

3 讨论

缺血性卒中属常见的血栓栓塞性疾病,以动脉粥样硬化斑块破裂为病理基础。研究表明,粥样斑块中组织因子(TF)浓度较高,斑块裂解后,其中的 TF 与血液接触,可激活机体凝血系统,导致急性血栓形成<sup>[5]</sup>。动脉管腔受血栓影响会变狭窄甚至闭塞,影响血液流动速度,进一步扩大梗死面积,在临床上表现为进行性神经功能恶化,多数 PCI 患者预后较差。因此了解其发病机制,并进行早期神经功能恶化预测对提高治疗效果、改善预后具有重要意义<sup>[6]</sup>。

D-dimer 是交联纤维蛋白在纤溶酶降解作用下产生的终末产物,可特异性反映机体内凝血酶生成增多及纤溶活性增强,是纤溶系统与凝血系统双重激活的重要标志。D-dimer 能够促进血小板聚集和粘附,维持血液高凝状态;还可在血管壁沉积,对血管内膜造成直接损伤<sup>[7]</sup>。Fib 是血小板聚集的重要介质,可在凝血酶作用下转化为纤维蛋白单体,单体可相互交联组成纤维网,包绕血液有形成分,导致血栓的形成<sup>[8]</sup>。此外,其作为血浆中最大的链状蛋白,可显著增加全血及血浆黏度,对红细胞聚集有促进作用。有研究显示,机体血浆 Fib 水平过高将影响内皮细胞功能和血栓处理速度,从而增加动脉粥样硬化的发展速度和脑梗死的延发。本研究显示,观察组发病 24 h 内、第 2 天、第 3 天、第 7 天的血清 D-dimer 水平均显著高于对照组,其中对照组在发病第 3 天达到峰值,第 7 天基本转变正常,随时间推移其浓度增加相对稳定,水平均低于紧张性脑梗死患者。观察组血清 D-dimer 水平则呈进行性增高,发

病第 7 天达到峰值,表明 PIS 患者体内血栓在不断形成,引起纤溶活性升高。本研究中,对照组血清 Fib 水平在发病 24 h 内达到峰值,7 d 后可恢复至正常水平;观察组于发病第 3 天达到峰值,14 d 可恢复至正常,提示前者凝血功能亢进情况优于后者,血栓范围也较小,因此动态监测血清 Fib 水平可为 PIS 诊断提供量化指标。

综上所述,脑梗死患者体内血栓形成后,血栓溶解及纤溶活性增高将自发性发生,血浆内 D-dimer 将与纤维蛋白降解共同增高。因此,血浆 D-dimer 与 Fib 水平升高与进展性脑梗死的发病过程关系密切,动态监测脑梗死患者的血浆 D-dimer 与 Fib 水平不仅可作为 PCI 早期进展的标志物,也对及时确定治疗方案、改善患者预后有重要的价值。

参考文献

[1]黄金华,陈伟,辛家厚,等.国内进展性脑梗死危险因素的系统评价[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(14):1575-1579  
[2]黄健康,陈乐.颅内血管狭窄与进展性脑梗死的相关性[J].中国老年学杂志,2014,34(12):3262-3263  
[3]李若林,叶子明,凌志安.血栓通注射液对急性脑梗死病人凝血纤溶系统的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(2):183-185  
[4]中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J].中华神经科杂志,2010,43(2):146-153  
[5]马瑞爽,司宇,吴晓明,等.微粒在动脉粥样硬化形成及凝血异常中的作用[J].现代生物医学进展,2015,15(11):2198-2200  
[6]苏牟潇,陈忠伦,姚力瑛.瘦素、脂联素对进展性脑梗死的预测价值及预后的影响[J].中国医师杂志,2014,16(7):988-990  
[7]曾庆香,李辉.高压氧对急性脑梗死病人超敏 C 反应蛋白、D 二聚体及血栓调节蛋白水平的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(12):1410-1412  
[8]王娟,陈传国,费世早,等.胰岛素抵抗与急性脑梗死患者颈动脉内中膜厚度及神经功能缺损严重程度的相关性分析[J].浙江临床医学,2016,18(8):1459-1460

(收稿日期: 2016-11-07)

探讨门诊应用自动痔疮套扎术治疗内痔的安全性和有效性

赖奋飞<sup>1</sup> 李锦良<sup>2</sup>

(1 广东省惠州市惠东县平山街道社区卫生服务中心 惠东 516300;

