

复肌宁汤治疗眼肌型重症肌无力患者 75 例疗效观察

项 宝 玉

中国中医科学院西苑医院,北京市西苑操场 1 号,100091

通讯方式:gemini7965@163.com,13683550443 或(010)62813946

[摘要] 目的 观察复肌宁汤治疗眼肌型重症肌无力(MG)的临床疗效及对体液免疫和细胞免疫指标的干预作用。方法 将 145 例眼肌型 MG 患者随机分为治疗组 75 例和对照组 70 例,治疗组给予复肌宁汤;对照组合用溴吡斯的明。3 个月后观察两组患者临床疗效并检测治疗前后血清乙酰胆碱受体抗体前膜(AchR-QM)、乙酰胆碱受体抗体后膜(AchR-HM)滴度水平, T 细胞亚群 CD4/CD8 和辅助性 T 细胞亚群 Th1、Th2 水平。结果 治疗组总有效率 84.00%,对照组总有效率 85.71%,两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组 MG 患者血清 AchRab-QM 和 AchRab-HM 滴度明显下降($P<0.05$),治疗后治疗组 CD4/CD8 明显下降($P<0.05$)。结论 复肌宁汤对眼肌型 MG 患者免疫功能有明显干预作用。

[关键词] 重症肌无力;眼肌型;复肌宁汤;乙酰胆碱受体抗体前膜;乙酰胆碱受体抗体后膜

重症肌无力(Myasthenia gravis, MG),是一种影响神经肌肉接头传递的自身免疫性疾病,其确切的发病机理仍不十分清楚^[1]。目前对 MG 的治疗尚无公认的药物和疗法。复肌宁汤为尚尔寿教授的经验方^[2],笔者采用复肌宁汤治疗眼肌型 MG 75 例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

145 例患者来自 2002 年 12 月至 2012 年 5 月中国中医科学院西苑医院,采用随机数字表法分为治疗组 75 例和对照组 70 例,治疗组中男 39 例,女 36 例;年龄 5~75 岁,平均年龄(42.07 ± 22.16)岁;病程 2.5 个月~24 年,平均病程(10.18 ± 2.16)年。对照组中男 36 例,女 34 例;年龄 5~79 岁,平均年龄(43.06 ± 23.11)岁;病程 2 个月~26 年,平均病程(11.06 ± 2.07)年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 西医诊断标准与中医辨证标准

西医诊断标准^[3]:①眼睑下垂或眼肌疲劳试验阳性、病情波动、早轻暮重或伴眼外肌麻痹(复视或斜视或眼球活动受限);②新斯的明试验或腾喜龙试验阳性;③肌电图改变主要为低频重复电刺激呈递减反应;④血清乙酰胆碱受体抗体前膜(AchR-QM)和乙酰胆碱受体抗体后膜(AchR-HM)滴度升高(正常范围 <1.10)。

中医辨证标准:参考《中医诊断学》^[4]、《实用中西医结合神经病学》^[5]有关肝肾阴虚、肝阳上亢肝风

内动的诊断标准拟定。

1.3 纳入标准与排除标准

纳入标准:符合西医诊断标准及中医辨证标准;病程 2 个月~26 年;患者知情同意。

排除标准:服用肾上腺皮质激素或免疫抑制剂的 MG 患者;严重精神疾患不能配合临床调查者;合并严重的心、肾及血液等重要器官疾病。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组给予复肌宁汤(药物组成:天麻 10g、杜仲 10g、全蝎 3g、地龙 6g),水煎服,每日 1 剂,分两次口服。对照组服用复肌宁汤加溴吡斯的明(上海三维制药有限公司),60mg/次,3 次/日。两组均治疗 3 个月后观察疗效。

2.2 观察指标与方法

治疗前后采用放射免疫法和酶联免疫吸附试验测定患者 AchR-QM 滴度、AchR-HM 滴度水平;采用免疫荧光法检测 T 细胞亚群 CD4/CD8、Th1、Th2 水平。

2.3 疗效判定标准

疗效判定标准参考文献^[6],基本控制:临床相对记分 80%~95%;显效:临床相对记分 50%~80%;有效:临床相对记分 25%~50%;无效:临床相对记分 $<25\%$ 。

