

的稳定性,而对于交叉韧带损伤的修复时间存在争议^[10]。本研究有 1 例前交叉韧带损伤,因软组织损伤严重,术后 6 个月行前交叉韧带重建,通过随访,膝关节功能恢复良好。

3.4 术后下肢深静脉预防及功能锻炼 胫骨平台骨折术后患者需要制动,加之疼痛导致患者自主锻炼能力下降,从而导致下肢深静脉血栓形成的几率增加,它多发生在伤后 24~72 h^[11]。预防措施:指导患者健侧肢体主动活动,交代家属进行按摩,使用下肢压力泵促进患肢被动舒缩活动;口服桃红四物汤加减、静脉滴注丹参及红花等中成药改善血液循环,皮下注射低分子肝素等。经过治疗患者未出现深静脉血栓形成。早期行 CPM 功能锻炼,结合康复科制定的个人康复计划行康复功能锻炼,遵循“动静结合”的康复原则,循序渐进,减少粘连,最大程度恢复患者功能。一般在 3 个月骨折愈合后开始负重,避免造成关节面塌陷。

综上所述,三柱理论指导下内外侧接骨板加植骨治疗复杂胫骨平台骨折,固定牢固,并发症少,可早期功能锻炼,有利于恢复患者的功能,获得良好的临床效果。

参考文献

[1]张世民,姚勐炜,张立智,等.胫骨平台双髁四象限骨折的切开复位内固定治疗近期疗效观察[J].中国矫形外科杂志,2013,21(18):1808-1815
[2]雷金来,卢代刚,张壁,等.切开复位内固定并植骨治疗复杂胫骨平台骨折 110 例[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(12):1187-1188
[3]任伟峰,章年年,朱仰义.内侧加前外侧入路治疗胫骨平台三柱骨折[J].中国骨伤,2013,26(9):768-771
[4]Carlson DA.Posterior bicondylar tibial platera fractures [J].J Orthop Trauma,2005.19(2):73-78
[5]He X,Ye P,Hu Y,et al.A Posterior inverted L-shaped approach for the treatment of Posterior bicondylar tibial plateau fractures [J].Arch Orthop Trauma Surg,2013,133(1):23-28
[6]罗从风,胡承方,高洪,等.基于 CT 的胫骨平台骨折的三柱分型[J].中华创伤骨科杂志,2009,11(3):201-205
[7]高济宇,刘再光.双钢板内固定治疗严重胫骨平台骨折 27 例[J].中国骨与关节损伤杂志,2008,23(1):76-77
[8]闫英杰,程战伟,冯凯,等.双侧锁定钢板结合植骨治疗复杂型胫骨平台骨折[J].中国骨伤,2012,25(7):557-560
[9]田孟强,刘军,王立德,等.胫骨平台骨折合并交叉韧带损伤的诊治分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2009,24(9):821-822
[10]聂喜增,马湘毅.胫骨平台骨折合并前交叉韧带断裂关节镜下治疗的临床研究[J].中国骨与关节损伤杂志,2007,22(9):729
[11]华强,严光建,雷鸣鸣,等.复杂胫骨平台骨折的治疗及疗效分子[J].中国骨与关节损伤杂志,2014,29(10):997-999

(收稿日期: 2015-04-07)

痔核剥离皮瓣缝合治疗环状混合痔的临床研究

杨会举

(河南中医学院第三附属医院肛肠科 郑州 450000)

摘要:目的:观察痔核剥离皮瓣缝合治疗环状混合痔的临床疗效和术后并发症发生率。方法:选取符合有明显手术指证而无手术禁忌证的环状混合痔患者 62 例,随机分为治疗组和对照组,治疗组 31 例采用痔核剥离皮瓣缝合术;对照组 31 例采用混合痔外剥内扎术。分别观察两组患者的临床疗效、术后并发症及术后 3 个月随访情况。结果:治疗组的治愈率及总有效率均明显高于对照组;治疗组创面愈合时间明显短于对照组;治疗组肛门狭窄、肛缘水肿、术后出血、创面疼痛等并发症发生率均明显低于对照组;术后 3 个月随访治疗组肛管弹性明显优于对照组。结论:痔核剥离皮瓣缝合术治疗环状混合痔具有疗效好、治疗彻底、术后并发症少、疗程短等优点,能最大限度地保留肛垫和肛管皮肤,有效地保护肛门功能。