2 广东省惠州市惠东县人民医院普外科 惠东 516300)

**摘要:**目的:探讨门诊应用自动痔疮套扎术治疗内痔的安全性和有效性。方法:将 2010 年 3 月~2014 年 8 月在我院肛肠科门诊治疗的 60 例内痔患者随机分为两组,每组 30 例。对照组采用单纯外剥内扎术治疗,观察组采用自动痔疮套扎术治疗,比较两组患者的治疗效果、术中术后各项指标、术后并发症发生情况。结果:观察组治疗有效率为 100.00%,显著高于对照组的 86.67%,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组手术时间、术中出血量、术后创面愈合时间明显少于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组术后肛门水肿、出血、疼痛、排尿障碍等并发症得分明显低于对照组,且皮赘形成率也显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:门诊应用自动痔疮套扎术治疗内痔效果满意,患者耐受性好,并发症发生率低,安全性高,具有积极的临床意义。  
**关键词:**内痔;自动痔疮套扎术;安全性;有效性

中图分类号:R657.18

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.068

痔疮是临床最为常见肛肠疾病,发病率较高,好发于肛管皮肤下部和直肠末端黏膜下的静脉丛瘀血、扩张和屈曲形成静脉团<sup>[1]</sup>。痔疮分为外痔、内痔

及混合痔,临床以内痔表现最多。其诱发因素众多,长期久坐、便秘、饮食辛辣等不良生活习惯是痔疮发病的主要因素。内痔的治疗方法较多,有药物保守治

疗、注射治疗、冷冻治疗、胶圈套扎、手术治疗等,但这些常规治疗方式存在各自劣势,容易导致痔疮治疗不彻底,效果有限。近年来,自动痔疮套扎术(RPH)在临床的应用日渐普及,RPH 是在传统胶圈套扎术的基础上形成的一种新型套扎术式,其操作简单,创伤小,并发症少,患者恢复快,优势明显<sup>[2]</sup>。本研究在门诊应用自动痔疮套扎术治疗内痔,获得了满意的疗效及安全性。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2010 年 3 月~2014 年 8 月在我院肛肠科门诊治疗的 60 例内痔患者随机分为两组。观察组 30 例,男 12 例,女 18 例,年龄 26~58 岁,平均年龄(39.4±4.3)岁,病程 1~6 年;对照组 30 例,男 13 例,女 17 例,年龄 24~62 岁,平均年龄(41.3±4.7)岁,病程 1~8 年。比较两组患者的性别、年龄、临床分期、病程等无显著差异,具有可比性。所有患者均签署知情同意书,自愿接受治疗;排除有肛周脓肿、肛痿、肛裂患者,直肠肿瘤,合并心脑血管疾病患者。

1.2 诊断标准 所有患者均符合《痔临床诊治指南》<sup>[3]</sup>(2006 版)中诊断标准,临床分期在 I~III 期,临床表现为便血,有痔脱出,肛管直肠指诊可触及痔组织。

1.3 治疗方法

1.3.1 观察组 自动痔疮套扎术:术前行血常规、肝肾功能、凝血功能检查,术前 1 h 给予开塞露使患者排清大便,行清洁灌肠,保持肛管及直肠下端清洁。手术采用局部麻醉,患者取左侧卧位,常规消毒铺巾,将涂有石蜡油的喇叭形肛门镜缓慢轻柔的插入肛门内,消毒直肠下段,暴露齿线及内痔,观察内痔分布及痔上黏膜情况。将自动痔疮套扎器与负压吸引系统接头相接,置入套扎器,将其枪管对准内痔,一般对准痔核基底部黏膜组织或痔核上方的黏膜组织,按住负压口将组织吸入到套扎器内,当负压值达到 0.07~0.1 mPa 范围内转动开关,释放套扎胶圈,松开负压口,将目标组织套住,一般一次套扎不超过 4 个部位,待负压释放接近零时徐徐拔出枪管。再在下一内痔部位按同一操作方式套扎,注意套扎部位不能在同一水平面上,防止直肠发生狭窄<sup>[4-5]</sup>。术毕退出肛门镜,于肛管内置入咪美辛呋喃唑酮栓 1 枚。术后在门诊观察 1 h,无特殊不适后可离开医院,并于每日大便后置于 1 枚咪美辛呋喃唑酮栓,防止疼痛。

