

内口切除开放结合浮线引流术治疗复杂性肛瘘45例

杨毅,蔡增进,毛钢,韦勤
(重庆市永川区中医医院,重庆,402160)

[摘要] 目的:观察内口切除开放结合浮线引流术治疗复杂性肛瘘的临床疗效及安全性。方法:将复杂性肛瘘患者90例随机分为治疗组和对照组各45例,治疗组采用原发内口切除开放结合浮线引流术治疗,对照组采用切开挂线术治疗。结果:总有效率治疗组为97.78%,对照组为93.33%,组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$);2组术后各时段VAS评分比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);2组创面愈合时间及Wexner评分比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);肛管最大收缩压(AM-CP)、直肠静息压(RRP)治疗组治疗前后比较,差异无统计学意义($P>0.05$),对照组治疗前后比较,差异有统计学意义($P<0.05$),组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:内口切除开放结合浮线引流术治疗复杂性肛瘘疗效明显,能较好地保护肛门功能,维持肛管最大收缩压(AMCP)及直肠静息压(RRP),减轻术后疼痛,缩短愈合时间。

[关键词] 复杂性肛瘘;手术治疗;内口切除开放结合浮线引流术

[中图分类号] R259.748 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.004

Clinical effect of internal resection and opening combined with suture drainage in treatment of complex anal fistula: An analysis of 45 cases

YANG Yi, CAI Zeng-jin, MAO Gang, WEI Qin

(Yongchuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 402160, China)

Abstract: Objective: To investigate the clinical effect and safety of internal resection and opening combined with suture drainage in the treatment of complex anal fistula. Methods: A total of 90 patients with complex anal fistula were randomly divided into treatment group and control group, with 45 patients in each group. The patients in the treatment group were given internal resection and opening combined with suture drainage, and those in the control group were given the incision and thread-drawing procedure. Results: There was no significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group (97.78% vs 93.33%, $P>0.05$). There was a significant difference in Visual Analogue Scale score between the two groups at each time point after treatment ($P<0.05$). There were also significant differences between the two groups in wound healing time and Wexner score ($P<0.05$). The treatment group had no significant changes in anal maximum contraction pressure and rectal resting pressure after treatment ($P>0.05$), while the control group had significant changes in these two indices ($P<0.05$); there were significant differences between the two groups after treatment ($P<0.05$). Conclusion: Internal resection and opening combined with suture drainage has a marked clinical effect in the treatment of complex anal fistula and can protect anal function, maintain anal maximum contraction pressure and rectal resting pressure, reduce postoperative pain, and shorten healing time.

Key words: complex anal fistula; surgical treatment; internal resection and opening combined with suture drainage

复杂性肛瘘是肛肠疑难病之一,经典切开挂线术是治疗复杂性肛瘘较为有效的手术方法,其传承时间长,临床应用广,但在一些临床研究发现其复发率较高,如喻登明等^[1]研究发现传统切开挂线术复发率达10%。切开挂线术需全部将肛缘外瘘道切开,切口深长,愈合时间明显延长,如梁靖华等^[2]研究发现采用传统切开挂线术伤口愈合平均时间达(50.60±1.08)d,术后肛门漏气漏液率达

53.33%。笔者采用内口切除开放结合浮线引流术治疗复杂性肛瘘45例,收到较好疗效,并与采用经典切开挂线术治疗的45例作对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2014年5月至2016年12月期间我院收治的复杂性肛瘘患者90例,随机分为治疗组及对照组各45例。治疗组男34例,女;平均

基金项目:重庆市永川区自然科学基金项目(编号:Ycstc,2014nc5017);成都中医药大学基金项目(编号:yyzx1401)

第一作者:杨毅,男,医学硕士,主治医师,研究方向:肛肠疾病的中西医结合治疗

通讯作者:蔡增进,男,主任中医师,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合防治肛肠疾病,E-mail:yangyids@126.com

年龄(42.54±9.81)岁;低位复杂肛瘘 27 例,高位复杂肛瘘 18 例。对照组男 32 例,女 13 例;平均年龄(43.25±8.22)岁;低位复杂肛瘘 29 例,高位复杂肛瘘患者 16 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)符合《中医病证诊断疗效标准》^[3]中复杂性肛瘘的诊断标准。(2)年龄在 18~60 岁。

