doi:10.11659/jjssx.12E018056

·临床研究·

直肠黏膜环切联合阴道后壁修补术治疗女性直肠前突型便秘效果分析

郑颖慧[1],黎 辉[2],马小宁[2],王永辉[2],王旭辉[2],曹 斌[2] (1.华北石油总医院井下医院外科,河北 任丘 062552;2.华北石油总医院外科,河北 任丘 062552)

[摘 要] **目的** 分析直肠黏膜环切术联合阴道后壁修补术用于直肠前突型便秘的疗效。**方法** 回顾性分析2016年12月至2018年6月我院83例行手术治疗的直肠前突型便秘患者的临床资料。按手术方法不同分为A组(32例)、B组(30例)、C组(21例)。A组行直肠黏膜环切联合阴道后壁修补术;B组仅行直肠黏膜环切术;C组行直肠切开前突修复术。对比A组与B组手术前后直肠肛管压力指标、术中出血量、手术时间、24 h疼痛评分;对比3组患者术后1个月、6个月及12个月Longoing ODS排便评分;对比3组患者疗效及术后并发症发生情况。**结果** A、B组患者术前直肠肛管压力测试差异无统计学意义($P>0.05$);与本组术前比较,2组患者术后直肠肛管压力测试中肛管舒张压、直肠力排压均显著改善,差异有统计学意义($P<0.05$);2组患者术后直肠肛管压力测试比较,差异无统计学意义($P>0.05$);A组、B组术中出血量、24 h疼痛评分均少于C组,A组手术时间较B组和C组长,差异有统计学意义($P<0.05$)。术后1个月、6个月A组Longoing ODS排便评分均较B组和C组低,B组较C组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。A组治疗总有效率高于B组和C组,A组术后尿潴留发生率低于B组和C组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 直肠黏膜环切联合阴道后壁修补术能改善直肠肛管压力,显著改善排便功能。

[关键词] 直肠黏膜环切术;阴道后壁修补术;直肠前突型便秘;排便功能

[中图分类号] R574.63 [文献标识码] A [收稿日期] 2018-12-14

Curative effect analysis of rectal mucosal sleeve resection combined with posterior vaginal wall repair for women patients of constipation of anterior rectocele

ZHENG Ying-hui[1], LI Hui[2], MA Xiao-ning[2], WANG Yong-hui[2], WANG Xu-hui[2], CAO Bin[2] (1. Surgery Department, Jingxia Hospital of North China Petroleum General Hospital, Renqiu Hebei 062552, China; 2. Surgery Department, North China Petroleum General Hospital, Renqiu Hebei 062552, China)

Abstract: Objective To analyze the efficacy of rectal mucosal sleeve resection combined with posterior vaginal wall repair for women patients of constipation of anterior rectocele. **Methods** A retrospective analysis of 83 patients with constipation of anterior rectocele who underwent surgery in the hospital from December 2016 to June 2018 were divided into group A (32 cases), group B (30 cases), and group C (21 cases) according to different surgical methods. Group A performed rectal mucosal sleeve resection combined with posterior vaginal wall repair; group B performed rectal mucosal sleeve resection; group C performed rectotomy. The indexes of rectal anal canal pressure, intraoperative blood loss, operation time and pain score in 24 hours of group A and group B were compared before and after operation. The Longoing ODS defecation scores of the three groups were compared at 1 month, 6 months and 12 months after operation. The efficacy and postoperative complications of the three groups were compared. **Results** There was no significant difference in rectal anal canal pressure between group A and group B before the surgery ($P>0.05$); and the anal diastolic pressure and rectum pressure after operation were significantly improved both in group A and group B compared to those before the surgery, with statistically significant difference ($P<0.05$); there was no significant difference in rectal anal canal pressure between group A and group B after the surgery ($P>0.05$). The intraoperative blood loss and pain scores in 24 hours was lower in group A and group B compared with those in group C. The operation time of group A was longer than that in group B and group C ($P<0.05$). The Longoing ODS defecation scores of group A were lower than those of group B and group C at 1 month and 6 months after operation, and group B was lower than group C ($P<0.05$). The total effective rate of group A was higher than that of group B and group C. The incidence of postoperative urinary retention in group A was lower than that in group B and group C ($P<0.05$). **Conclusion** Rectal mucosal sleeve resection combined with posterior vaginal wall repair can improve the rectal and anal pressure indicators, and it can significantly promote the improvement of defecation function.

