

同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘的临床疗效观察

马 芳

会泽县迤车中心卫生院 云南会泽 654204

〔摘要〕目的 探讨同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘的效果。方法 挑选 2017 年 10 月-2019 年 10 月我院收治的 80 例混合痔合并低位肛瘘患者,随机分成观察组与对照组,每组 40 例。对照组实施分期手术治疗,观察组采取同期手术治疗。对比两组治疗效果。结果 观察组总有效率相较于对照组高许多 ($P < 0.05$)。观察组手术指标都优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘,能够大大提升治疗效果,减轻患者痛苦。

〔关键词〕混合痔;低位肛瘘;同期手术

〔中图分类号〕R657.1

〔文献标识码〕A

〔文章编号〕2095-7165 (2020) 10-052-02

低位肛瘘与混合痔属于常见的肛肠外科疾病,发病率高,两者同时发病也比较常见,在治疗时,临床通常先行肛瘘手术,再实施混合痔手术,然而两次手术耗时长,给患者带去很大痛苦,治疗成本高,极易诱发并发症。本文分析同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘的效果,现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 10 月-2019 年 10 月我院收治的 80 例混合痔合并低位肛瘘患者,入选标准:达到手术指征,满足混合痔合并低位肛瘘诊断标准;没有肛肠外科疾病既往史;患者知情。排除标准:高位性肛瘘与其他肛肠外科疾病者;妊娠与哺乳期女性;过敏体质者;严重肝肾功能障碍者;严重精神疾病者。观察组男 21 例,女 19 例,年龄 23-53 岁,平均 (38.4 ± 2.6) 岁。对照组男 22 例,女 18 例,年龄 25-49 岁,平均 (37.7 ± 2.2) 岁。此研究通过我院医学伦理委员会批准。两组一般资料对比,无显著性差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组患者实施手术前检查,进行 B 超、肺功能、心电图、血尿便常规检查,留置导尿管。

对照组采用肛瘘挂线治疗,等肛瘘愈合后,在实施混合痔上黏膜环切术。

观察组采取肛瘘挂线治疗,并同时行混合痔上黏膜环切术。

(1) 肛瘘挂线治疗。实施硬膜外麻醉,让患者呈截石位,扩大肛门到 3-4 指间,全方位对痔核部位及肛瘘内外口进行检查,采用圆针头对瘘管走向进行探查,切开瘘管低位,让其呈扇形,刮除掉病变组织,用碘伏进行消毒,再使用生理盐水冲洗。采用缝合线把橡皮筋与探针尾部相连,手指深入到内口作为引导,沿切开的瘘管把探针通过内口由肛门引出,拉出橡皮筋,再用血管钳对折橡皮筋,再实施双重结扎,并固定。(2) 混合痔上黏膜环切术。实施硬膜外麻醉,让患者呈截石位,扩大肛门到 3-4 指间,采用

无创伤钳牵开肛缘皮肤,把扩张器插进并固定,取出内芯,把缝扎器置入,于齿状线上方大约 4 厘米位置,使用缝扎器进行荷包缝合,再行取出缝扎器。吻合器导到缝扎位置上方,激发吻合器,并持续 60 秒后,再将其移出肛门,使用干纱布填塞其吻合部位,移除纱布时,检查吻合口出血状况,选择常规压迫方法实施止血。

1.3 观察指标

评估两组疗效:症状与体征消退,肛门功能恢复正常,肛管中没有狭窄、粘连的情况代表康复;症状与体征得到很大转变,肛门功能基本恢复正常代表疗效显著;症状与体征没有任何变化,肛门功能未得到改善,甚至恶化代表没有效果^[1];总有效率 = 康复率 + 疗效显著率。

分析两组手术情况,包括术中出血量、手术用时、切口愈合用时。

对比两组并发症情况。

1.4 统计学方法

此次研究运用 SPSS21.0 分析数据,对于计量资料安排使用 ($\bar{x} \pm s$) 形式体现,进行 t 检验,计数资料采取百分率来表述,进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 说明差异明显。

2 结果

2.1 两组治疗效果

观察组总有效率高出对照组不少 ($P < 0.05$)。表 1。

表 1: 两组治疗效果 [n(%)]

