

CD3、CD19、CD4/CD8 等淋巴细胞亚群检测结果相比,甲组相关检测数值明显优于乙组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组淋巴细胞亚群检测结果分析($\bar{x} \pm s$)

组别	n	NK (%)	CD3 (%)	CD19 (%)	CD4/CD8
甲组	18	9.35± 1.15	66.14± 5.97	20.03± 4.11	1.17± 0.12
乙组	18	6.33± 1.17	47.87± 6.01	14.98± 3.81	0.71± 0.08
t		5.52	6.43	2.27	9.56
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

现阶段肝脏肿瘤治疗通常采用肝左外叶切除术,但由于手术的有创性,患者康复过程中受手术切口影响可能出现各项并发症、延长住院时间,并可能因手术刺激而导致机体出现应激反应,对自身免疫功能产生不良影响^[4]。人体免疫功能实现依赖由多个亚群组成的淋巴细胞。淋巴细胞亚群中的 NK 细胞可明显阻碍肿瘤细胞的增殖过程,CD3 可活化 T 细胞,CD4 与 CD8 等细胞,影响机体的免疫反应,在此类细胞的作用下可有效地维持患者机体免疫功能,加速患者康复过程^[5]。

本次研究中淋巴细胞亚群检测结果表明,肝癌患者机体免疫功能会受手术影响,而出现抑制现象。而人体免疫功可阻碍肿瘤形成、转移等,这意味着若想保障患者的预后质量,则需尽量控制手术对患者机体免疫功能形成的不良影响。在开腹手术中,患者机体所受创伤较大,其淋巴细胞亚群明显降低,表

明机体免疫功能受较严重的影响,这可能与患者脏器暴露于空气范围较大,与空气接触时间较长有关^[6]。而腹腔镜手术受切口较小、血流量较少等因素影响,不仅可有效地降低切口感染、术区渗血等术后并发症的发生率,还可减少淋巴细胞亚群受空气等因素影响,从而显著优化了手术治疗康复效果,改善了患者术后的机体免疫功能。本次研究数据表明,甲组患者的首次进食时间、术后并发症发生率、住院时间等康复指标与 NK、CD3、CD19、CD4/CD8 等机体免疫功能指标均优于乙组,差异显著($P<0.05$)。综上所述,在肝癌的治疗中,腹腔镜肝切除术比开腹肝癌左外叶切除术对患者康复影响更小,且可显著减轻手术对患者机体免疫功能的不良影响,有利于肝癌患者术后康复。

参考文献

[1]牛坚,汪海军,邵华,等.腹腔镜肝癌切除术对患者术后临床康复和体液免疫影响的临床对照研究[J].中国普外基础与临床杂志,2013,20(4):356-361
[2]康迎新,王琛,李徐生,等.腹腔镜与开腹肝切除术治疗肝癌的对比研究[J].中国微创外科杂志,2014,14(8):698-700
[3]易永祥,王建,王翔,等.腹腔镜与开腹肝癌左外叶切除术对患者临床康复和机体免疫功能的影响[J].中国老年学杂志,2015,35(23):6844-6846
[4]莫波,马娟,郝志楠,等.结肠癌应用腹腔镜以及开腹手术治疗对机体免疫功能的影响比较[J].中国内镜杂志,2016,22(6):24-26
[5]刘志春,姜玉石,张立献.腹腔镜下行肝左外叶切除治疗原发性肝癌的临床疗效分析[J].医学临床研究,2014,31(2):269-271
[6]张杰,郭媛,王卫,等.腹腔镜和开腹胃癌根治术对患者机体炎症反应和免疫功能的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2016,23(10):1153-1156

(收稿日期:2017-02-20)

直肠黏膜结扎加消痔灵注射合中药口服治疗直肠前突型便秘的临床疗效观察*

谢昌营¹ 盛加伟² 肖勋文³ 肖慧荣¹

(1 江西中医药大学附属医院 南昌 330006;2 江西中医药大学 2016 级研究生 南昌 330004;
3 江西中医药大学 2015 级研究生 南昌 330004)

