

于对照组, $P < 0.05$; 而观察组的手术时间与对照组比较无明显差异, $P > 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者手术各项指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	腺体切除量(g)	并发症(例)
观察组	30	91.4± 5.6	78.9± 5.6	60.5± 6.7	2
对照组	30	88.6± 6.4	112.4± 4.3	46.7± 5.9	7
t		1.81	25.99	8.47	3.26
P		0.07	0.00	0.00	0.05

2.2 两组患者术后 3 个月的各项指标比较 术后 3 个月观察组和对照组 IPSS、QOL、QMax 和 RUV 均比治疗前明显改善, 同时两组治疗后比较差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者术后 3 个月的各项指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IPSS(分)	QOL(分)	Qmax(ml/s)	RUV(ml)
观察组	30	5.6± 0.4	1.4± 0.4	22.3± 3.7	27.6± 4.8
对照组	30	5.4± 0.7	1.4± 0.6	21.9± 4.2	26.9± 5.2
t		0.16	0.00	0.39	0.54
P		0.08	1.00	0.69	0.59

3 讨论

等离子电切镜是目前对前列腺最有效的治疗手段, 过去常规的电切镜容易造成患者水中毒, 不能有效的止血, 为了避免患者手术中出血量过多, 通常要求手术医生 1 h 内完成手术。近年来, 随着医疗技术的快速发展, 等离子技术的广泛应用, 等离子电切镜下前列腺剜除术已经成为临床较为常用的一种术式^[1-2]。等离子电流不需通过全身, 对人体电生理影响较小, 不会对组织产生损伤, 从而能够有效减少术中组织损伤和尿路刺激症状^[3-4]。本研究结果表明, 观察组的术中出血量、腺体切除量、术后并发症发生例数均等明显少于对照组, $P < 0.05$; 术后 3 个月观察组和对照组的 IPSS、QOL、QMax 和 RUV 比较差异

无统计学意义, $P > 0.05$ 。同时本研究结合自身经验及相关研究得出, 等离子电切镜的优点主要有: (1) 以生理盐水作为冲洗液, 避免了稀释性低钠血症的发生, 提高了手术的安全性和前列腺增生组织的切除率, 降低了手术风险; (2) 采用电切割的方法可以有有效的止血, 由于采用了双极回路及低温切割, 减少了术中和术后出血量, 有利于手术的顺利进行, 提高了手术成功率; (3) 缩短了患者术后的恢复时间, 等离子电切切面炭化少, 对周围组织的损伤较小, 减少了术后膀胱刺激症状的发生, 由于没有热传导效应, 临近器官和组织无电流通过, 不损伤组织, 术后冲洗时间较短, 有利于患者的术后恢复; (4) 提高了前列腺癌的检出率, 虽然等离子电切镜电极环较小, 电切速度较慢, 但是所切组织小, 有利于准确的检测出前列腺癌, 为患者的早期有效治疗提供了保障。

综上所述, 等离子电切镜下进行前列腺剜除术不仅安全性高, 术后并发症少, 对患者的创伤小, 而且容易被患者接受, 手术成功率高, 适于临床治疗前列腺增生。

参考文献

[1] 於信, 张晓波, 罗成斌, 等. 普通电切镜下前列腺剜除术的临床疗效分析[J]. 中国性科学, 2014, 23(8): 11-13

[2] 吴勇, 付东军, 王德昕, 等. 电切镜下经尿道前列腺剜除术 80 例的临床报告[J]. 中国民族民间医药, 2012, 21(9): 121

[3] Chen S, Zhu L, Cai J, et al. Plasmakinetic enucleation of the prostate compared with open prostatectomy for prostates larger than 100 grams: a randomized noninferiority controlled trial with long-term results at 6 years[J]. European Urology, 2014, 66(2): 284-291

[4] Patel A, Nunez R, Mmaje CO, et al. Safety and feasibility of concomitant surgery during holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) [J]. World Journal of Urology, 2014, 32 (6): 1543-1549

(收稿日期: 2015-06-15)

中医骨伤科熏洗方的临床应用研究

詹锦强 张志

(广东省工人医院外科 广州 510720)

