

3 讨论

目前,多认为老年患者术后苏醒延迟、认知障碍的发生可能与围术期强烈、持续的应激刺激、麻醉药物作用和易感基因等因素综合作用导致中枢神经胶质细胞损伤、神经递质稳态失调有关,加上老年患者可能出现不同程度的脑退行性改变,更易出现术后苏醒延迟和认知障碍,影响其学习和记忆能力,延长术后住院时间,不利于患者预后,同时增加老年痴呆的发生风险^[9]。相关研究显示^[6],麻醉药物、麻醉方法等均为患者术后认知功能障碍发生的危险因素。全身麻醉容易导致麻醉药物在体内蓄积,增加术后呼吸抑制的发生风险,加上手术创伤刺激炎症反应,可能进一步加重神经毒性危害,导致术后认知功能不同程度受损。复合硬膜外麻醉可有效减少全麻用药总量和体内药物残留,且具有良好的术后镇痛效果,可能产生中枢神经和外周神经双重阻滞,减轻手术应激向中枢系统传导,降低炎症反应,稳定内分泌系统,避免应激激素水平的升高,促进患者术后舒适及意识平稳恢复。

本研究结果显示,观察组麻醉用药总量低于对照组,术后苏醒质量高于对照组,认知功能障碍发生率低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。综上所述,老年患者行膝关节置换术时行全麻复合硬膜外麻醉可有效减少术中麻醉用药总量,降低术后认知功能障碍发生率,提高术后苏醒质量。

参考文献

[1]梅雷,涂立刚.腰硬联合麻醉与气管插管全麻应用于人工全膝关节置换术的临床观察[J].中国医药指南,2014,12(34):223-224
[2]李强,陈向阳,冯虎,等.人工膝关节置换术治疗骨关节炎膝外翻畸形临床研究[J].徐州医学院学报,2013,33(11):753-754
[3]刘志莲.硬膜外麻醉与全身麻醉对老年患者术后认知功能的影响[J].检验医学与临床,2013,10(14):1790-1791
[4]陈小涛,刘凌燕,苟莲平,等.老年骨科手术患者行全身麻醉和硬膜外麻醉对术后认知功能的影响[J].中国医药指南,2014,12(24):29-30
[5]Liu J, Ma C, Elkassabany N, et al. Neuraxial anesthesia decreases postoperative systemic infection risk compared to general anesthesia in knee arthroplasty[J]. Anesth Analg, 2013, 117(4): 1010-1016
[6]陈慧君.不同麻醉术式对膝关节置换术后老年患者苏醒时间及认知功能恢复的影响分析[J].中国伤残医学, 2017, 25(4): 66-67

(收稿日期: 2018-06-14)

吻合器痔上黏膜环切术治疗痔疮的临床效果

晏江会

(河南省郑州市中牟县人民医院泌尿外科 中牟 451450)

摘要:目的:探讨吻合器痔上黏膜环切术治疗痔疮的临床效果。方法:选取我院 2016 年 1 月~2018 年 1 月收治痔疮患者 110 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 55 例。对照组采用传统痔疮切除术治疗,观察组采用吻合器痔上黏膜环切术治疗,比较两组临床疗效、手术相关指标、治疗前后疼痛评分以及术后并发症发生率。结果:观察组临床总有效率明显高于对照组,手术时间、伤口愈合时间、住院时间、术中出血量均显著低于对照组, $P<0.05$;治疗前,两组 NRS 评分比较无显著性差异, $P>0.05$;治疗后,观察组 NRS 评分、并发症发生率均明显低于对照组, $P<0.05$ 。结论:采用吻合器痔上黏膜环切术对痔疮患者实施治疗效果显著,可促进患者康复,改善预后,有较高的安全性,具有临床推广价值。