摘要:目的:观察直肠黏膜结扎加消痔灵注射合中药口服治疗直肠前突型便秘的临床疗效。方法:采用直肠黏膜结扎加消痔灵注射合中药口服治疗Ⅱ度直肠前突型便秘 36 例,观察其临床疗效。结果:全部 36 例患者,经直肠黏膜结扎加消痔灵注射术合中药治疗,临床治愈 10 例,显效 15 例,有效 5 例,无效 6 例,总有效率 83.3%。结论:直肠黏膜结扎加消痔灵注射合中药口服在治疗直肠前突型便秘方面安全有效,效果显著,具有手术损伤小、痛苦轻、复发率低等优点。

关键词:直肠前突型便秘;直肠黏膜结扎;消痔灵注射;中药口服

中图分类号:R657.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.013

直肠前突又称阴道后壁膨出,是直肠前壁向阴道内突出的一种疾病,是引起女性排便困难的重要原因^[1]。直肠前突初始无任何症状,当粪便陷入向阴道膨出的直肠腔内时,才会出现排便困难的状况。此外,主要临床表现有排便不净感、肛门处的坠胀感

和梗阻感,排粪造影可见“鹅头征”。我院采用直肠黏膜结扎加消痔灵注射合中药口服治疗Ⅱ度直肠前突的患者取得满意疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院肛肠科 2014 年 9 月

* 基金项目:江西省卫生厅中医药科研计划课题(编号:20165334)

~2016 年 9 月诊断为Ⅱ度直肠前突的患者 36 例。患者均为女性,年龄 34~72 岁,平均年龄 46.1 岁。

1.2 诊断标准 根据《中医肛肠科常见病诊疗指南》^[2]制定。临床表现:排便困难、排便不净感、直肠内下坠感、便次可增多,严重者需手助排便;肛管直肠指诊:直肠指诊可触及直肠前壁园形、突向阴道薄弱区,用力排便时更加明显;排粪造影示直肠前突深度在 1.6~3.0 cm。

1.3 纳入标准 (1)符合Ⅱ度直肠前突诊断标准患者并有强烈要求手术的患者;(2)经过 3 个月正规的内科保守治疗后疗效不明显或症状无明显改善者,且从未接受过手术治疗的患者;(3)签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 (1)不符合诊断标准者;(2)有肛管直肠其他疾患(直肠脱垂、直肠炎、直肠占位性病变、肛周克罗恩病等);(3)患有精神系统疾病导致不能配合手术者。

1.5 治疗方法 采用直肠黏膜结扎加消痔灵注射合中药口服治疗。(1)术前准备:术前 1 d 口服番泻叶颗粒 15 g,术晨给予温生理盐水 1 000 ml 清洁灌肠 1 次。(2)腰麻后,取俯卧位,碘伏棉球肛周常规消毒。(3)直肠黏膜结扎术:首先结扎直肠前突区黏膜点,结扎应先中线后侧方,先上方后下方,结扎点排列为中线 1 点,两侧各 1 点,一共 3 点。如前突还存在,可在前突处结扎,但是结扎点不能超过 9 处。每个结扎点间的距离应保持 1 cm。(4)消痔灵注射术:取消痔灵注射液(国药准字 Z22026175)与 1%利多卡因按 1:1 比例混合,取混合药液 15~20 ml 在套扎点周围黏膜点状注射,注射后轻柔的将注射部位药液揉散。(5)肛内纳入太宁栓,无菌纱布加压包扎固定。(6)术后给予抗感染治疗 2 d,术后每天换药前用肛门洗剂熏蒸 5~10 min,外洗 1~2 min,九华痔疮栓 1 枚纳肛。术后第 2 天,给予中医辨证论治中药口服,以润肠通便、益气固脱为主,基本方:黄芪、党参、升麻、白芍、枳壳、白术、火麻仁、杏仁、柴胡、甘草;阳虚重者加肉苁蓉、川牛膝,血虚重者加首乌、当归,阴虚重者加玄参、麦冬、生地。水煎 3 次,混合取汁 1 000 ml,分 2 次口服。15 d 为 1 个疗程,连服 2 个疗程。