分组	例数	康复	疗效显著	没有效果	总有效率
观察组	40	30 (75.00)	9 (22.50)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组	40	15 (37.50)	17 (42.50)	8 (20.00)	32 (80.00)
χ^2					6.1346
P					0.0133

2.2 两组手术情况

观察组的手术指标都优于对照组 ($P < 0.05$)。表 2。

表 2: 两组手术情况 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	术中出血量 (ml)	手术用时 (min)	切口愈合用时 (d)	住院天数 (d)
观察组	40	45.21 ± 10.02	11.18 ± 1.83	14.87 ± 5.42	4.59 ± 0.15
对照组	40	63.73 ± 14.69	23.64 ± 3.54	23.96 ± 6.27	6.85 ± 0.36
t		6.5871	19.7750	6.9366	36.6500
P		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

混合痔属于常见痔疮种类,产生原因是直肠上下的静脉丛产生共同曲张,从而产生一个或多个的静脉团块^[2],在痔疮种类当中,最为严重的就是混合痔。主要症状是瘙痒、疼痛、痔块脱出,便血,混合痔很难愈合,会反复发作,很容易诱发许多并发症,如:肛瘘、肛裂、肥大乳头等,严重影响患者的正常生活。

传统治疗混合痔合并低位性肛瘘方法为,先行治疗肛瘘,等到肛瘘创口愈合后,再对混合痔实施环形切除。然而此手术方法存在不少弊端:术后很容易发现严重并发症,预后糟糕。

与分期手术治疗相比,同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘可以收到良好疗效,主要原因在于:首先,可以防止二次手术,降

(下转第 57 页)

得到药敏试验的结果,也要尽早的使用抗真菌治疗,然后通过药敏实验结果进行适当的调整。局部使用双氧水、稀碘伏或者看真菌溶液进行漱口和冲洗,对于局部水肿和充血较为严重的患者,可以使用激素治疗。部分患者会合并细菌感染,所以就要在抗真菌的治疗基础上使用抗细菌治疗。在对患者治疗过程中,首先就要去除诱因,对原发病治疗的药物进行调整,并且清除病变组织,改善真菌的生存环境,以此满足治疗的目的^[5]。

总而言之,在临床对于疑似真菌感染患者的咽喉部患者,可以使用病变组织活检及真菌培养的方式进行确诊,通过不同的发病部位和病情严重程度使用针对性的药物治疗,从而得到满意的治疗效果。

[参考文献]

[1] 于丽,张寒娟,袁冬冬,等.临床药师参与侵袭性真菌病药

物治疗的分析与体会[J].药学服务与研究,2018,18(006):439-443.

[2] 侯幼红,杨景平,王洪波,等.59 例皮肤粘膜条件性真菌感染症的病理病原分析和中医辨证施治的探讨[C]//2019 全国中西医结合皮肤性病学术年会论文汇编.2019.

[3] 邓一柯,马进,张丹.氟康唑注射液局部应用治疗耳鼻喉真菌病的临床分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊)2018 年 18 卷 A2 期,196,198 页,2020.

[4] 韩玲.老年支气管肺癌伴深部真菌感染抗生素超剂量使用的原因分析及管理对策[J].中国卫生产业,2018,v.15;No.339(04):147-148.

[5] 梁淑珍,邓浩辉.92 例广谱抗生素治疗引起口腔真菌感染的慢性肝病患者的临床特征分析[J].国际医药卫生导报,2020,26(17):2519-2523.

(上接第 51 页)

疼痛感明显缓解将利于患者的身体恢复,在创伤性血气胸治疗中价值巨大,值得推广使用。

[参考文献]

[1] 郑森中.电视胸腔镜手术和开胸手术在创伤性血气胸患者临床治疗中的应用对比[J].浙江创伤外科,2018,023(004):664-665.

[2] 张江,胡涛.电视胸腔镜手术与开胸手术治疗创伤性血气

胸的疗效分析[J].医药前沿,2017,007(005):18-19.

[3] 李国,曹中良.电视胸腔镜手术与开胸手术治疗创伤性血气胸 58 例[J].中华实验外科杂志,2015,32(6):1469-1469.

[4] 陆文西.电视胸腔镜手术与传统开胸手术治疗创伤性血气胸对全身炎症及应激反应的影响[J].海南医学院学报,2018,024(003):346-348.

