

表 2 两组治疗前后疗效指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	Cobb(°)		VAS 评分(分)		椎体高度丢失率(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	8.2± 1.8	4.3± 1.2	6.8± 4.8	2.7± 0.5	28.9± 10.3	16.9± 5.3
观察组	45	8.3± 2.2	2.2± 0.9*	6.7± 5.3	1.9± 0.7*	27.8± 11.2	13.8± 6.1*

注:与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

骨质疏松性骨折是因为骨吸收作用加大,骨量降低引起骨质疏松,使骨微细结构受到破坏,增加了骨脆性,即使遇到轻微的外力都很容易引起骨折,其中最普遍的是胸腰椎压缩性骨折。传统手术治疗历时时间长、创伤大、失血量多,且植入的螺钉会因骨质疏松引起握持力降低,需对患者植入骨水泥对复位维持固定;同时患者以老年人居多,身体状态每况愈下,较排斥手术,所以以往的治疗选择保守非手术治疗较多,主要是口服镇痛和补钙类药物、佩戴支撑器具、长期卧床休养等,但长时间卧床会加重骨质疏松,最终陷入恶性循环的怪圈^[3],不但使患者的生活质量大大受到影响,而且也增加医护人员临床护理工作的难度。近年来,PVP 手术被广泛应用于骨质疏松性椎体压缩性骨折,其优点为可快速固定、创伤小、操作简单、迅速止痛,具有可迅速使 OVCF 患者疼痛得到缓解的优点,能有效预防椎体继续塌陷^[4]。

中医认为,骨痿是因为脾肾亏虚引起的,肾气与

骨有着密切的关连,若肾气精不足,骨骼则脆弱无力^[5]。同时骨折后多气血不通,皆因局部瘀血阻滞所致。此病的主要病机为“血瘀”及“肾虚”,需行活血益气及补肾壮骨之方^[6]。根据中医治病需治本的原则,在患者进行 PVP 术后应用中医辨证治疗,分阶段服用补肾壮骨药物能使机体分泌功能得到调节,降低骨转换率,减少骨量丢失,抑制骨吸收,从而使骨质疏松症得到有效防治。

综上所述,PVP 术联合中药辨证治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折,可显著降低患者疼痛感,稳定脊柱和增强椎体强度,恢复一定的椎体高度,值得临床上推广应用。

参考文献

[1]朱文骏,丁亮华,张建伟,等.经皮椎体后凸成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折[J].实用骨科杂志,2012,18(11):964-967
[3]王春岭,冯申启,孙立明.椎体成形术并补肾壮骨汤对骨质疏松性椎体压缩骨折立线及稳定性的影响[J].中国医药科学,2012,2(5):93
[4]赵文亮,梁云芳,常峰.老年骨质疏松性椎体压缩骨折的中西医结合治疗效果观察[J].中国药物与临床,2011,11(6):719-720
[5]李伟,郭彩霞.经皮椎体成形术配合中药治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折 78 例[J].中医研究,2011,24(6):54-56
[6]申勇,刘法敬,张英泽,等.骨质疏松性椎体压缩骨折 PVP 术后非手术椎体骨折的相关因素分析[J].中国脊柱脊髓杂志,2010,20(12):975-979

(收稿日期: 2016-10-12)

远端减压紧线术和传统紧线术治疗高位肛痿的效果对比

傅跃权 周金良 侯化森

(广东省东莞市凤岗人民医院外二科 东莞 523695)

摘要:目的:对比分析远端减压紧线术和传统紧线术治疗高位肛痿的效果。方法:选择我院 2011 年 7 月~2016 年 5 月收治高位肛痿患者 50 例,按照数字随机表分成两组,对照组(25 例)患者选择传统紧线术治疗,观察组(25 例)患者选择远端减压紧线术治疗,对比两组患者的临床治疗效果。结果:在创面愈合及脱线时间方面,对照组和观察组比较差异无统计学意义($P>0.05$);而在术后各时段肛门失禁评分方面,观察组均显著优于对照组($P<0.05$)。结论:和传统紧线术治疗相比,远端减压紧线术治疗高位肛痿的效果更加显著,能有效恢复患者肛门括约肌功能,具有临床应用价值。