关键词:痔疮;吻合器痔上黏膜环切术;传统痔疮切除术

中图分类号:R657.18

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.016

痔疮属于肛肠科常见病,患者多以久坐或久站人群为主,其主要是因患者肛门直肠下段部位组织因重力及脏器压迫,致使静脉向上回流受阻,进而所引发血液淤积的疾病,发病后,患者多可见疼痛、便血等症状,不仅影响患者健康,同时还会给患者心理造成极大负担^[1-2]。目前,手术是临床上治疗痔疮的常用方式,传统的痔疮切除术虽能够在很大程度上改善患者病情,但其创伤性较大,术后容易引起并发症^[3]。随着研究的深入,临床上逐渐将吻合器痔上黏膜环切术应用于该病的治疗中,并取得了一定的效果,故本研究以我院收治痔疮患者为例,旨在探讨吻合器痔上黏膜环切术治疗痔疮的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院 2016 年 1 月~2018 年 1 月收治痔疮患者 110 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 55 例。对照组男 32 例,女 23 例;年龄 26~66 岁,平均 (38.5 ± 3.5) 岁;观察组男 34 例,女 21 例;年龄 25~65 岁,平均 (37.7 ± 3.8) 岁。两组性别、年龄等一般资料进行比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:患者均知情同意,并签署知情同意书;患者均对本研究耐受,可配合治疗;患者均意识清醒,无意识障碍或精神疾病。(2)排

除标准:伴有严重肝肾功能不全者;伴有凝血功能障碍者;对本研究不耐受或依从性差者。

1.3 手术方法 术前做好各项药品、手术器械准备。

1.3.1 观察组 采用吻合器痔上黏膜环切术进行治疗。取患者截石位,利用碘伏对患者肛门及会阴处进行消毒,然后以罗哌卡因行腰麻处理,利用无损伤钳夹住肛门周边皮肤及母痔,将痔疮后部皮肤与直肠拉开,行扩肛处理,然后在肛内放置肛镜及缝合器,并利用 7 号线进行缝合处理,然后取出缝扎器,同时舒张扩张器,确保吻合器首部达到环扎上部后开始打结,同时拉出吻合器,进行适当牵引,最后对切口行止血处理。

1.3.2 对照组 采用传统痔疮切除术进行治疗。局麻后,给予患者扩肛处理,显露痔核,明确病灶,以病灶情况确定切除面积;然后利用组织钳钳夹病变部位,并向外拉开,以促使痔底部得到充分暴露,明确内痔顶部及根部为贯穿状,然后夹住动脉,以 V 型切口暴露外痔;对肛门括约肌进行钝性或锐性分离,促使其分散至外部痔核处,将痔核分离至齿状线;最后,利用血管钳夹断内痔尾处,同时将内痔与外痔切除,完成手术。

1.4 观察指标及疗效评价标准 比较两组临床总有效率、相关手术指标,治疗前后两组疼痛评分情况及术后并发症发生情况。(1)疗效评价标准:治疗后,患者疼痛、便血等症状均消失,脱垂黏膜带消失,为显效;治疗后,患者疼痛、便血等症状显著改善,为有效;治疗后,患者症状无明显改善,为无效^[4]。总有效=(显效+有效)/总例数×100%。(2)采用疼痛数字评分法(NRS)对两组治疗前后疼痛程度进行评估,量表分为 0~10 分,其中 0 分为无痛,10 分为剧痛,分值与疼痛程度成正相关^[5]。(3)手术相关指标包括手术时间、术中出血量、伤口愈合时间、住院时间等。

1.5 统计学分析 以 SPSS20.0 统计学软件处理数据资料,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组的治疗总有效率明显高于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
观察组	55	32(58.2)	19(34.5)	4(7.3)	51(92.7)
对照组	55	20(36.4)	22(40.0)	13(23.6)	42(76.4)
χ^2					5.64
<i>P</i>					<0.05

