

参考文献

[1] 陈静,阮流刚,张洪洋. 房角分离术辅助治疗合并白内障的闭角型青光眼的疗效[J]. 国际眼科杂志, 2016, 16(2): 287-289.

[2] 李成钢,陈年均. 超声乳化联合房角分离术治疗闭角型青光眼合并白内障的临床疗效[J]. 眼科新进展, 2013, 33(2): 182-183.

[3] Asrani S, Zeimer R, Wilensky J, et al. Large diurnal fluctuations in intraocular pressure are an independent risk factor in patients with glaucoma[J]. J Glaucoma, 2000, 9(2): 134.

[4] Sultan MB, Mansberger SL, Lee PP. Understanding the Importance of IOP Variables in Glaucoma: A Systematic Review[J]. Surv Ophthalmol, 2009, 54(6): 643-662.

[5] 刘旋. 白内障超声乳化联合房角分离手术治疗闭角型青光眼合并白内障[J]. 中国实用眼科杂志, 2011, 29(10): 1088-1090.

[6] 葛坚. 眼科学[M]. 北京: 高等教育出版社, 2004: 244-250.

[7] Cackett P, Vallance J, Cobb C, et al. South-East Scotland trabeculectomy? My survey[J]. Eye (Lond), 2007, 21(1): 46-51.

[8] 张顺华, 卞爱玲, 刘小力, 等. 高眼压状态下行晶状体摘除联合房角分离术治疗急性闭角型青光眼的疗效[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2014, 16(10): 594-598.

[9] 姚克. 青光眼白内障联合手术需重视的若干问题[J]. 中

华眼科杂志, 2013, 49(5): 385-388.

[10] Dooley I, Charalampidou S, Malik A, et al. Changes in intraocular pressure and anterior segment morphometry after uneventful phacoemulsification cataract surgery[J]. Eye(Lond), 2010, 24(4): 519-526.

[11] Harmohina B, John HK, Robert NW. Intraocular pressure measurements throughout the 24 h[J]. Curr Opin Ophthalmol, 2009, 20(2): 79-83.

[12] Liu CJ, Cheng CY, Ko YC, et al. Determinants of long-term intraocular pressure after phacoemulsification in primary angle-closure glaucoma[J]. J Glaucoma, 2011, 20(9): 566-570.

[13] Su WW, Chen PY, Hsiao CH, et al. Primary phacoemulsification and intraocular lens implantation for acute primary angle-closure[J]. PLoS One, 2011, 6(5): e20056.

[14] 赵阳, 李树宁, 王宁利, 等. 青光眼合并白内障患者治疗方案中的手术顺序探讨[J]. 中国实用眼科杂志, 2010, 28(8): 811-812.

[15] Wang N, Chintala SK, Fini ME, et al. Ultrasound activates the TM ELAM-1/IL-1/NF-kappaB response: a potential mechanism for intraocular pressure reduction after phacoemulsification[J]. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2003, 44(5): 1977-1981.

(收稿日期: 2016-12-16 修回日期: 2017-01-07)

• 临床研究 •

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*

毕 轶, 杨国兴, 王钰红, 江永平, 郭爱东, 田贺永
(河北省唐山市玉田县医院外三科 064100)

摘要:目的 研究吻合器痔上黏膜环切术(PPH)治疗Ⅲ、Ⅳ度内痔的术后并发症及临床疗效。方法 随机选取该院 2014 年 5 月至 2016 年 5 月收治的Ⅲ、Ⅳ度内痔患者 200 例, 依据治疗方法将患者分为改良 PPH 术式组(干预组, $n=100$)和传统 PPH 术式组(对照组, $n=100$), 对 2 组患者的术后并发症及临床疗效等进行统计分析。结果 干预组患者治疗的总有效率 96.0%(96/100)显著高于对照组的 80.0%(80/100), 差异有统计学意义($P<0.05$); 干预组手术时间、水肿消退时间、创面愈合时间及住院时间均显著短于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 干预组少量出血、创面疼痛、肛缘水肿发生率均显著低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 干预组肛门狭窄、肛门瘙痒、控便能力降低发生率均显著低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 干预组肛缘皮赘发生率显著高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 改良吻合器痔上黏膜环切术治疗Ⅲ、Ⅳ度内痔的术后并发症较少, 临床疗效较显著。

