

开放式肛门内括约肌后位部分切开术治疗慢性肛裂的临床分析*

安 辉(辽宁省沈阳市肛肠医院肛肠四科 110002)

【摘要】 目的 分析采用开放式肛门内括约肌后位部分切开术治疗慢性肛裂的有效性,探讨术中应切断内括约肌的理想长度及安全性评价。**方法** 选取 2013 年 1 月至 2014 年 4 月收治的肛裂患者 40 例,随机分为试验组和对照组各 20 例。2 组患者均采用开放式肛门内括约肌后位部分切开术,试验组肛门内括约肌切开长度 1.0 cm,对照组切开长度 0.5 cm。观察记录 2 组患者的术后平均视觉模拟评分法(VAS)疼痛指数,服用氨酚羟考酮片(简称止痛片)剂量、伤口愈合时长、肛门形态的变化等。**结果** 试验组和对照组的患者均痊愈,未发生肛门失禁的症状,且伤口愈合时长差异无统计学意义($P>0.05$),但是试验组在术后 VAS 疼痛指数及服用止痛片情况方面优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 采用开放式肛门内括约肌后位部分切开术治疗慢性肛裂病症,效果明显,肛门内括约肌切开长度为 1 cm 时,能够减轻患者疼痛,效果更佳,值得在临床治疗中推广及应用。

【关键词】 开放式肛门内括约肌; 部分切开术; 慢性肛裂; 临床效果
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.15.047 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)15-2251-02

肛裂属于常见易复发的肛肠类疾病,在外科中非常常见。目前有手术与非手术两种治疗方案,非手术治疗效果较慢,手术治疗也有多种方法,效果不同^[1-2]。沈阳市肛肠医院在治疗慢性肛裂患者时采用开放式肛门内括约肌后位部分切开术,治疗效果明显,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取沈阳市肛肠医院 2013 年 1 月至 2014 年 4 月收治的肛裂患者 40 例,临床均确诊为慢性肛裂,诊断标准依据我国相关肛肠病学标准,患病时间大于 2 个月,且疼痛感强烈、疼痛时长持续超过 1 h 并伴有出血现象;同时在经过检查肛门后能够发现其肛管皮肤全层均已裂开,有溃疡现象,内括约肌显现,伤口周围皮肤较硬,有肛乳头肿大等症状。随机分为试验组和对照组,每组 20 例。其中试验组患者男 5 例,女 15 例,年龄 20~55 岁,平均(37.5±11.8)岁,患病时间 2~35 个月,平均 7 个月;其中后正中肛裂患者 14 例,前正中肛裂患者 3 例,肛门前后裂同时存在的患者 3 例。伴随有哨兵痔患者 11 例,伴随有肛乳头肿大 13 例,手术前视觉模拟评分法(VAS)疼痛指数为 6.58。对照组患者男 4 例,女 16 例,年龄 19~54 岁,平均(36.5±12.4)岁,患病时间 2~37 个月,平均 7.1 个月;其中后正中肛裂患者为 15 例,前正中肛裂患者为 2 例,肛门前后裂同时存在的患者为 3 例。伴随有哨兵痔患者为 10 例,伴随有肛乳头肿大为 14 例,手术前其 VAS 疼痛指数为 7.25^[3]。

1.2 方法 在进行手术前,遵照医嘱,患者需排空粪便。呈截石位以便手术。使用 0.5% 聚维酮碘溶液将患者肛门周围的皮肤进行消毒,然后铺巾。采用骶管麻醉,待麻醉药起效作用时,再用 0.5% 聚维酮碘溶液将患者的肛管及直肠进行消毒,然后做肛门直肠指诊及做肛门镜的检查,排除直肠肿瘤、直肠息肉及肛管肿瘤等恶性病症。若患者为后正中慢性肛裂病症,在用电刀将其肛门溃疡裂口及周围结硬的皮肤切除的同时,将其哨兵痔以及肿大肛乳头切除,然后在其后位部把内括约肌延下边部位切开,试验组切开长度 1.0 cm,对照组切开长度 0.5 cm,对其他发生肛裂的部位做搔刮,直至出血,然后电凝止血。在其直肠内放入凡士林油纱引流至其肛门。手术后患者将保持清淡饮食,并服用抗生素,若伤口疼痛可服用止痛片。术后两天内控制排便。从术后第 2 天开始,每天均用痔疮止痛浸膏并换药一次,直至伤口愈合。

