

为情志失调、饮食不节、脾胃损伤、胃失温煦、中焦虚寒，治则以健胃、行气、散寒、止痛等为主。七味胃痛胶囊含有木香、鸡内金、肉桂、高良姜、荜茇、吴茱萸等中药，其中木香、鸡内金具有消食、行气、健胃、止痛等功效；肉桂、高良姜、荜茇、吴茱萸联合应用能降逆、温中、止痛、散寒、行气、消食。诸药配合，具有健胃、行气、散寒、止痛之功效。有研究证明，七味胃痛胶囊能调节机体消化系统和神经内分泌系统，增强肠胃蠕动，抑制胃酸，促进排空，且能改善胃局部血液循环，促进溃疡愈合^[6]。左娅^[7]的研究中，采用七味胃痛胶囊联合三联用药治疗胃黏膜病变取得了显著的效果。本研究结果显示，研究组的总有效率为 98.08%，高于对照组的 84.31%，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；治疗 6 周后，两组的中医证候积分均较治疗前降低，且研究组的中医证候积分低于对照组，差异均有统计学意义， $P<0.05$ 。说明采取七味胃痛胶囊联合雷贝拉唑四联疗法治疗 HP 阳性胃溃疡患者，能显著改善患者的中医证候积分，提高临床疗效。研究组的 HP 根除率为 96.15%，高于对照组 82.35%，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；两组的不良反

应发生率和复发率相比较，差异无统计学意义， $P>0.05$ 。提示采用七味胃痛胶囊联合西医四联疗法治疗能进一步提高 HP 根除率，且复发率和不良反应发生率均较低，具有较高的用药安全性。综上所述，采取七味胃痛胶囊联合雷贝拉唑四联疗法治疗 HP 阳性胃溃疡患者，能提高 HP 根除率，改善患者的中医证候积分，临床疗效显著，且不良反应发生率和复发率均较低。

参考文献

[1]阮巍山,夏冰清,叶建明,等.大剂量雷贝拉唑钠肠溶胶囊联合含铋剂四联疗法根除幽门螺杆菌的临床效果观察[J].中国处方药,2017,15(11):11-13
[2]葛均波,徐永健.内科学[M].第 8 版北京:人民卫生出版社,2013:369-375
[3]国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.135-139
[4]王建业,赵书章,陈卿奇,等.雷贝拉唑四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡的疗效分析[J].现代消化及介入诊疗,2016,21(1):89-91
[5]欧阳艳君,张艳梅,李炳东,等.雷贝拉唑三联疗法对活动期胃溃疡患者组织学愈合质量及溃疡复发的作用分析[J].现代中西医结合杂志,2014,23(20):2196-2198
[6]云海顺.七味胃痛胶囊的临床疗效观察[J].中国处方药,2014,12(3):89
[7]左娅.七味胃痛胶囊联合三联用药治疗胃黏膜病变的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2015,8(23):62

(收稿日期: 2018-11-18)

环孢素 A 联合司坦唑醇治疗慢性再生障碍性贫血患者的疗效

张振江 李志春 杨晓哲 纪国超 袁本超 孙富英
(河南省濮阳市人民医院血液科 濮阳 457000)

摘要:目的:分析环孢素 A 联合司坦唑醇治疗慢性再生障碍性贫血患者的疗效。方法:选取我院 2015 年 9 月~2017 年 9 月收治慢性再生障碍性贫血患者 84 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与观察组,每组 42 例。对照组予司坦唑醇治疗,观察组予环孢素 A、司坦唑醇联合治疗。比较两组疗效,治疗前后 PLT、WBC、血清 VEGF 水平,网织红细胞绝对值及不良反应发生情况。结果:观察组总有效率明显高于对照组, $P<0.05$;治疗后,观察组 PLT、WBC、血清 VEGF 水平明显高于对照组, $P<0.05$;治疗后,观察组网织红细胞绝对值明显高于对照组, $P<0.05$;两组不良反应发生率比较,无显著性差异($P>0.05$)。结论:环孢素 A 与司坦唑醇联合治疗慢性再生障碍性贫血患者,可提高 PLT、WBC 水平,改善造血微环境、骨髓造血功能,疗效显著,安全性高。

