

比较 两组患者碎石清除率及术后并发症率比较均有显著统计学差异($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者碎石清除率及术后并发症发生情况比较[例(%)]				
组别	n	完全清除率	术后发热	输尿管黏膜损伤
双镜组	48	47(97.92)	3(6.25)	0(0.00)
对照组	48	39(81.25)	10(20.83)	4(8.33)
χ^2		7.144	4.360	4.174
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

影像学上输尿管结石分段标志为骶髂关节,随着微创技术的发展,肾镜、输尿管镜以广泛用于治疗尿路结石,临床多采用影像学分段。上段输尿管起于肾盂输尿管连接处,止于骶髂关节上缘;中段输尿管起于骶髂关节上缘,止于骶髂关节下缘;下段输尿管起于骶髂关节下缘,穿过盆腔终止于膀胱。一般肾镜主要用于治疗输尿管上段结石,中下段结石采用输尿管镜治疗^[4]。但结石易由输尿管上移至肾盂,且输尿管取石术后可能出现黏膜损伤、输尿管断裂等并发症,固输尿管镜取石术操作时具有一定的局限性^[5-6]。

李春浩^[7]报道微创肾镜联合输尿管镜治疗上尿路结石疗效显著优于输尿管镜组。笔者联合肾镜、输尿管镜治疗中段巨大结石患者,结果显示双镜组手术时间(67.3 ± 38.6) min、术中出血量(72.1 ± 16.7) ml 与对照组(41.2 ± 10.5) min、(41.2 ± 10.5) ml 比较有显著差异;双镜组碎石完全清除率 97.92%显著高

于对照组的 81.25%,提示双镜联合治疗输尿管中段巨大结石疗效更为显著。谷亚明等^[8]相关研究中观察组对 23 例输尿管上段结石患者给予肾镜取石、输尿管碎石术治疗,手术时间平均为 102 min,结石清除率为 86.9%,术后未见大出血、输尿管撕脱、严重感染等严重并发症,与本研究结果基本一致。本研究中双镜组术后仅有 3 例发热,对照组术后发热 10 例,输尿管黏膜损伤 4 例显著高于双镜组,提示中段巨大结石由输尿管镜取石术治疗对输尿管黏膜损伤较大。综上所述,联合肾镜、输尿管镜治疗输尿管中段巨大结石疗效显著,术后并发症少。

参考文献

[1]谢登娥,王先军,王黎,等.尿路结石 420 例分析及防治[J].山西医药杂志(下半月版),2013,42(10):554-555
[2]林建喜,徐法仁.输尿管镜气压弹道碎石联合体外冲击波碎石治疗复杂性上尿路结石[J].中国医师杂志,2013,15(2):260-261
[3]彭东毅,黄凯,尹光明,等.输尿管镜联合结石封堵导管与经微创皮肾镜治疗输尿管上段结石疗效比较[J].中国内镜杂志,2014,20(12):1334-1336
[4]杜孝文,孙立国,郑学双,等.女性输尿管下段结石钬激光碎石术中输尿管镜、肾筋膜扩张器、Peel-away 鞘的应用[J].山东医药,2013,53(43):90-91
[5]李祁新,张伟.泌尿系结石的腔内治疗(附 412 例报道)[J].医学综述,2012,18(3):467-468
[6]沈翀,阎家骏,徐国强,等.输尿管镜治疗尿路结石并发输尿管断裂的预防及处理(附 5 例报告)[J].中国内镜杂志,2014,20(9):993-996
[7]李春浩.微创经皮肾镜与经尿道输尿管镜治疗上尿路结石的疗效对比研究[J].河北医药,2014,36(15):2290-2291
[8]谷亚明,张明华.微通道经皮肾镜取石术联合输尿管镜碎石术治疗长段输尿管上段结石的研究[J].中国临床医生,2013,41(6):46-48
(收稿日期:2015-12-14)

痔上动脉结扎合保护肛垫整形术治疗环状混合痔的临床研究

肖慧荣¹ 谢昌营^{1#} 邹华利² 程文松³ 吴成成¹

(1 江西中医药大学附属医院肛肠科 南昌 330006;2 江西省丰城市中医院 丰城 331100;
3 江西省九江市德安县中医院 德安 330400)

