

引用:周芳平,邱允忠,张静燕,耿 佶. 全程可控性定向挂线术治疗高位肛瘘的临床研究[J]. 湖南中医杂志,2020,36(10): 8-10,24.

全程可控性定向挂线术治疗高位肛瘘的临床研究

周芳平,邱允忠,张静燕,耿 佶

(常州市武进中医医院,江苏 常州,213000)

[摘要] 目的:观察全程可控性定向挂线术治疗高位肛瘘的临床疗效。方法:将60例高位肛瘘患者随机分为治疗组和对照组,每组各30例。治疗组采用全程可控性定向挂线术治疗,对照组采用常规切开挂线术治疗。观察2组综合疗效、疼痛评分、Wexner便秘评分、肛管静息压(ARP)、肛管最大收缩压(AMCP)、创面愈合时间及脱线时间。结果:总有效率治疗组为93.33%(28/30),对照组为100%(30/30),2组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。术后第8~14天及第15~21天治疗组视觉模拟评分量表(VAS)评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。2组术前及术后1个月Wexner便秘评分比较,差异无统计学意义($P<0.05$);但术后3个月治疗组Wexner便秘评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组术后ARP及AMCP较术前均有所下降,但治疗组较对照组下降幅度小,差异均有统计学意义($P<0.05$)。2组创面愈合时间及脱线时间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。结论:全程可控性定向挂线术与传统切开挂线相比,在维护肛门形态、减轻术后疼痛和保护肛门括约肌功能方面有明显优势。

[关键词] 高位肛瘘;全程可控性定向挂线术;切开挂线术

[中图分类号] R269.571⁺.6 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.10.003

Clinical effect of controllable thread-drawing surgery in treatment of high anal fistula

ZHOU Fangping, QIU Yunzhong, ZHANG Jingyan, GENG Ji

(Changzhou Wujin Hospital of Traditional Chinese Medicine, Changzhou 213000, Jiangsu, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of controllable thread-drawing surgery in the treatment of high anal fistula. Methods: A total of 60 patients with higher anal fistula were randomly divided into treatment group and control group, with 30 patients in each group. The patients in the treatment group were given controllable thread-drawing surgery, and those in the control group were given conventional incision and thread-drawing. The two groups were compared in terms of overall response, pain score, Wexner constipation score, anal resting pressure (ARP), anal maximum contraction pressure (AMCP), wound healing time, and thread removal time. Results: There was no significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [93.33% (28/30) vs 100% (30/30), $P>0.05$]. On days 8~14 and 15~21 after surgery, the treatment group had a significantly lower Visual Analogue Scale score than the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in Wexner constipation score between the two groups before surgery and at 1 month after surgery ($P<0.05$), but at 3 months after surgery, the treatment group had a significantly lower Wexner constipation score than the control group ($P<0.05$). Both groups had significant reductions in ARP and AMCP after treatment, and the treatment group had significantly less reductions than the control group ($P<0.05$). There were no significant differences between the two groups in wound healing time and thread removal time ($P>0.05$). Conclusion: Compared with conventional incision and thread-drawing, controllable thread-drawing surgery has obvious advantages in maintaining anal morphology, reducing postoperative pain, and protecting the function of the anal sphincter.

[Keywords] high anal fistula; controllable thread-drawing surgery; incision and thread-drawing

基金项目:江苏省常州市武进区科技计划项目(W201825)

第一作者:周芳平,女,医学硕士,主治中医师,研究方向:中西医结合治疗复杂性肛瘘

通讯作者:邱允忠,男,主任中医师,研究方向:中西医结合治疗复杂性肛瘘及结直肠息肉, E-mail: qyz.1@163.com

肛瘘是肛肠科的常见病,其发病率约占肛肠疾病的1.67%~3.60%^[1]。本病好发于中青年,男女患病率之比为5:1~6:1^[2]。高位肛瘘是指瘘管及其支管位于肛提肌和肛管直肠环的肛瘘。该病病变范围广,位置高,管道弯曲复杂,复发率高,故被称为肛肠科的疑难杂症。手术治疗是治愈高位肛瘘的最有效的方法^[3],但其难点在于在清除瘘管组织的同时如何保护好肛门括约肌功能。挂线疗法是中医治疗高位肛瘘的经典术式,也是现在国内治疗高位肛瘘的主要术式。本院使用全程可控性挂线术治疗高位肛瘘30例,取得了较为满意的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2018年1月至2019年9月在本院住院治疗的高位肛瘘患者60例,按随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各30例。治疗组中,男24例,女6例;年龄19~70岁,平均(38.50±11.70)岁;病程0.5~21个月,平均(3.55±4.10)个月;高位单纯性肛瘘25例,高位复杂性肛瘘5例。对照组中,男23例,女7例;年龄17~68岁,平均(39.77±12.43)岁;病程0.5~15个月,平均(3.60±3.55)个月;高位单纯性肛瘘21例,高位复杂性肛瘘9例。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已通过本院医学伦理委员会的批准。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]中有关肛瘘的诊断标准拟定。1)病灶由一条或几条瘘管,一个或几个外口,一个或几个内口组成。2)主管道可穿过外括约肌深层或肛管直肠环以上。3)手术前通过直肠指诊、探针、腔内超声或核磁等检查加以确诊。且满足《肛瘘临床诊治指南(2006版)》^[5]中高位肛瘘的诊断标准。1)高位单纯性肛瘘:内口在肛隐窝,仅有一个瘘道,走行在外括约肌深层以上。2)高位复杂性肛瘘:有两个以上外口,通过瘘管与内口相连或并有支管空腔,其主管通过外括约肌深层以上。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄18~70岁;3)术前肛门功能正常;4)无心血管、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病;5)自愿参加,并签署知情同意书,且能完成随访。

