

微创切口高位虚挂线在高位肛瘻患者治疗中的应用

张涛¹, 李蒙¹, 李强波²

1. 铜川市中医医院肛肠科, 陕西 铜川 727000;

2. 西安济仁医院肛肠科, 陕西 西安 710300

【摘要】 目的 探讨高位肛瘻患者行微创切口高位虚挂线术治疗的效果。方法 从铜川市中医医院肛肠科 2018 年 7 月至 2019 年 6 月间收治的高位肛瘻患者中随机选取 93 例作为研究对象, 以随机数表法分为常规组($n=46$)和观察组($n=47$), 分别行常规切开挂线术和微创切口高位虚挂线术治疗。比较两组患者的术后创面恢复情况、术后创面愈合时间和患者手术前后的肛门控便功能。结果 两组患者术后 1 d、3 d 和 7 d 的创面水肿、分泌物和疼痛评分均呈逐渐下降的趋势, 且观察组患者术后 3 d 和 7 d 创面各项评分均明显低于常规组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 观察组患者术后的创面愈合时间为(25.18 ± 1.83) d, 明显短于常规组的(29.62 ± 2.75) d, 差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组患者术后肛门控便功能评分为(1.76 ± 0.57)分, 明显低于常规组的(3.71 ± 0.94)分, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 微创切口高位虚挂线术治疗高位肛瘻的效果显著。

【关键词】 肛瘻; 高位肛瘻; 常规切开挂线术; 微创切口高位虚挂线术; 创面愈合时间; 肛门控便功能

【中图分类号】 R657.1⁴ **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2020)09-1168-03

Application of minimally invasive incision and high loose thread-drawing in the treatment of patients with high anal fistula. ZHANG Tao¹, LI Meng¹, LI Qiang-bo². 1. Department of Anorectal Diseases, Tongchuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tongchuan 727000, Shaanxi, CHINA; 2. Department of Anorectal Diseases, Xi'an Jiren Hospital, Xi'an 710300, Shaanxi, CHINA

【Abstract】 Objective To investigate the effect of minimally invasive incision and high loose thread-drawing in the treatment of high anal fistula. **Methods** A total of 93 patients with high anal fistula admitted from July 2018 to June 2019 in the Department of Anorectal Diseases, Tongchuan Hospital of Traditional Chinese Medicine were randomly selected as the research object. They were divided into the control group ($n=46$) and the observation group by random number table ($n=47$), which were treated with conventional incision and thread-drawing, and minimally invasive incision and high loose thread-drawing, respectively. At one month after operation, the postoperative wound recovery, wound healing time, and the anal stool control function of the patients before and after surgery were compared. **Results** The edema, secretion, and pain scores of the wounds in the two groups showed a gradual decrease on 1 d, 3 d, and 7 d after surgery ($P<0.05$), and the scores on 3 d and 7 d after surgery were significantly lower in the observation group than in the control group ($P<0.05$). The wound healing time in the observation group was (25.18 ± 1.83) days, which was significantly shorter than (29.62 ± 2.75) days in the control group ($P<0.05$). The postoperative anal stool control score in the observation group was (1.76 ± 0.57) points, which was significantly better than (3.71 ± 0.94) points in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Minimally invasive incision and high loose thread-drawing is effective in treating high anal fistula.

【Key words】 Anal fistula; High anal fistula; Conventional incision and thread-drawing; Minimally invasive incision and high loose thread-drawing; Wound healing time; Anal stool control function

肛瘻是临床外科常见的一种疾病, 是肛门直肠周围的脓肿溃破或切口引流导致的肛周皮肤与直肠或肛管共同形成的慢性感染性病变, 其中高位肛瘻指的是瘻管管道或管腔在肛门外括约肌深层以上的肛瘻。切开挂线术是临床治疗高位肛瘻的常用方法, 是巧妙应用橡皮筋等异物和绞勒刺激在确保肛门组织“解剖”引流的情况下完成修复的一种治疗手段, 但手术创伤较大、易影响患者的肛门功能, 且术后创面愈合时间较长, 故临床医师对其进行不断地改良^[1], 微创切口高位虚挂线术则是挂线疗法的一种改良术式, 本研究旨在

探讨其治疗高位肛瘻的效果, 现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 从铜川市中医医院肛肠科 2018 年 7 月至 2019 年 6 月间收治的高位肛瘻患者中随机选取 93 例作为研究对象。纳入标准: 符合《肛瘻临床诊治指南》(2006 年版)^[2]和《中华人民共和国中医药行业标准·中医肛肠科病证诊断疗效标准》中的相关诊断标准^[3], 18 岁 ≤ 年龄 ≤ 70 岁。排除标准: 感染性肛瘻; 外伤所致高位肛瘻; 既往有肛门手术史; 结直肠恶性肿瘤者及其他疾病; 肛门形态异常与功能障碍; 合并