Keywords: rectal mucosal sleeve resection; posterior vaginal wall repair; constipation of anterior rectocele; defecation function

[基金项目] 2017年度省医学适用技术跟踪项目(G201758)

随着人们生活质量的提高及生活习惯的改变,便秘发病率逐年升高,目前人群发病率约为20%[1]。直肠前突型便秘属于功能性便秘中的出口梗阻型便秘,即直肠前膨出,是排便中松弛的直肠向阴道后壁方向突出导致出口梗阻、排便困难;因女性生理结构特点和生产等原因,其发病率是男性的4倍[2-3]。直肠前突型便秘较轻的患者通常采取保守治疗,包括口服中药、口服缓泻剂、精神引导、生物反馈治疗等;对症状较重的患者通常给予手术治疗。目前,可治疗直肠前突型便秘的术式主要有经直肠闭式修补术、经肛门切开直肠前壁补片修补术、经阴道直肠切开前突修补术、直肠黏膜环切术等[4-5]。虽然手术能显著改善临床症状,但长期效果欠佳,在恢复排便功能上还未达到令人满意的效果。近年来有研究者发现联合术式在直肠前突型便秘中疗效较好,并指出采用吻合器的直肠黏膜环切术联合阴道后壁修补能进一步促进排便功能恢复[6];但目前相关研究甚少,联合术式是否能在该类患者的治疗中提高疗效,进一步改善直肠肛管压指标以及排便功能还需进一步证实。故本研究纳入83例直肠前突型便秘女性患者,分析直肠黏膜环切联合阴道后壁修补术的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析2016年12月至2018年6月在我院行手术治疗的83例直肠前突型便秘患者的临床资料,按手术方法不同分为A组(32例)、B组(30例)、C组(21例)。A组患者平均(50.34±3.89)岁;前突15~30 mm者16例,前突大于30 mm者16例。B组患者平均(50.23±3.84)岁;前突15~30 mm者15例,前突大于30 mm者15例。C组患者平均(51.23±4.01)岁;前突15~30 mm者14例,前突大于30 mm者7例。3组患者临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究获得医院伦理委员会审批。

诊断标准参考功能性便秘RomeⅢ中便秘诊断标准[7]:①至少有25%的排便比较费力;至少25%的大便呈块状或发硬;至少25%的排便有排不尽感;至少有20%的排便有直肠阻塞感、嵌顿感;至少有2%的排便需要手指帮助或按压盆底;每周排便次数不足3次。②诊断肠易激综合征(IBS)标准不足,便秘症状至少持续6个月,近3个月内有以上诊断标准中的症状。③必须使用通便药物以疏松粪便。④经严格保守治疗无效或效果欠佳。至少符合以上2项方能确诊。

纳入标准:女性;签署知情同意书;年龄18~70岁;临床资料齐全且完成随访。排除标准[8-9]:直肠肛管器质性病变;药物或饮食不当所致便秘;耻骨直肠肌肥厚、括约肌迟缓综合征、直肠黏膜脱垂、直肠肿瘤所致便秘;直肠壶腹部远端呈囊袋状且向前凸;合并心、脑、肾等严重病变。

