

合采用仿生物学电刺激进行治疗。研究结果表明,经过治疗后观察组Ⅰ度和Ⅱ度脱垂比例仅为 9.2%,明显低于对照组的 25.0%;观察组患者的 PFIQ-7 和 PFDI-20 评分明显低于对照组;与治疗前比较,两组患者治疗后盆底肌力Ⅰ级、Ⅱ级的比例均明显降低,且观察组下降更为明显,两组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$);在临床总有效率比较中,观察组临床总有效率可达 94.7%,明显高于对照组。

综上所述,盆底肌肉群强化锻炼联合仿生物学电刺激治疗子宫脱垂的临床效果显著,可以明显减少脱垂症状,盆底肌力改善更好,且患者生活质量更高,值得推广应用。

参考文献

[1] 武冬梅. 29 例子宫脱垂患者的护理体会[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(45): 241-242.

[2] 闫秀艳, 梁学军, 欧阳彩琴, 等. 中药熏洗配合温针灸治疗子宫脱垂疗效观察及护理体会[J]. 四川中医, 2016, 34(3): 150-151.

[3] 黄立. 传统手术在子宫脱垂伴阴道壁膨出术中的临床意义分析[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(25): 4053-4054.

[4] 陈沫, 马志梅. 阴式手术治疗子宫脱垂临床分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(17): 92-96.

[5] 王秋梅, 周福强, 孟庆坤, 等. 阴式切除手术对子宫脱垂的治疗效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(78): 196-197.

[6] 张彩霞. 补中益气汤对Ⅰ度子宫脱垂患者 POP-Q 分度及临床疗效的影响[J]. 中医药导报, 2016, 22(8): 90-92.

[7] 杨艳. 子宫脱垂全程非手术综合康复治疗效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(7A): 56-57.

[8] 孙秀云, 邵继宏, 孙连华, 等. 腹腔镜腹直肌悬吊术治疗子宫脱垂 50 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2015, 31(11): 1038-1039.

• 临床探讨 •

[9] 李晨宇, 许哲, 徐霜. 探讨阴式切除手术治疗子宫脱垂的临床效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(24): 168-169.

[10] 刘荣军. 盆底康复配合阴道局部应用雌激素治疗老年性重度子宫脱垂的研究[J]. 中国妇幼保健, 2010, 25(35): 5329-5330.

[11] 赵有仙, 吴大宝. 改良阴式子宫切除术治疗老年妇女子宫脱垂临床效果分析[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(16): 2575-2577.

[12] 刘霞, 植枝福. 生物反馈电刺激结合盆底肌肉训练对子宫脱垂患者的临床影响[J]. 中国性科学, 2016, 25(6): 41-43.

[13] 李爱莲, 王晓红, 陈志燕. 老年严重子宫脱垂伴全阴道膨出手术治疗的临床效果及术后疼痛反应分析[J]. 中国临床研究, 2016, 29(2): 247-249.

[14] 林心苗. 电刺激生物反馈疗法联合盆底肌肉锻炼治疗子宫脱垂 196 例疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2013, 24(9): 1970-1971.

[15] 周雪梅, 张昌凤. 盆底肌训练和盆底电刺激在产后盆底肌力康复治疗中的应用价值[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(3): 365-367.

[16] 郑丛芝. 生物反馈电刺激联合盆底肌肉训练治疗子宫脱垂的效果分析[J/CD]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2016, 9(2): 42-44.

[17] 覃晓日, 孙晓宁. 电刺激治疗肠易激综合征的研究进展[J]. 中南医学科学杂志, 2014, 42(6): 618-621.

[18] 秦文桦, 黄惠萍. 电刺激生物反馈联合盆底肌肉训练治疗子宫脱垂患者的护理[J]. 护理实践与研究, 2014, 11(6): 59-60.