[5] 肖洪伟.电视胸腔镜手术与开胸手术对创伤性血气胸的临床效果比较[J].检验医学与临床,2018,015(003):341-343,346.

(上接第 52 页)

低手术带给组织的损伤,住院时间不长,患者易于接受^[3]。第二,分期手术当中,部分患者会因手术刺激,而产生痔核水肿的现象,还可能嵌于创面内,引发强烈疼痛。而实施同期手术,手术当中就会对痔核进行处理,进而降低发生痔核水肿机率,并确保肛瘘切除引流顺畅^[4]。

本研究,观察组总有效率相较于对照组高许多($P < 0.05$)。观察组手术指标都优于对照组($P < 0.05$)。

总结以上,选择同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘,效果理想。

[参考文献]

[1] 谭中权,赵廷鸿,李俊涛.同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘的临床疗效及安全性[J].当代医学,2019,25(6):90-93.

[2] 陶甲林.同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘的临床疗效及安全性[J].饮食保健,2019,6(2):56-57.

[3] 沈洪明.同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘的临床疗效及安全性分析[J].中外医疗,2017,36(13):100-101,104.

[4] 李建业.同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘的临床疗效及安全性评价[J].健康前沿,2016,23(6):115.

(上接第 53 页)

[参考文献]

[1] 崔云,江晓斌,杜永基.甲状腺良性肿瘤运用峡部入路与上外侧入路改良 Miccoli 手术治疗的效果对比[J].黑龙江中医药,2020, No.309(01):37-38.

[2] 何德,周兴舰,温嘉琪,等.小切口甲状腺手术治疗甲

状腺良性肿瘤的临床效果[J].中国当代医药,2020,027(009):50-52,56.

[3] 崔广军.经胸壁入路腔镜下甲状腺肿瘤切除术在良性甲状腺肿瘤患者中的应用效果[J].长治医学院学报,2020,34(4):267-270.

[4] 赵北永,宋晓丹,关华鹤.两种腹腔镜手术方案治疗甲状腺良性肿瘤的对比如分析[J].腹腔镜外科杂志,2020(2):90-93.

(上接第 54 页)

恢复时间较短的特点,对改善手术指标,提高手术疗效具有积极作用。

通过上述结果我们可以看到,观察组术中出血量比对照组少而手术时间、肛门排气时间、住院时间比对照组短,差异明显($P < 0.05$) ($P < 0.05$),观察组结石完全清除率明显高于对照组,治疗效果更好($P < 0.05$) ($P < 0.05$),这说明腹腔镜胆囊切除术相较于传统开腹胆囊切除术更能改善手术指标,提高手术疗效,故腹腔镜胆囊切除术更加科学有效,可推广使用^[5]。

[参考文献]

[1] 彭涛.腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的临床效果分析[J].深圳中西医结合杂志,2015,25(1):111-112.

[2] 董明春,董渊.用腹腔镜胆囊全切术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的效果对比[J].当代医药论丛,2016,014(008):174-175.

[3] 巩少军.腹腔镜胆囊切除术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的临床对比[J].中国临床医生杂志,2018,46(001):78-80.

[4] 魏彦红,孙程明,刘春勤,et al.腹腔镜胆囊切除术在胆结石治疗中的疗效分析[J].中国保健营养,2016,26(027):53-54.

[5] 张彬.腹腔镜胆囊切除术治疗中胆结石的疗效研究[J].中国继续医学教育,2015,012(016):125-122.

(上接第 55 页)

下不可吸收缝线固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折患者效果显著,可有效缩短手术时间和住院时间,加快术后功能活动。

综上所述,关节镜下不可吸收缝线固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折患者效果显著,值得推广应用。

[参考文献]

[1] 段平国,周通华,郭润生,等.关节镜下爱惜邦风险锚钉

固定法治疗新鲜前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折[J].中华创伤杂志,2016,32(7):621-625.

[2] 陈少初,周建华,张昊,等.关节镜下缝线内固定修复前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折 28 例疗效分析[J].中国医师杂志,2015,17(4):583-586.

[3] 王俭,王文跃,朱海涛,等.关节镜下缝线交叉固定治疗前交叉韧带止点撕脱骨折[J].临床骨科杂志,2015,18(3):349-350.