

28%~55%。(2)治疗 1 个月后,采用儿童哮喘生命质量量表评估对比两组患儿生命质量^[3],包括日常活动、身体状况、心理活动及环境因素 4 大方面。均为 5 分评分制,评分越高生命质量越差。

1.5 统计学分析 运用 SPSS21.0 统计学软件处理数据,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验, $P<0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肺功能比较 治疗 1 个月后,观察组肺功能指标高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后肺功能比较($\bar{x} \pm s$)					
时间	组别	<i>n</i>	VT(ml/kg)	TPTEF/TE(%)	VPEF/VE(%)
治疗前	观察组	39	4.26± 0.38	23.82± 3.15	24.14± 4.02
	对照组	39	4.31± 0.27	24.03± 2.94	23.95± 3.86
	<i>t</i>		0.670	0.304	0.213
	<i>P</i>		0.505	0.762	0.832
治疗 1 个月后	观察组	39	8.58± 1.14	38.35± 5.41	39.51± 5.61
	对照组	39	6.70± 1.47	34.45± 4.62	34.56± 4.81
	<i>t</i>		6.311	3.433	4.183
	<i>P</i>		0.000	0.001	0.000

2.2 生命质量比较 治疗 1 个月后,观察组哮喘生命质量评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 哮喘生命质量比较(分, $\bar{x} \pm s$)						
时间	组别	<i>n</i>	日常活动	心理状况	心理活动	环境因素
治疗前	观察组	39	3.97± 0.18	4.01± 0.26	4.13± 0.30	3.96± 0.20
	对照组	39	3.89± 0.23	3.99± 0.20	4.22± 0.27	4.02± 0.22
	<i>t</i>		1.711	0.381	1.393	1.260
	<i>P</i>		0.091	0.704	0.168	0.211
治疗 1 个月后	观察组	39	2.21± 0.21	2.25± 0.14	2.30± 0.17	1.97± 0.31
	对照组	39	3.54± 0.32	3.67± 0.33	3.46± 0.36	3.38± 0.23
	<i>t</i>		21.700	24.738	18.196	22.811
	<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

小儿支气管哮喘主要症状为咳嗽、胸闷、呼吸困难,严重者可发生心力衰竭、呼吸衰竭,甚至导致死亡。相关研究显示,该病多由呼吸道感染诱发,感染

后气管内炎症因子剧增,患儿对各种刺激因素敏感性提高,导致呼吸道分泌物增多,气道狭窄多痰,进而出现呼吸困难等哮喘症状^[4]。因此,及时排出痰液、舒张气管是治疗小儿支气管哮喘的关键。

氨茶碱属茶碱衍生物,可有效抑制平滑肌细胞磷酸二酯酶分泌,减少腺苷-3 及 5- 环化-磷酸受损,进而缓解平滑肌痉挛,减少气道中空气阻力,改善气管黏膜组织充血水肿状况,达到舒张支气管的目的。盐酸氨溴索可促进肺泡Ⅱ型细胞成熟,增加肺部组织活性分泌物,降低痰液黏稠度,且对肺部特异性高,可与肺部大分子集团结合,产生系列药物作用,整体治疗效果更好。此外,该药亦可促使肺成熟,促进支气管纤毛生长,增加其系统运输能力,从而及时排出气管痰液,改善气道狭窄阻塞状况。邱追红^[5]研究显示,氨茶碱联合盐酸氨溴索治疗小儿支气管哮喘总有效率为 90.48%,高于单纯使用氨茶碱治疗总有效率 72.09%。本研究结果显示,观察组肺功能各项指标均高于对照组,哮喘生命质量评分低于对照组。综上所述,氨茶碱联合盐酸氨溴索治疗小儿支气管哮喘,可改善患儿肺功能,提高患儿生命质量,值得临床推广。