通讯作者: 李强波, E-mail: 1294582467@qq.com

心肺肝肾及血液系统等严重疾病;妊娠期及哺乳期女性。以随机数表法将患者分为常规组46例和观察组47例。常规组患者中男性29例,女性17例;年龄18~69岁,平均(33.94±5.57)岁;病程3个月~4年,平均(3.164±0.62)年;平均瘘管长度为(37.85±3.19)mm。观察组患者中男性30例,女性17例;年龄19~70岁,平均(34.12±5.46)岁;病程4个月~5年,平均(3.232±0.56)年;平均瘘管长度为(37.93±3.12)mm。两组患者上述资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经我院伦理委员会批准,所有患者均自愿参与并签署知情同意书。

1.2 治疗方法 常规术前准备后,嘱患者取截石位,应用新吉尔灭对患者肛周消毒后行椎管内麻醉,之后再行相关检查明确患者瘘管的走行、内口位置及数目。

1.2.1 常规组 该组患者行常规切开挂线术治疗,即先将高位肛瘘肛管直肠环以下部分的管道切开,应用刮匙刮除管壁中的腐肉和坏死组织,以充分扩创;应用橡皮筋对肛管直肠环以上的部分进行挂线,以至瘘管顶部为最佳挂线高度,且线在瘘管内走行,有外口的患者需将外口周围的结缔组织切除,以扩大外口便于引流。若患者瘘管顶端有折弯、分支和管道 >4 cm、无外口等情况,则应根据具体病情选择合适的位置造口开窗。患者术后均给予常规的伤口换药和抗感染等处理。

1.2.2 观察组 该组患者行微创切口高位虚挂线术治疗:即于瘘管外口做一放射状切口,清除原发病灶、内口及周围0.2cm的黏膜,并应用刮匙刮除管壁中的坏死组织;之后行微创切口以找到瘘管外口,在探针的引导下连通内口,放置橡皮筋结扎瘘管的两端,且橡皮筋呈松弛状态,之后对给予常规的伤口换药和抗感染等处理,在术后1~2周内,随着患者创面分泌物的减少可将橡皮筋换成粗丝线,并逐渐减少粗丝

线的数量,直至创面愈合。

1.3 观察指标与评价方法 (1)患者手术后的创面恢复情况:如水肿、分泌物和疼痛等。①创面水肿情况:无水肿、轻微水肿、中度水肿和重度水分别记为0分、1分、2分和3分。②创面分泌物情况:术后创面12h内局部分泌物浸润辅料 \leq 局块可记为0分,术后创面12h内局部分泌物浸润辅料3块可记为1分,术后创面12h内局部分泌物浸润辅料 \geq 局块可记为2分,术后创面12h内局部分泌物较多且需用棉垫可记为3分。③创面疼痛情况:患者无疼痛可记为0分,静止状态下无疼痛、排便时有轻微疼痛可记为1分,静止状态下轻微疼痛、且排便时疼痛加重可记为2分,静止状态下疼痛剧烈可记为3分。(2)患者手术后的创面愈合时间:即手术当天至手术创面被新生上皮完全覆盖的时间。(3)患者手术前后的肛门控便功能:应用佛罗里达克里夫兰诊所排便失禁评分量表(CCF-FIS)^[4]对患者的肛门控便功能进行评估,失禁类型主要包括固体、液体、气体、需要用垫和影响生活5项内容,每项内容可分为“从不”、“很少”、“有时”、“经常”和“总是”,分别记为0分、1分、2分、3分和4分,总分为0~20分,且评分越低、患者的肛门功能越佳。

1.4 统计学方法 应用SPSS22.0软件进行数据统计学分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,成组设计的两样本行 t 检验,成组设计的两个以上样本行 F 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术后的创面恢复情况比较 两组患者术后1d、3d和7d的水肿、分泌物和疼痛评分均呈逐渐下降的趋势,且观察组患者术后3d和7d创面各项评分明显低于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患者手术后的创面恢复情况比较(分, $\bar{x}\pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | 水肿评分 | 分泌物评分 | 疼痛评分 |
|-----|----|-------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 常规组 | 46 | 术后1d | 2.35±0.62 | 2.41±0.68 | 2.27±0.64 |
| | | 术后3d | 1.73±0.48 | 1.76±0.50 | 1.62±0.45 |
| | | 术后7d | 1.15±0.26 | 1.14±0.23 | 1.06±0.22 |
| | | F 值 | 8.432 | 10.651 | 5.275 |
| | | P 值 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |
| 观察组 | 47 | 术后1d | 2.32±0.65 | 2.37±0.62 | 2.23±0.61 |
| | | 术后3d | 1.26±0.28 ^a | 1.31±0.30 ^a | 1.23±0.26 ^a |
| | | 术后7d | 0.57±0.19 ^a | 0.56±0.21 ^a | 0.53±0.18 ^a |
| | | F 值 | 9.273 | 11.735 | 6.482 |
| | | P 值 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

注:与常规组同期比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 两组患者术后创面愈合时间比较 常规组患者的创面愈合时间为(29.62±2.75)d,明显长于观察组的(25.18±1.83)d,两组比较差异有统计学意义($t=$

