

2.2 两组不良反应发生率比较 治疗期间,对照组出现头晕恶心 5 例,嗜睡乏力 2 例,胃肠道不适 2 例,不良反应发生率为 25.00%;观察组出现轻度呕吐 1 例,便秘 1 例,不良反应发生率为 5.56%。观察组不良反应发生率明显低于对照组, $\chi^2=5.26, P=0.02$,差异具统计学意义。

2.3 两组复发率比较 随访半年后,观察组复发率 2.78% (1/36) 明显低于对照组 19.44% (7/36), $\chi^2=5.06, P=0.02$,差异具有统计学意义。

3 讨论

多发性抽动症是一种具有明显遗传倾向的神经精神疾病,于儿童或青少年时期起病,且 75% 以上的多发性抽动患儿存在强迫障碍、注意力缺陷多动障碍等共患病,严重影响患儿及家庭其他成员的生活质量^[5]。目前关于小儿多发性抽动症的发病机制尚未明确,故临床治疗多以泰必利等抗精神病药治疗为主。泰必利是临床常用的神经阻滞剂,可通过阻滞大脑中多巴胺受体,进而达到控制抽搐症状的目的。但大量临床实践证实^[6],泰必利进入人体后,因药理作用无选择性,在控制症状的同时亦可控制正常肌群,造成嗜睡、痉挛性斜颈、肌张力改变等一系列副作用,远期疗效往往难以达到预期。

中医典籍中并无多发性抽动症病名,但从病机及症候表现来看,该病可归属“肝风、抽搐、痙痙”范畴^[7]。小儿五脏六腑生而未全,脾常不足,过食肥甘厚味,而生痰浊,扰及心神,日久而出现秽语;又因小儿肝常有余,情志失调,或外感六淫,五志化火,壅塞胸中,蒙蔽心神,而见眨眼、摇颈、耸肩,故治疗应以平肝熄风、疏肝扶脾为主。白术芍药散加减是由白术芍药散化裁而来,方中白术补气健脾、

燥湿利水,可绝生痰之源,配伍半夏辛温燥湿化痰、辛行苦泄,共奏益气健脾、燥湿化痰之功;太子参可补气益脾、养阴生津;茯苓可健脾和胃、宁心安神;白芍缓急止挛;伸筋草祛风散寒、除湿消肿、舒筋活血;川芎归肝经,可行气缓肝、活血通络,以达血行风自止之效;防风清肝泻火,为治风圣药,既能辛散外风,又能息内风以止痉;钩藤平肝潜阳,可治头晕面赤、五心烦热等肝阳主亢、肝风上扰之症;陈皮具有理气健脾、和中化滞之效。全方健脾平肝,息风化痰,镇心安神,相得益彰。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率明显高于对照组,治疗期间不良反应发生率明显低于对照组 ($P<0.05$);随访半年,观察组复发率明显低于对照组 ($P<0.05$)。说明白术芍药散加减治疗脾虚肝亢型小儿多发性抽动症的疗效显著,可降低不良反应发生率及复发率。综上所述,白术芍药散加减治疗脾虚肝亢型小儿多发性抽动症,有助于提高临床疗效,促进疾病积极转归,安全可靠。

参考文献

[1]丘婧,王瑞杰.银翘散加减治疗小儿多发性抽动症的临床研究[J].湖南中医药大学学报,2017,37(1):62-64
[2]李双,孙少馨,李媛媛,等.埋针结合中药治疗小儿多发性抽动症 30 例临床观察[J].世界中西医结合杂志,2017,12(10):1422-1424
[3]潘鸿,王洪峰,李静,等.中医综合疗法治疗脾虚肝亢型小儿抽动症的临床研究[J].世界中西医结合杂志,2016,11(4):454-456
[4]杜晓亚.耳穴贴压配合中药、心理疗法治疗儿童多发性抽动症的临床研究[D].郑州:河南中医学院,2014
[5]牛银萍.清心舒肝法联合妥泰治疗小儿多发性抽动症疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(35):3896-3898
[6]岳永琴,鲁军平.西医常规治疗基础上联合健脾息风止痉汤及耳穴贴压治疗小儿多发性抽动症临床效果观察[J].世界中西医结合杂志,2017,12(4):550-553
[7]陈自佳,王素梅.健脾止动汤治疗儿童脾虚肝亢型多发性抽动症的安全性评价[J].北京中医药,2016,9(7):681-683

