

(Ligation of Intersphincteric Fistula Tract, LIFT)。手术步骤和对照组基本一样,只是在切断瘘管后将近端瘘管结扎在探条上,游离瘘管周围的组织,逐步从肛门内退出探条,将瘘管套叠翻出至直肠内,紧靠粘膜予以结扎。外口及括约肌外瘘管仍做隧道式挖除,切口处理同对照组。

1.5 观察指标 随访 1 年,观察两组的手术效果、创面愈合时间、肛门控便能力和术后复发率。

1.6 统计学处理 使用 SPSS22.0 统计学软件进行数据分析,计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的手术效果比较 实验组的手术时间、术后疼痛评分和术后住院时间均明显少于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的手术效果比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	手术时间(min)	术后疼痛评分(分)	术后住院时间(d)
实验组	37	35.79± 6.11	3.49± 0.88	5.49± 2.24
对照组	37	38.77± 6.54	4.31± 1.02	6.09± 2.88
<i>t</i>		12.479	10.425	11.338
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者创面愈合时间和肛门控便能力比较 实验组的创面愈合时间和肛门控便能力评分均明显低于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者创面愈合时间和肛门控便能力比较($\bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	创面愈合时间(d)	肛门控便能力(分)
实验组	37	17.88± 2.25	1.24± 0.08
对照组	37	26.71± 1.55	5.77± 0.34
<i>t</i>		1.246	1.779
<i>P</i>		<0.05	<0.05

3 讨论

肛瘘由内口、瘘管、外口三部分组成^[2-4]。治疗肛瘘的主要目的是消除肛瘘内口及相关的瘘管,做好肛门括约肌的保护工作。LIFT 在治疗经括约肌型肛瘘方面具有一定的优势,其根据肛周肌肉结构的解剖特点,尽可能的保留原有的解剖结构,清除病变组织^[5-6]。本研究结果显示,实验组的手术时间、术后疼痛评分、术后住院时间、创面愈合时间和肛门控便能力评分均低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。表明改良后的手术方法在降低手术时间、术后疼痛评分、术后住院时间等方面,比传统的方法更有优势,且未增加手术操作及创伤,降低了创面愈合时间,提高了肛门控便能力。总之,改良 LIFT 降低了经括约肌型肛瘘患者的手术时间、术后疼痛评分、术后住院时间和创面愈合时间,提高了肛门控便能力,临床应用价值较高。

参考文献

[1]林义办,邓建中,彭翔.改良经括约肌间瘘管结扎术 -Plug 术治疗低位肛瘘疗效分析[J].河北医药,2014,36(4):537-538
[2]Chen TA.High Ligation of the Anal Fistula Tract by Lateral Approach[J].World J Surg,2016,40(2):479
[3]朱德意,陈诚豪.肛瘘经括约肌行括约肌间瘘管改良结扎术的临床疗效研究[J].中国地方病防治杂志,2014,29(S1):175
[4]张国伟,楼继军.不同手术方式对高位单纯性肛瘘的应用价值[J].浙江创伤外科,2014,19(4):655-656
[5]Sirany AM, Nygaard RM, Morken JJ.The ligation of the intersphincteric fistula tract procedure for anal fistula: a mixed bag of results [J].Dis Colon Rectum, 2015,58(6):604-612
[6]胡海平,陈喜丽.单纯性经括约肌型肛瘘的手术改良方案及应用价值分析[J].中国现代医生,2015,53(34):43-45

(收稿日期: 2016-04-19)

麻元通便止痛汤治疗混合痔术后便秘的临床研究 *

余绪超¹ 谢昌营^{2#} 肖慧荣² 吴成成²

(1 江西中医药大学研究生院 2014 级研究生 南昌 330006;

2 江西中医药大学附属医院肛肠科 南昌 330006)