1.2 方法

A组采用直肠黏膜环切联合阴道后壁修补术。腰硬联合麻醉后取截石位,常规消毒术区,铺巾;阴道拉钩暴露阴道后再次消毒,将5~10 mL稀释的盐酸肾上腺素注射液注入到明显松弛的阴道黏膜下,使阴道后壁松弛部位凸起,电刀切开会阴皮肤与黏膜的交界处,向上分离阴道黏膜,艾力斯钳夹切开松弛黏膜残端并向两侧进行平行牵拉,电凝止血,分离时避免直肠损伤,中指置于阴道下,剥离阴道黏膜至紧张度较高时,向两侧游离松弛的直肠阴道隔,将向外显露的阴道后壁黏膜切除,做直肠筋膜同心圆缝合(缝5~6针),间断缝合阴道筋膜。2-0可吸收线连续缝合阴道壁,确保前突部分已经彻底缝合。明确无前突,确定阴道缝合区无异常渗血,碘伏纱布置于阴道中,无菌纱布加压固定,再次对术区周围消毒,铺巾。充分扩肛,以7号丝线缝合固定肛管扩张器,放入缝扎器行旋转缝合,黏膜下完整荷包缝合后将吻合器置于肛内,通常在高于缝合处3~4 cm,收紧荷包线、打结、牵拉,旋紧吻合器,打开保险装置,瞬间击发,保持60 min以上,若渗血则电凝或缝合止血。确定无异常渗血后肛纳1枚吲哚美辛栓、1根排气管,敷料覆盖创面,加压包扎,无菌导尿,置管7 d后拔除。

B组患者进行直肠黏膜环切术。吻合器及基本操作与A组相同,对肛周外缘有皮赘者再行修剪处理外痔,术后肛纳1枚吲哚美辛栓、1根排气管,敷料覆盖创面,加压包扎,无菌导尿,置管7 d后拔除。

C组行直肠切开前突修补术。麻醉后取截石右位,静脉全身麻醉,常规消毒铺巾,于齿状线上直肠前正中纵向切开至黏膜下层,游离黏膜瓣,2-0可吸收线间断缝合两侧提肛肌边缘,缝合切口,缸内置1枚吲哚美辛栓、1根排气管,敷料覆盖创面,加压包扎,无菌导尿,置管7 d后拔除。

1.3 观察指标

对比A组与B组手术前后直肠肛管压力指标、术中出血量、手术时间、24 h疼痛评分(使用视觉模拟评分评估);对比3组患者术后1个月、6个月及12个月Longoing ODS排便评分;对比3组患者术后疗效及并发症发生情况。

直肠肛管压力测试方法:排空直肠,使用压力监测

仪检测术前直肠肛管压力;将高顺应性气囊(400 mL)后端导管液压灌注测压管与压力传感器连接;取左侧屈膝卧位,排空测压导管气体,润滑后插入肛门,测压处离肛缘距 10 cm,检测直肠静息压、力排直肠压,每 10 min 测量气囊递增充气后初始便意感觉值,之后测肛管舒张压、静息压。

Longoing ODS 排便评分包括排便次数、排便费力程度、排便持续时间、不完全排空感、直肠会阴部不适、活动减少、泻药、灌肠、手助排便,分值越低表示排便功能越好[10]。

疗效评估[11]:痊愈,体征、症状消失,前突深度小于 5 mm,每天排便 1 ~ 2 次,每次不超过 5 min;显效,体征、症状基本消失,前突深度改善 12 ~ 15 mm,每天排便 2 ~ 3 次,排便时间缩短;有效,体征、症状改善,前突深度改善 8 ~ 11 mm,排便时间缩短;无效,患者体征、症状无明显变化,排粪造影前突深度几乎无变化。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数)/总例数 ×100%

1.4 统计学分析

使用 SPSS 18.0 统计学软件,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t/F 检验,计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 A、B 组手术前后直肠肛管压力指标对比

