

痛评分标准进行疗效评价^[5], 满分 29 分。①主观症状: 下腰背痛、腿痛、步态(9 分); ②体征: 直腿抬高试验、感觉障碍、运动障碍(6 分); ③日常活动受限度: 平卧翻身、站立、洗漱、前屈、坐位(约 1h)、举重物、行走(14 分)。如出现膀胱功能障碍时减 6 分。疗效评价: < 10 分为无效; 10 ~ 20 分为有效; 21 ~ 29 分为显效。

1.4 统计学分析 所得数据采用 SPSS 14.0 软件进行统计学分析处理, 两组定性数据比较采用秩和检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

两组患者的临床治疗效果比较, 见表 1。两组治疗效果差异有统计学意义(经秩和检验 $Z_c = 2.09, P < 0.05$); 观察组治疗效果优于对照组。

表 1 两组患者临床治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效
观察组	43	30(69.77)	12(27.91)	1(2.33)
对照组	41	20(48.78)	17(41.46)	4(9.76)

3 讨论

腰椎间盘突出症是骨科最常见的一种疾病。对腰椎间盘突出症的诊断, 要求结合患者病史、影像学表现和体征等。由于有 20% 左右的人会出现影像学有椎间盘突出表现, 而没有任何临床症状的现象, 所以腰椎间盘突出症的临床症状和影像学表现不一定成正比, 而与突出的部位、骨性椎管容积等具有一定的相关性^[6]。常规手术成功率高, 但是创伤大, 出血量多, 脊柱稳定性容易被破坏; 而且住院时间长, 恢复慢, 术后复发率高, 从而使得患者惧怕手术。近年来, 随着医疗技术的不断发展, 越来越多的微创技术应运而生, 与传统手术相比, 微创手术具有创伤少、手术时间短、复发率低、恢复快、疗效好等优势, 而且微创手术野广, 不易导致患者

神经根粘连^[7]。由于微创治疗只剥离少量椎旁肌, 椎板下缘除去少, 基本上不干扰脊柱的正常结构, 从而保持了患者脊柱的稳定性。通过研究发现, 微创手术治疗的效果明显要比传统手术治疗效果高。

本研究结果表明, 观察组临床治疗效果优于对照组 ($P < 0.05$)。说明腰椎间盘突出患者采用脊柱微创手术治疗, 取得了满意的疗效, 值得临床推广使用。

【参考文献】

- [1] 王文, 金钟, 杨福生, 等. 经椎间孔脊柱内窥镜下技术治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2012, 18(4): 219-224.
- [2] 谢忠志, 梁斌, 韦敏克, 等. 微创与常规手术治疗单纯极外侧型腰椎间盘突出症的比较分析[J]. 广西医学, 2012, 34(4): 444-446.
- [3] 吴志强, 陈长贤, 王汉龙, 等. 椎间盘镜与椎板开窗治疗腰椎间盘突出症的临床比较[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2012, 20(8): 44-46.
- [4] 程军, 关群, 熊小江, 等. 不同手术方式对腰椎间盘突出症治疗的效果比较分析[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(24): 4718-4720, 4756.
- [5] 李书纲, 张恒岩, 仇建国, 等. 改良直视下小切口微创手术与椎间盘镜及传统手术治疗腰椎间盘突出症的疗效比较[J]. 中国骨与关节外科, 2012, 5(4): 112-116.
- [6] 刘伟, 王杰, 幸永明, 等. 极外侧腰椎间盘突出症的临床分型和手术治疗(47 例分析)[J]. 颈腰痛杂志, 2012, 33(6): 415-418.
- [7] 张旭桥, 赵忠辉, 姜升平, 等. 脊柱微创介入镇痛术配合中药治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2013, 29(7): 565-566.