关键词:慢性再生障碍性贫血;环孢素 A;司坦唑醇

中图分类号:R556.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.01.011

慢性再生障碍性贫血是由生物、物理、化学等因素引起的,以造血组织功能障碍、全血细胞减少为特点的疾病,临床表现为出血、感染、贫血等,病情迁延不愈,临床治疗较为困难^[1-2]。相关研究证实,慢性再生障碍性贫血患者多伴造血干细胞功能障碍及免疫抑制^[3]。司坦唑醇可促进造血细胞增殖及蛋白质合成,缓解骨髓抑制。环孢素 A 为强效免疫抑制剂,可调节 T 细胞亚群比例,抑制造血负调控因子释放。本研究旨在探讨环孢素 A、司坦唑醇联合治疗慢性再生障碍性贫血患者的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 9 月~2017 年 9

月慢性再生障碍性贫血患者 84 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与观察组,每组 42 例。对照组女 18 例,男 24 例;年龄 21~67 岁,平均(39.62± 7.35)岁;骨髓涂片:骨髓增生低下 32 例,骨髓增生极度低下 10 例。观察组女 16 例,男 26 例;年龄 20~69 岁,平均(40.17± 7.65)岁;骨髓涂片:骨髓增生低下 31 例,骨髓增生极度低下 11 例。两组一般资料比较,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:均经外周血涂片、骨髓病理学等检查确诊;患者及其家属均知晓参与本研究,并自愿签署知情同意书。排除标准:伴严

重肝、心、肾等功能异常者;伴意识障碍者;对本研究药物过敏者;伴阵发性睡眠性血红蛋白尿、白血病、骨髓增生异常综合征等导致的全血细胞减少者。

1.3 治疗方法 两组均予止血、护肝、抗感染等对症治疗。

1.3.1 对照组 予司坦唑醇(国药准字 H44021119)治疗,2 mg/次,口服,3 次/d。

1.3.2 观察组 予环孢素 A(国药准字 H10960122)、司坦唑醇联合治疗,环孢素 A 4 mg/(kg·d),分 2 次口服(隔 12 h),14 d 后监测血药浓度,谷浓度控制在 200~300 ng/ml,司坦唑醇用法同对照组。两组均持续治疗 6 个月。

1.4 观察指标 比较两组疗效、治疗前后血小板计数(PLT)、白细胞(WBC)、血清血管内皮生长因子(VEGF)水平、治疗前后网织红细胞绝对值水平及不良反应发生情况。空腹抽取静脉血 3 ml,离心、分离血清,以双抗体两步夹心酶联免疫吸附法检测 VEGF,试剂盒购自北京晶美生物工程有限公司。

1.5 疗效评价标准 以患者血红蛋白(Hb)水平、疾病复发情况及临床症状为疗效评价标准:症状消失,男性 Hb 达 120 g/L,女性 Hb 达 100 g/L,PLT 达 $80 \times 10^9/L$,治疗后 6 个月未复发,为基本治愈;症状

消失,男性 Hb 达 120 g/L,女性 Hb 达 100 g/L,PLT 有所增加,治疗后 3 个月病情好转,为缓解;症状好转,不输血,Hb 增长 $>30 \text{ g/L}$,为明显进步;未达到上述标准,为无效。总有效率=(基本治愈+缓解+明显进步)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学方法 采用 SPSS21.0 分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 观察组治疗总有效率明显高于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组疗效比较[例(%)]						
组别	<i>n</i>	基本治愈	缓解	明显进步	无效	总有效
观察组	42	9(21.43)	19(45.24)	11(26.19)	3(7.14)	39(92.86)
对照组	42	3(7.14)	12(28.57)	14(33.33)	13(30.95)	29(69.05)
χ^2						7.721
<i>P</i>						<0.05