摘要:目的: 分析熏洗方在中医骨伤科中的临床应用效果。方法: 按照随机原则, 将我院于 2013 年 3 月~2015 年 2 月接诊的 70 例患者分为观察组与对照组各 35 例, 观察组采用常规西医联合中医熏洗方治疗, 对照组采用常规西医治疗。比较两组的临床效果以及术后疼痛和镇痛药物使用情况。结果: 与对照组相比, 观察组患者的治疗总有效率明显更高 ($P < 0.05$)。观察组患者术后 24 h、术后 1 个月及术后 3 个月的疼痛视觉模拟评分 (VAS) 均显著低于对照组, 且观察组患者镇痛药物使用率低于对照组, P 均 < 0.05 。结论: 中医骨伤科运用熏洗方进行治疗可取得满意效果, 有利于患者的病情康复, 减轻痛感, 临床上需引起重视, 结合患者骨伤情况拟定个性化的熏洗方予以治疗。

关键词: 中医骨伤科; 熏洗方; 临床应用效果

中图分类号: R274

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2015.12.020

中医熏洗方法治疗骨伤由来已久, 在我国有着悠久的运用历史, 其疗效也得到了充分证实。但在临床实践中, 仍存在部分医生对于中医骨伤熏洗方

的拟定存在疑惑, 在方药拟定时仅根据经验, 缺乏科学依据, 往往无法取得预期疗效, 严重影响到患者预后。鉴于此, 本研究通过随机对照试验, 分析中医熏

洗方治疗骨伤科有关疾病的临床效果,并总结熏洗方的拟定经验与方法,旨在为临床工作提供参考。现汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入 2013 年 3 月~2015 年 2 月于我院就诊的骨伤科患者 70 例为研究对象,均经临床诊断、X 线片等检查后确诊,无误诊病例。按照完全随机数字表法,将入选对象分为观察组与对照组各 35 例。观察组男 21 例,女 14 例;年龄 21~59 岁,平均年龄(36.71±4.29)岁;损伤部位:手部 12 例,足踝 9 例,肘部 7 例,膝部 7 例;损伤类型:软组织损伤 14 例,闭合性骨折 11 例,关节僵硬或脱位等 10 例。对照组男 20 例,女 15 例;年龄 22~63 岁,平均年龄(37.45±5.10)岁;损伤部位:手部 13 例,足踝 11 例,肘部 6 例,膝部 5 例;损伤类型:软组织损伤 15 例,闭合性骨折 12 例,关节僵硬或脱位等 8 例。两组一般资料比较均无明显差异($P>0.05$),具有可比性。入选患者均对本研究内容充分知情,且均自愿签署知情同意后入组,符合伦理学要求。

1.2 方法 对照组予以常规西医治疗,未合并消化道溃疡的关节炎患者予以双氯芬酸钠缓释片治疗,口服 75 mg/d;合并消化道溃疡者则予以罗非昔布片口服治疗,25 mg/d;骨折患者予以复位固定手术治疗;软组织损伤者予以止血、抗生素治疗等,必要时行手术治疗^[1]。观察组在对照组基础上予以中医熏洗方治疗,具体步骤为:选定熏洗药物,包括透骨草、白芥子、细辛各 25 g,麻黄 20 g,上肢损伤者加桑枝;下肢损伤者加川牛膝;受伤时间较长者加独活;而存在明显关节肿胀者则加用五加皮。取以上药物制成药包,每次取一包加 2 000 ml 水浸泡 20 min 后煮沸,随后对患肢进行热气熏蒸,待水温下降至患者耐受程度时,使用药液对患处进行淋洗或浸洗。每次熏洗时间以 0.5 h 为宜,2~3 次/d,并在夏季注意降温以免中暑,冬季注意做好保暖工作,同时注意避开存在溃疡或皮肤病等皮肤破损部位。