(收稿日期: 2018-08-17)

根治性全胃切除术治疗胃底贲门癌的疗效及预后评价

刘志广¹ 韩江红²

(1 河南省新乡市中心医院胸瘤一科 新乡 453099;2 新乡医学院三全学院护理学院 河南新乡 453003)

摘要:目的:探讨根治性全胃切除术治疗胃底贲门癌的临床疗效及预后。方法:回顾性分析 2012 年 3 月~2015 年 3 月我院 180 例胃底贲门癌患者临床资料,根据手术方式分为研究组(根治性全胃切除术,n=90)与对照组(根治性近端胃切除术,n=90)。术后随访 3 年,观察两组术中及术后恢复情况及预后。结果:两组手术时间、术中出血量、术后排气时间比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$);两组术后住院期间并发症发生率、死亡率及术后 1 年、2 年生存率比较无明显差异 ($P>0.05$);研究组术后 3 年生存率明显高于对照组 ($P<0.05$)。结论:胃底贲门癌采用根治性全胃切除术治疗近期疗效与根治性近端胃切除术相当,但远期疗效相对更佳,可有效提高患者术后 3 年生存率,改善预后。

关键词:胃底贲门癌;根治性全胃切除术;根治性近端胃切除术;预后

中图分类号:R735.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.051

贲门癌是胃癌的特殊类型,多发于食管、胃交界处下 2 cm 处。相较于食管癌,贲门癌出现梗阻症状的时间较晚,且梗阻发生风险较低,多数患者早期症

状不典型^[1]。待患者出现典型症状入院确诊时,往往已处于中晚期,丧失了最佳治疗时机。影响胃底贲门癌患者预后的因素较多,包括手术方式、手术切除范

围、淋巴结转移、浸润度等^[2]。其中,手术方式的选择发挥着重要作用,常用术式包括根治性全胃切除术、根治性近端胃大部切除术等。本研究旨在探讨胃底贲门癌治疗采用根治性全胃切除术的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2012 年 3 月~2015 年 3 月我院收治的 180 例胃底贲门癌患者临床资料,根据手术方式分为研究组和对照组各 90 例。研究组男 68 例、女 22 例,年龄 46~75 岁、平均年龄(55.62± 5.54)岁,乳头状腺癌 30 例、管状腺癌 27 例、黏液腺癌 12 例、低分化腺癌 9 例、印戒细胞癌 9 例、其他 3 例。对照组男 65 例、女 25 例,年龄 45~74 岁、平均年龄(55.54± 4.49)岁,乳头状腺癌 28 例、管状腺癌 26 例、黏液腺癌 13 例、低分化腺癌 10 例、印戒细胞癌 8 例、其他 5 例。两组临床资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 入组标准 纳入标准:符合《NCCN 胃癌临床实践指南 2017 年第五版更新要点解读》对于胃底贲门癌的相关诊断标准^[3];经手术病理检查确诊。排除标准:肿瘤侵及齿状线 $>2\text{ cm}$;肿瘤向下浸润至胃中部癌;合并重要脏器疾病;合并远处转移。

1.3 手术方法

1.3.1 研究组 行根治性全胃切除术:气管插管全麻,暴露术野,于上腹部正中作一切口,进入腹部,处理胃结肠韧带,钝性分离横结肠韧带下空肠系膜,游离至空肠远端,在幽门环远端 4~5 cm 处将十二指肠切断,残端常规缝合,荷包包埋;游离切断胃网膜左、右经脉,肝胃韧带切断,清扫肝总动脉及腹腔干动脉周围淋巴结;提起远端胃,结扎切断胃左动脉,清扫贲门周围淋巴结脂肪组织,切断贲门上 3 cm 左右的食管下段部;端侧吻合空肠远端及下方 28~30 cm 处,形成“P”环,端侧吻合食管残端与空肠 P 袢顶端,吻合距离延长至空肠袢 40~45 cm,完成吻合后,以吸收线缝合系膜。

1.3.2 对照组 行根治性近端胃大部切除术:主要以 26 号吻合器吻合重建食管残端与残胃大弯侧后壁,再钳闭胃大弯,腹腔以蒸馏水冲洗,关腹。两组术后均给予抗感染等处理。

