

无胃肠道手术史；无幽门梗阻等并发症；排外心、肺、肝、肾系统疾病患者及妊娠哺乳期女性。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 雷贝拉唑胶囊（国药准字 H20061220）10 mg，每日 2 次口服，疗程 4 周；阿莫西林（国药准字 H20003263）1.0 g，每日 2 次口服，疗程 1 周；甲硝唑（国药准字 H41023173）0.4 g，每日 2 次口服，疗程 1 周。

1.4.2 治疗组 雷贝拉唑、阿莫西林、甲硝唑用量、服法及疗程同对照组，联用荆花胃康胶丸（国药准字 Z10970067）160 mg，每日 3 次口服，疗程 4 周。

1.5 疗效评价 对照组与治疗组患者停药 4 周后复查 ¹⁴C 呼气试验检测幽门螺杆菌，阴性为根治成功，阳性为根治失败。

1.6 统计方法 计数资料采用 χ^2 检验进行比较， $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 幽门螺杆菌根治情况 治疗组 106 例，98 例成功根治，根除率 92.4%；对照组 100 例，78 例成功根治，根除率 78.0%，两组比较差异具有统计学意义（ $\chi^2=8.6$ ， $P < 0.05$ ），治疗组根除有效率优于对照组。见表 1。

表 1 两组消化性溃疡患者幽门螺杆菌根除情况 例				
组别	n	根除	未根除	根除率(%)
治疗组	106	98	8	92.4
对照组	100	78	22	78.0*

2.2 不良反应 两组在治疗期间均未见明显不良反应。

3 讨论

奥美拉唑 + 阿莫西林 + 甲硝唑联合抗 HP 根除率，有逐年下降的趋势^[9]。中药或组方单独应用抗 HP 作用并不理想，根治率一般在 50%~60%，但如与含 PPI 或铋剂的“三联疗法”联用则可明显提高根除率，可达 90%以上^[6]。荆花胃康胶丸是由土荆芥和水

团花提取挥发性物质组成的中药胶丸。土荆芥为君药，其性辛温，能散寒理气，止脘痛除腹胀；水团花性微寒，可活血化瘀，使气血和畅，又具止血生肌、清热利湿之力；两药配合，共奏理气散寒、止痛、清热化瘀生肌之功。有研究证明，荆花胃康单药可促进溃疡愈合，对胃肠蠕动有明显抑制作用，缓解疼痛，其在体外对 HP 有强烈抑菌作用^[7]，根除率达 40%左右^[8]。本实验采用荆花胃康配合 PPI、阿莫西林、甲硝唑三联剂，HP 根除率可达 92.4%，明显高于对照组 PPI、阿莫西林、甲硝唑三联疗法。现甲硝唑耐药在中国地区达 30%~60%^[9]。虽有盐酸左氧氟沙星、呋喃唑酮等可替代，但荆花胃康不影响人体正常菌群，不产生耐药^[10-12]，药物副作用低，较抗生素有明显优势，且能促进溃疡愈合，缓解疼痛，值得临床推广。

