生,且手术效果良好。

由于巨型肺大疱体积大、疱壁薄、基底部有时较靠近肺门,术后容易出现持续性漏气,因此在行 VATS 切除病变时更加要求术者有一定的手术技巧与方法。在 Endo-GIA 切割肺大疱基底前,钳夹牵引病变时要注意操作轻柔,避免将大疱基底部扯破,从而丧失一次性切割成形的机会。盲目暴力的撕扯亦容易撕裂肺组织出现新的漏气创面或产生不必要的肺挫伤、肺内血肿。有些巨大肺大疱由于疱壁菲薄,常常需要采用带管状可吸收性聚乙醇酸修补材料奈维的 Endo-GIA 切割缝合,这样一方面能有效堵塞切割成型的钉孔,减少漏气;另一方面也增加了切割面的张力,有效防止膨肺后的再次破裂。术者如果对 GIA 切割成型的基底部或交角处感觉不满意,也可以通过稍微延长腋前线的操作口,通过长器械加用 3-0 Prolene 线连续加强缝合。同时在针眼处涂抹化学胶或生物蛋白胶,以避免术后针眼处漏气。本组病例中仅有 6 例患者出现余肺持续漏气,发生率为 14.3%,相对于舒俊等[6]报道的 26.7%,发生率并不高。

除了持续性漏气,本组患者巨型肺大疱切除术后的另一主要并发症为肺部感染,发生率达 16.7%,我们考虑其发生主要与患者长期吸烟,并发老慢支肺气肿导致肺功能低下及咳嗽、咳痰无力有关。因此,术前需积极的行呼吸道准备、加强咳嗽排痰的锻炼;术后需充分的解痉、镇痛,合理的使用抗生素及激素,对于部分体质虚弱者适当的营养支持也尤为重要。

参 考 文 献

[1] Morgan MD, Edwards CW, Morris J, et al. Origin and behaviour of emphysematous bullae[J]. Thorax, 1989, 44(7): 533-538.

[2] McKenna RJ, Benditt JO, Decamp M, et al. Safety and efficacy of median sternotomy versus video-assisted thoracic surgery for lung volume reduction surgery[J]. Journal of Thoracic & Cardiovascular Surgery, 2004, 127(5): 1350-1360.

[3] Sakurai H. Videothoracoscopic surgical approach for spontaneous pneumothorax: review of the pertinent literature[J]. World J Emerg Surg, 2008, 3(1): 23.

[4] 倪斌, 马海涛, 秦涌, 等. 腋下小切口手术治疗巨型肺大疱[J]. 中国综合临床, 2007, 23(11): 1025-1026.

[5] 邹卫, 许栋生, 赵维珊, 等. 同期手术治疗双侧肺大疱[J]. 江苏医药, 2003, 29(3): 209-210.

[6] 舒俊, 耕噶, 曾富春. 胸腔镜辅助微创手术治疗继发性肺大疱[J]. 四川医学, 2003, 23(5): 478.

(收稿日期: 2010-05-18) (供稿编辑: 周宝泉)

· 基础与临床 ·

复方铝酸铋颗粒联合雷贝拉唑、克拉霉素、阿莫西林治疗幽门螺旋杆菌相关性溃疡的临床观察

刘兵团 刘鹏飞 赵福军

【摘要】 目的 探讨复方铝酸铋颗粒联合雷贝拉唑、克拉霉素和阿莫西林治疗消化性溃疡并根除幽门螺旋杆菌(Hp)感染的疗效。方法 经电子胃镜检查确诊为十二指肠球部溃疡或胃溃疡,且^{13}C 呼气试验诊断 Hp 阳性患者 124 例,随机均分为治疗组和对照组。对照组应用雷贝拉唑 10 mg, 2 次/d,克拉霉素 500 mg, 2 次/d,阿莫西林 1000 mg, 2 次/d。治疗组加用复方铝酸铋颗粒 2600 mg, 3 次/d,疗程 7 d,4 周后评估两组疗效。结果 治疗组溃疡治疗总有效率为 93.55%,明显高于对照组的 79.03% ($P<0.05$)。治疗组 Hp 转阴有效率为 88.71%,明显高于对照组的 62.90% ($P<0.05$)。结论 复方铝酸铋颗粒联合雷贝拉唑、克拉霉素和阿莫西林治疗消化性溃疡并根除 Hp 感染的疗效优于常用的三联疗法。

【关键词】 复方铝酸铋颗粒;雷贝拉唑;克拉霉素;阿莫西林;消化性溃疡;幽门螺旋杆菌
【中图分类号】 R573 【文献标识码】 A 【文章编号】 0253-3685(2010)23-2821-02

作者单位: 214400 江阴市人民医院(刘兵团、刘鹏飞);姜堰市人民医院(赵福军)

