



·论 著·

针对肛裂患者通过肛裂切除松解术治疗的临床研究

邓 兵

(宜宾市第二人民医院肛肠科 四川宜宾 644000)

【摘要】目的：分析肛裂患者采用肛裂切除松解术治疗的临床效果。**方法：**将我院2016年1月~2018年1月收治的200例患者作为临床研究对象，然后随机、平均的将其分成每组100人的观察组与对照组，前者行肛裂切除松解术、后者行肛裂侧切术，最终比较临床治疗效果。**结果：**在治疗总有效率比较中，观察组明显优于对照组，且 $P < 0.05$ ，数据差异具有统计学研究意义；在患者疼痛缓解与创面愈合时间缩减方面对比中，观察组治疗效果也明显优于对照组，且 $P < 0.05$ ，数据差异具有统计学研究意义；手术结束后，在排便Wexner评分等比较中，两组无差异， $P > 0.05$ ；在术后肛裂复发率比较中，观察组明显比对照组低， $P < 0.05$ 。**结论：**在肛裂疾病的治疗中，合理的采用肛裂切除松解术，有助于减少治疗时间与对患者造成的损伤，且治疗效果较好，值得广泛推广运用。

【关键词】肛裂；肛裂切除松解术；肛裂侧切术；临床效果

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 10-068-01

引言：肛裂患者会出现周期性肛门疼痛或便血现象，该疾病容易反复、且具有较强的疼痛感。诱发该病的原因是因为齿状线下部肛管皮肤层出现纵行断裂后，演化成溃疡导致的。为了提高对该疾病的治疗疗效，本文将针对肛裂切除松解术治疗肛裂疾病的临床疗效进行分析。

(一) 临床资料分析

1、一般资料

将我院2016年1月~2018年1月收治的200例患者作为临床研究对象，所有患者均符合《中华中医药学会肛肠专业委员会(2001版)》肛裂诊断中的Ⅱ~Ⅲ期肛裂手术指征标准，年龄在19~62岁之间，且患者及家属均在知情同意书中签字；然后随机、平均的将其分成每组100人的观察组与对照组，且前者行肛裂切除松解术、后者行传统肛裂侧切术。观察组患者中，男女比例为3:2，年龄在20~60岁时间，平均年龄为 (45.5 ± 10.5) 岁，平均病程为 (1.35 ± 0.6) 年；对照组患者中，男女比例为1:1，年龄在19~62岁之间，平均年龄为 (44.5 ± 9.5) 岁，平均病程为 (1.45 ± 0.45) 年。参与临床研究的年龄组患者，在病程、性别、年龄等一般资料对比中无明显统计学差异， $P > 0.05$ ，具有可比性。

2、临床治疗方法分析

首先，为观察组患者行肛裂切除松解术：患者经确诊后，全部实施全面的术前常规检查，待确定没有手术禁忌后，为患者进行局部麻醉，开始手术。手术时，患者应行右侧卧位，对手术部位进行消毒，并实施局麻；完成麻醉后，基于截石位5/7点位置顺着裂口端点用刀划开一条3cm长放射状梭形切口，并将肛裂和切口皮下组织切除，使肛裂基底处新鲜肉芽显现出来，在裂口基底位置用刀尖轻划2~5mm深的裂口，上端至齿线之上0.5cm处左右，下端至外括约肌皮下部分，发掘手下柔软没有紧绷感后，将手指伸入肛管里对肛管松紧度进行检查，若麻醉时能伸入2指便可，如果发现肛管出紧绷感明显，应用手术刀在基底部加大裂口规格，发现肛管没有紧绷感且使用食指与中指扩肛时感受到纤维断裂感后即可，此刻的肛内能伸入4指。如果存在合并内痔等现象，要进行常规切除、结扎，手术完成后，在创口处施撒止血粉并包裹止血纱布与纱布加压包；最后，为患者提供3日常规抗生素治疗；每天患者换药前引导患者坐入肛肠熏洗剂中坐浴5~8分钟，然后对创口出涂抹普济痔疮栓，一般5日左右即可痊愈。[1]

表一 观察及对照组患者术后治疗效果对比 n (%)

组名	n (例)	无效	有效	显效	治愈	复发	总有效率
观察组	100	1 (1.0)	2 (2.0)	4 (4.0)	93 (93.0)	0	99.0
对照组	100	3 (3.0)	3 (3.0)	9 (9.0)	80.0 (85.0)	5 (5.0)	92.0