关键词:吻合器痔上黏膜环切术; 内痔; 术后并发症; 临床疗效

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.08.038 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)08-1146-03

意大利学者于 1998 年通过特制吻合器环形切除直肠下端黏膜及黏膜下层组织, 从而形成了Ⅲ、Ⅳ度脱垂内痔的治疗新方法, 即吻合器痔上黏膜环切术(PPH)。其手术原理符合痔发生发展的病理生理机制, 在国内外得到广泛认可并开始被应用于临床^[1]。国内于 2000 年 7 月开始应用此技术, 河北省内各级医院虽不同程度开展该术式, 但远未能完全普及, 有待进一步优化推广, 以取得更好的社会及经济效益^[2]。本研究分析了

PPH 治疗Ⅲ、Ⅳ度内痔的术后并发症及临床疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取本院 2014 年 5 月至 2016 年 5 月收治的Ⅲ、Ⅳ度内痔患者 200 例, 所有患者均符合《痔临床诊治指南》中Ⅲ、Ⅳ度内痔的诊断标准^[3], 均知情同意; 将肛门完全失禁、严重心肝肾功能障碍等患者排除在外。依据治疗方法将这

* 基金项目: 河北省卫生和计划生育委员会医学科研项目(1020140136)。

些患者分为改良 PPH 术式组(干预组, $n=100$)和传统 PPH 术式组(对照组, $n=100$)。干预组患者中男 63 例,女 37 例;年龄 22~67 岁,平均(37.4±6.3)岁;病程 2~15 年,平均(4.6±1.6)年;83 例患者为Ⅲ度内痔,17 例患者为Ⅳ度内痔。对照组患者中男 61 例,女 39 例;年龄 23~67 岁,平均(38.6±4.5)岁;病程 3~15 年,平均(4.9±1.7)年;80 例患者为Ⅲ度内痔,20 例患者为Ⅳ度内痔。2 组患者的一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者接受传统 PPH 术式治疗。干预组患者接受改良 PPH 术式治疗,具体操作为:术前 1 d 晚上对患者进行灌肠,手术当天清晨督促患者禁饮食;让患者取膀胱截石位,对患者进行腰部麻醉;采取术中黏膜下注射技术预制保护性水垫,对痔核分布及脱垂情况进行观察;扩肛到容纳 4 指,用 3 把无创钳将肛管环夹住,将肛管扩张器置入,在 1、5、7、11 点位置缝针固定后将内芯取出,充分利用肛管扩张器,将肛镜缝扎器置入,对脱垂黏膜进行观察;对患者进行缝扎,用旋转缝扎器在齿状线上方 3.5 cm 处对直肠缝扎 1 圈,直到黏膜下层,然后将缝扎器退出。如果患者为女性,则在对其直肠进行缝合的过程中将左右食指向阴道深入,有效避免缝入阴道后壁黏膜的现象。最大限度地张开吻合器头部,将其向环扎处上端伸入,将缝线收紧、打结,然后从吻合器侧孔将结扎线带出,在此过程中充分利用带线器,之后对结扎线进行持续牵引,对吻合器进行顺时针旋转将其收紧,将吻合器的保险装置打开,将吻合器关闭 20 s,有效发挥其止血作用;之后对吻合器逆时针旋转 1 周后将其取出,肛镜下对结扎环出血情况进行观察。

1.3 疗效评定标准 如果治疗后 2 个月内患者的内脱垂痔块完全回缩,同时间歇性便后出血情况完全消失,则评定为痊愈;如果治疗后 2 个月患者的内脱垂痔块基本回缩,同时间歇性便后出血情况基本消失,则评定为显效;如果治疗后患者的内脱垂痔块部分回缩,仍然有劳累后便后出血出现或大便干结情况,则评定为有效;如果治疗后患者的内脱垂痔块没有显著回缩,同时间歇性便后出血情况也没有得到显著改善,则评定为无效^[4]。

1.4 观察指标 记录 2 组患者的手术时间、水肿消退时间、创面愈合时间及住院时间,同时观察 2 组患者术后出血、创面疼痛、下腹不适、肛缘水肿、肛门坠胀等并发症发生情况,并对其肛门狭窄、肛门失禁、肛门瘙痒、肛缘皮赘、控便能力降低等进行观察,以评定其肛门功能。

