

2. 观察组指标情况统计:病毒感染者 PCT 明显低于细菌感染, $P < 0.05$; 两组红细胞沉降率、C 反应蛋白水平变化比较差异无统计学意义, $P > 0.05$, 见表 2。

表 2 病毒感染与细菌感染两组患者 CRP、PCT 与 ESR 的比较

组别	CRP (mg/L)	PCT (ng/ml)	ESR (ng/ml)
病毒者 (21)	13.51±1.28	0.71±0.49	28.03±6.21
细菌者 (39)	13.73±1.57	1.58±0.78	28.16±6.74
t 值	0.551	4.633	0.073
P 值	>0.05	<0.05	>0.05

讨论 近年临床实验室指标检测技术发展迅速, 其中 PCT 已成为用于细菌感染检测标志物, 其是一种糖蛋白, 由甲状腺 C 细胞产生, 经人体小肠、神经、肺分泌, 当人体处于正常状态时其血液中浓度非常低, 低于 0.3 ng/ml^[10]。有学者研究发现其仅在机体被细菌感染状态下, 机体组织、细胞才会大量产生, 并迅速释放入血, 其在短时间内水平会极速上升, 且保持稳定, 不受抗生素影响。同时对于病毒、真菌、支原体感染其水平不会升高或仅出现轻度升高, 当患者感染控制, 病情好转时, PCT 浓度亦随之回落, 临床对其检测能准确反应患者是否感染以及由什么引发感染^[11]。CRP 是一种急性时相蛋白, 其敏感性高、特异性低, 有肝脏分泌产生正常情况下机体血液中水平含量较低, 但当患者出现组织感染、创伤, 炎症因子大量分泌时, 其含量会快速上升, 但有研究表明除细菌外, 其他病原体感染、肿瘤、自身免疫性疾病等均可使其在短时间内升高, 因此临床能通过其判断患者感染程度。红细胞沉降是由于地心引力作用, 经研究发现在红细胞下沉的瞬间会与其等体积的血浆进行位置交换, 正常情况红细胞沉降应与血浆阻力无明显差异, 但机体出现感染性疾病时, 血液中急性物质增加, 会造成沉降加快, 因此红细胞沉降率检测能判断患

者是否有炎症病灶、组织损伤。

本次研究临床观察了红细胞沉降率、C 反应蛋白、降钙素原用于感染性疾病诊断的可行性, 发现入院时对照组红细胞沉降率、C 反应蛋白、降钙素原水平明显低于观察组, $P < 0.05$, 治疗后观察组患者指标水平均有明显改善, 两组指标水平比较差别无意义, $P > 0.05$; 同时我们对观察组不同病原体感染者进行指标检测, 病毒感染者 PCT 含量明显低于细菌感染者, $P < 0.05$, 两组红细胞沉降率、C 反应蛋白水平变化比较差别无意义, $P > 0.05$ 。

综上所述, CRP、ESR、PCT 能有效反映患者感染程度, 有效判断患者是否出现感染性疾病, 同时 PCT 能有效判断患者是否由细菌感染致病。

参 考 文 献

- [1] 李桂贤. 小儿感染性疾病与 C-反应蛋白、D-二聚体关系的研究进展[J]. 医学理论与实践, 2014, 27(4): 446-447.
- [2] 徐燕平, 侯韬. 血清降钙素原与前白蛋白及 C-反应蛋白对儿童感染诊断应用的评价[J]. 中华医院感染学杂志, 2015(8): 1893-1895.
- [3] 田宇. 降钙素原、C 反应蛋白与白细胞在诊断小儿呼吸道感染性疾病中的比较[J]. 中国医学创新, 2013(29): 92-94.
- [4] 钱汉斌. 血清降钙素原、血常规和 C 反应蛋白在儿童感染性疾病早期诊断中的作用[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(23): 203-205.
- [5] 谭书江, 田杰, 孙慧超, 等. 降钙素原在儿童呼吸道感染性疾病中的诊断价值[J]. 重庆医学, 2013, 42(13): 1514-1516.
- [6] 张福蓉, 刘瑶, 王方芳, 等. C-反应蛋白与降钙素原在儿童感染性疾病中的诊断价值[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, (15): 3366-3368.
- [7] 谢婷, 潘家华, 张雪, 等. C-反应蛋白、血沉、乳酸脱氢酶及血清铁蛋白联合检测对儿童发热待查病因诊断价值的探讨[J]. 中国当代儿科杂志, 2015(9): 950-955.

