

临

床

报

道

中西医结合治疗消化性溃疡 93 例

河北医科大学第二医院消化内科(050000)

冯丽英 张玉敏 姚希贤

本试验采用随机双盲对照观察中药灭幽门螺杆菌(Hp)胶囊与新三联(达克普隆加克拉霉素)或新三联(达克普隆加克拉霉素加阿莫西林)联用对消化性溃疡(PU)患者的黏膜屏障保护作用,现将结果报告如下。

1 临床资料

选择经胃镜检查证实有活动期 PU,并从胃窦黏膜取活检作 Hp 检查(包括尿素酶试验,黏膜涂片 Gram 染色及 Warthin-Starry 银染色,3 项中 2 项阳性定为 Hp 阳性)确定有 Hp 感染,同时两周内未接受过铋剂、PPI 和抗生素的门诊或住院患者为研究对象。除外溃疡并发症、其它脏器严重疾病及药物过敏者。

2 治疗方法

采用前瞻性、随机双盲、安慰剂对照的方法。93 例入选患者随机分为 A 组 25 例,其中男 21 例,女 4 例,平均年龄(41.6±11.2)岁;B 组 28 例,其中男 23 例,女 5 例,平均年龄(43.2±12.4)岁;C 组 25 例,其中男 22 例,女 3 例,平均年龄(40.4±12.1)岁;D 组 15 例,其中男 13 例,女 2 例,平均年龄(38.8±11.8)岁 4 个组,各组患者的年龄、性别及个人习惯等一般情况相似,具有可比性($P>0.05$)。A 组(新三联):兰索拉唑 30mg,每日 1 次,加阿莫西林 500mg,每日 2 次,加克拉霉素 250mg,每日 2 次,连服 10 天;B 组(灭 Hp 胶囊四联):上述 3 种药物连服 10 天,加灭 Hp 胶囊 6 粒,每日 2 次,连服 28 天;C 组(灭 Hp 胶囊三联):兰索拉唑 30mg,每日 1 次,加克拉霉素 250mg,每日 2 次,连服 10 天,加灭 Hp 胶囊 6 粒,每日 2 次,连服 28 天;D 组(安慰剂):胃舒平 3 片,每日 2 次,连用 28 天。双盲双模拟用药,即每种药物均装入胶囊中,以 B 组药为模板,将 A、C 组所空缺药物以外观相同装有淀粉的胶囊匹配;D 组将胃舒平研粉装胶囊,亦与 B 组各药相配。各组药物种类、外观及用法一致,使患者及实验者均不知道患者的分组及用药情况,治疗结束后揭盲。疗程结束后 4 周复查胃镜,观察 Hp 根治(3 项试验均阴性)和溃疡愈合情况。治疗前及停药后 4 周作胃黏膜氨基己糖、磷脂及血清表皮生长因子(EGF)测定。

3 治疗结果

3.1 各组治疗前后胃黏膜磷脂、氨基己糖及血清(EGF)含量的变化:治疗后胃黏膜磷脂、氨基己糖及血清 EGF 含量以 B 组升高最为显著(P 均 <0.01),C 组次之($P<0.05$),A 组胃黏膜氨基己糖含量高于治疗前($P<0.05$),磷脂及 EGF 无明显变化($P>0.05$);D 组各项检查均无明显变化。相关资料略。

3.2 Hp 根治率和溃疡愈合率:A、B、C 3 组 Hp 根治率

(92.0%、96.4%、92.0%)和溃疡愈合率(88%、100%、92%),均明显高于 D 组(0.20%)(P 均 <0.01)。

4 讨论

胃黏膜屏障的主要成分为糖蛋白(氨基己糖可间接反映糖蛋白的含量)、磷脂及 EGF 等,测定它们在胃黏膜中的含量,常作为观察药物细胞保护作用的评价指标。本试验结果显示,安慰剂组磷脂和氨基己糖含量与治疗前相比基本无变化。有研究报道,Hp 感染产生的蛋白酶和磷脂酶可降解胃黏膜磷脂、氨基己糖,使胃黏液的质和量发生改变。安慰剂组 Hp 感染的持续存在,可能是造成胃黏膜屏障功能不良,溃疡难以愈合的原因之一。单用西药(新三联)组仅氨基己糖升高,而联用灭 Hp 胶囊后,磷脂和氨基己糖含量显著升高。提示灭 Hp 胶囊的应用对促进胃黏膜磷脂和氨基己糖合成、分泌起着重要作用。关于其疗效机制,可能与以下因素有关:(1)灭 Hp 胶囊直接促进胃黏膜磷脂和氨基己糖合成及分泌,与我们以往研究胃优愈(灭 Hp 煎剂基础方)不影响 PGE_2 ,但可直接促进胃黏液分泌的结果相符合;(2)通过增加内源性 EGF,间接提高磷脂和氨基己糖含量;(3)通过根治 Hp,使黏膜磷脂和氨基己糖的破坏减少。结果表明,中西医结合疗法具有良好的保护胃黏膜、增强黏膜防御功能、提高胃黏膜屏障作用,是一种有价值的治疗方法。

