

human cervical cancer[J]. J Biomol Struct Dyn, 2017, 35(4): 689-703.

[10] 于慧玲, 李冬梅, 孙勤暖, 等. 不同宫颈病变患者血清和宫颈病变组织中凋亡相关因子的表达及其临床意义[J]. 吉林大学学报(医学版), 2015, 41(1): 129-134, 210.

[11] 王金华, 郑秀, 陈丽红, 等. 血清鳞癌相关抗原、糖类抗原 125 表达与宫颈癌临床分期的相关性[J]. 中国临床药理学杂志, 2015, 31(15): 1546-1548.

[12] Capriglione S, Plotti F, Miranda A, et al. Further insight into prognostic factors in endometrial cancer; the new serum biomarker HE4[J]. Expert Rev Anticancer Ther, 2017, 17(1): 9-18.

[13] 张艺, 陈道桢, 王珂, 等. 人附睾蛋白 4 时间分辨荧光免疫分析在妇科肿瘤诊断中的价值[J]. 实用医学杂志, 2017, 33(5): 793-796.

(收稿日期: 2019-02-18)

(本文编辑: 卜明)

选择型痔上黏膜切除钉合术对环状混合痔患者的疗效及对 CRP、IL-6、TNF-α 水平的影响

林庆民

【摘要】 目的 研究选择型痔上黏膜切除钉合术(TST)对环状混合痔患者的疗效及对 C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)水平的影响。**方法** 选取本院 2017 年 1 月—2018 年 6 月本院收治的重度混合痔患者 106 例作为研究对象,根据随机数表法将其分成观察组和对照组两组,每组各 53 例。对照组给予吻合器痔上黏膜环切术(PPH)加外痔切除术治疗,观察组给予 TST 加外痔切除术治疗,随访 6 个月,对比两组疗效,CRP、IL-6、TNF-α 水平,以及并发症情况。**结果** 两组的治愈率相比,差异不显著($P>0.05$)。治疗后两组的 CRP、IL-6 及 TNF-α 指标均明显下降,且观察组较对照组也明显更低($P<0.05$)。观察组的并发症发生率为 18.87%,明显低于对照组的 77.36%($P<0.05$)。**结论** TST 不仅可以保证疗效,同时还能缓解患者机体的炎症状态,安全性较好,值得临床应用推广。

【关键词】 TST; PPH; 环状混合痔; 疗效; CRP; IL-6; TNF-α

[中图分类号] R657.18 [文献标识码] A DOI: 10.3969/j.issn.1002-1256.2019.16.030

临床认为,痔是肛垫病理性肥大、移位及肛周皮下血流淤滞形成的局部静脉性血管团块,是最常见和多发的肛门良性疾病,发病率高,男女性别无明显差异,临床上分为内痔、外痔、混合痔,临床上混合痔患者更为多见,重度混合痔患者需行手术治疗。临床上主要利用手术方法治疗,传统手术愈合时间较长,术后疼痛较剧,并且容易出现肛缘水肿、便血及肛门狭窄等并发症^[1]。吻合器痔上黏膜环切术(PPH)是由肛垫下移学说建立的痔病治疗的术式之一,其疗效确切,恢复比较快,但是 PPH 需要切除包括无痔核的肛管直肠粘膜,且容易出现术后肛门坠胀、疼痛、尿潴留及肛缘水肿等问题,一些患者还可能出现肛门狭窄等并发症,选择性痔上黏膜切除钉合术(TST)是近年来痔病临床治疗中的新术式,在缩短愈合时间、减少术后并发症上均优于传统手术^[2-4]。本研究选取 2017 年 1 月—2018 年 6 月本院收治的重度混合痔患者 106 例,分别采用 PPH、TST 两种术式加外痔切除术进行治疗,对比二者临床疗效及炎症指标等情况,以期选择最佳治疗方案,现报道如下。

一、资料和方法

1. 一般资料:选取本院 2017 年 1 月—2018 年 6 月本院收治重度混合痔患者 106 例作为研究对象,根据随机数表法将其分成观察组与对照组两组,每组各 53 例。观察组中男 27 例,女 26 例,年龄 26~77 岁,平均(46.36±8.39)岁,病程 1~8