(2015-10-08 收稿 2015-11-23 修回)

(本文编辑 孙双田)

探讨无痛消化内镜热极治疗胃肠息肉的临床效果

周 华

【摘要】 目的 分析无痛消化内镜热极治疗胃肠息肉的临床效果。方法 选取我院收治的胃肠息肉患者 90 例为研究对象, 随机分为两组, 各 45 例。对照组采取消化内镜下高频电刀治疗, 观察组采取无痛消化内镜热极治疗, 比较分析两组临床疗效与患者满意度。结果 观察组总有效率为 97.78%, 高于对照组的 82.22% ($P < 0.05$); 观察组总满意率为 100.00%, 高于对照组的 86.67% ($P < 0.05$)。结论 无痛消化内镜热极治疗胃肠息肉, 临床效果好, 能有效提高患者满意度, 有临床推广价值。

【关键词】 无痛消化内镜热极治疗; 胃肠息肉; 高频电刀

【中国图书资料分类号】 R 57 【文献标志码】 B 【DOI】 10.16485/j.issn.2095-7858.2015.06.046

胃肠息肉是胃与肠道粘膜表面长出的突起状乳头状组织。主要症状为上腹隐痛、腹胀、不适, 少数可出现恶心、呕吐^[1]。合并糜烂或溃疡者可有上消化道出血, 多表现为粪潜血试验阳性或黑便, 呕血较为少见。本文对无痛消化内镜热极在胃肠息肉中的临床治疗效果进行分析, 报告如下。

1 资料与方法

作者单位: 443300 湖北省宜都市第一人民医院消化科

1.1 一般资料 选取我院 2013 年 4 月 ~ 2014 年 4 月诊治的胃肠息肉患者 90 例, 为体检或做诊断性检查时发现。患者均符合胃肠息肉临床诊断标准。将其随机分为两组, 各 45 例。对照组中, 男 23 例, 女 22 例; 年龄 (37.5 ± 3.7) 岁; 其中胃息肉 14 例, 肠息肉 21 例。观察组中, 男 24 例, 女 21 例; 年龄 (38.6 ± 4.1) 岁; 其中胃息肉 12 例, 肠息肉 23 例。两组患者基本资料具有可比性。本研究方案上报医院伦理委员会批准, 并与患者签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 对照组 患者采用消化内镜下高频电刀治疗。经内镜活检孔置入金属圈套器,调节纯电凝电流指数至 3.5 或 4.0 在息肉的基底部分进行电凝电切套摘。

1.2.2 观察组 患者采用无痛消化内镜热极治疗。治疗前对患者进行常规检查,包括:心电图、出凝血时间、肝功能等。采用 HP-A100 型内镜热极治疗系统^[2]。在术前 3 min 内,经内镜活检孔喷洒 2% 利多卡因 5 ml,对患者息肉组织进行局部麻醉。再将热极探头经内镜活检孔插入,温度控制在 200 ~ 250℃,对准息肉通电。通电后待粘膜烧灼成白色及白烟雾产生即可。患者手术结束后,立即送入无菌病房。必须保持病房的安静,减少探视次数。对患者病情变化进行观察,发现异常情况必须立即通知医生。

1.3 评定标准^[3] 显效:患者上腹隐痛、腹胀、不适等症状明显改善,生活能力大为改善;有效:患者上腹隐痛、腹胀、不适等症状有所改善,生活能力有所改善;无效:患者上腹隐痛、腹胀、不适等症状无好转或发生恶化。总有效率 = (显效例数 + 好转例数) / 总例数 × 100.00%。患者满意情况调查:针对治疗方法、治疗效果及医患关系等进行评定,包括非常满意、满意、不满意三个等级。总满意率 = (非常满意例数 + 满意例数) / 总例数 × 100.00%。

1.4 统计学方法 相关数据采用统计学软件 SPSS 19.0 处理,两组治疗效果和满意情况等定性数据比较采用 χ^2 检验。 $P \leq 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胃肠息肉患者治疗效果比较 见表 1。观察组总有效率为 97.78%,对照组总有效率为 82.22%;两组总有效率差异有统计学意义($\chi^2 = 4.44, P < 0.05$);观察组总有效率高于对照组。

表 1 两组胃肠息肉患者治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	好转	无效	总有效
观察组	45	29(64.44)	15(33.34)	1(2.22)	44(97.78)
对照组	45	24(53.33)	13(28.89)	8(17.78)	37(82.22)

2.2 两组胃肠息肉患者满意情况比较 见表 2。观察组总满意率为 100.00%,对照组总满意率为 86.67%,两组总满意率差异有统计学意义($\chi^2 = 4.46, P < 0.05$)。观察组总满意率高于对照组。