自动经皮腰椎间盘切吸术配合手法 治疗腰椎间盘突出症 48 例

广东省汕头市中医医院(515031)

许瑞明

汕头大学第二附属医院

张晓莺

为了进一步提高自动经皮腰椎间盘切吸术(APLD)的疗效,我们将 88 例腰椎间盘突出症患者,分别采用 APLD 加手法治疗和单纯 APLD 治疗的方法,进行对照研究。现报告如下。

1 临床资料

治疗组 48 例,男性 35 例,女性 13 例;平均年龄(49.38±13.20)岁。对照组 40 例,男性 32 例,女性 8 例;平均年龄(41.63±11.86)岁。两组病程均为 1.5 个月~30 年。所有病例诊断均依据《中医病证诊断疗效标准》和经 CT 或 MRI 确诊。共 129 个椎间盘作自动经皮穿刺切吸术。其中第 3~1 腰椎 13 个,第 1~5 腰椎 91 个,第 5 腰椎~第 1 骶椎 25 个。将 APLD 配合手法治疗作治疗组,单纯 APLD 治疗作对照组。病例中年龄、性别、发病部位分布均衡,具备可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 切吸方法:患者取俯卧位,使腰部呈弓形轻度凸起,在带

电视C型臂X线机的透视下定位突出椎间盘的相应椎间隙,并作体表标记。选择穿刺点距棘穿约8~12cm,常规消毒铺巾,穿刺点局部麻醉后,在X线监视器下,穿刺针对准病变椎间隙的后1/3处进针,正侧位透视证实穿刺针进入椎间盘内,依次插入扩张管和工作套管;拔除穿刺针和扩张管,保留工作套管,通过工作套管用切割器切开纤维环组织,再送入髓核钳钳取椎间盘髓核组织,直至髓核钳不到髓核;然后送入切割器,用500ml生理盐水加庆大霉素16万U,冲洗和切吸同时进行。拔管,创口缝1针,局部加压包扎。对照组返回病房作术后处理;治疗组作手法治疗。

2.2 手法方法:术后患者都改为仰卧位,在助手帮助下术者双手握住患者双足踝部,助手双手拉住患者双侧腋部持续牵引5~10分钟;直腿抬高至90°并保持5分钟,将患者屈髋屈膝的同时摇摆双下肢(近似扳腰手法),双下肢分别用力蹬直,每侧反复6次,再屈髋压腿,每侧反复6次。

2.3 术后处理:术后患者仰卧,腰部垫高4~6cm,绝对卧床1天,3天后开始用仰卧位作双下肢自主练习屈髋屈膝,即“蹬车法”和直腿抬高活动,并可适当下床活动。常规抗生素静脉滴注1周预防感染。

3 治疗效果

3.1 疗效评价:术后即刻、1周、1个月、3个月、半年和1年进行随访,观察疗效。疗效评价根据《中医病证诊断疗效标准》。治愈:腰腿痛消失,椎旁压痛并放射痛消失,脊柱活动自如,直腿抬高70°以上,能恢复原工作和劳动;有效:腰腿痛明显减轻,椎旁压痛并放射痛基本消失,脊柱活动改善,直腿抬高45°以上,能从事一般轻体力劳动;无效:症状及阳性体征无改善。

3.2 结果:治疗组48例中痊愈41例,有效5例,无效2例。手术和手法治疗后即刻症状改善者45例(直腿抬高70°以上),占93.75%。46例(95.83%)治愈和有效的患者,在术后5天~3个月症状消失或部分消失,而2例无效的患者反而在术后2周和3周出现原症状。2例均为50岁以上患者,3个月后1例作CT、1例作MRI检查均示,手术椎间盘变窄,残留髓核仍突出(术前检查无椎间隙变窄)。对照组40例中痊愈25例,有效8例,无效7例。手术后即刻症状改善者31例(直腿抬高70°以上)占77%。

