

截骨术、骨膜移植术、中西医结合治疗等^[4-5]。目前多数学者致力探寻如何保留髋关节或延迟人工置换的方法,寻求缓解患者病症或治愈的方法。从本结果来看,两组患者的治疗总有效率及病情恢复稳定率均超过 70%,而对照组治疗总有效率及病情恢复稳定率显著低于观察组($P<0.05$),说明对照组的治疗效果并不显著,为避免骨性关节炎、塌陷等情况出现,应早期诊治。

中医学认为股骨头坏死为“骨蚀、骨痿”范畴,气血不足、肝肾衰虚等是其内在因素,内因同时与创伤劳损、感受外邪互相夹杂,而致正气不足、损伤感邪发病,病机变化重要因素是肝肾亏虚及血瘀影响,故治疗应以活血化瘀、温经通络、散寒止痛、补益肝肾、清热利湿等法实施辨证加减治疗。本研究遵循以上

辨证施治原则,观察组在对照组的治療基础上加用苓桂术甘汤合桃红四物汤、补阳还五汤、独活寄生汤等,结果显示治疗总有效率及影像学显示病情恢复稳定率均高于对照组($P<0.05$),说明中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死的效果肯定。

参考文献

[1]刘韶善.中医辨证论治股骨头坏死的心得体会[J].光明中医,2014,29(2):251-252
 [2]李健,田鑫.中西医结合治疗股骨颈骨折 32 例临床观察[J].实用中西医结合临床,2010,10(4):32-33
 [3]罗正亮,李旭,尚希福.非创伤性股骨头坏死组织中 Ezrin 表达的相关性研究[J].安徽医科大学学报,2014,60(6):826-829
 [4]陈卫衡,周宇,何海军,等.健脾活骨方治疗早中期非创伤性股骨头坏死临床回顾性研究[J].中国中西医结合杂志,2013,33(8):1054-1058
 [5]陈宜,祝云利,吴海山.非创伤性股骨头坏死的国外研究进展[J].中国矫形外科杂志,2010,18(3):230-233

(收稿日期: 2015-03-09)

无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术 40 例临床疗效观察

苏正虹

(江苏省无锡市锡山人民医院分院 无锡 214105)

关键词:肠息肉;无痛肠镜;高频电凝切除术

中图分类号:R574

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.029

肠息肉是常见的消化道疾病之一,主要的发病部位为直肠和乙状结肠,长期的刺激会导致息肉向肠腔内突出,影响患者生活质量^[1]。随着无痛肠镜技术的不断进步,无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术已经成为治疗肠息肉的首选^[2-3]。本研究对 2012 年 10 月~2014 年 11 月期间在锡山人民医院分院进行无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术 40 例患者的临床资料进行回顾性分析。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 10 月~2014 年 11 月期间在我院无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术患者 40 例,所有患者均符合肠息肉的诊断标准。其中男 24 例,女 16 例,年龄 33~71 岁,平均年龄(57.4±9.7)岁,病程平均为 7.1 个月,均有不同程度的便血伴有腹痛、腹泻等症状。息肉的类型有带蒂息肉、亚蒂息肉、无蒂息肉,息肉平均直径为(75.1±13.5) mm。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 术前 3 d 给予患者半流质饮食,手术当天进行肠道清洁,给予复方聚乙二醇 2 盒溶解在 2 000 ml 水中,饮用后禁食、禁水。完善术前常规检查,包括血常规、尿常规、心电图等。对于高血

压患者术前进行降压治疗,使收缩压降低至 160 mm Hg 以内,糖尿病患者进行降血糖治疗,使其控制在 8 mmol/L 以下。患者及家属签署手术治疗同意书,并排除手术禁忌者。

1.2.2 手术操作 麻醉后进行肠镜检查,确定息肉位置,进镜至其远端位置,充分暴露息肉。选取高频电圈套法切除带蒂息肉,将其提起,用高频电凝电切、先凝后切,交替进行,直到息肉完全切除。若术中出现息肉残基渗血,则及时在渗血部位进行电凝,或者(并)钛夹夹闭创面,对于较大息肉应分次切除。

1.2.3 术后处理 术后禁食 8 h,将切除的息肉送病理检查。排气后方可进流食,术后 2 d 给予少渣、半流食。

1.3 结果 一次性息肉切除 45 枚。其中 1 例息肉>250 mm,分两次切除,最多一次摘除息肉 4 枚。40 例患者切除息肉组织均送病理检查,病理结果显示:18 枚炎性息肉,14 枚增生性息肉,12 枚管状腺瘤,并有 1 例息肉早期恶变。40 例患者中均未出现消化道出血、消化道穿孔以及感染等术后并发症。

