

三联疗法改善髌骨稳定性作用分析

姚剑川 李崇清 张长松

(浙江省温州市中西医结合医院骨科,温州 325000)

【摘要】 目的 探讨采用三联疗法对改善髌骨稳定性的作用。**方法** 对 21 例复发性髌骨不稳的患者采用改良三联疗法即关节镜下膝外侧支持带松解、内侧关节囊支持带紧缩术,辅以改良 Fulkerson 截骨治疗复发性髌骨不稳,术后通过平均 6.75 个月(1.5~12 个月)的随访,了解髌骨不稳复发情况、患膝主观症状以及患肢整体功能康复情况。**结果** 最后随访时,髌骨不稳无复发,4 例仍有膝前疼痛,但症状较术前明显改善,手术前后 IKDC 膝关节功能主观评分分别为 (36.2 ± 4.7) 分和 (91.8 ± 5.2) 分 ($P < 0.01$),Lysholm 膝关节功能综合评分分别为 (41.9 ± 6.2) 分和 (92.7 ± 6.3) 分 ($P < 0.01$),所有患者运动能力均较术前有所改善,初次脱位前和术后 Tegner 下肢运动能力主观评分分别为 (6.8 ± 1.1) 分和 (7.1 ± 0.9) 分。术后 X 线检查对比发现:髌骨-股骨滑车适合角从术前的 $28.1^\circ \pm 7.9^\circ$ 改善为 $1.6^\circ \pm 8.1^\circ$ ($P < 0.01$),髌骨外侧关节面张开角从术前的 $-1.2^\circ \pm 7.3^\circ$ 改善为 $11.6^\circ \pm 4.2^\circ$ ($P < 0.01$)。**结论** 改良三联疗法治疗复发性髌骨不稳具有微创、可一并处理膝关节内其他病变、同时进行胫骨结节内移及抬高、减轻髌股关节压力、从根本上矫正解剖性或者生理性股四头肌角(Q 角)等优点,而且手术技术易于掌握,非常具有推广价值。

【关键词】 三联疗法;复发;髌骨不稳

复发性髌骨不稳主要包括髌骨脱位及半脱位等,多见于女性及青少年,往往于外伤后未经及时正规有效治疗,造成反复发作性髌骨不稳,表现为上下楼梯时膝前区疼痛明显、打软腿、假性嵌顿等症状。复发性髌骨不稳临床上并不少见,因为髌骨不稳涉及许多解剖因素,加上对复发性髌骨不稳的机制理解不一,在治疗上存在较大分歧。多数作者主张手术治疗复发性髌骨不稳^[1,2],而手术治疗的方式又有多种,包括髌骨近侧调整、外侧支持带松解、远侧调整及复合手术等^[3]。

选择何种治疗方法取决于术者对复发性髌骨不稳病理解剖特点的了解。基于我们对于复发性髌骨不稳病理解剖特点的了解和认识,我们认为,解剖性或者生理性股四头肌角(quadriceps angle, Q 角)的增大、髌骨内侧支持带的撕裂或者松弛、髌骨外侧支持带的挛缩是复发性髌骨不稳的主要原因。因此近年来,我们有针对性地采用改良三联手术,即关节镜下膝外侧支持带松解、内侧关节囊支持带紧缩术,辅以改良 Fulkerson 截骨^[4]治疗复发性髌骨不稳,取得良好疗效。

于更远端的骨折固定;避免了同时用 2 块钢板,不存在 AO 双钢板的螺钉“打架”现象;操作简便,避免了双钢板的放置及塑形问题,缩短了手术时间,减少了软组织的创伤和出血。其缺点是单平面固定。

3.3 并发症的防治: 肱骨髁间骨折术后有迟发性尺神经炎及骨化性肌炎等并发症。由于钢板固定于内侧髁,临近尺神经行程,且术后瘢痕增生压迫尺神经致尺神经炎发生。Wang 等^[3]认为应常规行尺神经前移术。本组患者均行尺神经前移术,术后随访无尺神经炎发生。我们认为本手术切口行尺神经前移术较简便,且可同时对术前有尺神经损伤患者行探查术。本组 2 例术前尺神经损伤患者中探查均为挫伤,行外膜松解加前移术,术后恢复良好。骨化性肌炎发生率约 3%~4%,与损伤有直接关系,反复复位,延迟手术及被动牵拉均可增加其发生率。防止骨化性肌炎最重要的措施是早期活动,轻柔的被动活动,使用消炎痛^[4]。

