



· 论 著 ·

改良式斜切口用于治疗后正中型肛裂的疗效观察

邓革强 (湘南学院附属医院肛肠科 湖南郴州 423000)

摘要：目的 探讨改良式斜切口治疗治疗后正中型肛裂的临床应用效果。**方法** 选取 2014 年 12 月-2017 年 12 月于我院接受后正中型肛裂治疗的患者 120 例，根据治疗方式的不同分为两组，其中观察组 60 例，采取改良式斜切口手术治疗，对照组 60 例，采取常规手术方式（肛裂切除术+部分内括约肌侧切）进行治疗，分析治疗效果。**结果** 观察组患者在手术时间、住院时间、术中出血量方面均明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($p < 0.05$)。观察组并发症发生率明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($p < 0.05$)。**结论** 在对后正中型肛裂患者进行治疗时，采取改良式斜切口手术效果显著，患者的手术时间、住院时间、术中出血量都能够得到明显的降低，不良反应发生率非常低，肛门压力也能够得到较大改善，是一种较为理想的后正中型肛裂治疗方式，具有较高的临床应用价值。

关键词：改良式斜切口 后正中型肛裂 应用**中图分类号：**R657.14 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187 (2019) 01-022-02

肛裂是临床上较为常见的肛门直肠病，主要表现为肛管或者肛缘部分裂开，大部分肛裂患者发生于后正中，对后正中肛裂患者治疗的方式有很多种，如肛裂切除术、内括约肌切开术、肛门扩切术、括约肌扩张术、闭合式部分内括约肌切开术等，但是单纯对患者的肛裂进行切除的复发率非常高，使用括约肌扩张术对患者治疗，术后大小便失禁及排便排气异常等发生率较高^[1]。改良式斜切口手术是一种新型的后正中肛裂治疗方式，治疗效果得到普遍认可。为了研究改良式斜切口治疗治疗后正中型肛裂的临床应用效果，选取 2014 年 12 月-2017 年 12 月于我院接受后正中型肛裂治疗的患者 120 例，平均分为两组，分别采取改良式斜切口手术和常规手术方式治疗，报告如下：

1 资料与方法**1.1 基本资料**

选取 2014 年 12 月-2017 年 12 月于我院接受后正中型肛裂治疗的患者 180 例，根据治疗方式的不同分为两组，其中观察组 60 例，男 36 例，女 24 例，年龄 23 岁-58 岁，平均年龄 (41.2 ± 2.6) 岁，病程 4 个月-7 年，平均病程 (3.4 ± 1.8) 年，采取改良式斜切口手术治疗，对照组 60 例，男 35 例，女 25 例，年龄 22 岁-56 岁，平均年龄 (42.7 ± 2.5) 岁，病程 5 个月-7 年，平均病程 (3.6 ± 1.5) 年，采取常规手术方式进行治疗。所有患者均经临床诊断为后正中肛裂，两组患者的一般资料均衡可比 ($p > 0.05$)。

1.2 方法

对照组患者肛裂切除术+部分内括约肌侧切方式进行治疗。

观察组患者采取改良式斜切口手术治疗，首先对患者的肛周进行常规消毒，在患者的肛周进行局部麻醉后适度扩肛，先对患者肛裂部位的病理组织进行切除，再以肛管内肛裂顶点为起点至肛缘截石位 7 点或 5 点作斜形切口，在直视下切开患者肛周的部分内括约肌下缘及外括约肌皮下部，修剪切除肛裂病理组织切口，使两切口合二为一，对患者彻底止血后，使用碘复沙条填塞手术切口，手术完成后，每日为患者换药 1 次，直至患者的切口愈合。

1.3 统计学分析

数据采用 SPSS18.0 软件包处理， $p < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

观察组患者在手术时间、住院时间、术中出血量以及住院费用方面均明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($p < 0.05$)。见表 1。

表 1：两组患者手术时间、住院时间、术中出血量的对比

组别	例数 (n)	手术时间 (min)	住院时间 (d)	术中出血量 (ml)
观察组	60	28.42 ± 2.85	8.24 ± 1.03	88.06 ± 23.81
对照组	60	46.33 ± 3.84	12.58 ± 2.62	135.43 ± 35.61
t		1.055	2.036	2.921
p		< 0.05	< 0.05	< 0.05

观察组并发症发生率明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($p < 0.05$)。见表 2。