(收稿日期: 2016-12-21 修回日期: 2017-01-19)

加味黄芪建中汤联合西药治疗慢性胃炎脾胃虚寒证的疗效分析

张 阳

(重庆市万盛经济开发区中医院中医科 400800)

摘 要:**目的** 研究加味黄芪建中汤联合西药治疗慢性胃炎脾胃虚寒证的疗效。**方法** 选取 2011 年 6 月至 2014 年 5 月该院门诊就诊的 240 例慢性胃炎患者以数字法随机分为对照组和治疗组各 120 例。对照组采用奥美拉唑、阿莫西林、克拉霉素三联疗法方案治疗;治疗组在对照组基础上联合中药加味黄芪建中汤治疗。对比两组上腹隐痛、食后胀满和嗳气反酸情况,胃镜下炎症反应恢复情况以及患者临床疗效。**结果** 治疗组上腹隐痛、食后胀满和嗳气反酸治疗后有效率高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗组胃镜下炎症反应治疗后有效率为 94.16%,高于对照组(73.33%),两组差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组治疗后总有效率(95.83%)高于对照组(78.33%),差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 加味黄芪建中汤联合西药治疗慢性胃炎脾胃虚寒证疗效优于西医三联疗法,值得临床推广使用。

关键词:脾胃虚寒证; 慢性胃炎; 加味黄芪建中汤

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.10.045 文章标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)10-1479-03

慢性胃炎是由多种病因引起的胃黏膜慢性炎症,病理上以淋巴细胞浸润为主要特点,部分患者在后期可出现胃黏膜固有腺体萎缩和化生,继而出现上皮内瘤变,与胃癌发生密切相关^[1]。该病是临床上的常见病、多发病,但复发率高,远期疗效不理想。本院自 2011 年 6 月至 2014 年 5 月采用加味黄芪建

中汤联合标准三联疗法治疗慢性胃炎脾胃虚寒证取得良好成效,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取于本院门诊就诊的 240 例慢性胃炎脾胃虚寒证患者为研究对象,全部患者均经胃镜检查确诊。将患者

随机分为治疗组 120 例和对照组 120 例。治疗组男 68 例,女 52 例;年龄 19~65 岁,平均(43.0±2.5)岁;病程 1~6 年,平均(3.8±0.6)年。对照组男 61 例,女 59 例;年龄 20~69 岁,平均(44.0±2.5)岁;病程 1~6 年,平均(3.1±0.5)年。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P<0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 依据《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见》制订本次研究的诊断标准^[2]。脾胃虚寒证:主症,包括胃脘隐痛、喜按喜暖;次症,包括食后胀满、纳呆少食、大便稀溏、神疲乏力、嗳气反酸、舌质淡有齿痕、苔薄白、脉沉细。胃镜象:黏液稀、薄而多,胃黏膜炎症减轻或呈苍白,黏膜变薄、胃蠕动缓慢。证型确定:具备主症 2 项加次症 1 项,或主症第 1 项加次症 2 项,并结合胃镜象。排除标准:消化性溃疡、胃息肉、消化道肿瘤、胆囊疾病、胰腺疾病。

1.3 方法 对照组患者采用标准三联疗法,口服奥美拉唑 20 mg+阿莫西林 1 000 mg+克拉霉素 500 mg,口服,2 次/天,10 d 为 1 个疗程。治疗组在标准三联疗法基础上同时给予加味黄芪建中汤,方剂组成:黄芪 20 g,桂枝 10 g,白芍 20 g,炙甘草 6 g,饴糖 30 g,生姜 10 g,大枣 12 g,枳实 10 g,炒白术 15 g,建曲 20 g,党参 20 g,厚朴 10 g,半夏 10 g。每日 1 剂,水煎 450 mL,每次 150 mL,每天 3 次温服。胃胀加木香、砂仁、胃痛加延胡索、反酸加浙贝母、海螵蛸、瓦楞子、消化不良加鸡内金,伴情志不遂加香附、佛手。在标准三联疗法 10 d 疗程完成后,继续服用中药。服药 4 周后停药,为 1 个疗程。治疗期间宜选择易消化无刺激性食物,少食过酸过甜的食物及饮料,忌烟酒、浓茶、咖啡,进食细嚼慢咽等。注意情绪调节,保持良好的心态。治疗期间不用其他药物。两组均为一个疗程后,观察单项症状变化情况,胃镜下炎症反应恢复情况及患者临床疗效。