我们强调一定要指导和鼓励患者正确的早期进行功能锻炼,以主动锻炼为主,被动锻炼为辅。本组患者常规在术后立即服用消炎痛片 2~4 周,随访无骨化性肌炎发生。

参考文献

- 1 Jupiter JB, Neffu, Holzach P, et al. Intercondylar fractures of the humerus; an operative approach. J Bone Joint Surg (Am), 1985, 67: 226 - 239.
- 2 丁卫华, 刘明. 经鹰嘴截骨肘后入路显露方式的探讨. 中华骨科杂志, 2000, 20: 508 - 509.
- 3 Wang KC, Shih HN, Hsu KY, et al. Intercondylar fractures of the distal humerus; routine anterior subcutaneous transposition of the ulnar nerve in a posterior operative approach. J Trauma, 1994, 36: 770 - 773.
- 4 荣国威, 王承武. 骨折. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 491 - 493.

(收稿日期: 2006-01-21)

(本文编辑: 陈子杰)

1 资料与方法

1.1 一般资料:2002~2005 年,我们采用改良三联术治疗复发性髌骨不稳患者 21 例,其中髌骨脱位 9 例,髌骨半脱位 12 例,均得到长期随访。男 7 例,女 14 例;左膝 11 例,右膝 10 例;髌骨脱位 8 例,髌骨半脱位 13 例;初次脱位年龄 8~25 岁,平均 14 岁;手术时年龄 12~28 岁,平均 20 岁;脱位次数 3~12 次,平均 6 次。术前体检:所有患者都有恐惧症,髌骨内移活动度: $< \text{I}$ 度 5 例,正常 7 例, $> \text{II}$ 度 9 例;Q 角 $8^{\circ} \sim 25^{\circ}$, 平均 $16.9^{\circ} \pm 4.7^{\circ}$ 。术前屈膝 45° 髌骨轴位 X 线片上,测量髌骨-股骨滑车适合角(正常值为 $-17.5^{\circ} \sim 5^{\circ}$)和髌骨外侧关节面张开角(正常值为阳性数值)。手术指征:复发性髌骨不稳患者,髌板已经闭合或者生长高峰期已过,无严重股骨外髁发育不良者均可采用本术式。

1.2 手术方式:

1.2.1 关节镜下髌骨内侧支持带紧缩术和外侧支持带松解术:采用腰麻或硬膜外麻醉,先通过常规前内侧和前外侧入路检查膝关节,进行关节清理,随后从前外侧入路进关节镜,进行髌骨内侧支持带紧缩监控。以髌骨内侧缘作为外侧边,以内侧支持带的最内侧缘,即内收肌结节部位作为内侧边,以髌骨上缘水平线作为上边,以髌骨尖水平线作为下边做一个不规则四边形,再横行将该四边形三等分。利用一根折弯的硬膜外穿刺针,分别在四边形上边、两等分线和底边水平,将一根 2#聚乙烯缝线于内侧边从关节外穿入关节内;再于外侧边从关节内穿出关节。在四边形中心部位,做一个长约 1cm 的纵行切口,经该切口进行内侧支持带区域浅筋膜下完全分离。将各缝线端经浅筋膜下,自该切口拉出。维持屈膝 45° ,用 SMC 滑动拉结法,将四根缝线依次收紧、打结,完成髌骨内侧支持带紧缩。注意保证分离层次在浅筋膜和支持带层之间,并在浅筋膜下层打结;如果分离在皮肤和浅筋膜层,打结时容易扎入脂肪组织,一旦脂肪组织被吸收,就会造成紧缩线圈松弛。随后更换从前内侧入路进镜头,从前外侧入路插入关节镜电刀,切开髌骨外侧支持带,完成髌骨外侧支持带松解。如果术前检查时髌骨内移活动度 $< \text{I}$ 度,说明髌骨外侧支持带严重挛缩,则先行外侧支持带松解,再打结缝线紧缩内侧支持带。

1.2.2 Fulkerson 胫骨结节内移抬高术:沿胫骨结节外侧缘做一个长约 3cm 纵行切口,皮下分离显露整个胫骨结节及其远侧 3cm 长胫骨嵴,剥离肌肉以显露胫骨外侧面。从胫骨结节内侧缘,向胫骨外侧面做一个斜行截骨,截骨面与矢状面呈 45° 角,截骨块长度 6~8cm。将骨块沿骨面向内、上方各移动 1.5cm,用三枚克氏针或拉力螺钉固定。