1.3 观察指标 以《中医病症诊断疗效标准》对两组患者的疗效进行判定,若在治疗后肿胀、疼痛等症状消失,关节活动恢复正常,且无活动受限为显效;治疗后临床症状有所减轻、关节活动幅度增大,活动度为 60°~120° 则为有效;治疗后临床症状、关节活动幅度等无明显变化,或症状加重、关节活动受限严重则为无效^[2-3]。同时在术后 24 h、术后 1 个月以及术后 3 个月对患者进行疼痛视觉模拟评分(VAS);疼痛难忍时予以镇痛类药物,并记录使

用镇痛药物的患者例数。

1.4 统计学方法 所有数据采用 SPSS17.0 统计学软件,计数资料采用构成比(%)表示,行卡方检验,计量资料以均数±标准差表示,行 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 与对照组相比,观察组患者的治疗总有效率明显更高($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	35	21(60.00)	12(34.29)	2(5.71)	33(94.29)
对照组	35	18(51.43)	10(28.57)	7(20.00)	28(80.00)
χ^2					8.93
P					<0.05

2.2 两组术后 VAS 评分与镇痛药物使用情况比较 观察组患者术后 24 h、术后 1 个月及术后 3 个月的 VAS 评分均显著低于对照组,且观察组患者镇痛药物使用率低于对照组, P 均 <0.05 。见表 2。

表 2 两组术后 VAS 评分与镇痛药物使用情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	VAS 评分(分)			使用镇痛药物[例(%)]
		术后 24h	术后 1 个月	术后 3 个月	
观察组	35	4.28±1.39	2.63±0.71	1.25±0.44	6(17.14)
对照组	35	6.33±1.82	5.02±1.48	3.47±1.20	13(37.14)
t/χ^2		9.81	10.37	8.20	7.47
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

中医认为,关节相关炎症的主要病机在于“不通则痛”,是由于气血瘀滞而伤及筋肉关节致病^[4-5],临床上应以祛寒除湿、止痛通络为主要治疗原则;软组织损伤则是由于经脉受损,血离经脉所致,活血行气、化瘀为治疗根本;而外伤则是由于患处局部瘀血阻滞,导致阳气无法运行至肢体远端,容易引起肢体末端屈伸不畅或障碍,此类患者的治疗以舒经活络行气为主。在中药熏洗过程中,患者可自觉有热力经皮肤渗入深层组织,刺激经络、活血行气,而熏洗过程一般温度较高,更利于患处血液流通,减轻肌腱以及周围组织的炎症反应以缓解疼痛,从而达到良好治疗效果。中医熏洗方治疗骨伤科疾病的主要优势在于:(1)可直接作用于患处,起效较快,且操作较为简便、成本较低,患者的依从性相对较高;(2)中药熏洗方属外用疗法,避免了药物治疗所产生的不良反应及毒副作用,安全性高。但需要注意的是,在利用熏洗方对中医骨伤科疾病患者进行救治时,应确保:首先,严格根据患者的病情选择药物,考虑各类药物间的相互作用,正确配伍使用,避免药物相互作用而产生副作用影响整体疗效;其次,对于早中期骨折、患处皮肤存在创伤者需慎重使用;第三,由于湿

热导致骨伤的患者可改用凉洗,另外,对于存在关节活动障碍的患者可指导其在熏洗的同时进行适当关节活动。中药熏洗方疗法要求在严格遵从中医理论的前提下,选取合适的中药进行配伍煎煮后,通过熏蒸、浸泡、淋洗等方法对患处局部皮肤或全身进行治疗^[9]。熏洗方被认为是中医骨伤科治疗中最为明显的特色之一,可通过直接作用于患处而发挥作用,取得良好的治疗效果。本研究结果显示,与对照组相比,观察组患者的治疗总有效率明显更高($P < 0.05$)。观察组患者术后 24 h、术后 1 个月及术后 3 个月的 VAS 评分均显著低于对照组,且观察组患者镇痛药物使用率低于对照组, P 均 < 0.05 。与尧建辉^[10]的研究结论相一致,证实中医骨伤科运用熏洗方进行治疗可取得满意效果,有利于患者的病情康复,减轻痛感,临床上需引起重视,结合患者骨伤情况拟