1.3 临床效果观察 指定专门医护人员对患者的临床病症效果进行观察。主要观察及记录指标为:患者术后当天及术后第 1 天的排便情况,手术后第 2 天至 1 周的患者 VAS 疼痛指数,患者服用止痛片剂量、伤口愈合时长及肛门失禁情况^[4]。

1.4 疗效判定标准 治愈:患者术后肛裂病症痊愈,症状消失,排便顺畅,伤口愈合快且佳,术后未发生并发症,肛门功能恢复正常;无效:患者术后肛裂病症没有得到治愈,症状仍存在,伤口没有愈合或者出现肛门失禁现象^[5]。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件对数据进行处理及统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

试验组和对照组在经过开放式肛门内括约肌后位部分切开术治疗后,均得到治愈,且在伤口愈合时长方面差异无统计学意义,肛门功能恢复正常,术后 1 个月内未发生并发症以及肛门失禁等情况,差异无统计学意义($P>0.05$);但试验组与对照组患者在术后 VAS 疼痛指数以及服用止痛片剂量方面,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 试验组与对照组患者术后 VAS 疼痛指数比较

组别	<i>n</i>	第 0 天	第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 7 天
试验组	20	3.65	3.54	2.12	1.75	1.24
对照组	20	4.21	4.33	3.01	2.29	1.62
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

试验组患者术后 VAS 疼痛指数比对照组患者术后 VAS 疼痛指数低,同时,试验组患者服用止痛片的剂量平均为 2.22 片,对照组平均为 4.45 片,说明试验组的治疗效果更佳,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

肛裂是一种常见的外科疾病,其在发病时常常伴有强烈的疼痛感以及出血等现象,严重影响了患者的生活质量。在治疗急性的肛裂病症时,通常采用保守治疗即可治愈,但是若为慢性肛裂则不能采用一般的保守治疗^[6]。

近年来,相关临床医护研究者对于肛裂病症的研究取得了

* 基金项目:山东省自然科学基金资助项目(ZR2011HQ025)。

一定成果,传统观点认为肛裂患者内括约肌肿大是由于肛周黏膜的创伤性改变引起的,且内括约肌痉挛是导致便秘症状发生的根本原因,进而形成恶性循环。当前认为括约肌高张力引发肛管后中线血液循环不良才是导致原发性慢性肛裂的主要原因^[7]。所以,将肛管压力进行削弱是治愈慢性肛裂的有效途径。施以单一的肛裂切除术不能有效缓解患者的病症,而采用开放式肛门内括约肌后位部分切开术,在将肛裂部分切除后在其肛门内括约肌沿下边缘进行部分切断,同时,使用高频电刀控制出血量并进行止血,术后引流降低感染机会,且不会出现并发症,效果明显^[8]。

综上所述,在治疗慢性肛裂时,采用开放式肛门内括约肌后位部分切开术具有显著的疗效,并且切开后括约肌沿下边缘 1 cm 时最为安全有效,手术操作便捷,能够提高患者的生活质量,值得在临床治疗中推广及应用。

参考文献

[1] 于曦,林学梅,杜继明,等. 二种手术方式治疗慢性肛裂的临床观察与分析[J]. 医学信息, 2011, 2(8): 3957.

- [2] 刘君德,陈晓渝,严冬菊. 改良 V-Y 肛管成形术治疗慢性肛裂临床观察[J]. 四川医学, 2011, 32(5): 727-728.
- [3] 沈奎,吕文辉,张承岳,等. 吻合器痔上黏膜环切术与外剥内扎术治疗重度痔的疗效观察[J]. 安徽医学, 2014, 35(3): 329-331.
- [4] 程永平. 内括约肌侧切除术治疗慢性肛裂疗效评价[J]. 慢性病学杂志, 2014, 15(2): 157-158.
- [5] 鲁立峰. 内括约肌切断术配合中药熏洗治疗慢性肛裂 90 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2011, 17(4): 380-381.
- [6] 雷刚. 改良痔动脉结扎术治疗Ⅱ~Ⅲ期内痔的临床疗效观察[J]. 当代医学, 2014, 20(9): 44-45.
- [7] 刘会艳. 采用 PPH 手术治疗痔疮的临床效果观察[J]. 中外医疗, 2011, 6(18): 88.
- [8] 陆新建,杨关根. 肛门后侧位内外括约肌联合切断术治疗陈旧性肛裂 60 例[J]. 河南中医, 2013, 33(11): 1957-1958.