关键词:环状混合痔;痔核剥离皮瓣缝合术;混合痔外剥内扎术;疗效观察

中图分类号:R657.18

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.09.014

环状混合痔多发生于内痔或环状内痔的晚期阶段,主要由症状明显的Ⅲ、Ⅳ期脱垂性内痔和混合痔发展形成。其外痔部分绕肛缘一周,由于其占据了齿线附近的直肠下段及肛管一整圈,痔核之间没有自然的分界,因此,给临床外科处理带来了较大的困难。再者脱出的外痔不能还纳,严重者缺血、坏死,导致肛门疼痛明显,严重影响患者生活质量。环状混合诊断明确后应采取手术治疗,传统的外剥内扎术是基于静脉曲张理论产生的术式,但在临床应用中往往出现创面延期愈合、肛门狭窄^[1]、术后出血及

疼痛明显^[2]等并发症。笔者采用痔核剥离皮瓣缝合术治疗环状混合痔,取得了满意疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 1~12 月河南中医学院第三附属医院肛肠科住院的环状混合痔患者,按照随机数字法随机分为治疗组和对照组。治疗组 31 例,其中男性 14 例,女性 17 例,年龄 21~43 岁,平均年龄 (32.21± 11.34) 岁,病程 11 个月~5 年,平均病程 (3.16± 2.17) 年;对照组 31 例,其中男性 15 例,女性 16 例,年龄 22~45 岁,平均年龄 (33.27±

12.12) 岁, 病程 12 个月 ~6 年, 平均病程 (4.49±2.15) 年。两组年龄、病程、性别比较差异无统计学意义, $P>0.05$, 具有可比性。

1.2 诊断标准 根据 1994 年《中医病证诊断疗效标准》^[3] 在混合痔诊断标准的基础上合并下列任何一项时即诊断成立: (1) 肛缘外痔呈 360° 全肛管分布; (2) 肛管完全下翻并有齿线相应下移; (3) 大便时痔呈环形肿胀或脱出。

1.3 排除标准 (1) 严重心血管、肝肾疾病、糖尿病及营养不良患者; (2) 严重精神障碍患者; (3) 合并直肠癌、肠结核、直肠息肉等其他肛门直肠疾病患者; (4) 妊娠期妇女及月经期女性。

1.4 治疗方法

1.4.1 术前准备 两组均行常规术前准备, 术晨清洁灌肠, 术前 6 h 禁食、水; 术前剔除肛周局部毛发, 并以肥皂清洁局部。手术均采用腰麻 (蛛网膜下腔麻醉), 取侧卧位, 铺无菌巾, 常规行肛周、肛内消毒。

1.4.2 手术步骤 治疗组: 行痔核剥离皮瓣缝合术。具体步骤: 麻醉成功, 肛管充分松弛后, 暴露内痔, 观察混合痔的位置、数目、大小、形态及其与肛管内外关系, 根据痔核的形态和自然界限设计痔核分段, 用组织钳钳夹分段痔核顶端提起并向外牵拉, 在痔核顶端横行切口, 用弯剪于横切口一端向下行一长约 0.5 cm 纵行切口, 便于痔核剥离, 组织钳分别钳夹并提起横切口上下两端, 弯剪自切口上端锐性剥离内痔至基底部后钳夹 4 号丝线贯穿结扎。横切口下方, 仔细于皮肤和肌层之间潜行锐性剥离痔核至外痔底端, 勿将肛管皮肤剥透, 完整剥离并切除, 彻底止血后修剪下缘皮瓣呈梯形, 使皮瓣平整而无褶皱, 然后将横切口的上下两缘间断缝合, 缝合时进针约 0.2 cm。其他分段痔核同样处理, 横切口尽量避免在同一环面上。创面的活动性出血点以 4 号丝线结扎止血, 渗血处压迫或电凝止血。手术完毕后行肛门指诊, 了解肛内情况, 检查肛管松紧度, 凡士林油纱条纳肛压迫创面, 敷料胶布固定。对照组: 采用常规混合痔外痔剥离、内痔结扎术。用组织钳钳夹外痔顶部向外轻轻牵拉, 暴露内痔, 用手术剪在外痔两侧皮肤作“V”形切口, 在皮下静脉与括约肌之间钝性剥离至齿线上 0.2 cm, 用血管钳沿直肠纵轴方向钳夹内痔基底部, 以 4 号丝线“8”字贯穿结扎, 剪除混合痔外 2/3 部分。以同样的方法剥离结扎其他部位的痔核, 注意各结扎顶点的连线应呈曲线即不在一个平面上。认真止血, 无活动出血点及广泛渗血后凡士林油纱条纳肛压迫创面, 敷料胶布固定。

