61.9±1.2)岁;病程 5~30 h,平均(15.9±2.2)h。两组一般资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:根据临床症状、颅内 CT 或 MRI 等影像技术检查确诊;认知正常、对本研究所用药物无禁忌;患者家属知晓本研究,并签署知情同意书。排除标准:脑梗死范围大且需接受手术治疗的;合并恶性肿瘤及肝肾功能不全的患者;入组前 14 d 使用其他治疗脑梗死药物的患者。

1.2 治疗方法 对照组采取常规西药治疗。在抗动脉粥样硬化、抗血小板聚集、清除脑部氧自由基、控制血压血糖等对症治疗的同时,给予低分子肝素钙注射液(国药准字 H20060190)治疗,5 000 U 腹壁皮下注射,1 次/d。实验组在对照组基础上加用补阳还五汤治疗,药方组成:黄芪 30 g、当归尾 10 g、赤芍 8 g、地龙 10 g、川芎 10 g、红花 8 g、桃仁 8 g;语言表达

障碍者加石菖蒲 9 g、远志 9 g；大便秘结者加火麻仁 12 g、肉苁蓉 10 g；上肢活动不畅者加桑枝 10 g、桂枝 10 g；下肢活动不畅者加续断 12 g、杜仲 10 g、桑寄生 15 g；半身不遂者加全蝎 3 g、水蛭 10 g。加水煎制，1 剂/d，分早晚 2 次温服。两组患者均持续治疗 2 个月后评估疗效，期间嘱咐患者按时按量用药，切忌随意调整用药剂量，保证治疗效果。

1.3 观察指标 (1)两组临床疗效比较。根据美国国立卫生院神经功能缺损(NIHSS)评分改变及病残等级评估疗效，治疗后 NIHSS 评分减少 $\geq 91\%$ ，无病残为基本痊愈；治疗后 NIHSS 评分减少 46%~90%，病程等级为 1~3 级为显效；治疗后 NIHSS 评分减少 18~45%为有效；治疗后 NIHSS 评分减少 $< 18\%$ 为无效。总有效率=(基本痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。(2)两组 NIHSS 评分比较。采用 NIHSS 评分评价两组治疗前后神经功能，分值为 0~42 分，分值同神经功能障碍程度呈正比。(3)两组日常生活活动能力比较。采用 Barthel 指数(BI 评分)评价患者治疗前后日常生活活动能力，主要对患者穿衣、洗漱及大小便等 10 项内容进行评价，总分为 100 分，分值同日常生活能力呈正比。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS20.0 统计学软件分析处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料用%表示，采用 χ^2 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 实验组治疗总有效率为 95.00%，高于对照组的 80.00%，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	n	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效
实验组	40	25(62.50)	9(22.50)	4(10.00)	2(5.00)	38(95.00)
对照组	40	17(42.50)	8(20.00)	7(17.50)	8(20.00)	32(80.00)
χ^2						4.114
P						0.043

2.2 两组治疗前后 NIHSS 评分、BI 评分比较 治疗后，两组 NIHSS 评分均较治疗前降低，BI 评分均较治疗前升高，且实验组 NIHSS 评分较对照组低，BI 评分较对照组高，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 NIHSS 评分、BI 评分比较(分， $\bar{x} \pm s$)						
组别	n	NIHSS		BI		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
实验组	40	24.12 $\pm$ 3.15	9.12 $\pm$ 1.48	74.45 $\pm$ 6.84	85.56 $\pm$ 7.45	t 0.072 11.818 0.079 3.265 0.943 0.000 0.938 0.002
对照组	40	24.07 $\pm$ 3.08	13.36 $\pm$ 1.72	74.33 $\pm$ 6.81	80.23 $\pm$ 7.15	
t						
P						

3 讨论

脑梗死属于中老年群体常见的一种脑血管疾病，随着全球人口进入老龄化，发病率也呈逐年升高的趋势^[2-3]。脑梗死是由多因素共同作用引起脑血管供血障碍，使局部脑组织发生缺血缺氧，致死率、致残率较高。及早诊断，且在确诊后及时采取科学有效的方法治疗，可以促进患者早日康复及降低疾病持续进展引起的多种并发症发生，改善预后^[4]。临床治疗脑梗死一般采用低分子肝素，该药物可改变血浆中抗凝血因子 Xa 的活性，清除肾脏中少量代谢产物，改善神经功能。但临床实践显示常规西医治疗脑梗死效果往往不理想，主要是单一用药需大剂量用药方可起到满意疗效，而大剂量用药容易引起不良反应，影响治疗依从性，因此，迫切需要探讨及应用一种更加有效的治疗手段^[5]。

