

面对 COVID-19 疫情,全国医护人员纷纷驰援武汉,有序、有效、快速、安全地开展了救治工作,成效显著。但由于疫情紧迫、时间仓促等原因,本研究所制订的疫情下 ICU 病历管理方案尚有不足之处,仍需进一步总结、改进。

参考文献

[1] 张源慧,唐龙,蒋倩,等. 紧急异地救援抗击新型冠状病毒肺炎的护士早期心理困扰调查[J]. 护理学杂志,2020,35(5):5-8.
 [2] ZHU N,ZHANG D,WANG W,et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019 [J]. N Engl J Med,2020,382(8):727-733.
 [3] 冯梅,吴颖,吴小玲,等. 新型冠状病毒肺炎一线支援医疗队护理团队建设[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2020,19(2):137-140.
 [4] 付强,张秀月,李诗文. 新型冠状病毒感染医务人员职业暴露风险管理策略[J]. 中华医院感染学杂志,2020,30(6):801-805.
 [5] 黄应德,陈相军,陈敏,等. 新型冠状病毒肺炎疫情下病房

质量管理应急策略[J]. 华西医学,2020,35(4):396-400.
 [6] 郑小燕,郑丽花,杨彧,等. 组建援鄂医疗队护理人员配置与工作模式的探讨[J]. 广东医学,2020,41(4):329-331.
 [7] 吴佼佼,马红梅,廖春霞,等. 医护一体化工作模式在护理领域中的应用现状[J]. 中国医药导报,2017,14(4):38-42.
 [8] 李欢,宁宁,马莉,陈佳丽. 护理人员对实施医护一体化工作模式的评价[J]. 护理研究,2012,26(32):3040-3041.
 [9] TSITOURA E,BIBAKI E,BOLAKI M,et al. Treatment strategies to fight the new coronavirus SARS-CoV-2: a challenge for a Rubik's Cube Solver[J]. Exp Ther Med, 2020,20(1):147-150.
 [10] 刘花,朱玉梅,李华,等. ICU 医护记录不一致的原因分析与改进对策[J/CD]. 实用临床护理学电子杂志,2017,2(26):185-186.
 [11] 刘亚珍,申海燕,刘春晓,等. 泌尿外科新型冠状病毒肺炎防控的医护一体化管理[J]. 护理学杂志,2020,35(9):29-31.

(收稿日期:2020-07-22 修回日期:2020-12-08)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.06.024

伞状缝合应用于混合痔 PPH 术中的疗效观察

周力,刘小位,李娜,罗小红,刘伟,焦云婷,沈江立[△]
 陕西省咸阳市中心医院肛肠科,陕西咸阳 712000

摘要:目的 观察伞状缝合应用于混合痔痔上黏膜环形切除钉合术(PPH)术中的疗效。方法 选取该院肛肠科 2016 年 5 月至 2019 年 5 月收治的接受 PPH 治疗的混合痔患者 102 例,按非随机临床同期对照研究及患者自愿原则,分为单荷包组(33 例)、双荷包组(30 例)和伞状组(39 例),单荷包组予以单荷包缝合,双荷包组予以双荷包缝合,伞状组予以伞状缝合,比较各组患者治疗效果、直肠黏膜切除情况、伤口愈合时间,以及并发症发生情况。结果 伞状组总有效率为 97.44%,与单荷包组的 93.94%、双荷包组的 96.67% 比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。伞状组直肠黏膜切除宽度明显大于单荷包组、双荷包组,切除均匀率明显高于单荷包组、双荷包组,伤口愈合时间明显短于单荷包组、双荷包组,肛缘水肿、肛门下垂、术后出血的发生率明显低于单荷包组、双荷包组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 伞状缝合应用于混合痔 PPH 术中可明显改善患者直肠黏膜切除情况,缩短伤口愈合时间,降低术后并发症发生率。

关键词:伞状缝合; 混合痔; 痔上黏膜环形切除钉合术; 并发症

中图分类号:R657.1+8

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)06-0808-04

痔是一种常见的临床疾病,以混合痔多见,患者主要表现为肛垫病理性下移、肥大,影响患者日常生活、工作等^[1]。对于保守治疗无效的患者,手术治疗成为主要的治疗方式^[2]。痔上黏膜环形切除钉合术(PPH)是一种应用广泛的治疗混合痔的手术方法,具有操作简便、术后并发症较少、患者恢复较快等特点^[3]。PPH 手术成功的关键在于术中荷包缝合技术,单荷包缝合、双荷包缝合是目前常用的两种缝合技术,但均存在对直肠黏膜切除不充分或切除不完整的