1.4 排除标准 1)合并炎症性肠病;2)具有原发性肺、心、肝、肾或恶性肿瘤等严重疾病;3)妊娠及

哺乳期妇女;4)依从性较差,难以完成临床观察。

2 治疗方法

2.1 手术方法 2组均行手术治疗。方法:患者行腰硬联合麻醉成功后,医师用探针从外口处探入,用手术刀沿瘘管走向自外口切至距肛缘处,逐层切开皮肤及皮下组织至瘘管组织,用电刀切开外括约肌浅部以下瘘管管道,彻底切除管壁及硬结组织。对肛提肌以上瘘管,予以刮匙搔刮清创至创面无硬结组织为止。若有支管,则一并切除支管管壁组织;当支管范围较大,呈马蹄形分布,则应沿支管走行再做一放射状切口以对口引流,潜行切除支管组织。术中注意充分保护肛门括约肌。根据术前检查及术中探查找到内口,在内口虚挂单股橡皮筋。修剪创面,以保持引流通畅,检查创面无活动性出血后,敷料覆盖创面,纱布加压包扎。

2.2 术后挂线处理

2.2.1 治疗组 采用全程可控性定向挂线术治疗。术后第1天开始每天换药,创面进行常规消毒后,清除异物、分泌物。术后1周换药时开始将橡皮筋的远端固定于同侧皮肤上,并在橡皮筋远端挂一棉球,并以胶布固定于同侧皮肤上,保持橡皮筋顶端与所挂组织产生一个垂直作用力。力的大小结合创面深浅、挂线部位的高低和患者的耐受力而定,每天测量橡皮筋作用力大小,直至橡皮筋脱落。

2.2.2 对照组 采用常规切开挂线术治疗。术后第1天开始每天换药,每周(术后第8天、第15天、第22天,以此类推)紧橡皮筋1cm左右,紧线要结合创面深浅、挂线部位的高低和患者的耐受力,决定紧线量的多少,直至橡皮筋完全脱落。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)2组综合疗效。2)采用视觉模拟评分量表(VAS)评分^[6]进行疼痛评价。0分表示患者无疼痛症状,10分表示疼痛最剧烈,分值高低代表疼痛的严重程度。3)采用肛门失禁Wexner评分^[7]、肛管静息压(ARP)及肛管最大收缩压(AM-CP)评价肛门功能情况。Wexner评分表中0分为正常,20分为完全性肛门失禁,分值高低代表肛门失禁的严重程度。4)创面愈合时间。5)脱线时间。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]中有关肛瘘的疗效标准拟定。痊愈:症状及体征消失,创面愈合;有效:症状、体征改善,创面未愈;无效:症状及体征均无变化。

3.3 统计学方法 使用 SPSS 21.0 统计软件进行数据分析。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,根据是否为正态分布,选用 t 检验或秩和检验;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 93.33%,对照组为 100%,2 组比较,差异无统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效
治疗组	30	25(83.33)	3(10.00)	2(6.67)	28(93.33) ^a
对照组	30	26(86.67)	4(13.33)	0	30(100)

注:与对照组比较,^a $P > 0.05$ 。

3.4.2 2 组不同时间节点 VAS 评分比较 术后第 1~7 天 2 组 VAS 评分均值比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后第 8~14 天及第 15~21 天治疗组 VAS 评分明显低于对照组,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组不同时间节点 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	术后第 1~7 天	术后第 8~14 天	术后第 15~21 天
治疗组	30	3.21±0.17	3.20±0.20 ^a	3.12±0.19 ^a
对照组	30	3.26±0.16	4.76±0.41	4.70±0.36