表 2 两组胃肠息肉患者满意情况比较 [例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意
观察组	45	23(51.11)	22(48.89)	0(0.00)	45(100.00)
对照组	45	20(44.44)	19(42.22)	6(13.33)	39(86.67)

3 讨论

胃肠息肉主要见于胃与大肠,少数表现为大便习惯改变、大便带血和粘液、稀便,大便次数增多;还有不同程度的腹部不适,偶有腹痛、消瘦、贫血等全身症状。如患者出现上述症状,应作进一步检查,以提高胃肠息肉的发现和确诊率^[4]。根据组织学分类方法,息肉可分为 4 类:腺瘤性息肉、错构瘤性息肉、炎症性息肉和增生性息肉。炎症息肉与肠道

炎症反应有关,生长十分缓慢,基本上不会癌变。而腺瘤性息肉又分为腺管状腺瘤、绒毛状腺瘤、绒毛腺管状腺瘤,这些腺瘤性息肉最易发生癌变,应提高警惕。同时,根据息肉与胃肠壁连接方式可分为有蒂和无蒂两种。一些较大的息肉可引起肠道症状,主要为大便习惯改变、次数增多、便中带有粘液或粘液血便、便秘、腹痛及肿物自肛门脱出和贫血等;偶尔还引起肠套叠、肠梗阻等。该疾病的发生原因尚不明确,经研究分析发现,环境因素对胃肠息肉起到重要影响,并可形成腺瘤^[5]。

临床医生在为患者实施手术前,应与患者进行沟通,密切关注其心理状况,真诚倾听其身心感受;并对症进行心理疏导,帮助其排解消极情绪,并向患者介绍无痛消化内镜热极治疗的优势,有效缓解患者不良心理症状^[6]。在手术实施过程中,应对患者的面色进行观察,一旦发现患者出现不良反应应立即停止手术,以防风险的发生。手术完毕后,将患者送入病房,待患者苏醒后应立即询问患者感受,充分降低患者并发症的发生。医务人员在对患者进行健康教育时,可用简单易懂的语言将知识写在卡片上,方便患者随时进行阅读,让患者对胃肠息肉相关知识进行了解^[7]。健康教育内容包括药物治疗、疾病预防、饮食护理等方面知识。患者出院时,医务人员应该嘱咐患者合理用药,并对患者血压水平进行定期检测,一旦患者病情发生异常变化,必须要送往医院进行复诊治疗。

本研究中,分别给予两组患者消化内镜下高频电刀治疗、无痛消化内镜下热极治疗,对比治疗效果发现,观察组总有效率为 97.78%,高于对照组的 82.22% ($P < 0.05$);观察组总满意率为 100.00%,高于对照组的 86.67% ($P < 0.05$)。

综上所述,对胃肠息肉采取无痛消化内镜下热极治疗,不仅提高了患者生活质量,同时还有效地控制了并发症的产生,促进患者早日恢复健康,提高患者满意度,值得临床推广使用。

【参考文献】

[1] 苏红鸽. 胃肠息肉应用无痛消化内镜热极治疗分析[J]. 中国实用医药 2013, 8(27): 88-89.

[2] 石国梁. 无痛消化内镜下热极治疗胃肠息肉的效果[J]. 临床医学 2014, 34(9): 38-39.

[3] 王文超, 张述团, 李云波, 等. 内镜下切除消化道息肉 475 例临床分析[J]. 云南医药 2014, 35(4): 440-442.

[4] 刘淑香. 126 例胃肠息肉无痛热极治疗的临床研究[J]. 大家健康(学术版) 2011, 5(7): 10-12.

[5] 王屹然. 无痛内镜下氩气刀切除胃肠息肉癌变患者的临床分析[J]. 山西医药杂志 2015, 44(9): 982-984.

[6] 蔡晓美, 沈元春. 无痛内镜下胃息肉切除术的效果观察与护理[J]. 护理实践与研究 2010, 7(15) 上半月版: 64-66.

[7] 邓彩虹, 刘俊. 消化内镜应用新进展[J]. 临床消化病杂志, 2012, 24(6): 373-376.

(2015-09-29 收稿 2015-11-11 修回)

(本文编辑 孙双田)