2 组患者术前直肠肛管压力测试差异均无统计学意义($P>0.05$);与术前比较,2 组患者术后肛管舒张压、直肠力排压均显著改善,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组术后直肠肛管压力测试比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 A、B 组患者手术前后直肠肛管压力指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	肛管静息压(kPa)	直肠静息压(kPa)	肛管舒张压(kPa)	直肠力排压(kPa)	初始感觉阈值	初次排便感觉阈值	排便窘迫阈值
A 组	32	术前	4.82 ± 1.42	0.74 ± 0.14	15.98 ± 0.46	29.35 ± 1.65	26.05 ± 11.45	82.32 ± 23.20	177.12 ± 29.65
		术后	4.80 ± 1.85	0.76 ± 0.13	9.52 ± 0.42	20.11 ± 2.65	25.06 ± 11.02	80.19 ± 28.32	182.30 ± 50.23
B 组	30	术前	4.83 ± 1.39	0.75 ± 0.13	16.20 ± 0.39	29.23 ± 1.56	26.03 ± 10.33	81.29 ± 21.32	176.65 ± 28.62
		术后	4.82 ± 1.20	0.74 ± 0.11	10.08 ± 0.42	21.63 ± 2.138	25.11 ± 8.32	79.98 ± 29.09	180.32 ± 49.52
$t1$			0.030	0.580	0.600	0.090	0.100	0.210	0.110
$P1$			0.978	0.563	0.520	0.943	0.921	0.893	0.914
$t2$			0.040	0.430	1.620	0.020	0.080	1.920	0.650
$P2$			0.961	0.571	0.062	0.990	0.900	0.051	0.434
$t3$			0.040	0.490	7.620	10.030	0.900	1.040	0.650
$P3$			0.949	0.618	0.000	0.000	0.273	0.063	0.499
$t4$			0.040	0.510	7.980	9.020	0.850	0.920	0.690
$P4$			0.948	0.560	0.000	0.000	0.281	0.492	0.601

$t1$、$P1$:术前 2 组比较;$t2$、$P2$:术后 2 组比较;$t3$、$P3$:A 组手术前后比较;$t4$、$P4$:B 组手术前后比较

2.2 3 组患者术中出血量、手术时间及疼痛评分对比

A、B 组术中出血量、24 h 疼痛评分均少于 C 组,A 组手术时间较 B 组和 C 组长,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 3 组患者术中出血量、手术时间及 24 h 疼痛评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中出血量(mL)	手术时间(min)	24 h 疼痛评分(分)
A 组	32	9.82 ± 1.62	48.32 ± 2.69	4.56 ± 0.88
B 组	30	10.01 ± 1.12	35.41 ± 2.32	4.32 ± 0.92
C 组	21	11.32 ± 1.39	34.95 ± 3.62	7.11 ± 1.03
F		8.10	210.22	64.440
P		0.001	0.000	0.000

2.3 术后 Longoing ODS 排便评分对比

术后 1 个月、6 个月 A 组患者 Longoing ODS 排便评分均较 B 组和 C 组低,B 组较 C 组低,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。术后 12 个月,3 组患者 Longoing ODS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.4 3 组患者治疗总有效率比较

A 组治疗总有效率较 B 组和 C 组高,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 3 3 组患者术后 Longoing ODS 排便评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	术后 1 个月	术后 6 个月	术后 12 个月
A 组	32	5.85 ± 1.32	7.21 ± 1.23	9.49 ± 1.45
B 组	30	6.49 ± 1.32	8.30 ± 1.23	9.56 ± 1.62
C 组	21	7.08 ± 2.65	9.12 ± 2.21	9.72 ± 1.31
F		3.20	10.27	0.15
P		0.046	0.000	0.857

表 4 3 组患者治疗总有效率对比[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
A 组	32	18(56.25)	8(25.00)	6(18.75)	0(0)	32(100.00)
B 组	30	12(40.00)	10(33.33)	5(16.67)	3(10.00)	27(90.00)
C 组	21	10(47.62)	5(23.81)	4(19.05)	3(14.29)	19(90.48)

2.5 3组患者并发症比较

A组患者无尿潴留发生,1例(3.13%)肛门狭窄;B组5例(15.63%)尿潴留,1例(3.33%)肛门狭窄;C组4例尿潴留(19.05%),1例(4.76%)肛门狭窄;3组患者均未发生肛门失禁。A组尿潴留发生率较B组和C组低,差异有统计学意义($\chi^2=16.72$,$P=0.000$)。