摘要:目的:观察痔上动脉结扎合保护肛垫整形术治疗环状混合痔的临床疗效。方法:将 100 例环状混合痔患者随机分为治疗组和对照组,每组 50 例,治疗组采用痔上动脉结扎合保护肛垫整形术治疗,对照组采用外剥内扎术治疗。结果:治疗组总治愈率 96.0%,对照组总治愈率 60.0%,两组患者治愈率比较差异均具有统计学意义($P<0.05$);两组在肛缘水肿、肛门渗液比较方面存在差异,治疗组优于对照组。结论:痔上动脉结扎合保护肛垫整形术治疗环形混合痔安全有效,值得临床推广应用。

关键词:环形混合痔;痔上动脉结扎;肛垫

中图分类号:R657.18 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.013

环状混合痔是混合痔发展的最后阶段,是肛肠科 16 种难治病之一,治疗方法以手术治疗为主,但是传统外剥内扎术存在并发症较多等缺点^[1]。环状混合痔我们采用痔上动脉结扎合保护肛垫整形术治疗环状混合痔取得满意的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 所选患者 100 例,均为江西中医药

大学附属医院肛肠科 2015 年 1~11 月住院患者。将 100 例患者随机分为治疗组和对照组,治疗组 50 人,其中男性 27 例、女 23 例;年龄 22~55 岁,病程 2~21 年;对照组 50 例,男性 24 例,女性 26 例;年龄 25~58 岁,病程 3~23 年。两组性别、年龄、病程等方面均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:(1)符合环状混合痔诊断标准并签署知情同意

通讯作者:谢昌营, E-mail:xcyxcy85091@126.com

书；(2)从未接受过外剥内扎术治疗的患者。

排除标准：(1)不符诊断标准者；(2)合并有直肠其他疾病(克罗恩病、脓肿、肛瘘、全层直肠脱垂等)，直肠占位性病变，性质不明者；(3)严重神经系统及精神病不能配合者。

1.2 诊断标准 根据临床诊疗指南标准进行诊断^[2]，临床表现：便血、肛门疼痛、肛门异物脱出、便秘等症状；肛门缘外痔呈 360° 全肛分布；或肛管完全向下翻出并有齿状线相应下移；或平时痔脱出肛外，大便时痔呈环形肿胀或脱出。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 采用痔上动脉结扎合保护肛垫整形术治疗。(1)术前准备：术晨清洁灌肠一次以排净大便。(2)麻醉：骶管阻滞麻醉或腰麻。碘伏棉球消毒肛周及肛内。(3)痔上动脉结扎：仔细触诊母痔区及直肠近段对应位黏膜，在明显动脉搏动的上方，用可吸收线缝扎深及肌层。(4)保护肛垫的痔切除术：扩肛后充分显露痔核；沿外痔远端的肛缘皮肤处作一“V”字切口，剥离其外痔的至齿线上内痔基底部，然后用血管钳夹住内痔基底部，于钳下的内痔基底部用 10 号丝线结扎，痔核暂不切除，留着作标志牵引用。对两侧创缘下的痔组织予潜行剥离切除。用可吸收线沿一侧黏膜创缘锁边至齿线部后转向对侧，锁边后回到痔蒂部，然后抽紧缝线打结，并固定在痔蒂部。用同法逐一处理其他各区域痔核，但注意结扎点不可在同一个平面，每个痔段之间保留 0.5~0.8 cm 的皮桥和黏膜桥。(5)皮桥和黏膜桥的整形：首先用碘伏棉球消毒创面，止血钳夹住隆起皮桥的一端，切除多余的皮桥；在齿线下 0.3~0.5 cm 皮桥皮面进针，从另一侧断端出针，从皮面出针收紧打结，再对缝 1~2 针；清除其下的痔组织及隐痔组织，同法处理其他皮桥。(6)视肛门松紧决定是否挑断部分内括约肌，修剪各创缘至引流通畅，充分止血，油纱条塞肛，无菌纱布加压包扎固定。(7)术后创面处理：肛门每天换药一次，用盐水棉球清洗，用九华膏纱条换药；缝合创面一般 4~7 d 拆线。

1.3.2 对照组 采用外剥内扎术治疗。(1)术前准备、麻醉同治疗组。(2)扩肛显露痔核；沿外痔远端的肛缘皮肤处作一微小尖端向外的“Y”字切口，剥离其外痔部分至齿线上内痔基底部，然后用血管钳夹住内痔基底部，于钳下的内痔基底部用 10 号丝线结扎，在线结外上方 5 mm 处剪除痔组织。用同法逐一处理其他各区域痔核，但注意结扎点不可在同一个平面，每个痔段之间保留 0.5~0.8 cm 的皮桥和黏