缺点^[4]。本研究旨在探讨新的缝合技术(伞状缝合)应用于 PPH 对患者临床疗效的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院肛肠科 2016 年 5 月至 2019 年 5 月收治的接受 PPH 治疗的混合痔患者 102 例作为研究对象。纳入标准:(1)符合《痔临床诊治指南(2006 版)》^[5]中混合痔的相关诊断标准;(2)临床分期Ⅲ~Ⅳ期;(3)未接受其他手术治疗;(4)患者同意参与本研究,并签署知情同意书。排除标准:(1)合并

[△] 通信作者,E-mail:97512934@qq.com.

本文引用格式:周力,刘小位,李娜,等. 伞状缝合应用于混合痔 PPH 术中的疗效观察[J]. 检验医学与临床,2021,18(6):808-811.

其他恶性肛门、直肠疾病；(2)合并血液系统疾病和心、肺功能障碍。根据非随机临床同期对照研究及患者自愿原则,将其分为 3 组,单荷包组 33 例(采用单荷包缝合),双荷包组 30 例(采用双荷包缝合),伞状

组 39 例(采用伞状缝合),各组性别、年龄、病程、临床分期、混合痔类型等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 各组患者一般资料比较

组别	n	性别(n)		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,年)	临床分期(n)		混合痔类型(n)		
		男	女			Ⅲ期	Ⅳ期	外痔为主	内痔为主	内外痔相当
单荷包组	33	12	21	42.79±5.81	5.87±1.14	24	9	11	8	14
双荷包组	30	11	19	43.06±5.85	5.92±1.17	21	9	11	6	13
伞状组	39	14	25	42.88±5.76	5.95±1.13	28	11	13	9	17
χ^2/F		0.005		0.026	0.042	0.059		0.208		
P		0.998		0.975	0.959	0.871		0.695		

1.2 治疗方法 参照《痔上黏膜环形切除钉合术(PPH)暂行规范》^[6]进行 PPH 治疗,各组患者均进行麻醉,术前常规消毒,置入扩肛器进行扩肛,肛门充分松弛后向肛管内置入吻合器,缝合固定扩张器,置入缝合器,使黏膜呈唇状突起。单荷包组:在距离齿状线 2 cm 处缝合,从 15 点方向处进针,顺时针对直肠黏膜下层均匀缝合 1 周。双荷包组:在距离齿状线 4 cm 处缝合,从 15 点方向处进针,顺时针对直肠黏膜下层均匀缝合 1 周,然后在此荷包下方 2 cm 处从 9 点方向顺时针缝合第 2 个荷包。单荷包组和双荷包组完成荷包缝合后将处于最大限度的吻合器头部深入荷包上方,收紧荷包线并打结,将荷包线从吻合器侧孔引出打结,旋紧吻合器并打开保险装置,闭合状态 1 min 后旋开吻合器,由肛管中退出,肛管中放入明胶海绵等止血材料,退出扩肛器,如有出血,采用 8 字缝合法止血。伞状组:在距离齿状线 2 cm 处缝合,从 15 点方向处进针,顺时针对直肠黏膜下层均匀缝合 1 周,约 10~14 针,针脚相邻,避免漏缝,然后分别于 6 点、9 点、12 点方向处放置预置线,将吻合器置入,收紧 15 点方向处的荷包缝合线、打结,使得收紧后直肠黏膜呈伞状,根据混合痔痔核具体情况向内按压外痔痔核,使得痔上直肠黏膜环充分进入吻合器内,旋紧吻合器并打开保险装置,闭合状态 1 min 后旋开吻合器、取出,检查吻合口,如有出血,采用 8 字缝合法止血。