3 讨论

直肠前突型便秘是典型的出口型梗阻性便秘,该病常见于中老年妇女,且发病风险随着生产次数增多而增大。消除前突是治疗该病的根本途径。本研究以单纯直肠黏膜环切术、直肠切开术前突修复为对照,分析直肠黏膜环切术联合阴道后壁修补术在该类患者中的应用价值,收效良好。

排便反射是内脏反射的过程,脊髓腰骶部的低级中枢受控于高级中枢,粪便滑行到直肠后对直肠肠壁形成足够的压力刺激,形成反射,促使肛管内外括约肌扩张,完成排便[12-13]。肛管舒张压上升是直肠前突便秘患者中普遍症状,这是由于排便时前突改变了粪便滑行轨迹,并承担了一部分粪便施加在直肠的压力,导致直肠壁压力不足,肛管内外括约肌充分扩张,粪便无法下行,从而形成便秘,因此观察直肠肛管压力是评估病情改变程度的重要客观指标[14]。因手术后条件限制,本研究仅对直肠黏膜环切联合阴道后壁修补术和直肠黏膜环切术患者进行手术前后直肠肛管压力测试,发现术后A、B组直肠力排压、肛管舒张压降低,提示直肠黏膜环切术能将冗长的直肠黏膜切除,并可切除松弛悬吊的多余直肠黏膜,消除前突,提高直肠前壁弹性;吻合器导致的无菌炎症加强吻合口黏膜和直肠周围组织、黏膜下基层的固定,促使瘢痕愈合,提高直肠前壁强度,粪便降至此处可形成足够压力刺激,促进排便。

A、B组术中出血量和24 h疼痛评分均较C组少,但A组手术时间较B、C组长。这是因为直肠黏膜环切无需切开直肠,对直肠功能及直肠周围组织损伤小,减少了出血量,术后疼痛感更轻。阴道术式在直肠前突治疗上已经应用了一段时间,在直肠黏膜环切基础上使用阴道后壁修补术能改善肠道黏膜松弛程度及女性阴道黏膜松弛程度,对前突的修复更加彻底[15]。因此术后A组直肠指检前突改善更优,治疗总有效率更高,术后1个月、6个月A组Longoing ODS排便评分均较B、C组低,B组较C组低。此外,仅用直肠黏膜环切术治疗使得直肠下段黏膜向上提拉,起到紧固作用,随着排便用力,肠道压力快速升高,肠黏膜容易再度松弛并形成前突,在此基础上联合阴道后壁修补,能修补松弛的阴道黏膜,对直肠阴道隔进行第二层加固,其治疗更彻底,疗效更好[16-17]。另外,由于增加了阴道后壁修补术,A组治疗时间更长,但不会造成较大影响,且可通过后期训练提高术者手术熟练程度,以缩短手术时间。最后,A组尿潴留发生率较B、C组低,提示联合治疗能减少尿潴留发生,这与王园园等[18]报道的直肠黏膜环切联合阴道后壁修补术治疗直肠前突性便秘与单纯直肠黏膜环切术相比能提高疗效但不减少或增加并发症的结果有所出入。后期还需通过增加样本量等深入研究联合手术对并发症的影响。

综上所述,直肠黏膜环切术联合阴道后壁修补术治疗直肠前突型便秘效果更好,更利于排便功能的改善,不增加并发症,值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 高英杰,刘宝林,韩贵俊,等. 荷包缝合法加疝补片修补法对直肠前突型便秘相关生活质量的影响[J]. 河北医学,2016,22(7):1127-1129. doi:10.3969/j.issn.1006-6233.2016.07.028.

[2] 宋健健,辛学知,许媛慧,等. 直肠黏膜环切术联合阴道后壁修补术和自拟通便方在治疗女性直肠前突型便秘的应用[J]. 中华结直肠疾病电子杂志,2016,5(1):79-81. doi:10.3877/cma.j.issn.2095-3224.2016.01.17.