关键词:高位肛痿;远端减压紧线术;传统紧线术;效果对比

中图分类号:R657.16

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.11.022

肛痿是指肛管直肠和肛门周围皮肤相通的异常管道,是临床中发生率较高的一种肛门疾病,临床研究结果显示,手术切开后遗症或肛周脓肿破溃是引起肛痿的主要原因^[1]。传统紧线术是现阶段治疗肛痿的主要方式,然而临床疗效并不理想,尤其是高位肛痿,术后患者容易发生一系列并发症,如肛门失禁、肛门潮湿以及缺损等,进而降低患者的生存质量。在现代医学技术快速发展的过程中,微创外科技术也得到快速发展和进步,也为高位肛痿的微创治疗提供了新途径。本研究主要对比分析了远端减

压紧线术和传统紧线术治疗高位肛痿的效果。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2011 年 7 月~2016 年 5 月收治的高位肛痿患者 50 例,均满足参考文献中有关肛痿和高位肛痿的诊断标准^[2-3],经术中证实,而且存在手术指征。按照治疗方式的不同分成两组:对照组 25 例,男 21 例,女 4 例,年龄 20~68 岁,平均年龄(42.2± 11.8)岁;观察组 25 例,男 20 例,女 5 例,年龄 19~69 岁,平均年龄(42.6± 10.7)岁。两组

患者年龄、性别等资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均行高位肛瘘手术, 均选择切开挂线术, 将橡皮筋当成挂线材料, 术中操作时不需紧线, 术后创面肉芽组织生长到挂线部位时紧线。术后全部患者均给予常规抗生素治疗, 治疗时间为 5 d; 同时给予外用消炎止痛液进行坐浴和熏蒸, 换药, 2 次/d。

1.2.1 对照组 采用传统紧线术治疗: 术后紧线操作时应拉紧橡皮筋, 让橡皮筋的张力比较理想, 选择弯血管钳进行钳夹, 然后选择 7-0 丝线进行捆扎固定。紧线操作时应根据橡皮筋力度进行合理控制, 同时结合患者耐受程度。

1.2.2 观察组 采用远端减压紧线术治疗: 术后紧线操作时应拉紧橡皮筋, 让橡皮筋的张力比较理想, 选择弯血管钳进行钳夹, 然后选择 7-0 丝线进行捆扎固定。将棉垫放置在患者捆扎肌束内、下方, 利用棉垫改变近心端(非垫棉方)和远心端(垫棉方)的受力情况, 进而对橡皮筋切割力的方向和大小进行控制。每次换药时都应对棉垫进行更换, 棉垫置入厚度和橡皮筋力度应以患者耐受为宜, 同时还应保持合理的张力。

1.3 临床观察指标 对两组患者的创面愈合时间、脱线时间进行观察比较; 对两组患者的肛门失禁评分进行观察比较, 肛门失禁评分项目包括干便、稀便、气体、需要衬垫、生活方式发生变化等, 每项评分为 0~4 分, 总分为 0~20 分, 患者分值越高, 则表明肛门失禁程度越严重^[4]。

1.4 统计学分析 本次实验数据采用 SPSS17.0 软件进行统计学分析, 其中计量资料采用 t 检验, 计数资料采用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 脱线时间和创面愈合时间比较 在创面愈合及脱线时间方面, 对照组和观察组比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组脱线时间和创面愈合时间比较(d, $\bar{x} \pm s$)			
组别	n	脱线时间	创面愈合时间
对照组	25	7.9± 2.6	46.0± 7.0
观察组	25	8.3± 2.9	47.1± 6.6
t		0.513 5	0.571 7
P		>0.05	>0.05