1.3 排除标准 (1)术前专科检查有肛门畸形或功能异常患者;(2)妊娠或哺乳期妇女;(3)由梅毒、结核、克罗恩病、艾滋病等所致特异性肛瘘;(4)合并心肝肺肾及造血系统严重原发疾病或糖尿病;(5)已行肛瘘手术复发。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用内口切除开放结合浮线引流术治疗。采用骶管麻醉,蜷曲侧卧手术体位。先以探针缓慢进入探查确定内口,必要时采用亚甲蓝溶液检查法来精确定原发内口的位置。然后纵向切开内口至肛缘外,切口深度及宽度以 0.5cm 为度,长度以引流通畅为度,一般 1~2cm,适当修剪内口两侧坏死组织,如遇多个内口则同法处理。通过外口及沿瘘管走向探查至原发内口处,内外口之间充分扩创破坏管壁坏死组织,穿入橡皮筋以行浮线对口引流。若外口与对应内口不在一条直线,需在对应内口切口外 2~3cm 处做放射状人造外口,原外口与人造外口间需橡皮筋做浮线引流。橡皮筋拆除时间以切口内无明显分泌物为标准,一般 7d 左右。

2.2 对照组 采用传统切开挂线术治疗。基本步骤为:低位复杂肛瘘患者采用常规切开扩创治疗。高位复杂肛瘘患者采用探针自外口进入从内口穿出,切开内外口间括约肌表面皮肤组织,内外口之间穿入橡皮筋后两端收紧结扎做慢性切割挂线治疗。橡皮筋待其自然脱落,不能自行脱落者可紧线,持续冲洗换药直至伤口愈合。

2.3 术后处理 2 组患者术后常规预防控制感染 3d,术后控制排便 24h,术后第 3 天开始常规消毒换药,均用 0.9% 氯化钠注射液纱条协助引流换药,纳入纱条时必须沿橡皮筋塞至内口处,预防假性愈合。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察 2 组综合疗效、术后疼痛 VAS 评分、肛门功能(Wexner)评分^[4]创面愈合时间、肛管直肠测压及复发情况。创面愈合时间指从

手术第 1 天至创面完全上皮化所需要的天数;肛管直肠测压:采用直肠肛门压力测定仪,评估术前和术后 6 个月肛管最大收缩压(AMCP)、直肠静息压(RRP)的变化。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。痊愈:创面愈合,症状、体征消失;显效:创面愈合,症状、体征明显改善;有效:创面未愈合,症状、体征有所改善;无效:创面未愈合,症状、体征无改善。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件进行统计分析。计数资料以率或构成比表示,采用 χ^2 检验;计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,若计量资料不符合正态性分布,则用秩和检验。组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较用成组 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 97.78%,对照组为 93.33%,组间比较,差异无统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[n(%)]						
组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	45	42(93.33)	1(2.23)	1(2.22)	1(2.22)	44(97.78) ^a
对照组	45	40(88.89)	1(2.22)	1(2.22)	3(6.67)	42(93.33)

注:与对照组比较,^a $P>0.05$ 。

3.4.2 2 组疼痛 VAS 评分比较 2 组术后 6、24、48、72、96h 各时间段 VAS 评分比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组术后各时间段 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)						
组别	<i>n</i>	术后 6h	术后 24h	术后 48h	术后 72h	术后 96h
治疗组	45	4.93±1.15 ^a	3.21±1.14 ^a	2.53±0.94 ^a	1.84±1.08 ^a	1.33±1.16 ^a
对照组	45	6.79±1.28	5.87±1.19	4.36±1.18	4.05±1.11	3.64±0.84

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.3 2 组创面愈合时间及肛门功能 Wexner 评分比较 2 组创面愈合时间及肛门功能 Wexner 评分比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组创面愈合时间及肛门功能 Wexner 评分比较($\bar{x}\pm s$)			
组别	<i>n</i>	创面愈合时间(d)	Wexner 评分(分)
治疗组	45	22.75±6.01 ^a	0.92±0.35 ^a
对照组	45	28.86±9.65	1.85±0.74

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.4 2 组手术前后 AMCP 及 RBP 比较 对照组术后 6 个月 AMCP 及 RRP 与术前比较均明显降低,差异有统计学意义;治疗组术后 AMCP 及 RRP 均无明显变化,差异无统计学意义。术后同期组间比较,差异均有统计学意义。(见表 4)

表 4 2 组手术前后 AMCP 及 RRP 比较($\bar{x} \pm s$, kPa)

组别	n	时间	AMCP	RRP
治疗组	45	术前	22.08 ± 1.39	6.81 ± 0.39
		术后	21.64 ± 1.18 ^{ac}	6.67 ± 0.31 ^{ac}
对照组	45	术前	21.79 ± 1.30	6.78 ± 0.37
		术后	19.18 ± 1.03 ^b	6.22 ± 0.21 ^b

注:与本组治疗前比较,^a $P > 0.05$,^b $P < 0.05$;与对照组术后比较,^c $P < 0.05$ 。

3.5 复发情况 2 组患者术后 6 个月随访,均无复发。

4 讨 论

现代医学对肛瘘的形成原因主要有肛腺感染学说、中央间隙感染学说、性激素水平学说及上皮细胞致病学说等,而肛腺感染是目前公认的形成肛瘘的最主要原因^[5]。肛瘘手术治疗原则乃是正确寻找原发内口,清除全部感染病灶,合理处理肛门括约肌,创面引流通畅^[6-7]。复杂性肛瘘因瘘道多,管道内肉芽组织增生堵塞,造成原发内口难以寻找,而原发内口感染病灶清除不彻底是其复发的主要原因^[8],支管处理对术口愈合也有重要影响。而曾文彦等^[9]通过磁共振研究证实对于肛瘘内口的误诊漏诊主要原因可能在于内口假性愈合或较细、两个内口距离太近、瘘道结构紊乱致部分结构显示不清等。因此,高位复杂性肛瘘术前进行磁共振检查对提高治愈率及降低术后复发率可能有积极意义。