膜桥。(3)视肛门松紧决定是否挑断部分内括约肌，修剪各创缘至引流通畅，充分止血，油纱条塞肛，无菌纱布加压包扎固定。(4)术后创面处理：肛门每天换药一次，用盐水棉球清洗，用九华膏纱条换药。

1.4 观察指标 观察治疗组和对照组患者的疼痛时间、愈合时间及肛门渗液、尿潴留、肛缘水肿和肛门狭窄的例数。根据国家中医药管理局颁布的《中医肛肠科病证诊断疗效标准》^[3]制定疗效标准。临床治愈：症状消失，痔消失；有效：症状改善，痔缩小；无效：症状和体征均无变化。

1.5 统计学方法 所得数据采用 SPSS11.0 进行统计，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 *t* 检验。计数资料以百分比表示采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术时间的比较 两组手术时间比较无显著性差异 (*P* > 0.05)。见表 1。

表 1 两组手术时间比较 (min, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	最长时间	最短时间	平均时间
治疗组	50	64	36	48.36 ± 15.64
对照组	50	60	30	42.43 ± 17.57

2.2 两组疗效比较 两组总治愈率比较有显著性差异 (*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 两组疗效比较

组别	<i>n</i>	治愈(例)	有效(例)	无效(例)	总治愈率(%)
治疗组	50	48	2	0	96.0
对照组	50	30	20	0	60.0

2.3 两组并发症比较 两组在肛缘水肿、肛门渗液比较方面存在差异，治疗组优于对照组。见表 3。

表 3 两组并发症比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	肛缘水肿(例)	肛门狭窄(例)	肛门渗液(例)	尿潴留(例)	疼痛时间(d)	愈合时间(d)
治疗组	50	2	0	1	7	7 ± 1.51	11 ± 1.03
对照组	50	30	1	5	6	6 ± 1.09	15 ± 1.08
<i>P</i> 值		<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

现代研究证明，痔指的是肛垫的病理性肥大、移位，或合并出血、脱垂、疼痛等症状。肛垫具有一定的免疫和内分泌功能，有精细的辨别觉，能引发肛门反射，保证肛门正常闭合维持大便自制肛垫具有精细控便能力，是肛管闭合的微调装置。环状混合痔手术选择的关键在于如何更好的保护肛垫、维持良好的肛门自制功能和一期彻底治愈痔疾核。

痔上动脉是直肠上动脉的终末分支，通过结扎痔上动脉可以阻断位于黏膜下层的 (下转第 43 页)

组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。急性卒中中获得性呼吸道感染的患者的预后结果比非获得性呼吸道感染的患者的预后结果差。见表 1。

表 1 两组预后比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	出院时 NIHSS 评分减少率 $\%$	住院时间(d)	并发症 $\%$	病死率 $\%$
合并肺炎组	109	13.83 $\pm$ 1.63*	31.77 $\pm$ 6.74*	65.23*	39.12*
未合并肺炎组	296	58.27 $\pm$ 2.73	21.31 $\pm$ 3.45	21.64	8.24
对照组	300		15.11 $\pm$ 3.12	5.12	3.13

注:与未合并肺炎组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

脑血管病是神经系统的常见病及多发病。患者起病急、病程长、致残率及死亡率高。而急性卒中患者医院获得性呼吸道感染的发生率高^[6]。在本研究中发生率为 26.91%，它的发生跟很多因素有关系：(1)年龄大：有关研究者发现^[7]肺部感染组比无肺部感染组的平均年龄大；(2)误吸：因部分的患者有意识障碍、球麻痹，易出现误吸情况；(3)使用胃酸抑制剂：此类药物可减少胃酸的分泌，致使胃酸的杀菌能力减弱、革兰氏阴性杆菌在胃内定植的机会增多，通过某种途径进去下呼吸道引起肺部的感染；(4)慢性基础病：合并基础病，比如糖尿病、心血管疾病、恶性肿瘤等都能使得患者的免疫功能降低，导致肺部感染机会增多；(5)侵入性操作：消毒不严格、未实行规范性操作都有可能将体外病原菌带到体内，造成感染。