2.4 统计学处理

采用 SPSS 15.0 统计软件,计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

表 1 两组患者治疗前后 Th1、Th2 水平及 CD4/CD8 比值比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	Th1	Th2	CD4/CD8
治疗组	治疗前	75	20.5745±4.3212	1.7328±0.6450	1.6889±0.3896
	治疗后	75	18.6723±5.0257	1.6835±0.6458	1.4559±0.2289*
对照组	治疗前	70	19.8865±4.5365	1.7433±0.5963	1.6901±0.3977
	治疗后	70	18.8897±5.4688	1.6977±0.6328	1.4602±0.2301*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$

3 结果

3.1 两组患者治疗前后 Th1、Th2 水平及 CD4/CD8 比值比较

表 1 示,两组治疗后 CD4/CD8 明显降低($P<0.05$),Th1 和 Th2 差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.2 两组患者治疗前后 AchR-QM、AchR-HM 滴度水平比较

表 2 示,与本组治疗前比较,治疗后两组患者 AchR-QM、AchR-HM 明显下降,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组 MG 患者 AchR-QM、AchR-HM 滴度水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	AchR-QM	AchR-HM
治疗组	治疗前	75	0.9841±0.6158	1.0910±0.6771
	治疗后	75	0.8370±0.5691*	0.8945±0.3976*
对照组	治疗前	70	0.9626±0.5559	1.0912±0.6766
	治疗后	70	0.8361±0.5612*	0.8896±0.3899*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$

3.3 两组患者临床疗效比较

表 3 示,治疗组总有效率 84.00%,对照组总有效率 85.71%,两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 3 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	基本控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	75	16(21.33)	21(28.00)	26(34.66)	12(16.00)	63(84.00)
对照组	70	15(21.43)	20(28.57)	25(35.71)	10(14.29)	60(85.71)

4 讨论

MG 是一种自身免疫性疾病,研究表明^[1],MG 患者血清中 AchR-QM 和 AchR-HM 滴度升高及其在突触后上沉积,引起神经肌肉为接头处有效乙酰胆碱受体(AchR)数目减少是本病发生的主要机制。研究表明 AchR-QM、AchR-HM 不仅是 MG 的客观诊断标准,也是反映 MG 病情变化和疗效评定的客观指标。对于 MG 目前西医尚无有效药物。溴

吡斯的明属抗胆碱酯酶类药物,长期服用可使神经—肌肉接头间隙增宽,突触前膜和神经末梢萎缩,有明显毒副作用,甚至发生胆碱能性危象。中医学将 MG 归于“痿证”范畴,治疗上多以补中益气为主。我院已故尚尔寿教授认为^[2],MG 病位主要在肝,其病因病机主要与风(外风、内风)有密切关系,临床从肝从风论治:①“肝为目之窍”,MG 患者是以眼睑下垂,复视等眼肌受累表现为首发症状。②从病理而论,风有外风和内风之别,外风是指六淫之风,而内风则指肝阳亢盛化风,内风与肝的关系最为密切。③本病的肌肉无力并非持续性无力,有明显的波动性,多为早轻暮重,儿童 MG 患者眼肌无力多为左右眼交替加重,而呈“拉锯”状。其次,部分 MG 患者发展迅速,常在起病数月之内迅速发展成严重的延髓肌、呼吸肌、四肢肌、躯干肌无力,甚至发展成肌无力危象。复肌宁汤中天麻和杜仲补肝肾,全蝎和地龙搜风通络。本研究结果显示,复肌宁汤能明显改善患者的体液免疫(AchR-QM、AchR-HM)滴度水平和 T 细胞亚群 CD4/CD8 比值,可能是该方治疗 MG 的重要途径之一。

参考文献

[1]王维治. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:1173.
[2]项宝玉. 从肝从风论治眼肌型重症肌无力的临床及实验研究[D]. 中国中医科学院. 1992;5.
[3]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 第 2 辑. 1995;96.
[4]季绍良,成肇智. 中医诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005;45.
[5]孙怡,杨任民,韩景献. 实用中西医结合神经病学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2011;616.
[6]王秀云,许贤豪,孙宏,等. 重症肌无力病人的临床绝对评分法和相对评分法[J]. 中华神经科杂志,1997,30(2):87.