1.6 疗效观察标准 参照《中医肛肠科病证诊断疗效标准》^[3]来制定。临床治愈:患者体征及临床症状完全消失,大便后无不净感,术后排便通畅,排粪造影结果示直肠前突深度<5 mm;显效:患者体征及临床症状基本消失,大便后偶有不净感,术后排便偶

有不通畅感,排粪造影结果示直肠前突深度 5~8 mm;有效:患者体征及临床症状好转,术后排便仍需用力,便后仍有残便感,排便仍然有不通畅感,排粪造影结果示直肠前突深度 8~10 mm;无效:患者体征及临床症状未见明显改善,排粪造影结果示直肠前突深度 10~16 mm。

1.7 统计学方法 所得数据采用统计软件 SPSS 11.5 进行统计,计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

全部 36 例患者,经直肠黏膜结扎加消痔灵注射术加中药治疗,临床治愈 10 例,显效 15 例,有效 5 例,无效 6 例;总有效率 83.3%。所有病例未发生出血、直肠阴道瘘和局部感染。临床治愈患者随访 1~3 个月无复发。

3 讨论

便秘是一种临床多发病、难治病,多由于消化道多种疾病因素形成的原发性或继发性排便障碍的一类症候群。便秘一般分为出口梗阻型和慢传输型,而直肠前突是出口梗阻型便秘最常见的一种类型。直肠前突多发于女性,尤其多见于经产妇,偶发于前列腺切除后的男性。主要是由于女性阴道隔先天的薄弱,或者由于后天孕产、年老松弛、便秘等因素致使直肠阴道隔松弛,当患者在排便时导致腹压变大,从而引起直肠前壁逐渐突向阴道内侧,肌张力也随之下降,导致直肠前突发生。国内大多数学者认为直肠前突无症状和轻度患者无需治疗,对中度患者需酌情治疗;但是国外许多学者认为只要发现直肠前突均需手术治疗,以免病情加重^[4]。肠前突的手术治疗有:经直肠和阴道入路修补术、经腹腔镜直肠阴道固定术、直肠黏膜环切钉合术等;这些手术方式近期疗效显著,但存在手术过程繁琐、易并发感染等问题^[5-8]。

我们采用直肠黏膜结扎加消痔灵注射合中药口服治疗Ⅱ度直肠前突,是根据中医“急则治其标,缓则治其本”的原则制定的,手术解决梗阻为治标,术后配合中药调护为治本,标本同治,相得益彰,近期和远期疗效都得以实现。直肠黏膜结扎加消痔灵注射可以将前突的直肠前壁黏膜结扎,缩短直肠前壁黏膜,恢复直肠的顺应性,然后配合消痔灵柱状注射,起到黏连固定的作用;术后患者仍采用中医辨证论治指导下的中药口服治疗,可以起到润肠通便、益气固脱的作用,防止复发。经过 1~3 个月的随诊观察发现,该疗法近期与远期疗效显著。综上所述,直

肠黏膜结扎加消痔灵注射合中药口服在治疗直肠前突型便秘方面安全有效,效果显著,具有手术损伤小、痛苦轻、复发率低等优点。

参考文献

[1]吴孟超,吴在德.黄家驷外科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.1633-1638
[2]中华中医药学会.中医肛肠科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012.36
[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]钱海华,金黑鹰,曾莉.结直肠肛管疾病诊断与治疗新进展[M].上海:上海中医药大学出版社,2009.174-175
[5]刘任林,黄艳梅,何艳玲,等.改良手术治疗出口梗阻性便秘 52 例[J].江西中医药,2013,44(11):23-24
[6]宋健健,辛学知,许媛慧.直肠黏膜环切术联合阴道后壁修补术和自拟通便方在治疗女性直肠前突型便秘的应用[J].中华结直肠疾病电子杂志,2016,5(1):79-81
[7]高英杰,刘宝林,韩贵俊,等.荷包缝合加加疝补片修补法对直肠前突型便秘相关生活质量的影响[J].河北医学,2016,22(7):1127-1129
[8]刘莹,雍铁山,谭洪育,等.比较经肛吻合器直肠黏膜环形切除术与经直肠闭式修补术治疗直肠前突的临床疗效[J].当代医学,2016,22(14):63-64

(收稿日期:2017-02-14)

