

胃溃疡治疗方式选择与应用

陈军波

(江西省峡江县中医院 峡江 331409)

摘要:目的:评价胃溃疡的手术治疗效果。方法:将 2003 年 1 月~2008 年 12 月的胃溃疡手术患者按随机分组原则分为保守治疗组(对照组)和胃大部切除组(实验组),观察比较两组疗效、溃疡复发率和并发症发生率。结果:实验组显效率明显优于对照组,溃疡复发率、溃疡出血及穿孔发生率均明显少于对照组,但手术后患者感染及梗阻的发生率有所升高。结论:胃大部切除术是治疗胃溃疡的理想方式。

关键词:胃溃疡;手术治疗;胃大部切除术

中图分类号:R 573.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.021

胃溃疡是常见消化系统疾病,随着现代生活节奏的加快,我国胃溃疡的发病率呈上升趋势。内科多采用制酸、止血及胃黏膜保护剂治疗,疗效有限且易复发。正确评估病情的发展变化,早期手术治疗有助于溃疡的迅速愈合,减少并发症与复发的可能性。我们观察 2003 年 1 月~2008 年 12 月我院内外科胃溃疡住院患者 96 例,比较分析了内外科治疗的效果及复发情况。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2003 年 1 月~2008 年 12 月我院胃溃疡住院患者按随机数字表分为保守治疗组(对照组)和胃大部切除组(实验组),对照组 46 例,男 26 例,女 20 例,年龄(42.60± 5.37)岁;实验组 50 例,男 28 例,女 22 例,年龄(38.58± 9.22)岁。两组间一般资料(性别、年龄、职业、发病时间、病程长短等)无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用制酸、胃黏膜保护剂、调节饮食,既助君药清火毒,又寓以清热散结之意,使深达创面之火毒得清,浅在之脓肿得散。大黄助主药清热祛瘀解毒;艾叶温经散寒为使药,能温通经脉,使气血通路得畅,去瘀生新。

抗感染洗剂通过药液的温度及药物的化学作用,加速创面局部血液循环和淋巴循环,抑制创面的病原菌生长,促进创面生长。现代药理研究表明:1%苦参碱于体外对痢疾杆菌、大肠杆菌、乙型溶血性链球菌及金黄色葡萄菌均有明显的抑制作用;苦参 1:3 水煎液能抑制多种皮肤真菌的生长;其水煎液及苦参碱均有显著的抗炎作用;苦参碱能降低小鼠腹腔毛细血管通透性,抑制红细胞的溶血现象,对细胞膜产生稳定作用。蚤休对痢疾杆菌、伤寒杆菌、绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌等均有抑制作用。臣药蒲公英对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌有较强的抑制作用。紫花地丁对痢疾杆菌、金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、皮肤真菌及钩端螺旋体均有抑制作用,此外,地丁尚有解热、消肿、抗

食等疗法。

1.2.2 实验组 采用毕氏 I 式胃大部切除术。

1.2.3 疗效判定 以疗程结束后患者临床症状和胃镜结果作为疗效判定标准^[1]。显效:临床症状消失,胃镜结果由原来的级转为 0 级;有效:症状明显缓解,胃镜检查结果由原来的级转为下一级;无效:症状不缓解,胃镜结果等级没有改变。

1.2.4 观察指标 治疗过程中观察并发症发生情况,疗程结束后 6 个月随访观察治疗有效患者的溃疡复发情况。

1.2.5 统计方法 采用 SPSS 13.0 统计软件包,统计资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组疗效比较 实验组显效 36 例(72.0%),总有效率 92.0%;对照组显效 23 例(50.0%),总有效率 78.3%。两组显效率差异有显著性($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	有效率
实验组	50	36 (72.0)	10 (20.0)	4 (8.0)	46 (92.0)
对照组	46	23 (50.0)	13 (28.3)	10 (21.7)	36 (78.3)

炎等作用。大黄对多种革兰氏阳性菌和阴性菌均有明显抑制作用,最为敏感的是葡萄球菌和链球菌。黄柏对痢疾杆菌、金黄色葡萄球菌、链球菌等多种致病菌均有抑制作用。艾叶水煎剂对多种致病菌及真菌有抑制作用^[2]。樊琳等^[3]通过实验研究发现,抗感染洗剂具有明显增加家兔创面脓液的溶菌酶含量,提高血清溶菌酶含量及中性粒细胞的吞菌率,从而增加吞噬细胞的活性及功能,提高机体非特异性的免疫反应,对开放性感染常见致病菌均有不同程度的抑制作用。同时,中药抗感染洗剂能调整并调动机体内在机能,增加内在免疫功能,作为创伤感染的治疗方法,具有安全有效、简便易行、费用低廉的优点。

参考文献

[1]杨宁,窦群立.抗感染洗剂治疗四肢开放性感染 1 180 例疗效分析[J].陕西中医学院学报,2001,24(6):31-32
 [2]侯家玉.中药药理学[M].北京:中国中医药出版社,2002.41-49
 [3]樊琳,郭海牛.抗感染洗剂对开放性损伤家兔免疫力影响及其抗菌效力的实验研究[J].陕西中医函授(现代中医药),1992,2(3):15

(收稿日期:2009-12-07)

锁定加压接骨板治疗桡骨远端关节内骨折

孙斌

(辽宁省鞍山市中医院 鞍山 114004)