1.3.2 对照组 外剥内扎术:术前准备与套扎术相

同,于痔的外缘用尖头弯手术剪作“V”字型切口,剥离曲张静脉团及结缔组织直到痔根部,然后在根部进行结扎,于缝线外 0.5 cm 处切除痔组织。

1.4 疗效判断标准 痊愈:症状及体征完全消失,无便血,临床肛门指诊痔核已完全消失;好转:症状及体征明显改善,临床肛门指诊痔核明显缩小;无效:症状及体征无明显改善,临床肛门指诊痔核无明显减小<sup>[6]</sup>。

1.5 观察指标 观察两组患者术中及术后各项指标,统计手术时间、术中出血量、术后创面愈合时间;观察术后并发症发生情况,包括术后肛门水肿、出血、疼痛、排尿障碍,采用评分方式,每项总分 4 分,得分越低表示程度越轻;统计皮赘形成率。

1.6 统计学分析 采用 SPSS13.0 统计学软件,计量资料采用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,行 *t* 检验,计数资料行  $\chi^2$  检验,*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 观察组治疗有效率为 100.00%,显著高于对照组的 86.67%,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较

| 组别  | <i>n</i> | 痊愈(例) | 好转(例) | 无效(例) | 有效率(%)  |
|-----|----------|-------|-------|-------|---------|
| 观察组 | 30       | 26    | 4     | 0     | 100.00* |
| 对照组 | 30       | 19    | 7     | 4     | 86.67   |

注:与对照组相比,\**P*<0.05。

2.2 两组患者术中及术后各项指标比较 观察组手术时间、术中出血量、术后创面愈合时间明显少于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者术中及术后各项指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | <i>n</i> | 手术时间(min) | 术中出血量(ml) | 术后创面愈合时间(d) |
|-----|----------|-----------|-----------|-------------|
| 观察组 | 30       | 6.2±1.8*  | 3.5±1.5*  | 4.6±1.1*    |
| 对照组 | 30       | 13.4±2.3  | 7.4±1.9   | 7.8±2.1     |

注:与对照组相比,\**P*<0.05。

2.3 两组患者并发症发生情况比较 观察组术后肛门水肿、出血、疼痛、排尿障碍等并发症得分明显低于对照组,且皮赘形成率也显著低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 3。

表 3 两组患者并发症发生情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | <i>n</i> | 肛门水肿(分)  | 出血(分)    | 疼痛(分)    | 排尿障碍(分)  | 皮赘形成率[例(%)] |
|-----|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
| 观察组 | 30       | 1.7±0.6* | 1.1±0.5* | 1.3±0.6* | 0.8±0.5* | 1(3.33)*    |
| 对照组 | 30       | 2.9±0.8  | 1.9±0.7  | 2.2±0.7  | 1.4±0.4  | 4(13.33)    |

注:与对照组相比,\**P*<0.05。

3 讨论

内痔为肛肠科常见性多发性疾病,其病理机制复杂,是由肛垫静脉丛、动静脉吻合支支持结构发生

移位或病理性肥大导致。正常情况下,肛垫疏松的附着在肛管肌壁上,排便时受压力影响被推向下,排便后借助自身的收缩力量,缩回到肛管内。但肛垫弹性回缩作用减弱,则容易充血,下移导致内痔。其形成过程中由肛门充血、肛垫移位,到窦状静脉曲张血而成<sup>[7]</sup>。内痔的治疗方法很多,疗效不一,临床根据内痔严重程度分为 I~IV 期,认为 I~III 期内痔采用自动痔疮套扎术治疗疗效最佳。

自动痔疮套扎术是基于中医传统胶圈套扎术发展而来的,其原理是借助较强的负压吸力,将内痔组织完全吸入套扎枪中,将胶圈套扎于痔底部,借助胶圈的回缩力阻断痔动脉血供及静脉回流,使痔核萎缩坏死、脱落而痊愈。临床在操作时应注意:(1)胶圈套入位置在齿状线上 1.5~2 cm 处, I、II 期内痔在痔核基底部套扎, III 期内痔在痔核基底部和痔核上方黏膜套扎。(2)内痔套扎后局部可发生炎症反应,可使黏膜、黏膜下层和浅肌层产生粘连,因此肛垫上提后应固定在较高位置。(3)套扎术创伤小,套扎后可立即止血,不损伤齿线,不影响肛门正常控便功能<sup>[8-9]</sup>。因此,自动痔疮套扎术具有手术操作简便、经济快捷,在门诊就可达到彻底治愈的效果。

