

2.2 治疗前、后总胆固醇/高密度脂蛋白(TC/HDL)比值的比较 与治疗前比痰浊阻遏组该比值下降最为明显 ($P<0.01$),并且明显优于其余四组 ($P<0.05$);气滞血瘀组、阴虚阳亢组、肝肾阴虚组该比值的下降均具有显著性 ($P<0.05$),但此三组间比较无显著差异 ($P>0.05$);脾肾阳虚组治疗前后该比值无差异 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 治疗前、后五组 TC/HDL 比值的比较 ($\bar{X}\pm S$)			
	治疗前	治疗后	P 值
痰浊阻遏组	7.42 ± 0.54	3.56 ± 0.33	<0.01
气滞血瘀组	7.01 ± 0.57	4.55 ± 0.37	<0.05
脾肾阳虚组	6.53 ± 0.60	5.01 ± 0.40	>0.05
肝肾阴虚组	6.88 ± 0.49	4.60 ± 0.29	<0.05
阴虚阳亢组	6.67 ± 0.54	4.49 ± 0.36	<0.05

2.3 治疗前、后中医证候积分的比较 与治疗前比痰浊阻遏组证候积分下降最为显著 ($P<0.01$),并且明显优于其余四组 ($P<0.05$);阴虚阳亢组和气滞血瘀组证候积分也均显著下降 ($P<0.05$),这两组间比较差异不显著 ($P>0.05$);肝肾阴虚组、脾肾阳虚组两组的证候积分下降均不明显 ($P>0.05$)。见表 3。

表 3 治疗前、后五组中医证候积分的比较 ($\bar{X}\pm S$) 分				
	治疗前	治疗后	平均差值	P 值
痰浊阻遏组	13.71 ± 4.15	5.78 ± 3.55	7.93 ± 4.15	<0.01
气滞血瘀组	12.36 ± 5.18	6.24 ± 3.94	6.12 ± 3.78	<0.05
脾肾阳虚组	12.14 ± 4.36	8.79 ± 5.48	3.35 ± 3.39	>0.05
肝肾阴虚组	11.95 ± 5.44	8.66 ± 4.32	3.29 ± 3.72	>0.05
阴虚阳亢组	12.88 ± 4.34	6.91 ± 3.68	5.97 ± 4.01	<0.05

2.4 安全性指标 所有入选病例,在 8 周的治疗中和治疗后,均未出现肝功能、肾功能和 CK 等生化指标异常的情况。

3 讨论

高脂血症(Hyperlipemia, HLP)作为一种人体脂质代谢异常的疾病,它极大地促进动脉粥样硬化的发生与发展,由此增加冠心病、脑卒中、肾动脉硬化、周围血管闭塞等重大疾病的发病率。在血脂指标中,目前研究认为 LDL 含量和 TC/HDL 比值是考察高脂血症重大危害性最科学合理的两个项目^[1],因此,将它们作为衡量降脂疗效的考察指标就使本课题更加合理。血脂康是经高产 Monacolins 的红曲菌通过现代生物技术发酵而得到的特制红曲提取物,其辅助成分有羟甲

基戊二酰辅酶 A(HMG-CoA)、还原酶抑制剂(洛伐他汀)、多种不饱和脂肪酸和人体必需氨基酸以及甾醇和少量黄酮等^[2]。通过对低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)基因多态性的研究已经明确,具有 h1 等位基因的高脂血症患者对血脂康的反应较差,而具有 h2 等位基因的患者对其的反应较好^[3],这就从理论上证明了血脂康具有疗效差异性。同时,作为一种纯中药制剂,它就必然存在中药的性味归经特性,由此,从高脂血症不同中医证候分型的角度对其作用差异性进行研究也就更具有其合理性。目前中医界对高脂血症较为一致的认识是:肝脾肾不足是其发生最本质的病理基础,而痰浊、血瘀等病理产物则是其发生、发展、转归和预后的基本病理环节^[4]。血脂康的主要成分是中药红曲,它具有消痰化瘀、健脾和胃之功效,和该药物中的其他辅助成分相配合,能做到攻中有补、标本兼顾,从而达到加强健脾消食而使痰瘀不生的目的。从表 1~表 3 可以看出,血脂康对于痰浊阻遏组的各项治疗效果均非常显著,其次对于气滞血瘀组的综合疗效也是显著的;而相对于脾肾阳虚组疗效是最差的,可能是由于从中医理论上未能达到证法方药的高度统一的结果。联系上述的基因多态性研究,还可以进一步探讨属于中医痰浊阻遏证和气滞血瘀证的患者是否更多具有 h2 等位基因,而属于脾肾阳虚证的患者则更多具有 h1 等位基因。

