

度易调控,可减少心排出量,扩张外周血管,降低血压及心率,减弱应激反应对心肌影响,术中血流动力学平稳,术后苏醒迅速,苏醒期不良反应少^[4]。

本研究结果显示,两组的 SpO₂ 在各时间段无明显变化,组间、组内比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$); 观察组 T₁、T₂、T₃ 时 HR、MAP 较 T₀ 时无明显变化,差异无统计学意义 ($P>0.05$); 对照组 T₁、T₂、T₃ 时 HR、MAP 较 T₀ 时出现明显变化,差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组 T₁ 时 Ramsay 评分低于对照组 ($P<0.05$); 观察组自主呼吸恢复时间、呼唤睁眼时间、拔管时间及苏醒期不良反应发生率均低于对照组 ($P<0.05$)。说明 AC 老年患者在腹腔镜

胆囊切除术中采用七氟醚联合瑞芬太尼麻醉的效果显著,术中循环平稳,术毕苏醒迅速,并发症少,值得临床推广应用。

参考文献

[1]Pellegrini P,Campana JP,Dietrich A,et al.Protocol for extended antibiotic therapy after laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis (Cholecystectomy Antibiotic Randomised Trial, CHART)[J].BMJ open,2015,5(11):e009502
[2]李雪,朱明.丙泊酚与瑞芬太尼静吸复合麻醉对老年腹腔镜下胆囊切除患者术后认知功能的影响[J].医学综述,2016,22(10):1970-1973
[3]陈孝平,汪建平.外科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.459-460
[4]李军,魏娟,刘鑫,等.七氟醚联合丙泊酚对老年患者腹腔镜胆囊切除术后早期认知功能的影响[J].中国药房,2015,26(9):1167-1169
(收稿日期:2017-07-25)

自动痔疮套扎器应用于Ⅱ~Ⅲ度痔疮治疗的效果分析

陆秀英

(广东省英德市中医院肛肠科 英德 513000)

摘要:目的:探讨自动痔疮套扎器应用于Ⅱ~Ⅲ度痔疮的治疗效果。方法:选取我院 2016 年 2 月~2017 年 1 月收治的 60 例Ⅱ~Ⅲ度痔疮患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 30 例,对照组采用常规外剥内扎术式;观察组采用自动痔疮套扎器。观察两组患者临床疗效、手术时间、术后 VAS 评分、疼痛持续时间及不良反应情况。结果:观察组治疗总有效率、不良反应发生率与对照组比较无显著差异 ($P>0.05$); 观察组手术时间、术后 VAS 评分、疼痛持续时间等均明显低于对照组 ($P<0.05$)。结论:自动痔疮套扎器应用于Ⅱ~Ⅲ度痔疮与常规外剥内扎术疗效相当,可明显改善患者痔疮脱出、便血及疼痛等临床症状,但该术式手术时间短,患者疼痛程度轻,更利于术后恢复。

关键词:Ⅱ~Ⅲ度痔疮;自动痔疮套扎器;手术时间;术后疼痛

中图分类号:R657.18

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.022

内痔脱出主要为直肠末端血管的结缔组织病理性下移或肥大,当内痔发展至Ⅱ度时,可逐渐向混合痔转变^[1]。临床治疗以手术为主,常见的手术方式为外剥内扎术,具有一定的疗效,但患者术后多表现出剧烈疼痛,且恢复较慢。近年来,随着医疗水平的不断提高,自动痔疮套扎器手术(RPH)广泛应用于肛肠外科,RPH 为微创术式,具有手术时间短、术后疼痛轻等优势,且操作简单^[2]。本研究探讨自动痔疮套扎器应用于Ⅱ~Ⅲ度痔疮的临床疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 2 月~2017 年 1 月收治的 60 例Ⅱ~Ⅲ度痔疮患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 30 例。对照组男 18 例,女 12 例;年龄 24~78 岁,平均年龄 (51.45± 7.23) 岁;Ⅱ度痔疮 14 例,Ⅲ度痔疮 16 例;合并肛乳头肥大 4 例,肛裂 3 例。观察组男 19 例,女 11 例;年龄 23~79 岁,平均年龄 (51.65± 7.47) 岁;Ⅱ度痔疮 13 例,Ⅲ度痔疮 17 例;合并肛乳头肥大 5 例,肛裂 3 例。两组患者性别、年龄、病情等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 手术方法 两组患者于术前 7 d 均停用抗凝药物及解热镇痛类药物,完善术前准备,于术前 1 h 给予开塞露对局部直肠进行清洁^[3]。

