

- 5 刘惠勇,田 军. 锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位和锁骨远端骨折的疗效分析[J]. 中国医师进修杂志,2013,36(2):55-56.
- 6 李志光,谭毅. 胫骨 Pilon 骨折治疗现状[J]. 中国临床新医学,2009,2(11):1217-1220.
- 7 黄俊伍,罗 轶,张春林,等. 解剖型钢板与锁骨钩钢板治疗锁骨远端骨折的临床疗效[J]. 中华创伤杂志,2012,28(12):1073-1077.
- 8 窦庆寅,韩同坤,钟 威,等. 锁定钢板和锁骨钩钢板治疗锁骨远端骨折的疗效比较[J]. 海南医学,2014,12(21):3210-3211,3212.
- [收稿日期 2015-07-13][本文编辑 韦 颖]

临床研究·论著

肛裂切除术加括约肌松解术治疗肛裂的临床效果观察

陈辉国

作者单位: 523905 广东,东莞市第五人民医院外科

作者简介: 陈辉国(1959-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:外科疾病的诊治。E-mail:chenhuiguo2099@163.com

[摘要] 目的 探讨肛裂切除术加括约肌松解术治疗肛裂的临床疗效。方法 选取东莞市第五人民医院2013-06~2014-11收治的120例肛裂患者,使用简单随机化方法分为对照组($n=60$)和观察组($n=60$),对照组采用肛裂切除术,观察组采用肛裂切除术加括约肌松解术。比较两组临床疗效、术后Ⅱ~Ⅲ级疼痛、血便、排尿困难发生率,随访患者复发和感染发生率。结果 对照组治疗总有效率为90.00%,观察组为100.00%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$);术后Ⅱ~Ⅲ级疼痛、血便、排尿困难及随访复发、感染发生率,观察组明显低于对照组($P<0.05$)。结论 肛裂切除术加括约肌松解术治疗肛裂在创口恢复、并发症控制方面具有显著效果,能有效提升患者依从性,减轻患者疼痛感,值得临床推广应用。

[关键词] 肛裂切除术; 括约肌松解术; 肛裂

[中图分类号] R 657.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2016)04-0315-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.04.13

Clinical observation of fissure resection surgery plus sphincter lysis surgery in the treatment of anal fissure

CHEN Hui-guo. Department of Surgery, the Fifth People's Hospital of Dongguan City, Guangdong 523905, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the clinical efficacy of fissure resection surgery plus sphincter lysis in the treatment of anal fissure. **Methods** One hundred and twenty patients with anal fissure were admitted to the Fifth People's Hospital of Dongguan City from June 2013 to November 2014 and were divided into the control group ($n=60$) and the observation group ($n=60$) by a simple random method. The control group was performed fissure resection surgery and the observation group were performed fissure resection surgery plus sphincter lysis surgery. The clinical effective rates and the incidences of Ⅱ~Ⅲ postoperative pain, blood stool, dysuria were compared between the two groups. The patients were followed up and the incidences of relapse and infection were compared between the two groups. **Results** The effective rate of the observation group (100.00%) was significantly higher than that of the control group (90.00%); The incidence of Ⅱ~Ⅲ postoperative pain, blood stool, dysuria and the follow-up recurrence rate of infections in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Fissure resection surgery plus sphincter lysis surgery has significant effects on healing wound, reducing complications, improving patients' compliance and relieving patients' pain in the treatment of and fissure.