1.3 观察指标 (1)治疗效果:根据《中医肛肠科病症诊断疗效标准》^[7]进行疗效判断。治愈为痔体消退,脱垂等症状消失,伤口完全愈合;有效为痔体消退一半以上,脱垂等症状基本消失,伤口愈合不完全;无效为痔体无明显变化,脱垂等症状无变化,伤口未愈合。总有效率=(治愈例数+有效例数)/总例数×100%。(2)直肠黏膜切除情况:记录各组患者直肠黏膜切除宽度及均匀性。(3)伤口愈合时间:记录各组患者伤口愈合时间。(4)并发症情况:记录各组患者并发症发生情况,包括肛缘水肿、肛门失禁、肛门下垂等。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,多组间比较采用单因素方差分析,组间两两比较采用 SNK-q 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 各组治疗效果比较 单荷包组总有效率为 93.94%,双荷包组总有效率为 96.67%,伞状组总有效率为 97.44%,各组总有效率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 各组治疗效果比较[n(%)]

组别	n	治愈	有效	无效	总有效
单荷包组	33	29(87.88)	2(6.06)	2(6.06)	31(93.94)
双荷包组	30	27(90.00)	2(6.67)	1(3.33)	29(96.67)
伞状组	39	36(92.31)	2(5.13)	1(2.56)	38(97.44)
χ^2					0.619
P					0.734

2.2 各组直肠黏膜切除情况比较 伞状组直肠黏膜切除宽度明显大于单荷包组、双荷包组,直肠黏膜切除均匀率明显高于单荷包组、双荷包组,差异有统计学意义($P<0.05$),单荷包组、双荷包组直肠黏膜切除宽度、切除均匀率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 各组直肠黏膜切除情况比较

组别	n	切除宽度 ($\bar{x}\pm s$,cm)	切除均匀性[n(%)]	
			均匀	不均匀
单荷包组	33	1.97±0.41	20(60.61)	13(39.39)
双荷包组	30	2.88±0.53	25(83.33)	5(16.67)
伞状组	39	3.54±0.59	36(92.31)	3(7.69)
F/ χ^2		79.594	11.387	
P		<0.001	0.003	

2.3 各组伤口愈合时间比较 单荷包组伤口愈合时间为(11.98±3.62)d,双荷包组伤口愈合时间为

(10.15±3.07)d,伞状组伤口愈合时间为(8.82±2.21)d,伞状组伤口愈合时间明显短于单荷包组、双荷包组,差异有统计学意义($P<0.05$),单荷包组、双荷包组伤口愈合时间比较,差异无统计学意义($P>$

0.05)。

2.4 各组并发症情况比较 伞状组肛缘水肿、肛门下垂、术后出血的发生率明显低于单荷包组、双荷包组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 各组并发症情况比较[n(%)]

组别	n	肛缘水肿	肛门失禁	肛门下垂	尿潴留	术后出血	创面疼痛
单荷包组	33	9(27.27)	1(3.03)	7(21.21)	4(12.12)	7(21.21)	5(15.15)
双荷包组	30	5(16.67)	1(3.33)	6(20.00)	2(6.67)	5(16.67)	5(16.67)
伞状组	39	2(5.13)	0(0.00)	1(2.56)	1(2.56)	1(2.56)	4(10.26)
χ^2		6.659	1.270	6.662	2.557	6.177	0.672
P		0.038	0.530	0.036	0.278	0.046	0.815

3 讨 论

混合痔发生的原因主要为患者肛垫出现病理性下移、肥大,进而导致肛管皮肤、直肠黏膜发生静脉曲张,出现静脉曲张团^[8]。有报道显示,混合痔约占肛肠疾病的 85%,其中女性发病率高于男性^[9]。混合痔兼具内痔和外痔的特征,症状较为复杂,病情严重时甚至可能导致贫血、脱出物坏死等,给患者日常生活及工作带来不良影响^[10]。PPH 是目前治疗混合痔的典型手术方式,疗效确切^[11]。PPH 主要是切除痔核上方宽度为 3~4 cm 的 1 圈直肠末端黏膜及黏膜下层,目的是悬吊肛垫、恢复肛管黏膜正常解剖位置,同时还可以阻断部分痔的血流供应,使得痔核逐渐萎缩,进而达到良好的治疗效果^[12]。