参考文献

[1]张静玉,王彦辉,张明亮.多索茶碱与盐酸氨溴索联合治疗支气管哮喘急性期患者的临床疗效观察[J].西北药学杂志,2016,31(2):192-194
[2]胡亚美,江载芳,诸福棠.实用儿科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2002.1108
[3]陈虹,向卉.碱化盐酸氨溴索雾化吸入治疗小儿支气管肺炎的效果观察[J].护理研究,2014,28(21):2633-2634
[4]乔树斌.喘可治配合盐酸氨溴索治疗支气管哮喘疗效观察[J].陕西中医,2014,35(11):1517-1518
[5]邱追红.盐酸氨溴索联合氨茶碱治疗小儿支气管哮喘 42 例疗效观察[J].中国妇幼保健,2011,26(18):2837-2838

(收稿日期:2017-07-01)

中西医结合治疗胃癌手术后胃瘫的疗效探讨

焦海峰

(核工业 417 医院 陕西西安 710600)

摘要:目的:分析中西医结合治疗胃癌术后胃瘫的临床效果。方法:选取 2015 年 1 月~2016 年 10 月在我院接受治疗的 60 例胃癌术后胃瘫患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 30 例。对照组采用常规西医方法治疗,观察组采用中西医结合治疗,比较两组的治疗效果。结果:治疗后,观察组的总有效率为 96.67%,高于对照组的 76.67%,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组的平均恢复时间少于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:采用中西医结合治疗胃癌术后胃瘫,能够更有效地改善患者的胃瘫症状,提升患者的胃肠道功能。

关键词:胃癌;手术后;胃瘫;中西医结合疗法

中图分类号:R735.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.055

胃癌术后胃瘫是胃癌手术后的并发症,也叫胃排空延迟或胃无力,属于胃癌术后的一种功能性疾病,主要病理机制为胃流出道非机械性梗阻^[1]。胃癌

术后胃瘫的出现对患者术后恢复会造成直接影响,患者病程会明显延长^[2]。因此,必须采取有效的方法改善胃癌术后胃瘫症状,保证患者术后的良好恢复。

本研究具体分析了本院采用中西医结合方法治疗胃癌术后胃瘫的效果。现报告如下：

1 资料与方法

1.1 基本资料 选取 2015 年 1 月~2016 年 10 月在本院接受治疗的 60 例胃癌术后胃瘫患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 30 例。观察组中男 19 例,女 11 例;平均年龄(57.2± 8.3)岁;疾病类型:10 例贲门癌及贲门胃体癌,6 例幽门癌,14 例胃窦癌。对照组中男 19 例,女 11 例;平均年龄(57.5± 8.1)岁;疾病类型:11 例贲门癌及贲门胃体癌,7 例幽门癌,12 例胃窦癌。两组患者的基本资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 常规处理 两组患者入院后均先接受常规处理,帮助患者平复心情,合理禁食,给予胃肠持续减压,保持酸碱及水电解质平衡,给予静脉营养支持,用高渗盐水给患者洗胃。

1.2.2 对照组 在常规处理的基础上给予患者常规西药治疗。静脉滴注胃复安 20 mg/d,1 次/d;经胃管注入多潘立酮和西沙比利 3 次/d,西沙比利剂量为 5~10 mg/次,多潘立酮剂量为 10~20 mg/次;静脉滴注红霉素 150~300 mg/d,1 次/d。所有药物均持续使用 1 个星期。

1.2.3 观察组 在对照组基础上联合中医针灸方法进行治疗。穴位选取:中脘、两侧胃俞、两侧内关、两侧公孙、两侧足三里、两侧三阴交。对需针刺穴位实施常规消毒,选择 1.5~2.0 寸的毫针实施针刺,三阴交、足三里穴位:针尖和皮肤成 75° 夹角斜向上方针刺 1.5 寸,确保针感分别于小腿外侧和内侧放射向大腿根部;中脘穴位:直刺 1.5 寸,确保上腹部有针感;公孙穴位:直刺 0.8 寸;内关:针尖向经脉方向倾斜,确保针感传导向上肢;胃俞穴位:直刺 1.5 寸,确保腰背部有针感。上述穴位均采用平补平泻法,进针得气后留针 0.5 h,针刺 1 次/d,持续治疗 7 次。