(收稿日期: 2015-02-25 修回日期: 2015-04-10)

• 临床探讨 •

经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死的临床护理观察*

王雪梅(哈尔滨医科大学附属第四医院 TOF-PET/CT/MR 中心 150001)

【摘要】 目的 探讨综合护理干预在经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死的临床应用效果。**方法** 选取 2012 年 1 月至 2013 年 1 月哈尔滨医科大学附属第四医院收治的经皮冠状动脉介入治疗的急性心肌梗死患者 110 例,按随机分组原则分为观察组和对照组,对照组实施常规护理措施,观察组实施综合护理干预。比较 2 组患者术后并发症的发生率、平均住院时间、患者对护理服务的满意度并进行评价。**结果** 观察组患者并发症的发生率和平均住院时间明显低于对照组,对护理服务的满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对经皮冠状动脉介入治疗的心肌梗死患者实施综合护理干预,可有效预防并发症发生,提高患者满意度,建议在临床上推广应用。

【关键词】 经皮冠状动脉介入治疗; 心肌梗死; 综合护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 15. 048 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)15-2252-02

随着社会的发展和生活方式的改变,心肌梗死的发病率逐年增加。该病起病急、病情重,病情进展快,如不给予及时治疗,极易发生不良后果,甚至死亡^[1-2]。经皮冠状动脉介入治疗作为微创手术的一种,以其创伤小、恢复快等特点被广泛应用^[3-4]。为了提高经皮冠状动脉介入治疗效果,本研究从护理角度出发,通过实施综合护理干预,取得了显著疗效。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月至 2013 年 1 月哈尔滨医科大学附属第四医院收治的经皮冠状动脉介入治疗的急性心肌梗死患者 110 例,其中男 63 例,女 47 例,平均(60.2±5.5)岁。将以上全部患者按随机分组原则分为观察组和对照组,每组 55 例,观察组男 32 例,女 23 例,平均(61.4±4.7)岁;对照组男 31 例,女 24 例,平均(59.4±6.2)岁。2 组患者在年龄、性别、病情等方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 护理措施 对照组实施常规护理措施;观察组进行综合护理干预。(1)术前护理。①术前准备:做好备皮、过敏试验等工作,准备临时起搏器、除颤器,按术前心肌梗死护理常规实

施护理措施。②加强术前心理护理:疾病突然发生,多数患者会出现焦虑、恐惧、紧张等不良情绪,使其不能进行有效配合治疗,护理人员应和患者进行有效沟通,评估患者心理状态,用通俗易懂的语言讲解手术的相关知识,帮患者树立信心。(2)术后护理。①加强基础护理:患者回到病房后即进行心电监护,密切关注患者心率、心律改变,并描绘心电图,一旦发现异常,及时报告医生。②抗凝治疗的护理:患者在术后通常进行抗凝治疗,护理人员应加强观察患者有无血凝障碍,尤其注意穿刺点、皮肤黏膜等部位,及时发现异常,避免发生意外。③穿刺部位的护理:查看穿刺部位,观察有无水肿,无鞘管拔出前,制动穿刺肢体,防止鞘管脱出。拔除后,用手指按压穿刺动脉 30 min,渗血停止后使用弹力绷带联合沙袋进行压迫。④并发症的护理:出血是术后常见并发症,主要和抗凝药物使用、有创穿刺有关,因此严密观察穿刺部位,查看患者由于出血倾向,一旦发现,及时处理。其次由于导管植入及血液再灌注效应,激惹冠状动脉导致血管痉挛,从而引发闭塞,造成心肌梗死复发^[5]。因此术后应加强观察心电改变,观察有无心肌梗死表现。

1.2.2 效果评价指标 根据 2 组患者术后并发症的发生情况、平均住院时间、对护理服务的满意度进行评价^[6]。

* 基金项目:黑龙江省教育厅 2013 年度科学技术研究(面上)项目计划支持课题(12531418)。