1.3 术后康复:术后即开始直腿抬高训练,并进行渐进性膝关节活动度训练。术后 2 周内于 $0^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 范围锻炼,术后 3~4 周 $0^{\circ} \sim 90^{\circ}$,术后 5~6 周 $0^{\circ} \sim 120^{\circ}$,6 周后开始全方位活动度训练和肌力训练。在活动度和肌力完全恢复正常后恢复正常运动。

1.4 随访检查:术后 1.5、3、6、12 个月进行门诊随访,最后随访通过问卷调查进行。随访内容包括临床体检、放射学检查、IKDC(international knee documentation committee,国际膝关节评分委员会)膝关节功能主观评分、Lysholm 膝关节功能综合评分、Tegner 下肢运动能力主观评分等。随访时间 1.5~12 个月,平均 6.75 个月。通过随访了解脱位或者半脱位复发情况、主观症状和客观体征改变情况,初次脱位前和本次手术前后运动功能水平,以及髌骨-股骨滑车适合角和髌骨外侧关节面张开角改变情况。通过髌腱/髌骨长度比的变化了解髌骨高度变化。将检查结果进行配对 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术中发现:合并股骨外髁软骨缺损 5 例,髌骨内侧面软骨缺损 6 例,髌骨外侧面软骨缺损 2 例,所有患者均有 II~IV 度髌股关节退变或损伤。8 例有关节内游离体,均为剥脱骨软骨块。2 例合并内侧副韧带损伤,3 例合并半月板损伤。

2.2 X 线检查结果:屈膝 45° 髌骨轴位 X 线片显示,所有病例髌骨-股骨滑车适合角均有改善,平均从术前的 $28.1^{\circ} \pm 7.9^{\circ}$ ($3^{\circ} \sim 52^{\circ}$) 改善为术后的 $1.6^{\circ} \pm 8.1^{\circ}$ ($-12^{\circ} \sim 10^{\circ}$) ($t = 18.935, P < 0.01$)。所有患者髌骨外侧关节面张开角均有改善,从术前的 $-1.2^{\circ} \pm 7.3^{\circ}$ ($-15^{\circ} \sim 9^{\circ}$) 改善为术后的 $11.6^{\circ} \pm 4.2^{\circ}$ ($t = 11.2, P < 0.01$)。在侧位 X 线片上,术后髌腱/髌骨长度比平均值由术前的 1.37 ± 0.18 降低为 1.17 ± 0.15 ($t = 7.1, P < 0.01$),提示该三联术术后有轻度髌韧带挛缩出现,尽管 8 例仍有高位髌骨(术前 13 例)。

2.3 症状与体征:最后随访时,无髌骨脱位复发。5 例仍有膝关节前侧疼痛,但疼痛均较术前有所减轻。术后髌骨压痛或者髌后撞击痛 8 例。髌骨内移活动度正常 16 例,大于 II 度 5 例。所有患者均无恐惧症。Q 角平均为 $10.6^{\circ} \pm 1.7^{\circ}$ ($8^{\circ} \sim 16^{\circ}$)。术后 3 例膝关节屈曲活动度较对侧有所减小,但是减小范围均 $< 15^{\circ}$ 。术后均无伸膝受限。8 例在术后康复中因为屈膝活动度未达到进度要求而采用手法松解。

2.4 肢体功能:手术前后 IKDC 膝关节功能主观评分分别为 (36.2 ± 4.7) 分和 (91.8 ± 5.2) 分 ($t = 72.1, P < 0.01$)。所有患者均对手术结果感到满意。手术前后 Lysholm 膝关节功能综合评分分别为 (41.9 ± 6.2) 分

和 (92.7 ± 6.3) 分($t = 48.2, P < 0.01$)。所有患者运动能力均较术前有所改善。初次脱位前和术后 Tegner 下肢运动功能主观评分分别为 (6.8 ± 1.1) 分和 (7.1 ± 0.9) 分。术后平均恢复运动时间为 8 个月。