参考文献

[1]Harris PR,Wright SW,Serrano C,et al.Helicobacter pylori gastritis in children is associated with a regulatory T-cell response [J].Gastroenterology,2008,134(2):491-499
[2]Malaty HM.Epidemiology of Helicobacter pylori infection [J].Best practice & research Clinical gastroenterology,2007,21(2):205-214
[3]中华医学会消化病学分会.幽门螺杆菌共识意见(2003 安徽桐城) [J].胃肠病学,2005,10(S1):58-59
[4]王吉耀.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.417
[5]成虹,胡伏莲.北京地区幽门螺杆菌耐药情况及其耐药趋势 [J].中华医学杂志,2005,85(39):2 754-2 757
[6]冯丽英,白文元,姚希贤.灭 HP 胶囊与新三联并用对溃疡愈合质量及溃疡复发的影响[J].中国全科医学,2004,7(20):1 469-1 471
[7]谢振家,黄美星.荆花胃康胶丸对实验性胃溃疡及幽门螺杆菌的抑制作用[J].中国新药杂志,2001,10(3):221-223
[8]梁洁,徐红,刘凡,等.荆花胃康胶丸治疗慢性上消化道疾病 85 例[J].中国新药杂志,2001,10(3):226-227
[9]胡伏莲,周殿元.幽门螺杆菌感染的基础与临床[M].北京:中国科学技术出版社,2002.369-371
[10]陶梅,张沂,张欣.荆花胃康胶丸治疗 HP 相关性疾病的临床观察 [J].西北药学杂志,2005,20(5):222-224
[11]陈静,陆凤鸣,韩诚正.健脾清热活血方配合奥美拉唑治疗消化性溃疡临床观察[J].河北中医,2010,32(8):1 174
[12]姚春香.四逆散加味治疗消化性溃疡 38 例临床观察[J].河北中医,2010,32(10):1 503

(收稿日期: 2012-04-04)

自制钩针治疗球结膜下囊肿

龔玉萍 向超 黄小艳
(四川省德阳市眼科医院 德阳 618000)

关键词:球结膜下囊肿;自制钩针;疗效

中图分类号:R 777.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.022

结膜囊肿是临床常见的眼科疾病之一，为眼睑穹窿部的良性囊样病变，一般采用手术治疗。2006~2009 年我院应用自制钩针钩出球结膜下囊肿的方法治疗 34 例球结膜下囊肿，取得了满意的治疗效果。现报道如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 34 例中，男性 21 例，女性 13 例；年龄 13~55 岁；鼻侧球结膜下囊肿 15 例，颞侧球结膜下囊肿 19 例；患者主觉眼干、涩、胀、异物感，肉眼见透明泡状物隆起，小者如绿豆（下转第 45 页）

2.2 治疗结果 本组 216 例，痊愈 141 例，占 65.28%；显效 37 例，占 17.13%；好转 23 例，占 10.65%；无效 15 例，占 6.94%。总有效率 93.06%。

2.3 证型与疗效的关系 见表 1。对表 1 中经络分型的疗效分别进行 Ridit 检验，P 均 >0.05。说明本疗法治疗各型腰椎间盘突出症的差异无显著意义。

表 1 证型与疗效的关系 例						
证型	n	痊愈	显效	好转	无效	有效率(%)
太阳型	59	36	13	7	3	94.9
少阳型	66	49	8	4	5	92.4
督脉型	40	28	6	5	1	97.5
混合型	51	28	10	7	6	88.2

2.4 突出程度与疗效的关系 见表 2。由表 2 可见，膨出比脱出治愈率高，经 Ridit 检验，P <0.05，并根据临床观察，膨出程度越轻，治疗效果越好。

表 2 突出程度与疗效的关系 例						
突出程度	n	痊愈	显效	好转	无效	有效率(%)
膨出	121	86	18	12	5	95.9
脱出	95	55	19	11	10	89.5

3 讨论

腰椎间盘突出症主要是由于突出物对硬膜囊腔及脊神经根的机械压迫，导致硬膜囊、硬膜外腔及脊神经膜的充血、渗出、变性、产生粘连等无菌性反应^[1]。中医认为本病属“腰腿痛、痹证”范畴。多由劳累过度，或跌扑闪挫，或感受风寒湿之邪侵入机体日久等原因，以致经络受损，气血阻滞，不通则痛。针刺以上诸穴，可疏通经络，行气化瘀，祛风除湿，使经络气血顺畅，通则不痛。电针疏密波能促进气血循环，改善组织营养，消除炎性水肿。牵引治疗机理：缓解肌肉痉挛，牵引能强力地伸展腰部肌肉，