1.4.3 术后处理 (1) 两组预防性应用抗生素 5 d, 术后禁食、水 6 h 后改普食; (2) 术后经常巡视病人, 了解有无不良反应及创面渗血情况; (3) 两组便后均中药坐浴, 肛肠外科常规换药; (4) 治疗组缝合创面每日大便后肛门换药, 7 d 后拆线; 对照组每日大便后换药至创面愈合。

1.5 观察内容 (1) 两组手术时间; (2) 两组治愈率及总有效率; (3) 两组创面愈合时间; (4) 两组肛门狭窄、肛缘水肿、术后出血、创面疼痛等并发症发生率; (5) 两组术后 3 个月肛管弹性。

1.6 疗效判定标准

1.6.1 总体疗效评价^[3] (1) 痊愈: 临床症状和体征全部消失; (2) 显效: 局部出血、异物脱出、肛门坠胀感等症状明显减轻, 临床体征基本消失; (3) 有效: 局部出血、异物脱出、肛门坠胀感等症状有所改善; (4) 无效: 临床症状及体征均未改善。

1.6.2 创面愈合时间^[4] 创面愈合是指创面的肉芽组织完全被上皮覆盖, 创面平均愈合时间为 15~20 d, 根据平均时间分: (1) 促进愈合: 术后创面愈合时间少于 15 d; (2) 无影响: 术后创面愈合时间为 15~20 d; (3) 延缓愈合: 创面愈合时间超过 20 d 以上。

1.6.3 肛管弹性变化^[5] 肛门指诊检查患者肛管弹性情况分为: (1) 优 (0 分): 压迫下陷深, 回弹有力; (2) 良 (2 分): 压迫下陷浅, 回弹力差; (3) 差 (4 分): 压迫无下陷, 无回弹。

1.7 统计学方法 采用 SPSS15.0 软件进行数据处理, 计数资料以百分比表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术时间的比较 两组手术时间经 t 检验无显著差异, 即痔核剥离皮瓣缝合术与传统外剥内扎手术时间比较无明显差异, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组手术时间的比较 (min, $\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	最短时间	最长时间	平均手术时间
治疗组	31	33	65	49.23± 16.17
对照组	31	34	63	48.38± 14.62

2.2 两组总体疗效比较 治疗组的痊愈率和总有效率均明显高于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组总体疗效比较 [例 (%)]						
组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	31	21 (67.7)	6 (19.4)	2 (6.5)	2 (6.5)	29 (93.5)
对照组	31	14 (45.2)	5 (16.1)	6 (19.4)	6 (19.4)	25 (80.6)

2.3 两组创面愈合时间比较 治疗组创面愈合时间明显短于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组创面愈合时间比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	促进愈合(例)	无影响(例)	延缓愈合(例)
治疗组	31	20	10	1
对照组	31	1	19	11

2.4 两组并发症发生率比较 治疗组肛门狭窄、肛缘水肿、术后出血、创面疼痛的并发症发生率均明显低于对照组, $P<0.05$ 。见表 4。

表 4 两组并发症发生率比较[例(%)]				
组别	n	肛门狭窄	肛缘水肿	术后出血
治疗组	31	2(6.5)	1(3.2)	1(3.2)
对照组	31	8(25.8)	9(29.0)	5(16.1)

