

较有统计学意义($P<0.05$),取得了较好的疗效,且对紫杉醇耐药患者均有较好的疗效,与 Tewari 等^[8]报道相似。与朱笕青等^[9]评估盐酸吉西他滨联合顺铂治疗复发性卵巢癌的疗效及毒性一致。本研究及相关文献均证明盐酸吉西他滨联合铂类是治疗复发性卵巢癌的有效方案,不仅可用于铂类敏感患者,也可用于铂类耐药及紫杉醇类耐药患者。同时,治疗组与对照组化疗后血液系统及消化系统不良反应无明显差异,治疗组过敏、脱发情况均优于对照组($P<0.05$),吉西他滨主要不良反应为骨髓抑制,表现为白细胞、中性粒细胞、血小板、血红蛋白均出现不同程度下降,这与国内文献报道相似^[10],经给升白细胞等治疗可升至正常;其次为消化系统反应,表现为恶心、呕吐,给止呕剂治疗一般可缓解;过敏及脱发不良反应少,大部分副作用为 2 级以下,耐受性较好,值得临床使用。

参考文献

[1] Dinh P, Harnett P, Piccart-Gebhart MJ, et al. New therapies for ovarian cancer: cytotoxics and molecularly targeted agents [J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2008, 67(2): 103-112

[2] 高雨农, 王文, 汤望舒. 复发性卵巢恶性肿瘤的临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2003, 4(3): 170-172

[3] Kim HS, Park NH, Chung HH, et al. Serum CA-125 level after 6 cycles of primary adjuvant chemotherapy is a useful prognostic factor for complete responders' survival in patients with advanced epithelial ovarian cancer[J]. Onkologie, 2008, 31(6): 315-320

[4] Maltamn M. Second-line therapy for potentially platinum-sensitive recurrent ovarian cancer: what is optimal treatment [J]? Gynecol Oncol, 2001, 81(1): 1-2

[5] Harries M, Gore M. Part II: chemotherapy for epithelial ovarian cancer-treatment of recurrent disease [J]. Lancet Oncol, 2002, 3(9): 537-545

[6] Breidenbach M, Rein DT, Mallmann P, et al. Individualized long-term chemotherapy for recurrent ovarian cancer after failing high-dose treatment[J]. Anticancer Drugs, 2002, 13(2): 173-176

[7] Moufarij MA, Phillips DR, Cullinane C. Gemcitabine potentiates cisplatin cytotoxicity and inhibits repair of cisplatin-DNA damage in ovarian cancer cell lines[J]. Mol Pharmacol, 2003, 63(4): 862-869

[8] Tewari D, Monk BJ, Hunter M, et al. Gemcitabine and cisplatin chemotherapy is an active combination in the treatment of platinum-resistant ovarian and peritoneal carcinoma [J]. Invest New Drugs, 2004, 22(4): 475-480

[9] 朱笕青, 高永良, 陈雅卿, 等. 盐酸吉西他滨 + 顺铂治疗复发性卵巢癌[J]. 中国癌症杂志, 2005, 15(2): 173-175

[10] 王明媚, 潘宏铭, 沈丽蓉. 国产与进口吉西他滨血液学不良反应比较[J]. 中国药业, 2008, 17(7): 56-57

(收稿日期: 2015-04-14)

中西医结合治疗慢性胃炎腹痛 100 例临床分析

钟小军 罗志辉

(江西省分宜县人民医院 分宜 336600)

关键词: 慢性胃炎; 腹痛; 六味安消片; 中西医结合疗法

中图分类号: R573.3

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2015.09.003

笔者自 2014 年 5 月~2015 年 3 月应用中西医结合治疗慢性胃炎腹痛 100 例, 疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 100 例患者中男 42 例, 女 58 例, 年龄 22~86 岁, 胃病史 1~20 年。慢性浅表性胃炎 58 例, 慢性萎缩性胃炎 30 例, 慢性糜烂性胃炎 12 例。