注:与对照组术后同一时间节点比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组不同时间节点肛门功能情况比较 2 组术前及术后 1 个月 Wexner 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后 3 个月治疗组 Wexner 评分明显低于对照组,2 组比较,差异有统计学意义(见表 3)。2 组术后 ARP 及 AMCP 较术前均有所下降,但治疗组较对照组下降幅度小,差异均有统计学意义。(见表 4)

表 3 2 组不同时间节点 Wexner 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	术前	术后 1 个月	术后 3 个月
治疗组	30	1.70±0.70	3.80±1.16	2.90±0.85 ^a
对照组	30	1.83±0.75	3.90±1.13	4.87±0.68

注:与对照组术后同一时间节点比较,^a $P < 0.05$ 。

表 4 2 组术前术后 ARP 及 AMCP 比较($\bar{x} \pm s$,mmHg)

组别	例数	时间节点	ARP	AMCP
治疗组	30	术前	60.95±3.83	146.127±10.62
		术后 3 个月	57.59±1.64 ^{ab}	140.06±9.63 ^{ab}
对照组	30	术前	61.36±4.19	143.16±9.65
		术后 3 个月	53.64±2.67 ^a	127.45±8.40 ^a

注:与本组术前比较,^a $P < 0.05$;与对照组术后 3 个月比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.4 2 组创面完全愈合及脱线时间比较 2 组创面完全愈合及脱线时间比较,差异均无统计学意义。(见表 5)

表 5 2 组创面完全愈合及脱线时间比较($\bar{x} \pm s$,d)

组别	例数	创面完全愈合时间	脱线时间
治疗组	30	45.17±6.05 ^a	22.80±2.94 ^a
对照组	30	43.73±6.15	21.30±3.16

注:与对照组比较,^a $P > 0.05$ 。

4 讨论

挂线疗法是我国古代医家发明的治疗高位肛瘘的经典术式,也是目前国内治疗高位肛瘘的主要术式。该疗法治愈率较高,为 62%~100%不等,但术后失禁发生率为 0~67%^[8-9]。目前临床常用的挂线疗法主要存在的问题有:一是挂线材料是橡皮筋,紧线时产生向心的切割力,易形成“锁眼样畸形”;二是对挂线生物力学研究较少,挂线切割和粘连的速度无法控制,若组织粘连速度赶不上切割速度,则易致肛门缺损。

明代医家徐春甫所著《古今医统大全》不仅记录了挂线的方法,而且还阐述了其作用机制。“引线系肠外,坠铅锤悬”,当人直立时产生一个垂直向下的均匀持久力,切割的力量发生在括约肌的近端,切割方向是从近端向远端,这个力持续作用,且可根据承受能力而改变铅锤重量。“肠肌随长,僻处既补”提示在逐渐切割的过程中,周围组织随之粘连,使出现的缺损尽快被再生的组织修复,可以减少切割挂线后发生严重的括约肌缺损。这种定向切割挂线术式可有效解决以上常用挂线疗法的问题。全程可控性定向挂线术既是对传统挂线方法的传承,也是对常用挂线术的创新。本研究设计牵拉弹性橡皮筋,只产生向下的持续切割力,且力的大小可根据患者耐受程度调整。该操作简单、安全、有效,符合“无痛医疗”的发展趋势。

临床研究表明,2 组在综合疗效、创面完全愈合及脱线时间方面差异无统计学意义。术后对照组紧线时,治疗组疼痛评分明显低于对照组,表明全程性可控性定向挂线术能明显降低紧线后患者的疼痛程度,提高患者术后的生活质量。在保护肛门功能方面,术后 3 个月治疗组 Wexner 评分明显低于对照组,而 2 组术后 ARP 及 AMCP 均有所下降,但治疗组较对照组下降幅度小,表明 2 种术式对肛门功能均有不同程度的影响,但全程可控性定向挂线术与传统挂线术比较,在保护术后肛管括约肌的形态和肛门功能方面具有一定优势。(下转第 24 页)

经,有活血祛瘀、通经止痛、清心除烦、凉血消痈的作用,《滇南本草》载其“安神宁心,健忘怔忡,惊悸不寐,生新血,去瘀血”。郁金味辛苦性寒,无毒,入心及包络,《本草备要》中记载该药“行气,解郁……破瘀。凉心热,散肝郁”。此二味中药既能清热绝瘀血之来源,又能活血化已成之瘀,兼能安神以复神明之主,可谓一石三鸟,功效卓卓也。此期如积极治疗,热毒祛,瘀血散,可阻止病情进一步发展,防气血阴阳之虚象出现。