综上所述,血脂康是一种有效成分明确、作用机制清楚、疗效稳定、安全有效、毒副作用小的纯天然中药,如果能在其临床运用中将它的作用差异性加以考虑,就能够真正做到用药科学合理,临床疗效亦会更加理想。

参考文献

[1]Goldman, Bennett.Cecil Textbook of Medicine [M].21th edition.北京:世界图书出版社,2003.16-17
[2]寇文谔.血脂康基础与临床研究概述[J].中华内科杂志,1998,37(6): 364-366
[3]秦树存,王士雯.低密度脂蛋白受体基因多态性对血脂康调脂疗效的影响[J].解放军医学杂志,1999,24(4): 271
[4]屈松柏,李家庚.实用中医心血管病学[M].北京:科学技术文献出版社,1993.291

(收稿日期: 2007-10-22)

克氏针治疗成人锁骨中段骨折

姜跃国 陈茂西

(浙江省奉化市人民医院 奉化 315500)

关键词:克氏针;锁骨骨折;手术疗法

中图分类号:R 683.41

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0002-01

锁骨骨折约占全身骨折的 5.98%,中 1/3 锁骨骨折最为多见,约占锁骨骨折总数的 75%~80%。作者自 1997 年 10 月~2005 年 10 月采用克氏针内固定治疗锁骨中段骨折 49 例,取得了较好疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者骨折至手术时间为 1h~23d,其中男 31 例,女 18 例;年龄 19~67 岁;左侧 23 例,右侧 26;横断型骨折 18 例,斜型骨折 21 例,粉碎性骨折 10(下转第 26 页)(上接第 11 页)例;伴有脏器复合伤 5 例,四肢其他部位骨折

12 例。本组患者均 X 线拍片显示骨折端错位,无神经、血管损伤并发症。

1.2 手术方法 暴露骨折端后,根据锁骨髓腔横径大小选择合适的克氏针,一般选用直径 3.2mm 克氏针或带螺纹的 Steinmann 针,经过骨折近端骨髓腔向胸骨方向从锁骨内侧端钻出皮肤,锁骨骨折端复位后克氏针向骨折外侧端髓腔钻入,针尾折弯埋于皮下。若粉碎性骨折,骨折块复位后用 1-0 可吸收线捆扎固定。冲洗切口,逐层吻合。术后三角巾悬吊固定 3~4 周。(下转第 21 页)

1.2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用健脾复肝汤治疗。基本方：太子参、炒白术、茯苓、山药、薏仁、枸杞子、赤白芍、三叶青、猫爪草、蜈蚣、八月扎、鸡内金、谷麦芽。加减：阴虚明显加沙参、石斛、鳖甲；肝区疼痛加全蝎、元胡；恶心呕吐加陈皮、姜半夏、竹茹；黄疸加茵陈、焦山栀；腹水加大腹皮、猪苓、车前子。每日 1 剂，常规水煎服。要求持续服药 2 个月以上，间歇停药不超过 3d。

1.3 统计学方法 采用方差分析及 χ^2 检验，等级资料用 Ridit 分析。

2 疗效观察

2.1 近期疗效评定标准 按 WHO 制定的实体瘤近期疗效评定标准进行评定。完全缓解(CR)：可见瘤体完全消失并持续 4 周以上；部分缓解(PR)：肿瘤缩小 50%以上，维持时间 4 周以上；稳定(SD)：肿瘤缩小不到 50%或增大不超过 25%，无新病灶出现，并持续 4 周以上；恶化(PD)：肿瘤增大 25%以上或出现新病灶。

2.2 生存质量评定 根据卡氏评分(KPS)标准，治疗后 KPS 评分比治疗前增加 >10 分为提高；评分增加或减少 ≤10 分为稳定；评分减少 >10 分为下降。

2.3 生存期 分别以 <6 个月，>6 个月，>1 年，>1.5 年统计生存率。

2.4 近期疗效比较 见表 1。治疗后两组疗效无显著性差异 ($P>0.05$)。

表 1 两组近期疗效比较 例						
组别	n	CR	PR	SD	PD	有效率(%)
治疗组	31	2	9	13	7	35.48
对照组	33	1	10	12	10	33.33

2.5 生存质量评分比较(卡氏评分) 见表 2。治疗后，治疗组生存质量提高与稳定例数均高于对照组，两组比较，差异有显著性意义 ($P<0.05$)。

表 2 两组生存质量评分比较 例					
组别	n	提高	稳定	下降	提高率(%)
治疗组	31	17	10	4	54.84
对照组	33	8	9	16	24.24