9.185, $P<0.05$)。

2.3 两组患者手术前后的肛门控便功能比较 两组患者手术后的肛门控便功能评分明显低于手术前,

且观察组患者手术后的评分明显低于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者手术前后肛门控便功能比较(分, $\bar{x}\pm s$)

| 组别 | 例数 | 手术前 | 手术后 | <i>t</i> 值 | <i>P</i> 值 |
|------------|----|-----------|-----------|------------|------------|
| 常规组 | 46 | 4.52±1.41 | 3.71±0.94 | 3.242 | <0.05 |
| 观察组 | 47 | 4.43±1.46 | 1.76±0.57 | 11.679 | <0.05 |
| <i>t</i> 值 | | 0.302 | 12.126 | | |
| <i>P</i> 值 | | 0.763 | <0.05 | | |

3 讨论

高位肛瘘治疗难度较大,加之手术的切口较大及肛门特殊解剖位置,术后感染的风险较高,可进一步诱发肉芽组织缺氧坏死,影响患者创面的愈合和肛门功能的恢复^[5]。故临床上手术治疗追求的目标是在尽可能清除原发病灶的前提下,需减少对括约肌的损伤、减少创面,以最大程度地保护患者的肛周解剖形态和肛门生理功能^[6]。

常规挂线疗法是以线代刀,借助紧勒和切断等机械力使挂线内的组织发生缺血性坏死,避免了大出血,但该方法会损伤患者的肛直环,影响患者术后的创面愈合和肛门功能,导致患者术后易出现肛门失禁等并发症。有研究指出 36%~67% 的患者常规挂线术后存在肛门失禁的问题,若患者合并肛直环硬化,术后肛门失禁的风险更高^[7]。

微创切口高位虚挂线术是在不紧肋和不切断肛直环的前提下,应用缓慢的机械力对瘘管进行切割。故本次研究中,研究组患者术后的创面疼痛评分呈逐渐下降的趋势,且术后 3 d 和 7 d 的疼痛评分明显低于常规组患者同期的评分,差异有统计学意义($P<0.05$),同时研究组患者术后的创面愈合时间明显短于常规组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。冯六泉等^[8]在研究中将 120 例高位肛瘘患者随机分为常规组和实验组,各 60 例,其中常规组患者行常规手术治疗,实验组患者行微创切口高位虚挂线术,结果显示,实验组患者术后的创面愈合时间明显短于常规组患者,差异有统计学意义($P<0.05$),与本次研究的结果一致。可能与微创切口高位虚挂线术的黏连、固定和促进局部纤

维组织增生的作用有关^[9],说明该术式可促进患者术后创面的愈合。

同时虚挂线的橡皮筋或丝线具有引流作用,有助于减少患者术后的创面分泌物和水肿情况,故本次研究中,研究组患者术后的创面水肿和分泌物评分呈逐渐下降的趋势,且术后 3 d 和 7 d 的疼痛、分泌物评分明显低于常规组患者同期的评分,差异有统计学意义($P<0.05$)。此外微创切口高位虚挂线术不需切断直肌,最大程度减少了对肌肉和组织的损伤,有助于患者肛门控便功能恢复,本次研究中,研究组患者术后的肛门功能优于常规组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,微创切口高位虚挂线术治疗高位肛瘘,不仅有助于患者术后创面的愈合,还可促进患者肛门功能的恢复,具有较高的临床应用价值,但因为大部分患者内口较隐蔽,故术者术中可应用肛门镜、探针及血管钳等器械提高寻找内口的准确性,以将感染灶彻底清除,以最大程度提升手术效果。

参考文献

- [1] 李雪芹,刘佃温. 切开挂线选择性缝合术与切开挂线治疗高位复杂性肛瘘临床对比研究[J]. 中国地方病防治杂志, 2017, 32(5): 560-562.
- [2] 陈杰,王宗荣,王伟. 三种手术治疗肛瘘后疗效与肛门功能变化的近远期观察[J]. 结直肠肛门外科, 2016, 22(4): 402-405.
- [3] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 132.
- [4] 美国结直肠外科医师学会. 结直肠外科学[M]. 2 版. 北京: 北京大学医学出版社, 2013: 290.
- [5] 刘贞吉,禹化龙,马媛媛,等. 地奥司明联合挂线疗法治疗高位单纯型肛瘘的临床效果观察[J]. 山东医药, 2018, 58(45): 89-91.
- [6] 俞淑慧,钱彩华,姚萍丽,等. 晚期肺腺癌患者 65 例循证护理干预对患者心理及疼痛状况的影响分析[J]. 中国现代医生, 2017, 55(22): 152-155.
- [7] 刘越军,李会晨,张海磊,等. 减(低)压引流根治术治疗高位肛瘘的临床研究[J]. 河北医药, 2017, 39(9): 1355-1357.
- [8] 冯六泉,张春侠,陈斌. 微创切口高位虚挂线用于高位肛瘘患者治疗中的临床效果[J]. 中国医疗设备, 2017, 32(S1): 56.
- [9] 吴飞平,钱海华,曾莉,等. 虚挂线疗法治疗高位肛瘘安全性和有效性分析[J]. 长春中医药大学学报, 2017, 33(3): 445-447.

(收稿日期:2019-10-25)