

服后在水解的作用下易生成贝那普利拉，可有效阻止血管紧张素转换酶的产生，阻碍血管紧张素 I 发生转换，扩张血管，降低醛固酮水平，提高血浆肾素活性，提高肾功能^[8]。本研究中，观察组患者糖化血红蛋白、空腹血糖、餐后 2 h 血糖及血肌酐水平均显著低于对照组患者，表明将西格列汀与贝那普利联合使用，降糖效果更为显著。分析原因为，西格列汀能够减少二肽基肽酶-4 的含量，阻止肠促胰岛素发生水解作用，从而控制血糖水平^[9]。同时，有关研究表明，西格列汀还能增加人体内胰岛素的含量，并根据胰岛素含量调节葡萄糖，维持血糖水平稳定^[10]。血肌酐可通过肾小球滤过，在肾小管内很少吸收，是临床检测肾功能的最常用指标。贝那普利可降低肾小球内压力，改变肾小球滤过膜的通透性，进而调节血肌酐量，提高肾功能。两种药物协同使用，效果更为显著。

综上所述，联合使用上述两种药物治疗糖尿病肾病效果显著，能够明显改善患者血糖水平，减轻炎症反应，改善肾功能。

〔参考文献〕

(1) 赵振平, 李镒冲, 王丽敏, 等. 2013 年中国成年人糖尿病前期的地理分布及相关原因 (J). 中华预防医学杂志, 2018, 52(2): 158-164.

(2) 吕爱玲, 安民民, 阮爱兵, 等. 西格列汀联合贝那普利治疗糖尿病肾病的临床观察 (J). 中国药房, 2017, 28(5): 646-648.

(3) 中华医学会糖尿病学分会, 中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组. 糖尿病肾病防治专家共识 (2014 年版) (J). 中华糖尿病杂志, 2014, 6(11): 792-801.

(4) 冯轲昕, 程根阳, 杨璐绫, 等. 糖尿病肾病发病机制研究进展 (J). 中国医师进修杂志, 2016, 39(12): 1134-1137.

(5) 谭丽玲, 陈站. 西格列汀对老年 2 型糖尿病患者早期肾病的影响 (J). 临床内科杂志, 2016, 33(9): 603-604.

(6) 呼双琴, 白小岗, 李霞, 等. 西格列汀对 2 型糖尿病患者微量白蛋白尿影响的研究 (J). 现代生物医学进展, 2016, 16(27): 5324-5326.

(7) 应一樱, 陈洁, 包蓓艳. 维生素 D 联合西格列汀对 2 型糖尿病肾病患者尿蛋白水平、骨密度和骨代谢的影响 (J). 中华全科医学, 2019, 17(5): 797-800, 840.

(8) 高燕, 袁鲁亮, 郑鹏, 等. 红花黄色素联合贝那普利对早期糖尿病肾病患者肾功能的影响 (J). 现代生物医学进展, 2015, 15(22): 4333-4336.

(9) 刘高虹, 任小军, 于为民. 西格列汀对糖尿病大鼠肾脏二肽基肽酶-4 表达影响的实验研究 (J). 中国药物与临床, 2019, 19(14): 2353-2354.

(10) 李汶汶. 西格列汀治疗糖尿病肾病的疗效及对肾功能与 γ -谷氨酰转移酶的影响 (J). 贵州医药, 2017, 41(5): 485-487.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)07-0131-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.07.064

自动痔疮套扎术、外痔切除术治疗老年人混合痔临床观察

李 创 黄治国 叶 斌

(南雄市人民医院, 广东 南雄 512400)

〔摘要〕 目的: 观察自动痔疮套扎术 (RPH)、外痔切除术治疗老年人混合痔的临床效果。方法: 选择南雄市人民医院 2019 年 1 月至 2019 年 11 月期间治疗的 80 例老年混合痔患者, 按随机数字表法将其分为对照组与观察组, 各 40 例。观察组接受 RPH、外痔切除术治疗, 对照组接受痔上黏膜环切钉合术 (PPH)、外痔切除术治疗。观察两组临床疗效、围术期指标、并发症及复发率。结果: 观察组患者治疗总有效率为 100.00% 与对照组的 95.00% 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者的术中出血量、视觉模拟评分法 (VAS) 评分低于对照组, 手术时间、创面愈合时间短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者出血发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者的水肿发生率、复发率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 老年混合痔患者接受 RPH、外痔切除术治疗是安全可行的, 手术损伤小、术后并发症少且创面愈合时间短。

〔关键词〕 混合痔; 自动痔疮套扎术; 痔上黏膜环切钉合术; 外痔切除术; 老年人

〔中图分类号〕 R 657.1⁺8 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2021-02-04