3 后期热毒耗伤气阴,注重养心安神

火热之邪最易耗气伤阴,本病后期余热未尽,致心之气阴亏虚。心气虚,心悸、胸痛、胸闷、气短,活动后加重,血属阴,《灵枢·营卫生会》云:“血者,神气也。”《灵枢·平人绝谷》亦云:“血脉和利,精神乃居。”心阴心血不足,均能使心失所养,心动不安,而见心悸、怔忡;心神失阴血之濡养,则心神不宁,又出现失眠多梦之症。心阴亏虚,心阳虚亢,虚热内生,热扰心神则心烦。病久迁延,阴损及阳,可致心阳不振,临证可见患儿心痛、畏寒肢冷、舌淡胖、苔白滑、脉微细,若突然出现四末发凉、大汗淋漓、呼吸微弱、面色苍白、口唇青紫、神志模糊或昏迷,则为心阳暴脱之象。此期李教授常用具有安神功效的人参、酸枣仁、龙骨、柏子仁等中药。《神农本草经》中记载人参有“补五脏、安精神、定魂魄、止惊悸、除邪气、开心益智”等效用,心气不足者常用人参配伍黄芪、茯苓、白术,健脾益气以助气血生化之源;心血不足者选用酸枣仁,其性平味甘,入心肝经,可养血补肝、宁心安神,使肝有血藏,心有所养则心悸、失眠无由生矣,《神农本草经》中记载:“补

中益肝,坚筋骨,助阴气,皆酸枣仁之功也”。心阴亏虚者选用柏子仁,其归心、肾、大肠经,补心养血效佳,《本草纲目》记载:“养心气,润肾燥,安魂定魄,益智宁神”。《神农本草经》言其“主惊悸”;重镇安神之龙骨为质重镇坠之品,适合于阳气亢盛之心悸、失眠等症;心之气阴两亏,则选用《医学启源》生脉散,《成方切用》载:“肺主气,肺气旺则四脏之气皆旺,虚故脉绝气短也……盖心主脉,而百脉皆朝于肺”。人参甘温为君,补肺泻热,麦冬甘寒为臣,补水清金,五味子酸温为佐,敛肺生津,全方共奏补肺清心之功,则“气充而脉复”。

4 典型病案

辛某,男,2岁,因“异常烦躁1周”就诊。家长诉患儿近1周情绪异常,烦躁易怒,夜眠不安,夜间啼哭,无发热、咳嗽、腹痛腹泻,纳差,大便干。查体:咽充血,双侧扁桃腺Ⅰ°大,心肺腹(-),舌红、苔黄厚。患儿3周前有咳嗽病史,辅助检查:心肌酶CKMB 31 U/L,心电图Ⅱ、aVF T波略低平,血常规、心脏彩超正常。西医诊断:病毒性心肌炎;中医诊断:心痹(痰热扰心证)。予黄连温胆汤加味。方药组成:黄连6g,陈皮6g,清半夏6g,茯苓12g,竹茹9g,枳实9g,连翘9g,甘草6g。7剂,水煎服。复诊:烦躁明显减轻,咽部略充血,舌红、苔薄黄。于上方去黄连,继服7剂后,患儿无明显不适,咽部充血消失,舌淡红、苔薄白。复查心肌酶及心电图正常。

参考文献

- [1] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:1534.
- [2] 汪受传,虞坚尔. 中医儿科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:159.

(收稿日期:2019-12-09)

(上接第10页)

综上所述,“微创”及“无痛”是现代医学的发展潮流。在保证治愈率的前提下,使用微创及无痛理念治疗高位肛瘘,还有待进一步的临床实践及研究。

参考文献

- [1] 韩少良,倪士昌. 大肠肛门疾病外科治疗[M]. 北京:人民军医出版社,2006:464.
- [2] 李春雨. 张有生. 实用肛门手术学[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,2005:156.
- [3] 徐云峰,杜瑛,蒋建妇,等. 手术加长效止痛剂治疗68例肛裂[J]. 医学研究通讯,2003(7):56-57.
- [4] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[S]. 北京:中国医药科技出版社,2012:55.

- [5] 中华中医药学会肛肠分会,中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中国中西医结合学会. 肛瘘临床诊治指南[DB]. 百度文库,2012-05-12.
 - [6] KERSTEN P,KÜÇÜKDEVECİ AA,TENNANT A. The use of the Visual Analogue Scale (VAS) in rehabilitation outcomes[J]. J Rehabil Med,2012,44(7):609-610.
 - [7] JORGE JMN,WEXNER SD. Etiology and management of fecal incontinence [J]. Dis Colon Rectum,1993,36(1):77-97.
 - [8] VAN DER HAGEN SJ,BAETEN CG,SOETEN CG, et al. Staged mucosal advancement flap versus staged fibrin sealant in the treatment of complex perianal fistulas[J]. Gastroenterology Research and Practice,2011,2011(1):186-350.
 - [9] THEERAPOL A,SO BY,NGOI SS. Routine use of setons for the treatment of anal fistulae[J]. Sing-apore Med,2002,43(6):305-307.
- (收稿日期:2019-12-28)