3 讨论

髌骨的稳定因素包括静力性及动力性因素,髌股关节是伸膝装置中的重要组成部分,髌骨在股骨髁间凹中的正常轨迹是依赖于髌骨与髁间凹的骨性相称和关节囊、支持带提供的静态稳定作用以及股四头肌的动态稳定作用。膝关节由伸直至屈曲的过程中,髌骨从滑车上端开始进入滑车凹并与其相啮合,如髌股关节排列异常,髌骨向外侧倾斜和/或半脱位,使外侧髌股关节面产生过高压力,使软骨损伤,最终导致软骨软化和骨关节炎^[5]。髌股关节排列异常可起因于股骨髁间凹发育异常,使软骨损伤,最终导致软骨软化和骨关节炎^[5]。髌股关节排列异常可起因于股骨髁间凹发育异常,或股内侧肌萎缩、发育不良,外侧支持带紧张、挛缩及内侧关节囊及支持带松弛等,以往的治疗包括软组织手术如膝外侧支持带松解术、内侧关节囊及支持带紧缩术、股内侧肌止点移位术、缝匠肌移位术、半腱肌转位手术、Roux - Goldthwait 手术、伸膝装置延长术等,骨性手术如髌韧带止点移位术(Hauser 法)、股骨下端手术、髌骨切除和股四头肌修补手术等,但存在矫正不完全、创伤较大、髌股关节压力增高、易导致晚期骨关节炎等问题。

髌骨脱位初次发作时,一般归因于外伤或运动,但我们认为初次脱位的真正原因并非外伤或运动。解剖性或者生理性 Q 角增大、股骨外髁发育不良等异常才是真正的致病因素。只有在该病理基础上,外伤或者运动时股四头肌的强力收缩形成的外向牵拉力才会导致髌骨内侧支持带撕裂,造成髌骨脱位。在初次脱位发生前后,可能会出现髌骨外侧支持带挛缩。所以对于初次髌骨脱位, Q 角增大为病因,而髌骨内侧支持带撕裂、外侧支持带挛缩为结果。初次脱位发生之后,如果原来的解剖异常未得到矫正,再加上髌骨内侧稳定性受损,则会造成脱位复发,并且较初次脱位更容易发生。对于复发性脱位, Q 角增大、髌骨内侧支持带撕裂、外侧支持带挛缩等均为病因。所以在复发性髌骨脱位的治疗中,要关注所有病因的治疗,特别是作为初次脱位和复发性脱位主要原因的 Q 角增大的治疗。因此在髌骨脱位的治疗中,矫正 Q 角是一必需的步骤。特别是对于股骨滑车发育不良的患者,由于股骨外髁阻挡力减弱,通过胫骨结节内移将髌骨拉向股骨滑车正中是一个唯一的选择。通过任何一种胫骨结节内移的方法都能够达到这一目标。但是,因为大多数

复发性髌骨脱位的患者都存在髌股关节软骨缺损、损伤或者退变(本组为 100%),通过 Fulkerson 截骨在将胫骨结节内移的同时将胫骨结节抬高有助于缓解髌股关节的压力,改善预后。足够的前移可明确减轻外侧髌股关节面之间的应力,从而达到减轻前膝痛的目的。对于已经出现髌骨脱位的患者, Q 角往往不能准确反映出髌骨的病理动力状态。因为这些患者在进行体检时髌骨处于外侧偏移状态,测量出的 Q 角往往较小,如果根据这一角度得出不进行胫骨结节内移的决定,就会造成失误^[6]。术后由于髌骨回到正常位置,即使同时进行了胫骨结节内移, Q 角反而有较术前加大的可能,或者较术前改变不大,因此通过手术前后 Q 角的变化来判定治疗结果并不准确。术后髌骨脱位复发情况、症状改善情况、髌骨轴位 X 线片上髌骨 - 股骨滑车适合角和髌骨外侧关节面张开角的改变,能够更客观地反映治疗结果。复发性髌骨脱位一经确诊,应尽早行手术治疗,以避免因脱位或半脱位复发造成的软骨进一步损伤或者退变。本组高达 38.1% (8/21) 的髌骨软骨缺损发生率,高达 100% 的软骨退变发生率,说明了早期治疗的重要性。本组术后 23.8% (5/21) 的患者仍有膝关节疼痛,我们认为与软骨损伤有关。对于复发性髌骨不稳患者,避免复发、改善症状是治疗的初始目的,但是这并不能说明患者的关节能够完全恢复正常。由于对髌骨和股骨滑车的软骨损伤和退变没有可靠的治疗方法,也因为髌骨复位后还存在着因髌骨和股骨滑车发育不良造成的髌股关节的不匹配,复发性髌骨不稳的预后并不乐观。本组研究仅为短期随访结果,远期预后还有待观察。

