

终下注肛肠。(3)患者由于生育过多(妇女)、久蹲久坐、便秘努责等,导致热瘀血滞、血运不畅,郁久而化毒所致。然而,混合痔术对患者引起的疼痛归属于金刃创伤一类,因此,此种疼痛的主要机理是:(1)手术使得患者肌肤腠理失于濡养,机体的经络气血也会遭受手术的损伤,不荣则痛。(2)另外,患者经脉受损,导致气滞血瘀,在创面蕴结了湿热,最终经脉受到阻滞,不通则痛。(3)血脉瘀阻则会加重肛门的疼痛,其主要原因是:血脉瘀阻导致了血不循经,之后引发出血,肛周由于血虚而失去了濡养^[5-7]。

据国内文献研究发现:创缘水肿在混合痔术后的并发症中占据 30%左右。而中医认为:治疗此病症之大法当为活血止痛、清利湿热。消肿止痛汤此方中,地榆炭性微寒,味涩、酸、苦,归大肠、肝经,善功解毒敛疮、凉血止血;槐花性微寒,味苦,入大肠、肝经,有清肝泻火、止血凉血之疗效。此两者的“性”均为下行,皆为治疗痔血、便血的重要药材。另外,当归能够润肠通便、活血止痛、补血调经;穿山甲能够消肿排脓、活血通经;胡黄连清下焦之湿热;延胡索能够行气、活血、止痛;僵蚕能够解毒散结、祛风止痛;蒲公英、金银花皆能消退毒火;熟大黄引血下行。方中诸药配伍,即有活血止痛、清利湿热之良效^[8],最终实现创缘水肿在临床混合痔术后并发症所占比例减小这一目的。

本研究结果显示,对照组总有效率为 86.67%,

治疗组总有效率为 96.67%,治疗组疗效显著优于对照组,差异明显($P<0.05$);两组患者术后肛门情况(创缘水肿、便血、肛门疼痛等)都有所缓解($P<0.05$),且治疗组缓解效果更为显著,差异明显($P<0.05$)。综上所述,消肿止痛汤在减轻混合痔术后临床症状方面有显著的疗效,值得临床推广。

参考文献

- [1]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南[J].中华胃肠外科杂志,2016,9(5):113-121
- [2]庄晓泉,赵勇,徐婷.PPH 加外痔切除术治疗重度混合痔 53 例分析[J].现代医学,2015,40(2):207-209
- [3]Petersen S,Hellmich G,Schumann D,et al.Early rectal stenosis following stapled rectal mucosectomy for hemorrhoids [J].BMC Surgery,2004,4(1):6
- [4]Rivadeneira DE,Steele SR,Ternent C,et al.Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010)[J].Diseases of the Colon & Rectum,2011,54(9):1059-1064
- [5]Jr HK,Pinho MSL,Ferreira LC.Longitudinal Multiple Rubber Band Ligation: An Alternative Method to Treat Mucosal Prolapse of the Anterior Rectal Wall[J].Diseases of the Colon & Rectum,2006,49(6):876
- [6]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组.痔临床诊治指南(2006 版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461-463
- [7]谢敏江,王德英.改良 PPH 术与传统 PPH 术术后吻合口狭窄的临床对比观察[J].四川医学,2012,33(2):308-309
- [8]姚礼庆,钟芸诗.吻合器痔上黏膜环切钉合术并发症的防治[J].中华胃肠外科杂志,2010,13(11):796-798

(收稿日期:2017-01-05)

肛瘘伴混合痔应用手术治疗的疗效观察

马志华

(河南省潢川县人民医院 潢川 465150)

