

两种不同手术方式治疗慢性肛裂的应用效果研究

方 芳

湘潭市中心医院中西医结合肛肠科 湖南湘潭 411100

[摘 要]目的 探讨慢性肛裂采取两种不同手术方式的临床意义。**方法** 以我院 2016 年 1 月 23 日至 2017 年 3 月 5 日 62 例慢性肛裂患者为研究对象,以随机、平均法分为两组,分别实施侧切术及切扩术。观察两组手术、治愈及复发情况。**结果** 观察组操作时间及住院时间低于对照组,分别为 (24.19 ± 2.88) min、 (15.21 ± 2.23) d, P 值小于 0.05,两组失血量差异不大, P 值大于 0.05;观察组 II 期及 III 期治愈时间分别为 (13.19 ± 1.85) d、 (14.47 ± 1.59) d,高于对照组,复发概率为 3.23%,较对照组更低, P 值小于 0.05。**结论** 在慢性肛裂手术治疗中,切扩术及侧切术均可取得治疗效果,各具优势,临床应根据实际情况合理选择术式。

[关键词] 慢性肛裂;不同手术方式;两种

[中图分类号] R657.14

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 01-021-02

慢性肛裂即为慢性溃疡性裂口,因肛管皮肤全层裂开所致,以大便后肛门疼痛、反复发作、便秘及便血为主要表现^[1],作为常见疾病,可见于不同年龄段。此疾病以手术治疗为主,可获得较佳效果,方法较多,效果不一。本文旨在疼痛慢性肛裂予以两种不同手术方法的治疗效果。

1 资料和方法

1.1 基线资料

从我院 2016 年 1 月 23 日至 2017 年 3 月 5 日的慢性肛裂患者中抽取 62 例进行此次研究,依据完全随机原则,将其分为两组。侧切组:31 例患者男女比例为 17:14,平均年龄 (53.48 ± 3.26) 岁,病程 (3.90 ± 0.88) 年;其中 12 例为肛裂 II 期,19 例为 III 期。切扩组:31 例患者男女比例为 16:15,平均年龄 (53.24 ± 3.41) 岁,病程 (3.78 ± 0.92) 年;其中 13 例为肛裂 II 期,18 例为 III 期。两组慢性肛裂患者各项资料相比而言,对比性不强, P 值大于 0.05,两者可以对比。

1.2 方法

两组均加强术前准备,予以清洁灌肠、备皮、常规禁食禁饮等操作,选择蛛网膜下腔麻醉,根据实际情况可予以全麻或硬膜外麻醉。

侧切组引导患者右侧卧,放射状切口作于肛缘外九点方位(与肛缘距离约为 1.5 厘米),长度约为 1.5 厘米,挑出并切断部分内括约肌(以弯血管钳进行),确保肛门可通过二指,之后予以 1 至 2 针切口缝合,同时切除肥大肛乳头以及外痔,针对其他部位裂口应予以梭形浅划,并将边缘纤维化组织剪平,促使创面梭形开放,确定无活动性出血后,覆盖凡士林纱布。

切扩组选择右侧卧位,做一放射状梭形切口于肛管六点方位,下至肛缘 1-1.5 厘米,上至齿状线,彻底切除病变的肥大乳头、肛窦及哨兵痔,之后将裂口栉膜增生组织切除,直视下将外括约肌皮下部以及内括约肌下缘切断,不缝合切口, V 形修剪创面。

两组术后均嘱咐患者二十四小时内尽量控制大便,及时换药,药物选择马应龙痔疮膏,以无菌纱布覆盖患处,并妥善固定,每天换药一次,适当使用抗生素预防感染。

1.3 观察指标

观察两组手术、复发及治愈情况。

1.4 统计学处理

将两组慢性肛裂患者的操作时间、失血量、住院时间、治愈时间及复发概率,使用 SPSS21.0 软件进行数据分析处理,计量资料包括操作时间、失血量、住院时间、治愈时间,采用 T 检验,计数资料包括复发概率,采用卡方检验,以 P 值小于 0.05 表示两者数据之间具有高度对比性。

2 结果

2.1 两组手术情况对比

结果可知,观察组操作时间及住院时间分别为 (24.19 ± 2.88) min、 (15.21 ± 2.23) d,均低于对照组, P 值小于 0.05,两组失血量对比价值不大, P 值大于 0.05,具体结果见表 1 所示:

表 1:对比两组操作时间、失血量、住院情况

项目	例数	操作时间(min)	失血量(ml)	住院时间(d)
切扩组	31	24.19 ± 2.88	33.58 ± 3.20	15.21 ± 2.23
侧切组	31	32.45 ± 4.03	34.17 ± 2.97	17.54 ± 1.99

2.2 两组治愈及复发情况对比

在治愈时间方面,观察组 II 期及 III 期数据分别为 (13.19 ± 1.85) d、 (14.47 ± 1.59) d,高于对照组,复发概率为 3.23%,较对照组更低, P 值小于 0.05,具体结果见表 2 所示:

表 2:对比两组治愈时间及复发概率

项目	例数	II 期治愈时间(d)	III 期治愈时间(d)	复发概率(%)
切扩组	31	13.19 ± 1.85	14.47 ± 1.59	1 (3.23)
侧切组	31	9.34 ± 1.42	11.08 ± 0.97	7 (22.58)

3 讨论

慢性肛裂通常是经急性肛裂病情发展所致,肛裂与多种因素均有一定关系,如感染、外伤、狭窄及内括约肌痉挛等^[2-3],患者通常可见便血、便时肛门疼痛及便秘等症状,具有病程长、病情反复及痛苦大等特点。临床治疗以手术切开为基本方法,旨在排除栉膜带形成及炎症刺激,缓解肛门括约肌的痉挛、紧张状态,达到成功治愈疾病的目的。

肛门后正中切扩术可切开并切除病灶,彻底清除肛裂溃疡面以及病变肛窦,及时解除裂口刺激,缓解括约肌痉挛,保证治疗效果的同时^[4],避免复发。临床认为慢性肛裂疼痛主要是因括约肌痉挛所致,确保内括约肌痉挛解除是消除疼痛的关键所在,手术切除具有简单有效等优势,但机体创伤性较大,如何降低手术创伤是目前研究方向,其中闭合式括约肌侧方切断创伤极小^[5-6],但实际并未得到广泛应用,主要是因其操作技术要求较高,优势不足,且患者通常伴有哨兵痔、乳头肥大及肛窦炎等疾病,单纯使用侧切术无法彻底治疗疾病。慢性肛裂早期予以保守治疗即可获得良好效果,而 II 期、III 期患者则应及时予以手术治疗控制病情发展,以操作简单、不易复发、可靠安全、并发症少等为主要原则^[7]。

此次结果可见,观察组操作时间及住院时间低于对照组,失血量差异不大,II 期及 III 期治愈时间高于对照组,复发概率较对照组更低。切扩术通过直视操作松解肛管,促使肛管扩大、括约肌痉挛消失,保证肛裂病情发展因素彻底清除,侧切术则具有一定盲目性,无法直视下切除病灶,但其愈合时间更短,

(下转第 24 页)

研究组总满意度为 98.00% (49/50), 对照组总满意度为 72.00% (36/50), $\chi^2=13.2549$, $P=0.0003$, 有显著差异有临床统计学意义。详见表 3。

3 讨论

冠心病的严重类型包括有急性心肌梗死。而急性心肌梗死患者由于疾病原因, 导致心肌急性且持续性的缺血性坏死, 导致临床死亡率高, 对患者的生命造成严重威胁^[4]。

临床治疗急性心肌梗死的首要目标是使冠状动脉血流尽快恢复再灌注。给予急性心肌梗死患者行常规护理联合护理绿色通道可以加快溶栓治疗前的时间, 从而有效提高患者的临床治疗效果, 避免或者降低死亡率, 提高患者的生命质量, 提高护理满意度。急性心肌梗死患者应用护理绿色通道可以明显减少患者入院至接受救治时间, 避免浪费疾病诊断及治疗过程中时间, 从而提高患者的救治成功率。值得一提的是, 由于临床急诊 PTCA 开展条件未成熟, 护理绿色通道更合适基层医院^{[5][6]}。

(上接第 20 页)

均能发挥良好的麻醉效果, 后者不良反应更少, 对血流动力学干扰更小, 故建议选择罗哌卡因。

【参考文献】

- [1] 尹显和, 贺丙华, 肖旭, 等. 罗哌卡因联合芬太尼腰硬联合麻醉在剖宫产术中的临床观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(23):4456-4457.
- [2] 刁敏, 柳慧, 林雪梅. 腰硬联合麻醉用于剖宫产有效性及安全性的系统评价 [J]. 中国循证医学杂志, 2014(10):1218-1224.
- [3] 胡丽芳. 腰麻-硬膜外联合麻醉在剖宫产术中麻醉效果的临床观察 [J]. 基层医学论坛, 2013(17):2208-2209.
- [4] 苏帆, 张红光. 局麻药注入蛛网膜下腔的流体力学分析 [J]. 麻醉与监护论坛, 2012(5):348-351.

(上接第 21 页)

这与其微创性有直接关系, 故针对无合并症或者体质较差者可合理选择侧切术, 避免应激反应。

综上所述, 在慢性肛裂手术中, 切扩术及侧切术均有较佳效果, 切扩术操作简便、复发率低, 侧切术愈合时间更短, 临床应根据具体病情及患者需求合理选择。

【参考文献】

- [1] 卢艳君, 王兆春, 曾碧娟等. 改良侧位纵切横缝术治疗慢性肛裂术后护理体会 [J]. 海南医学, 2013, 24(7):1086-1088.
- [2] 程超. 不同手术方式治疗 88 例慢性肛裂临床疗效分析 [J]. 中国冶金工业医学杂志, 2014, 31(5):518-519.