参考文献

- 1 Armbjornsson A, Egund N, Rydning O, et al. The natural history of recurrent dislocation of the patella: long-term results of conservative and operative treatment. J Bone Joint Surg (Br), 1992, 74: 140 - 142.
- 2 Larsen E, Lauridsen F. Conservative treatment of patellar dislocations: influence of evident factors on the tendency to redislocation and the therapeutic result. Clin Orthop Relat Res, 1982, (171): 131 - 136.
- 3 Insall JN. 膝关节外科学(英文版). 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 911 - 1086.
- 4 Fulkerson JP, Becker GJ, Meaney JA, et al. Anteromedial tibial tubercle transfer without bone graft. Am J Sports Med, 1990, 18: 490 - 497.
- 5 Fulkerson JP, Shea KP. disorders of patellofemoral alignment. J Bone Joint Surg, 1990, 72: 1424 - 1429.
- 6 Bellemans J, Cauwenberghs F, Witvrouw E, et al. Anteromedial tibial tubercle transfer in patients with chronic anterior knee pain and a subluxation - type patellar malalignment. Am J Sports Med, 1997, 25: 375 - 381.

(收稿日期: 2006 - 01 - 20)

(本文编辑: 傅利霞)

三联疗法改善髌骨稳定性作用分析

作者: 姚剑川, 李崇清, 张长松
作者单位: 浙江省温州市中西医结合医院骨科, 温州, 325000
刊名: 临床医学
英文刊名: CLINICAL MEDICINE
年, 卷(期): 2006, 26(6)
引用次数: 0次

参考文献(6条)

1. Arnbjornsson A, Egund N, Rydning O [The natural history of recurrent dislocation of the patella: long-term results of conservative and operative treatment](#) 1992
2. Larsen E, Lauridsen F [Conservative treatment of patellar dislocations: influence of evident factors on the tendency to redislocation and the therapeutic result](#) 1982(171)
3. Insall JN [膝关节外科学\(英文版\)](#) 2002
4. Fulkerson JP, Becker GJ, Meaney JA [Anteromedial tibial tubercle transfer without bone graft](#) 1990
5. Fulkerson JP, Shea KP [disorders of patellofemoral alignment](#) 1990
6. Bellemans J, Cauwenberghs F, Witvrouw E [Anteromedial tibial tubercle transfer in patients with chronic anterior knee pain and a subluxation-type patellar malalignment](#) 1997

相似文献(10条)

