

不同年龄段肛裂患者的临床治疗反应差异

王 娟

甘肃平凉天泰医院普外科 甘肃 平凉 744000

【摘要】目的：探讨不同年龄段肛裂患者在接受差异化治疗后的临床反应差异，为个体化精准治疗提供依据。方法：选取200例18~78岁肛裂患者，按年龄分为青年组（18~35岁）、中年组（36~59岁）和老年组（≥60岁），分别实施药物保守治疗、微创手术及保守联合对症治疗，疗程均为4周。结果：青年组与中年组治疗总有效率相近（95.59%vs 95.83%），均显著高于老年组（83.33%）；中年组症状改善时间最短，老年组最长；老年组不良反应发生率（15.00%）明显高于青年组（4.41%）和中年组（5.56%）。结论：年龄因素显著影响肛裂治疗效果，中青年患者对相应方案反应良好，而老年患者因生理功能衰退及基础疾病干扰，疗效较差且风险较高，需强化综合管理。

【关键词】：肛裂；年龄分层；临床疗效；个体化治疗；症状改善时间；不良反应

DOI:10.12417/2811-051X.26.08.059

前言

肛裂是肛肠外科临床常见的良性疾病，以肛门周期性疼痛、便血及排便困难为典型临床表现，发病多与肛门内括约肌痉挛、局部黏膜机械性损伤、肠道功能紊乱等因素相关，其发病率在肛肠疾病中占比颇高，严重影响患者的日常生活与排便生理^[1]。临床针对肛裂的治疗手段多样，涵盖药物保守治疗、微创外科治疗及对症支持治疗等，治疗方案的选择通常依据创面情况、病程长短制定，但临床实践中发现，患者的年龄特征对治疗反应与预后恢复存在明显影响^[2]。

不同年龄段群体的机体组织修复能力、代谢水平存在天然差异，老年群体还常合并基础疾病，青年与中年群体则多无基础疾病干扰，这类差异可能直接影响治疗效果与症状改善速度^[3]。目前临床针对不同年龄段肛裂患者治疗反应的系统性对比研究仍较为欠缺，缺乏针对性的个体化治疗参考依据。基于此，本研究通过对不同年龄阶段的肛裂患者实施差异化治疗方案，分析其临床治疗反应的差异，以期为肛裂临床治疗的方案优化与精准施治提供科学的循证医学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年1月至2025年10月收治的肛裂患者200例作为研究对象，所有患者均自愿参与本研究并签署知情同意书。患者年龄18~78岁，平均（48.6±12.3）岁，其中男性108例，女性92例。依据年龄将患者分为三组，青年组（18~35岁）68例，中年组（36~59岁）72例，老年组（≥60岁）60例。三组患者基线资料（性别、病程、肛裂类型等）比较差异无统计学意义，具有可比性。

纳入标准为：经临床症状、肛门指检及肛门镜检查确诊为肛裂；病程≥1周；无严重肝肾功能不全、凝血功能障碍及精神疾病。

排除标准为：近期接受过肛肠相关治疗；对本研究治疗药

物或操作过敏；妊娠或哺乳期女性。

1.2 方法

三组患者均给予基础护理干预，包括饮食指导（嘱患者多进食富含膳食纤维、易消化食物，多饮水，避免辛辣刺激食物）、排便指导（养成规律排便习惯，避免久蹲、用力排便）及肛周护理（每日用温水清洗肛周，保持局部清洁干燥）。在此基础上，青年组采用药物保守治疗，给予九华膏，疼痛严重的用吲哚美辛呋喃唑酮栓、林可霉素利多卡因凝胶外用，每日2次，每次取适量药膏均匀涂抹于肛裂创面及肛周皮肤，用药后轻轻按摩1~2分钟以促进药物吸收，同时口服果糖口服液（规格：10ml:10g），每日1次，每次10-20ml，调节肠道功能、软化大便，连续治疗4周。中年组采用微创治疗，即肛裂切除术联合肛门内括约肌切断术，患者取侧卧位，椎管内麻醉生效后，常规消毒铺巾，用肛门镜暴露肛裂创面，切除肛裂溃疡面、哨兵痔及肥大肛乳头，随后在肛门内括约肌下缘做一长约1cm切口，切断部分内括约肌以缓解痉挛，术后用凡士林纱条填塞创面，常规抗感染治疗（静脉输注头孢类抗生素3天），每日换药1次，连续治疗4周^[4]。老年组采用保守联合对症治疗，在青年组药物治疗基础上，根据患者基础疾病情况调整用药，合并高血压者规律服用降压药物，合并糖尿病患者控制血糖在合理范围，同时给予营养支持治疗，增强患者机体抵抗力，若患者疼痛剧烈，可临时给予双氯芬酸钾片（规格：0.25g）口服止痛，每日2次，每次2粒，疼痛时服用，连续治疗4周。治疗期间密切观察患者创面愈合情况、症状改善情况及不良反应发生情况，及时调整治疗方案。