[3] 吴伟英,方梓羽,马艳群,等. 经阴道子宫切除术、阴道壁修补术联合腹腔镜骶棘韧带固定术治疗盆腔器官脱垂[J]. 山东医药,2018,58(19):45-47. doi:10.3969/j.issn.1002-266X.2018.19.012.

[4] 黄 帅,李 旻,李 叶,等. 改良阴道前壁修补术在老年女性阴道前壁及膀胱膨出治疗中的应用[J]. 中华老年医学杂志,2018,37(4):445-447. doi:10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2018.04.022.

[5] 白晶晶,颜士杰. 腹壁自体筋膜盆底悬吊术治疗盆底器官脱垂40例[J]. 安徽医学,2015,36(12):1482-1484. doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2015.12.014.

[6] 韩一栩,刘玉珠,陈 琨,等. 阴式全子宫切除及阴道前后壁修补手术对子宫脱垂患者性生活质量的影响分析[J]. 中国性科学,2018,27(4):56-59. doi:10.3969/j.issn.1672-1993.2018.04.017.

[7] 赖秋英,杨 欣,朱 晔,等. Perigee系统治疗前盆腔器官脱垂的近期疗效评价[J]. 中华妇产科杂志,2016,51(2):103-108. doi:10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2016.02.005.

[8] 路 畅,魏 薇,卢 丹,等. 经阴道传统手术治疗盆腔脏器脱垂的复发情况及危险因素[J]. 中国临床医生杂志,2015,43(12):76-79. doi:10.3969/j.issn.2095-8552.2015.12.029.

[9] Cai L,Qian H,Qiu X,et al. Application of rectal prolapse constipation balloon in single auxiliary defecation[J]. Zhongguo Yi Liao Qi Xie Za Zhi,2018,42(6):464-465. doi:10.3969/j.issn.1671-7104.2018.06.021.

[10] 李 棪,王 楠,付晓宇,等. 改良阴道前后壁联合修补术治疗盆腔器官脱垂的疗效观察[J]. 解放军医学院学报,2018,39(6):491-493. doi:10.3969/j.issn.2095-5227.2018.06.009.

[11] 袁 峥,尹格平,李 娟,等. 新式阴道前壁补片修补术治疗压力性尿失禁女性患者的疗效分析[J]. 中华妇幼临床医学杂志(电子版),2017,13(2):194-198. doi:10.3877/cma.j.issn.1673-5250.2017.02.013.

doi:10.11659/jjssx.04E019132

·临床研究·

改良 Nevaiser 入路联合肩峰下滑囊入路双注射治疗冻结肩疗效分析

吴晓青,张 玲,钟红玲,彭 静 (陆军军医大学第一附属医院门诊部,重庆 400038)

[摘 要] **目的** 探讨改良 Nevaiser 入路联合肩峰下滑囊入路双注射治疗冻结肩的临床疗效。**方法** 选择 2017 年 11 月至 2018 年 12 月于我院接受肩关节穿刺注射治疗的 147 例冻结肩患者,根据不同穿刺入路分为前方穿刺入路、改良 Nevaiser 入路、肩峰下滑囊入路和改良 Nevaiser 入路联合肩峰下滑囊入路,比较不同入路穿刺成功率以及注射治疗后疼痛及肩关节活动功能改善情况。**结果** 前方穿刺入路、改良 Nevaiser 入路、肩峰下滑囊入路、改良 Nevaiser 入路联合肩峰下滑囊入路穿刺成功率分别为 62.75%、91.67%、75.68%、86.67%,差异具有统计学意义($\chi^2=32.262$,$P<0.05$);改良 Nevaiser 入路组、改良 Nevaiser 入路联合肩峰下滑囊入路组穿刺成功率高于前方穿刺入路组、肩峰下滑囊入路组($P<0.05$),改良 Nevaiser 入路组成功率与改良 Nevaiser 入路联合肩峰下滑囊入路组比较差异无统计学意义($\chi^2=1.351$,$P>0.05$);其中前方穿刺入路组穿刺成功率最低(62.75%)。注射治疗后,改良 Nevaiser 入路联合肩峰下滑囊入路组 VAS 及 CMS 评分改善情况显著优于其他 3 组($P<0.05$),其中肩峰下滑囊入路组 VAS 及 CMS 评分改善情况最差,前方穿刺入路组和改良 Nevaiser 入路 VAS、CMS 评分差异无统计学意义($F=285.73/439.72$,$P>0.05$)。**结论** 肩关节腔穿刺治疗冻结肩过程中,较单一前方穿刺入路、改良 Nevaiser 入路和肩峰下滑囊入路而言,改良 Nevaiser 入路联合肩峰下滑囊双注射入路在保证较为理想的穿刺成功率前提下可使药物充分浸润盂肱关节、肩峰下滑囊,有利于患者疼痛缓解和肩关节功能恢复。

