

本组研究发现,对焦虑学生实施趣味有氧运动保健,有利于 SAS 评分的降低,但降低幅度与焦虑程度有一定关系,如轻度焦虑者,运动 1、2、4、8 周后的 SAS 评分均明显降低,且 8 周减分率明显高于 4 周减分率($P<0.05$);而中度焦虑者,虽然运动 2 周、4 周及 8 周后的 SAS 评分也明显降低($P<0.05$),但 4 周、8 周减分率差异无统计学意义($P>0.05$),且均明显低于轻度焦虑者($P<0.05$),提示运动保健干预对轻度焦虑症状的改善作用明显优于中度焦虑。究其原因,可能与中度焦虑症患者病程较长,需更长干预过程或借助其他治疗及干预手段来改善病情,也可能与中度焦虑研究对象更易受到外界环境影响有关。

日常运动时,大脑能释放出一些促使精神愉快的物质,随着释放量增加,人的放松、愉快感就越强烈;运动是源于又高于生活的特殊活动,丰富多彩的运动可有效培养人的顽强意志品质,增强其自信心及自我控制能力;运动时大脑还能获得充分的氧气,帮助其快速恢复,可改善人的智力,这些均利于焦虑状态的改善。值得注意的是,若要发挥最佳疗效,运动项目、强度、时间及频率的掌握很关键。

本组总结经验如下:针对焦虑症者,应选择带趣味性且能改善人际关系的有氧运动,如球类、健身操等,再让患者根据自己的兴趣、熟悉程度,选择最能耐受的一类或一些;运动强度通常用心率指标及 VO_{2max} 来衡量。研究表明,锻炼强度对锻炼的心理效应有着明显影响,而中等强度的运动才能有效改

善紧张、焦虑、抑郁和疲劳状态。运动时间长短也能直接影响治疗效果,小强度、中等强度每次的运动时间分别需超过 60 min 和 20 min,一般为 90 min 和 60 min。对于焦虑症初期,若有足够时间安排,可每天运动,既能养成良好锻炼习惯,又能在心理上产生对运动的正性依赖,对情绪心境改变至关重要。

综上所述,每天进行 1 h 中等强度的趣味性较强的有氧运动,可明显改善大学生心理焦虑状况,利于其身心健康。

参考文献

- [1] 张新安. 趣味运动对大学新生焦虑抑郁情绪的影响[J]. 中国民康医学, 2011, 23(6): 663.
- [2] 张蓓, 靳如梅. 浅析体育运动对大学生焦虑的影响[J]. 剑南文学: 经典阅读, 2012(2): 383.
- [3] 杨建雄, 谢丽娜. 大学生焦虑问题与体育运动研究综述[J]. 湖州师范学院学报, 2006, 28(2): 74-78.
- [4] 掌玉宏. 球类运动干预对改善大学生焦虑和抑郁水平的研究[J]. 井冈山学院学报: 自然科学版, 2009, 30(3): 102-104.
- [5] 袁萍, 兰剑, 曾全寿. 浅析体育运动对大学生焦虑状态的影响[J]. 赣南医学院学报, 2009, 29(5): 727-728.

(收稿日期: 2013-05-18 修回日期: 2013-07-12)

• 临床研究 •

吻合器齿线上黏膜环切术治疗混合痔 65 例疗效分析

罗永平, 刘海涛(广东药学院附属第一医院普外一科, 广州 510018)

【摘要】 目的 探讨吻合器齿线上黏膜环切术(PPH)对混合痔的治疗效果,以供临床参考。**方法** 选择 2010 年 8 月至 2012 年 7 月该院普外科收治的混合痔患者 130 例作为研究对象,根据随机原则分组。A 组患者接受传统 Milligan-Morgan 术治疗, B 组患者接受 PPH 术治疗。对比两组患者在手术时间、住院时间、术后并发症发生率等方面的差异性。**结果** 与 A 组相比较, B 组患者住院时间明显短于 A 组, 术后并发症发生率明显低于 A 组, 差异具有统计学意义($P<0.05$)。对比两组手术时间发现, 组间差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** PPH 术在混合痔的治疗中具有恢复快、术后并发症轻等优越性, 值得在今后的临床工作中予以推广应用。

【关键词】 PPH 术; Milligan-Morgan 术; 混合痔; 临床分析

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.042 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)22-3024-02