4 讨论

经皮穿刺腰椎间盘切吸术后即予牵引和手法治疗是我们通过临床观察和研究总结出的治疗方法。腰椎间盘突出症的发病机理主要为牵引性机制和压迫性机制,手法治疗腰椎间盘突出症,通过椎间盘的形态改变来改变突出的椎间盘与被压神经根的位置关系,是手法治疗腰椎间盘突出症的主要机制。中医学有“矫枉过正”的观点,其内涵是有阳性体征治疗其临床症状的方法,而行APLD术后椎间盘内压已降低,髓核或神经根被压减轻或解除,压迫性机制已解除,以腰椎牵引来对抗脊柱双侧肌力的不平衡,纠正腰椎侧弯,增大椎间隙的宽度,又有使椎间盘内压进一步降低,同时使后纵韧带和纤维环的张力增大,牵引性机制减少,腰肌痉挛解除。直腿抬高能使神经根的粘连得以分离。如直腿抬高30°以上,坐骨神经在椎间孔的移动度有

0.5~1cm。有人曾对尸体脊柱模型进行旋转手法的试验,发现椎间盘在旋转过程中的压力变化,由于纤维环和后纵韧带的扭转和牵拉,张力加大,可使部分椎间盘髓核回纳。同时脊柱侧弯得到纠正;屈髋屈膝,压腿扳腰,也同样能增大后纵韧带的压力,即增大椎间盘外压,使相对固定的突出物在腰椎摇摆中发生滑动移位而回纳。而治疗组的2例复发患者,复查示手术椎间盘变窄,估计为取出髓核后,纤维环变性无法回纳,盘内空虚而塌陷,故选择手术适应症在此疗法中仍极为重要。

消癌平联合化疗治疗中晚期肝癌22例

福建省肿瘤医院中西医结合科(350014)

陈乃杰 金源 赖义勤 陈云莺

原发性肝癌(PLC)发病率已是肿瘤的第2位,首诊时中晚期肝癌约占85%。近年对中晚期肝癌失去手术指征的患者,采用多种不同治疗方法的联合序贯应用及生物治疗为代表的新综合治疗已引起学者重视。本文采用消癌平(乌骨藤提取物制剂)配合化疗治疗PLC患者22例,现将临床观察结果如下。

1 临床资料

22例均为我科1993年1月~2003年10月,经甲胎蛋白、肝超声及肝CT检查,确诊不能手术切除的中晚期原发性肝癌,16例经细胞学检查确诊。诊断符合1977年全国肝癌防治协作会议拟定的标准。消癌平配合化疗为治疗组,同时以我科ADM+PDD+5-FU方案治疗的PLC患者的回顾资料30例为对照组。两组要求性别、年龄、病期、卡氏评分、肝癌频数、淋巴结及脏器转移项目等均均衡,其差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组:第1~14天,消癌平注射液100ml加入5%葡萄糖注射液500ml静脉滴注;FUDR0.5g加入5%葡萄糖注射液500ml静脉滴注;第1~3天PDD40mg加入生理盐水40ml静脉推注;21天为1个周期,2~3个周期为1个疗程。对照组第1天采用ADM60mg加入注射用水40ml静脉推注;第1~3天PDD40mg加入生理盐水40ml静脉推注;第1~5天5-FU0.5g加入5%葡萄糖注射液500ml静脉滴注;21天为1个周期,2~3个周期为1个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:治疗前后B超或CT测量肝癌病灶的变化,按世界卫生组织制定的疗效判断标准,分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、稳定(NC)、进展(PD)。毒副反应:测定治疗前后的白细胞、血红蛋白、血小板、总胆红素、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、尿素氮及肌酐等,按世界卫生组织制定的毒副反应分度标准,毒副反应以 ≥ 1 度为明显毒性;生活质量的常见症状和体征,在治疗以后的有效率进行比较。

3.2 两组近期疗效比较:治疗组22例,CR1例,PR6例,NC13例,PD2例,总有效率为31.82%;对照组30例,CR0例,PR4例,NC22例,PD4例,总有效率为13.33%。两组比较差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 两组甲胎蛋白变化情况比较:治疗后治疗组转为正常值