1.2 治疗方法 所有病例均在服用雷贝拉唑、胶体果胶铋的基础上加服六味安消片(国药准字 Z20060396), 3~6 粒/次, 2~3 次/d, 疗程 2~4 周。

1.3 治疗结果 治愈 12 例, 显效 38 例, 有效 45 例, 无效 5 例, 总有效率为 95%。

2 讨论

慢性胃炎指不同病因如细菌感染、机械损伤、化学损伤等引起的胃黏膜慢性炎症或萎缩性病变, 成

人患慢性胃炎比率为 50%~80%, 胃镜检查可确诊。慢性胃炎一般分为慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎以及慢性糜烂性胃炎。一般年轻患者以慢性浅表性胃炎为主, 不少慢性浅表性胃炎会慢慢演变为慢性萎缩性胃炎, 老年患者慢性萎缩性胃炎的发病率较高。慢性胃炎的症状差异也很大, 有的可能没有任何症状, 有的只是一些比较轻微的表现, 如胃脘饱胀、隐痛、嗝气、纳呆、反酸等, 严重者有胃脘疼痛剧烈、恶心等表现。临床治疗措施主要有: 调节饮食习惯、治疗胃十二指肠反流、抑制或降低胃酸分泌、保护胃黏膜、促进胃肠动力等。六味安消片是目前临床较为有效的促胃肠动力中成药, 主要由土木香、大黄、山奈、寒水石(煅)、诃子、碱花 6 味中药组成。大黄攻积滞、清湿热、泻火, 木香行气止痛、调中导滞, 山奈温中除湿、行气消食止痛, 诃子燥脾和胃、安厚仓稟, 寒水石清热降火, 纵观全(下转第 19 页)

200 μg, 然后静脉滴注, 200 μg/h, q 12 h; 泮托拉唑, 静脉滴注, 50 mg/ 次, 2 次 /d。

1.3 观察指标 比较两组患者临床疗效、腹痛消失时间、血淀粉酶和白细胞计数恢复正常时间以及治疗前后血清 IL-8、TNF-α 水平。临床疗效评价标准: 痊愈: 临床症状完全消失, 血淀粉酶、白细胞计数、血清 IL-8、TNF-α 水平恢复正常; 显效: 临床症状基本消失, 上述指标基本恢复正常; 有效: 临床症状和上述指标有所改善; 无效: 临床症状和上述指标无改善^[4]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS23.0 统计软件分析, 计数资料以 % 表示, 采用 χ² 检验, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 实验组患者治疗总有效率显著高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较[例(%)]						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
实验组	41	21 (51.22)	10 (24.39)	7 (17.07)	3 (7.32)	38 (92.68)*
对照组	40	7 (17.50)	11 (27.50)	12 (30.00)	10 (25.00)	30 (75.00)

注: 与对照组比较, *P<0.05。

2.2 两组腹痛消失时间、血淀粉酶和白细胞计数恢复正常时间比较 实验组患者腹痛消失时间、血淀粉酶和白细胞计数恢复正常时间均显著短于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 2。

表 2 两组腹痛消失时间、血淀粉酶和白细胞计数恢复正常时间比较(d, $\bar{x} \pm s$)				
组别	n	腹痛消失时间	血淀粉酶恢复正常时间	白细胞计数恢复正常时间
实验组	41	4.68± 0.88*	4.22± 0.87*	6.79± 0.93*
对照组	40	7.39± 1.24	7.79± 1.55	12.09± 2.76

注: 与对照组比较, *P<0.05。

2.3 两组治疗前后血清 IL-8、TNF-α 水平比较 两组治疗后血清 IL-8 水平均显著下降, 血清 TNF-α 水平均显著升高, 与同组治疗前比较, 差异有统计学意义 (P<0.05); 实验组治疗后血清 IL-8 水平显著低于对照组, 血清 TNF-α 水平显著高于对照组, 差异均有统计学意义 (P<0.05)。见表 3。