摘要:目的:探讨肛瘘伴混合痔应用手术治疗的临床疗效。方法:选取我院 2014 年 3 月~2015 年 5 月收治的 80 例肛瘘伴混合痔疾病患者为研究对象,分为观察组和对照组各 40 例。观察组采用肛瘘切除术联合混合痔外剥内扎手术,对照组采用传统肛瘘切除术进行治疗。结果:观察组临床疗效明显高于对照组($P<0.05$),术中出血量和手术时间明显低于对照组($P<0.05$),患者满意度高于对照组($P<0.05$)。结论:肛瘘切除术联合混合痔外剥内扎手术治疗肛瘘伴混合痔的疗效显著,且患者满意度较高,值得临床推广应用。

关键词:肛瘘伴混合痔;手术治疗;疗效观察

中图分类号:R657.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.017

肛瘘是一种多发疾病,病发位置主要在肛管以及直肠等部位。该病多发于 22~45 岁的青壮年群体,主要因患者自身皮脂腺分泌过度旺盛导致。混合痔是外痔与内痔结合的一种疾病,病情较为严重的患者会出现内外病灶相互连通的情况^[1]。目前临床对于肛瘘伴混合痔这种疾病的传统手术治疗方法效果并不理想。随着医学技术的不断发展及进步,

肛瘘切除术联合混合痔外剥内扎的治疗方式在临床应用中越来越多,广受患者认可。本研究旨在探讨肛瘘切除术联合混合痔外剥内扎手术方式的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 3 月~2015 年 5 月收治的 80 例肛瘘伴混合痔疾病患者为研究对象,

随机分为观察组和对照组各 40 例。观察组女 11 例,男 29 例;年龄 23~65 岁,平均年龄(55.4± 2.2)岁;高位肛瘘 13 例,低位肛瘘 27 例。对照组女 14 例,男 26 例;年龄 24~68 岁,平均年龄(57.8± 2.5)岁;高位肛瘘 15 例,低位肛瘘 25 例。两组年龄、性别、疾病等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$, 具有可比性。

1.2 方法 手术前两组患者均进行肠道清洁准备。术中取截石位,进行局部麻醉及消毒。观察组采用肛瘘切除术联合混合痔外剥内扎手术治疗:完全暴露痔核后,沿外痔边缘慢慢切开到皮肤,剥离皮肤下静脉丛上齿状线上 0.2 cm;使用组织钳夹住内痔,于钳下进行贯穿缝扎后,钳上将内痔切除;进行结扎时,需分别处理较大的内痔及瘘管两侧的痔核,各个手术区间保留约 1.5 cm 宽的皮肤桥和黏膜桥。对照组采用传统的肛瘘切除术的方式治疗:将探针从肛门外探入至肛门口,沿探针切开瘘管和内口,沿瘘管切口对瘢痕以及发生坏死的组织进行切除。两组患者术后立即使用凡士林油纱条和明胶海绵填充。

1.3 观察指标 记录两组患者术中出血量和手术时间,比较两组临床疗效。疗效判断:患者临床症状全部好转,伤口恢复良好,痔消失,为显效;患者临床症状有所好转,伤口部分良好,痔明显缩小,为有效;患者临床症状、伤口、痔无变化甚至严重,为无效。总有效 = 显效 + 有效。患者填写我院自制满意调查表,对此次手术治疗进行评比,分为满意、一般、不满意。总满意 = 满意 + 一般。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 χ^2 检验;计量资料以率表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 观察组临床疗效明显高于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	9(22.5)	19(47.5)	12(30.0)	28(70.0)
观察组	40	14(35.0)	23(57.5)	3(7.5)	37(92.5)
χ^2					5.734
P					0.016

2.2 两组患者手术情况比较 观察组术中出血量和手术时间明显低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者手术情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	出血量(ml)	手术时间(min)
对照组	40	121.52± 10.22	56.73± 8.93
观察组	40	80.57± 9.41	20.27± 7.42
t		7.743	6.431
P		0.011	0.003