定个性化的熏洗方予以治疗。

参考文献

[1]唐宝平.中医骨伤科熏洗方的配伍规律与临床应用研究[J].健康必读(中旬刊),2013,12(3):95
 [2]杨继松.中医骨伤科熏洗方的配伍规律与临床应用研究[J].中国保健营养(下旬刊),2013,23(4):2145-2146
 [3]谢伟军.有关中医骨伤科熏洗方的临床应用研究[J].中医临床研究,2011,3(14):22
 [4]李正红,刘学华.中医熏洗法在骨伤科中的运用研究进展[J].中医外治杂志,2009,18(4):55-57
 [5]刘英娜.伸筋汤熏洗联合膝关节运动康复器治疗股骨髁部骨折术后膝关节僵直 30 例临床观察[J].河北中医,2014,36(6):857-858
 [6]侯刚.浅析中医骨伤患者外治法的组方结构及临床应用[J].医药前沿,2012,2(30):349-350
 [7]尧建辉.有关中医骨伤科熏洗方的临床应用研究[J].中外健康文摘,2012,9(6):82-83

(收稿日期: 2015-08-20)

左氧氟沙星联合阿奇霉素治疗宫颈炎的临床效果

翟进文

(广东省汕尾市第二人民医院妇产科 汕尾 516600)

摘要:目的:探讨左氧氟沙星联合阿奇霉素治疗宫颈炎的临床效果。方法:将 2014 年 1 月~2015 年 1 月我院宫颈炎患者 120 例,随机分为观察组和对照组,每组 60 例。对照组给予阿奇霉素治疗,观察组给予阿奇霉素联合左氧氟沙星治疗。对比两组治疗总有效率、病情复发率。结果:观察组患者的治疗总有效率为 96.7%,明显高于对照组的 73.3%($P < 0.05$)。观察组患者用药后 6 个月的病情复发率为 5.0%,明显低于对照组的 31.7%($P < 0.05$)。结论:左氧氟沙星联合阿奇霉素治疗宫颈炎效果更佳,且可有效控制病情复发,值得临床推广应用。

关键词:宫颈炎;阿奇霉素;左氧氟沙星;临床效果

中图分类号:R711.32

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.12.021

宫颈炎是妇科临床上较为常见的一种细菌感染性疾病,患者多伴有外阴瘙痒、腰痛以及下腹部不适等症状。随着近年来细菌耐药性日趋严重、宫颈炎发病率不断升高,临床用药方案也不断调整变化,其关键在于合理选用抗生素^[1]。本文探讨左氧氟沙星联合阿奇霉素治疗宫颈炎的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月~2015 年 1 月我院宫颈炎患者 120 例纳入本研究,入组病例均经过宫颈细胞学以及阴道分泌物检查确诊,所有患者均无神经系统疾病、消化系统疾病、造血系统疾病以及糖尿病。排除标准:宫颈癌与真菌感染患者;妊娠期与哺乳期女性;对大环内酯类无糖抗生素以及喹诺酮类药物过敏患者。将其随机分为对照组与观察组各 60 例。对照组年龄 29~58 岁,平均年龄(34.2±3.5)岁;病程 4 个月~4 年,平均病程(1.6±0.4)年;

其中外阴瘙痒 20 例,尿道分泌物异常 14 例,尿道不适且伴有会阴部疼痛 16 例,小腹不适 10 例。观察组年龄 28~57 岁,平均年龄(34.4±3.6)岁;病程 3 个月~4 年,平均病程(1.7±0.5)年;其中外阴瘙痒 21 例,尿道分泌物异常 15 例,尿道不适且伴有会阴部疼痛 15 例,小腹不适 9 例。两组基线资料比较无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组给予阿奇霉素治疗,500 mg/次,1 次/d;观察组在对照组基础上加用左氧氟沙星治疗,0.3 g/次,2 次/d。15 d 为 1 个疗程,连续治疗 4 个疗程后统计疗效。用药期间禁食辛辣刺激与油腻食物,合理调整饮食,并严格禁欲,用药结束后接受健康指标检查。

1.3 观察指标与评价标准^[2-3] 对比两组治疗总有效率、病情复发率。疗效评价标准分为痊愈、显效、有效以及无效四个等级。总有效率为痊愈率、显效率与有