(收稿日期: 2016-09-20)

(本文编辑: 郭俊杰)

切开挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿的疗效评价

罗艳萍 邓东海

【摘要】 目的 探讨切开挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿的疗效。方法 选取本院 2013 年 1 月至 2015 年 12 月收治的 80 例肛周脓肿患者, 根据不同手术方式, 将其分为切开挂线术组和切开引流术组, 每组患者 40 例, 对比两组患者的手术指标及术后相关情况。**结果** 切开挂线术组患者各项手术指标, 包括手术时间、住院时间及创面愈合时间, 均明显优于切开引流术组 ($P < 0.05$); 切开挂线术组术后情况, 包括并发症、复发率, 明显优于切开引流术组 ($P < 0.05$)。**结论** 切开挂线术是治疗肛周脓肿的一种有效方案, 效果显著, 术后恢复好, 可减轻患者的痛苦, 具有临床应用价值。

【关键词】 切开挂线术; 切开引流术; 肛周脓肿

Evaluation on curative effect of incision thread-drawing technique and incision drainage in the treatment of the crissum abscess LUO Yan-ping. Qiaotou hospital of Dongguan, Dongguan, Guangdong, 523000, China.

【Abstract】 Objective To study the curative effect of incision thread-drawing technique and incision

drainage in the treatment of the crissum abscess. **Methods** 80 crissum abscess patients got treatment in our hospital during January 2013 and to December 2015 were selected, according to the ways of operation they were divided into incision thread-drawing group and incision drainage group, 40 cases in each group, the indexes of surgery and postoperative related situation of the two groups were compared. **Results** The operation time, hospitalization time and wound healing time in incision thread-drawing group were significantly superior to incision drainage group ($P<0.05$). As well as the complications and recurrence rate ($P<0.05$). **Conclusions** Incision thread-drawing is an effective scheme in treating crissum abscess, it with obvious effect and good postoperative recovery, it also can reduce the pain of patients and have clinical application value.

[Key words] Incision thread-drawing; Incision drainage; Crissum abscess

肛周脓肿是一种常见的肛肠外科疾病,男性发病比例大于女性,主要症状表现为发热、肛门疼痛、排尿难、红肿等,不利于患者身体健康,严重影响患者正常的工作及生活^[1]。临床治疗多以手术为主,常见的手术方式有切开挂线手术、切开引流手术,不同手术方法其效果也不尽相同^[2]。本研究回顾性分析本院收治的 80 例肛周脓肿患者,并对上述两种手术方式进行分组研究,现将具体情况汇报如下。

一、资料与方法

1.一般资料:选取本院 2013 年 1 月至 2015 年 12 月期间收治的 80 例肛周脓肿患者,根据不同手术方式,将其分为切开挂线术组和切开引流术组,每组患者 40 例,入选患者均无糖尿病病史,均未合并其他肛肠疾病,均签署知情同意书。两组患者性别、年龄、病程等一般资料如表 1 所示,经过统计学分析, $P>0.05$,由此证实两组入选病例具有进一步对比价值。

表 1 两组患者一般资料对比

组别	例数	性别(男/女)	年龄(岁)	病程(d)
切口挂线术组	40	26/14	40.3±2.6	10.2±0.5
切开引流术组	40	27/13	41.0±2.4	10.4±0.6
<i>P</i> 值		>0.05	>0.05	>0.05

2.方法:两组患者手术前行静脉麻醉+局部麻醉,取患者截石位,常规消毒手术部位。(1)切口挂线术组:本组患者行切开挂线手术,实施内镜检查,探查病灶脓肿位置、形态及大小,于脓肿波动最明显的肛缘作为切口位置,于脓肿低位作放射状切口,高位作弧形切口,切开皮肤及皮下组织,采取止血钳分离、扩大切口,充分排出脓液,利用食指探查、分离脓腔,采取刮匙搔刮脓腔内腐败组织,清除坏死组织,利用氯化钠溶液及双氧水交替清洗脓腔,利用绑有橡皮筋的探针进行内口位置探查,于脓腔最薄处或者是已破溃内口将探针引出,引出肛门后,切口内采取 7 号丝线结扎橡皮筋挂线,松紧适宜,呈梭形切口,引流,止血,包扎。(2)切开引流术组:本组患者行切开引流手术,引流方式同切开挂线手术组,利用探针探查内口位置,从脓腔引出肛外,切除内口和脓腔组织,引流,止血,包扎。两组患者手术常规进行抗生素治疗,每天 2 次按时换药,一直到伤口完全愈合。

3.评价标准^[3]:手术指标:手术时间、住院时间及创面愈合时间;术后情况:术后 6 个月,采取电话随访、复诊方式,了解两组患者是否发生肛瘘、肛门失禁等并发症以及是否复发。