表 2：两组患者并发症发生率的对比、

组别	例数 (n)	创口出血 [n(%)]	肛缘水肿 [n(%)]	锁闭样畸形 [n(%)]	残留皮赘 [n(%)]	术后疼痛 [n(%)]	并发症发生率 [n(%)]
观察组	60	1 (1.67)	2 (3.33)	2 (3.33)	1 (1.67)	7 (11.67)	13 (21.67)
对照组	60	3 (5.00)	4 (6.67)	4 (6.67)	3 (5.00)	10 (16.67)	24 (40.00)
χ^2							3.584
p							< 0.05

3 讨论

后正中肛裂是临床上较为常见的肛裂类型，对患者的身体健康和都会造成较大的不良影响，临床上对后正中肛裂患者进行治疗的方式有很多种，但是传统的治疗方式取得的治疗效果不尽如人意^[2]。改良式斜切口是一种新型的后正中肛裂治疗方式，能够从根本上缓解患者的内括约肌痉挛，降低患者术后的复发率。对患者内瘘口处肛 6 点外瘘口处肛缘 5 点或 7 点瘻管切除能够避开后中线，供血丰富，有利于患者切口的愈合，并且手术还切除了患者的部分内括约肌，降低了患者的肛管静息压，改善了患者肛周的缺血情况，有利于患者术后的引流^[3]。肛管扩张和纤维撕裂能够对肛管的紧张度和伸展度进行调节，方便患者粪便的排出，当肛门受到粪便挤压扩张力增加时，会导致患者肛门疼痛的加剧，采取改良式斜切口对患者进行治疗能够增加患者的肛

管周径，在患者排便时，粪便对患者肛管的挤压扩张力能够得到明显降低，患者肛门的疼痛症状也能够得到有效减轻。改良式斜切口手术还能够在直视下对患者进行手术，能够精确地把患者的内括约肌和外括约肌皮下部切开，不必对患者进行闭合式下侧方内括约肌切开术，能够有效防止患者出现手术切口脓肿的情况。本次研究结果显示，观察组患者在手术时间、住院时间、术中出血量方面均明显低于对照组患者，观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组患者，这说明在对后正中型肛裂患者进行治疗时，采取改良式斜切口手术效果显著，患者的手术时间、住院时间、术中出血量都能够得到明显的降低，不良反应发生率非常低，肛门压力也能够得到较大改善，是一种较为理想的后正中型肛裂治疗方式，具有较高的临床应用价值。

(下转第 24 页)



检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 统计检查人次及部位总数

通过 PACS 统计 2018 年 6、7 月和 2018 年 8、9 月检查的人次及部位总数,具体如表 2 所示。

表 2: 2018 年 6、7 月和 2018 年 8、9 月检查统计表

检查部位	2018 年 6、7 月		2018 年 8、9 月	
	检查例数	百分比	检查例数	百分比
头部	714	40.11%	786	39.72%
颈椎、腰椎	335	18.82%	374	18.90%
腹部	127	7.13%	159	8.03%
四肢关节	219	12.30%	247	12.48%
其他部位	385	21.62%	413	20.87%

2.2 按照我院磁共振平均每天开机 14 小时,运行时间(08:00 至 22:00)。优化前平均每天检查部位总数 80.25 ± 5.12 ,优化后平均每天检查部位总数为 90.18 ± 4.83 。具有临床统计学差异。优化前更换患者设备待机时间为 $260.34 \pm 39.46s$,优化后更换患者设备待机间隔时间为 $210.58 \pm 31.73s$ 。 $P=0.0416$ ($P < 0.05$),具有统计学差异。

3 讨论

3.1 研究背景

随着临床的不断发展,磁共振检查已成为临床中一种常规的影像检查。但由于磁共振检查流程中各方面的因素,即使每天磁共振开机运行时间长达 14h,每周工作 5d,但仍不能满足临床治疗工作的要求。其主要原因:成像时间长,如:头颅磁共振常规成像比头颅 CT 成像时间多 5 倍左右;检查前需要准备的工作较多,如:检查前,护理人员及检查技师需询问病史,了解磁共振检查禁忌症,是否安装起搏器与支架等金属物质,如未做好准备工作,更换患者间隔时间会更长,无法保证工作及时性与可靠

性;检查过程中高度配合,配合欠佳产生伪影影响诊断需加拍;设备配置及预约不当,会出现更换线圈频率增加。因此,在常规的工作状态下,优化预约检查提高效率,缩短患者预约等待时间,为病患提供更及时的检查。