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

研究表明，消化性溃疡发病与幽门螺旋杆菌(Hp)的感染有相关性，Hp 感染后胃酸分泌增多、胃黏膜保护能力下降导致溃疡的产生，临床上多采用三联疗法进行治疗。我们加用复方铝酸铋颗粒对消化性溃疡患者四联抗 Hp 治疗，收到良好效果。

资料与方法

1. 一般资料　124 例患者均经电子胃镜检查确诊为十二指肠球部溃疡或胃溃疡，且^{13}C 呼气试验诊断 Hp 阳性。排除复合性溃疡、怀疑恶变，或合并出血以及心、肺、肝、肾疾病以及妊娠及哺乳期妇女。半个月内均未服用质子泵抑制剂。溃疡均为 A 期。将患者随机分为治疗组和对照组：治疗组 62 例，男 41 例，女 21 例，平均年龄(41. 0±8. 2)岁；十二指肠球部溃疡 48 例，胃溃疡 14 例；对照组 62 例，男 38 例，女 24 例，平均年龄(44. 0±11. 0)岁。十二指肠球部溃疡 44 例，胃溃疡 18 例。两组患者基本资料相仿。

2. 治疗方法　对照组：雷贝拉唑 10 mg，2 次/d，克拉霉素 500 mg，2 次/d，阿莫西林 1000 mg，2 次/d。治疗组：在对照组三药治疗的基础上，给予复方铝酸铋颗粒 2600 mg，3 次/d，餐后服用，疗程 7 d。治疗期间嘱患者注意饮食，忌辛、辣、酸、冷食物，禁服其他药物。治疗后 4 周复查胃镜及^{13}C 呼气试验，记录结果并统计分析。

3. 疗效判定标准　按卫生部《新药(西药)临床指导原则》标准判定。溃疡愈合情况判断：(1)治愈：溃疡愈合处于瘢痕期(S 期)，胃肠道症状消失(上腹部疼痛、嗳气、反酸、上腹部烧灼感)；(2)有效：胃肠道症状基本缓解，溃疡愈合面积缩小≥50%(H 期)；(3)无效：胃肠道症状无改善或加重，溃疡愈合面积缩小＜50%(A 期)。总有效＝治愈＋有效。Hp 根除判断：^{13}C 呼气试验结果阴性。

4. 统计学处理　计数资料行卡方检验，P＜0. 05 为差异有统计学意义。

结　果

治疗组消化性溃疡治疗总有效率为 93. 55%，明显高于对照组的 79. 03%(P＜0. 05)(表 1)。

治疗前后血、尿、粪常规检查以及肝、肾功能等检查均未见明显变化。治疗组中腹泻或稀便 1 例，乏力 1 例，恶心 4 例。对照组中恶心、头晕 3 例，乏力 1 例，停药后均自行消失。

表 1　两组消化性溃疡治疗效果[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	62	46(74. 19)[a]	12(19. 35)	4(6. 45)[a]	93. 55[a]
对照组	62	35(56. 45)	14(22. 58)	13(20. 97)	79. 03

与对照组比较，[a] P＜0. 05

讨　论

消化性溃疡是人类的常见病，估计约有 10%人口一生中患过此病，近年来发病率逐步上升。Hp 的发现带来了消化性溃疡发病机制及治疗策略的改变[1]。但 Hp 自身具有保护机制，在抗生素作用下染色体发生突变可造成 Hp 对多种抗生素耐药。目前，治疗消化性溃疡和根除 Hp 方案多样，但随着抗生素使用的普及甚至滥用，Hp 的根治率却逐年下降。研究显示，复方铝酸铋颗粒可以提高消化性溃疡的愈合率以及 Hp 的根除率[2]。复方铝酸铋颗粒含铝酸铋、重碳酸镁等，系中西药复方制剂，具有杀灭 Hp、保护胃黏膜、抗酸等作用，能够增强胃及十二指肠黏膜屏障作用，使黏膜再生，促进溃疡面愈合[3]。本研究发现，加用中西药复方制剂复方铝酸铋颗粒根除 Hp 感染并治疗消化性溃疡，较单用三联疗法效果更佳，其具体机制尚不明确。在不良反应方面，患者在四联疗法使用过程中出现轻微不良反应，与三联疗法不良反应无明显差异，且停药后不良反应消失。由此可见，复方铝酸铋颗粒具有抗耐药、杀菌性强、疗效好及不良反应小的优点，易为患者接受。

参　考　文　献

[1] 吕军宁，李芳霞. 四联疗法治疗 65 例消化性溃疡临床观察[J]. 实用医技杂志，2006，13(10)：1691.

[2] 刘未雄，刘遂娥，刘文. 复方铝酸铋颗粒剂治疗消化性溃疡临床观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志，2002，5(6)：544-545.

[3] 宋宝辰，李宁，周培兰，等. 得必泰联合奥美拉哇、奥硝哇治疗消化性溃疡临床观察[J]. 中国现代药物应用，2007，12(1)：16-17.

(收稿日期：2010-09-08)　(供稿编辑：张国楼)

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net