1.4 临床疗效判定标准^[2] 临床治愈:(1)临床主要症状消失,次要症状基本消失或消失;(2)胃镜复查活动性炎症消失,慢性炎症好转达轻度;(3)活检组织病理证实胃镜所见,腺体萎缩、肠化和异型增生消失。显效:(1)临床主要症状基本消失,次要症状基本消失;(2)胃镜复查黏膜急性炎症基本消失,慢性炎症好转;(3)活检组织病理证实胃镜所见,腺体萎缩、肠化和异型增生明显减轻。有效:(1)主要症状减轻;(2)胃镜检查黏膜病变范围缩小 1/2 以上,炎症有所减轻;(3)活检组织病理证实胃镜所见,急、慢性炎症减轻,腺体萎缩、肠化和异型增生减轻。无效:症状、内镜、病理均无好转者。总有效=显效+有效+治愈。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 对数据进行分析。计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者单项症状变化比较 对照组治疗上腹隐痛的总有效率(73.81%)低于治疗组(88.89%),差异有统计学意义($P<0.05$);对照组治疗食后胀满的总有效率(58.18%)低于治疗组(91.07%),差异有统计学意义($P<0.05$);对照组治疗嗳气反酸的总有效率(50.00%)低于治疗组(60.00%),差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组胃镜下炎症反应恢复情况比较 对照组治疗炎症反应总有效率(73.33%)低于治疗组(94.17%),差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 两组患者临床疗效比较 对照组患者治疗的总有效率

(78.33%)低于治疗组(95.83%),差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 1 两组患者单项症状治疗情况比较[n(%)]						
症状	组别	n	显效	有效	无效	总有效
上腹隐痛	治疗组	72	44(61.11)	20(27.78)	8(11.11)	64(88.89)*
	对照组	84	52(61.90)	10(11.90)	22(26.19)	62(73.81)
食后胀满	治疗组	112	74(66.07)	28(25.00)	10(8.93)	102(91.07)*
	对照组	110	24(21.82)	40(36.36)	36(32.73)	64(58.18)
嗳气反酸	治疗组	80	25(31.25)	23(28.75)	23(28.75)	48(60.00)
	对照组	76	28(36.84)	10(13.16)	10(13.16)	38(50.00)*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

表 2 两组胃镜下炎症反应治疗情况比较[n(%)]						
组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	120	30(25.00)	64(53.33)	19(15.83)	7(5.84)	113(94.17)*
对照组	120	24(20.00)	34(28.33)	30(25.00)	32(26.67)	88(73.33)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

表 3 两组患者临床疗效比较[n(%)]						
组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	120	64(53.33)	38(31.67)	13(10.83)	5(4.17)	115(95.83)*
对照组	120	46(38.33)	32(26.67)	16(13.33)	26(21.67)	94(78.33)