中医将脑梗死纳入“中风病”范畴，多因素体禀赋不足，年老正衰，肝肾不足，阳亢化风，或劳倦内伤致气血内虚，血脉不畅；或因嗜饮酒浆，过食肥甘，损伤脾胃，内生湿浊，进而化热，阻滞经脉，复加情志不遂、气候剧烈变化等诱因，以致脏腑功能失调，气血逆乱，风夹痰瘀，扰于脑窍，窜犯经络发为中风^[6]。根据中医辨证论治的理念，中医对中风病治疗上主要提倡活血化瘀、益气扶正的治疗原则。补阳还五汤作为中医推广治疗疾病的药物，方中黄芪具有补气止汗的功效；当归尾具有活血化瘀的功效；赤芍具有清热凉血、活血化瘀的功效；川芎具有活血祛瘀、行气开郁、祛风止痛的功效；红花与桃仁具有活血通经、散瘀止痛的功效。诸药联用共奏活血化瘀、祛风止痛的效果^[7]。现在药理学研究结果也表明黄芪中多糖、皂苷、黄酮类等成分均可提高患者机体免疫力，保护心脑血管及肾脏；赤芍具有抗血栓形成、抗血小板聚集、降血脂的功效；红花具有降血脂、降压的功效。因此，临床常规使用西药低分子肝素配合中药补阳还五汤，可起到协同配合的治疗效果，缓解症状及帮助患者早日康复^[8]。本研究将研究对象根据随机数字表法分成两组，一组仅单纯采取西药进行治疗，另一组则在西药治疗基础上加用中药治疗，结果显示在临床疗效上，联合用药的实验组治疗总有效率明显高于对照组，治疗后 NIHSS 评分实验组低，BI 评分较实验组高($P<0.05$)。这一结果也充分证实中西医结合的方案治疗脑梗死效果满意。

综上所述，采取低分子肝素联合补阳还五汤治疗脑梗死效果较好，可以改善患者神经功能，提高生活质量，值得推广应用。(下转第 113 页)

($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者 Iowa 膝关节评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后	t	P
对照组	39	43.74± 6.31	87.12± 6.15	30.746	0.000
观察组	39	43.68± 6.24	90.77± 7.64	29.812	0.000
t		0.042	2.324		
P		0.966	0.023		

2.2 两组患者 AOFAS 评分比较 术前两组 AOFAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后观察组 AOFAS 评分高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者 AOFAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后	t	P
对照组	39	30.54± 5.24	84.64± 5.42	44.815	0.000
观察组	39	30.49± 5.45	88.88± 6.78	41.919	0.000
t		0.042	3.051		
P		0.967	0.003		

3 讨论

近年来,随着工业、农业和交通运输业的迅速发展,各种事故不断增多,且创伤后发生骨折人数也非常多,特别是交通事故,常造成严重开放性骨折,再加上内固定手术的开展,发生感染机会增多,故而创伤性骨髓炎的发病率增高^[9]。该病主要表现为骨折后或骨骼手术后突然出现高热等急性炎症期全身症状^[6],病程往往较长,且很难痊愈,给患者造成较大的经济负担^[7]。因此,积极探索创伤性骨髓炎的有效治疗方法具有重要意义。

诱导膜技术是在患者的病灶处进行彻底清创后,采用加入抗生素的聚甲基丙烯酸甲酯骨水泥对骨缺损进行补充,形成诱导膜^[8]。术后清除患者体内的骨水泥,再在诱导膜内置入小骨粒的自体骨,进而修复患者的骨缺损部位^[9]。由于抗生素骨水泥进入骨缺损后,能够反复产生抗感染作用,故能够较好地控制感染^[10]。而 Ilizarov 骨搬运技术主要是应用牵张成骨技术治疗创伤性骨髓炎,在治疗过程中可有效减少组织剥离,且也不需要内固定,能够实现骨缺损的补充。此外,Ilizarov 骨搬运技术能够有效地延长患者骨缺损的修复,减少畸形的发生,故在临床上具有较高的接受率。本研究观察组患者术后 Iowa 膝关