混合痔患者常需手术切除病灶治疗, 传统的 Milligan-Morgan 术式虽然具有确切的疗效, 但术后疼痛、出血、水肿、创面愈合缓慢等问题严重困扰着患者, 给患者带来了较大的痛苦^[1]。本院尝试性采用吻合器齿线上黏膜环切术(PPH)治疗混合痔, 临床疗效较满意, 现将治疗体会分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 8 月至 2012 年 7 月本院普外科收治的混合痔患者 130 例作为研究对象, 均有不同程度的排便困难、便血等症状, 并剔除合并严重心脑血管疾病、血液系统疾病、恶性肿瘤、完全性肛门失禁、肛裂、肛瘘、肛门狭窄、肛周感染等患者。根据随机原则分组, A 组 65 例, 年龄 24~65 岁, 平均(40.35±6.72)岁; 体质量 50~75 kg, 平均(63.48±5.12) kg; 病程 2~10 年, 平均(4.82±1.64)年; 其中男 41 例, 女 24 例; 临床分期为Ⅲ期 27 例、Ⅳ期 38 例。B 组 65 例, 年龄 22~

63 岁, 平均(40.64±6.86)岁; 体质量 52~76 kg, 平均(63.85±5.83) kg; 病程 3~10 年, 平均(4.74±1.37)年; 其中男 40 例, 女 25 例; 临床分期为Ⅲ期 29 例、Ⅳ期 36 例。两组患者年龄、体质量、病程、性别、临床分期等一般资料, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者术前均排空大便, 取俯卧位, 在连续硬膜外麻醉下接受手术操作。A 组接受传统 Milligan-Morgan 术治疗, 扩肛后在肛镜下观察痔核分布情况, 采用组织钳牵引痔核, 沿痔核边缘切开皮肤黏膜, 向上剥离痔核至齿线上。游离痔核, 沿结扎痔核基底部分切除多余部分。残端保留约 0.5 cm, 缝合齿线近端黏膜。确认无活动性出血后结束手术^[2]。B 组接受 PPH 术治疗, 麻醉成功后插入导入器、扩张器等。移除导入器, 在齿线上方约 3.0 cm 处作一圈荷包缝合, 缝合深度至黏膜下层。将吻合器旋开, 导入荷包缝合线上方, 向外适当牵

拉缝线,将吻合器旋紧。打开保险装置击发,静待 30 s 后完整切除痔上黏膜,旋开并退出吻合器。观察切除的直肠黏膜层是否完整呈环状,吻合口是否渗血。术毕将引流管外裹纱布置入肛管内压迫吻合口,以达到止血目的^[3]。两组患者术后均常规应用抗菌药物以预防感染。对比两组患者在手术时间、住院时间、术后并发症发生率等方面的差异。

1.3 统计学处理 数据采用 SPSS17.0 软件进行统计学处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 手术时间、住院时间比较 B 组患者住院时间(5.26 ± 1.35)d 明显短于 A 组(21.68 ± 7.12)d,差异有统计学意义($P < 0.05$)。B 组手术时间(21.68 ± 7.12)min 与 A 组(22.53 ± 6.39)min 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 术后并发症发生率比较 A 组并发症发生率为 18.46%(12/65),其中感染 3.08%(2/65),水肿 9.23%(6/65),剧烈疼痛 6.15%(4/65);B 组并发症发生率为 3.08%(2/65),其中水肿 1.54%(1/54),剧烈疼痛 1.54%(1/54),两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨 论

目前学术界部分学者认为痔是由于肛们直肠区域静脉扩张引起的团块、血管瘤、直肠海绵体组织勃起等所致。部分学者提出肛垫的概念,认为痔是肛管血管垫的支持结构,但无法解释外痔的成因,仅是内痔的病因学说之一。由于临床对痔的病因病机尚未完全阐明,各学说的支持者各执己见,因此在痔的临床治疗上也较棘手,尤其对混合痔的治疗更加困难,患者内痔、外痔同时发作,药物治疗常不能达到满意的治疗效果,通常需要采取手术治疗^[4]。