年,平均(4.13±0.44)年;对照组中男 26 例,女 27 例,年龄 27~76 岁,平均(46.25±8.31)岁,病程 1~9 年,平均(4.12±0.50)年。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。纳入标准:(1)符合 Salvati 分法Ⅲ、Ⅳ度内痔为主的重度混合痔患者;(2)术前肛门无明显畸形、狭窄及肿瘤;(3)精神无障碍患者,配合研究。排除标准:(1)以外痔为主的重度混合痔;(2)其他肛门部疾病;(3)凝血功能障碍或不宜手术患者;(4)合并严重心脑血管及肺部疾病患者。

2. 研究方法:所有患者术前均完善术前检查,排除手术禁忌症,签署手术同意书,所有患者均行相同术前肠道准备与术后治疗,口服复方聚乙二醇电解质散,二组患者术前 30 min 常规使用头孢噻肟舒巴坦钠静滴,观察组采用选择性痔上黏膜切除钉合术(TST)加外痔切除术,腰麻生效后,患者取截石位,手术器械与 PPH 一次性肛肠组件、TST 一次性吻合器均为常州华森医疗器械有限公司生产,扩肛至能容纳三横指,放置肛门固定器并缝合固定,依据痔核分布情况选取不同的肛门镜置入,用 2-0 可吸收线于肛镜开口处齿线上 2.5~3 cm 间断弧形荷包缝合突入肛镜内的直肠黏膜层,深达粘膜下层,针距 0.8~1.0 cm,逆时针旋转痔吻合器尾部调节螺母,使吻合器完全旋开,吻合器头部伸入弧形荷包缝线的上端,收紧缝线并于中心杆打结。利用引线棒将缝线从吻合器的侧孔中拉出会合。保持吻合器与肛管在同一轴线上,旋紧吻合器并同时持续牵拉双侧缝合线,直至指示针进入安全窗中段位置,打开保险块,击发并停留 30 s,旋开吻合器并移出,切除空腔中的脱

垂黏膜。剪断各吻合部位间黏膜桥,缝扎黏膜桥残端。对照组采用吻合器痔上黏膜环切术(PPH)治疗,常规扩肛,放置肛门固定器并缝合固定,距齿状线上 2.5~3 cm 直肠黏膜用可吸收缝线作一环状荷包缝合,针距 0.8~1.0 cm,深达黏膜下层,对侧牵引线,保持在同一水平面上缝合荷包,插入吻合器并将荷包线收紧,打结,从侧孔导出缝线,牵拉荷包线,旋紧吻合器,击发吻合器作 30 s 停留,结束切割吻合,退出吻合器。观察吻合口,如存在活动性出血,利用可吸收线作 8 字缝合进行止血,二组外痔皮赘部分均采用外痔切除术,于外痔外缘做 V 型放射状切口,剥离皮下静脉丛至齿线上 0.2~0.3 cm,钳夹内痔基底部分行 8 字形缝扎,切除痔核残端。注意保留足够的皮桥,一般切除外痔不超过 3 个,创面开放引流,术毕检查肛门未见狭窄。两组术后处理:(1)术后禁食 6 h 后进食流质,(2)采用 1:5000 高锰酸钾温水溶液坐浴或中药温水坐浴(芒硝 40 g、冰片与枯矾各 15 g、硼砂 10 g 加水 3000 ml),20 min/次,1 次/d;(3)应用复方角菜酸酯栓和马应龙痔疮膏 1 周,(4)严格控制患者术后补液量;(5)连续 3 天静脉滴注头孢噻肟舒巴坦钠预防感染;(3)保持大便通畅,调节至成型软便。

3. 观察指标:随访 6 个月,对比两组疗效,C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平,以及并发症情况。其中 CRP、IL-6、TNF- α 的检测通过酶联免疫法进行,涉及的试剂盒购自上海的酶联生物公司,操作时需严格遵守说明书中的步骤。

4. 统计学处理:通过 SPSS 21.0 统计软件进行数据分析,计数资料以[$n(\%)$]表示,其比较进行 χ^2 检验;计量资料($\bar{x}\pm s$)表示,其比较进行 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 两组疗效比较:两组的治愈率相比,差异不显著($P>0.05$),见表 1。

表 1 两组疗效比较 $n(\%)$

组别	治愈	未完全治愈
观察组($n=53$)	51(96.23)	2(3.77)
对照组($n=53$)	50(94.34)	3(5.66)
χ^2 值	0.210	
P 值	0.647	