1.3 疗效评价 痊愈:患者的临床症状完全消除,复查发现胃排空恢复正常,蠕动恢复正常;好转:患者的临床症状基本缓解,复查发现胃排空稍有延迟,蠕动接近正常;无效:患者的临床症状仍然存在,复查显示胃排空仍然明显延迟,蠕动差。总有效率=痊愈率+好转率。并比较两组平均恢复时间。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS19.0 统计软件,计数资料以%表示,行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 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 治疗后,观察组的总有效

率为 96.67%,高于对照组的 76.67%,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	好转	无效	总有效
观察组	30	14(46.67)	15(50.00)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	30	11(36.67)	12(40.00)	7(23.33)	23(76.67)

2.2 两组平均恢复时间比较 观察组患者恢复所用时间 7~21 d,平均恢复时间(10.23± 1.59) d;对照组患者恢复所用时间 7~21 d,平均恢复时间(17.59± 3.06) d。观察组的平均恢复时间少于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

3 讨论

临床研究显示,导致胃癌术后出现胃瘫的主要原因有患者本身的基础疾病、饮食、手术造成的创伤及麻醉等因素,老年患者患有的基础疾病较多,对于手术创伤的耐受性较差,所以胃癌术后出现胃瘫的可能性更高^[3-4]。临床用于治疗胃瘫的西药有多种,其中胃复安可以加快胃排空,提升食管下段括约肌张力,避免胃内容物出现反流;多潘立酮与胃复安有相似的作用,但具有更强的外周作用,可以加快胃蠕动和胃排空,还能够对恶心、呕吐等不良反应起到抑制作用;西沙比利可以对消化道平滑肌发挥促动力作用,改善胃肠运动;红霉素能够快速纠正紊乱的胃电节律^[5-6]。

单纯西药治疗的效果发挥较慢,同时可能出现不同的不良反应。联合中医方法进行治疗,针刺中脘、胃俞能够发挥和胃止呕、调理脾胃的效果;针刺三阴交能够滋阴养胃;针刺内关能够通阴维脉;针刺公孙能够通于冲脉;内关、公孙配合能够畅达三焦气机,起到明显的和胃降逆止痛的效果;针刺足三里能够和胃止痛、通调腑气^[7]。中西医结合治疗,能够更快发挥疗效,从而有助于缩短治疗所需时间。

本研究结果显示,治疗后观察组的总有效率为 96.67%,高于对照组的 76.67%,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组的平均恢复时间少于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。说明通过中西医结合的方法治疗,能够使患者的胃瘫症状得到更明显的改善,更有效缓解地胃排空及胃蠕动,并能够使疗效得到更快的发挥,从而有助于缩短恢复时间,减轻患者的医疗负担和痛苦。综上所述,采用中西医结合治疗胃癌术后胃瘫,能够更有效地改善患者的胃瘫症状,提升患者的胃肠道功能。

参考文献

[1]马亮亮,吕健东,张树朋,等.空肠营养管在预防及治疗胃癌术后胃瘫患者中的疗效[J].哈尔滨医科大学学报,2014,48(5):422-424
[2]周梅峰.经胃镜空肠置管全肠道营养在胃癌术后胃瘫治疗中的效

果[J].大家健康(中旬版),2014,8(6):138-139
[3]张仕卒.胃大部切除术根治胃癌后胃瘫的危险因素分析[J].老年保健医学,2016,14(5):69-70
[4]孙庆磊,胡三元.胃癌根治 Roux-en-Y 式重建术后胃瘫的治疗体会[J].临床外科杂志,2014,22(7):520-522
[5]张勇,钱振渊.大承气汤、奥美拉唑联合西沙必利对胃癌根治术后

胃瘫患者血清胃泌素与胃动素水平的影响[J].中国生化药物杂志,2017,37(4):143-145
[6]方蝶,石焱.穴位注射结合西药治疗与护理胃癌胃大部切除术后胃瘫[J].实用肿瘤杂志,2016,31(4):377-379
[7]戴青松,黄平.6 例胃癌行远端切除术后并发胃瘫的分析[J].安徽医药,2014,18(1):144-145

(收稿日期: 2017-06-09)

开腹手术与腹腔镜根治术治疗结肠癌的疗效对比

朱 铮 乔国勇 刘宏远

(河南省舞阳县人民医院普外科 舞阳 462400)