1. 期刊论文 罗莎, 刘江, 米德萍 针刺配合三联疗法治疗胃溃疡30例 - 山东中医杂志2008, 27(4)
目的: 探讨三联疗法配合针刺治疗胃溃疡的疗效, 并对其抗胃溃疡复发作用进行临床观察. 方法: 收集30例经胃镜确诊的胃溃疡患者, 在三联疗法基础上给予针刺治疗, 日1次, 10次为一疗程, 1月后予胃镜复查, 并追踪治疗结束后6月内复发率. 结果: 治愈20例, 显效6例, 好转3例, 总有效率96. 7%. 半年复发1例占3. 3%. 结论: 本方法对胃溃疡治疗及抗复发能起到较好的作用.
2. 期刊论文 葛志明, 杨云 三联疗法治疗肛门尖锐湿疣疗效观察 - 宁夏医学杂志2005, 27(3)
目的: 评价三联疗法与单纯微波凝固术治疗肛门尖锐湿疣、降低复发率的疗效差异. 方法: 将47例肛门尖锐湿疣患者随机分成治疗组和对照组, 治疗组25例采用三联疗法, 即微波疣体凝固术联合局部应用α-干扰素(奥平)和中药坐浴熏洗; 对照组22例采用单纯微波疣体凝固术治疗, 术后均随访6个月. 结果: 治疗组治愈率100%, 6月内无复发, 对照组治愈率77%, 6月内复发率18%, 治疗组治愈率明显优于对照组(P<0. 05). 复发率明显低于对照组(P<0. 05). 结论: 三联疗法治疗肛门尖锐湿疣疗效显著, 能明显降低复发率, 而且具有起效快、费用低、痛苦小、愈合快等优点.
3. 期刊论文 北京地区幽门螺杆菌多中心临床试验协作组 不同组合的三联疗法对幽门螺杆菌阳性十二指肠溃疡的疗效及一年随访研究 - 中华医学杂志2004, 84(14)
目的: 探讨不同抗生素组合、不同剂量及不同疗程的三联疗法对幽门螺杆菌(Hp)的根除效果. 方法: 248例经胃镜确诊的活动性十二指肠溃疡患者, 经Hp检查阳性. 患者随机分成6个组进行治疗, 于治疗结束后4周复查胃镜, 观察溃疡愈合率和重复Hp检查观察Hp根除率. 比较含克拉霉素和不含克拉霉素的奥美拉唑三联疗法对Hp的根除效果. 质子泵抑制剂(PPI)三联疗法1周与2周的治疗效果. 比较克拉霉素250 mg与克拉霉素500 mg不同剂量的治疗效果. 随访溃疡愈合后1年的溃疡复发率. 结果: 248例患者中228例溃疡愈合, 其中有28例Hp未根除, 200例Hp被根除. 在28例Hp未根除的溃疡愈合患者中17例参加随访, 半年溃疡复发7例, 复发率41. 2%, 1年复发10例, 复发率58. 9%; 在Hp根除的200例溃疡愈合患者中, 130例参加随访, 半年溃疡复发率为0, 1年复发3例, 复发率2. 3%. 含克拉霉素的PPI三联疗法, Hp的根除率明显高于不含克拉霉素的三联疗法; 克拉霉素250 mg与500 mg 2个剂量的对比研究, Hp的根除率差异无显著意义; 1周与2周治疗Hp根除率和溃疡治愈率差异无显著意义; 根除Hp可以明显降低溃疡复发率或治愈溃疡. 结论: 含奥美拉唑和克拉霉素的短程(1周)和低剂量(克拉霉素250 mg)的三联疗法是一种理想的治疗方案, 值得推荐.
4. 会议论文 朱丽君, 黄志新 消化性溃疡复发机理的中西医研究近况 2005
本文首先介绍了现代医学对消化性溃疡复发机理的研究现状, 接着阐述了祖国医学对PU复发机理的认识, 最后探讨了中西医结合治疗该病的前景.
5. 期刊论文 吴文锋 低剂量三联疗法治疗老年人十二指肠溃疡的疗效观察 - 广东医学院学报2000, 18(3)
用三联疗法治疗老年人消化性溃疡已有报道[1~2], 但随访者不多, 且溃疡的愈合及复发、幽门螺杆菌(Hp)再感染率是否与非老年人存有差异的报道甚少. 为此, 作者作了观察, 现将结果报道如下.
6. 期刊论文 孙淑芳 三联疗法根除幽门螺杆菌治疗消化性溃疡的临床观察 - 中原医刊2004, 31(9)
目的: 对比观察应用三联疗法根除幽门螺杆菌(Hp)治疗消化性溃疡与单纯应用质子泵抑制剂治疗消化性溃疡的疗效. 方法: 将100例消化性溃疡患者分成二组. 对照组50例单纯口服奥美拉唑, 4周为一疗程; 治疗组50例, 在口服奥美拉唑基础上, 加用阿莫西林(或克拉霉素)和呋喃唑酮同时口服, 一周为一疗程. 结果: 对照组治疗4周, 溃疡愈合29例, 治疗8周, 溃疡共愈合43例, 3例好转; 4例未愈. 随访半年, 半年内复发32例, 一年内复发50例. 治疗组治疗一周, 溃疡愈合49例, 1例好转; 继续治疗一周, 愈合. 随访半年, 复发0例, 一年随访, 复发2例. 结论: 三联疗法根除幽门螺杆菌治疗消化性溃疡比单纯应用质子泵抑制剂疗程短, 治愈率高, 复发率低.
7. 会议论文 张洁 三联疗法治疗复发性痤疮 2001
复发性痤疮是由于反复性内分泌失衡再加上痤疮棒状杆菌感染引起的慢性综合性疾患. 而反复性内分泌失衡又是复发性痤疮的核心问题, 因为复发性痤疮的病因复杂, 所以痤疮用药的选择必须因时因地因人制宜. 而痤疮患者的预防保健也将是长期的过程, 这就要复发患者有一定的心理准备来配合治疗, 以减少复发.

