

纵切横缝内括约肌切断术治疗老年肛裂病人的疗效分析

李腾芳

【摘要】 目的 探讨纵切横缝内括约肌切断术对老年肛裂病人临床治疗效果。方法 老年肛裂病人 86 例,随机分为两组,对照组采用开放式侧位肛裂切除术,研究组应用纵切横缝内括约肌切断术,分析两组病人术后炎症反应情况、手术情况、术后并发症以及整体治疗效果。结果 对照组手术时间为(42.5±3.2)分钟、出血量(4.8±1.7)ml、住院时间(10.38±1.9)天,愈合时间(7.3±1.3)天;研究组手术时间为(37.4±2.1)分钟、出血量(1.9±0.7)ml、住院时间(7.3±1.6)天,愈合时间(5.4±0.5)天,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$);研究组治疗有效率为97.7%,对照组为76.7%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$);术前两组病人C反应蛋白(CRP)、白细胞介素(IL)-8水平比较无明显差异($P>0.05$),研究组术后1天和3天CRP水平分别为(15.2±2.4)ng/ml和(5.2±0.2)ng/ml,IL-8水平分别为(6.3±0.4)ng/ml和(0.3±0.1)ng/ml,对照组CRP水平为(23.4±4.3)ng/ml和(7.4±0.5)ng/ml,IL-8水平分别为(10.2±0.6)ng/ml和(0.5±0.2)ng/ml,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$);研究组术后并发症发生率为11.6%,对照组为41.9%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 老年肛裂病人采用纵切横缝内括约肌切断术治疗,可获得较好的临床效果。

【关键词】 开放式侧位肛裂切除术; 纵切横缝内括约肌切断术; 并发症

慢性肛裂是肛肠科最为常见的疾病之一,肛门周期性疼痛、出血、便秘是该病症的主要临床表现,其发病主要是因为内括约肌痉挛,使肛门出现供血不足,肛门口因为缺血性坏死而导致溃疡,很难自愈。病情发展逐步形成慢性溃疡,对生活、工作造成影响^[1]。慢性肛裂病程较长,而且部分病人会伴有哨兵痔、肥大肛乳头以及皮下瘻等并发症。手术治疗是肛裂病人的首选方法^[2]。我们采用纵切横缝内括约肌切断术治疗老年肛裂病人,取得满意的临床效果。

对象与方法

一、对象

2015年1月~2018年3月期间收治的老年肛裂病人86例,随机分为两组,每组各43例,对照组男性25例,女性18例,年龄64~83岁,平均年龄(75.3±2.1)岁;研究组男性24例,女性19例,年龄63~85岁,平均年龄(75.5±2.1)岁,两组年龄、性别比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究获得医院内伦理委员会批准。纳入标准:(1)临床诊断确诊为慢性肛裂;(2)年龄均在60岁以上;(3)就诊资料完整;(4)对

本研究内容知情,且同意签字。排除标准:大器官功能障碍,如心、肝、肾等,凝血功能障碍,有手术禁忌证,同时伴有其他肛肠疾病,处于妊娠期或哺乳期,有精神病史。

二、方法

1. 手术前一天晚上服用复方聚乙二醇电解质散(国药准字:20040034,舒泰神生物制药股份有限公司北京分公司)。手术当天不进食。

2. 对照组采用开放式侧位肛裂切除术进行治疗。首先做一个长纵行切口,在肛门侧位,所做切口的下方刚好距离肛门边缘1cm左右,上方正好处于齿线的平面位置,切断部分内括约肌下缘^[3]。仔细修剪创口边缘上方的黏膜桥组织和下方的肛门皮组织,然后将切口进行重新塑造,形状为中间位置宽两端位置较窄,缝合后,手术结束。

3. 研究组采用纵切横缝内括约肌切断术进行治疗。首先在距离病人肛门边缘1cm左右、肛门周围5点钟或者是7点钟作0.5cm左右的椭圆形切口,用左手食指进行引导支持,操作时将食指纳入病人肛门内,将纹式钳插入到病人肛门周围的切口内,挑出其中比较肥厚的内括约肌下缘0.5mm,在括约肌间沟的上方,在经过止血处理后,将其切断,然后缝合。一般缝

合 1~2 针^[4]。缝合后手术结束。

4. 两组病人术后均行常规抗感染治疗,术后每天至少 6 小时卧床休息。麻醉失效后便可进食,以流食、半流食为主。术后第 2 天切口换药,观察切口处有无炎症。

5. 观察指标:记录术中出血量、手术时间、术后切口愈合时间、住院时间。观察两组病人术后恢复情况,评估两组病人的治疗有效率。显效:出血、疼痛等临床症状消失,手术切口以完全愈合;有效:出血、疼痛等临床症状基本改善,手术切口部分愈合;无效:出血、疼痛等临床症状基本无变化,切口愈合不良。总有效率 = (显效 + 有效) ÷ 总例数 × 100%。检测两组病人术前、术后 1 天、术后 3 天炎症因子、C 反应蛋白(C-reactionprotein, CRP)、白细胞介素(IL)-8。