2.2 两组手术相关指标比较 观察组在手术时间、伤口愈合时间、住院时间、术中出血量方面均明显低于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组手术相关指标比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	手术时间(min)	伤口愈合时间(d)	住院时间(d)	术中出血量(ml)
观察组	55	45.5±2.5	8.0±1.3	3.2±0.8	80.5±5.2
对照组	55	62.8±4.9	16.2±2.2	5.8±1.1	98.9±6.4
<i>t</i>		23.323	23.798	14.176	16.548
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组治疗前后 NRS 评分比较 治疗前,两组 NRS 评分比较无显著性差异, $P>0.05$;治疗后,观察组明显低于对照组, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组治疗前后 NRS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	55	5.9±0.8	1.2±0.2
对照组	55	5.8±0.9	2.9±0.5
<i>t</i>		0.616	23.412
<i>P</i>		>0.05	<0.05

2.4 两组并发症发生情况比较 观察组有 2 例患者发生肛门坠胀,占 3.6%;对照组有 11 例发生并发症,其中肛门坠胀 5 例,切口出血 3 例,痔块脱垂 3 例,占 20.0%:观察组并发症发生率明显低于对照组($\chi^2=7.07, P=0.008$)。

3 讨论

痔疮为临床上发病率较高的一种肛肠疾病,其主要是由人体直肠末端黏膜下及肛管皮肤下静脉丛发生突出弯曲及扩张所致^[6]。当直肠后端及肛缘皮下及肛管黏膜底部静脉丛发生曲张、淤血,则极易造成血管扩张,从而诱发瘤样病变,即痔疮。该病发生后多可见便血、疼痛、坠肛、脱肛等症状,对患者健康及正常工作、生活造成困扰。患者多为久坐或久站人群,随着生活及工作压力的增大,该病的发生率也逐渐呈上升趋势^[7]。

目前,传统的痔疮切术为临床上治疗痔疮较为常用的一种手术类型,其主要是以“静脉曲张学说”为基础而进行治疗的一种术式,主要通过痔下缘、黏膜交界处切开适当大小的 V 型切口,然后进行逐层剥离,直至根部,进而进行局部结扎、切除痔核的治疗方式,可在一定程度上改善患者病情,并有利于促进患者便血、疼痛等症状缓解、消失,但该治疗方式也有不足之处,其创伤性较大,术后极易导致患者产生较为明显的疼痛感,其术后伤口愈合时间长,不利于患者及早恢复^[8]。随着研究的深入,临床上逐渐将吻合器痔上黏膜环切术应用于痔疮患者的治疗中,该治疗方式是一种新型术式,主要以“肛垫学说”

为基础的手术方式,有学者^[9]认为肛垫为血管性衬垫,为肛管局部正常组织结构,包含血管、结缔组织、平滑肌等,能够有效预防肛垫向下滑脱现象发生,随着年龄的增大,人体 Treitz 肌往往会发生退行性病变,进而极易造成肛垫下移,导致痔形成。吻合器痔上黏膜环切术则主要是通过环形方式将痔上方的直肠黏膜脱垂带切除,从而促使脱肛肛垫回纳至肛管内,有利于恢复肛管的正常解剖结构。另外,吻合器痔上黏膜环切术还可有效地清除痔发病的根源,该治疗方式的创伤较小,且能够显著减少患者的疼痛感,有利于患者伤口及早恢复,故而更易于被患者接受。

本研究结果显示,观察组临床总有效率显著高于对照组,手术时间、伤口愈合时间、住院时间、术中出血量均显著低于对照组, $P<0.05$;治疗前,两组 NRS 评分比较无显著性差异, $P>0.05$;治疗后,观察组 NRS 评分明显低于对照组, $P<0.05$;观察组并发症发生率明显低于对照组, $P<0.05$ 。提示吻合器痔上黏膜环切术在改善痔疮患者病情方面可发挥积极作用。为尽可能地提高痔疮的治疗效果,在给予患者该病吻合器痔上黏膜环切术治疗时,还需注意在手术过程中,需一同切除外痔,尽可能减少致病因

素,以防发炎、水肿等现象发生。此外,术中需合理控制操作手法,以防损伤患者皮肤。综上所述,痔疮经吻合器痔上黏膜环切术治疗效果显著,且具有较高的安全性,可具有临床推广价值。