[关键词] 肩关节腔注射;改良 Nevaiser 入路;冻结肩;肩关节活动功能

[中图分类号] R684 [文献标识码] A [收稿日期] 2019-04-16

Curative effect analysis of modified Nevaiser approach combined with subacromial bursa approach on treatment of frozen shoulder

WU Xiao-qing, ZHANG Ling, ZHONG Hong-ling, PENG Jing (Outpatient Department, First Affiliated Hospital of Army Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of modified Nevaiser approach combined with subacromial bursa approach in treating frozen shoulder. **Methods** A total of 147 patients with frozen shoulder who accepted different intra-articular injective therapy from November 2017 to December 2018 were analyzed, and they were divided into the anterior approach group, the modified Nevaiser approach group, the subacromial bursa approach group and the modified Nevaiser approach combined with subacromial bursa approach group upon the different puncture methods. The success rate of different puncture approaches, as well as improvement on pain and shoulder joint function after injective

[基金项目] 军队后勤科研项目(AWS17J004)

[通信作者] 张 玲,E-mail:Zhang.Ling.1029@163.com

[12] 黄 梅,贾 雄,任叔阳,等. PPH 术联合穴位注射在直肠前突型便秘治疗中的临床疗效[J]. 世界中西医结合杂志,2016,11(8):1126-1129. doi:10.13935/j.cnki.sjzx.160825.

[13] Gallo G, Martellucci J, Pellino G, et al. Consensus Statement of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR): management and treatment of complete rectal prolapse[J]. Tech Coloproctol, 2018, 22(12): 919-931. doi:10.1007/s10151-018-1908-9.

[14] 郭 伟,杨 静,朱凤池,等. 直肠黏膜环切术联合后盆腔修补术治疗女性直肠前突型便秘的近远期观察[J]. 广西医科大学学报,2018,35(7):1014-1017. doi:10.16190/j.cnki.45-1211/r.2018.07.031.

[15] 刘 彦,胡 波,胡良胜,等. 直肠下端黏膜环切术联合直肠前壁黏膜柱状缝合术治疗女性直肠前突所致出口梗阻型便秘的研究[J]. 中华实验外科杂志,2015,32(11):2841-2843. doi:10.3760/cma.j.issn.1001-9030.2015.11.067.

[16] Cavallaro PM, Staller K, Savitt LR, et al. The contributions of internal intussusception, irritable bowel syndrome, and pelvic floor dyssynergia to obstructed defecation syndrome[J]. Dis Colon Rectum, 2019, 62(1):56-62. doi:10.1097/DCR.0000000000001250.

[17] 蒙政初,梁世杰,王 冰,等. 直肠黏膜环切、药物注射联合肛门紧缩术治疗直肠脱垂的疗效观察[J]. 广西医学,2015,15(2):249-251. doi:10.11675/j.issn.0253-4304.2015.02.35.

[18] 王园园,何兆鹏,代拥军,等. 三种术式联合治疗出口梗阻性便秘的效果及并发症分析[J]. 河北医药,2018,40(14):2193-2195. doi:10.3969/j.issn.1002-7386.2018.14.028.

(编辑:杨 颖)