4.统计学方法:采用统计学软件 SPSS 19.0 分析,计量资料采取 *t* 检验,计数资料采取卡方检验,以 $P<0.05$ 为统计学差异。

二、结果

1.两组患者手术指标对比:切开挂线组患者各项手术指标,包括手术时间、住院时间及创面愈合时间,均明显优于切开引流术组($P<0.05$),由此提示切开挂线手术可缩短手术时间、缩短住院时间,促使创面愈合。见表 2。

表 2 两组患者手术指标对比($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	住院时间(d)	创面愈合时间(d)
切口挂线术组	40	12.58±2.17	14.65±1.74	18.27±0.62
切开引流术组	40	15.03±3.62	24.19±1.03	27.02±0.95
<i>t</i> 值		3.67	29.84	48.78
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.两组患者术后相关情况对比:切开挂线术组术后情况,包括并发症、复发率,明显优于切开引流术组($P<0.05$),由此提示切开挂线手术有助于降低并发症发生的可能性及复发率。见表 3。

表 3 两组患者术后相关情况对比 $n(\%)$

组别	例数	并发症情况		复发
		肛瘘	肛门失禁	
切口挂线术组	40	1(2.5)	0(0.0)	2(5.0)
切开引流术组	40	6(15)	4(10.0)	8(20.0)
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05

讨论 肛周脓肿发病急,病情发展迅速,一旦确诊后,需及时确定治疗方案,尽快采取手术治疗,防止因治疗不及时而出现肛瘘,甚至有可能发生败血症、中毒性休克等严重后果,严重影响患者的身心健康^[4]。切开引流手术是肛周脓肿一种传统手术方式,虽然也具有一定手术效果,可解除患者的一时之痛,但是易形成肛瘘,易复发,因此需要二次手术,两次手术给患者带来身心痛苦,影响患者术后恢复,并加重患者经济负担。对此,医学界逐渐深入研究一次性根治手术治疗肛周脓肿方法,避免给患者带来二次伤害^[5]。

切开挂线手术是有机结合引流术与肛瘘修复手术,手术方法简单,可一次性手术根治,缩短手术时间;利用探针规律、细致寻找内口,防止粗暴操作造成假内口;挂线可切割慢性组织,使得直肠环、括约肌、组织周围发生炎性粘连,避免直肠、括约肌迅速收缩,防止大便失禁,内外引流,充分彻底引流,促使肉芽组织生成;脓肿组织坏死后随着线自行脱落,因此具有较高的清除率,明显降低了复发可能性^[6]。通过本次的研究结果显示,两种手术操作都比较成熟,手术均成功,但是切开挂线手术手术时间短,住院时间短,创面愈合时间短,均明显

优于切口引流术组 ($P < 0.05$), 并且在并发症发生情况及复发情况方面也占有明显优势, 与上述两种手术对比分析结论相同。对此, 我们认为切开挂线手术治疗是一种引流方式, 促使创口愈合, 改善原发病灶感染, 降低并发症发生率及复发率, 可将此种手术方式作为肛周脓肿患者的首选治疗方法^[7]。

综上所述, 切开挂线手术可有效改善患者的临床症状, 大大降低术后肛痿形成率及复发率, 帮助患者快速恢复健康, 减轻患者的痛苦, 减轻患者的经济负担, 提升患者的生活质量, 易被患者所接受, 值得在临床实践中推广应用。

参 考 文 献

[1] 白东林, 李沁. 切开双挂线引流术治疗高位蹄体型肛周脓肿 24 例临床观察[J]. 中国医师进修杂志, 2012, 35(21): 80-81.

- [2] 刘鹏. 切开挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿患者 110 例临床疗效分析[J]. 中国民康医学, 2016, 28(3): 34-35.
- [3] 刘美景. 切开挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿临床分析[J]. 吉林医学, 2013, 34(23): 4677-4678.
- [4] 王军. 切开引流挂线术与单纯切开引流术治疗肛周脓肿的临床疗效研究[J]. 中国卫生产业, 2013(22): 3-4.
- [5] 王湘涛. 切开引流术与切开挂线术治疗肛周脓肿的临床效果观察[J]. 现代诊断与治疗, 2014(6): 1383-1384.
- [6] 殷文明, 季利江. 改良二期切开挂线对口引流术治疗蹄铁型肛周脓肿临床分析(附 32 例报告)[J]. 结直肠肛门外科, 2011, 17(1): 15-17.
- [7] 粟艳琴. 切开引流加挂线术与切开引流术在肛周脓肿治疗中的疗效比较[J]. 当代医学, 2015(4): 73-74.

