

当归补血汤在骨折术后血虚发热患者中的应用

陈水昌 林金洪

(广东省中西医结合医院沙头分院骨科 佛山 528208)

摘要:目的:研究分析当归补血汤对骨折术后血虚发热患者的治疗效果。方法:选择 2014 年 5 月~2015 年 10 月在我院行骨折手术后的血虚发热患者 56 例,随机分为对照组和观察组各 28 例,对照组给予西医常规治疗,观察组在对照组基础上加用当归补血汤治疗,2 个疗程后,观察患者的 Hb 和 Hct 水平及临床疗效。结果:两组患者的 Hb、Hct 均显著提升,且观察组提升水平大于对照组;两组的症状积分均有下降,且观察组下降幅度大于对照组;观察组的总有效率(96.43%)高于对照组(75.00%),差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:骨折术后血虚发热患者用当归补血汤进行治疗,效果确切,能有效改善患者气血亏虚的症状,值得临床推广应用。

关键词:骨折术后;血虚发热;当归补血汤;疗效观察

中图分类号:R683

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.009

临床骨折手术以创伤性为主,患者大多损伤、骨折、筋伤、术后失血量大,引起血虚发热^[1]。临床表现为长期低热、面白少华、头昏眼花、神疲乏力、舌淡、苔白、脉细弱等。西医多认为是感染所致,以抗生素常规治疗,但效果不佳,体温不降反升^[2]。近年来,我院采用当归补血汤治疗骨折术后血虚发热患者,效果显著。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 5 月~2015 年 10 月在我院进行骨折术后的血虚发热患者 56 例,随机分为对照组和观察组各 28 例。两组患者的性别、年龄、手术失血量、手术部位等一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	性别(例)		年龄(岁)	手术失血量(ml)	手术部位(例)			
		男	女			肱骨骨折	股骨干骨折	腓、胫骨折	胸腰椎骨折
对照组	28	14	14	53.2±12.8	689.6±120.9	9	10	6	3
观察组	28	13	15	52.9±15.6	702.0±130.5	10	11	5	2

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]制定:发热,体温 $\geq 37.5\text{ }^{\circ}\text{C}$,测定 4 次/d;符合中医辨证为血虚发热证者:肌热面红,烦渴欲饮,脉洪大而虚,重按无力。

1.2.2 排除标准 有术后感染者;患血液病或有血液病史者;有胃肠道大出血或凝血功能障碍者;24 h 补液的总量超过 2 000 ml 者;难持续服用中药者。

1.3 治疗方法 两组患者术后均给予常规治疗,包括抗生素、抗凝治疗等;同时两组患者均给予口服硫酸亚铁片,1 片/次,3 次/d。观察组在此基础上加用当归补血汤:当归 15 g,黄芪 30 g,1 剂/d,煎至 300~400 ml,分早晚 2 次服用,5 d 为 1 个疗程。2 个疗程后,对两组患者进行血常规检测,记录血红蛋白

(Hb)及红细胞比容(Hct);观察两组患者治疗后症状消退的情况。

1.4 疗效判定标准^[4] 痊愈:体温恢复正常,主要症状、体征基本消失;显效:体温恢复正常,主要症状、体征明显改善;有效:体温有所下降,但仍高于正常,主要症状、体征有所好转;无效:体温未下降,主要症状、体征无明显改善。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计学软件对数据进行统计学分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较 2 个疗程后,观察组的总有效率为 96.43%,明显高于对照组的 75.00%, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者疗效比较[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	28	4(14.29)	7(25.00)	10(35.71)	7(25.00)	21(75.00)
观察组	28	10(35.71)*	9(32.14)	8(28.57)	1(3.57)	27(96.43)*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后 Hb、Hct 水平比较 治疗前,两组患者的 Hb、Hct 水平比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;2 个疗程后,两组患者的 Hb、Hct 水平与治疗前比较,均有提高;且观察组的 Hb、Hct 的提升水平比对照组高,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 Hb、Hct 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	Hb(g/L)	Hct(%)
对照组	28	治疗前	103.14±17.62	0.32±0.05
		治疗后	115.26±14.48*	0.40±0.04*
观察组	28	治疗前	105.59±14.29	0.33±0.04
		治疗后	131.39±12.54**	0.46±0.03**

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

2.3 两组患者治疗前后症状积分比较 治疗前,两组患者的症状积分比较差异无统计学意义,治疗后均有显著下降, $P<0.05$ 。治疗后,观察组患者的症状积分下降幅度大于对照组 $P<0.05$ 。见表 4。

表 4 两组患者治疗前后症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	28	9.1± 1.5	6.5± 1.5*
观察组	28	9.2± 1.2	4.1± 1.3**

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

3 讨论

临床上,骨折治疗主要采用手术的方式,但手术过程复杂,创伤性大,术中患者多大量失血,易引发患者术后发虚发热。西医常规治疗方法为输血、抗感染等,但临床治疗效果不佳。中医认为血本属阴,阴血不足,无以敛阳而引起发热。《症治汇补·发热》记载:“血虚发热,一切吐衄便血,产后崩漏,血虚不能配阳,阳亢发热者,治宜养血”。

当归补血汤在《内外伤辨惑论》、《脾胃论》等古籍和历版《方剂学》中均为补血良方,主治血虚发热,亦治妇人经期、产后血虚发热头痛或疮疡溃后,久不愈合者^[9]。中医讲,急则治标,缓则治本,笔者认为术后出血因“浮阳外越”致“肌热烦渴”为急,血虚亏损为重。本方中重用黄芪为君药,以补脾肺之气,固将脱之气,再以资生化之源,阳生则阴长;当归为臣药,甘辛而温、养血和营,起养血之功。全方起标本兼治之功效。黄芪属豆科,有效成分有皂苷类、氨基酸类、多糖类、黄酮类等,具有补气升阳、固表止汗、生津养血等功效,临床多用于气虚乏力、中气下陷、便血崩漏、内热消渴、血虚萎黄、久溃不敛等。当归属伞形

科,有效成分为多糖类、发油类等,有补血活血、润肠通便、调经止痛之功效,临床多用于血虚萎黄、眩晕心悸、跌扑损伤等^[9]。当归补血汤促进造血和血管生成的功效早已得到现代药理证实,杨岚等^[7]的研究认为,当归补血汤可显著增加 bcl-2 基因和 cmy-c 基因,bcl-2 具有抗细胞凋亡的作用,而 cmy-c 则具有促进细胞增殖分化的作用,最终起到促进骨髓细胞增殖并抑制细胞凋亡的作用。

本研究结果显示,两组患者的 Hb、Hct 均显著提升,且观察组提升水平大于对照组;两组的症状积分均有下降,且观察组下降幅度大于对照组;观察组的总有效率(96.43%)高于对照组(75.00%),差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。这进一步证明当归补血汤对血虚发热患者具有标本兼治之效。

综上所述,当归补血汤治疗骨折术后血虚发热患者,补血益气效果确切,能有效改善患者气血亏虚症状,值得临床推广应用。

参考文献

[1]曾庆强,王创明.加味当归补血汤防治全髋关节置换术后贫血疗效观察[J].新中医,2013,45(8):80-81
[2]左立春,姜波,王成有,等.当归补血汤加味治疗骨折术后血虚发热 40 例[J].吉林中医药,2005,25(6):25
[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.378
[4]马杰,范焕焕,李桂敏.加味当归补血汤治疗单侧全髋关节置换术后失血患者疗效观察[J].海南医学,2015,26(21):3210-3212
[5]周向明,周昕,李毅民.当归补血汤的研究进展[J].世界中医药,2013,8(6):705-707
[6]国家药典委员会.中华人民共和国药典(一部)[S].北京:化学工业出版社,2010.283-284
[7]杨岚,张力华,周毅,等.当归补血汤对骨髓抑制小鼠骨髓细胞增殖的影响[J].中国组织工程研究与临床康复,2007,11(3):538-539