1.2.1 对照组 给予常规外剥内扎术治疗。常规消毒、铺巾,局部麻醉后进行手术,于齿线上 0.5 cm 剥离内痔,内痔创面尽可能保留>1 cm 的正常皮肤黏膜^[4]。

1.2.2 观察组 采用连发式痔疮套扎器 (型号:ZDFR-TZQ-01),对于单纯内痔的患者无须给予麻醉,混合内痔者给予 1.0%利多卡因肛周局部麻醉;指导患者取俯卧折刀位^[5],常规消毒、铺巾后将 RPH 肛门镜纳入,将镜芯取出后对肛门镜的位置进行调整,充分显露内痔团块、齿状线,对术野进行消毒并用干棉球擦拭干净^[6];连接外源负压抽吸系统及负压牵引接头,确认负压释放开关处于封闭状态;经肛门将枪管及发射头置入,对准目标,于负压下对组织进行抽吸,反复抽动枪管,以吸入更多病变组织^[7];当负压>-0.08 MPa 时,转动绕线轮,直至释放胶圈,同时扎注目标组织;每发射一颗胶圈需对线轮进行一次转动,将负压释放开关打开,释放被套扎组

织;将 2~3 ml 消痔灵混合液(消痔灵、利多卡因混合液)注入套扎组织黏膜下层,直至出现微血管像为止^[8];行梭形切口将痔组织剥离后于基底部进行缝扎、止血,尽量不对肛管皮肤造成损伤。如患者合并肛裂,予侧切扩肛措施;如合并肛乳头肥大,则予电刀切除^[9]。指导患者术后 2 d 无渣半流质饮食,禁食辛辣、刺激性食物,戒烟、酒,24 h 内避免排便,防止手术创面受刺激再出血^[10]。若患者大便干结则予福松软化大便,并指导患者大便过后进行高锰酸钾溶液坐浴,塞入太宁栓保护创面。术后口服抗生素 2~3 d,口服地奥司明片 7~14 d。

1.3 观察指标及标准

1.3.1 观察指标 观察两组患者临床疗效,相关指标(包括手术时间、术后 2 h VAS 评分、疼痛持续时间)及不良反应情况。

1.3.2 疗效判定标准 治愈:经治疗后,患者便血、疼痛或内痔脱出等临床症状完全消失,直肠下端结构恢复正常。有效:经治疗后,患者便血、疼痛或内痔脱出等临床症状显著改善,痔体缩小。无效:经治疗后患者症状、体征无改变或加重。总有效率=(治愈+有效)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 研究数据均经过 SPSS20.0 统计软件进行处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行 *t* 检验,计数资料以率表示,进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 两组患者临床疗效比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较				
组别	<i>n</i>	治愈(例)	有效(例)	总有效率(%)
观察组	30	16	13	96.67*
对照组	30	10	18	93.33

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者相关指标比较 观察组患者手术时间、术后 VAS 评分、疼痛持续时间等均明显低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者相关指标比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	手术时间(min)	术后 VAS 评分(分)	疼痛持续时间(h)
观察组	30	12.03±1.45*	2.74±0.56*	34.51±5.67*
对照组	30	20.99±2.64	5.97±0.97	70.36±7.79