2. 两组 CRP、IL-6、TNF- α 水平比较:治疗前两组的 CRP、IL-6、TNF- α 水平相比,差异不显著($P>0.05$)。治疗后两组的上述指标均明显下降,且观察组较对照组也明显更低

表 2 两组 CRP、IL-6、TNF- α 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	CRP(mg/l)		IL-6(pg/ml)		TNF- α (pg/ml)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组($n=53$)	31.94 \pm 2.75	20.24 \pm 3.17	24.88 \pm 2.57	11.78 \pm 2.49	29.79 \pm 5.64	18.22 \pm 3.65
对照组($n=53$)	31.88 \pm 2.83	26.18 \pm 3.20	24.93 \pm 3.12	19.14 \pm 3.56	30.18 \pm 7.13	26.87 \pm 4.13
t 值	0.111	9.601	0.090	12.334	0.312	11.425
P 值	0.912	0.000	0.928	0.000	0.755	0.000

($P<0.05$)。见表 2。

3. 两组并发症比较:观察组的并发症发生率为 18.87%,明显低于对照组的 77.36%($P<0.05$)。见表 3。

讨论 当前,“肛垫学说”认为,肛垫本是人体的正常解剖结构,痔病是肛垫病理性肥大、移位及肛周皮下血流淤滞形成的局部静脉性血管团块,随着人们对痔的进一步认识,特别是肛垫下移理论使人们认识到保持肛垫的重要性,痔的理想治疗并非切除肛垫,而是让下移的肛垫复位^[5-6]。在解决患者肛门疾病的同时应该尽可能减少对肛垫、齿线区域和肛管的破坏,以减少术后并发症,对患者的预后而言具有重要的意义上,因此,科学选择合理的术式显得十分必要。

本研究结果显示,两组的治愈率相比差异不大。这与曹晨曦等^[7-8]的报道结果基本一致,提示了两种术式的疗效基本相当。原因主要是因为两种术式的最终目标基本一致,均会使患者的肛垫到达相对较好的状态,最终改善其临床症状。详细而言,PPH 是环形切除一段直肠黏膜,从而达到向上提升肛垫和断流的作用。TST 术是以肛垫学说为基础建立的一种术式,它是在 PPH 基础上发展出的一个重要进展,其通过分段切除母痔区痔上黏膜与部分痔体,达到上提下移衬垫的目的,从而恢复肛门括约肌和肛管黏膜的一些正常解剖结构。同时,本研究发现,治疗后两组的 CRP、IL-6、TNF- α 水平均明显下降,且观察组较对照组也明显更低($P<0.05$),这提示了观察组术式能够更好地改善患者机体的炎症状态。分析原因,与 TST 术式的微创理念有关。其主要基于组织保护理念和微创理念,依照痔的生理病理结构设计而成,旨在纠正痔的病理生理性改变,而非将肛垫全部切除,保留了正常的肛垫及黏膜桥,利用吻合器有选择性的依据痔核分布情况对痔区的痔上黏膜和部分痔体进行分段荷包缝合、精确切除,最大限度地保留相邻痔核之间的正常组织,不破坏正常肛垫,不影响齿线的功能,只通过纠正痔病病变位置生理结构的方式,以达到 PPH 悬吊、断流与减积的目的^[9]。最后本研究发现,观察组的并发症发生率为 18.87%,明显低于对照组的 77.36%($P<0.05$),这提示了观察组的并发症更少,原因主要是因为 TST 术式能够改善肛门自制功能,并且阻断动静脉吻合终末支,有效减轻肛垫充血肥大的状态,而 PPH 术后易出现尿潴留等并发症,严重者可能会因创面瘢痕组织的过度增生或肛门组织的过度破坏而导致肛门狭窄、肛门畸形以及控便能力减弱等严重的不良并发症,因此安全性也相对较差^[10]。

综上所述,TST 不仅可以保证疗效,同时还能缓解患者机体的炎症状态,安全性较好,值得临床应用推广。

表 3 两组并发症比较 n(%)

组别	术后尿潴留	肛缘水肿	术后疼痛	肛门狭窄	总发生率
观察组 (n=53)	7	1	2	0	10(18.87)
对照组 (n=53)	22	4	13	2	41(77.36)
χ^2 值					36.216
P 值					0.000

参 考 文 献

[1] 邓进云,代泽来.中药熏洗联合外剥内扎术加后位扩肛治疗重度环状嵌顿混合痔的临床疗效观察[J].中国社区医师,2018,34(32):91+93.