(收稿日期: 2016-05-06)

带血管蒂邻指皮瓣修复术治疗手指末节皮肤脱套伤的
临床疗效观察

张华义

(重庆西南铝医院骨科 重庆 401326)

摘要:目的:研究带血管蒂邻指皮瓣修复术治疗手指末节皮肤脱套伤的效果。方法:选取 2014 年 5 月~2015 年 4 月我院收治的 64 例手指末节皮肤脱套伤患者作为研究对象,随机分为观察组与对照组各 32 例,对照组采用腹部皮管修复术,观察组采用带血管蒂邻指皮瓣修复术,对比两组患者的治疗效果。结果:观察组的优良率为 100.00%,明显高于对照组的 81.25%($P<0.05$)。结论:带血管蒂邻指皮瓣修复术治疗手指末节皮肤脱套伤疗效确切,其皮瓣成活率高,值得临床推广。

关键词:手指末节皮肤脱套伤;带血管蒂邻指皮瓣修复术;临床疗效

中图分类号:R622.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.010

手指末节皮肤脱套伤是严重手外伤之一,多因手指受到外界碾压时患者自我保护性地猛回抽肢体所致。该病的治疗是手外科的难点,临床上有腹部包埋植皮术、腹部皮管修复术等多种手术治疗方式,

但并不统一^[1-3]。无论采用何种手术方式,应结合损伤特征,及时修复手指受损区,给予早期功能锻炼,才能够提高手术成功率。本文选取我院收治的 32 例手指末节皮肤脱套伤患者行带血管蒂邻指皮瓣修复

术治疗,效果显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 5 月~2015 年 4 月我院收治的 64 例手指末节皮肤脱套伤患者作为研究对象,随机分为观察组与对照组各 32 例。对照组男 19 例,女 13 例;年龄 18~39 岁,平均(31.15± 10.45)岁;受伤至手术时间 1~2 h,平均(1.24± 0.64) h;致伤因素:绳索绞伤者 14 例,挤压伤者 11 例,热压伤者 4 例,其余 3 例;脱套伤指数:单指脱套伤者 10 例,两指者 15 例,多指者 7 例。观察组男 18 例,女 14 例;年龄 16~38 岁,平均(30.93± 9.67)岁;受伤至手术时间 1~2 h,平均(1.26± 0.79) h;致伤因素:绳索绞伤者 13 例,挤压伤者 10 例,热压伤者 4 例,其余 5 例;脱套伤指数:单指脱套伤者 11 例,两指者 14 例,多指者 7 例。对比两组患者年龄、性别、受伤至手术时间、致伤因素及脱套伤指数等临床资料,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组均行臂丛麻醉后,彻底清除创面污染物与失活组织。对照组采用腹部皮管修复术,根据手指末节皮肤缺损的大小及位置,在腹部设计皮瓣,皮瓣长宽之比为 1:1,并划线切开取沿深筋层掀起皮瓣,将伤指移至腹部,用皮瓣包裹手指末节皮肤的缺损处,并使皮瓣与其贴紧。观察组采用带血管蒂邻指皮瓣修复术,清除创面时尽量保留末节指骨,以 0.3%聚维酮碘浸泡伤指 5 min 后反复冲洗。根据手指末节皮肤缺损的大小,选择适合的供指并确定皮瓣形状,其皮瓣长度要超过皮肤脱套长度的 3 倍,宽度为末节周径的 0.5 倍,并画出皮瓣线。沿皮瓣线切开,掀起皮瓣,并切取皮瓣,切断皮瓣远侧瓣的蒂部,其范围不超过中指指骨中点。调整体位,将皮瓣修复手指末节皮肤的缺损处,并将其固有神经背侧支与指末节皮肤的缺损处的固有神经断端吻合后缝合皮瓣。两组术后给予抗生素 1 周以预防感染,术后 2 周开始主动锻炼伤指。

1.3 疗效评价标准 [4-5] 采用手指总主动活动度(TAM)、长度、外观对术后效果评定,分为优、良、可及差四级。优:伸屈、长度及外观正常,TAM>220°;良:伸屈、长度及外观基本正常,TAM 在 200~220°;可:伸屈略微改善,长度基本正常,外观略显臃肿,TAM 在 180~200°;差:TAM<180°。优良率=(优例数+良例数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件分析数据,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验, $P<0.05$ 说明差异有统计学意义。

2 结果

观察组优良率为 100.00%,明显高于对照组的 81.25%($\chi^2=6.621, P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗效果对比

组别	n	优(例)	良(例)	可(例)	差(例)	优良率(%)
观察组	32	24	8	0	0	100.00
对照组	32	14	12	5	1	81.25

3 讨论

手指末节皮肤脱套伤是手受外来暴力时,机体保护性的条件反射下手部猛力回缩,造成手指末节皮肤呈套状撕脱。伤后创缘不齐,撕脱的皮肤、血管、神经等不在同一平面,修复治疗难度大^[6]。大部分脱套皮肤损伤严重者,会丧失原位再植的条件,需用皮瓣修复术治疗。目前常用的皮瓣主要有腹部瓦合式皮瓣、同指两叶皮瓣、掌背动脉皮瓣、甲皮瓣等,但各种皮瓣的优缺点不同。

腹部皮管修复术操作简单,在技术条件尚不完善的医院应用广泛,但其恢复效果较差、住院时间长、治疗费用较高、术后外观不佳。带血管蒂邻指皮瓣修复术所选择的术后皮瓣质地柔软、耐磨,且对皮瓣损伤小,并能够保证皮瓣内携带指固有神经背侧支的完整性,具有术后恢复快,恢复效果良好的特点。本研究结果显示,观察组的优良率(100.00%)明显高于对照组(81.25%)。笔者认为该手术应根据手指末节皮肤缺损的大小,选择适合的供指,且皮瓣长度应超过皮肤脱套长度的 3 倍,以满足手指屈伸活动需要。另外,设计皮瓣时宽度为末节周径的 0.5 倍,皮瓣远端应略宽于近端,使其接近手指末节外形。皮瓣缝合后,应用 1.0 mm 克氏针固定,以便提高修复后的稳定性,利于患者恢复。

综上所述,带血管蒂邻指皮瓣修复术治疗手指末节皮肤脱套伤疗效确切,其皮瓣成活率高,修复较好。

参考文献

[1]Doctor AM,Mathew J,Ellur S,et al.Three-flap cover for total hand degloving[J].J Plast Reconstr Aesthet Surg,2010,63(4):402-405
[2]巨积辉,李建宁,王海文,等.全手皮肤脱套伤的分型和治疗[J].中国修复重建外科杂志,2012,26(4):453-456
[3]Thomas BP,Tsai TM.Primary reconstruction of a degloved hand using multiple toe transfers on a single pedicle and a reversed radial artery flap[J].J Reconstr Microsurg,2004,20(1):3-6
[4]李文龙,王斌,陈峰,等.手指脱套伤不同治疗方法的效果观察[J].解放军医药杂志,2012,24(9):39-41
[5]潘达德,顾玉东.中华医学会手外科学会上肢部分功能评定试用标准[J].中华手外科杂志,2000,16(3):130-135
[6]寿奎水.手部皮肤套脱伤的手术选择[J].中华手外科杂志,2006,22(2):65-66

(收稿日期: 2016-05-06)

腹腔镜下修补术治疗溃疡性胃穿孔的疗效评价

范小勇 刘国伟

(江西省吉安市峡江县中医院外科 峡江 331401)