[Key words] Fissure resection surgery; Sphincter lysis surgery; Anal fissure

肛裂是由各种原因导致肛管皮肤部分破裂或全层裂开,由此而形成的慢性感染性的溃疡,临床主要症状特征为肛门周期性出血、疼痛、便秘^[1]。肛裂的发病机制及病因尚未明确,目前认为主要的诱因为排便机制的创伤,病理基础为排便时承受的压力过大以及肛管前后方的血供不足,皮肤裂开后不愈合反复引发感染成为的溃疡,病程过长者则因溃疡过深、皮下瘻管、肛乳头肥大等需进行手术治疗。我院选取 2013-06 ~ 2014-11 收治的 120 例肛裂患者,分别进行肛裂切除术和肛裂切除术 + 括约肌松解术,以探讨肛裂切除术加括约肌松解术治疗肛裂的临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013-06 ~ 2014-11 我院收治的 120 例肛裂患者,使用简单随机化方法随机分为对照组和观察组。其中对照组 60 例,男 28 例,女 32 例;年龄 21 ~ 60 (34.4 ± 11.4) 岁;病程 9 个月 ~ 12 年,平均 (3.4 ± 2.0) 年;并发多个肛裂 7 例,单发 6 点肛裂 29 例,单发 12 点肛裂 24 例;伴有内痔 19 例,外痔 11 例,混合痔 6 例,合并皮下瘻 8 例;其中 II 期肛裂为 26 例(症状为裂口边缘增厚、充血、不规则,含有溃疡面,呈现椭圆形或者梭形),III 期肛裂为 34 例(症状为裂口边缘不整齐且变硬,呈现陈旧性梭形溃疡,合并为瘻管或瘻道、肛乳头肥大、前哨痔等)。观察组 60 例,男 26 例,女 34 例;年龄 20 ~ 65 (34.8 ± 12.4) 岁;病程 8 个月 ~ 13 年,平均 (3.5 ± 2.6) 年;并发多个肛裂 8 例,单发 6 点肛裂 27 例,单发 12 点肛裂 25 例;伴有内痔 16 例,外痔 13 例,混合痔 7 例,合并皮下瘻 7 例;其中 II 期肛裂为 25 例,III 期肛裂为 35 例。两组患者在性别、年龄、病程、肛裂分期等方面比较差异均无统计学意义,具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较 [$n, (\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	性别		年龄(岁)	病程(年)	肛裂分期	
		男	女			II 期肛裂	III 期肛裂
对照组	60	28	32	34.4 ± 11.4	3.4 ± 2.0	26	34
观察组	60	26	34	34.8 ± 12.4	3.5 ± 2.6	25	35
t/χ^2	-	0.134	0.184	0.236	0.034		
P	-	0.713	0.854	0.813	0.853		

1.2 病例纳入标准 所有参与患者均符合国家中医药管理局颁发的《中医病证诊断疗效标准》^[2]。其治疗和观察均具有良好的依从性,自愿参加和签

订知情同意书。同时排除妊娠期妇女以及患有严重并发症患者,如肾功能不全、肿瘤、传染病患者等。

1.3 手术方法

1.3.1 对照组 采用肛裂切除术。首先进行常规消毒,并进行局部麻醉。实施结扎后,采用手术切除法切除肛乳头,并按照溃疡的面积合理选择适当的切除厚度。手术过程中,在截石位 7 点或者 5 点距离肛缘约 1 cm 位置行放射性切口,右手食指触及肛内括约肌间沟位置,用左手小心地从切口处置入蚊式钳,将蚊式钳沿着皮下组织置入括约肌沟肛管皮下,并分离括约肌的下缘壁。手术操作结束后,将钳口微张,利用钳尖在括约肌下缘处挑出切口,并将下缘切断。当手术结束后要注意实施术后护理,并配合补液进行抗炎,周期为 1 周。

1.3.2 观察组 肛裂切除术加括约肌松解术。首先进行常规消毒,并进行局部麻醉,并让患者保持屈膝侧卧位。在肛管裂口处位置行放射状梭形切口,切口长度控制在 2 cm 左右。将切口周围的各项皮肤及皮下组织切除,确保新鲜的肉芽组织裸露出来。将裂口基底用刀尖划开进行结扎,切除肛乳头,并采用注射方法进行治疗。为检查肛管的张裂程度,使用食指探入至肛管内,检查肛管内的压力是否高于或低于常规指标。对于肛管压力过高的患者,要及时进行调整,也可以适当地进行扩肛。抽取用生理盐水(10 ml)稀释过的糜蛋白酶,均匀注射到肛门括约肌的表层,进行结扎止血。手术结束后,创面使用凡士林油纱进行填塞,并采用纱布固定^[3]。

1.4 疗效判定标准^[4] (1)无效:自觉症状以及肛裂溃疡治疗前后无明显变化;(2)好转:肛裂溃疡部分愈合整齐,且自觉症状有明显的改善;(3)治愈:自觉症状消失,肛缘愈合较整齐,溃疡裂口愈合状况良好。有效 = 好转 + 治愈。比较两组患者术后疼痛指标(疼痛级别按照 WHO 的疼痛分级标准分为 0 ~ III 级)、血便、排尿状况及随访感染和复发情况。

1.5 统计学方法 应用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 对照组治疗总有效率为 90.00%,观察组为 100.00%,两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率
对照组	60	44(73.33)	10(16.67)	6(10.00)	54(90.00)
观察组	60	56(93.33)	4(6.67)	0	60(100.00)
Z/χ^2	-		3.014		4.386
P	-		0.003		0.036