腹腔镜联合胆道镜治疗胆囊结石的临床研究

张萍

(河南省第二人民医院普外科 郑州 450000)

摘要:目的:研究腹腔镜联合胆道镜治疗胆囊结石的临床疗效。方法:选取我院 2008 年 4 月~2016 年 4 月收治的胆囊结石患者 400 例为研究对象,将其随机分为治疗组和对照组。治疗组采用腹腔镜联合胆道镜治疗,对照组采取常规的开腹切除手术治疗。比较分析两组患者治疗效果、手术时间、术中出血量、胃功能恢复时间、住院时间以及并发症发生情况。结果:治疗组患者的治疗成功率为 99.5%,对照组患者的治疗成功率为 82.5%,治疗组明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组患者手术时间、术中出血量、胃功能恢复时间以及住院时间均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组患者的并发症发生率为 1.0%,对照组患者的并发症发生率为 14.0%,差异显著($P<0.05$)。结论:采用腹腔镜联合胆道镜治疗胆囊结石患者效果较好,不仅可以缩短手术时间、住院时间以及胃功能恢复时间,还可以有效降低术中出血量,同时减少并发症的发生,安全性较高,值得临床应用。

关键词:胆囊结石;腹腔镜;胆道镜

中图分类号:R657.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.014

胆囊结石在外科临床较为常见,属于良性的胆道疾病,具有发病急、病情重的特点。随着医疗技术的不断进步,胆囊结石的检出率也在逐步升高^[1]。以往胆囊结石的主要治疗方式为传统的开腹切除,但切除术后容易出现各类并发症。近年来,腹腔镜联合胆道镜的方式被广泛应用到胆囊结石的治疗中,此方式属于微创手术的一种,具有创伤小、操作方便、术后恢复快、安全性高的特点,不但能保留胆囊术后功能的完整,还可降低并发症的发生,效果较为理想。基于此,我院做了相关研究,以分析腹腔镜联合胆道镜治疗胆囊结石的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院在 2008 年 4 月~2016 年 4 月收治的胆囊结石患者 400 例为研究对象,将其随机分为治疗组和对照组各 200 例。治疗组男性 115 例,女性 85 例,年龄 40~81 岁,平均年龄(57.5 ± 1.2)岁,病程 2~36 个月,平均病程(12.2 ± 1.6)个月;对照组男性 110 例,女性 90 例,年龄 41~80 岁,平均年龄(56.3 ± 1.5)岁,病程为 3~35 个月,平均病程(13.2 ± 1.3)个月。纳入标准:均经过 CT 以及 B 超检查,确诊为胆囊结石;对本次实验知情,且已签署同意书。排除标准:有严重精神疾病患

者;妊娠期或者哺乳期患者;心、肾、肝功能异常者;有手术禁忌症者;有上腹部手术史患者;不配合治疗者。两组患者在年龄、性别、病程等一般资料方面对比,无明显差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用常规的开腹切除术,治疗组采用腹腔镜联合胆道镜行保胆取石治疗。患者取仰卧位,在脐缘下作弧形切口,将气腹针插入,注入二氧化碳气体,腹内压保持在 12 mm Hg 左右,然后将套管针插入其内,置入腹腔镜,检查胆囊以及血管情况,最后确定是否将胆囊保留^[2]。在腹腔镜的引导下,在胆囊底部 1 cm 处作切口,若无黏连,可作牵引,从上腹的切口位置将胆囊提出,拆除气腹,而后将胆囊底部切开,并将胆囊壁悬挂,置入胆道镜,冲吸胆汁,采用取石篮将结石去除,对于较小的结石应采用 0.9%氯化钠注射液冲出,较大的结石应切开吸胆汁,塌陷后再取。取石结束后应在胆道镜下反复检查,确保无残留。最后取出胆道镜,逐层缝合胆囊,并纳入腹腔,气腹重新建立,并在腹腔镜下观察胆囊是否安全,拆除气腹和腹腔镜,缝合腹部切口^[3]。

1.3 疗效判定 手术成功:结石清除彻底,无胆囊息肉、无复发情况出现。手术失败:结石清除不彻底,且术后出现了胆囊息肉情况和结石复发情况。手术