2.2 两组 PLT、WBC、血清 VEGF 水平比较 治疗前,两组 PLT、WBC、血清 VEGF 水平比较,差异无显著统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组 PLT、WBC、血清 VEGF 水平明显高于治疗前,且观察组明显高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组 PLT、WBC、血清 VEGF 水平比较($\bar{x} \pm s$)							
组别	<i>n</i>	PLT($\times 10^9/L$)		WBC($\times 10^9/L$)		VEGF(pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	24.35 $\pm$ 6.28	59.46 $\pm$ 6.04 ^a	2.29 $\pm$ 0.38	4.81 $\pm$ 0.35 ^a	71.28 $\pm$ 10.08	107.41 $\pm$ 8.73 ^a
对照组	42	25.07 $\pm$ 6.19	51.39 $\pm$ 5.83 ^a	2.32 $\pm$ 0.40	3.26 $\pm$ 0.51 ^a	70.61 $\pm$ 9.86	87.36 $\pm$ 10.35 ^a
<i>t</i>		0.529	6.230	0.352	16.240	0.308	9.597
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与同组治疗前相比,^a $P<0.05$ 。

2.3 两组网织红细胞绝对值比较 治疗前,两组网织红细胞绝对值比较,无显著性差异($P>0.05$);治疗后,两组网织红细胞绝对值明显高于治疗前,且观察组明显高于对照组, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组网织红细胞绝对值比较($\times 10^9/L, \bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	42	8.19 $\pm$ 2.18	16.27 $\pm$ 3.38
对照组	42	8.43 $\pm$ 2.35	12.19 $\pm$ 3.10
<i>t</i>		0.485	5.765
<i>P</i>		>0.05	<0.05

2.4 两组不良反应发生情况比较 两组不良反应发生率比较,无显著性差异($P>0.05$)。见表 4。

表 4 两组不良反应发生情况比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	血压升高	毛发增生	肝功能指标异常	总发生
观察组	42	3(7.14)	1(2.38)	2(4.76)	6(14.29)
对照组	42	2(4.76)	1(2.38)	1(2.38)	4(9.52)
χ^2					0.454
<i>P</i>					>0.05

3 讨论

慢性再生障碍性贫血发病机制复杂,临床研究认为^[4],其发生和造血干细胞功能障碍与减少、免疫抑制(造血干细胞)、造血微环境异常等均有关。司坦唑醇为蛋白同化类固醇类药,可促进促红细胞生成素生成、G₀ 期干细胞进入反应期,进而促进造血细胞增殖,并使蛋白质合成增加,促使钙磷沉积,缓解骨髓抑制,恢复骨髓造血。近年来,临床越来越重视免疫机制紊乱在慢性再生障碍性贫血发生中起到的作用^[5]。免疫介导的造血抑制体现在:激活 T 淋巴细胞,促进干扰素、白细胞介素 2(IL-2)分泌,抑制造血干细胞增殖。环孢素 A 为新型新型 T 淋巴细胞调节剂,可抑制 T 细胞激活,进而减少造血负调因子释放,解除造血抑制。本研究结果显示,观察组总有效率明显高于对照组, $P<0.05$;两组不良反应发生率比较,无显著性差异($P>0.05$)。表明环孢素 A、司坦

参考文献

[1]孙凤,雍彦礼,王金环,等.补髓生血颗粒治疗慢性再生障碍性贫血的疗效及对 Th17 细胞和 IL-23 的影响[J].中国中西医结合杂志,2016,36(7):885-887

[2]吴杰,潘琳莉,王静,等.补肾生血中药治疗慢性再生障碍性贫血疗效及对碱性成纤维细胞生长因子、Rho 家族成员 A 蛋白水平的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(24):2649-2651,2691