可使之出现反射性肌肉松弛，缓解疼痛；增加椎管及椎间管的容积；纠正腰椎小关节的病理性倾斜；牵引力作用于后纵韧带，使后纵韧带张应力明显加大，使突出物特别是中央型突出，产生向腹侧的压力，同时，椎间隙的增大，椎间盘内压明显下降，此两力的共同作用可使突出物部分还纳或变形，减轻压迫症状；增加侧隐窝的容积；松解神经根粘连，改善神经的感觉和运动功能。

电针治疗方法及思路，源于中医传统的针灸经络学，结合现代医学电神经生理镇痛学说。椎间盘突出症引起疼痛的机理较为公认的有机机械压迫学说和化学刺激学说。卧床休息及腰椎牵引等治疗对缓解突出椎间盘的直接压迫有良好的效果，但对病变部位的致炎致痛物质聚集所产生的化学性刺激效果欠佳，非甾体类或类固醇类消炎药对此效果亦不甚理想，甚至产生药物性副作用。电针按经络分型取穴，并施予适当频率、强度的低频电刺激，可取得解除局部肌肉痉挛、改善局部血液循环、促进局部致炎致痛化学物质的消散以及神经功能恢复之效果。笔者认为，电针治疗腰椎间盘突出症具有方法简便、疗效确切、副作用及禁忌证少的特点。

参考文献

[1]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].第3版.北京:人民军医出版社,2005.1 687-1 689
[2]蒋协远,王大伟.骨科临床疗效评价标准[S].北京:人民卫生出版社,2005.101
[3]周秉文,陈伯华.腰椎间盘突出症诊治中的几个问题[J].颈腰痛杂志,1998,19(1):3-7

(收稿日期: 2012-02-24)

(上接第 35 页)大，大者似蚕豆大，呈透明囊性病变，穿刺可抽出无色或淡黄色水样透明液。

1.2 治疗方法 0.5%倍诺喜表面麻醉 3 次，将一次性 7 号针头的针尖约 0.5 mm 处在针盖内向针尖斜面方向弯折成一定角度，一般接近 90 度，在裂隙灯显微镜下嘱患者睁大眼睛充分暴露球结膜，用自制钩针穿刺球结膜下囊肿，有透明囊液流出，将钩针的针尖朝向结膜面与巩膜交界处轻轻钩出囊壁，术后常规抗炎治疗。

1.3 结果 34 例全部治愈。随访 3 个月~2 年无 1 例复发。

2 讨论

结膜囊肿多为慢性炎症刺激、外伤、手术及寄生虫等所致的结膜上皮增殖、腺体的囊样扩张等形成，亦可为先天性病变^[1]。而球结膜下囊肿是一种常见的发生于球结膜的半透明囊肿，内含清液，可能与结膜附着，或在结膜下自由移动，可引起眼胀、眼涩、异物感，通常不必治疗，如症状明显需要手术小

心切开球结膜，轻轻将其从结膜下剥除，可完整的取出囊肿，或者用针穿刺放液改善症状，但是术中易剥破囊壁致囊液流出使手术摘除困难，若囊壁切除不彻底，则可引起复发，勉强切除，势必需切除过多组织，难免会损伤眼组织而引起并发症^[2]。单纯用针穿刺放液仍残留囊壁，很容易导致囊肿复发。

因球结膜下组织疏松，囊肿与结膜附着少，甚至可以在球结膜下自由活动，自制钩针可以轻松地 将结膜囊肿的囊壁完整钩出，此法简单方便，在门诊裂隙灯显微镜下即可完成，术中注意避开结膜血管，术后结膜光滑平整，结膜下出血很少甚至没有，穿刺口小，不用缝合，患者术后反应微小。此方法安全、可靠、经济、无副作用，是值得推荐的治疗方法。

参考文献

[1]徐锦堂,孙秉基,方海洲.眼表疾病的基础理论与临床[M].天津:天津科学技术出版社,2002.304
[2]Christopner J,Rapuano Wee-Jin Heng.角膜结膜病[M].上海:上海科学技术出版社,2005.61

(收稿日期: 2012-02-24)