2.6 生存期(生存率)比较 见表 3。治疗后，治疗组患者的生存期(生存率)明显高于对照组，两组比较，差异有显著性意义 ($P<0.05$)。

表 3 两组生存期(生存率)比较 例(%)					
组别	n	<6 个月	>6 个月	>1 年	>1.5 年
治疗组	31	5(16.13)	26(83.87)	17(54.84)	10(32.26)
对照组	33	12(36.36)	21(63.64)	7(21.21)	3(9.09)

(上接第 2 页)

1.3 结果 本组所有患者手术切口均 I 期愈合，无血管、神经等损伤，X 线复查骨折对位对线良好。手术后均随访 8~15 个月，平均 10 个月。X 线摄片随访显示平均骨折愈合时间 4 个月，均骨性愈合，平均 7 个月拆除内固定。

2 讨论

近年来随着内固定技术及审美观的提高，许多学者主张手术治疗锁骨骨折^[1]，皮内缝合技术的应用消除了患者术后手术疤痕明显形成的顾虑。作者赞同对于成人移位的或粉碎的不稳定锁骨骨折，只要无手术禁忌证者均可手术治疗的观点^[2]。在内固定物的选择上，我们常规选用重建钢板治疗大多数锁骨骨折，但重建钢板价格高，内固定钻孔时易损伤锁骨

3 讨论

众所周知，手术是目前治疗原发性肝癌的主要方法，但 70%以上的患者确诊时已属中晚期，失去了手术治疗的机会^[1]。近年来采用肝动脉导管肿瘤局部灌注高浓度化疗药物，并同时进行肿瘤供血动脉栓塞(TACE)的介入治疗，已成为西医治疗中晚期肝癌的首选方法，其优势在于近期疗效明显^[2]。但多次介入治疗往往损伤肝功能，影响患者生存质量，并不能明显地延长生存期。而当今普遍把改善生存质量与延长生存期作为治疗恶性肿瘤的疗效评定指标^[3]。中医药治疗恶性肿瘤在改善症状、提高生存质量、延长生存期等方面有着积极作用。

笔者认为，原发性肝癌是一种以局部病变为主的全身性疾病，其发病机制主要在于正气亏损，脾胃虚弱，湿热瘀毒蕴积肝脏所致。其中脾虚在肝癌的发生和发展过程中起着重要作用，而介入治疗所用的化疗药物又能进一步损伤脾胃，健脾复肝汤正是对此而设。方中太子参、白术、茯苓、山药、薏仁益气健脾，重在扶正以祛邪。多项研究表明，健脾扶正中药对机体具有双向调节作用，可改善宿主内环境的稳定性，对治疗中晚期肝癌确有良效。枸杞子、赤白芍养血柔肝；三叶青、猫爪草、蜈蚣清热解毒抑癌；八月扎、鸡内金、谷麦芽疏肝和胃扶后天。全方通过健运脾胃而使正气充、肝气旺，可以提高患者的免疫功能，抑制、杀伤肿瘤细胞，达到提高生存质量及延长生存期的目的。

本研究表明，健脾复肝汤配合介入与单纯介入治疗中晚期肝癌相比较，虽然近期疗效相当，差异无显著性意义，但在改善生存质量及延长生存期方面，两组比较，差异有显著性意义 ($P<0.05$)，健脾复肝汤配合介入的疗效明显优于单纯介入治疗。从而提示，健脾复肝汤配合介入是治疗中晚期肝癌行之有效的办法，值得进一步深入研究。

参考文献

[1]中华人民共和国卫生部医政司.中国常见恶性肿瘤诊治规范[M].第 2 版.北京：北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社，1991.9-15
[2]杨洁文,刘云霞.原发性肝癌的中医药治疗进展[J].实用中医内科杂志,2005,19(6): 501
[3]刘鲁明,宋明志.于尔辛肝癌经验集[M].北京：人民卫生出版社，2003.195-256
[4]周际昌.实用肿瘤内科学[M].北京：人民卫生出版社,2005.45-48
(收稿日期：2007-09-07)

下神经、血管，手术切口大，骨折愈合后需再次住院，麻醉下手术切开拆除内固定物。故对锁骨中段骨折，粉碎性不严重，复位后或丝线捆扎后骨折端较稳定的，作者主张可采用克氏针内固定，我们常选用带螺纹克氏针，针尾折弯，尾端埋于锁骨皮质内，增加了骨折端稳定性，术后 3 周内避免肩关节活动。骨折愈合后在局麻下即可取出克氏针。本方法手术简单、安全、创伤小、费用低，值得推广。

参考文献

[1]Robison CM. Fracture of the clavicle in the adult[J].J Bone Joint Surg (Br),1998,80(3): 476-477
[2]李高舜,钟永翔,陈榆.重建钢板治疗成人锁骨骨折 37 例报告[J].浙江临床医学,2005, 7(1): 72
(收稿日期：2007-07-30)