(收稿日期: 2016-10-07)

(本文编辑: 郭俊杰)

颈动脉粥样硬化评分与缺血性脑卒中的关系

代建成

【摘要】 目的 探究颈动脉粥样硬化与缺血性脑卒中的关系。**方法** 选取 2015 年 3 月至 2016 年 3 月期间就诊于本院的缺血性脑卒中患者 56 例作为实验组, 选取同期就诊于本院的非脑卒中患者 56 例作为对照组。对两组患者使用 CT 或 MRI 进行缺血性脑卒中的确诊或排除, 随后两组患者使用颈动脉超声检查以及颈动脉粥样硬化评分, 分析该评分在诊断缺血性脑卒中的临床价值。**结果** 实验组与对照组患者颈动脉内、中膜厚度分别为 (0.955 ± 0.182) mm 和 (0.852 ± 0.144) mm, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。颈动脉斑块参数中, 与缺血性脑卒中相关的参数有斑块回声、斑块质地以及表面是否规则, 而与斑块大小、斑块部位无相关性。实验组与对照组患者颈动脉粥样硬化评分有显著差异 ($P < 0.01$)。**结论** 颈动脉粥样硬化评分是缺血性脑卒中诊断的客观指标, 且准确性高, 值得推广使用。

【关键词】 缺血性脑卒中; 诊断; 颈动脉粥样硬化评分

缺血性脑卒中是指由于脑的供血动脉(颈动脉和椎动脉)狭窄或闭塞、脑供血不足导致的脑组织坏死的总称。有四种类型的脑缺血: 短暂性脑缺血发作(TIA), 可逆性神经功能障碍(RIND), 进展性脑卒中(SIE), 完全性脑卒中(CS)。TIA 无脑梗死存在, 而 RIND、SIE 和 CS 有不同程度的脑梗死存在。从缺血的影响范围可将脑缺血分为局限性脑缺血和弥漫性脑缺血。对于脑卒中的诊断临床上常见的有以下几种方法: (1) CT 及 MRI 扫描; (2) 脑血管检查; (3) 超声^[1]。现提出的颈动脉粥样硬化评分的方法主要是利用超声检测(包括彩色多普勒超声检查)颈动脉二维及彩色血流情况进行相关数据的测定, 研究结果报道如下。

一、资料与方法

1. 一般资料: 实验组: 选取 2015 年 3 月至 2016 年 3 月期间就诊于本院的缺血性脑卒中患者 56 例, 其中男性患者 36 例, 女性患者 20 例; 年龄范围 44~75 岁, 平均年龄 (59.36 ± 8.33) 岁。患者经过头颅 CT 或 MRI 证实符合全国第四届脑血管病学术会议修订的脑血管病诊断标准, 同时排除出血性脑卒中、卵圆孔未闭及心房纤颤等心源性脑梗死、动脉炎、动脉夹层、血液系统疾病以及蛛网膜下腔出血继发性脑卒中。

对照组: 选取 2015 年 3 月至 2016 年 3 月期间就诊于本院的健康体检者 56 例, 按照与实验组患者匹配的原理, 其中男性患者 36 例, 女性患者 20 例; 年龄范围 44~75 岁, 平均年龄 (58.99 ± 6.33) 岁。患者经过头颅 CT 或 MRI 排除缺血性脑卒中, 同时排除巨细胞动脉炎、系统性红斑狼疮和多结节性动脉炎等病史以及长期服用他汀类药物史者。

两组研究对象的年龄分布、性别比例差异无统计学意义, ($P > 0.05$), 具有可比较性。

2. 方法: 对实验组与对照组的研究对象分别进行头颅核磁共振成像检测, 随后进行颈动脉多普勒超声检测。采用彩色多普勒超声诊断仪, 同时选取 3~5 MHz 凸阵探头及 9~12 MHz 线阵探头联合检查。横切面测量双侧颈动脉 IMT, 记录颈动脉每个斑块的大小、部位、质地、回声、斑块表面是否规则以及颈动脉狭窄程度、斑块的数量。

3. 评价标准: 颈动脉粥样硬化评分标准为: 斑块回声评分为无斑块 0 分, 低或无回声评分 1 分, 强回声及中等回声为 2 分; 质地评分为无斑块、质地均匀为 0 分, 质地不均匀为 1 分; 斑块表面是否规则评分为无斑块或有斑块但表面规则为 0 分, 斑块表面不规则为 1 分; 共计 4 分。

4. 统计学处理: 相关数据资料采用 SPSS 18.0 处理, 计量资料的对比采用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异