

急性胰腺炎 46 例分析[J]. 重庆医学, 2009, 38(13): 1632-1633.

[2] 孙耀辉, 付克广, 滕录侠, 等. 急性胰腺炎的螺旋 CT 诊断 (附 62 例分析)[J]. 实用放射学杂志, 2007, 23(1): 137-138.

[3] 周立新. 肾前筋膜增厚对急性胰腺炎 CT 诊断的价值 (附 55 例分析)[J]. 广西医学, 2005, 27(6): 808-809.

[4] 龚建山. 急腹症的螺旋 CT 评价[J]. 国外医学: 临床放射学分册, 2002, 25(1): 25-28.

[5] 严志汉, 闵鹏秋, 宋彬, 等. 急性胰腺炎累及肾旁后间隙与其临床严重程度及 CT 严重指数的相关性研究[J]. 中华放射学杂志, 2005, 39(4): 375-378.

[6] 陈伯超, 饶中和, 姚小刚, 等. CT 对非创伤性急腹症的诊断价值[J]. 实用放射学杂志, 2002, 18(12): 1071-1073.

[7] 李敏, 王可武, 钱铭辉. 65 例胰腺炎的螺旋 CT 诊断分析 [J]. 中国医学影像学杂志, 2007, 15(2): 148.

[8] 韦英伟, 黎昕. 螺旋 CT 在急性胰腺炎诊断中的应用价值 [J]. 实用医技杂志, 2006, 13(10): 1652-1653.

[9] 沉伯饶, 饶中和, 姚小刚, 等. CT 对非创性急腹症的诊断价值[J]. 实用放射学杂志, 2002, 18(2): 1071-1073.

[10] 张卫东, 何开镜. 螺旋 CT 的扫描中断故障与滑环维护保养[J]. 中国医学装备, 2007, 4(10): 51-52.

[11] 陶颖, 刘志成, 彭明辰, 等. 多排螺旋 CT 图像的高对比度与扫描参数的关系[J]. 北京生物医学工程, 2008, 28(5): 479-481.

[12] Balthazalr EJ, Freeny PE. Imaging and intervention in acute pancreatitis[J]. Radiology, 1994, 192(2): 297-306.

(收稿日期: 2013-01-27 修回日期: 2013-03-08)

• 临床研究 •

联合用药治疗胃炎及胃十二指肠溃疡的临床疗效分析

李忠华¹, 古冬平² (1. 广东省深圳市龙华新区观澜人民医院内科 518110; 2. 广东省深圳市龙岗区平湖街道计划生育指导中心妇科 518111)

【摘要】 目的 探讨和研究联合用药治疗胃炎、胃十二指肠溃疡的临床疗效。**方法** 选取深圳市龙华新区观澜人民医院 2010 年 2 月至 2012 年 10 月临床确诊的胃炎及胃十二指肠溃疡患者共计 100 例, 其中胃炎患者 40 例, 胃十二指肠溃疡患者 60 例, 随机将患者等分为对照组和观察组, 对照组给予兰索拉唑、克拉霉素和甲硝唑, 观察组给予兰索拉唑、克拉霉素和阿莫西林, 治疗 4 周, 观察疗效。**结果** 经过治疗, 对照组有效率为 70%, 观察组总有效率为 90%, 两组患者比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 联合用药治疗胃炎及胃十二指肠溃疡具有显著的疗效, 其中兰索拉唑、克拉霉素联合阿莫西林的效果更好。

【关键词】 联合用药; 胃炎; 胃十二指肠溃疡; 疗效
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 15. 032 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)15-1985-02

如何更好的治疗胃炎和胃十二指肠溃疡, 减轻现代人类的痛苦对于医疗界和现代社会来说有着重要的意义^[1]。本文就结合深圳市龙华新区观澜人民医院曾收治的 100 例临床胃炎和胃十二指肠溃疡患者进行联合用药的疗效分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取深圳市龙华新区观澜人民医院 2010 年 2 月至 2012 年 10 月通过胃镜进行临床确诊的胃炎及胃十二指肠溃疡患者共计 100 例, 其中胃炎患者 40 例, 胃十二指肠溃疡患者 60 例。随机将患者等分为对照组和观察组, 对照组中男 38 例, 女 12 例, 年龄 32~61 岁, 平均 (39.63±2.64) 岁, 病程 6~133 个月, 平均病程 (66.00±6.54) 个月; 观察组中男 36 例, 女 14 例, 年龄 33~60 岁, 平均年龄 (40.21±3.12) 岁, 病程 6~126 个月, 平均病程 (66.00±5.46) 个月; 两组患者相比较, 性别、年龄、病程均相似, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法 对照组: 患者每日使用兰索拉唑每次 30 mg, 每日 1 次; 克拉霉素每次 0.25 g, 每日 2 次; 甲硝唑每次 0.4 g, 每日 2 次。观察组: 患者每日使用兰索拉唑每次 30 mg, 每日 1 次; 克拉霉素每次 0.25 g, 每日 2 次; 阿莫西林每次 1.0 g, 每日 2 次。