关键词: 桡骨远端; 关节内骨折; LCP 内固定

中图分类号: R 683.41

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.022

桡骨远端骨折是一种常见病, 传统治疗方法是手法整复石膏或小夹板固定。近年来随着医疗水平及康复的发展, 对桡骨远端骨折的认识不断提高, 主张采取更积极的治疗。我院自 2005 年 6 月~2008 年 2 月采用腕掌侧入路 LCP 固定治疗桡骨远端关节内骨折 28 例, 取得满意效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 28 例, 男 16 例, 女 12 例; 年龄 20~75 岁; 左侧 15 例, 右侧 13 例。

1.2 骨折分类 按 AO 分类方法: B1 型(部分关节内骨折, 桡骨矢状面骨块)5 例, B2 型(部分关节内骨折, 掌背侧骨块)10 例, C1 型(完全关节内骨折, 干骺端骨折, 简单)8 例, C2 型(完全关节内骨折, 干骺端骨折, 粉碎)4 例, C3 型(完全关节内骨折, 桡骨远端粉碎性骨折)1 例。

1.3 手术指征 桡骨远端关节内骨折, 骨折分离移位大于 2mm 者。

2.2 两组并发症比较 实验组溃疡出血及穿孔的发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$), 但感染与梗阻的发生率较对照组增加 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组并发症发生率比较 例(%)

组别	n	出血	感染	梗阻	穿孔
实验组	50	2(4.0)	4(8.0)	7(14.0)	1(2.0)
对照组	46	6(13.0)	2(4.3)	1(2.2)	4(8.7)
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组溃疡复发率比较 与对照组相比, 实验组 6 个月的溃疡复发率明显降低 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组溃疡复发率比较 例(%)

组别	n	复发
实验组	46	4(8.7)
对照组	36	9(25.0)
P 值		<0.05

3 讨论

胃溃疡临床上表现为上腹部疼痛, 饱胀感。目前, 我国治疗胃溃疡多首先采用制酸剂、胃黏膜保护剂及胃动力药进行治疗, 到患者出现穿孔、大出血、严重梗阻或癌变等严重并发症时才进行手术治疗, 增加了病情的复杂性及手术风险, 使手术并发症增加, 手术效果降低。从 2003 年开始, 我们放宽了胃溃疡的手术适应证, 对于 >1cm 和经正规内科治疗后复发的胃溃疡患者早期手术治疗, 使患者的治愈率有了明显的提高, 穿孔、出血和癌变等并

1.4 手术方法 在桡骨远端的掌侧做“S”行皮肤切口, 始于桡骨干, 止于远侧腕横纹远端, 保护正中神经, 潜行切开腕横韧带。在掌长肌腱深面、指浅屈肌腱和正中神经之间深入解剖, 向桡侧牵开正中神经, 切断旋前方肌的桡侧, 显露桡骨的远端, 直视下整复桡骨关节面, 恢复桡骨的长度、掌倾角、尺偏角。选择长度适当的斜 T 型 LCP, 置于桡骨掌侧, 在定位器引导下用 2~3 枚锁定钉固定桡骨远端, 骨折近端用普通钉或锁定钉固定。

1.5 结果 随诊 8~18 个月, 平均 15 个月。X 线显示骨折全部愈合, 桡骨远端掌倾角为 10~15°, 尺偏角 16~24°, 平均 20.8°, 桡骨短缩 5mm 2 例, 2mm 1 例, 其余病例短缩小于 2mm, 关节面均小于 1mm。根据 Aro^[1] 关节 Colles 骨折复位后的功能评价: 优 13 例, 良 12 例, 差 3 例, 优良率 89.3%。

2 讨论

正常时桡骨远端的关节面掌倾角为 10~15°, 症的发生率也大幅下降。但在临床中我们也发现, 贲门狭窄梗阻的发生率增加, 可能与手术方式及具体的手术操作有关。

胃溃疡治疗的手术方式有单纯溃疡切除、溃疡旷置和胃大部切除术, 其中胃大部切除是胃溃疡手术首选方法^[2]。毕氏 I 式胃大部切除术具有手术操作简单、时间短、术后接近生理状态、对胃肠功能影响小、术后并发症少等优点, 已成为胃溃疡的优选术式。但对于巨大溃疡或幽门口严重狭窄穿孔患者应选用毕氏 II 式胃大部切除术。因此对于胃溃疡患者, 我们认为手术指征可以放得较宽, 只要经过 1~2 个疗程的正规内科治疗疗效差或治愈后复发, 溃疡直径 >1cm 的患者都可以手术治疗。此外, 患者手术后感染及梗阻的发生率有所增加, 可能与手术的无菌操作方式有一定关系, 有必要加强相关研究, 减少此类并发症的发生。正确的手术方式选择、充分的术前准备和细致规范的手术操作有助于提高手术效果, 减少并发症的发生。

参考文献

- [1] 白东莉, 吕新才, 任学云, 等. 860 胃溃疡胃镜检查分析[J]. 宁夏医学院学报, 2007, 33(4): 23-24
- [2] 顾如山. 胃溃疡穿孔手术方式探讨(附 101 例报道)[J]. 中国医药导报, 2008, 5(3): 155

(收稿日期: 2009-12-19)