〔作者简介〕 李创, 男, 主治医师, 主要研究方向是肛肠及肿瘤。

混合痔作为肛肠科常见病，以疼痛、水肿、便血症状为主要表现，对患者生活质量、身心健康威胁较大^[1]。混合痔多由内痔、外痔相互融合作用所致，保守治疗往往难以将患者症状解除，且易反复发作^[2]。目前手术治疗混合痔临床较为普遍，且在痔的“静脉曲张学说、肛垫下移学说”提出后，结合微创外科、精准医学理念，自动痔套扎术(ruiyun procedure for hemorrhoids, RPH)、痔上黏膜环切钉合术(procedure for prolapsed hemorrhoid, PPH)等微创术式逐渐用于混合痔治疗中，但目前针对采取上述何种术式治疗以提升患者治疗安全性及有效性尚无诸多研究报道^[3-4]。鉴于此，本研究旨在探讨RPH、外痔切除术治疗老年混合痔的临床疗效和安全性，以为临床治疗提供参考，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院2019年1月至2019年11月期间治疗的80例老年混合痔患者，按随机数字表法将其分为对照组与观察组，各40例。观察组男28例、女12例；年龄60~78岁，平均年龄(69.87±2.15)岁；病程7个月~11年，平均病程(4.15±1.38)年；痔分期：II期、III期、IV期分别为10例、16例、14例。对照组男27例、女13例；年龄60~79岁，平均年龄(69.91±2.13)岁；病程6个月~11年，平均病程(4.18±1.40)年；痔分期：II期、III期、IV期分别为10例、18例、12例。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义(P>0.05)，具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1)依据中华中医药学会制定的相关标准诊断为混合痔^[5]；(2)可耐受RPH、PPH治疗者；(3)无精神疾病者。

1.2.2 排除标准 (1)合并恶性肿瘤者；(2)合并严重内科疾病者；(3)肝、肾功能严重损伤者；(4)合并其他肛周疾病者。

1.3 方法

1.3.1 观察组 接受RPH、外痔切除术治疗，实施连续硬膜外麻醉，患者取侧卧位，将一次性肛窥镜插入，齿状线、内痔核显露后，术者左手、右手分别将肛窥镜固定、握住操作手柄，依据痔严重程度、位置对套扎点位、方向进行确定，主要实施顺三角、倒三角、串联等套扎治疗，套扎器枪管对准直肠黏膜(痔核上方1.5~3.0 cm部位)，将负压吸引开关打开，向枪管内吸入直肠黏膜、黏膜下组织，待负压表指针静止不动且于-0.08~0.10 MPa时，棘轮转动，至胶圈释放，套住痔体、直肠黏膜组织，负压开关释放，将1:1消痔灵注射液1~2 mL注入已套扎组织，一次套扎完成，待完成全部套扎后，对外痔回缩情况进行判定，针对回缩较差外痔，取“V”型切口切除，并用7号丝线缝扎痔基底部。

1.3.2 对照组 接受PPH、外痔切除术治疗，麻醉、体

位选取侧卧位，充分扩肛，将扩肛肛窥置入、固定，荷包缝合齿线上2.5~3.0 cm部位，张开吻合器并向荷包缝合上方插入，紧线打结，于吻合器两边侧孔牵出，吻合器拧紧，压榨30 s后击发，关闭状态保持30 s，旋开将吻合器取出，对外痔回缩情况进行判定，针对回缩较差外痔，取“V”型切口切除，并用7号丝线缝扎痔基底部。

1.4 评价指标

(1)临床疗效：术后随访3个月，依据痔核萎缩及症状改善情况评估，痔核完全萎缩，临床症状消失为治愈；痔核部分萎缩，临床症状改善为有效；临床症状未改变为无效。总有效率=(治愈+有效)/总例数×100%。(2)围术期指标：术中出血量、手术时间、术后24 h时视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)(评分范围0~10分，疼痛程度与评分间呈正相关)、创面愈合时间。(3)并发症、复发率：统计术后3个月内水肿、出血发生率，并于术后随访3年，统计复发情况。

1.5 统计学方法

采用SPSS 22.0软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用t检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，P<0.05为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为100.00%与对照组的95.00%比较，差异无统计学意义(P>0.05)，见表1。

表1 两组患者治疗总有效率比较 (n=40, n(%))

组别	治愈	有效	无效	总有效
对照组	20(50.00)	18(45.00)	2(5.00)	38(95.00)
观察组	23(57.50)	17(42.50)	0(0.00)	40(100.00) ^a

与对照组比较，^aP<0.05

2.2 两组患者围术期指标比较

观察组患者的术中出血量、VAS评分低于对照组，手术时间、创面愈合时间短于对照组，差异具有统计学意义(P<0.05)，见表2。

表2 两组患者围术期指标比较 (n=40, $\bar{x} \pm s$)

组别	术中出血量 /mL	手术时间 /min	VAS评分 /分	创面愈合时间/d
对照组	14.28±6.04	23.58±4.81	3.15±1.24	18.97±5.24
观察组	8.67±3.12 ^b	16.89±4.20 ^b	2.61±0.98 ^b	13.15±2.89 ^b

