

• 46 •
异有显著性意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 观察组总有效率为90%,对照组总有效率为70%,两组比较差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表1。

表1 两组患者治疗效果比较 例(%)					
组别	n	完全缓解	部分缓解	未缓解	总有效率(%)
观察组	20	14(70)	4(20)	2(10)	90
对照组	20	5(25)	9(45)	6(30)	70

2.2 两组患者不良反应比较 观察组出现不良反应4例(20%),其中感染1例、脱发2例、恶心呕吐1例;对照组出现不良反应8例(40%),其中脱发3例、感染2例、恶心呕吐3例。观察组不良反应发生率明显低于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。

3 讨论

难治性肾病综合征指的是单独激素治疗8周以上却无反应或反复发作的肾病综合征,若久治不愈可能引发严重感染、肾功能衰竭等系列并发症,最终演变成慢性肾衰,给患者及其家庭带来巨大的负担。相关研究表明肾病综合征主要与免疫炎症相关,会激活淋巴细胞,释放出各类炎症因子,损伤肾小球内皮及

实用中西医结合临床 2014 年 10 月第 14 卷第 10 期
基底膜,破坏电荷及物理屏障,导致机体大量蛋白质溢出,加重肾病^[9]。吗替麦考酚酯主要用于肾脏或心脏移植术后,其主要目的是抑制免疫排斥反应。其治疗难治性肾病综合征的作用机制如下:通过有效抑制淋巴细胞嘌呤合成,制约黄嘌呤核苷酸脱氢酸活性,特别是能快速、高效抑制 B 淋巴细胞,相比环磷酰胺更能减少肾小球免疫炎症反应,达到缓解病情的目的。本研究对我院收治的难治性肾病综合征患者分别行环磷酰胺(对照组)、吗替麦考酚酯(观察组)治疗,结果显示,观察组患者治疗完全缓解率、总有效率、不良反应发生率均明显优于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。由此可见吗替麦考酚酯相比环磷酰胺治疗难治性肾病综合征效果更佳,不良反应更少,临床用药安全有效,值得临床进一步应用。

参考文献
[1]周启声.不同治疗方案在难治性肾病综合征治疗中的效果比较[J].吉林医学,2011,32(3):442-443
[2]高娴绯.儿童肾病综合征两种治疗方案的对比研究(附 132 例病例分析)[D].吉林大学,2013
[3]张巍,弓晓丽,赵银娥,等.吗替麦考酚酯联合泼尼松在难治性肾病综合征中的应用[J].继续医学教育,2013,27(9):18-20
(收稿日期:2014-03-19)

阿胶黄芪口服液对骨伤患者骨骼愈合的临床疗效观察

陈永红¹ 冯胜军²

(1 山西省垣曲县人民医院 垣曲 043700;2 河北省中药口服制剂工艺工程技术研究中心 邢台 054300)

摘要:目的:观察阿胶黄芪口服液对骨折患者骨骼愈合的临床疗效。方法:将73例闭合型骨折患者随机分为观察组与对照组,观察组使用阿胶黄芪口服液,对照组使用葡萄糖酸钙口服液,比较两组临床疗效。结果:观察组总有效率达94.59%,对照组为63.89%,两组比较,差异显著($P<0.05$);用药12周后,观察组中4例骨折患者痊愈,对照组中无骨折患者痊愈,两组相比,差异显著($P<0.05$)。结论:应用阿胶黄芪口服液能有效改善骨折患者的临床症状,提高患者的骨密度,促进骨骼愈合,值得临床应用和推广。

关键词:骨折;益气补血;补肾;阿胶黄芪口服液
中图分类号:R683 文献标识码:B

骨折是骨伤科常见的疾病之一,治疗手段比较成熟,但治疗效果存在个体差异。骨骼愈合的过程是一个生理修复过程,排除年龄和饮食因素,凡有利于体内营养输送与吸收的因素均可促进骨骼愈合,如保暖、适度活动、补充营养素、服用中成药等。本研究通过采用益气补血、补肾中成药阿胶黄芪口服液治疗骨折患者的骨骼愈合,取得良好的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2010年6月~2013年7月于本院骨科就诊的闭合型骨折患者73例,随机分为观察组37例和对照组36例。观察组男19例,女18例;年龄32~58(46.21±6.24)岁;对照组男18例,女18例,年龄31~57(45.93±5.71)岁。所有患者均无营养不良、钙磷代谢紊乱、恶性肿瘤、糖尿病、类风湿性关节炎、Pagtt骨病等,两组患者的年龄、性别等临

床资料无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。
1.2 治疗方法 所有闭合型骨折患者,进行X线拍片明确骨折类型及部位,采用外科手法精准复位后,均采用石膏绷带固定,患肢须抬高以减轻肿胀。所有患者均使用科内自制促骨愈合涂剂,每天6~9次,保持湿润,连续使用1周,自制促骨愈合涂剂组方为:乳香、没药、生白芍、黄芪、牛膝各10g,红花、桃仁、透骨草各15g。在此基础上,观察组口服阿胶黄芪口服液(国药准字B20021084),2次/d,10mL/次;对照组口服葡萄糖酸钙口服液(国药准字H10910063),600mg/d。治疗周期为12周,治疗结束后比较两组患者总有效率。
1.3 疗效评价标准^[1] 临床疗效判定标准:(1)平行肢体纵轴线叩击或按压骨折部位无疼痛感;(2)患肢抬高、左右活动自由,无不适感;(3)通过拍片显示骨折线消失或快消失,或在骨折线部位有连续性骨痂