本实验结果显示合并肺炎组出院时 NIHSS 评分减少率较未合并肺炎组低，即脑卒中合并医院获得性呼吸感染的患者的生活能力恢复情况较无医院获得性肺炎的患者差。合并肺炎组病死率高也说明了合并医院获得性肺部感染能显著增加患者的死亡率。合并肺炎组的住院时间长、并发症多也在一定程度上反应脑卒中合并医院获得性呼吸感染^[8-9]的患者痛苦多、生活质量差。

(上接第 30 页)痔上动脉血供,从而使痔核静脉丛的血流减少,减少受到来自于较高压力的动脉血,从而使痔核缩小,达到治疗的目的。孟庆辉等^[4]采用多普勒超声引导的痔上动脉结扎治疗 II、III 度内痔安全有效,术后疼痛较轻且可以较快地完全恢复正常生活。痔上动脉结扎合保护肛垫整形术在原有的外剥内扎术的基础上,结合痔上动脉结扎术阻断痔上动脉血供并将遗留的皮桥缝合折叠。这样既可以通过可吸收线将肛垫固定,到达最大限度的保护肛垫,恢复肛垫正常的解剖结构;又可以对皮桥和粘膜桥的整形处理预防术后水肿的出现,达到降低术后水肿

对于急性卒中患者,医护人员应做到密切观察患者的体温及肺部情况。对疑是卒中合并肺炎者应及时的检查血常规、胸部 X 射线等。经过及时的痰液培养,根据痰液培养的结果选择敏感抗生素进行治疗。与此同时加强呼吸道的管理,规律性的给患者翻身叩背,稀释患者的痰液得到促进排除痰液的效果。若病情严重,如有必要可实行气管切开。因此,早期控制肺部感染,感染时根据痰液结果选择抗生素^[10-11]能提高脑卒中患者的治疗效果和成功率。

参考文献

[1]吴兆苏,姚崇华,赵冬.我国人群脑卒中发病率、死亡率的流行病学研究[J].中华流行病学杂志,2003,24(3):236-239

[2]Pitcock SJ,Meldrum D,Hardiman O,et al.The Oxfordshire Community Stroke Project classification: correlation with imaging, associated complications and prediction of outcome in acute ischemic stroke[J].Stroke Cerebrovasc Dis,2003,12:1-7

[3]Walter U,Knoblich R,Steinhagen V,et al. Predictors of pneumonia in acute stroke patients admitted to a neurological intensive care unit [J].Neurol,2007,254(10):1323-1329

[4]全国第四届脑血管病学术会议标准(1995)[S].中华神经科杂志,1996,29(6):376-381

[5]中华医学会呼吸病学分会.医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)[J].中华结核和呼吸杂志,1999,22(4):201-203

[6]门中华.急性脑卒中合并肺部感染相关因素及对预后的影响[J].中华医院感染学杂志,2012,22(10):2053-2055

[7]金枫.急性脑卒中合并肺部感染的临床分析—附 40 例报道[J].中国医药指南,2013,11(35):66-67

[8]Waterer G,Wunderink R.Respiratory infections:a current and future threat[J].Respirology.2009,14(5):651-655

[9]Grube MM,Koennecke HC,Walter G,et al.Influence of Acute Complications on Outcome 3 Months after Ischemic Stroke[J].PLoS One,2013,8(9):e75719

[10]陈雪峰.急性脑血管疾病下呼吸道感染易感因素临床分析[J].中国医学创新,2013,10(9):132-133

[11]段雨军,曹秋梅,马炳辰,等.急性脑卒中合并医院获得性肺炎的危险因素及预后分析[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(11):29-31

(收稿日期: 2015-08-28)

和疼痛的发生率,减轻患者的痛苦。综上所述,痔上动脉结扎合保护肛垫整形术治疗环形混合痔安全有效,值得临床推广应用。

参考文献

[1]薄彪,于振国,杨凌洪,等.痔上黏膜环切钉合术治疗痔的临床疗效观察[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2013,7(1):60-62

[2]中华医学会.临床诊疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2011.238-239

[3]国家中医药管理局.中医肛肠科病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1995.132

[4]孟庆辉,王子恒,李林强,等.多普勒超声引导的痔上动脉结扎治疗 II、III 度内痔[J].中国普外基础与临床杂志,2011,17(12):1308-1309

(收稿日期: 2015-12-14)