但自动痔疮套扎术也存在一定并发症,特别是套扎后产生的局部炎症反应,可导致患者肛周充血水肿、疼痛等,这是由于痔静脉丛充血扩张刺激直肠神经而发,一般程度较轻,休息 3~5 d 可自行缓解。术后可多食用高纤维易消化的食物,防止便秘加重疼痛;或每次大便后用温水坐浴,改善局部血液循环,加速炎症的消退,促进伤口愈合。而排尿障碍的发生率较低,一般是由于套扎后黏膜收缩反射性地引起膀胱颈部及尿道括约肌痉挛导致,可采用物理诱导或热敷使尿液排出<sup>[10]</sup>。术后应观察 1~2 h,确定

患者无明显不适后方可离开,并嘱咐患者术后 2、4、7 d 来院复诊,观察恢复情况。

本研究结果显示,观察组治疗有效率为 100.00%,显著高于对照组的 86.67%,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组手术时间、术中出血量、术后创面愈合时间明显少于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组术后肛门水肿、出血、疼痛、排尿障碍等并发症得分明显低于对照组,且皮赘形成率也显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。证明门诊应用自动痔疮套扎术治疗内痔效果确切,安全性高,并发症发生程度轻微,患者耐受性好,值得在临床推广使用。

参考文献

[1]向锋,冯静娟,黄安清.门诊应用自动痔疮套扎术治疗内痔的临床观察[J].结直肠肛门外科,2012,18(6):347-349  
[2]司徒欣欣.门诊应用自动痔疮套扎术治疗内痔的临床观察[J].中国医药科学,2014,4(8):169-170  
[3]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南(2006 版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461-462  
[4]杨斌,赖象权,董丰银.自动痔疮套扎器联合应用消痔灵注射治疗内痔的临床体会[J].中医临床研究,2011,3(7):113,115  
[5]向锋,冯静娟,黄安清.自动痔疮套扎术联合外痔切除术治疗混合痔 90 例临床分析[J].成都医学院学报,2013,8(5):575-577  
[6]张新生,王平和.自动痔疮套扎术治疗轻中度痔疮临床应用价值探究[J].中外医疗,2014,33(20):80-81  
[7]刘先德,曾诗琴.自动痔疮套扎术联合消痔灵注射治疗内痔的临床疗效探讨[J].结直肠肛门外科,2015,21(S1):61-62  
[8]唐茂山.自动痔疮套扎术与外剥内扎术治疗 III、IV 期混合痔的对照研究[J].中华全科医学,2016,14(3):397-398  
[9]王小林,王志刚,孙永峰,等.自动痔疮套扎术治疗内痔 120 例分析[J].人民军医,2015,58(2):191-192  
[10]姚冠航.自动套扎术治疗轻中度痔疮 45 例疗效分析[J].中国现代药物应用,2015,9(7):69-70

(收稿日期:2016-11-03)

应用 16 号针头治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎

宋康康 潘贵春 周婧 杜顺杰 朱光全  
(北京市石景山区中医医院 北京 100043)

**摘要:**目的:探讨应用 16 号针头治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床效果。方法:应用一次性 16 号注射器针头治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者 90 例,评价其治疗效果及并发症。结果:患者治疗后平均随访时间 6 个月,90 例病例中治愈 84 例(93.3%),好转 4 例(4.4%),无效 2 例(2.2%),无 1 例出现并发症。结论:应用一次性 16 号注射针头治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎临床效果满意,操作简单,取材方便,微创治疗损伤小,适合在基层医院推广应用。

**关键词:**狭窄性腱鞘炎;拇指屈指肌腱;16 号注射针头

**中图分类号:**R686.1 **文献标识码:**B

拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎是指拇长屈肌腱狭窄性无菌性腱滑膜炎,其诱因多为反复劳损所致局部出现充血、水肿、渗出等无菌性炎症反应,迁延

日久则发生慢性纤维结缔组织增生、肥厚、粘连等变化,肌腱局部变粗,鞘壁增厚,管腔狭窄,对鞘内通过的肌腱产生卡压,从而出现疼痛和运动障碍,严重者

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.069