8. 期刊论文 [聂道鸿](#) [三联疗法治疗十二指肠溃疡临床分析](#) -中国临床实用医学2008, 2(11)

目的 观察应用三联疗法对幽门螺杆菌(Hp)相关性十二指肠溃疡(Du)的愈合和复发的影响.方法 对胃镜确诊的两组Du患者分别用两种方法治疗4周后作胃镜检查,观察溃疡的愈合和Hp清除情况;1年后再次复查两组溃疡的复发率和再感染率.结果 雷贝拉唑、甲硝唑、羟氨苄青霉素组成的三联疗法治疗4w后Du的愈合与雷贝拉唑组差异无统计学意义($P>0.05$),但Hp的根除率差异有统计学意义($P<0.01$);1年后分别进行胃镜复查,雷贝拉唑组的溃疡复发与Hp的再感染明显高于三联疗法组.结论 三联疗法治疗Hp相关性Du的治愈率和根除率高,不易复发,临床上值得进一步推广.

9. 会议论文 [张安根](#).[樊菊香](#).[张兆和](#) [免疫辨证三环、三联疗法治疗慢性乙型肝炎70例疗效观察](#) 2001

目的:观察免疫辨证三环、三联疗法对慢性乙肝的治疗效果.方法:对所有在治慢性乙肝患者,通过中西医辨证、辨病相结合原则,根据不同病情,选用不同穴位、不同药物,施以免疫辨证三环、三联疗法针、灸、药中医综合治疗方法,以血清病毒学标志HBeAg、HBV-DNA转阴率和ALT、A/G复常率及临床症状改善率作治疗前后自身对照.结果:满二个疗程治疗者共70例,经典型乙肝30例,20例HBeAg转阴,转阴率66.7%,且12例HBV-DNA转阴;非经典型乙肝(变异型乙肝)40例,34例HBV-DNA转阴,转阴率85%,且24例HBV-DNA二次转阴.肝功能复常率92.9%,A/G复常率77.8%,临床症状改善总有效率94.3%,取得满意疗效.且对24例HBV-DNA转阴患者再巩固治疗一疗程后观察无一例复发,疗效稳定.结论:本疗法治疗慢性乙肝疗效显著,而不易复发,是研究治疗慢性乙肝的新进展新突破,可作为慢性乙肝治疗的常规方法.

10. 期刊论文 [陈仕梅](#).[Chen Shimei](#) [康复新口服液联合“三联疗法”治疗消化性溃疡80例临床研究](#) -西南军医

2009, 11(3)

目的 观察康复新口服液联合“三联疗法”治疗幽门螺杆菌(HP)相关的消化性溃疡(PU)的临床疗效.方法 将经胃镜检查确诊的160例幽门螺杆菌(HP)感染相关的消化性溃疡(Pu),随机分两组.对照组:80例,泮托拉唑40mg+阿莫西林1.0+呋喃唑酮100mg,2次/d,三联治疗7d后,继续单用泮托拉唑40mg,1次/d,连服5周;治疗组80例,是在对照组基础上加服康复新液10mL,5次/d,共4周.于治疗前后进行临床症状严重程度评分,胃镜下溃疡愈合情况,HP根除情况及治疗后半年溃疡复发情况评估.结果 两组治疗对比显示,治疗后都能明显缓解临床症状,而治疗组比对照组临床症状改善更为迅速,1个月后胃镜复查,溃疡愈合率,总有效率,HP根除率,治疗组分别为87.5%、97.5%、93.8%,对照组分别为50.0%、92.5%、87.5%,治疗组痊愈率优于对照组($P<0.01$),总有效率及HP根除率无明显差异($P>0.05$),治疗后1年溃疡复发率,治疗组20.0%,对照组41.3%,两组有显著差异($P<0.01$).结论 康复新液能迅速改善消化性溃疡的临床症状,促进溃疡愈合,缩短愈合疗程,减少和预防溃疡复发,康复新液联合泮托拉唑三联疗法治疗HP相关的消化性溃疡疗效可靠,值得推广应用.

引证文献(1条)

1. [邱玲](#).[郑旭](#).[袁松柏](#) [Q角的理论与临床应用思考](#)[期刊论文]-中国康复 2009(4)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcyx200606021.aspx

下载时间: 2009年12月23日