[2] 袁恩,罗青华.仙方活命饮熏洗辅助改良 PPH 治疗结缔组织型环状混合痔疗效及对血清 IL-6、IFN- γ 的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(31):3455-3458.

[3] 任俊剑.吻合器痔上黏膜环切术对环状混合痔患者术后创面愈合时间及生活质量的影响[J].黑龙江医药科学,2018,41(5):105-106.

[4] 亢春.内括约肌部分切断联合外剥内扎术治疗环状混合痔的临床疗效分析[J].四川解剖学杂志,2018,26(3):17-20.

[5] 樊生凯.联合采用外痔切除术与痔上黏膜环切术治疗环状混合痔患者的效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(74):29-30.

[6] 张玉红,虞哲波.环状混合痔内服方联合生肌玉红膏外用促环状混合痔术后创面愈合作用研究[J].新中医,2018,50(9):161-164.

[7] 曹晨曦,李森娟,胡毕文,等.选择性痔上黏膜切除联合外痔剥除术治疗非环状混合痔疗效分析[J].浙江医学,2013,35(12):1189-1191.

[8] 彭华彬.自动痔疮套扎术和吻合器痔上黏膜环切术治疗内痔为主环状混合痔的效果观察[J].河南外科学杂志,2018,24(2):12-14.

[9] 郝建国.血栓剥除联合痔上黏膜环切钉合术对嵌顿性环状混合痔患者术后切口愈合及疼痛程度的影响[J].慢性病学杂志,2018,19(8):1140-1142.

[10] 孙孝仁,庄松华.选择性痔上黏膜切除钉合加外痔切除术与外剥内扎术治疗重度混合痔疗效对比[J].国际医药卫生导报,2018,24(24):3817-3819.

(收稿日期:2019-04-11)

(本文编辑:李林)

经自然腔道取标本完全腹腔镜下结直肠癌根治术的应用探讨

王锦祥 李晓辉 刘特彬

【摘要】 目的 比较经自然腔道取标本完全腹腔镜下结直肠癌根治术与传统腹腔镜结直肠癌手术的临床疗效。**方法** 选择 2017 年 9 月—2018 年 11 月本院收治的结直肠癌患者 60 例作为研究对象,随机数表法分为对照组与观察组两组,每组各 30 例。对照组行传统腹腔镜治疗,观察组行经自然腔道取标本完全腹腔镜下结直肠癌根治术治疗,比较两组手术情况、术后生活质量及并发症。**结果** 观察组术中出血量为 (63.12±5.28) ml,低于对照组的 (83.46±7.24) ml;下床活动时间、术后排气时间、住院时间短于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组术后生活质量评分总分为 (83.41±5.28) 分,高于对照组的 (79.05±4.23) 分,差异有统计学意义 ($t=3.246, P<0.05$)。观察组并发症发生率为 6.67%,低于对照组的 26.67%,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 经自然腔道取标本完全腹腔镜下结直肠癌根治术可减少术中出血量,缩短患者住院时间,减少并发症,促进快速康复,提升患者生活质量。

【关键词】 经自然腔道; 腹腔镜; 结直肠癌; 根治术; 疗效; 并发症

[中图分类号] R735 [文献标识码] A DOI:10.3969/j.issn.1002-1256.2019.16.031

Discussion on the application of total laparoscopic radical resection of colorectal cancer by natural orifice specimen extraction WANG Jin-xiang. Department of general surgery, people's hospital of Puning, Puning, Guangdong, 515300, China.

【Abstract】 Objective To compare the clinical efficacy of complete laparoscopic radical resection of colorectal cancer by natural orifice specimen extraction and traditional laparoscopic colorectal cancer surgery. **Methods** Sixty patients with colorectal cancer admitted to the hospital from September 2017 to November 2018 were randomly divided into the control group and the observation group according to random number table method, with 30 cases in each group. The control group underwent conventional laparoscopic treatment. The observation group underwent complete laparoscopic radical resection of colorectal cancer by natural orifice specimen extraction.