摘要:目的:分析结肠癌患者采用开腹和腹腔镜根治术治疗的疗效差异,探讨适用于临床的最佳手术治疗手段。方法:随机将 44 例不同时间(2013 年 10 月~2017 年 1 月)入院的结肠癌患者进行分组,采取开腹手术治疗的为传统组(22 例),采用腹腔镜根治术治疗的为试验组(22 例),比较两组临床治疗效果。结果:与传统组在手术期间的各项临床指标观察相比,试验组的肠胃功能恢复时间、术中出血量和并发症发生率均明显低于传统组,但手术用时却多于传统组,组间数据比较差异有统计学意义($P<0.05$)。另外,两组的淋巴结清除量和半年内的生存率对比,差异不存在统计学意义($P>0.05$)。结论:腹腔镜根治术治疗结肠癌患者,不仅能预防术中失血过多的情况发生,还可以加快患者肠胃功能的恢复,而且手术安全性较高,是一种适用于临床治疗的理想方案。

关键词:结肠癌;开腹手术;腹腔镜根治术;临床疗效

中图分类号:R735.35

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.056

消化系统疾病是临床发病较为频繁的疾病类型之一,结肠癌作为恶性肿瘤,是临床上比较常见的癌症,导致发病的原因包括长期饮食不规律、药物和遗传因素等。而结肠癌发作后不仅会使患者出现肠胃功能障碍,还会因为病情的不断加重而导致癌性病变组织扩散,从而危及患者的性命^[1]。开腹手术是治疗结肠癌的常规疗法,和腹腔镜根治术相比,开腹手术对患者的腹腔组织造成的创伤大,术中出血量多,术后恢复慢。因此,有越来越多的结肠癌患者在入院治疗时,会选择腹腔镜根治术^[2]。本研究分析比较结肠癌患者采用这两种手术方式后的治疗效果,为临床选择适合结肠癌患者治疗的手术方案提供科学依据。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 选取我院 2013 年 10 月~2017 年 1 月确诊收治的 44 例结肠癌患者参与本次研究,随机分为试验组与传统组,每组 22 例。试验组中男 14 例,女 8 例,年龄 49~72(63.5±4.3)岁;传统组中男 12 例,女 10 例,年龄 51~75(64.8±4.1)岁。两组基本资料对比无明显差异($P>0.05$),具有可比性。所有入选对象均经临床检查确诊为结肠癌;所有患者均无癌细胞转移、扩散或严重的胃肠系统并发症;且都符合相关的医学伦理要求标准。排除患有神经系统疾病,存在其他脏器功能衰竭或血液系统疾病的患者。

1.2 治疗方法 两组患者术前均需进行相关的常

规性检查(血、尿常规和心电图检查等),且都采用全麻方式。传统组患者采用开腹式结肠癌根治手术,在患者的下腹部正中位置行手术切口,仔细观察患者的结肠组织,明确结肠肿瘤病变组织的部位后,再采取科学合理的方式切除肿瘤组织,清除淋巴结,并采取置管引流措施。试验组患者在腹腔镜技术的辅助下实施结肠癌根治手术,在患者脐部上方建立 CO₂ 气腹,以患者上腹部左、右两处为穿刺点,穿刺深度分别为 5 mm 和 10 mm,同时在穿刺部位置入腹腔镜,探查患者腹腔内部脏器的结构及肿瘤的大小、所处位置等详细状况。逐层分离结肠组织,清除淋巴结,结扎血管,切除病变肿瘤,放置引流管,关闭切口,并进行止血消毒。

1.3 观察指标 观察手术用时、术中出血量及肠胃功能恢复时间、并发症发生率、淋巴结清除量及患者术后半年的生存状况,从而判定两组患者之间的疗效差异。

1.4 统计学处理 采用统计学 SPSS22.0 软件分析本次研究的数据,计数数据用例(%)表示,行 χ^2 检验,计量数据用($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验, $P<0.05$ 为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术指标比较 传统组的手术用时明显比试验组短,但其术中出血量、肠胃功能恢复时间和并发症发生率却显著高于试验组,两组对比差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。