1.4 观察指标 (1) 观察两组术中及术后恢复指标,包括手术时间、术中出血量及术后排气时间;(2) 观察两组患者住院期间的术后并发症(切口感染、腹腔感染、胃瘫、吻合口狭窄等)及死亡发生情况;(3)

随访 3 年,观察患者术后 1 年、2 年、3 年的生存率,生存率=(无瘤生存例数/总例数) $\times 100\%$ 。

1.5 统计学分析 采用 SPSS20.0 统计软件分析数据,计数资料理论频数 $T>5$ 时,用 χ^2 检验, $1<T<5$ 时,用 Fisher 精确概率法,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,进行 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中及术后恢复指标比较 两组手术时间、术中出血量、术后排气时间比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组术中及术后恢复指标比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	术后排气时间(d)	
研究组	90	202.50± 35.60	156.60± 28.55	3.56± 0.57	
对照组	90	199.62± 40.68	162.50± 26.58	3.60± 0.50	
t		0.505	1.435	0.500	
P		0.307	0.077	0.309	

2.2 两组术后并发症及死亡发生情况比较 术后住院期间,两组并发症发生率、死亡率比较均无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 两组术后并发症及死亡发生情况比较[例(%)]							
组别	n	并发症					死亡
		切口感染	腹腔感染	吻合口狭窄	胃瘫	其他	
研究组	90	2(2.22)	1(1.11)	1(1.11)	0(0.00)	2(2.22)	2(2.22)
对照组	90	1(1.11)	3(3.33)	1(1.11)	1(1.11)	2(2.22)	2(2.22)
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.3 两组生存率比较 两组术后 1 年、2 年生存率比较无明显差异, $P>0.05$;研究组术后 3 年生存率明显高于对照组, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组生存率比较[例(%)]				
组别	n	术后 1 年	术后 2 年	术后 3 年
研究组	90	62(68.89)	52(57.78)	43(47.78)
对照组	90	60(66.67)	50(55.56)	30(33.33)
χ^2		0.107	0.092	3.895
P		>0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

胃底贲门癌在临床上较为常见,外科手术仍为主要治疗方法,能完整切除肿瘤,对胃周淋巴结进行清扫,达到治愈目的。近年来,随着临床上对解剖学、外科学、淋巴造影、病理学等研究的不断深入,人们开始越来越多地关注胃底贲门癌手术切除范围及淋巴结清扫方式。以往认为全胃切除会导致机体出现较大创伤,且手术方式较为复杂,手术时间延长,并发症发生率及死亡率均较高;而近端胃大部切除手术方式相对简单,且能对部分胃部功能进行保留,减少并发症的发生^[4]。但随着全胃切除术的逐渐完善,其手术死亡率及术后并发症发生率明显降低^[5]。此外,全胃切除术吻合重建方法为食管空肠

Roux-en-Y,即使出现吻合口漏,也易于控制。本研究结果显示,两组术后住院期间并发症发生率无显著差异,且并发症类型较为相似。由此,笔者认为,胃底贲门癌治疗中全胃切除术不会增加手术并发症的发生风险,安全性与根治性近端胃切除术相似。两组手术时间、术中出血量及术后肛门排气时间无明显差异,说明两种术式在手术时间、手术创伤及术后恢复上效果相似。两组术后住院期间死亡率均为 2.22%,死亡原因考虑与术后吻合口瘘、吻合口狭窄等并发症有关,一旦合并吻合口漏,会导致残胃失去迷走神经支配、去血管化等,致使大量消化液溢出,严重污染腹腔,治疗难度大,进而造成死亡。

术后生存率是评价胃底贲门癌预后的一个重要指标。李鹏等^[6]调查发现,根治性全胃切除术与根治性近端胃切除术治疗贲门癌术后 1 年生存率相似。钱崇崑等^[7]分析了 31 例行全胃切除术、33 例行近端胃大部切除术治疗胃底贲门癌患者术后 1 年、3 年生存情况,同样证实两种术式术后 1 年内生存率差异不显著,但全胃切除术组术后 3 年生存率明显较高。冯立中^[8]研究结果与此相符,并提出全胃切除术能更好促进术后胃肠道功能恢复。张焱辉等^[9]调查分析了胃底贲门癌患者治疗中近端胃大部切除术、全胃切除术的应用效果,发现两组 3 年内生存率差异不显著,但全胃切除术 5 年生存率(48.28%)高于