摘要:目的:分析腹腔镜下修补术治疗溃疡性胃穿孔的疗效。方法:将 2014 年 3 月~2016 年 2 月来我院接受腹腔镜下修补术治疗的 28 例溃疡性胃穿孔患者纳入实验组,将 2010 年 3 月~2012 年 3 月来我院接受开腹手术治疗的 28 例溃疡性胃穿孔患者的病历资料纳入对照组,对比两组患者手术及术后恢复情况。结果:实验组患者镇痛剂使用率及并发症发生率明显低于对照组($P<0.05$);实验组患者平均手术时间、术中平均出血量、平均住院时间、平均拔除引流管时间、术后平均排气时间及肠鸣音平均恢复时间均明显低于对照组($P<0.05$)。结论:腹腔镜下修补术治疗溃疡性胃穿孔疗效确切,痛苦小,创伤小,并发症少,术后恢复快,值得临床推广。

关键词:溃疡性胃穿孔;腹腔镜下修补术;开腹手术

中图分类号:R656.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.011

胃溃疡是临床发病率很高的消化系统疾病,恶性程度较高,久治不愈容易造成胃穿孔,引发严重后果^[1]。随着腹腔镜技术的不断成熟,其在溃疡性胃穿孔的临床治疗中显示出了微创、出血少、术后恢复快等优点,已经逐渐取代传统的开腹手术^[2]。本研究即对我院应用腹腔镜下修补术治疗溃疡性胃穿孔的临床优势进行分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2014 年 3 月~2016 年 2 月来我院接受腹腔镜下修补术治疗的 28 例溃疡性胃穿孔患者纳入实验组,将 2010 年 3 月~2012 年 3 月来我院接受开腹手术治疗的 28 例溃疡性胃穿孔患者的病历资料纳入对照组。纳入标准:经常规内镜或 X 线检查确诊;临床以剧烈腹痛、肠鸣音消失以及压痛、反跳痛等为主要表现;所有患者均签署知情同意书。排除标准:合并其他消化系统疾病者;有恶性肿瘤或其他严重器质性病变者;有手术禁忌症者。实验组男 19 例,女 9 例;年龄为 32~78 岁,平均年龄为(56.65±6.08)岁;穿孔时间 4~12 h,平均(5.26±1.08) h。对照组男 18 例,女 10 例;年龄为 33~78 岁,平均年龄为(56.53±6.27)岁;穿孔时间 4~12 h,平均(5.28±1.06) h。两组患者的性别比例、年龄构成等资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 实验组患者给予腹腔镜下修补术治疗:全麻下取仰卧位,摇动把手使手术台倾斜 15°,患者头高脚低,于脐下 1.0 cm 部位取弧形切口,常规建立气腹并在右锁骨中线肋缘下部 0.5 cm 部位

和剑突下 1.0 cm 部分分别置入 Trocar,使用 4 号线和 1/4 弧形小圆针于穿孔部位缝合 1~3 针^[3]。在大网膜和缝合位置使用生物胶覆盖,之后探查是否存在渗漏,无渗漏者直接进行生理盐水冲洗,术毕留置引流管。对照组患者给予常规开腹手术治疗。

1.3 观察指标 对比两组患者治疗情况(镇痛剂使用率、并发症发生率)、手术(平均手术时间、术中平均出血量)及术后(平均住院时间、术后平均排气时间、平均拔除引流管时间、肠鸣音平均恢复时间)恢复情况。

1.4 统计学分析 使用 IBM SPSS Statistics 22 统计学软件进行本研究数据分析,计量数据用($\bar{x} \pm s$)表示,计数数据用百分比(%)表示,分别用 t 和 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗情况 实验组患者镇痛剂使用率及并发症发生率明显低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗情况[例(%)]			
分组	<i>n</i>	镇痛剂使用	并发症发生
实验组	28	1(3.57)*	1(3.57)*
对照组	28	9(32.14)	8(28.57)

注:与对照组对比,* $P<0.05$

2.2 两组患者手术及术后恢复情况 实验组患者平均手术时间、术中平均出血量、平均住院时间、平均拔除引流管时间、术后平均排气时间及肠鸣音平均恢复时间均明显低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者手术及术后恢复情况($\bar{x} \pm s$)							
分组	<i>n</i>	手术时间(min)	术中出血量(ml)	住院时间(d)	拔除引流管时间(h)	术后排气时间(h)	肠鸣音恢复时间(h)
实验组	28	44.97±3.66*	24.02±5.16*	7.49±1.08*	36.44±2.06*	61.22±6.56*	14.68±3.06*
对照组	28	52.02±3.79	44.56±5.58	11.97±1.15	40.05±2.27	83.08±6.77	27.55±3.24

注:与对照组对比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

溃疡性胃穿孔是消化系危害性较高的疾病, 调查研究显示, 溃疡性胃穿孔发病率不断升高, 尤其是年龄较大、穿孔时间较长的患者死亡风险更高^[4]。手术是治疗该病的主要手段, 传统的开腹手术虽能够有效修补穿孔, 但对机体有较大创伤, 手术时间也比较长, 术后恢复时间大大延长^[5]。另有研究显示, 缩短胃穿孔修补的手术时间能够直接提高手术成功率, 改善预后效果^[6]。另外, 实验组镇痛剂使用率及并发症发生率明显低于对照组, 也说明腹腔镜手术给患者带来的痛苦更小, 术后并发症风险更低。实验组患者平均手术时间、术中平均出血量、平均住院时间、平均拔除引流管时间、术后平均排气时间及肠鸣音平均恢复时间均明显低于对照组, 也证实了腹腔镜术后有更短的恢复时间^[7]。总之, 腹腔镜下修补

术治疗溃疡性胃穿孔疗效确切, 痛苦小, 创伤小, 并发症少, 术后恢复快, 值得临床推广。

参考文献

[1]李海龙.腹腔镜手术与开腹手术治疗溃疡性胃穿孔的疗效并 92 例资料分析[J].中国卫生产业,2013,10(8):147-148
[2]严建刚,耿荻,周词平等.腹腔镜下溃疡穿孔修补术治疗溃疡性胃穿孔的疗效及安全性研究[J].中外医学研究,2014,12(8):3-4
[3]代高彬.两种不同穿孔修补术治疗胃十二指肠溃疡穿孔疗效观察[J].中国普通外科杂志,2014,23(6):860-863
[4]Miyano G,Nouso H,Morita K,et al.Laparoscopic suture repair of idiopathic gastric perforation in Duchenne muscular dystrophy[J].Afr J Paediatr Surg,2015,12(3):197-199
[5]陈文,吴雄辉,黄锦远.腹腔镜下与开腹手术行胃穿孔修补术的综合疗效对比分析[J].中国医药科学,2015,5(16):119-121
[6]Ma CH,Kim MG.Laparoscopic primary repair with omentopexy for duodenal ulcer perforation: a single institution experience of 21 cases [J].J Gastric Cancer,2012,12(4):237-242
[7]Boshnaq M,Thakrar A,Martini I,et al.Utilisation of the falciform ligament pedicle flap as an alternative approach for the repair of a perforated gastric ulcer[J].BMJ Case Rep,2016,21:2016

(收稿日期: 2016-05-28)

改良肛瘘结扎术的临床应用

邓琍强 张威

(江西省宜春市人民医院 宜春 336000)

摘要:目的:探讨改良肛瘘结扎术的治疗效果。方法:将 2012 年 11 月~2014 年 10 月我院收治的经括约肌型肛瘘患者 74 例,按照入院顺序抽签后随机分为实验组和对照组各 37 例。对照组采用传统的括约肌间瘘管结扎术 (Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract, LIFT), 实验组采用改良肛瘘结扎术。随访 1 年,观察两组的手术效果、创面愈合时间和肛门控便能力。结果:实验组的手术时间、术后疼痛评分、术后住院时间、创面愈合时间和肛门控便能力评分均明显低于对照组, $P<0.05$ 。结论:改良肛瘘结扎术降低了经括约肌型肛瘘患者的手术时间、术后疼痛评分、术后住院时间和创面愈合时间,提高了肛门控便能力,临床应用价值较高。