2.2 肛门失禁评分比较 术前肛门失禁评分, 对照组和观察组比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 在术后 1 个月、2 个月以及 3 个月, 观察组患者的肛门失禁评分均显著低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组手术前后肛门失禁评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	术前	术后 1 个月	术后 2 个月	术后 3 个月
对照组	25	14.4± 1.1	10.2± 1.8	6.4± 2.1	6.1± 2.0
观察组	25	14.1± 1.4	4.5± 0.8	2.6± 1.4	2.3± 1.0
t		0.842 5	14.468 7	7.528 1	8.497 1
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

随着人们生活水平越来越高, 肛瘘患者对治疗的要求也越来越高^[5]。治疗高位复杂性肛瘘患者, 挂线治疗是临床最常用和最有效的方式之一, 具有微创特点, 能有效保护肛门功能, 临床应用非常广泛^[6]。在对高位肛瘘患者进行传统紧线术治疗时, 选择弹性橡皮筋对患者括约肌进行结扎, 通过橡皮筋的持续性压迫, 可实现对括约肌进行逐渐切割的效果^[7]。这一切割是从括约肌周围向中间方向切割, 修复时则是从近端向远端来完成, 这样在切割之后就不能及时恢复括约肌的远端组织, 修复方向和切割方向存在差异, 进而导致组织缺损存在较大残留, 在肛瘘术后形成“钥匙空样畸形”。部分患者可能遗留不能有效控制稀便和排气的情况, 甚至可能发生轻微的肛门失禁。

和传统紧线术相比, 远端减压紧线术需要在肌束捆扎时, 将棉垫放置在远端, 利用棉垫来对切割力的方向进行合理控制。分析受力情况发现, 将棉垫放置在挂线组织下方后, 橡皮筋对挂线组织近心端的压强明显高于远心端, 受力大小直接影响组织切割的方向和先后。选择远心端减压紧线术, 对括约肌进行定向切割, 从近心端向远心端对肌肉进行逐渐切割, 并从近心端向远心端完成组织的修复, 让修复方向和组织方向一样, 进而有序完成切割和粘连, 实现“肠肌随长, 僻处既补”, 让括约肌缺损有效减少, 在治愈疾病的基础上, 还能对肛门功能和形态进行有效保护, 实现“护肛温存”的效果。本研究结果显示, 在创面愈合及脱线时间方面, 传统紧线术和远端减压紧线术两者比较无显著差异; 而在术后肛门失禁评分方面, 远端减压紧线术的效果却显著优于传统紧线术。说明在对高位肛瘘患者进行治疗时, 在临床疗程和复发率方面, 传统紧线术和远端减压紧线术两者的效果相当, 但是在对肛门功能和形态的保护方面, 远端减压紧线术的效果更加理想。总之, 和传统紧线术治疗相比, 远端减压紧线术治疗高位肛瘘的效果更加显著, 能有效恢复患者肛门括约肌功能, 具有临床应用价值。

参考文献

[1]陈军.远端减压紧线术治疗高位肛瘘的临床研究[J].实用临床医药杂志,2013,17(11):86-87

[2]曹文广,肖成.高位肛瘘分次紧线术 20 例临床研究[J].武警后勤学院学报(医学版),2013,22(4):304-305

[3]黄晨容.低位切开结合高位挂浮线分次紧线法治疗高位肛瘘疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2012,21(10):1075-1076

[4]黄晨容.低位切开结合分次紧线挂线法治疗高位肛瘘疗效观察[J].外科研究与新技术,2015,4(2):78-80

[5]李峨,李国栋,王磊,等.挂线疗法治疗高位肛瘘技术参数的临床研究[J].中国中医药信息杂志,2010,17(12):9-11

[6]方飞宇.切开挂线法治疗高位肛瘘的临床研究[J].中国医药,2010,5(10):943-944

[7]陈怒戈,李忠海,罗家烈,等.高位肛瘘微创术式与传统术式对肛门损伤的比研究[J].中外医疗,2012,31(21):49-51

(收稿日期: 2016-10-08)

复方紫草生肌膏对 50 例肛瘘术后创口愈合的疗效观察*

夏柱斌 韦月荣

(广西壮族自治区桂平市中医医院 桂平 537200)