摘要:目的:观察麻元通便止痛汤治疗混合痔术后便秘的临床疗效。方法:选取 100 例混合痔术后便秘患者为研究对象,随机分为对照组和治疗组各 50 例。对照组口服麻仁丸治疗,治疗组口服麻元通便止痛汤治疗,连续治疗 7 d。观察两组临床症状变化,统计治疗后排便情况,进行症状评分,计算临床疗效。结果:治疗组总有效率明显高于对照组($P<0.05$);术后首次排便时间明显低于对照组($P<0.05$);术后排便的主要症状的评分明显低于对照组($P<0.05$);患者伴随症状评分显著低于对照组($P<0.05$)。结论:麻元通便止痛汤可以更加有效地治疗混合痔术后便秘,提高治愈率,改善患者的生活质量,无明显不良反应。

关键词:混合痔术后;便秘;麻元通便止痛汤

中图分类号:R574.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.013

混合痔是临床的常见病、多发病,在保守治疗失败后,对于症状表现便血、脱出、疼痛明显的患者,多需采取手术治疗^[1]。便秘是混合痔术后最常见的并

发症之一,它是指各种原因导致的术后大便秘结,排便周期延长;或周期不长但粪质干结,排出艰难;或粪质不硬,虽有便意,但便而不畅的症状。我们选择

* 基金项目:江西省卫生和计划生育委员会中医科研课题(编号:2015A134)
通讯作者:谢昌营,E-mail:xcyxcy85091@126.com

口服麻元通便止痛汤治疗混合痔术后便秘,取得效果满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2015 年 2 月~2016 年 2 月在江西中医药大学附属医院肛肠科住院的混合痔术后便秘患者 100 例。随机分为对照组和治疗组:对照组 50 例,男 32 例,女 18 例,年龄 22~66 岁,病程 3.5~17.0 年;治疗组 50 例,男 35 例,女 15 例,年龄 25~65 岁,病程 3.5~17.0 年。两组患者一般资料比较,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《功能性便秘罗马Ⅲ标准》中对功能性便秘的拟定,所观察的病种均为混合痔术后功能性便秘患者。临床表现:排便次数减少、粪便量减少、粪便干结、排便费力。取肛门镜或结肠镜检查排除出口梗阻性便秘和结肠、直肠、肛门器质性病变。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 术后第 1 天开始给予麻元通便止痛汤内服。组成:火麻仁、杏仁、生大黄、郁李仁、生地、槐花、地榆、元胡、白芍等。制法及用法:上述中药加水 1 500 ml 煎至 400 ml,由江西中医药大学附属医院制剂室代煎装袋,每袋 150 ml,自术后第 1 天起每日早晚 2 次,每次 1 袋,饭前 30 min 温服,连续服用 1 周为 1 个疗程,治疗期间停用其他通便药物。

1.3.2 对照组 术后第 1 天开始服用麻仁丸(国药准字 Z32020097),组成:火麻仁、苦杏仁、大黄、炒枳实。每日 2 次,每次 9 g,饭前 30 min 服用,连续服用 1 周,治疗期间停用其他通便药物。

1.4 观察指标

1.4.1 排便困难主要症状评分标准 (1)排便顺畅情况:0 分:大便排出顺畅;1 分:大便排出稍有不顺,轻度肛门坠胀感;2 分:大便排出不畅,肛门坠胀感及便意明显;3 分:排便困难,肛门重坠感及便意强烈。(2)排便耗时(t):0 分: $t\leq 5\text{ min}$;1 分: $5\text{ min}<t\leq 10\text{ min}$;2 分: $10\text{ min}<t\leq 20\text{ min}$;3 分: $t>20\text{ min}$ 。(3)大便性状:0 分:有明确边界的软团状物或腊肠状平滑软便;1 分:腊肠状但表面有裂缝;2 分:腊肠状但成块;3 分:硬块状便为坚果状,不易排出。(4)排便不尽感:0 分:无排便不尽感;1 分:偶有排便不尽感,轻微;2 分:时有排便不尽感,较明显;3 分:一直伴有排便不尽感,明显。