[3]杨丽,王树庆,王素珍,等.补肾活髓颗粒联合西药治疗慢性再生障碍性贫血临床疗效的倾向指数研究[J].中医杂志,2017,58(1):42-45

[4]高学习,易燕.滋髓生血胶囊联合环磷酰胺治疗慢性再生障碍性贫血疗效及对外周血 IFN- γ 、TNF- α 的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(36):4078-4080

[5]程丽芳.愈障再生汤联合雄激素治疗慢性再生障碍性贫血疗效及对骨髓 MVD、VEGF 及 FGF-1 的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(6):618-620

[6]冯庆国,陆美华,陶黎梅,等.再生障碍性贫血中红细胞参数和血细胞变化的临床意义[J].医学检验与临床,2014,25(5):59-60

[7]刘现辉,郭晓娜.补肾益气养血法对慢性再生障碍性贫血患者的血象、骨髓象及 IL-17 的影响[J].中成药,2016,38(2):467-470

(收稿日期:2018-11-20)

切开复位内固定术中保护锁骨上神经治疗锁骨骨折的探讨

解平锋 叶元 李小波 李俊

(安徽省芜湖市第一人民医院骨二科 芜湖 241000)

摘要:目的:探讨切开复位内固定术中保护锁骨上神经在锁骨骨折临床治疗中的应用价值。方法:选取本院 2015 年 1 月~2018 年 4 月收治的锁骨骨折患者 104 例为研究对象,均行切开复位锁定加压钢板内固定治疗,根据术中的锁骨上神经处理方案不同分为观察组和对照组各 52 例。观察组术中保护锁骨上神经,对照组术中直接切断锁骨上神经。比较两组手术效果。结果:观察组手术优良率明显高于对照组,手术时间、骨折愈合时间、术后并发症发生率均低于对照组($P<0.05$);术后 3 个月,观察组皮肤感觉障碍面积明显低于对照组($P<0.05$);术后 6 个月,观察组 Constant 评分高于对照组,VAS 评分低于对照组($P<0.05$)。结论:切开复位内固定术中保护锁骨上神经在锁骨骨折临床治疗中的应用价值显著,可有效缩短骨折愈合时间,在促进患者肩关节功能恢复和保护锁骨上神经方面有积极意义,值得临床推广。

关键词:锁骨骨折;切开复位内固定术;锁骨上神经

中图分类号:R683.41 **文献标识码:**B

锁骨骨折多发于青壮年人群,临床表现为局部肿胀、皮下瘀血、压痛、畸形等,若不及时治疗,可能导致骨折移位,从而对患者的肩部功能造成严重影响^[1]。切开复位内固定术是临床上治疗锁骨骨折的常用术式,既往传统理念对锁骨上神经保护的重视程度不高,术中多进行离断,但又因为锁骨上神经不仅仅具有支配胸前皮肤感觉的作用,因此锁骨上神经离断后患者可能表现出不同程度的肩关节功能障碍。基于此,本研究在切开复位锁定加压钢板内固定治疗基础上,对锁骨上神经进行游离保护,旨在探讨其应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2015 年 1 月~2018 年 4 月收治的锁骨骨折患者 104 例为研究对象,均行切

开复位锁定加压钢板内固定治疗,根据术中的锁骨上神经处理方案不同分为观察组和对照组各 52 例。所有患者均经影像学检查确诊为锁骨骨折,均为单侧损伤,并自愿签署知情同意书,排除拒绝参与研究者、凝血功能或免疫功能障碍者以及精神或智力障碍者。观察组男 29 例,女 23 例;年龄 19~62 岁,平均年龄(40.55±8.55)岁;左侧骨折 28 例,右侧骨折 24 例。对照组男 25 例,女 27 例;年龄 22~61 岁,平均年龄(40.55±8.60)岁;左侧骨折 26 例,右侧骨折 26 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 手术方法 所有患者均行切开复位锁定加压钢板内固定治疗,协助患者取平卧位,垫高患侧肩部,给予颈丛麻醉后以骨折端为中心,沿锁骨上缘作

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.01.012