挂线疗法是中医特色疗法,距今 500 多年前,明代医书《古今医统大全》就有用于治疗肛瘘的记录^[5]。因此,挂线疗法是治疗肛瘘的古老而有生命力的疗法之一,尤其在预防解决肛瘘术后引起的肛门失禁问题,对肛肠学的发展做出了不朽的贡献^[10]。传统切割挂线法是从括约肌的四周向中间慢性切割,而组织修复是从基底部进行,切割与组织修复方向不一致,易造成组织缺损,发生不同程度的肛门失禁,因此临床应谨慎使用^[11]。Mentes 等^[12]使用切割挂线疗法治疗高位肛瘘,20 例患者出现不同程度的肛门失禁。肛管直肠压力测定是通过客观数据直接反应肛门功能的一种测定方法,其对肛门直肠控便功能有重要意义。此研究结果显示原发内口切除结合浮线引流术对肛管最大收缩压及直肠静息压无明显影响,而对照组均有降低,与术前比较差异有统计学意义。因此,引流挂线法在瘘管内挂线为不切割瘘道,通过异物刺激肉芽增生及引流作用,从而达到治愈效果,因此肛门

失禁的发生率较低。

本研究结果显示原发内口切除结合浮线引流术治疗复杂性肛瘘安全有效,其有以下几个优点:(1)内口切除法切除了感染源,切口小不影响肛门括约肌,不存在对肛门肌肉的切断及损伤^[13]。(2)内口予以开放引流,并在内口处加以挂线引流法增加引流作用,保证引流通畅。(3)支管与主病灶之间,支管与支管之间均通过浮线引流减少机械性切割刺激,同时还能自动引流清除管道内液化坏死组织^[14],且术后冲洗换药方便。(4)各切口长度及深度均较小,最大程度减少疤痕形成^[15],降低了术后疼痛程度,缩短切口愈合时间。因此该手术方式设计科学合理,是具有中医特色优势及现代微创理念的新疗法。

参考文献

[1] 喻登明,李康平,张禄芳. 不同手术方法治疗高位复杂肛瘘的效果比较[J]. 中国当代医药,2014,21(10):19-20.

[2] 梁靖华,曾春娥,宋磊,等. 肛腺切除并桥式引流术治疗复杂性肛瘘的临床研究[J]. 河北中医,2014,36(5):659-661.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:133.

[4] 余先锋. 不同方法治疗复杂肛瘘的临床对比研究[J]. 中国医药指南,2012,10(25):535-536.

[5] 何永恒,凌光烈. 中医肛肠科学(2 版)[M]. 北京:清华大学出版社,2012.

[6] 张东铭. 盆底肛直肠外科理论与临床(2 版)[M]. 北京:人民军医出版社,2012:119.

[7] 冯文哲,石鹏,雷彪. 肛瘘内口探寻方法概述[J]. 河南中医,2015,35(11):2765-2766.

[8] 欧建生. 复杂性肛瘘切扩结合分段开窗置管冲洗引流术在临床中的应用分析[J]. 中国医药指南,2013,13(23):131-132.

[9] 曾文彦,刘洪芳,庄娘妥,等. 磁共振成像在肛门直肠瘘诊断中的应用价值[J]. 实用医学杂志,2014,30(21):3478-3480.

[10] 任东林. 肛瘘治疗的手术方式选择及评价[J]. 中华胃肠外科杂志,2007,10(6):510-511.

[11] 韦平,谷云飞. 挂线疗法在高位肛瘘治疗中的临床探讨[J]. 内蒙古中医药,2013,32(6):79-80.

[12] Mentes BB,Oktemer S,Tezcaner T,et al. Elastic one-stage cutting seton for the treatment of high anal fistulas[J]. Tech Coloproctol,2004(8):159-162.

[13] 肖建昆,石开平,杨波. 置管冲洗辅助切开挂线治疗复杂性肛瘘的临床观察[J]. 结直肠肛门外科,2017,23(3):342-344.

[14] 李云燕,郑鑫. 改良切口引流联合挂线术治疗高位复杂性肛瘘的临床观察[J]. 中国农村卫生事业管理,2013,33(4):470-472.

[15] 张少军,杨巍,应光耀,等. 低位挂线高位扩创引流术治疗高位肛瘘的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志,2013,8(3):249-251.