节评分及 AOFAS 评分均高于对照组,表明采用 Ilizarov 骨搬运技术治疗创伤性骨髓炎,可有效地促进患者的膝关节及踝关节的恢复,提高治疗效果。分析其原因为 Ilizarov 骨搬运技术是通过利用患者骨组织在被缓慢牵拉时产生的一定张力来刺激其重新生长及活跃。人的骨骼具有很大的再生潜力和可塑性,故给患者患肢骨骼一个适合的牵拉张力,骨骼及其附着的血管、神经、筋膜、肌肉就会同步生长。人体骨组织的重新生长必须依赖于其血管的重新塑造,通常由于创伤引发感染所造成的骨髓炎患者,其患肢的骨缺损处通常会有出现血肿,会发展成血块,最终导致患肢发生炎症反应,从而出现新的成纤维细胞或毛细血管。通常在患者发生创伤后,其骨缺损处的血肿内会含有血管内皮生长因子,而血管内皮生长因子对重建患者的血运能力及血管的重新塑造具有重要意义,故采用 Ilizarov 骨搬运技术可在修复患者骨缺损的同时,促进其骨骼、肌肉、神经等再生。

综上所述,Ilizarov 骨搬运技术治疗创伤性骨髓炎患者的效果明显优于诱导膜技术,有利于患者膝关节及踝关节恢复,提高临床疗效。

参考文献

[1]刘军,芮永军,吴永伟,等.创伤性胫骨骨髓炎并软组织及骨缺损的分期治疗[J].中国矫形外科杂志,2018,26(4):378-381.
[2]王洪飞,纪占同,王子辉.负压封闭引流术联合抗生素骨水泥治疗创伤性骨髓炎的疗效观察[J].西部医学,2018,30(12):1821-1824.
[3]唐辉,徐永清,李春晓,等.Ilizarov 骨搬运技术结合病灶截骨治疗 Cierny-Mader IV 型慢性胫骨骨髓炎[J].中华创伤骨科杂志,2018,20(2):105-111.
[4]Canale ST,Beaty JH.坎贝尔骨科手术学[M].北京:人民军医出版社,2011.568-575.
[5]宋志勇.抗生素水泥治疗创伤性胫骨骨髓炎的临床效果探讨[J].中国伤残医学,2018,26(21):25-27.
[6]郑骏,肖坚,陈夏星.内固定联合植骨一期手术治疗胫骨远端创伤性骨髓炎[J].中国骨与关节损伤杂志,2018,33(10):1090-1091.
[7]刘学光,孙振中,宋升,等.创伤性骨髓炎感染控制的临床研究[J].创伤外科杂志,2018,20(6):461-463.
[8]刘晓帆.骨水泥型与生物型假体膝关节置换术治疗不稳定型老年股骨颈骨折的应用价值[J].现代诊断与治疗,2018,29(9):1426-1427.
[9]曾红才.自体骨髓间充质干细胞植入联合髓芯减压植骨支撑术治疗早中期股骨头坏死的临床研究[J].实用中西医结合临床,2018,18(9):44-46.
[10]杨稀仁,许鹏雍,陈俊,等.诱导膜技术临床应用研究进展[J].广西医科大学学报,2018,35(9):1311-1314.

(收稿日期: 2021-03-12)

(上接第 96 页)

参考文献

[1]陈银花,刘龙辉,胡国新,等.补阳还五汤加减联合电针、中频脉冲治疗脑梗死效果观察[J].中国医学创新,2019,16(15):83-86
[2]王安安,李文娟,谢霞,等.针灸联合补阳还五汤和清脑方治疗脑梗死恢复期气虚血瘀证临床观察[J].西部中医药,2019,32(5):101-104
[3]马博,薛冰洁,陈进成,等.基于定量蛋白质组技术探索补阳还五汤治疗脑梗死气虚血瘀证的作用机制[J].中国中药杂志,2018,43(11):2199-2206
[4]张立新,唐倩,陈灿,等.补阳还五汤联合重组人组织纤维蛋白溶酶原激活剂治疗急性脑梗死的临床疗效及预后分析[J].河北中医,2018,40

(7):1035-1039
[5]王子亮.补阳还五汤联合尼麦角林对脑梗死病人血清氧自由基和颅内血流的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(11):1605-1607
[6]彭立夫,邵长杰.补阳还五汤联合疏通注射液治疗急性脑梗死疗效观察[J].光明中医,2017,32(6):814-815
[7]郑红寅.高频重复经颅磁刺激联合补阳还五汤治疗气虚血瘀型脑梗死后肢体运动障碍的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2019,30(14):2365-2367
[8]徐俊,闵坤,陈兴文,等.补阳还五汤联合针刺对脑梗死患者血清炎症细胞因子的影响[J].健康之路,2018,25(5):254

(收稿日期: 2021-02-20)