三、统计学方法

应用 SPSS 18.0 软件对数据进行分析,计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,行 *t* 检验。计数资料用例和百分率(%)表示,行 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

结 果

1. 两组手术情况比较见表 1。结果显示,两组手术时间、出血量、愈合时间和住院时间比较,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

表 1 两组病人手术情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	出血量 (ml)	住院时间 (d)	愈合时间 (d)
对照组	43	42.5 ± 3.2	4.8 ± 1.7	10.38 ± 1.9	7.3 ± 1.3
研究组	43	37.4 ± 2.1 ^a	1.9 ± 0.7 ^a	7.3 ± 1.6 ^a	5.4 ± 0.5 ^a

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05

2. 两组临床效果比较见表 2。结果显示,研究组与对照组临床效果比较,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

表 2 两组病人临床效果比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
对照组	43	18(41.9)	15(34.9)	10(23.3)	23(76.7)
研究组	43	28(65.1) ^a	14(32.6) ^a	1(2.3) ^a	42(97.7) ^a

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05

3. 两组炎症因子水平比较见表 3。结果显示,研究组与对照组炎症因子 CRP、IL-8 的水平有明显改善,两组比较差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

4. 两组并发症发生率比较见表 4。结果显示,研究组与对照组并发症发生率比较,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

讨 论

肛裂在肛肠科有着很高的发病率,其主要临床表现为肛门周期性疼痛,并伴随有便秘等症状^[5]。慢性肛裂病情发展缓慢,致使病程较长,给生活和工作带来影响。目前,对于导致肛裂发病的原因还不明确,最早是 1908 年提出的损伤学说,后来又相继提出栉膜带学说、感染学说、神经肌肉学说以及局部缺血学说等^[6]。感染、外伤、肛门内括约肌痉挛都是导致肛裂发病的形成因素,其中肛门内括约肌痉挛诱发的肛管后正中中线供血不良是导致病人慢性肛裂发病的主要原因^[7]。解除括约肌痉挛,使肛管静息压可以有效降低,肛管后侧供血情况得到改善,是解除慢性肛裂疼痛的规范性指导原则^[8]。本研究表明,两种手术方式治疗的病人手术情况明显改善,而且研究组与对照组比较,差异有统计学意义。这一结果说明通过纵切横缝内括约肌切断术治疗可有效改善病人的手术情况。

括约肌切开术、侧位开放性内括约肌切断术是目前对于肛裂病人治疗的主要手术方案,一般肛裂部位都在肛门后位区,因为后位区的受力较大,供血情况比较差,所以很容易成为缺血区^[9]。目前,临床上治疗慢性肛裂的主要手术方式为开放式侧位肛裂切除术,

表 3 两组病人炎症因子水平比较(ng/ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP			IL-8		
		治疗前	术后第 1 天	术后第 3 天	治疗前	术后第 1 天	术后第 3 天
对照组	43	10.5 ± 0.9	23.4 ± 4.3	7.4 ± 0.5	0.5 ± 0.1	10.2 ± 0.6	0.5 ± 0.2
研究组	43	10.6 ± 1.0	15.2 ± 2.4 ^a	5.2 ± 0.2 ^a	0.4 ± 0.1	6.3 ± 0.4 ^a	0.3 ± 0.1 ^a

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05

表 4 两组病人并发症情况对比[例(%)]

组别	例数	伤口渗血	肛门疼痛	切缘水肿	伤口感染	肛门狭窄	总计
对照组	43	5(11.6)	5(11.6)	3(7.0)	3(7.0)	2(4.7)	18(41.9)
研究组	43	2(4.7) ^a	1(2.3) ^a	1(2.3) ^a	1(2.3) ^a	0(0.0) ^a	5(11.6) ^a

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05

解除病人括约肌痉挛的方式是通过直接手术切开的方式来实现,降低肛管静息压,但该手术切口切口大,张力也就比较大,所以病人术后很容易出现术后切口水肿等并发症。手术创口较大,导致此处很容易出现粪便残留,创口感染的发生率提高,不利于病人术后创口的愈合,使病人术后恢复期延长^[10]。将中央切口作为引流管置入口,然后在病人肛门两侧做横缝,降低切口张力,使术后发生中、重度疼痛以及伤口渗血等并发症的发生率明显降低^[11]。该手术方式可有效预防原本手术造成的兜袋性感染灶,使术后出现创口感染的发生率降低,减少血肿形成,对于病人术后伤口愈合起到促进作用。本研究结果表明,研究组术后并发症发生率况明显降低。因此,采用纵切横缝内括约肌切断术可减少病人术后并发症的发生情况,改善病人预后。

CRP 是机体内反应炎症程度的重要指标,在正常人体内水平非常低,当机体受到某种强烈刺激后,会明显上升。IL-8 是一种对细胞炎症起趋化作用的细胞因子,当机体受到强烈刺激或者是出现炎症病变时,含量会明显上升^[12]。本研究结果表明,研究组病人在术后第一天炎症因子水平上升低于对照组,在术后 3 天,研究组病人的炎症因子水平低于对照组。结果说明纵切横缝内括约肌切断术对病人机体造成的应激反应以及术后炎症反应低于开放式侧位肛裂切除术。有研究表明,炎症因子对于创口的愈合会有一定的作用^[13]。本研究结果表明,纵切横缝内括约肌切断术与开放式侧位肛裂切除术比较,病人的炎症因子水平情况更好。