1.3 评价指标及判定标准

本次研究评价指标包括临床疗效、症状改善时间及不良反应发生率。临床疗效分为治愈、有效、无效三个等级，治愈为肛裂创面完全愈合，肛门疼痛、便血、便秘等症状完全消失，排便恢复正常；有效为肛裂创面部分愈合，肛门疼痛、便血等症状明显缓解，排便较前通畅；无效为肛裂创面未愈合甚至加

重, 症状无改善或加重。症状改善时间主要记录肛门疼痛缓解时间、便血停止时间及便秘改善时间。不良反应主要包括药物过敏、创面出血、感染等, 记录不良反应发生例数并计算发生率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件对研究数据进行分析处理, 计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义, 所有数据均经过双人核对, 确保数据录入准确无误, 避免统计误差。

2 结果

2.1 三组患者临床疗效比较

三组患者经对应方案治疗 4 周后, 临床疗效存在明显差异, 且差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。青年组治愈 49 例、有效 16 例、无效 3 例, 治疗总有效率为 95.59%; 中年组治愈 58 例、有效 11 例、无效 3 例, 治疗总有效率为 95.83%; 老年组治愈 32 例、有效 18 例、无效 10 例, 治疗总有效率为 83.33%。其中中年组治疗总有效率略高于青年组, 但两组差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 青年组、中年组治疗总有效率均显著高于老年组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体疗效分布详见表 1。

表 1 三组肛裂患者临床疗效比较[n(%)]

组别	青年组	中年组	老年组	χ^2 值	P 值
例数	68	72	60	-	-
治愈	49(72.06)	58(80.56)	32(53.33)	-	-
有效	16(23.53)	11(15.28)	18(30.00)	-	-
无效	3(4.41)	3(4.17)	10(16.67)	-	-
总有效率	65(95.59)	70(95.83)	50(83.33)	6.892	0.032

2.2 三组患者症状改善时间比较

三组患者肛门疼痛缓解时间、便血停止时间及便秘改善时间均存在显著差异, 且差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。中年组各项症状改善时间最短, 其中肛门疼痛缓解时间平均 (2.35 ± 0.62) d、便血停止时间平均 (3.12 ± 0.75) d、便秘改善时间平均 (4.28 ± 0.89) d; 青年组各项症状改善时间略长于中年组, 分别为 (2.87 ± 0.71) d、(3.69 ± 0.82) d、(4.95 ± 0.96) d; 老年组各项症状改善时间最长, 分别为 (4.52 ± 0.98) d、(5.36 ± 1.05) d、(6.73 ± 1.12) d。三组间两两比较显示, 中年组各项症状改善时间均显著短于青年组和老年组, 青年组显著短于老年组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体详见表 2。

