

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]宁海波.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:探讨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,大便性状变细,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

2.2 肛管直径、术后愈合时间 见表 2。

表 2 两组肛管直径、术后愈合时间比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	肛管直径变化(mm)		术后愈合时间(d)
		治疗前	治疗后	
联合手术组	30	9.1± 0.9	25.2± 5.4*	10.3± 2.2*
纵切横缝术组	30	9.2± 0.8	19.3± 4.9	16.8± 1.9

注：与纵切横缝术组相比，*P<0.05。

2.3 并发症发生率 纵切横缝术组 8 例出现并发症(水肿 3 例、疼痛 2 例、切口感染 3 例)，并发症发生率 26.67%；联合手术组 2 例出现并发症(水肿 1 例、疼痛 1 例)，并发症发生率 6.67%；两组比较，P<0.05。

3 讨论

肛门狭窄分为先天性肛门狭窄和后天肛门狭窄，先天性肛门狭窄主要是在胚胎发育时期，直肠和肠管间的肛门直肠膜发育失常，出生后该膜不能完全消失或者开裂不全等，形成肛门闭锁或肛门狭窄；后天肛门狭窄主要是因为肛门肛管炎症、局部损伤和肛门肿瘤等原因导致，该病主要临床症状有排便困难、疼痛、出血、粪便变形以及肛门失禁等，对患者造成较为严重的伤害^[4]。

临床上治疗肛门狭窄主要是为了扩大肛门和肛管直径，保持患者排便顺畅，纵切横缝术和挂线术是

临床较为常用的手术方法。纵切横缝可通过手术切开患者的肛管皮肤和部分括约肌，使患者的肛门和肛管逐渐扩大^[5]。该手术方式具有创伤性，术后疼痛剧烈，恢复缓慢。挂线术是在中医基础上开展治疗，可采用橡皮筋将患者的狭窄部位勒开，通过弹性药线缓慢切割，同时压迫止血，该治疗方法较为安全，可根据患者的狭窄范围多处挂线，缓解患者的环状高位狭窄，可避免直肠出血、肛门失禁及大面积损伤，术后患者创口疼痛轻微，恢复速度较快。临床上将两种手术方式结合，可综合提高患者的治疗效果^[6]。本研究结果显示，采用纵切横缝联合挂线术治疗肛门狭窄，临床效果较好，术后愈合时间较短，并发症发生率较低，值得临床应用。

参考文献

[1]邵明,彭文,刘恒良,等.改良纵切横缝术用于痔术后肛门狭窄的临床观察[J].浙江临床医学,2016,18(9):1663-1665
[2]杜忠群,李艳德,王晓林,等.可吸收线改良纵切横缝术治疗重度医源性肛门狭窄 4 例[J].广西中医药大学学报,2014,17(1):55-56
[3]梁爽,刘斌.婴幼儿医源性肛瘘 80 例的临床分析[J].中国现代药物应用,2016,10(3):89-90
[4]罗准.低位切除瘻管结合高位挂线与单纯挂线治疗高位肛瘘的研究[J].中外医学研究,2016,14(15):44-46
[5]朱晓秋.手术结合挂线疗法治疗高位复杂性肛瘘的临床特点及疗效观察[J].中国保健营养,2016,26(21):149
[6]高欣,陈敏.内镜治疗在克罗恩病中的应用(2)--技术及并发症处理[J].医学新知杂志,2016,26(5):360-362,365

(收稿日期：2017-01-05)

二至地黄汤加减配合屈螺酮炔雌醇片治疗排卵期功能失调性子宫出血临床研究

张利敏

(河南省西平县妇幼保健院 西平 463900)

摘要：目的：探讨二至地黄汤加减配合屈螺酮炔雌醇片治疗排卵期功能失调性子宫出血(DUB)的临床疗效及安全性。方法：选取 2013 年 9 月~2016 年 5 月我院收治的 104 例排卵期 DUB 患者，随机分为对照组和观察组各 52 例。对照组给予屈螺酮炔雌醇片治疗，观察组在对照组基础上辅以二至地黄汤加减治疗。结果：观察组治疗总有效率 98.08%显著高于对照组 84.62%，差异有统计学意义(P<0.05)；观察组不良反应发生率 5.77%与对照组 7.69%比较，差异无统计学意义(P>0.05)。结论：二至地黄汤加减联合屈螺酮炔雌醇片治疗排卵期 DUB，临床效果显著，安全性高。

关键词：排卵期功能失调性子宫出血；屈螺酮炔雌醇片；二至地黄汤加减

中图分类号：R711.1

文献标识码：B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.019

功能失调性子宫出血 (Dysfunctional Uterine Bleeding, DUB) 是临床常见子宫异常出血，多发于青春期与围绝经期，主要分为无排卵性与排卵性两类。排卵期 DUB 是排卵生理期间子宫发生出血，常伴下腹部隐痛，血色呈黑棕色，对广大女性身心健康造成严重影响。DUB 属中医“崩漏”范畴，冲任损伤而不能制约经血为其主要发病机制，且与脾亏肾虚、气虚血瘀、阴络损伤等密切相关^[1]。本研究选取我院收治的 104 例排卵期 DUB 患者为研究对象，采用

分组对比的方法，探讨二至地黄汤加减配合屈螺酮炔雌醇片治疗排卵期 DUB 的疗效及安全性。现报道如下：

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 9 月~2016 年 5 月我院收治的 104 例排卵期 DUB 患者为研究对象，所选对象均符合排卵期 DUB 相关诊断标准^[2]，排除无排卵性 DUB，按照随机数表法分为观察组和对照组各 52 例。观察组年龄 18~43 岁，平均(32.25± 8.74)