1.5 统计学处理 采用软件 SPSS20.0 统计分析数据,用 Ridit 分析计数资料;计数资料采用例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者的临床疗效比较 干预组患者治疗的总有效率 96.0%(96/100)显著高于对照组的 80.0%(80/100),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者的临床疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
干预组	100	64(64.0)	20(20.0)	12(12.0)	4(4.0)	96(96.0)
对照组	100	18(18.0)	40(40.0)	22(22.0)	20(20.0)	80(80.0)

注: $\chi^2=5.02, P<0.05$ 。

2.2 2 组患者的手术时间、水肿消退时间、创面愈合时间及住院时间比较 干预组患者的手术时间、水肿消退时间、创面愈合时间及住院时间均显著短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者的手术时间、水肿消退时间、创面愈合时间及住院时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	水肿消退时间 (d)	创面愈合时间 (d)	住院时间 (d)
干预组	100	19.6±4.6	2.4±0.7	7.7±1.4	4.2±2.3
对照组	100	53.1±5.2	6.2±1.8	28.3±3.5	10.1±3.0
t		4.303	3.182	2.776	2.571
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 2 组患者的术后并发症发生情况比较 干预组患者的少量出血、创面疼痛、肛缘水肿发生率均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);但 2 组患者的多量出血、下腹不适、肛门坠胀发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

2.4 2 组患者的肛门功能比较 干预组患者的肛门狭窄、肛门瘙痒、控便能力降低发生率均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);干预组患者的肛缘皮赘发生率显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组患者的肛门失禁发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 4。

表 3 2 组患者的术后并发症发生情况比较[n(%)]

组别	n	少量出血	多量出血	创面疼痛	下腹不适	肛缘水肿	肛门坠胀
干预组	100	39(39.0)	9(9.0)	53(53.0)	13(13.0)	15(15.0)	23(23.0)
对照组	100	71(71.0)	11(11.0)	85(85.0)	9(9.0)	29(29.0)	19(19.0)
χ^2		7.38	2.71	9.35	4.61	11.14	5.35
P		<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05

表 4 2 组患者的肛门功能比较[n(%)]

组别	n	肛门狭窄	肛门失禁	肛门瘙痒	肛缘皮赘	控便能力降低
干预组	100	3(3.0)	0(0.0)	9(9.0)	25(25.0)	5(5.0)
对照组	100	11(11.0)	0(0.0)	25(25.0)	11(11.0)	17(17.0)
χ^2		6.63	0.10	9.21	11.34	13.28
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

随着社会进步及经济发展,人们的工作状态、生活习惯等逐渐发生改变,导致痔的发病率居高不下,且青中年患者有逐步增多趋势。其中Ⅲ、Ⅳ期患者手术率较高,严重影响患者的工作、生命质量^[6]。PPH 是依据肛垫下移学说于 20 世纪末开始发展的痔治疗新术式,因其有损伤小、恢复快等特点发展较快。但由于该术式使用专门器械,导致费用较昂贵,加之各地经济发展不平衡,未能使这项先进术式在临床上普及。随着时间的推移,传统 PPH 术式存在的术后疼痛、出血及吻合口狭窄等并发症问题逐渐突出。其重要原因是传统 PPH 术式未能正确有效地进行黏膜下荷包缝合,导致切除不够或过多损伤直肠固有肌层等深部组织^[6-8]。笔者对传统 PPH 手术进行改良,通过术中应用黏膜下注射技术,在荷包缝合前预先分离直肠黏膜与固有肌层,同时对术区直肠固有肌层等深部组织形成保护性水垫,减少手术并发症的发生,缩短住院时间,有利于向广大医疗机构进一步推广^[9-10]。本研究结果表明,干预组患者治疗的总有效率显著高于对照组,手术时间、水肿消退时间、创面愈合时间及住院时间均显著短于对照组,少量出血、创面疼痛、肛缘水肿发生率均显著低于对照组,肛门狭窄、肛门瘙痒、控便能力降低发生率均显著低于对照组,肛缘皮赘发生率显著高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),说明改良 PPH 更能减少Ⅲ、Ⅳ期脱垂内痔的手术中出血、副损伤,减少术后并发症的发生,进一步缩短住院时间,使患者能够尽早回归社会,创造更大的经济与社会效益。

总之,改良 PPH 治疗Ⅲ、Ⅳ度内痔的术后并发症较少,临床疗效较显著,值得推广。

参考文献

[1] 汪建平. 中华结直肠肛门外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2014:631.