摘要:目的:观察复方紫草生肌膏对肛瘘术后创口愈合的临床疗效。方法:将 100 例肛瘘术后患者随机分为治疗组和对照组,每组 50 例。治疗组用复方紫草生肌膏换药,对照组用凡士林纱条常规换药,其余治疗方案均相同。比较两组治疗效果。结果:治疗组痊愈率为 70%,对照组痊愈率为 40%($P<0.05$);治疗组总有效率为 100%,对照组总有效率为 84%($P<0.05$);治疗组平均治愈时间明显比对照组缩短($P<0.01$)。结论:复方紫草生肌膏能促进肛瘘术后创口愈合,可缩短治疗时间,值得临床推广。

关键词:肛瘘术后;复方紫草生肌膏;创口愈合

中图分类号:R657.1 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.11.023

肛瘘即肛管直肠瘘的简称,临床发病率高,在我国其患病率占肛肠疾病的 1.7%~3.6%,国外为 8%~25%,仅次于痔,居第 2 位^[1]。由于肛瘘发病部位特殊,术后创面不易保持清洁干燥,术后创面一般不予缝合,其愈合缓慢,伤口疼痛,病程长。因此,如何加快肛瘘术后创面修复,减轻术后疼痛,一直是肛肠科研究的重点。我院肛肠科对肛瘘术后患者采用复方紫草生肌膏外敷,促进创口愈合,取得较好的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2014 年 1 月~2016 年 7 月收治的肛瘘手术后患者 100 例,随机分为治疗组和对照组,每组 50 例。治疗组男 44 例,女 6 例,平均年龄(39.3±16)岁;对照组男 43 例,女 7 例,平均年龄(38.08±13.89)岁。两组间性别、年龄、病程、创面大小等无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:纳入病例均为我院肛肠科住院患者,诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2],首次接受手术治疗,麻醉方式为腰管内麻醉,术式为肛瘘切除或切开挂线术。排除标准:伴有糖尿病、结核感染等慢性消耗性疾病以及正在服用对本研究有影响的药物的患者。

1.3 药物制备 复方紫草生肌膏由本院制剂室制备。选取中药饮片白芷、紫草、甘草、当归、红花、花生油各适量一起浸泡 15 d,每天搅拌 2 次,放入锅中用文火加热至沸,炸取至饮片中心显焦黑色,过滤,再用文火加热提炼至滴水成珠,加入乳香、没药、轻粉粉末及适量石蜡冷却,搅匀分装即可。

1.4 治疗方法 两组患者术后均常规静滴抗生素 5 d 以预防术后感染。术后第 1 天起每日便后用苦参汤加减坐浴 15~20 min 后,清除肛瘘创口坏死组织,常规予呋喃西林液冲洗干净、消毒。治疗组用棉签取自制复方紫草生肌膏涂抹创口,用浸有生肌膏的适合创口大小的细纱布条置于创口换药,外敷无菌纱布,胶布固定,2 次/d,至愈合止。对照组除不用复方紫草生肌膏改用凡士林纱布条换药之外,其余换药方法、次数均与治疗组相同。

1.5 疗效判断标准 痊愈:患者相关症状体征及自我感觉均恢复正常,创面完全愈合;显效:相关症状体征及自我感觉均显著改善,且创面愈合>80%;有效:相关症状体征及自我感觉均有所改善,且创面愈合 50%~80%;无效:未达到上述标准^[3]。从术后第 1 天开始,每 7 天观察记录创面情况,创面愈合当天或治疗 4 周后评价疗效。痊愈、显效和有效计为总有效。

1.6 统计学方法 数据采用 SPSS16.0 统计软件进行统计分析,所有数据采用 χ^2 检验或 t 检验, $P<0.05$ 为差异有显著意义。

2 治疗结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较							
组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	痊愈率(%)	总有效率(%)
治疗组	50	35	15	0	0	70	100*
对照组	50	20	14	8	8	40	84
χ^2							20.13

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组平均治愈时间比较 见表 2。

* 基金项目:广西壮族自治区卫生和计划生育委员会科研立项课题(编号:Z2014342)