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.030

形成；(4)适度用力扭转患肢，骨折处无反常；(5)解除外固后，患肢可满足如下要求：上肢可平举重物 1000 g 并持续 60 s，下肢在不借助外力情况下可持续行走 180 s 及以上，且不低于 30 步；(6)连续观察 2 周骨折处不变形。对第(4)、(5)两项的测定需谨慎，需先练习数日，再测定，以不损伤骨痂发生再骨折为原则。愈合=(1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6)；显效=(1)+(2)+(3)+(4)；有效：以上 6 项指标有 1 项及 1 以上为改善；无效：临床症状无改善，X 线显示骨折线清晰，较治疗前无明显骨痂生成。总有效率=(愈合数+显效数+有效数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件进行统计学分析，计数资料采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者总有效率达 94.59%，对照组仅为 63.89%，两组相比，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。用药 12 周后，观察组中 4 例骨折患者痊愈，对照组中无骨折患者痊愈，两组相比，差异显著($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗效果比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	37	4(10.81)	19(51.35)	12(32.43)	2(5.40)	94.59
对照组	36	0(0.00)	13(36.11)	10(27.78)	13(36.11)	63.89

3 讨论

阿胶黄芪口服液由阿胶、黄芪、大枣、砂仁、枸杞、仙茅组成。方中以阿胶君药，具有补血止血、改善钙代谢平衡作用。有研究表明^[2]，阿胶可升高成骨细胞中 ALP 含量，ALP 是成骨细胞成熟分化的特异性酶，其作用是通过水解有机磷酸转化为无机磷，从而有利于羟磷灰石的生成。高云等研究表明^[3]，阿胶在骨愈合高、中期可促进前胶原 mRNA、TGF- β mRNA 的表达，使巨核细胞的富集及活性增强，有利于软骨细胞、成骨细胞的增殖及形成，加速软骨骨化，从而有利于骨骼的愈合。以黄芪为臣药，

具有益气固表、敛疮生肌之功效，遵循气为血之帅、血为气之母的配伍原则，气虚则血滞，气盈则血生。中医理论认为，肾主骨，益精生髓，骨骼的生长发育有赖于肾气的濡养与推动，《素问》曰：“肾主骨髓，在体为骨……肾气盛，齿更发长”。阿胶黄芪口服液以枸杞、仙茅为佐药，枸杞具有补肝益肾、益精功效，用于虚劳精亏、腰膝酸痛等；仙茅具有补肾阳、强筋骨、祛寒湿功效，用于筋骨痿软、腰膝冷痛等。沈骅睿等研究表明^[4]，仙茅水提物可诱导骨髓间质干细胞成熟与分化，主要活性物质为仙茅黄酮及仙茅多糖，仙茅苷可促进 MC₃T₃-E₁ 成骨细胞的增殖、分化，促进骨小结形成^[5]。枸杞可通过激活集落刺激因子，从而可有效促进小鼠骨髓细胞增殖反应。中医理论认为：肾为先天之本，脾胃为后天之本，气血生化之源，气血旺，则肾气充盈，肾气充盈则骨骼健壮。阿胶黄芪口服液以大枣、砂仁为使药，大枣具有健脾、助消化、促吸收之功效，砂仁具有芳香开胃、行气之功效，脾胃和，则水谷精微得以正常转化。本研究表明，采用益气、养血、补肾的阿胶黄芪口服液治疗闭合型骨折患者，总有效率达 94.59%，远高于使用葡萄糖酸钙口服液组的 63.89%，两组相比，差异显著($P<0.05$)。阿胶黄芪口服液能更有效改善骨折患者的骨痛感，更早形成骨痂，加快骨骼愈合速度，使受伤肢体的承重力及不适感得到较快恢复，值得临床推广使用。

参考文献

[1]蔡伟华,彭全林,罗礼亮,等.补肾活血法治疗骨折的临床效果观察[J].中医当代医药,2013,20(29):119-120
[2]常德有,杨靖,董福慧,等.阿胶对体外培养大鼠成骨细胞增殖、分化功能的影响[J].中国老年学杂志,2009,29(24):3 230-3 232
[3]高云,董福慧,郑军,等.阿胶对骨愈合过程中相关基因表达影响[J].中国骨伤,2004,17(9):520-523
[4]沈骅睿,扶世杰,汪国友,等.中药仙茅不同有效成分对骨髓间质干细胞诱导作用的比较[J].中国实用医药,2013,8(21):12-13
[5]王寅,孙岐振,马丽焱.仙茅苷促 MC3T3-E1 成骨样细胞增殖、分化及钙化作用的研究[J].世界科学技术(中医药现代化),2011,13(5):852-855

(收稿日期：2014-03-11)

切开挂线术联合置管术治疗直肠黏膜下脓肿的临床疗效观察

杨年美¹ 王志亮¹ 王晓林²

(1 成都中医药大学 四川成都 610075; 2 成都中医药大学附属医院 四川成都 610072)

关键词：直肠黏膜下脓肿；切开挂线术；置管术；疗效观察

中图分类号：R657.15

文献标识码：B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.031

直肠黏膜下脓肿位于直肠黏膜和肌层间的结缔组织内，较少见，常由内痔擦药不当，痔核化脓感染或肛腺感染引起。一般较小，多位于直肠下部的后方或侧方。肛门外无病症，肛门内有沉重坠胀感，排便、行走时疼痛加重。直肠指检可扪到直肠壁上卵

圆形隆起，有触痛和波动感^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例共 30 例，其中男 21 例，女 9 例，年龄 18~65 岁。随机分为观察组与对照组：观察组男 11 例，女 4 例，平均年龄(41.63±10.94)