关键词:经括约肌型肛瘘;改良肛瘘结扎术;治疗效果

中图分类号:R657.16

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.012

经括约肌型肛瘘作为外科常见疾病,治疗难度较大。在临床治疗的时候,既要考虑到治疗效果,也要考虑到患者的肛门功能^[1]。肛瘘结扎术治疗经括约肌型肛瘘的效果较好,为了更好的保留患者的肛门括约肌,减少术后复发,我院改良了肛瘘结扎术,效果较好。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2012 年 11 月~2014 年 10 月来我院接受治疗的经括约肌型肛瘘患者 74 例,按照入院顺序抽签后随机分为实验组和对照组各 37 例。实验组男女比例 24:13;年龄 23~55 岁,平均年龄 (36.17 ± 7.17) 岁;病程为 4~50 个月,平均病程 (17.22 ± 4.41) 个月。对照组男女比例 23:14;年龄 23~54 岁,平均年龄 (35.44 ± 7.68) 岁;病程 4~48 个月,平均病程 (17.01 ± 4.31) 个月。两组患者的性别比例、年龄和病程等资料比较差异均无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 经肛门指诊或 MRI 确诊;内、外括约肌功能正常;无肛瘘手术史;签署知情同意协议书。

1.3 排除标准 急性发作者;结核性肛瘘者;皮下肛瘘者;合并糖尿病患者;合并其他严重病症者。

1.4 治疗方法 两组患者均进行肛肠科常规术前准备,腰麻联合硬膜外麻醉或局部麻醉,取侧卧位或截石位,充分暴露肛门,常规消毒。手术后,常规使用抗生素、大便软化剂等,常规引流。

1.4.1 对照组 采用传统的括约肌间瘘管结扎术。先用双氧水或生理盐水从肛瘘外口注入,明确内口位置、瘘管的走向,用探针从肛瘘外口探入,从内口穿出,作为瘘管的标志。沿括约肌间沟外缘做 2~3 cm 的弧形切口,分离括约肌间沟,完全暴露游离瘘管,尽量靠近内括约肌钳夹切断结扎瘘管,在肛瘘外口及括约肌外瘘管做隧道式挖除后,开放引流,括约肌间切口全层缝合,包扎。

1.4.2 实验组 采用改良经括约肌间瘘管结扎术

(Ligation of Intersphincteric Fistula Tract, LIFT)。手术步骤和对照组基本一样,只是在切断瘘管后将近端瘘管结扎在探条上,游离瘘管周围的组织,逐步从肛门内退出探条,将瘘管套叠翻出至直肠内,紧靠粘膜予以结扎。外口及括约肌外瘘管仍做隧道式挖除,切口处理同对照组。

1.5 观察指标 随访 1 年,观察两组的手术效果、创面愈合时间、肛门控便能力和术后复发率。

1.6 统计学处理 使用 SPSS22.0 统计学软件进行数据分析,计量数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的手术效果比较 实验组的手术时间、术后疼痛评分和术后住院时间均明显少于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的手术效果比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	手术时间(min)	术后疼痛评分(分)	术后住院时间(d)
实验组	37	35.79± 6.11	3.49± 0.88	5.49± 2.24
对照组	37	38.77± 6.54	4.31± 1.02	6.09± 2.88
t		12.479	10.425	11.338
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者创面愈合时间和肛门控便能力比较 实验组的创面愈合时间和肛门控便能力评分均明显低于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者创面愈合时间和肛门控便能力比较($\bar{x} \pm s$)			
组别	n	创面愈合时间(d)	肛门控便能力(分)
实验组	37	17.88± 2.25	1.24± 0.08
对照组	37	26.71± 1.55	5.77± 0.34
t		1.246	1.779
P		<0.05	<0.05

3 讨论

肛瘘由内口、瘘管、外口三部分组成^[2-4]。治疗肛瘘的主要目的是消除肛瘘内口及相关的瘘管,做好肛门括约肌的保护工作。LIFT 在治疗经括约肌型肛瘘方面具有一定的优势,其根据肛周肌肉结构的解剖特点,尽可能的保留原有的解剖结构,清除病变组织^[5-6]。本研究结果显示,实验组的手术时间、术后疼痛评分、术后住院时间、创面愈合时间和肛门控便能力评分均低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。表明改良后的手术方法在降低手术时间、术后疼痛评分、术后住院时间等方面,比传统的方法更有优势,且未增加手术操作及创伤,降低了创面愈合时间,提高了肛门控便能力。总之,改良 LIFT 降低了经括约肌型肛瘘患者的手术时间、术后疼痛评分、术后住院时间和创面愈合时间,提高了肛门控便能力,临床应用价值较高。

参考文献

[1]林义办,邓建中,彭翔.改良经括约肌间瘘管结扎术 -Plug 术治疗低位肛瘘疗效分析[J].河北医药,2014,36(4):537-538
[2]Chen TA.High Ligation of the Anal Fistula Tract by Lateral Approach[J].World J Surg,2016,40(2):479
[3]朱德意,陈诚豪.肛瘘经括约肌行括约肌间瘘管改良结扎术的临床疗效研究[J].中国地方病防治杂志,2014,29(S1):175
[4]张国伟,楼继军.不同手术方式对高位单纯性肛瘘的应用价值[J].浙江创伤外科,2014,19(4):655-656
[5]Sirany AM, Nygaard RM, Morken JJ.The ligation of the intersphincteric fistula tract procedure for anal fistula: a mixed bag of results [J].Dis Colon Rectum, 2015,58(6):604-612
[6]胡海平,陈喜丽.单纯性经括约肌型肛瘘的手术改良方案及应用价值分析[J].中国现代医生,2015,53(34):43-45

(收稿日期: 2016-04-19)

麻元通便止痛汤治疗混合痔术后便秘的临床研究 *

余绪超¹ 谢昌营^{2#} 肖慧荣² 吴成成²

(1 江西中医药大学研究生院 2014 级研究生 南昌 330006;

2 江西中医药大学附属医院肛肠科 南昌 330006)

摘要:目的:观察麻元通便止痛汤治疗混合痔术后便秘的临床疗效。方法:选取 100 例混合痔术后便秘患者为研究对象,随机分为对照组和治疗组各 50 例。对照组口服麻仁丸治疗,治疗组口服麻元通便止痛汤治疗,连续治疗 7 d。观察两组临床症状变化,统计治疗后排便情况,进行症状评分,计算临床疗效。结果:治疗组总有效率明显高于对照组($P<0.05$);术后首次排便时间明显低于对照组($P<0.05$);术后排便的主要症状的评分明显低于对照组($P<0.05$);患者伴随症状评分显著低于对照组($P<0.05$)。结论:麻元通便止痛汤可以更加有效地治疗混合痔术后便秘,提高治愈率,改善患者的生活质量,无明显不良反应。