与对照组比较，^bP<0.05

注：VAS—视觉模拟评分法

2.3 两组患者的并发症及复发率比较

观察组患者出血发生率低于对照组，差异具有统计学意义(P<0.05)；两组患者的水肿发生率、复发率比较，差异无统计学意义(P>0.05)，见表3。

表 3 两组患者的并发症及复发率比较 (n = 40, n (%))

组 别	并发症		复发
	水肿	出血	
对照组	4(10.00)	8(20.00)	5(12.50)
观察组	2(5.00)	1(2.50) ^e	2(5.00)

与对照组比较, ^eP < 0.05

3 讨 论

混合痔作为痔的常见类型,其发生多与久坐、久立、负重远行、便秘等有关^[6]。目前手术为混合痔治疗中优选方法,但老年患者多合并内科疾病,机体代偿能力、重要脏器功能减退,对手术耐受力下降,极易增加手术风险,故选取何种术式治疗以在解除患者症状外、减轻患者损伤显得尤为重要。

混合痔外痔部分多以外痔切除术治疗为主,基于“静脉曲张学”说,该术式可剥离切除痔外静脉丛,可在将外痔去除外,降低术后肛缘水肿发生率^[7]。PPH、RPH 为混合痔治疗两种常用微创术式,其中 PPH 于 1998 年基于“肛垫理论”提出,通过环切痔上黏膜一圈并实施钉合处理,将脱垂肛垫上提,疤痕固定,利于将肛垫血供阻断,可将痔症状改善外,保护正常肛垫生理功能^[8]。RPH 是基于胶圈套扎术上改良而来,手术操作简便,该术式兼顾了“肛垫下移学说、静脉曲张学说”理论,胶圈通过负压吸引套扎痔上黏膜,促使直肠黏膜及痔体缺血、坏死、萎缩、脱落,发挥固定疤痕、上提肛垫的作用,将静脉血液倒流阻断,降低充血及痔肥大发生,保护肛管功能,减少肛垫组织损伤^[9]。李帅军等^[10]研究中指出,RPH 治疗老年混合痔效果优于 PPH、改良外剥内扎术,有利于减轻患者疼痛程度,缩短愈合时间,减少并发症,安全性及患者耐受度较高,适合用于老年患者治疗中。本研究结果得出,较对照组,观察组术中出血量、VAS 评分、出血发生率较低,手术时间、创口愈合时间较短,两组总有效率、水肿、复发率相近,由此可见,与 PPH、外痔切除术治疗相比,RPH、外痔切除术治疗对肛垫组织损伤小,手术耗时短、术中出血量少,有助于缓解患者痛楚,降低并发症发生率,

加快创面愈合,近期、远期治疗效果确切。

综上所述,老年混合痔患者接受 RPH、外痔切除术治疗近期疗效确切且损伤小、安全性较高,可加快患者术后恢复,减少并发症。

[参考文献]

- (1) 夏佳毅,刘访,李志,等. 外剥内注肛垫回缩固定术治疗混合痔的临床研究(J). 中华胃肠外科杂志, 2018, 21(12): 1443-1445.
- (2) 丁美胜. III - IV期混合痔患者不同手术方案治疗的随机对照研究(J). 贵州医药, 2019, 43(5): 780-782.
- (3) 雷新益,张志云,吉祖进,等. RPH 联合外剥内扎术与 PPH 治疗重度混合痔的临床效果比较(J). 实用医学杂志, 2018, 34(12): 2049-2052.
- (4) 宋顺心,唐清珠,罗育连,等. 痔上黏膜环切钉合术中常规缝扎痔动脉搏动对术后出血的影响(J). 蚌埠医学院学报, 2017, 42(2): 162-164.
- (5) 中华中医药学会. 中医肛肠科常见疾病诊疗指南(M). 北京: 中国中医药出版社, 2012: 11-12.
- (6) 鲁振锋,张秀峰,沈忠,等. 外剥内扎术联合荷包缝合术治疗III、IV度混合痔的临床效果分析(J). 中华全科医学, 2019, 17(4): 574-576, 604.
- (7) 李东冰,谢振年,谭嗣伟,等. 外痔切除缝合加内痔铜针术治疗混合痔(J). 中国中西医结合外科杂志, 2019, 25(3): 370-373.
- (8) 于丽,葛宁,赵倩,等. 消痔灵注射液联合 PPH 术治疗脱垂痔伴便秘的效果(J). 中国医药导报, 2019, 16(21): 185-188.
- (9) 张国强,金茂和,唐建刚,等. 自动套扎术在低位肛瘘合并混合痔一期治疗中的应用(J). 中华全科医师杂志, 2018, 17(6): 467-469.
- (10) 李帅军,李梅,许崇斯,等. 老年混合痔患者自动痔疮套扎术、吻合器痔上黏膜环切术和改良外剥内扎术的疗效对比(J). 中国老年学杂志, 2018, 38(2): 403-405.