

术后扩创对促进高位肛瘘切开引流术后切口愈合的研究^{*}

程 跃(成都中医药大学附属医院肛肠科 610072)

【摘要】 目的 分析小切口联合术后扩创对促进高位肛瘘切开引流术后切口愈合的价值。**方法** 将高位肛瘘患者 60 例,随机分为小切口术后扩创组($n=30$)和传统切口组($n=30$),观察分析 2 组手术时间、切口愈合时间、直肠静息压、肛管静息压及肛管最大收缩压、术后肛门疼痛、肛门坠胀、尿潴留及术后切口渗血发生率和临床治疗效果。**结果** 小切口术后扩创组手术时间及切口愈合时间均显著低于传统切口组($P<0.05$),术后直肠静息压、肛管静息压及肛管最大收缩压均显著高于传统切口组($P<0.05$),术后肛门疼痛、肛门坠胀、尿潴留及术后切口渗血发生率均显著低于传统切口组($P<0.05$),并且治疗有效率显著高于传统切口组($P<0.05$)。**结论** 小切口联合术后扩创能够减少切口愈合时间,保护肛门功能,减少术后并发症,提高高位肛瘘治疗效果。

【关键词】 高位肛瘘; 小切口; 术后扩创

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.19.012 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)19-2845-02

Analysis on effect of postoperative debridement for promoting incision healing after high anal fistula incision and drainage^{*} CHENG Yue(Department of Anorectal Diseases, Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu, Sichuan 610072, China)

【Abstract】 Objective To analyze the clinical value of small cut combined with postoperative debridement in promoting postoperative wound healing in high anal fistula incision and drainage. **Methods** 60 patients with high anal fistula in our hospital were selected and randomly divided into the small cut postoperative debridement group($n=30$) and the traditional cut group($n=30$). The surgery time, incision healing time, rectal resting pressure, anal resting pressure, maximum systolic pressure of anal tube, incidence rates of postoperative anal pain, anal bulge, retention of urine, incision blood exudation and clinical effect in the two groups were observed and analyzed. **Results** The surgery time and the incision healing time in the small cut postoperative debridement group were significantly shorter than those in the traditional incision group($P<0.05$); the postoperative rectal resting pressure, anal resting pressure, maximum systolic pressure of anal tube were significantly higher than those in the traditional incision group($P<0.05$); the incidence rates of postoperative anal pain, anal bulge, retention of urine and blood exudation of incision in the small cut postoperative debridement group were lower than those in the traditional incision group($P<0.05$), moreover the clinical effect was significantly higher than that in the traditional incision group($P<0.05$). **Conclusion** Small cut combined with postoperative debridement can shorten the healing time of incision, protects the anal function, reduces the postoperative complications and improves the clinical effect of high anal fistula.

【Key words】 high anal fistula; small cut; postoperative debridement

肛瘘是肛管或直肠因病理原因形成的与肛门周围皮肤相通的一种异常管道,是肛周脓肿的慢性化阶段。肛瘘的发病率并不低^[1],肛瘘无法自愈,必须通过手术治疗,而手术方案的制订与肛瘘分型密切相关,1992 年全国肛肠学术会议制订的标准是以肛提肌为标志,瘘管经过此线以上为高位,在此线以下为低位^[2]。高位肛瘘是肛肠科的一个疑难病种,因其手术过程复杂,手术切口较深,容易因引流不畅导致愈合不佳、不愈,因而高位肛瘘术后复发率较高。传统的高位肛瘘切除术式肛门损伤发生率较高^[3],一次性治愈高位肛瘘,并较好地保护肛门功能一直是肛肠科医生研究的重要内容。因此本文选取本院住院治疗的高位肛瘘患者 60 例,用以分析小切口联合术后扩创对促进高位肛瘘切开引流术后切口愈合的价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2014 年 5 月于本院住院

治疗的高位肛瘘患者 60 例,其中男性 47 例,女性 13 例,23~65 岁,平均 (39.13 ± 7.52) 岁,平均病程 (2.39 ± 1.76) 年,入组的 60 例患者均符合高位肛瘘的诊断标准^[4]。排除对象:(1)年龄在 18 岁以下或 65 岁以上者;妊娠或哺乳期妇女;(2)合并有心血管、肝肾或造血系统等严重疾病,精神病患者;(3)经检查证实有直肠或肛管器质性病变(肛管结核性溃疡、肛管皮肤癌、克罗恩病肛管溃疡等)。随机将患者分为 2 组,分别为小切口术后扩创组($n=30$)和传统切口组($n=30$),经过相关统计学分析,小切口术后扩创组和传统切口组在年龄、性别和平均病程方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 小切口术后扩创组方案 小切口治疗高位肛瘘加术后扩创治疗,患者收治入院后,完善常规术前检查及术前准备,择期在腰俞穴麻醉或持续硬膜外麻醉下行肛瘘小切口切开引流