关键词:混合痔术后;便秘;麻元通便止痛汤

中图分类号:R574.8 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.013

混合痔是临床的常见病、多发病,在保守治疗失败后,对于症状表现便血、脱出、疼痛明显的患者,多需采取手术治疗^[1]。便秘是混合痔术后最常见的并

发症之一,它是指各种原因导致的术后大便秘结,排便周期延长;或周期不长但粪质干结,排出艰难;或粪质不硬,虽有便意,但便而不畅的症状。我们选择

* 基金项目:江西省卫生和计划生育委员会中医科研课题(编号:2015A134)
通讯作者:谢昌营,E-mail:xcyxcy85091@126.com

口服麻元通便止痛汤治疗混合痔术后便秘,取得效果满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2015 年 2 月~2016 年 2 月在江西中医药大学附属医院肛肠科住院的混合痔术后便秘患者 100 例。随机分为对照组和治疗组:对照组 50 例,男 32 例,女 18 例,年龄 22~66 岁,病程 3.5~17.0 年;治疗组 50 例,男 35 例,女 15 例,年龄 25~65 岁,病程 3.5~17.0 年。两组患者一般资料比较,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《功能性便秘罗马Ⅲ标准》中对功能性便秘的拟定,所观察的病种均为混合痔术后功能性便秘患者。临床表现:排便次数减少、粪便量减少、粪便干结、排便费力。取肛门镜或结肠镜检查排除出口梗阻性便秘和结肠、直肠、肛门器质性病变。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 术后第 1 天开始给予麻元通便止痛汤内服。组成:火麻仁、杏仁、生大黄、郁李仁、生地、槐花、地榆、元胡、白芍等。制法及用法:上述中药加水 1 500 ml 煎至 400 ml,由江西中医药大学附属医院制剂室代煎装袋,每袋 150 ml,自术后第 1 天起每日早晚 2 次,每次 1 袋,饭前 30 min 温服,连续服用 1 周为 1 个疗程,治疗期间停用其他通便药物。

1.3.2 对照组 术后第 1 天开始服用麻仁丸(国药准字 Z32020097),组成:火麻仁、苦杏仁、大黄、炒枳实。每日 2 次,每次 9 g,饭前 30 min 服用,连续服用 1 周,治疗期间停用其他通便药物。

1.4 观察指标

1.4.1 排便困难主要症状评分标准 (1)排便顺畅情况:0 分:大便排出顺畅;1 分:大便排出稍有不顺,轻度肛门坠胀感;2 分:大便排出不畅,肛门坠胀感及便意明显;3 分:排便困难,肛门重坠感及便意强烈。(2)排便耗时(t):0 分: $t\leq 5\text{ min}$;1 分: $5\text{ min}<t\leq 10\text{ min}$;2 分: $10\text{ min}<t\leq 20\text{ min}$;3 分: $t>20\text{ min}$ 。(3)大便性状:0 分:有明确边界的软团状物或腊肠状平滑软便;1 分:腊肠状但表面有裂缝;2 分:腊肠状但成块;3 分:硬块状便为坚果状,不易排出。(4)排便不尽感:0 分:无排便不尽感;1 分:偶有排便不尽感,轻微;2 分:时有排便不尽感,较明显;3 分:一直伴有排便不尽感,明显。

1.4.2 术后排便困难伴发疼痛、出血症状评分标准 (1)疼痛情况:参考视觉模拟疼痛评分法(Visual Analogue Scale, VAS)评分。0 分:VAS 评分 0~2 分;

1 分:VAS 评分 3~5 分;2 分:VAS 评分 6~8 分;3 分:VAS 评分 9~10 分。(2)出血情况:0 分:无出血;1 分:仅便纸染血;2 分:排便时滴血,量少,便后即止(未行特殊止血治疗措施);3 分:排便时滴血,量中等,便后即止(未行特殊止血治疗措施)。

1.4.3 疗效判定标准 参照《中医内科病症诊断疗效标准》及《痔临床诊治指南(草案)》疗效标准,拟定标准如下:(1)临床痊愈:混合痔术后排便困难临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;(2)显效:混合痔术后排便困难临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;(3)有效:痔术后排便困难临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;(4)无效:痔术后排便困难临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,症状积分减少不足 30%。

1.5 统计学方法 所得数据资料采用统计软件 SPSS11.5 进行统计分析,计量资料比较用 t 检验,计数资料比较用 χ^2 检验,等级资料比较用秩和检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组术后 1 周的总有效率为 92%,而对照组为 64%,两组比较有明显差异($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较						
组别	n	临床痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	50	12	20	14	4	92
对照组	50	3	7	22	18	64

2.2 两组术后首次排便时间比较 治疗组术后首次排便时间明显短于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后首次排便时间比较(例)								
组别	n	第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天	第 6 天	第 7 天
治疗组	50	22	16	10	1	1	0	0
对照组	50	5	7	9	14	10	2	3

2.3 两组术后主要症状评分比较 治疗组术后主要症状评分明显低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后主要症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)					
组别	n	排便顺畅	排便耗时	大便性状	排便不尽感
治疗组	50	1.02 $\pm$ 0.16*	1.21 $\pm$ 0.15*	1.06 $\pm$ 0.22*	1.23 $\pm$ 0.17*
对照组	50	1.76 $\pm$ 0.27	1.64 $\pm$ 0.18	1.54 $\pm$ 0.25	1.82 $\pm$ 0.16

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.4 两组术后伴随症状评分比较 治疗组术后评分明显低于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组术后伴随症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)			
组别	n	疼痛情况	出血情况
治疗组	50	1.01 $\pm$ 0.12*	1.12 $\pm$ 0.16*
对照组	50	1.66 $\pm$ 0.18	1.82 $\pm$ 0.36

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

中医学认为混合痔术后患者便秘主要是由于手术耗气伤津,而致气虚津亏,大肠传导无力;加之术后患者情志不舒、久卧少动,致气机郁滞大肠传导失职,两者合力而致糟粕内停,不得下行,而成便秘。临床多采取以中药辨证用药治疗(增液汤加味、四逆散合六磨汤等)、针灸治疗(透天凉手法、穴位热敏灸等)、穴位按摩治疗、泻药治疗、栓剂和促胃肠动力药等治疗,疗效欠佳^[2-5]。

临床研究发现,混合痔术后便秘主要是由于混合痔术后活动减少,肠蠕动减慢;术后肛门切口疼痛,扩约肌痉挛,患者惧痛畏便;入院后生活、饮食的不适应以及精神高度紧张等因素引起。因此单独应用某种有缓泻作用的西药或中成药很难达到理想的效果,有时还会引起明显的腹泻,便次增多,给患者带来更多的痛苦。而麻元通便止痛汤,它是由麻仁丸合元胡、芍药甘草汤加减而成,方中发挥麻仁丸润

肠通便的功效;加上元胡、芍药甘草汤,起到缓急止痛的功效;加上地榆、槐花,起到凉血止血的功效;所以麻元通便止痛汤可以达到润肠通便、止痛止血的功效。

综上所述,麻元通便止痛汤可以更加有效的治疗混合痔术后便秘,提高治愈率,改善患者的生活质量,无明显不良反应,患者容易接受,值得临床进一步推广。

参考文献

[1]何永恒,凌光烈.中医肛肠病学[M].北京:清华大学出版社,2011.126
[2]蔡而玮,游志华.增液汤加味治疗Ⅲ期混合痔术后便秘 56 例[J].福建中医药,2007,38(5):7-8
[3]奎继中,王媛.四逆散合六磨汤治疗痔瘕术后便秘 74 例[J].云南中医中药杂志,2013,34(8):39
[4]李复明,张立荣.针刺治疗肛肠术后并发症 206 例疗效观察[J].中国针灸,1996,6(7):23-24
[5]陈俊,叶茂,贺应林.穴位热敏灸治疗肛肠病术后便秘临床观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(2):15-16

(收稿日期:2016-05-16)

中西医结合和单纯西医治疗妊娠期糖尿病疗效对比观察

黄章豫 吴金兰

(广东省徐闻县妇幼保健院 徐闻 524100)

摘要:目的:对比中西医结合治疗和单纯西医治疗妊娠期糖尿病的疗效。方法:选取 2011 年 3 月~2015 年 8 月我院就诊 108 例妊娠期糖尿病患者随机分为研究组和对照组,每组 54 例。对照组使用饮食控制+胰岛素等西医常规治疗,研究组在对照组治疗的基础上加用中药汤剂口服治疗。比较两组孕妇治疗前后血糖变化情况及围产期并发症发生率。结果:治疗后研究组孕妇空腹血糖(FBG)、餐后 2 h 血糖(2 hPBG)及糖化血红蛋白(HbA1c)分别为(5.11±0.37) mmol/L、(7.06±0.25) mmol/L、(7.15±0.63)%,均显著低于对照组($P<0.05$);研究组围产期并发症发生率为 7.4%,显著低于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗妊娠期糖尿病疗效显著,可有效改善血糖水平,降低围产期并发症,保障母婴安全。