1.3 疗效评价标准 疗效评价标准分为愈合、部分愈合、无效。愈合: 溃疡完全或基本愈合, 发病部位无疼痛或有轻微疼痛, 不影响正常的生活和工作; 部分愈合: 溃疡部分缩小 50%

以上, 疼痛感明显, 稍微影响正常的生活和工作, 需要继续治疗; 无效: 溃疡部分缩小不到 50% 或者病情无变化, 甚至明显加重, 疼痛感强烈, 严重影响正常生活和工作。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件包进行处理, 采用 χ^2 检验, 检验水准 α 为 0.05, 以 95% 为可信区间, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

按照疗效评价标准, 对照组通过胃镜检查患者中有 22 例溃疡愈合; 部分愈合患者 13 例, 无效患者 15 例, 愈合率 70%; 观察组通过胃镜检查患者中 33 例溃疡愈合; 部分愈合患者 12 例, 无效患者 5 例, 愈合率 90%; 观察组在愈合率相比对照组有明显的提高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

按照疗效评价标准, 对照组患者 1 周后疼痛缓解 19 例, 疼痛缓解率为 38%; 两周后疼痛缓解的患者为 37 例, 疼痛缓解率为 74%。观察组患者 1 周后疼痛缓解 36 例, 疼痛缓解率为 72%; 2 周后疼痛缓解的患者为 47 例, 疼痛缓解率为 94%。观察组在治疗 1 周和 2 周之后的疼痛缓解率相比对照组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

由于受限于目前的医疗手段和医疗器械, 尚未对胃炎及胃十二指肠溃疡的病因和发病原理进行完全阐明。但经分析基本是由于幽门螺旋杆菌 (HP) 感染、胃黏膜损伤和胃液分泌功能失常引起, 这些症状可能与神经精神紧张、过度劳累、饮食失

调、抽烟、喝酒、长期进食刺激性食物或服用某种损伤胃黏膜药物有关。消化性溃疡尤其是十二指肠球溃疡患者高 PGI、PGII 血症的发生与消化性溃疡病因有关^[2]。此病以腹痛为主,疼痛常限于上腹部,呈慢性、周期性和节律性等几个特点。胃溃疡疼痛多发生在饭后 1 h 左右,十二指肠溃疡则发生在饭后 3~4 h,夜间疼痛更甚^[3]。

本文所使用的兰索拉唑是临床常用的质子泵抑制剂,其可以根除 HP 感染,抑制胃酸分泌并降低胃液的黏稠性,进而提高抗生素的转运。口服阿莫西林和甲硝唑能被患处迅速而完全吸收,对胃炎及十二指肠溃疡起到镇痛的作用,但近年来 HP 对甲硝唑的耐药性迅速上升,而克拉霉素和阿莫西林均为临床广泛使用的抗生素,其中阿莫西林的耐药性较低,为 1% 左右^[4],因此对 HP 的清除率较高;而通过实验结果和参考大量文献,作者认为,兰索拉唑、克拉霉素和阿莫西林联合用药的主要优势在于其耐药性更低,可以更好地清除 HP 感染,进而提高疗效。

从本研究结果可以看出,观察组患者的治疗效果明显优于对照组患者,组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$),说明在

胃炎、胃十二指肠溃疡治疗过程中,使用兰索拉唑、克拉霉素和阿莫西林的联合治疗方法效果更好。

综上所述,联合用药治疗胃炎及胃十二指肠溃疡具有显著的疗效,其中兰索拉唑、克拉霉素联合阿莫西林的效果更好,值得在临床工作中使用。

参考文献

[1] 余文发. 联合用药治疗胃炎及胃十二指肠溃疡疗效观察[J]. 中国学校卫生, 2006, 27(10): 905-905.

[2] 陈朝阳, 林土坤, 龙伟东. 三种药物联合治疗 HP 阳性胃十二指肠溃疡的疗效观察[J]. 国际医药卫生导报, 2010, 16(17): 2099-2101.