注:与对照组比较, $P<0.05$ 。

3 讨 论

现代医学认为慢性胃炎的发病机制主要由幽门螺杆菌感染所致,其次与免疫因素、物理因素、化学因素有关。治疗慢性胃炎的一个重要措施,就是清除幽门螺杆菌。奥美拉唑是质子泵抑制剂,对幽门螺杆菌有较强的抑制作用,能加强抗菌药物的杀菌活性,并具有抑制胃酸分泌作用;阿莫西林和克拉霉素是一线杀灭幽门螺杆菌的药物^[1]。质子泵抑制剂加阿莫西林和克拉霉素组成三联疗法具有较好的根除幽门螺杆菌作用。但是单纯给予杀灭幽门螺杆菌,以及抑制胃酸分泌等西药进行治疗,部分患者仍未达到理想疗效,而且长期运用西药治疗,容易产生不良反应和耐药性。慢性胃炎属中医学“胃脘痛”“痞满”等范畴。中医认为此病多由于压力过大、忧思恼怒、肝郁气滞、横逆犯胃或暴饮暴食、饥饱无常、辛辣厚味及冰冻食品交替叠进,损伤脾胃,或因用药不当,药伤脾胃,久病不愈,导致脾胃虚寒,或素体脾虚胃弱的人群,更易致中阳不运、寒从内生、出现脾胃虚寒胃痛。加味黄芪建中汤由黄芪建中汤、枳术丸和厚朴生姜半夏甘草人参汤加味而成。黄芪建中汤因其具有益气和中、缓急止痛功效,针对脾胃虚寒引起的胃痛治疗。厚朴生姜半夏甘草人参汤和枳术丸针对脾虚气滞引起的胃胀进行治疗,故本方对脾胃虚寒引起的胃痛,胃胀具有较好疗效。方中黄芪补中益气,桂枝补中阳而散寒,饴糖、芍药甘草汤缓急止痛,党参、白术、生姜、大枣健脾和胃,厚朴、枳实行气消痞,半夏和胃降逆,建曲消食化积。李伟群等^[3]研究认为黄芪主要化学成分有黄芪皂苷、黄芪多糖及黄芪异黄酮等。其中黄芪皂苷对慢性萎缩性胃炎能更有效地清除自由基,使胃黏膜减少损伤,从而使慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜病理、氧化应激状态得以改善,以及减轻黏膜炎性反应;桂枝有健胃、促进胃肠蠕动、及抑制肿瘤作用^[4];白芍总苷具有显著的镇痛作用,并能增强吗啡、可乐定的镇痛效果。且有抗胆碱能作用,具有止痛功效^[5];党参多糖能增加胃黏膜、胃壁厚度,促进十二指肠、空肠微肠毛生长,促进小肠推动,提高消化能力^[6]。马佳铭等^[7]通过现代药理研究证明,黄芪建中汤可以调节胃酸分泌,下调胃蛋白酶活

性,拮抗氧自由基,清除幽门螺杆菌,调节表皮生长因子,促进胃黏膜修复,对胃黏膜保护因素有增强作用。同时阎治爽^[8]研究认为黄芪建中汤在动物实验中能够有效地修复脾胃虚寒类慢性胃炎大鼠损伤的胃黏膜;李晓玲等^[9]对枳术丸的研究认为,枳术丸对碘乙酰胺诱导的功能性消化不良大鼠具有加快胃排空,降低胃肠感觉过敏的作用;徐小平^[10]对枳术丸研究认为,枳术丸对脾虚模型鼠胃肠功能紊乱有调整到正常水平的作用,枳实能使动物胃肠平滑肌收缩节律增加,蠕动波明显如深加快,食欲增强;艾华等^[11]通过厚朴生姜半夏甘草人参汤对动物胃肠动力学的的影响的研究,认为该方对小肠的推进功能具有促进作用,促进肠管的活动。

本研究结果充分表明,加味黄芪建中汤联合西药三联疗法对脾胃虚寒引起的胃痛、胃胀暖气反酸具有显著疗效。中西医结合能有效清除幽门螺杆菌,消除炎症,对胃黏膜具有保护和修复作用,减少复发。在改善临床症状和体征都比单一运用西药三联疗法治疗效果好的,且在后期随访中复发率低,故笔者认为中西医结合治疗慢性胃炎脾胃虚寒证有较好疗效。

参考文献

[1] 陈灏珠,林果为,王吉耀. 实用内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:1911.

[2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011 年天津)[J]. 中国中西医结合杂志,2012,32(6):738-743.

• 临床探讨 •

后腹腔镜下肾盂输尿管中上段切开取石术的疗效评价

谢家恩,陈舜琦,王明川,赵 军,李建涛
(重庆市开州区人民医院泌尿外科 405400)

摘 要:**目的** 评价后腹腔镜输尿管切开取石术治疗输尿管中上段结石的临床疗效。**方法** 选取该院 2013 年 1 月至 2016 年 4 月行后腹腔镜肾盂输尿管切开取石术患者 72 例 73 侧,其中男 39 例,女 33 例;评价手术时间、术中出血量、住院时间和复发情况。**结果** 术后腹部平片,未见结石,一次性取尽。手术时间 67~189 min,平均(78±1) min;术中出血量 15~93 mL,平均(32±1) mL。术后住院时间 5~13 d,平均住院(6.5±1.0)d。72 例随访 6~13 个月,无结石复发。**结论** 后腹腔镜输尿管中上切开取石术是微创手术一种方法,特别适用于较大、质硬、嵌顿性肾盂输尿管中上段结石,适用于不愿意做经皮肾手术,又需要取尽结石的患者。