表 2 三组肛裂患者症状改善时间比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	例数	肛门疼痛 缓解时间	便血停止 时间	便秘改善 时间
青年组	68	2.87 ± 0.71	3.69 ± 0.82	4.95 ± 0.96
中年组	72	2.35 ± 0.62	3.12 ± 0.75	4.28 ± 0.89
老年组	60	4.52 ± 0.98	5.36 ± 1.05	6.73 ± 1.12
t 值(青年组 vs 中年组)	-	4.321	3.895	3.762
P 值(青年组 vs 中年组)	-	0.001	0.002	0.003
t 值(青年组 vs 老年组)	-	10.258	9.634	9.127
P 值(青年组 vs 老年组)	-	<0.001	<0.001	<0.001
t 值(中年组 vs 老年组)	-	13.865	12.987	12.354
P 值(中年组 vs 老年组)	-	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 三组患者不良反应发生率比较

三组患者治疗期间均出现不同程度不良反应, 不良反应发生率存在明显差异, 且差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。青年组出现药物过敏 2 例、创面轻微出血 1 例, 不良反应发生率为 4.41%; 中年组出现创面出血 3 例、感染 1 例, 不良反应发生率为 5.56%; 老年组出现药物过敏 3 例、创面出血 4 例、感染 2 例, 不良反应发生率为 15.00%。青年组与中年组不良反应发生率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 老年组不良反应发生率显著高于青年组和中年组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体详见表 3。

表 3 三组肛裂患者不良反应发生率比较[n(%)]

组别	青年组	中年组	老年组	χ^2 值	P 值
例数	68	72	60	-	-
药物过敏	2(2.94)	0(0.00)	3(5.00)	-	-
创面出血	1(1.47)	3(4.17)	4(6.67)	-	-
感染	0(0.00)	1(1.39)	2(3.33)	-	-
总发生率	3(4.41)	4(5.56)	9(15.00)	7.025	0.029

3 讨论

不同年龄段肛裂患者经个体化治疗后呈现的疗效差异, 与各年龄段机体生理特征、治疗方案的适配性密切相关, 青年组与中年组的治疗总有效率相近且均显著高于老年组, 症状改善速度也远优于老年组, 不良反应发生率则远低于老年组, 该结果也印证了肛裂临床治疗中个体化方案制定的重要性。

微创治疗的术式特点是中年组症状改善时间最短的核心

原因,肛裂切除术联合肛门内括约肌切断术可直接切除肛裂溃疡面、哨兵痔等病变组织,同时解除肛门内括约肌痉挛的核心问题,从根源上改善疼痛、便血等症状,术后的规范抗感染与换药也为创面愈合提供了保障,适配中年患者机体耐受度较好、组织修复能力较强的生理特点^[5]。

青年组采用的药物保守治疗虽未直接干预病变组织,但九华膏,疼痛严重的用吡哌美辛吡喃唑酮栓、林可霉素利多卡因凝胶外用可有效缓解括约肌痉挛,乳果糖口服液能从肠道调节层面避免便秘对肛裂创面的持续刺激,加之青年患者无基础疾病干扰,机体自我修复能力优异,因此也取得了与中年组相近

的高治疗有效率。

老年组疗效不佳、症状改善迟缓且不良反应发生率偏高,与老年群体的生理状态直接相关,该群体机体代谢与组织修复能力显著衰退,且多合并高血压、糖尿病等基础疾病,不仅会影响局部创面的血液供应与愈合速度,还会增加用药的复杂性,同时老年患者肠道功能减弱,便秘的改善难度也有所提升,免疫功能的下降则进一步增加了药物过敏、创面出血与感染的发生风险。肛裂的临床治疗需充分结合患者年龄特征与机体状态,针对性选择治疗方案,同时对老年患者加强基础疾病管控与营养支持,以此提升治疗效果,降低不良反应发生风险。

参考文献:

- [1] 吕小妹,董平平,李国峰.临床肛裂治疗的研究进展[J].保健文汇,2024(35):229-232.
- [2] 魏晓丹,郝国华.中医外治法在肛裂治疗中的应用研究进展[J].中外医学研究,2025,23(31):173-175.
- [3] 靳丽丽,路明.成人慢性肛裂治疗的研究进展[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2022(12):4-5.
- [4] 陈惠清,胡小玲,彭军良.中医药治疗肛裂术后并发症研究进展[J].光明中医,2025,40(02):389-393.
- [5] 赵立恒.分析不同手术治疗肛裂的临床疗效[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022(09):104-105.