关键词:妊娠期糖尿病;中西医结合疗法;血糖;围产期并发症

中图分类号:R714.256

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.014

妊娠期糖尿病是产科的常见病,在我国的发病率为 1%~5%,呈逐年升高趋势^[1-2]。杨慧霞^[3]研究指出,血糖控制不佳的孕妇,易出现羊水过多、酮症、胎膜早破、巨大儿等并发症。临床早期采取系统综合的治疗,改善膳食结构,积极控制血糖,对于降低胎儿早产、巨大儿的发生率,改善妊娠结局至关重要。本研究旨在对比中西医结合和单纯西医治疗妊娠期糖尿病的疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 3 月~2015 年 8 月我院 108 例妊娠期糖尿病患者作为研究对象,均符合妊娠期糖尿病诊断标准,同意参与本研究,并签署知情同意书,随机分为研究组和对照组,每组 54 例。研究组平均年龄(27.58±3.25)岁;产次(1.30±0.47)

次;学历:初中 4 例,高中 12 例,大专 17 例,本科及本科以上 21 例;孕前身体质量指数(BMI)[(22.41±1.05) kg/m²]。对照组平均年龄(27.62±1.17)岁,产次(1.28±0.43)次;学历:初中 5 例,高中 13 例,大专 14 例,本科及本科以上 22 例;孕前 BMI(22.36±1.19) kg/m²。两组平均年龄、产次、文化程度及孕前 BMI 等一般资料比较,无显著差异($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 为孕妇制定个体化饮食计划,计算每天不同食物的质量及孕妇需要的热量值,在满足日常需求的同时限制碳水化合物摄入量,少食多餐。每日膳食中脂肪占 25%~30%,蛋白质占 20%~25%,血脂高、肥胖者降低脂肪摄入,增加可溶性纤维及维生素的摄入,同时根据不同的孕周加用胰岛素注射

液(国药准字 S19980075,规格为 10 ml:400 IU)治疗,餐前注射,3 次/d。

1.2.2 研究组 在对照组基础上给予益气养阴、补肾填精中药方,药物组成:党参、葛根、麦冬、生地各 15 g,五味子、陈皮、茯苓各 10 g,生黄芪、黄精各 30 g,生山楂 20 g,生甘草 6 g,水煎服,分早晚 2 次口服。

1.3 观察指标 比较两组孕妇治疗前后血糖变化情况[空腹血糖(FBG)、餐后 2 h 血糖(2 hPBG)、糖

化血红蛋白(HbA1c)]及围产期并发症发生率。

1.4 统计学方法 运用 SPSS20.0 软件分析数据,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料用例/百分比表示,采用卡方检验, $P<0.05$ 为有显著差异。

2 结果

2.1 两组孕妇血糖变化情况比较 治疗后研究组孕妇 FBG、2 hPBG、HbA1c 均显著低于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组孕妇血糖变化情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FBG(mmol/L)		2 hPBG(mmol/L)		HbA1c(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	54	8.57± 1.71	5.11± 0.37	11.46± 1.24	7.06± 0.25	8.16± 0.76	7.15± 0.63
对照组	54	8.74± 1.42	5.59± 0.58	11.38± 1.38	8.63± 1.78	8.18± 0.79	7.87± 0.91
<i>t</i>		0.562 0	5.127 1	0.316 9	6.418 5	0.134 1	4.780 4
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组围产期并发症发生率比较 研究组围产期并发症发生率显著低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组围产期并发症发生率比较[例(%)]

组别	n	酮症	妊高症	羊水过多	胎膜早破	产后出血	合计
研究组	54	0(0.0)	0(0.0)	1(1.9)	2(3.7)	1(1.9)	4(7.4)
对照组	54	2(3.7)	1(1.9)	5(9.3)	3(5.6)	2(3.7)	13(24.1)
χ^2							5.6548
<i>P</i>							<0.05

3 讨论

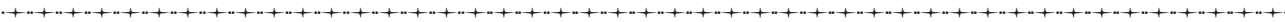
妊娠期糖尿病是高危妊娠之一,孕妇持续处于高血糖状态,可增加流产率,导致酮症、产后出血、羊水过多、胎膜早破、新生儿血糖过低、早产等不良妊娠结局^[4-5]。空腹血糖、餐后 2 h 血糖及糖化血红蛋白均能有效反映妊娠期糖尿病的病情程度,指导临床治疗,其中糖化血红蛋白更稳定,避免了血糖周期波动的影响,与病情严重程度密切相关^[5]。洪普等^[6]研究指出,重视孕期糖筛查,给予早期干预治疗,积极控制血糖及血脂水平至关重要。医护人员需制定个体化的饮食计划,辅以适当的运动,同时指导孕妇做好自我监护,密切监测血糖,根据血糖情况及时调整胰岛素用量,积极控制并发症。妊娠期糖尿病在中医学中属于“妊娠消渴”范畴,主要病机为饮食不节、气阴亏虚、肝肾亏虚等。采用益气养阴、补肾填精中药方治疗妊娠期糖尿病效果确切,可明显改善胰岛

素抵抗,增强西药治疗疗效。党参补中益气、健脾益肺;葛根生津止渴、升阳止泻;麦冬生津解渴、润肺止咳;生地清热凉血、益阴生津;五味子滋补涩精、止泻止汗;甘草调和诸药,共奏滋阴健脾、除烦安胎的功效。本研究表明:治疗后研究组孕妇 FBG、2 hPBG、HbA1c 均显著低于对照组 ($P<0.05$),研究组围产期并发症发生率显著低于对照组 ($P<0.05$),同高扬等^[7]研究结果一致,证明中西医结合治疗妊娠期糖尿病效果满意。综上所述,中西医结合治疗妊娠期糖尿病疗效显著,可有效改善血糖水平,降低围产期并发症,保障母婴安全。

参考文献

[1]于江荣,许现娣,孙伟宏,等.个性化饮食处方对妊娠期糖尿病患者母婴的影响[J].现代中西医结合杂志,2014,23(11):1203-1204
[2]李婷.妊娠期糖尿病孕前体质质量指数与分娩方式和新生儿体质量的关系分析[J].实用中西医结合临床,2014,14(12):47-48
[3]杨慧霞.妊娠期糖尿病的管理策略和临床实践[J].中华糖尿病杂志,2012,4(11):697-699
[4]张莉,王力朋,张国锋,等.中西医结合治疗妊娠期糖尿病疗效观察[J].实用中医药杂志,2015,31(1):47
[5]张佳,刘晓杭,祝晓妮.妊娠期糖尿病防治时机对妊娠结局的影响[J].实用中西医结合临床,2013,13(6):43-44
[6]洪普,罗云玲,孙波,等.实施“三位一体”护理模式控制妊娠期糖尿病的效果分析[J].中国中西医结合急救杂志,2013,20(4):254-255
[7]高扬,王芳,徐辉,等.中西医结合疗法对妊娠期糖尿病患者血糖及血脂水平的影响[J].中南医学科学杂志,2012,40(6):610-612

(收稿日期:2016-04-12)



欢迎广告惠顾! 欢迎投稿! 欢迎订阅!