2.5 两组术后 3 个月肛管弹性比较 术后 3 个月,治疗组肛管弹性明显优于对照组。见表 5。

表 5 两组术后 3 个月肛管弹性比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	优(例)	良(例)	差(例)
治疗组	31	12	17	2
对照组	31	5	16	10

3 讨论

环状混合痔属于肛肠科疑难病之一,其治疗方法很多,但欲根除需手术治疗^[6]。传统治疗环状混合痔以分段剥离结扎术为金标准,手术时为避免肛门狭窄或肛门功能不全,必须保留足够的皮肤黏膜桥,但残留混合痔须修剪或再次手术,皮桥水肿等发生率高^[7]。国内也有许多改良术式,但手术方法尚不统

一,疗效不确切。目前环状混合痔的手术尚不成型,理想的术式应具备以下条件:(1)能够较好地保护肛管皮肤、黏膜的完整性,保证肛门的正常生理功能;(2)治疗彻底;(3)病人术后痛苦小,疗程短;(4)少甚至无并发症及后遗症。

痔核剥离皮瓣缝合术是在临床经验的工作基础上,参照国内外环状混合痔治疗现状而精心设计的一种术式,该术式从基底部剥除痔核(包括内外痔),剥离痔核完整,断端缝合,保留皮瓣、齿线及肛管黏膜皮肤的连续性,符合环状混合痔的手术原则,体现了上述理想术式的要求,有效地保证了肛门功能,损伤小、疼痛轻、疗程短,没有明显痔核残留,属于环状混合痔的一种理想治疗方法。

参考文献

[1]江春蕾,刘仍海,魏晓丹.痔瘘熏洗方治疗肛肠疾病术后常见并发症的临床观察[J].中国临床医生,2014,42(3):68-70
[2]陈转鹏,曹杰,梁文龙,等.力确刀联合痔上黏膜环切术治疗重度痔 65 例[J].广东医学,2014,35(7):1025-1027
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.132
[4]林毅,蔡炳勤.外科专病中医临床诊治[M].北京:人民卫生出版社,2000.132
[5]唐宗江,张东铭,艾中立,等.对痔最新认识的讨论[J].中国实用外科杂志,2001,21(11):693-694
[6]靳胜利,杨玉刚.分层结扎(注射)保齿线加切剥皮桥整形术治疗重度环状混合痔 76 例[J].中医外治杂志,2015,24(1):20-21
[7]刘学义.痔上黏膜环切术联合外剥内扎术治疗 46 例重度环状混合痔[J].当代医学,2013,19(12):93-94

(收稿日期: 2015-04-27)

探讨中西医结合疗法在宫颈糜烂患者中的应用

谷春蓉

(湖南省长沙市第八医院 长沙 410100)

摘要:目的:探讨中西医结合疗法在宫颈糜烂患者中的应用和效果。方法:选取 2013 年 5 月~2014 年 10 月到我院妇科治疗的 80 例宫颈糜烂患者,按随机对照法分为对照组和观察组各 40 例,对照组单纯给予西药治疗,观察组选择中西医结合方案治疗,观察两组临床治疗效果。结果:观察组总有效率为 95.0%,相比对照组的 77.5%有显著性提高, $P<0.05$;且观察组各项症状的消除时间明显更短,创面愈合明显更快, $P<0.05$ 。结论:选择中西医结合方案治疗妇科宫颈糜烂,可有效改善各项症状,加速创面愈合,整体疗效更高,值得在临床普及。

关键词:宫颈糜烂;中西医结合疗法;应用效果

中图分类号:R711.32

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.09.015

宫颈糜烂在妇科病中相当常见,其发病机理一般与人乳头状瘤病毒(HPV)侵犯存在密切关系,若久治难愈,甚至可形成宫颈癌,威胁到患者生命健康。有研究报道,目前宫颈糜烂在国内妇科门诊中的发生率约占 40%~50%^[1],早期有效的临床救治,是控制病情、提高预后效果的关键。笔者对我院 40 例

病例进行了中西医结合方案治疗和对照分析,研究结果较理想。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 80 例病例资料的收录时间为 2013 年 5 月~2014 年 10 月,均由我院妇科检查证实属于宫颈糜烂,且与相应的诊断标准相符合^[1]。患者年