2 讨论

肠息肉是消化道常见的病变,其临床表现多种多样,主要可以表现为血便,同时可伴有不同程度的

腹痛、腹胀、腹泻及便秘等症状。大部分患者则在行肠镜检查或有上诉临床表现后才发现。息肉的大小不均一,一般直径为 24~280 mm,大多数直径在 30 mm 以下,息肉的主要类型有无蒂息肉、亚蒂息肉、带蒂息肉,若息肉长期存在于消化道,则有可能恶变,有研究显示,其恶变的概率与息肉的大小呈显著相关性^[4]。正常肠道上皮受损后,长期的理化刺激和炎性刺激过程致使肠道组织过度增生,引起腺瘤的发生,腺瘤逐渐加重可导致息肉恶变。长期的随访结果显示,息肉进展为恶性肿瘤需要 10 年左右的时间,因此,及早在无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术,可以去除息肉,将息肉控制在恶变之前,阻止其恶变,改善患者的生活质量^[5]。

随着医学科学技术的不断进步,无痛肠镜以及微创技术的发展,目前,无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术已成为外科处理肠息肉的首选方式^[6]。无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术能更加清楚地观察到息肉的大小^[7],有将息肉切除彻底、止血完全等主要优势。

本次对在我院实施无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术的肠息肉患者资料进行回顾性分析,手术

经过术前充分的准备,操作规范,术后所有患者均未发生消化道穿孔、消化道出血及感染等并发症。病理送检的结果显示,1 枚息肉为恶变早期,术后转至肿瘤科治疗。综上所述,无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术具有较好的疗效,可避免开腹手术对患者的创伤,术后并发症少,值得临床进一步推广。

参考文献

- [1]周明贵.无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术 80 例临床疗效观察[J].胃肠病学和肝病学杂志,2013,22(11):1132-1133
- [2]孙建红,牛海艳,张文.无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术 56 例的观察与护理[J].中国误诊学杂志,2011,11(22):5523
- [3]姜冠军,徐建光.无痛胃镜下高频电凝电切治疗上消化道息肉疗效分析[J].浙江临床医学,2014,16(9):1420-1421
- [4]卢忠友.内镜下高频电凝电切除胃幽门息肉 35 例[J].中医学报,2013,28(B08):217
- [5]叶石才,周宇,陈金仙,等.静脉全麻下高频电凝电切联合钛夹治疗小儿大肠粗蒂息肉的临床评价[J].现代消化及介入诊疗,2011,16(1):50-52
- [6]龚建荣.钛夹及尼龙绳对预防大肠巨大有蒂息肉高频电凝电切除术出血的临床研究[J].现代医药卫生,2013,29(21):3277-3278
- [7]陈健华,黄介飞,秦晓华,等.内镜下联合钛夹、氩离子凝固和电切治疗带蒂大肠息肉 63 例临床观察[J].南通大学学报:医学版,2012,32(1):67-69

(收稿日期: 2015-02-09)

瑞芬太尼与芬太尼静脉麻醉在老年患者手术麻醉中的效果对比

冷亚妃

(江西省修水县中医院麻醉科 修水 332400)

摘要:目的:对瑞芬太尼与芬太尼静脉麻醉在老年患者手术麻醉中的应用效果进行对比分析。方法:选取 2010 年 12 月~2013 年 12 月我院收治的 82 例老年患者作为研究对象,运用随机数字法将其分为观察组(42 例)和对照组(40 例),对照组患者术中采用芬太尼静脉麻醉,观察组患者采用瑞芬太尼静脉麻醉。结果:观察组患者插管前后的心率、血压对比无明显变化, $P>0.05$;观察组患者的自主恢复时间、苏醒时间以及定向力恢复时间明显短于对照组, $P<0.05$ 。结论:在老年患者手术麻醉中应用瑞芬太尼静脉麻醉能够稳定患者血流动力学,缩短苏醒时间。

关键词:手术麻醉;瑞芬太尼;芬太尼;老年患者

中图分类号:R614.24

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.030

在整个手术过程中,麻醉是其中的关键环节。老年患者生理机能比较差,大多合并慢性疾病,且麻醉过程中易受到麻醉药物影响,给血流动力学产生影响,引发各种并发症,如心脑血管并发症,加大手术治疗难度^[1]。笔者对我院收治的 42 例老年手术患者给予瑞芬太尼麻醉,取得较好麻醉效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 12 月~2013 年 12 月

我院收治的 82 例老年患者作为研究对象,运用随机数字法将其分为观察组(42 例)和对照组(40 例),其中男 51 例,女 31 例;年龄 54~70 岁,平均年龄(58.2±4.2)岁;平均体重(53.4±5.4) kg。两组患者在性别、年龄以及体重等方面资料对比无较大差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 麻醉前准备 麻醉前 30 min,肌肉注射苯巴比妥钠 0.1 g、硫酸阿托品 0.5 mg;并准备好急救药