参考文献

- [1] 薛志有,苏晓玮,倪志海. 潜行侧方内括约肌松解术治疗陈旧性肛裂临床效果研究[J]. 中国急救医学,2016,36(s1):81-82.
- [2] 戴春红,朱宝山,胡宇,等. 痔核剥离、溃疡面切除联合内括约肌侧方切断术治疗 III 期混合痔伴肛裂的疗效分析[J]. 中国普通外科杂志,2017,26(4):537-540.
- [3] Chavan R, Kalapala R, Nabi Z, et al. Reverse sphincterotomy of the minor papilla via the major papilla for chronic pancreatitis with incomplete pancreas divisum[J]. Endoscopy,2017,49(S 01):E119-E120.
- [4] 董聿锐,曹波,邓文玲. 消痛膏对肛裂疼痛及内括约肌痉挛影响的临床研究[J]. 时珍国医国药,2016,35(6):1422-1424.
- [5] 李明,王建民,方笑丽,等. 白濁散促进肛裂术后创面愈合的临床观察[J]. 中华中医药杂志,2017,45(6):485-487.
- [6] Donatelli G, Dumont JL, Derhy S, et al. New indications for fully covered lumen-apposing metal stents: biliary stenting to treat post-sphincterotomy bleeding or ampullary stenosis [J]. Endoscopy, 2017, 50 (02):E36-E37.
- [7] 吴志久,饶鹏,赵兵. 创灼膏治疗 I、II 肛裂的临床疗效及安全性观察[J]. 中成药,2017,39(9):1982-1984.
- [8] Lim CH, Jahansouz C, Freeman ML, et al. Outcomes of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) and Sphincterotomy for Suspected Sphincter of Oddi Dysfunction (SOD) Post Roux-En-Y Gastric Bypass [J]. Obesity Surgery,2017,27(10):1-7.
- [9] 路明,刘扬,温浩. 痔上黏膜环切术与选择性痔上黏膜切除术治疗 III 度混合痔疗效及安全性临床对比分析[J]. 中国实用外科杂志,2016,36(12):1310-1312.
- [10] Davee T, Kukreja K, Glover MT, et al. Tu1441 Does Sphincterotomy Reduce Post-ERCP Pancreatitis Risk After Covered Metal Biliary Stent Placement for Malignant Biliary Obstruction? [J]. Gastrointestinal Endoscopy,2017,85(5):AB623- AB623.
- [11] 申占龙,叶颖江,姜可伟,等. 经会阴单孔腹腔镜辅助的肛提肌外腹会阴联合切除术在低位直肠癌治疗中的应用[J]. 中华胃肠外科杂志,2016,19(3):274-277.
- [12] Ogura T, Masuda D, Takeuchi T, et al. Novel covered pancreatic metal stents for the treatment of bleeding after endoscopic pancreatic sphincterotomy [J]. Gastrointestinal Endoscopy,2016,83(6):1293-1295.
- [13] 李燕,苗建营. 小针刀配合祛毒坐浴袋治疗血热肠燥型肛裂的临床观察[J]. 辽宁中医杂志,2017,23(8):1731-1733. 崔振片,赵卫东,郭壮,等. 乳头括约肌小切开联合柱状球囊扩张术治疗巨大型胆总管结石的临床研究[J]. 中国现代医学杂志,2016,26(16):118-123.

(收稿日期:2018-08-23)

(本文编辑:杨泽平)

读者·作者·编者

欢迎订阅 2019 年《临床外科杂志》

《临床外科杂志》是由中华医学会湖北分会主办,全国公开发行的临床外科专业性学术类期刊,为国家科学技术部中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)。并荣获首届《CAJ-CD 规范》执行优秀期刊奖。国际标准刊号:ISSN1005-6483,国内统一刊号:CN42-1334/R。本刊以“面向临床,指导临床,服务临床”为宗旨,报道外科领域中最新的科研成果和临床诊治经验,紧密结合临床实践,对外科临床和科研工作有很强的指导作用。辟有述评、专家笔谈、论著、术式介绍、技术革新、讲座、综述、会议(座谈)纪要、临床病例讨论、教学查房、学术争鸣、国内外学术动态、基层医院经验、病例报告、问题解答、新期刊文献、书评等栏目。

《临床外科杂志》为月刊。欢迎广大读者及时到当地邮局订阅(邮发代号 38-184),2019 年每册定价 10.00 元。如错过邮局订阅时间,可随时向本刊编辑部邮购。编辑部地址:湖北省武汉市武昌区东湖路 165 号,邮政编码:430071,联系电话:027-87893476, Email:whlewk@126.com,http://www.lcwkkz.com。

《临床外科杂志》编辑部