直肠黏膜下荷包缝合法不仅能够影响切割效果,还会对手术造成直接影响。本研究结果显示,伞状组、单荷包组、双荷包组的总有效率均高于 90%,差异无统计学意义($P>0.05$),表明 3 种缝合技术用于治疗混合痔时均可发挥明显作用。但大部分混合痔患者存在不同程度脱垂,尤其是针对 III、IV 期混合痔患者,荷包缝合能够直接决定直肠黏膜切除宽度及切除均匀性,影响手术效果^[13]。单荷包缝合技术仅有 1 个打结点,直肠黏膜牵拉时荷包环受力不均匀,导致直肠黏膜环切除不均匀;双荷包缝合技术两次缝合受力点不位于同一水平,牵拉时容易导致受力不均匀,有切下两个黏膜环的风险^[14]。而本研究中应用的伞状缝合技术有以下优势:(1)伞状缝合荷包时针距需均匀,缝合 1 周一般需 10~14 针,深度位于黏膜下层,牵拉荷包线时呈现伞状,使得黏膜环突起均匀,不易形成皱褶,有利于减少疼痛及降低术后并发症发生率;(2)收紧荷包线时,双手用力需要保持一致,使直肠黏膜呈唇状突起,保证最大限度切除直肠黏膜,且保证黏膜环宽度均匀、完整^[4]。本研究结果显示,伞状组黏膜切除宽度明显大于单荷包组、双荷包组,黏膜切除均匀率明显高于单荷包组、双荷包组,伤口愈合时间明显短于单荷包组、双荷包组,另外,伞状组肛缘水肿、肛门下垂、术后出血的发生率明显低于单荷包组、双荷包组,表明伞状缝合应用于 PPH 术中可有

效减少传统荷包缝合技术中直肠黏膜切除宽度不够、切除不均匀等缺点,术后伤口容易恢复,促使肛垫尽快回复至原来位置,从而减少肛缘水肿、肛门下垂、术后出血等情况,是一种安全、可行的缝合方法。JIANG 等^[15]指出,伞状缝合用于 PPH 术中的临床疗效明显优于单荷包缝合,根据痔脱垂的程度,多点伞状缝合技术在痔核回缩中具有明显的优势。

综上所述,伞状缝合应用于混合痔 PPH 术中可明显改善患者直肠黏膜切除情况,缩短伤口愈合时间,降低术后肛缘水肿、肛门下垂、术后出血等并发症的发生率,达到更加理想的治疗效果,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 杨婷婷, 谢碧香. 痔疮患者围手术期系统性健康教育的效果评价[J]. 福建医药杂志, 2019, 41(3): 159-160.
- [2] 牛万峰. PPH 治疗混合痔手术方法及对并发症的影响[J]. 四川解剖学杂志, 2018, 26(2): 79-80.
- [3] 马琳. 伞状缝合技术在吻合器痔上黏膜环形切除钉合术治疗重度混合痔的临床效果研究[J]. 中国临床医生, 2016, 44(3): 76-79.
- [4] 宋默, 刘继攀, 王向丽, 等. 伞状缝合技术在 PPH 术中的应用(附 100 报告)[J]. 医学临床研究, 2016, 33(6): 1241-1243.
- [5] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会肛肠病专业委员会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南(2006 版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-463.
- [6] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组. 《痔上黏膜环形切除钉合术(PPH)暂行规范》修订[J]. 中华胃肠外科杂志, 2005, 8(4): 342.
- [7] 国家中医药管理局. 中医肛肠科病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 133-134.
- [8] 孟永强. 不同手术方法对混合痔术后伤口愈合的影响[J]. 医药前沿, 2017, 7(33): 132.
- [9] 张鸣鸣. 盆底康复治疗在女性肛肠疾病防治中的应用[J]. 实用妇产科杂志, 2017, 33(7): 13-16.
- [10] 李福泉. 裸花紫珠片马应龙痔疮膏在混合痔 PPH 术后并发症的临床疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2017, 28

(17):27-29.

[11] 刘艳华,王金伟,倪秀茹. 仙方活命饮加减坐浴治疗混合痔 PPH 术后肛门疼痛疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(7):739-741.

[12] 常贵建,卓信斌,夏悦明,等. 改良 PPH 术治疗Ⅳ度混合痔的临床研究[J]. 福建医科大学学报, 2018, 52(1):66-68.

[13] 欧阳辉,林汉弟,林国良. 改良 PPH 术治疗混合痔的临床效果观察[J]. 结直肠肛门外科, 2018, 24(5):60-64.

[14] 宋默,刘继攀,王向丽,等. 降落伞式、单荷包缝合及双荷

包缝合在重度混合痔 PPH 中的应用研究[J]. 结直肠肛门外科, 2017, 23(1):13-16.