新辅助化疗对宫颈鳞癌 Bub1、p53 的影响*

卫玲 干丽敏 朱小军 张庆明 杨荣
(甘肃省肿瘤医院妇科 兰州 730050)

摘要:目的:探究新辅助化疗对宫颈鳞癌中 Bub1、p53 的影响及其机理。方法:在我院接受治疗的宫颈鳞癌患者 40 例均采用新辅助化疗治疗。根据组织摄取部位不同分为癌旁组和癌中组。观察治疗前后癌旁组和癌中组的 Bub1、p53 的含量。结果:癌中组的 Bub1 均增高,p53 均降低,接近癌旁组。结论:新辅助化疗治疗宫颈鳞癌临床疗效显著,其机理可能是通过升高 Bub1、降低 p53 含量进行调节,对肿瘤细胞的生长起到了抑制的作用。

关键词:宫颈鳞癌;新辅助化疗;Bub1;p53

中图分类号:R737.33

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.015

宫颈癌是妇科常见的恶性肿瘤之一,在发展中国的妇科发病率高居第一位,在女性恶性肿瘤中与肿瘤相关的女性死亡因素中居第二位^[1],近年来的研究表明^[2],随着宫颈癌普查技术的发展和普及,早期宫颈癌的发病率越来越高且趋向年轻化,约 54% 的患者年龄<50 岁^[3]。目前治疗宫颈癌的主要手段是放疗、化疗和手术治疗。1983 年 Frie 等首次报道宫颈鳞癌是对化疗(TP 方案)敏感的肿瘤,从此,化疗就在宫颈癌综合治疗中发挥着不可替代的作用^[4],所以手术治疗的同时,新辅助化疗也成为当前宫颈癌治疗过程中的重要步骤。新辅助化疗(NACT)是指在局部治疗(手术或放疗)之前给予的全身化疗,也叫早期化疗。本研究通过免疫组化法研究分析 Bub1、p53 的含量变化,进而观察新辅助化疗在临床上治疗宫颈鳞癌的有效性,并探讨其作用机理。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 在我院接受治疗的宫颈鳞癌患者 40 例,年龄 50~65 岁,平均年龄 57.3 岁;病程 0.4~0.6 年,平均病程 0.5 年。所有患者均通过组织学方法进行确诊。

1.2 试剂 免疫组化试剂盒(Dako envision system labeled polymer,rHRP Anti-mouse and Anti-rabbit k1491),购于美国 Dako 公司;p53 一抗工作液,购于上海基因有限公司;Bub1 (Rabbit polyclonal to Bub1,aa1-312),购于美国 Abcam 公司,试验稀释度为 1:50。

1.3 组织来源 对患者化疗前和化疗后取病理组织,分为癌旁组织(癌旁组)和癌中组织(癌中组)。

1.4 实验方法 对患者进行化疗前取样,进行实验学检查,确定患者患有宫颈鳞癌,并测定 Bub1、p53 的含量,化疗后对患者再次取样,测定 Bub1、p53 的含量。其中免疫组织化学法按试剂盒说明书操作,

抗原修复采用水煮沸法,用小牛血清代替一抗作阴性对照,用已知宫颈鳞癌阳性切片作阳性对照。Bub1 蛋白阳性着色主要定位于细胞核浆;p53 蛋白阳性着色主要定位于细胞核。采用双人双盲法观察结果,随机选择 10 个高倍视野,计数 1 000 个细胞,计算阳性细胞百分比。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料用卡方检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者进行新辅助化疗前 Bub1 蛋白在宫颈癌中的表达 Bub1 蛋白阳性着色主要定位于细胞核浆,呈黄色或棕黄色颗粒。癌旁组 Bub1 阳性率为 87.5%,癌中组 Bub1 阳性率为 57.5%。两组比较差异有统计学意义,*P*<0.05。见表 1、图 1。

表 1 新辅助化疗前宫颈鳞癌组织及正常宫颈黏膜中 Bub1 的表达				
组别	<i>n</i>	阳性(例)	阴性(例)	阳性率(%)
癌旁组	40	35	5	87.5
癌中组	40	23	17	57.5
<i>P</i>				0.02

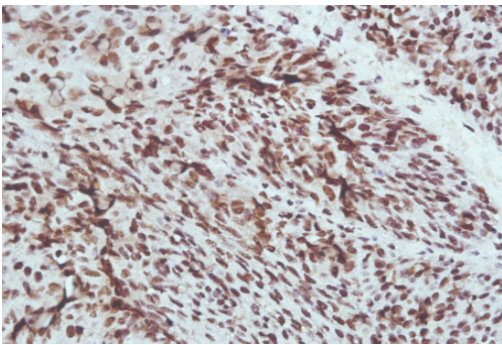


图 1 早癌 Bub1(400 倍)

2.2 患者进行新辅助化疗后 Bub1 蛋白在宫颈癌中的表达 癌旁组 Bub1 阳性率为 87.5%,癌中组 Bub1 阳性率为 82.5%。两组比较无显著性差异,*P*>0.05。见表 2。

* 基金项目:甘肃省社会发展类课题(编号:2015CGKJ63)

表 2 新辅助化疗后宫颈鳞癌组织及正常宫颈黏膜中 Bub1 的表达

组别	n	阳性(例)	阴性(例)	阳性率(%)
癌旁组	40	35	5	87.5
癌中组	40	33	7	82.5
P				0.08

2.3 患者进行新辅助化疗前 p53 蛋白在宫颈鳞癌中的表达 p53 蛋白阳性着色主要定位于细胞核，呈黄色或棕黄色颗粒。癌旁组 p53 阳性率为 0.0%；癌中组 p53 阳性率为 52.5%。两组比较有显著性差异， $P<0.01$ 。见表 3、图 2。

表 3 新辅助化疗前宫颈鳞癌组织及正常宫颈黏膜中 p53 的表达

组别	n	阳性(例)	阴性(例)	阳性率(%)
癌旁组	40	0	40	0.0
癌中组	40	21	19	52.5
P				<0.01

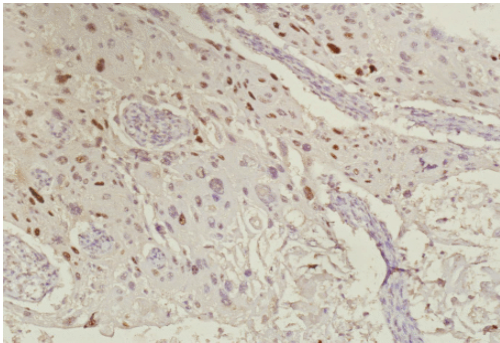


图 2 早癌 p53(400 倍)

2.4 患者进行新辅助化疗后 p53 蛋白在宫颈鳞癌中的表达 癌旁组 p53 阳性率为 0.0%；癌中组 p53 阳性率为 5.0%。两组比较无显著性差异， $P>0.05$ 。见表 4。

表 4 新辅助化疗后宫颈鳞癌组织及正常宫颈黏膜中 p53 的表达

组别	n	阳性(例)	阴性(例)	阳性率(%)
癌旁组	40	0	40	0.0
癌中组	40	2	38	5.0
P				>0.05

3 讨论

我们采用免疫组化来分析 40 例宫颈鳞癌(癌中组织)及 40 例正常宫颈黏膜(癌旁组织)中 Bub1 的表达情况，结果宫颈鳞癌组织中 Bub1 表达明显低

于正常黏膜，两组之间存在明显差异。经过新辅助化疗后，癌中组织的 Bub1 表达明显增高，接近癌旁组织($P>0.05$)。虽然临床病例有限，但为临床治疗癌症提供了重要指导。研究结果显示，在正常的宫颈黏膜组织中 Bub1 蛋白表达较高，这说明一定量的 Bub1 蛋白可能是维持人类正常细胞有丝分裂所必须的。40 例宫颈鳞癌及 40 例正常宫颈黏膜中 p53 表达结果显示：正常宫颈黏膜中未发现 p53 蛋白，而 40 例宫颈鳞癌组织中 p53 阳性率为 52.5%。经过新辅助化疗后，患者癌中组织中 p53 显著降低，接近癌旁组织中 p53 的含量，证明手术前对患者进行新辅助化疗可以明显改变 p53 的含量，有利于患者后期的恢复，提高患者的生存率。