参考文献

[1]陈锦珍,向德志,耿兴琳,等.改良吻合器痔上黏膜环切术与传统手术治疗中重度痔疮的疗效比较[J].现代中西医结合杂志,2013,22(16):1759-1760,1768
[2]阮宁,陈志华,林夏冰.选择性痔上黏膜切除术与吻合器痔上黏膜环切钉合术治疗重度内痔的临床疗效对比[J].中华胃肠外科杂志,2013,16(7):645-647
[3]黄俊,何文涛,胡娜.吻合器痔上黏膜环切术与传统手术对重度痔疮的疗效及预后的影响比较[J].中国现代普通外科进展,2017,20(8):648-650
[4]李洪爽.对比吻合器痔上黏膜环切术与传统痔疮切除术治疗痔疮的临床效果[J].中国医药指南,2017,15(32):71-72.
[5]赵根隆,陈裕.吻合器痔上黏膜环切术与传统痔切除术治疗Ⅲ度混合痔的临床对比研究[J].新乡医学院学报,2014,31(8):646-648
[6]马琳.伞状缝合技术在吻合器痔上黏膜环切钉合术治疗重度混合痔的临床效果研究[J].中国临床医生杂志,2016,44(3):76-79
[7]毕轶,杨国兴,王钰红,等.吻合器痔上黏膜环切术治疗Ⅲ、Ⅳ度内痔的术后并发症及临床疗效[J].检验医学与临床,2017,14(8):1146-1148
[8]鞠大闯.选择性痔上黏膜切除术与痔上黏膜环切钉合术治疗痔的临床疗效比较[J].中华胃肠外科杂志,2015,18(12):1266-1268
[9]邓明,袁海涛.吻合器痔上黏膜环切术与外剥内扎手术治疗环状混合痔的效果及安全性差异[J].安徽医药,2016,20(1):150-151

(收稿日期: 2018-08-22)

影响长期血透患者生存质量的相关因素及干预对策分析

贺晓芬 李秋玲 徐培

(河南省焦作市第二人民医院血液净化室 焦作 454001)

摘要:目的:探讨影响长期血透患者生存质量的相关因素及干预对策。方法:选取 2015 年 2 月~2017 年 12 月于我院进行长期血液透析的 120 例患者为研究对象,应用中文版 SF-36 健康状况调查问卷量表以及自制一般资料调查问卷进行调查,分析影响患者生存质量的相关因素,提出有效的干预对策。共发放问卷 120 份,回收有效问卷 115 份,有效回收率为 95.83%。结果:长期血透患者生理功能、生理职能、躯体疼痛、精力、社会功能、情感职能、精神健康、总体健康得分均显著低于中国常模($P<0.05$);年龄、经济收入、并发症、负性心理、社会支持为影响长期血透患者生存质量的主要因素($P<0.05$)。结论:年龄、经济收入、并发症、心理因素、社会支持是影响长期血透患者生存质量的主要因素。

关键词:血液透析;长期;生存质量;影响因素;对策

中图分类号:R692.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.017

维持性血液透析作为一种肾脏替代治疗,是终末期肾脏疾病的主要治疗方法,约 90%的透析患者需行维持透析治疗^[1]。但长期透析会引发贫血、心衰、营养不良、高血压病、疲乏等并发症,对患者的生存质量造成严重影响^[2]。长期生存率和生存质量是评价透析效果的两项重要指标,随着血液透析技术的不断发展,维持性血液透析患者的长期生存率已得到明显提高,但其生存质量若未能改善,对患者及其

家庭而言都是一种巨大的负担^[3]。因此,探讨影响长期血透患者生存质量的因素并进行干预对提高其生存质量有着重要意义。本研究拟通过对我院长期血透患者生存质量的影响因素进行研究,并提出相应干预对策,旨在为提高长期血透患者生存质量提供参考依据。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月~2017 年 12 月