3.2 主要研究工具

在核磁共振检查过程中,每个环节与流程均较复杂,由于各种因素会导致检查效率降低。对于传统 RIS 与 HIS 系统而言,只能为磁共振等检查工作提供简单的统计数据,如在某个时间段内,磁共振检查的患者总数,不能针对影像每台设备的工作量进行分析与检查情况。

3.3 流程优化前后对比分析

本研究通过优化磁共振检查流程,使更换患者设备待机时间从 260.34s 显著缩短至 210.58s。虽然缩短的更换患者设备待机时间仅有 50 秒左右,按照一天 80 个检查部位累加则相当于每天额外增加了 66 分钟可供支配。平均每天检查部位总数从优化前的 80 个增加至优化后的 90 个部位,虽每天仅增加 10 个检查部位,但按照每月 23 个工作日计算,每月可额外增加 230 个检查部位,可以反映出流程优化对磁共振检查效率提高的作用。

通过磁共振流程优化,合理地调整门诊患者与住院部患者、特殊患者(如急诊、婴幼儿)的检查时间,提高了磁共振检查的效率。磁共振流程优化还可以增强和提升科室核心竞争力与优势,提供更加优质、快捷的医疗服务。磁共振检查流程衔接中的不可控因素较多。虽然本研究中采取了合理安排预约时间,尽量集中安排相同部位的检查,避免频繁更换线圈等一系列措施。

参考文献

- [1] 石明国,王鸣鹏,余建明.放射师临床工作指南[M].北京:人民卫生出版社,2013:407-412.
- [2] 周密,罗斌.磁共振检查流程优化前后的效果比较与分析[J].解放军医院管理杂志,2012,19(11):1039-1041.
- [3] 刘书英,苏清.浅谈磁共振检查中的医疗纠纷防范措施[J].基层医学论,2014(20):2694.

(上接第 21 页)

表 2: 两组患者并发症发生率的对比 (n, %)

分组	发热	感染	总发生率
研究组 (n=40)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
对照组 (n=40)	3 (7.50)	2 (5.00)	5 (12.50)
χ^2	-	-	5.333
P	-	-	0.021

作,从而引发造血抑制,患者因此而出现疼痛、感染、贫血等临床表现^[5]。临床虽然可以进行化疗治疗,但是化疗后不可避免地会出现感染或骨髓抑制等并发症,因此临床需要在化疗后做好临床护理。常规护理仅仅针对化疗后的炎症、病房环境、患者个人卫生进行护理,措施简单;而综合护理干预通过心理护理、健康教育、饮食护理、并发症护理等多个角度入手,缓解患者心理压力,提高患者配合度,以饮食方式提高患者免疫能力,有效预防并发症的发生^[6]。见结果,研究组并发症发生率低于对照组 (0% vs 12.5%),焦虑评分低于对照组、各项生活质量评分高于对照组 ($P < 0.05$),正是综合护理干预显著改善患者化疗后骨髓抑制状况

的直接体现。

结语:

综合护理干预应用于白血病大剂量化疗后骨髓抑制患者可以显著提高其生活质量,改善其负性情绪,预防并发症发生,临床应积极推广应用。

参考文献

- [1] 关忠.综合护理在白血病患者大剂量化疗后骨髓抑制中的应用研究[J].中外医疗,2017,36(18):164-166.
- [2] 陈静.综合护理干预对白血病大剂量化疗后骨髓抑制患者的影响[J].当代医学,2016,22(35):114-115.
- [3] 廖云,唐王芳.白血病大剂量化疗后骨髓抑制的临床护理观察[J/OL].中国医院药学杂志,2016,36(09):258.
- [4] 郭淑霞,于静.白血病大剂量化疗后骨髓抑制的临床护理[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(07):1284-1285.
- [5] 王晓荣.白血病患者大剂量化疗后骨髓抑制的护理对策[J].临床医学研究与实践,2016,1(01):99.
- [6] 侯玉洁,钱昭丽,王倩.优质护理服务在白血病大剂量化疗后骨髓抑制期的干预体现[J].中国继续医学教育,2016,8(01):216-217.

(上接第 22 页)

参考文献

- [1] 李群康.改良肛裂切口扩创术在陈旧性肛裂的临床应用[J].中国农村卫生,2017,13(6):76-77.
- [2] 焦强,邱光明,周明珠.PPH 配合改良肛裂切口扩创术治疗

环状混合痔合并肛裂的临床观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(13):1673-1675.

- [3] 叶慧林.改良切开扩创术治疗陈旧性肛裂的临床研究[J].浙江创伤外科,2016,21(1):39-41.