在新辅助化疗中，采用紫杉醇通过抑制微管解聚可阻滞细胞周期，进而杀伤肿瘤。有研究显示紫杉醇这种杀伤作用有赖于具有完整功能的纺锤体检查点。纺锤体检查点是细胞周期的最后关卡^[5]。目前，临床上对于紫杉醇的用量也不尽相同，有研究报道，175 mg/m² 的紫杉醇对晚期初次化疗的宫颈癌有效率为 17%，而 250 mg/m² 紫杉醇有效率可达 25%^[6]，患者化疗后的副作用较小，生存率较高，这提示在临床治疗宫颈鳞癌时，不能单纯的应用手术治疗，应该配合有效的化疗，起到抑制肿瘤生长因子的作用，为手术后的快速恢复提供一定的基础，提高手术成功率，减轻患者的痛苦及经济负担。

参考文献

[1]WHO.Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice[M].Switzerland: World Health Organization,2006.1
[2]王悦,魏利.宫颈癌手术治疗进展[J].中华实用诊断与治疗杂志, 2012,26(12):1147-1149
[3]Filippeschi M,Moncini I,Bianchi B,et al.What Kind of surgery for cervical carcinoma[J]?G Chir,2012,33(4):139-146
[4]徐凤梅,王敏.宫颈癌及癌前病变组织中 COX-2mRNA 的表达及临床意义[J].中国现代医生,2009,47(17):33-34
[5]傅云峰,谢幸,叶大风.肿瘤与纺锤体检查点的研究现状[J].国际肿瘤学杂志,2005,32(1):3-6
[6]Legge F,Fuoco G,Lorusso D,et al.Pharmacotherapy of cervical cancer [J].Expert Opin Pharmacother,2010,11(12):2059-2075

(收稿日期: 2016-04-03)

(上接第 7 页)

[17]于敬达,于敬茹,董弘,贞芪扶正颗粒对老年肿瘤患者化疗后免疫功能的影响[J].包头医学院学报,2014,30(2):11-12
[18]刘芳,张华,于雁.注射用黄芪多糖联合培美曲塞二钠治疗老年晚期非小细胞肺癌 42 例[J].中国中医药科技,2011,18(5):380
[19]吕利成.艾迪联合吉两他滨加卡铂方案治疗老年晚期非小细胞肺癌 29 例临床疗效观察[J].山西中医学院学报,2009,10(6):66-67
[20]林岩,刘新姿,李娟,等.艾迪联合化疗治疗老年晚期 NSCLC 的临床观察[J].中国癌症防杂志,2010,2(4):306-308

[21]张春荣.化疗联合康艾注射液治疗老年中、晚期肺癌的临床研究 [J].新中医,2008,40(8):19-20
[22]马冬,林萍,邓罡.回生口服液对老年肿瘤患者化疗后细胞免疫功能的影响[J].成都中医药大学学报,2005,28(3):52-54
[23]陈修保.健脾补肾方改善老年晚期非小细胞肺癌化疗毒副反应的临床研究[D].山东:山东中医药大学,2014
[24]朱艳华.鸦胆子油乳联合多西紫杉醇治疗老年晚期肺癌的临床观察[D].新疆:新疆医科大学,2010

(收稿日期: 2016-03-26)

托吡酯与卡马西平治疗老年癫痫的疗效比较

梁守芳 袁锋[#]

(广东省海丰县老区人民医院 海丰 516411)

摘要:目的:观察比较托吡酯与卡马西平治疗老年癫痫的临床效果。方法:将 2014 年 2 月~2015 年 2 月我院纳入的 80 例老年癫痫患者分为对照组与观察组,每组 40 例。对照组给予卡马西平口服治疗,观察组则采用托吡酯口服治疗。比较两组疗效,统计用药结束后 3、6 个月时癫痫发作次数。结果:观察组治疗总有效率 95.0%,较对照组明显更高,组间差异具有统计学意义($P<0.05$)。与对照组相比,用药结束后 3、6 个月观察组患者的癫痫发作次数更少($P<0.05$)。对照组中不良反应发生率 27.5%,明显高于观察组的 10.0%($P<0.05$)。结论:在老年癫痫患者临床用药中,托吡酯疗效确切,可有效控制患者癫痫发作次数,安全性高,值得推广应用。

关键词:老年癫痫;药物治疗;卡马西平;托吡酯

中图分类号:R749.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.016

老年癫痫是神经科常见的一种慢性疾病,其发病率在近年来有增高趋势,对患者生活质量以及身心健康造成严重影响。托吡酯是抗癫痫类药物中的一种新型制剂,是临床推荐的一种广谱、安全的抗癫痫药物。本文以卡马西平为参照,对比分析了托吡酯治疗老年癫痫的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 2 月~2015 年 2 月在我院治疗的 80 例老年癫痫患者纳入本研究,所有病例病情均与国际癫痫诊断标准^[1]相符。按照随机数字表法将其分为对照组与观察组,每组 40 例。对照组中男 27 例,女 13 例;年龄 57~84 岁,平均年龄(63.3 ± 5.2)岁;病程 1~14 年,平均病程(5.5 ± 1.7)年。观察组中男 25 例,女 15 例;年龄 60~81 岁,平均年龄(64.2 ± 6.1)岁;病程 2~17 年,平均病程(5.4 ± 1.0)年。两组患者的年龄、性别、病程等基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组给予卡马西平(国药准字 H20043535)口服治疗,200 mg/粒,初始用药每次为 1 粒,每天 3 次,此后每天增用 1 粒,产生疗效时停止加药。观察组则采用托吡酯(国药准字 H20020555)口服治疗,25 mg/粒,加量期用药方法:第 1 周用药为 25 mg/d,第二周增至 50 mg/d,每周增用量为 25 mg/d,目标用药剂量不可超过 200 mg/d。稳定期用药方法:按照目标用药剂量给药,持续 12 周,并结合患者病情发作情况对用药剂量做出调整。一旦发生异常反应则应及时处理。

1.3 观察指标与评价标准 观察两组疗效,统计用药结束后 3、6 个月时癫痫发作次数。疗效评价标准^[2]:患者治疗后半年不再发作即为痊愈;患者治疗后半年发作次数减少不低于 80%即为显效;患者治疗后半年发作次数减少不低于 50%即为有效;患者经

药物治疗后未达到上述标准即为无效。治疗总有效率为痊愈率、显效率与有效率之和。

1.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 软件对本研究的数据进行统计学分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以百分比表示,用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果对比 观察组治疗总有效率 95.0%,较对照组的 80.0%更高,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗效果对比						
组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
对照组	40	20	9	3	8	32(80.0)
观察组	40	24	11	3	2	38(95.0)*
χ^2 值						8.653

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.2 两组用药结束后 3、6 个月时癫痫发作次数对比 观察组用药结束后 3、6 个月时癫痫发作次数更少,与对照组相比差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组用药结束后 3、6 个月时癫痫发作次数对比(次, $\bar{x}\pm s$)			
组别	n	用药后 3 个月	用药后 6 个月
对照组	40	4.33 $\pm$ 1.12	3.95 $\pm$ 1.11
观察组	40	1.94 $\pm$ 0.51*	1.32 $\pm$ 0.45*
t 值		12.254	10.185

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.3 两组不良反应比较 对照组中头晕 3 例、嗜睡 4 例、恶心 4 例,不良反应发生率 27.5%;观察组中头晕 1 例、嗜睡 2 例、恶心 1 例,不良反应发生率 10.0%。两组比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

癫痫属于慢性反复发作性神经系统疾病,作为一种常见疾病由多种病因引起,表现为患者大脑神经细胞异常放大导致大脑功能短暂性、发作性失调。其病因主要包括先天性疾病、颅脑受损、颅内感染以

[#] 通讯作者:袁锋,E-mail: gokgrk@163.com