Milligan-Morgan 术是治疗混合痔的传统术式之一,在临床上应用最为广泛,但该术式术后并发症的发生率较高,患者创口疼痛剧烈、水肿严重,愈合缓慢^[5]。对于无明显分界的环状混合痔术中如过度保留黏膜皮肤桥,术后可形成肛缘皮赘或残留子痔,如切除过多黏膜又会延长创口愈合时间,引起肛门狭窄、控便功能下降等后遗症^[6]。

PPH 术是在肛垫理论基础上提出的一种新的术式,可最大限度地保留肛垫组织结构和功能,并使其复位、固定于原先

位置,避免或减少了对肛管的解剖,减轻了对组织的损伤^[7]。PPH 术通过部分环形切除直肠下端黏膜和黏膜下组织,使肛垫悬吊复位,恢复了直肠下端的正常解剖结构。同时通过阻断痔上动脉的血液供应,使痔体逐渐发生萎缩,从而发挥良好的治疗作用^[8]。

本研究对比了传统的 Milligan-Morgan 术和 PPH 术的手术效果发现,两种术式在手术时间方面无明显差异,而在术后并发症方面,PPH 术后患者感染、水肿、疼痛等并发症的发生率更小,术后恢复时间更快,住院时间更短,提示 PPH 术更符合肛门局部的生理解剖特点,对患者的损伤更小。

综上所述,PPH 术在混合痔的治疗中具有恢复快、术后并发症轻等优越性,值得推广应用。

参考文献

[1] 陈帆,张力,罗湛滨. PPH 术与开放式外剥内扎术治疗混合痔远期疗效的对照研究(附 130 例报告)[J]. 结直肠肛门外科,2010,16(6):340-341.

[2] 韩世万. PPH 联合外痔切剥术与外剥内扎术治疗混合痔的对比研究[J]. 中国实用医药,2011,6(14):26-27.

[3] 刘显锋,张志田,黄定芳. PPH 治疗混合痔 126 例疗效分析[J]. 中国医药指南,2012,10(3):158.

[4] 范荣钢,查明,张宣. 吻合器痔上黏膜环行切除钉合术治疗混合痔 126 例临床观察及分析[J]. 安徽医药,2010,14(11):1315-1316.

[5] 史俊,陈平,李俊. PPH 与 Milligan-Morgan 术治疗Ⅲ-Ⅳ期混合痔的临床效果观察[J]. 实用临床医药杂志,2012,16(23):62-64.

[6] 吴菊平. PPH 治疗Ⅲ、Ⅳ度内痔及混合痔 198 例术后并发症分析[J]. 中国医药指南,2010,8(33):113-114.

[7] 叶亚林,刘金林. 吻合器痔上黏膜环切术治疗重度脱垂痔临床分析[J]. 中国肛肠病杂志,2008,28(5):41-42.

[8] 刘永顺. 吻合器痔上直肠黏膜环切术的发展和展望[J]. 中国城乡企业卫生,2010,6(3):36-38.

(收稿日期:2013-05-13 修回日期:2013-07-12)

• 临床研究 •

2 型糖尿病周围神经病变与下肢血管病变的相关性分析

龚丽娜,李 蓬,李乐嘉,颜 明,王淑清(江苏省南京市市级机关医院物理诊断科 210018)

【摘要】 目的 探讨 2 型糖尿病患者周围神经病变尤其是感觉神经功能与下肢动脉病变之间的关系。**方法** 对 150 例 2 型糖尿病患者及 78 例健康者(健康对照组)分别进行下肢动脉多普勒超声检查和神经传导速度检测,观察下肢动脉内中膜厚度(IMT)、有无斑块形成、管腔狭窄、闭塞等情况,并根据是否伴有糖尿病周围神经病变分组,将结果进行比较分析。**结果** 2 型糖尿病周围神经病变发生率较高,下肢动脉病变率亦高于健康对照组,血流动力学参数也有明显变化,糖尿病组中下肢动脉病变合并神经传导速度异常率明显高于无下肢动脉病变组。**结论** 血管因素在 2 型糖尿病患者周围神经病变的发病机制中占重要作用,尽早对糖尿病患者,尤其是合并周围神经病变患者进行下肢动脉的超声检查,有利于早期诊断及指导治疗。

【关键词】 彩色多普勒超声; 糖尿病; 周围神经病变; 神经传导速度
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.043 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)22-3025-03

下肢动脉病变亦是糖尿病(DM)患者主要的并发症之一,但由于 DM 患者周围神经病变存在使得肢体感觉反馈减退、