2、创口平均愈合时间对比

在创口愈合时间对比中，观察组为15~30天，平均时间为 (18.5 ± 1.5) 天；对照组为22~45天，平均愈合时间为 (26.5 ± 3.5) 天，观察组明显优于对照组， $P < 0.05$ ，数据具有统计学研究意义。

3、术后患者其他状况对比

在术后尿潴留与排便评分比较中，两组数据没有明显差异， $P > 0.05$ ；在疼痛评分比较中，观察组术后得分明显优于对照组， $P > 0.05$ ；在术后随访中，观察组无人复发，对照组则有5人复发，复发率5.0%，明显高于观察组，且 $P < 0.05$ ；详见表二。

表二 两组患者术后其他状况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组名	n (例)	疼痛评分	排便Wexner评分	尿潴留(例)
观察组	100	$1.89 \pm 0.53^*$	0.25 ± 0.16	2
对照组	100	1.25 ± 0.48	0.32 ± 0.33	3

注：*和对照组对比， $P < 0.05$

(三) 讨论

经本文研究发现，在肛裂患者治疗中，为其提供肛裂切除松解术

其次，为对照组患者行肛裂侧切术：患者入院检查通常，进入手术室后引导患者行屈膝侧卧位，对手术区皮肤进行消毒处理，铺盖无菌洞巾，用1%利多卡因20ml加肾上腺素约0.2ml肛缘外1cm处，采用多点肛周麻醉法：先在截位6点处进针行6, 5, 7点处局部浸润麻醉，注药10ml，再在3, 9点处局部浸润，分别注药液5ml。麻醉后用左手食指在肛管外1/3处触摸，切口选在肌间沟出，朝外伸展0.5cm，将皮肤切开，顺着内括约肌表面用弯止血钳朝上侧分离到肌束上缘，并进行固定，在内括约肌下侧用止血钳插进后上挑，向上至内括约肌束上缘穿出切断，当能容纳四指且不出血时，在肛管内用苯扎溴铵棉球擦洗，并将涂抹凡士林的布条塞入，同时用无菌纱布进行包扎。患者每天排便后的处理过程同观察组处理法，一般10日左右即可痊愈。[2]

3、观察标准

对患者术后24h疼痛评分、尿潴留发生频率、创口完全愈合后排便状况等进行分析评价：尿潴留采用“有、无”评定、术后排便状况通过Wexner评分标准(0为正常，20为完全失禁)评定。

4、治疗效果评价指标

根据《肛裂疗效评定指标》将治疗效果分成四个等级，即：

治愈：患者症状彻底消失，创口完全愈合、排便畅通、肛门功能恢复合理指标，没有并发症出现。

显效：症状有明显改善、伤口创面减小、没有明显并发症。

有效：患者病症略有改善。

无效：患者创口处没有愈合，出现一定的肛门失禁现象，症状没有改善或恶化。[3]

最后，对患者创口完全愈合所需时间、治愈效果等进行统计。

5、统计学研究

本文收集的所有数据通过SPSS20.0软件实施解析、处理，通过X²检验计数资料，通过($\bar{x} \pm s$)表示计量资料，若 $P < 0.05$ ，则数据差异具有统计学研究意义。

(二) 结果

1、治疗效果

在治疗总有效率比较中，观察组的99.0%明显高于对照组92.0%的，且 $P < 0.05$ ，数据差异具有统计学研究价值，说明肛裂切除松解术治疗效果优于肛裂侧切术，详见表一。

后，在治疗效果、创口平均愈合时间、疼痛评分等方面的对比中，明显优于行肛裂侧切术患者的治疗效果。而且，使用肛裂切除松解术对患者造成的伤害小、对内括约肌实现了有效保护、降低了患者所受的痛苦，且治疗效果在术后更加稳定、不易复发、操作简单，十分适合肛裂疾病的治疗。

综上所述，为肛裂患者行肛裂切除松解术，有助于提高临床治疗有效率、缓解患者痛苦、缩短治疗周期等，值得广泛的推广运用。

参考文献：

- [1]肛裂切除术加括约肌松解术治疗肛裂的临床效果观察[J].陈辉国.中国临床新医学.2016(04):315-317
- [2]肛裂切除松解术联合生肌散治疗肛裂60例临床分析[J].杨景民.基层医学论坛.2017(05):637-638
- [3]侧切加缩创缝合治疗肛裂73例临床分析[J].张配远.中医临床研究.2015(35):113-114