(上接第 22 页)

鼻窦 CT 检查适用儿童常见鼻窦炎、鼻甲肥厚、鼻腔狭窄、鼻中隔偏曲、鼻窦腔异物等, 此类小儿常见疾病对图像质量并无特别要求, 对噪声的容忍度较大, 这为尽可能降低辐射剂量的扫描提供了充分依据。本组实验显示, 普通扫描有较高的时间分辨率能有效减少呼吸移动伪影, 从而获得更有价值的图像, 而一定程度的噪声增加对诊断的影响不明显^[6]。因此, FLASH 模式扫面的图像质量降低相对剂量减少是可行的。另外 FLASH 模式可以减少扫描时间、提高扫描成功率, 减少单纯由于图像质量不过关进行的重复扫描几率, 从而很大程度降低风险剂量。

【参考文献】

- [1] 温书泉, 刘珍莲, 何玉梅, 邓戈锋, 陈萍英, 等. 6 层螺旋 CT 低剂量容积扫描多平面重组在儿童副鼻窦检查中的应用研究 [J]. 实用

综上所述, 护理绿色通道在急性心肌梗死病人溶栓治疗中的应用价值显著, 值得临床推广应用。

【参考文献】

- [1] 张翠兰. 护理绿色通道在急性心肌梗死病人溶栓治疗中的应用 [J]. 全科护理, 2011, 09(25):2290-2291.
- [2] 陈吉, 刘阳, 陈惠卿等. 绿色通道及直接 PCI 对不同性别急性心肌梗死患者住院病死率的影响 [J]. 临床医药实践, 2017, 26(1):25-28, 29.
- [3] 江敏, 李莹, 毛秋婷等. 品管圈在缩短急性心肌梗死急诊绿色通道停留时间中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2016, 13(5):138-141.
- [4] 王璞, 郝永红, 王红等. 急诊绿色通道在急性心肌梗死患者中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2015, 14(10):134-135.
- [5] 张庆荣, 毛春节, 曹云云等. 急诊绿色通道在急性心肌梗死患者抢救中的应用 [J]. 解放军护理杂志, 2015, 32(23):67-69.
- [6] 武国涛. 临床护理路径在急性心肌梗死病人急诊 PCI 绿色通道中的应用效果 [J]. 护理研究, 2017, 31(21):2681-2683.

醉与监护论坛, 2012(5):348-351.

- [5] 蒋蕊, 张枝刚. 腰硬联合麻醉与硬膜外麻醉在高原地区剖宫产手术中的临床疗效及安全性评价 [J]. 中国临床药理学杂志, 2016(4):315-317.
- [6] 严文荣. 左旋布比卡因与罗哌卡因应用于妇科手术腰硬联合麻醉的效果比较 [J]. 福建医药杂志, 2010, 32(6):145-146.
- [7] 程英莉, 吴建平, 卢银军, 等. 罗哌卡因与布比卡因对剖宫产手术腰-硬联合麻醉患者血流动力学的影响 [J]. 中国临床药理学杂志, 2016, 32(6):526-528.
- [8] 邓泽湘. 罗哌卡因与布比卡因对腰-硬联合麻醉剖宫产手术中患者基本体征指标的影响对比 [J]. 中国药业, 2016, 25(21):43-45.

[3] 劳万升, 封吉亮. 慢性肛裂手术方法的改进 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2012, 19(7):785-786.

- [4] 周胜. 内括约肌侧切除手术治疗慢性肛裂的临床研究 [J]. 贵阳中医学院学报, 2013, 35(2):205-206.
- [5] 杨光, 杨勇, 张正国等. 定量侧方内括约肌切开术治疗慢性肛裂的疗效观察 [C]// 第十八届中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会学术会议暨甘肃省第五届结直肠肛门外科学术年会论文集. 2015:145-148.
- [6] 赵斌, 张志谦, 吴锋等. 侧切术后中药联合疗法治疗慢性肛裂的疗效分析 [J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(11):1548-1552.
- [7] 祝正斌, 郭美祥. 慢性肛裂两种手术治疗方法疗效比较 [J]. 中国医药指南, 2012, 10(15):255-256.

医技杂志, 2016, 23(10):1052-1055.

- [2] 国荣耀, 相爱华, 杨蕾, 邓昆, 杨瑞山, 等. 低剂量联合自适应迭代重建技术在儿童副鼻窦 CT 扫描中的应用 [J]. 医学影像学杂志, 2016, 26(8):1372-1375.
- [3] 相爱华, 国荣耀, 杨蕾, 邓昆, 杨瑞山, 等. 宝石能谱 CT 自适应统计迭代重建技术在儿童副鼻窦扫描中的应用 [J]. 山东医药, 2017, 57(4):59-61.
- [4] 国荣耀, 相爱华, 杨蕾, 邓昆, 杨瑞山. 儿童副鼻窦 CT 自适应统计迭代重建权重和低剂量扫描条件的优化 [J]. 中国医疗设备, 2016, 31(11):62-65.
- [5] 朱旭伟, 谢宝君. 低管电压联合自适应统计迭代重建算法在儿童鼻窦 CT 检查中的应用价值 [J]. 华南国防医学杂志, 2017(6):376-379.
- [6] 王秀丽. 迭代重建低剂量 CT 对鼻窦炎症图像质量及辐射剂量的影响 [J]. 医药, 2015(13):292-292.