2.3 两组患者满意度比较 对照组患者满意 10 例(25.0%),一般 22 例(55.0%),不满意 8 例(20.0%),总满意 32 例(80.0%);观察组满意 15 例(37.5%),一般 23 例(57.5%),不满意 2 例(5.0%),总满意 38 例(95.0%)。观察组满意度明显高于对照组,两组比较差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。

3 讨论

肛瘘是由化脓性感染导致的一种疾病,属于瘘管症状,仅有少数病灶出现特异性感染,如克罗恩病和结核^[2]。引发肛瘘的因素很多,如直肠肛管外伤产生继发性感染、直肠肛管中恶性肿瘤溃烂等^[3]。肛管直肠周边的化脓性感染是受到感染细胞通过肛腺管进入到肛腺,从腺体管分支在肛管直肠周围进行分散,从而导致多部位出现脓肿。肛瘘伴混合痔是由肛瘘而诱发的并发症,虽不会危害到患者生命安全,但容易影响身心健康^[4]。

随着医学技术的发展进步,痔的治疗方法将过去尽可能彻底地在解剖学上将痔切除,改为通过手术将脱垂的肛垫复位^[5]。现临床多采用外剥内扎手术治疗混合痔。外剥内扎手术在术中保留了患者肛垫结构,有利于其复位固定,预防肛管受到损伤,且对单发或相对独立的内痔根治效果显著。外剥内扎手术因其操作便捷、技术成熟、疗效确切、患者满意度较高等优势,在临床应用较为广泛。但外剥内扎手术容易损伤部分肛垫组织和齿状线,对患者术后的排便情况有不同程度的影响,甚至出现大便失禁及肛门坠胀等不良症状,因而外剥内扎手术需要通过缩小手术创面和缩短手术时间来预防并发症的发生。

肛瘘切除术可彻底切除瘘管和瘢痕组织,但术后患者伤口恢复较慢,且肛门失禁和复发率较高。所以,对于低位经括约肌肛瘘和括约肌间肛瘘患者不建议采用肛瘘切除术。对于瘘管明显的直瘘患者可进行肛瘘切除一期缝合术,提高患者愈合速度,且瘘管切除较为完整,有利于伤口完全缝合,避免出现死腔的情况,同时可避免污染情况发生。肛瘘切除手术联合混合痔外剥内扎手术方式治疗不仅能彻底切除肛瘘,还可有效剥除混合痔,保留齿状线,降低患者受损伤程度以及术后并发症的发生,利于患者康复。

本研究表明,观察组临床疗效明显高于对照组,出血量和手术时间明显低于对照组,满意度显著高于对照组($P<0.05$)。综上所述,肛瘘切除术联合混合痔外剥内扎手术方式治疗肛瘘伴混合痔患者,治疗效果显著,可有效改善患者临床症状,提高患者满意度及生存质量,值得临床推广应用。

参考文献

[1]柴迎春.手术治疗肛瘘伴混合痔 45 例临床疗效观察[J].中外健康

文摘,2014,7(26):169-170

[2]宁波波.外剥内扎结合消痔灵注射术治疗混合痔临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2007,9(3):153-154

[3]卢泽权,李健宁,庄瑞芬.手术治疗肛瘘伴混合痔 63 例的疗效观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(4):487-488

[4]邓兵.吻合器痔上黏膜环切术治疗重度混合痔的疗效研究[J].实用心脑血管病杂志,2011,19(5):830-831

[5]卢泽权,李健宁,庄瑞芬.手术治疗肛瘘伴混合痔 63 例的疗效观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(4):487-488

(收稿日期:2017-04-07)

临床应用纵切横缝联合挂线术对肛门狭窄的治疗效果

陈淑君 张双喜[#]

(河南中医药大学第一附属医院肛肠科 郑州 450000)