1.4.2 术后排便困难伴发疼痛、出血症状评分标准 (1)疼痛情况:参考视觉模拟疼痛评分法(Visual Analogue Scale, VAS)评分。0 分:VAS 评分 0~2 分;

1 分:VAS 评分 3~5 分;2 分:VAS 评分 6~8 分;3 分:VAS 评分 9~10 分。(2)出血情况:0 分:无出血;1 分:仅便纸染血;2 分:排便时滴血,量少,便后即止(未行特殊止血治疗措施);3 分:排便时滴血,量中等,便后即止(未行特殊止血治疗措施)。

1.4.3 疗效判定标准 参照《中医内科病症诊断疗效标准》及《痔临床诊治指南(草案)》疗效标准,拟定标准如下:(1)临床痊愈:混合痔术后排便困难临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;(2)显效:混合痔术后排便困难临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;(3)有效:痔术后排便困难临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;(4)无效:痔术后排便困难临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,症状积分减少不足 30%。

1.5 统计学方法 所得数据资料采用统计软件 SPSS11.5 进行统计分析,计量资料比较用 t 检验,计数资料比较用 χ^2 检验,等级资料比较用秩和检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组术后 1 周的总有效率为 92%,而对照组为 64%,两组比较有明显差异($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较						
组别	n	临床痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	50	12	20	14	4	92
对照组	50	3	7	22	18	64

2.2 两组术后首次排便时间比较 治疗组术后首次排便时间明显短于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后首次排便时间比较(例)								
组别	n	第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天	第 6 天	第 7 天
治疗组	50	22	16	10	1	1	0	0
对照组	50	5	7	9	14	10	2	3

2.3 两组术后主要症状评分比较 治疗组术后主要症状评分明显低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后主要症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)					
组别	n	排便顺畅	排便耗时	大便性状	排便不尽感
治疗组	50	1.02 $\pm$ 0.16*	1.21 $\pm$ 0.15*	1.06 $\pm$ 0.22*	1.23 $\pm$ 0.17*
对照组	50	1.76 $\pm$ 0.27	1.64 $\pm$ 0.18	1.54 $\pm$ 0.25	1.82 $\pm$ 0.16

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.4 两组术后伴随症状评分比较 治疗组术后评分明显低于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组术后伴随症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)			
组别	n	疼痛情况	出血情况
治疗组	50	1.01 $\pm$ 0.12*	1.12 $\pm$ 0.16*
对照组	50	1.66 $\pm$ 0.18	1.82 $\pm$ 0.36

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

中医学认为混合痔术后患者便秘主要是由于手术耗气伤津,而致气虚津亏,大肠传导无力;加之术后患者情志不舒、久卧少动,致气机郁滞大肠传导失职,两者合力而致糟粕内停,不得下行,而成便秘。临床多采取以中药辨证用药治疗(增液汤加味、四逆散合六磨汤等)、针灸治疗(透天凉手法、穴位热敏灸等)、穴位按摩治疗、泻药治疗、栓剂和促胃肠动力药等治疗,疗效欠佳^[2-5]。

临床研究发现,混合痔术后便秘主要是由于混合痔术后活动减少,肠蠕动减慢;术后肛门切口疼痛,扩约肌痉挛,患者惧痛畏便;入院后生活、饮食的不适应以及精神高度紧张等因素引起。因此单独应用某种有缓泻作用的西药或中成药很难达到理想的效果,有时还会引起明显的腹泻,便次增多,给患者带来更多的痛苦。而麻元通便止痛汤,它是由麻仁丸合元胡、芍药甘草汤加减而成,方中发挥麻仁丸润