[3] 王娟. 联合用药治疗胃炎及胃十二指肠溃疡疗效观察[J]. 中国中医药资讯, 2011, 3(3): 114-115.

[4] 马颖杰, 王惠吉, 鲍晓厉. 血清胃蛋白酶原与胃溃疡及胃癌[J]. 中国医刊, 2008, 43(12): 46-48.

(收稿日期: 2013-02-26 修回日期: 2013-05-02)

• 临床研究 •

解剖钢板治疗高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者的临床疗效

苏海卿(陕西省榆林市第一医院骨一科 719000)

【摘要】 目的 了解解剖钢板治疗高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者的临床疗效。**方法** 将在陕西省榆林市第一医院治疗的高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者 53 例,按照患者自主选择治疗方法分组;选用解剖钢板法进行治疗的为观察组(33 例),选用传统练功方式保守治疗的为对照组(20 例),治疗后按照疗效标准进行统计。**结果** 观察组患者显效 18 例,有效 12 例,总有效率为 90.9%;对照组患者显效 6 例,有效 8 例,总有效率为 70.0%,组间差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 解剖钢板治疗高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者具有满意的临床疗效。

【关键词】 解剖钢板; 高龄肱骨外科; 粉碎性骨折

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 15. 033 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)15-1986-02

老年人群,常因钙质的流失而多发骨质疏松现象。骨质疏松者常出现骨质压缩、大结节骨折现象等,由骨质疏松引发的骨折中,以肱骨外科颈骨折在临床上最为常见,颈骨骨折后如果得不到及时有效的治疗,可能会引起肱二头肌发炎,导致肩周粘连等一系列的并发症,严重威胁老年患者的健康^[1-3]。为观察解剖钢板治疗高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者的临床疗效,本文总结了 2011 年 1 月至 2012 年 11 月期间在本院治疗的 53 例高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者的临床资料,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对象来自于 2011 年 1 月至 2012 年 11 月期间在本院治疗的 53 例高龄肱骨外科颈粉碎性骨折患者,其中男 35 例,女 18 例;年龄 62~85 岁,平均年龄为(73.34±16.88)岁;病程范围 1~13 d,平均病程为(4.5±3.4)d。统计资料入选标准:所有纳入统计的资料对象临床上经 X 线影像学检查结果均确诊为肱骨外科颈粉碎性骨折(骨折部位影像学结果均可见不同程度骨骼移位现象);统计资料排除标准:排除内脏器官严重衰竭患者,排除合并有其他严重内科疾病等对手术治疗耐受性极差的患者。53 例患者按照患者自主选择治疗方法分组;选用解剖钢板法进行治疗的为观察组,有 33 例;选用传统练功方式保守治疗的为对照组,有 20 例,两组患者一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 观察组患者常规全身麻醉,可选择臂丛神经麻醉方法进行,手术切口入路选择为肩臂内侧(注意避开人体重要血管,如头静脉等)-三角肌和胸大肌间隙(此处入路应保护肱二头肌长头肌腱)。入路后,首先应该小心仔细清扫患者骨折部位的血液凝块等;清除完毕后,去克氏针(规格为 1 mm)暂时性固定骨折部位,首先复位发生骨折骨的远端和近端,此时解剖钢板的放置位置为肱骨和股骨头的外侧部位;最后,全螺纹骨螺丝钉固定好断骨后拔下预先暂时固定作用的克氏针,手术完成后常规消毒处理,同时根据患者具体情况放置引流管进行引流,术后常规抗感染治疗。对照组患者选用的保守训练方法为甩肩治疗:患者前臂用牵引带固定后慢慢进行牵引,时间范围为 6~15 min,牵引力不应该超过 2 kg。一段时间后,如果患者感到骨折部位疼痛状况有所减轻,可改为甩肩练习方法进行训练;初步以缓慢开始,根据病情的好转情况逐步加大甩肩力度,患者甩肩姿势可以选用站立式,也可选择俯卧位甩肩,进行保守锻炼康复患者,应该根据自身对疼痛的耐受程度进行,其康复锻炼的周期为 30 d。

1.3 疗效标准 所有患者治疗 1 个月后至医院复查,X 线影像学检查结果显示骨折部位骨折线不明显,骨折处可见骨结痂现象,患者骨折部位无肿胀疼痛现象者视为治疗显效;X 线影像学检查结果显示骨折部位骨折线,骨折处可见骨结痂现象,患者骨折部位肿胀疼痛现象者明显好转者视为有效;术后感