摘要:目的:探析临床应用纵切横缝联合挂线术对肛门狭窄的治疗效果。方法:采用随机分组的方法将 2011 年 6 月~2016 年 6 月肛门狭窄患者 60 例分为纵切横缝术组和联合手术组,每组 30 例,纵切横缝术组进行纵切横缝术,联合手术组采用纵切横缝联合挂线术治疗,评估两组患者的治疗效果、肛管直径变化、术后愈合时间和并发症发生率。结果:相对于纵切横缝术组,联合手术组治疗效果和肛管直径变化更好, $P<0.05$;联合手术组术后愈合时间和并发症发生率更少, $P<0.05$ 。结论:采用纵切横缝联合挂线术治疗肛门狭窄患者,临床效果较好,术后愈合时间较短,并发症发生率较低,值得临床应有。

关键词:肛门狭窄;纵切横缝;挂线术;治疗效果

中图分类号:R657.18

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.018

肛门狭窄是肛肠科较为常见的一种疾病,分为先天性狭窄和后天狭窄,大便秘状变细,患者在排便时具有一定的疼痛感。发病原因主要是因为肛门、肛管直径逐渐减小,使排便具有一定的困难,临床治疗主要采用手术治疗,常见手术方法主要有皮瓣转移植术、挂线术以及纵切横缝术等^[1]。本研究对纵切横缝联合挂线术治疗肛门狭窄的效果进行观察。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象 采用随机分组的方法将 2011 年 6 月~2016 年 6 月肛门狭窄患者 60 例分为纵切横缝术组和联合手术组,每组 30 例。联合手术组男 12 例,女 18 例;年龄最大 54 岁,最小 20 岁,平均(35.2±7.4)岁;病程 3~10 个月,平均(5.4±1.3)个月。纵切横缝术组男 13 例,女 17 例;年龄最大 53 岁,最小 23 岁,平均(36.2±8.5)岁;病程 3~12 个月,平均(6.8±1.4)个月。两组患者基线资料比较,差异不显著, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 联合手术组采用纵切横缝联合挂线术治疗,患者取侧卧位,腰麻后直肠指诊探查患者的狭窄位置以及狭窄程度,组织钳钳夹瘢痕组织充分暴露,避开 3、6、7、11 位,取 3 个点位狭窄处,距瘢痕上下边缘 0.5 cm 处作切口,切开皮肤和皮下组织,确保切口贯穿瘢痕组织,直到可触摸到正常组织,降低张力,钝性游离皮肤和皮下组织,切断部分

内括约肌,确保纤维瘢痕组织不断的切断,除去部分瘢痕组织,进一步扩大肠腔,间断缝合切口管周径,使纵切口变为横切口,扩肛,同时根据切口张力情况,作纵行减张切口,6 点位采用探针从狭窄环下端穿入,通过基底狭窄环上缘拉出,引入橡皮筋,两端拉紧结扎,手术结束。术后进行止血、止痛、常规抗感染治疗等^[2-3]。纵切横缝术组进行纵切横缝术,手术操作步骤和联合手术组相同,术后同样进行后止血、止痛、常规抗感染治疗等。

1.3 观察指标 (1)治疗效果:判定标准:完全治愈:患者的排便功能改善良好;明显好转:患者的排便功能改善较好;无效:患者的排便功能无较为明显的改善。(2)肛管直径变化和术后愈合时间。(3)并发症发生率:主要包括水肿,疼痛以及切口感染等。

1.4 统计学方法 利用 Epidata3.0 软件录入所有的数据,采用 SPSS15.0 统计学软件对本次研究数据进行分析。计数资料采用例(%)表示,行 χ^2 检验;计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果 见表 1。

表 1 两组治疗效果分析[例(%)]

组别	n	完全治愈	明显好转	无效	总有效
联合手术组	30	14(46.67)	15(50.00)	1(3.33)	29(96.67) [*]
纵切横缝术组	30	8(26.67)	14(46.67)	8(26.67)	22(73.33)

注:与纵切横缝术组相比,^{*} $P<0.05$ 。

[#] 通讯作者:张双喜,E-mail:workzsx@126.com