近端胃大部切除术(20.69%)。笔者认为,这可能与患者疾病严重程度、所选病例数、术后康复指导等因素有关。本研究结果表明,两组术后 1 年、2 年生存率相似,研究组 3 年生存率(47.78%)明显高于对照组(33.33%),与上述研究结果相似。提示胃底贲门癌治疗中,根治性全胃切除术与根治性近端胃切除术的近期疗效相当,但远期疗效相对更佳,可有效提高患者术后 3 年生存率,改善预后。

参考文献

[1]赵春武,徐清亮,张文星,等.完全 3D 腹腔镜与开腹胃底贲门癌根治术的对比研究[J].腹腔镜外科杂志,2016,21(3):161-164
[2]聂蓬.早期贲门癌近端胃切除后消化道重建方式的体会[J].中国医师进修杂志,2016,39(2):166-167
[3]邱海波,周志伟.NCCN 胃癌临床实践指南 2017 年第五版更新要点解读[J].中华胃肠外科杂志,2018,21(2):160-164
[4]苏虎艳,徐晓燕,方乐平,等.贲门癌与非贲门癌根治术后患者的临床病理特点及预后分析[J].医学研究杂志,2016,45(5):145-148
[5]殷合林,杨光.不同手术入路治疗胃底贲门癌的近期疗效比较[J].医学综述,2016,22(7):1433-1435
[6]李鹏,杨维桢.贲门癌根治性全胃切除术与根治性近端胃切除术的比较分析[J].中国医药导报,2017,14(20):113-116
[7]钱崇崑,冯梦龙,潘定宇,等.胃底贲门癌根治性近端胃切除术与全胃切除的临床对照研究及术后随访[J].腹部外科,2016,29(2):116-118
[8]冯立中.全胃切除术和近端胃切除术治疗贲门癌的临床疗效对比[J].实用癌症杂志,2018,33(3):430-432
[9]张焱辉,李靖锋,唐俊,等.全胃切除术与近端胃大部切除术治疗胃底贲门癌的远期疗效对比[J].实用癌症杂志,2017,32(3):425-427

(收稿日期: 2018-06-02)

刮痧对脑卒中偏瘫患者肩手综合征的临床疗效观察

付洪 陈庆国

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

摘要:目的:观察刮痧治疗脑卒中偏瘫患者肩手综合征的疗效。方法:将 60 例脑卒中偏瘫肩手综合征患者随机分为观察组和对照组各 30 例。对照组采用常规方法治疗,观察组采用刮痧治疗。两组均治疗 10 d,比较两组疗效。结果:两组疗效比较有显著差异,观察组明显优于对照组。结论:刮痧治疗脑卒中偏瘫患者肩手综合征有良好疗效。

关键词:肩手综合征;脑卒中偏瘫;刮痧

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.052

近年来,随着脑卒中急性期救治成功率逐年提高,如何促进患者功能康复,减少并发症,提高脑卒中患者的生活质量越来越受到人们关注。肩手综合征(Shoulder-hand Syndrome, SHS)是脑卒中偏瘫患者的常见并发症,指患侧手臂突然浮肿疼痛及肩关节疼痛,并使手功能受限,对偏瘫合并肩手综合征患者早期进行干预尤为重要。本研究运用刮痧治疗脑卒中偏瘫患者肩手综合征疗效显著。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 7 月~2018 年 8 月在

我院神经内科住院的脑卒中偏瘫合并肩手综合征患者 60 例,随机分为观察组和对照组各 30 例。观察组男 21 例,女 9 例;年龄平均 56 岁。对照组男 20 例,女 10 例;年龄平均 60 岁。患者上肢在 brunstrom(轻瘫期),手部自腕横纹至手指末端肿胀。

1.2 准入标准 符合标准:患者脑卒中均经头颅 CT 或 MRI 证实,并有偏瘫肢体肿胀。参照中华医学分会编写《中国脑血管病防治指南》2007 年标准,缪鸿石、朱镛连等脑卒中的康复评定与治疗:(1)单侧肩手痛,皮肤潮红,皮温上升并有偏瘫肢体肿胀。(2)