2.2 两组术后和随访指标比较 手术治疗后,观察组Ⅱ~Ⅲ级疼痛、血便、排尿困难发生率明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。出院后进行 6 个月的随访,对照组复发率为 13.33%,观察组仅为 1.67%,观察组明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后和随访指标比较[n(%)]

组别	例数	术后			随访	
		Ⅱ~Ⅲ级疼痛	血便	排尿困难	感染率	复发率
对照组	60	36(60.00)	42(70.00)	13(21.67)	6(10.00)	8(13.33)
观察组	60	12(20.00)	21(35.00)	4(6.67)	0(0.00)	1(1.67)
χ^2	-	5.714	14.737	5.551	4.386	4.324
P	-	0.000	0.000	0.019	0.036	0.038

3 讨论

肛裂是齿状线下肛管皮肤的小溃疡,其与肛管纵轴相平行,长约 0.5~1.0 cm,呈椭圆形或梭形,其愈合极其困难,是中青年肛管疼痛的主要原因。肛裂患者的临床症状主要表现为出血、便秘、疼痛等,易产生肛门灼痛,出现腹泻、分泌物、肛门瘙痒等。在治疗肛裂的过程中,首先医护人员对患者实施全方位检查,观察肛裂的各项指标,判断肛裂程度,并分析肛裂因素,消除对肛裂的不良影响^[5]。随着医疗技术的不断提高,肛裂的治疗方法逐渐多样化,肛裂各项指标的控制效果也越来越明显。肛

裂切除术主要是术后开放肛管创面,减小了创面的刺激,且该手术能够有效降低局部性炎症、大便困难、尿滞留等并发症的发生率。但该手术方法尚存在以下弊端:(1)创伤较深,需采用引流(引流术采用不当将加剧创面的感染率,阻碍患者恢复)。(2)手术疼痛严重:由于括约肌厚度高达 1.0~1.5 cm,手术过程中易导致组织损伤、创口过深等情况发生,导致术后疼痛剧烈。(3)创口愈合困难:手术后恢复缓慢,引流术的不当操作,都易产生大出血,导致愈合困难。括约肌松解术能有效消除手术过程中出现的括约肌损伤现象,减少了肛裂引发的刺激和感染。与此同时,括约肌松解术在手术中具有辅助作用,能够探查肛管状况,减轻括约肌痉挛引起的疼痛,减少肛裂创伤。本研究结果表明,对照组治疗总有效率为 90.00%,观察组为 100.00%,两组比较差异显著;在术后Ⅱ~Ⅲ级疼痛、血便、排尿困难及随访复发、感染发生率方面,观察组明显低于对照组,差异有统计学意义。由此表明肛裂切除术加括约肌松解术能明显改善术后各项指标效果,减轻患者疼痛感,提高痊愈率,值得临床应用。

参考文献

1 梁学敏,简丽丝,林 爽.不同术式治疗肛裂 184 例临床分析[J].实用医学杂志,2012,28(13):2244-2245.
2 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:132.
3 林立峰.手术结合微波侧方切断栉膜带与部分内、外括约肌治疗陈旧性肛裂 200 例[J].临床医学,2011,31(7):7-8.
4 高联合.改良后方肛裂切除加内括约肌松解术治疗陈旧性肛裂疗效观察[J].吉林医学,2012,33(9):1812-1813.
5 杨光英.两种术式在慢性肛裂中的综合疗效对比[J].中国现代医学杂志,2012,22(4):100-102.

[收稿日期 2015-07-01][本文编辑 韦所苏]

作者书写统计学符号须知

本刊执行国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定,请作者书写统计学符号时注意以下规格:1. 样本的算术平均数用英文小写 $\bar{x}$ 表示,不用大写 $\bar{X}$ 表示,也不用 $Mean$ 或 M (中位数仍用 M);2. 标准差用英文小写 s ,不用 SD ;3. 标准误用英文小写 $s\bar{x}$,不用 SE ,也不用 SEM ;4. t 检验用英文小写 t ;5. F 检验用英文大写 F ;6. 卡方检验用希腊文小写 χ^2 ;7. 相关系数用英文小写 r ;8. 自由度用希腊文小写 ν (钮);9. 样本数用英文小写 n ;10. 概率用英文大写 P ;11. 以上符号 $\bar{x}$ 、 s 、 $s\bar{x}$ 、 t 、 F 、 χ^2 、 r 、 ν 、 n 、 P 均用斜体。望作者注意。

· 本刊编辑部 ·