肠通便的功效;加上元胡、芍药甘草汤,起到缓急止痛的功效;加上地榆、槐花,起到凉血止血的功效;所以麻元通便止痛汤可以达到润肠通便、止痛止血的功效。

综上所述,麻元通便止痛汤可以更加有效的治疗混合痔术后便秘,提高治愈率,改善患者的生活质量,无明显不良反应,患者容易接受,值得临床进一步推广。

参考文献

[1]何永恒,凌光烈.中医肛肠病学[M].北京:清华大学出版社,2011.126
[2]蔡而玮,游志华.增液汤加味治疗Ⅲ期混合痔术后便秘 56 例[J].福建中医药,2007,38(5):7-8
[3]奎继中,王媛.四逆散合六磨汤治疗痔瘕术后便秘 74 例[J].云南中医中药杂志,2013,34(8):39
[4]李复明,张立荣.针刺治疗肛肠术后并发症 206 例疗效观察[J].中国针灸,1996,6(7):23-24
[5]陈俊,叶茂,贺应林.穴位热敏灸治疗肛肠病术后便秘临床观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(2):15-16

(收稿日期:2016-05-16)

中西医结合和单纯西医治疗妊娠期糖尿病疗效对比观察

黄章豫 吴金兰

(广东省徐闻县妇幼保健院 徐闻 524100)

摘要:目的:对比中西医结合治疗和单纯西医治疗妊娠期糖尿病的疗效。方法:选取 2011 年 3 月~2015 年 8 月我院就诊 108 例妊娠期糖尿病患者随机分为研究组和对照组,每组 54 例。对照组使用饮食控制+胰岛素等西医常规治疗,研究组在对照组治疗的基础上加用中药汤剂口服治疗。比较两组孕妇治疗前后血糖变化情况及围产期并发症发生率。结果:治疗后研究组孕妇空腹血糖(FBG)、餐后 2 h 血糖(2 hPBG)及糖化血红蛋白(HbA1c)分别为(5.11±0.37) mmol/L、(7.06±0.25) mmol/L、(7.15±0.63)%,均显著低于对照组($P<0.05$);研究组围产期并发症发生率为 7.4%,显著低于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗妊娠期糖尿病疗效显著,可有效改善血糖水平,降低围产期并发症,保障母婴安全。

关键词:妊娠期糖尿病;中西医结合疗法;血糖;围产期并发症

中图分类号:R714.256

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.014

妊娠期糖尿病是产科的常见病,在我国的发病率为 1%~5%,呈逐年升高趋势^[1-2]。杨慧霞^[3]研究指出,血糖控制不佳的孕妇,易出现羊水过多、酮症、胎膜早破、巨大儿等并发症。临床早期采取系统综合的治疗,改善膳食结构,积极控制血糖,对于降低胎儿早产、巨大儿的发生率,改善妊娠结局至关重要。本研究旨在对比中西医结合和单纯西医治疗妊娠期糖尿病的疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 3 月~2015 年 8 月我院 108 例妊娠期糖尿病患者作为研究对象,均符合妊娠期糖尿病诊断标准,同意参与本研究,并签署知情同意书,随机分为研究组和对照组,每组 54 例。研究组平均年龄(27.58±3.25)岁;产次(1.30±0.47)

次;学历:初中 4 例,高中 12 例,大专 17 例,本科及本科以上 21 例;孕前身体质量指数(BMI)[(22.41±1.05) kg/m²]。对照组平均年龄(27.62±1.17)岁,产次(1.28±0.43)次;学历:初中 5 例,高中 13 例,大专 14 例,本科及本科以上 22 例;孕前 BMI(22.36±1.19) kg/m²。两组平均年龄、产次、文化程度及孕前 BMI 等一般资料比较,无显著差异($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 为孕妇制定个体化饮食计划,计算每天不同食物的质量及孕妇需要的热量值,在满足日常需求的同时限制碳水化合物摄入量,少食多餐。每日膳食中脂肪占 25%~30%,蛋白质占 20%~25%,血脂高、肥胖者降低脂肪摄入,增加可溶性纤维及维生素的摄入,同时根据不同的孕周加用胰岛素注射