[2] 张居易. 改良痔上黏膜环切术治疗重度痔的临床疗效[D]. 重庆:重庆医科大学, 2012.

[3] 任毅龙. 吻合器痔上黏膜环切术治疗重度内痔疗效探讨[J]. 长治医学院学报, 2014, 28(6): 428-430.

[4] 唐海明, 陆彩忠, 王明华, 等. 消肿化痔汤治疗混合痔术后肛缘水肿的临床观察[J]. 中医药信息, 2014, 31(1): 87-89.

[5] 赵燕, 李成林, 杨鹤鸣, 等. 改良 PPH 治疗老年人重度脱垂痔 120 例临床观察[J]. 结直肠肛门外科, 2011, 17(1): 36-37.

[6] 刘大丰, 吴神天. 吻合器痔上黏膜环切术治疗Ⅲ、Ⅳ环状混合痔 125 例临床体会[J]. 江西医药, 2013, 24(10): 874-876.

[7] 张勇, 汪海君, 藤兴莲, 等. PPH 与传统开放式外剥内扎术治疗重度环状混合痔的对比研究[J]. 中国肛肠病杂志, 2010, 30(10): 25-27.

[8] 马培炳, 刘燕, 刘忠. 带光源枪式肛肠套扎器治疗 212 例内痔的体会[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(11): 1375-1376.

[9] 郑达武, 劳景茂, 罗永香. 血管结扎束在混合痔手术中的应用研究[J]. 检验医学与临床, 2014, 11(16): 2265-2266.

[10] 罗永平, 刘海涛. 吻合器齿线上黏膜环切术治疗混合痔 65 例疗效分析[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(22): 3024-3025.

(收稿日期:2017-01-05 修回日期:2017-01-24)

24 例唐氏综合征患儿合并症及发病因素分析*

王玉丰¹, 田秀娟², 唐青蓝¹, 李志霞¹, 代霖虹³, 邢晓为^{1△}

(1. 海南省第三人民医院检验科, 三亚 572000; 2. 海南省三亚市妇幼保健院妇产科 572000; 3. 海南省三亚市人民医院妇产科 572000; 4. 中南大学湘雅三院医学实验中心, 长沙 410013)

摘要:目的 分析海南省三亚地区 24 例唐氏综合征(DS)活产婴儿的临床合并症及相关发病因素,为 DS 三级预防提供科学依据。**方法** 选取 2010 年 10 月至 2013 年 6 月海南省第三人民医院、三亚市人民医院及三亚市妇幼保健院妇产科分娩的 24 例 DS 新生儿作为调查对象。新生儿经产科医师详细体检,对临床疑似 DS 的新生儿通过外周血染色体检查确诊,并分析 DS 患儿及其产妇产的临床特征。**结果** 24 例 DS 患儿均为三体型,男占 75.00%,女占 25.00%;患儿以第 1、第 2 胎者居多,共占 83.33%;患儿合并有脏器畸形者占 62.50%;24 例 DS 患儿的产妇产中位年龄为 29.83 岁;除 1 例产妇产前曾接受唐氏筛查结果为低风险外,其余 23 例均未接受产前唐氏筛查或产前诊断。**结论** DS 患儿多数合并重要脏器畸形;加强产前筛查及产前诊断是避免 DS 患儿出生的主要措施。

关键词: 新生儿; 唐氏综合征; 产妇产; 合并症; 发病因素

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.08.039 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)08-1148-03

唐氏综合征(DS)又称为 21-三体综合征及先天愚型,是新生儿出生缺陷中发病率最高的疾病之一。患者典型的临床特

征包括:严重的智力障碍、身体发育迟缓、肌张力低下、头面部圆扁、眼裂小、眼距宽、鼻梁扁平、耳位低、耳轮畸形、张口吐舌

* 基金项目:海南省三亚市医疗卫生科技创新项目(YW1220);海南省三亚市院地科技合作项目(2011YD62);海南省卫生和计划生育委员会 2011 年度科研立项课题资助项目(琼卫 2011-84)。

△ 通信作者, E-mail: davy2222@163.com。