关键词:输尿管结石; 腹腔镜; 体外冲击波碎石
DOI:10.3969/j. issn. 1672-9455. 2017. 10. 046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)10-1481-02

输尿管结石是最常见的泌尿系结石,由其引起的并发症也最多,如输尿管梗阻和肾绞痛及感染等并发症,严重影响患者的生活质量和劳动力。作为输尿管镜碎石(URL)或者经皮肾镜碎石术(MPCNL)的替代疗法^[1-2],同时作为开放手术的微创复制,后腹腔镜输尿管切开取石术的手术效果确切^[3],结石取出完整并可同时处理相关疾病,切口小,不切断腰部各层肌肉,损伤小、出血量极少^[4],术后疼痛轻、恢复快^[5]。所以,随着 MPCNL 和 URL 设备和技术的普及,后腹腔镜输尿管切开取石术可作为复杂性输尿管上段结石治疗方法的一个补充。本研究选取本院 2013 年 1 月至 2016 年 4 月行后腹腔镜肾盂输尿管切开取石术患者 72 例 73 侧,探讨后腹腔镜输尿管切开取石术治疗输尿管中上段结石的临床疗效。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2013 年 1 月至 2016 年 4 月行后腹

[3] 李祎群,谢建群,龚雨萍,等. 黄芪甲苷对慢性萎缩性胃炎大鼠的影响[J]. 复旦学报(医学版)2015,42(5):601-606.

[4] 国家食品药品监督管理总局执业药师资格认证中心. 中药学专业知识[M]. 北京:中国医药科技出版社,2015:4.

[5] 张利. 白芍的药理作用及现代研究进展[J]. 中医临床研究,2014,6(29):25-26.

[6] 马方励,沈雪梅,时军,等. 党参多糖对实验动物胃肠道功能的影响[J]. 安徽医药,2014,18(9):1626-1630.

[7] 马佳铭,汤丽芬,徐升,等. 黄芪建中汤对胃黏膜损伤保护作用机制的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(13):2093-2095.

[8] 阎治爽. 黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎临床研究[J]. 世界最新医学信息文摘,2015,15(76):94-95.

[9] 李晓玲,张声生,杨成,等. 枳术丸对功能性消化不良大鼠胃排空功能及 Ghrelin、5-HT、CGRP 的影响[J]. 北京中医药,2014,33(11):856-860.

[10] 徐小平. 枳术丸的药效学研究[J]. 陕西中医学院学报,2000,23(2):43-44.

[11] 艾华,宋发贤,刘华,等. 厚朴生姜半夏甘草人参汤对动物胃肠动力学的的影响[J]. 中国中西医结合杂志,1996(S1):156-158.

(收稿日期:2016-12-14 修回日期:2017-01-17)

腔镜肾盂输尿管切开取石术患者 72 例 73 侧,其中男 39 例,女 33 例;年龄 28~70 岁,平均(35.0±5.2)岁;肾外形肾盂结石 1 例,输尿管上段结石 72 例,输尿管中段结石 1 例;左侧 33 例,右侧 39 例,双侧 1 例;结石直径 0.9~2.1 cm;病程 3~15 个月,绝大多数有患侧腰痛病史。所有患者经 B 超、CT 等检查术前明确诊断,均伴不同程度输尿管扩张,大部分有肾盂积水,患肾输尿管不显影有 15 例。合并同侧肾下盏结石并肾积水 5 例,合并同侧肾中上盏小结石 6 例,合并输尿管息肉 8 例,合并同侧输尿管中段结石 1 例;有肾功能不全 3 例,曾行体外冲击波碎石(ESWL)治疗无效者 9 例,合并高血压病 3 例。

1.2 方法 全身麻醉、健侧卧位,髂脊上约 2 cm,横形切开 2.0 cm(A 点),用大弯钳钝性分离肌层,伸入食指内推腹膜。分离腹膜后,建立后腹腔间隙,经该点食指引导于腋后线肋缘下(B 点)和腋前线肋弓处下(C 点)再作穿刺,分别于 A、B、C