表 3 两组治疗前后血清 IL-8、TNF-α 水平比较(ng/L, $\bar{x} \pm s$)				
组别	n	时间	IL-8	TNF-α
实验组	41	治疗前	11.79± 1.44	56.29± 7.33
		治疗后	5.06± 1.11 [△] *	87.31± 8.22 [△] *
对照组	40	治疗前	11.99± 1.56	52.59± 5.55
		治疗后	7.39± 0.88 [△]	65.29± 6.36 [△]

注: 与治疗前比较, [△]P<0.05; 与对照组治疗后比较, *P<0.05。

(上接第 7 页)方有和胃健脾、导滞消积、行气止痛之效。其药理作用有促胃肠动力、加快胃排空、促进肠蠕动、保护胃肠道黏膜、抗菌、制酸以及镇痛等,

3 讨论

临床研究表明, 胰腺炎主要由胰蛋白酶的自身消化作用而引发, 临床主要表现为水肿、充血、出血、坏死等^[5]。患者发病后可出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐、发热等症状, 严重影响正常生活和工作。可通过血、尿中淀粉酶以及白细胞计数的测定进行诊断^[6]。急性重症胰腺炎是一种全身炎性反应综合征, 临床治疗应以阻断胰酶的释放、抑制胰酶作用、改善血清炎性因子水平为主要治疗原则^[7]。生长抑素和泮托拉唑联合使用, 能够有效抑制胰酶分泌, 减少胰腺内外分泌功能, 抑制胃质子泵, 改善患者病症, 在胰腺炎临床治疗上效果已得到确认^[8]。

本研究结果表明, 实验组治疗总有效率为 92.68%, 对照组治疗总有效率为 75.00%, 实验组总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。实验组腹痛消失时间、血淀粉酶恢复正常时间、白细胞计数恢复正常时间均短于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。实验组治疗组血清 IL-8、TNF-α 水平均优于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。综上所述, 生长抑素联合泮托拉唑治疗急性重症胰腺炎效果显著, 可有效缩短患者腹痛时间, 快速恢复血淀粉酶、白细胞计数水平, 改善患者血清 IL-8、TNF-α 水平。

参考文献

[1]曹金光,罗建平.急性胰腺炎 47 例临床分析[J].实用临床医学, 2014,15(9):26-27
[2]马红梅,戴占国,连建安,等.小柴胡汤加减联合泮托拉唑治疗老年急性重症胰腺炎临床观察[J].中国中医急症,2014,23(1):161-162
[3]王春友,杨明.《急性胰腺炎诊治指南(2014)》解读—急性胰腺炎外科诊治现状与进展[J].中国实用外科杂志,2015,35(1):8-10
[4]王兴鹏.中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J].中华消化杂志,2004,24 (3):190-192
[5]汪华君,汤坚,谭才宏.临床药师对 1 例急性重症胰腺炎患者的药学服务[J].药学与临床研究,2014,22(4):374-376
[6]Kumar R,Pahwa N,Jain N.Acute kidney injury in severe acute pancreatitis: an experience from a tertiary care center [J].Saudi J Kidney Dis Transpl,2015,26(1):56-60
[7]郭柏林,王新仁.泮托拉唑预防 ERCP 术后高淀粉酶血症及胰腺炎的临床观察[J].实用临床医学,2010,11(5):15-16,19
[8]李胜春,杨念印,艾小明,等.生长抑素联合泮托拉唑钠对于急性重症胰腺炎患者炎症反应的影响研究及其中医病机和疗法[J].环球中医药,2014,7(S1):70-71

(收稿日期: 2015-04-16)

未发现不良反应。综上所述, 中西医结合治疗慢性胃炎腹痛使用方便, 疗效较好, 值得临床推广应用。

(收稿日期: 2015-05-18)