[15] JIANG H, HAO X, XIN Y, et al. Comparison of clinical outcomes of multi-point umbrella suturing and single purse suturing with two-point traction after procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH) surgery[J]. Int J Surg, 2017, 47(1):77-82.

(收稿日期:2020-07-20 修回日期:2020-11-22)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.06.025

不同剂量雌激素联合天然黄体酮对围绝经期综合征患者骨密度的影响

许晓艳,付亚均,左莉,薛莲[△]

重庆市两江新区第一人民医院妇产科,重庆 401120

摘要:目的 分析不同剂量雌激素联合天然黄体酮对围绝经期综合征(MPS)患者骨密度的影响。方法 收集 2018 年 2 月至 2019 年 10 月在该院住院的 108 例 MPS 患者作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与观察组,各 54 例,对照组给予标准剂量尼尔雌醇(CEE)联合天然黄体酮治疗,观察组给予低剂量 CEE 联合天然黄体酮治疗。对比两组治疗前后性激素水平、Kupperman 评分及骨密度水平。结果 治疗后,两组卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)水平较治疗前下降,雌二醇(E₂)、脊柱骨密度、股骨颈骨密度水平较治疗前升高,且观察组 FSH、LH 水平低于对照组, E₂、脊柱骨密度、股骨颈骨密度水平高于对照组,差异有统计学意义(P < 0.05)。治疗后两组 Kupperman 评分均较治疗前明显降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义(P < 0.05)。结论 低剂量 CEE 联合天然黄体酮不仅能调节 MPS 患者体内性激素水平,还能有效缓解围绝经期症状,提高骨密度水平。

关键词:低剂量雌激素; 标准剂量雌激素; 天然黄体酮; 围绝经期综合征; 骨密度

中图分类号:R711.75

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)06-0811-03

围绝经期是指女性绝经前后的一段时期,表现为卵巢功能衰退。围绝经期综合征(MPS)是指绝经前后出现的一系列绝经相关症状,以月经紊乱、烦躁、骨质疏松等为主要临床表现,严重影响患者身心健康及生活质量^[1-2]。目前对 MPS 最直接有效的治疗方法为补充雌激素,且为防止雌激素导致子宫内膜过度增生,必需周期性地联合使用孕激素治疗。雌激素补充剂量存在个体与种族差异,所以许多研究一直在努力寻找不同地区、不同民族适宜的雌激素补充的最佳剂量标准^[3-4]。为此,本研究以不同剂量的雌激素联合天然黄体酮对 MPS 患者进行治疗,并对治疗后的症状、性激素水平及骨密度变化情况进行评价,以期临床治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2018 年 2 月至 2019 年 10 月在本院住院的 108 例 MPS 患者作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与观察组,各 54 例。对照组年龄 42~60 岁,平均(51.36±4.18)岁;体质量

(66.94±4.95)kg;病程 1~3 年,平均(2.04±0.18)年;绝经 44 例,月经紊乱 10 例。观察组 54 例,年龄 40~58 岁,平均(51.51±4.09)岁;体质量(66.04±5.08)kg;病程 1~4 年,平均(2.34±0.21)年;绝经 45 例,月经紊乱 9 例。纳入标准:生理性绝经不超过 3 年;年龄 40~60 岁;性激素检查显示卵泡刺激素(FSH)>40 U/L,雌二醇(E₂)<19.9 pg/mL;无绝经激素治疗(MHT)禁忌证。排除标准:既往对尼尔雌醇(CEE)、天然黄体酮过敏;伴有严重的躯体疾病;伴有其他相关妇科疾病、恶性肿瘤;非生理性绝经;伴有心理疾病;有血栓疾病史或血栓形成倾向。所有研究对象对本研究知情同意,并签署知情同意书。

1.2 方法 对照组:口服标准剂量 CEE(新疆特丰药业股份有限公司),每次 0.625 mg,每日 1 次;口服天然黄体酮(浙江仙琚制药股份有限公司),每次 100 mg,每日 1 次。观察组:口服低剂量 CEE(新疆特丰药业股份有限公司),每次 0.3 mg,每日 1 次;口服天然黄体酮(浙江仙琚制药股份有限公司),每次 100 mg,每日 1 次。两组均遵医嘱加强体育锻炼,保

[△] 通信作者, E-mail:724487033@qq.com.