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组不良反应比较 观察组术后出现肛门坠胀感 2 例,不良反应发生率为 6.67%(2/30);对照组术后出现肛门坠胀感 1 例,切口感染 2 例,不良反应发生率为 10.00%(3/30),两组不良反应比较无显著性差异, $P>0.05$ 。

3 讨论

随着我国医疗水平的提高及人们健康意识的提升,近年来对“痔”的本质认识不断加深,在对痔疮进行治疗时,对肛垫组织的保护十分重要。单纯痔疮可给予药物保守治疗,指导患者改善生活习惯、饮食^[11]。保守治疗无效或患者合并肛乳头瘤、肛裂等症状时需予以手术治疗,尤其当内痔进展为Ⅱ~Ⅲ度时,及时予以合适的手术治疗显得至关重要^[12]。

常规外剥内扎术需将组织剥离至齿线附近约 0.3~0.5 cm,可对部分肛垫组织造成损伤,且患者术后疼痛剧烈、持续时间长,不利于术后恢复。RPH 为通过负压吸引器产生负压,将松弛的痔上黏膜吸入套扎器并套上胶圈,于胶圈的弹性回缩下,对内痔血供或痔静脉倒流进行阻断,减少痔血液淤积及充血肥大现象发生,使痔萎缩、脱落。该术式可避免神经末梢受痔核基底套扎的破坏,患者术后疼痛程度较轻,且疼痛持续时间短。

本研究结果显示,观察组手术时间、术后 VAS 评分、疼痛持续时间均低于对照组, $P<0.05$;观察组治疗总有效率、不良反应发生率与对照组比较无显著差异($P>0.05$)。说明自动痔疮套扎器应用于Ⅱ~Ⅲ度痔疮与常规外剥内扎术疗效相当,可明显改善患者痔疮脱出、便血及疼痛等临床症状,但该术式手术时间短,患者疼痛程度轻,更利于术后恢复。

参考文献

[1]吴晓志,罗国富.自动痔疮套扎术加外痔切除联合中药内服外洗治疗混合痔疗效观察[J].四川中医,2016,35(10):153-155
[2]仲丙广.自动痔疮套扎联合悬吊固定术治疗高危人群内痔临床疗效分析[J].深圳中西医结合杂志,2015,25(12):12-13
[3]胡响当,李帅军,罗敏,等.自动痔疮套扎术(RPH)结合剪刀结扎术治疗混合痔的临床研究[J].中国中医急症,2016,25(3):403-404
[4]李狄,黄祖仁.自动痔疮套扎术加硬化剂注射术治疗轻中度内痔的临床观察[J].西北国防医学杂志,2012,33(1):31-32
[5]袁和学,曾宪东,殷志韬.超声多普勒引导下痔动脉结扎联合自动痔疮套扎术治疗痔病[J].中国现代医学杂志,2015,25(28):102-105
[6]杜国明.自动痔疮套扎术联合消痔灵注射液治疗 45 例痔病的效果观察[J].中国现代药物应用,2015,9(17):181-182
[7]麦昌文.自动痔疮套扎术联合外痔切除术治疗混合痔的临床观察[J].右江民族医学院学报,2014,36(3):388-389
[8]李铂,武彪.痔上黏膜环切吻合术联合自动痔疮套扎术治疗直肠内黏膜脱垂的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2012,5(34):105-106
[9]曹阳,高鹏,王翠华,等.微创自动痔疮套扎联合改良硬化剂注射术治疗 300 例重度痔病[J].广东医学,2012,33(11):1616-1618
[10]冯建荣,王斌,魏连刚,等.自动痔疮套扎器结合聚桂醇注射术治疗直肠前突 30 例临床观察[J].九江学院学报:自然科学版,2015,30(2):76-78
[11]董佳容,毛旭明,李琰.自动痔疮套扎术联合消痔灵治疗痔病 128 例[J].上海中医药杂志,2014,60(2):62-64
[12]彭小明.自动痔疮套扎术治疗 112 例痔疮出血临床疗效分析[J].中国民族民间医药,2013,22(19):50

(收稿日期:2017-07-11)