^{*} 基金项目:四川省中医药管理局科研项目(2012-E-047)。

作者简介:程跃,男,硕士,主治医师,主要从事中医肛肠病学研究。

术。手术操作基本流程:麻醉成功后,患者取截石位,碘酒、酒精常规消毒肛门周围和会阴部皮肤。铺无菌孔巾,采用视、触、牵拉、染色及探针等方法,确定内口和瘘管走向后,在病变组织的低位做小切口引流,同时切开内口及部分影响引流的肛瘘管壁组织,术毕仔细止血,伤口填充凡士林纱条和明胶海绵,外用塔形纱布压迫,胶布固定。术后进食流质饮食 2 d,适当使用抗生素、止血药等,每次便后以中药苦参汤坐浴后换药。疗程为 2 周至 1 个月。换药及术后扩创的基本操作:患者侧卧位,医德保消毒液清洗伤口,观察伤口情况,如发现有肉芽增生、切口内有组织粘连或皮肤切口生长过快,外口较小影响放置纱条时,应进行扩创处理,剪去多余肉芽,清理组织粘连,剪开变小的切口使切口引流通畅,以利于伤口生长,然后以紫草油纱条填塞切口,外用敷料覆盖。便后中药洗剂坐浴。

1.2.2 传统切口组方案 患者收治入院后,完善常规术前检查及术前准备,择期在腰俞穴麻醉或持续硬膜外麻醉下行肛瘘切开引流术;麻醉成功后,患者取截石位碘酒、酒精常规消毒肛门周围和会阴部皮肤。铺无菌孔巾,采用视、触、牵拉、染色及探针等方法,确定内口和瘘管走向后,顺探针将瘘管切开,切除外口,并向外侧延长切口,搔刮管壁和内口腐败组织及肉芽。修剪创口两侧的的皮肤和皮下组织,使成一口宽底小的平坦伤口,使引流通畅。术毕仔细止血,伤口填充凡士林纱条和明胶海绵,外用塔形纱布压迫,胶布固定。术后进食流质饮食 2 d,适当使抗生素,每次便后以中药苦参汤坐浴后换药。术后换药操作:患者侧卧位,医德保消毒液清洗伤口,然后以紫草油纱条填塞切口,外用敷料覆盖。

1.3 观察指标 观察分析小切口术后扩创组和传统切口组手术时间、切口愈合时间、直肠静息压、肛管静息压及肛管最大收缩压、术后肛门疼痛、肛门坠胀、尿潴留及术后切口渗血发生率和临床治疗效果。治疗效果评价标准^[5]:治愈,症状及体征消失,创口愈合;好转,症状及体征改善,创口未愈;无效,症状及体征均无变化。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件包进行统计学处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验,组间治疗效果比较采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 小切口术后扩创组和传统切口组手术时间、切口愈合时间比较 小切口术后扩创组和传统切口组手术时间分别为 (39.29 ± 7.13) 、 (49.37 ± 11.06) min,切口愈合时间分别为 (15.13 ± 3.17) 、 (22.75 ± 5.19) d,小切口术后扩创组手术时间及切口愈合时间均显著低于传统切口组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 小切口术后扩创组和传统切口组术后肛门功能的比较 术后小切口术后扩创组的直肠静息压、肛管静息压及肛管最大收缩压均显著高于传统切口组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

2.3 小切口术后扩创组和传统切口组术后并发症的比较 小切口术后扩创组的术后肛门疼痛、肛门坠胀、尿潴留及术后切口渗血发生率均显著低于传统切口组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 2。

2.4 小切口术后扩创组和传统切口组治疗效果的比较 小切口术后扩创组术后治愈、好转、无效例数分别为 13、15、2 例,有

效率为 93.33%(28/30),传统切口组术后治愈、好转、无效例数分别为 10、13、7 例,有效率为 76.67%(23/30),小切口术后扩创组治疗有效率显著高于传统切口组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 小切口术后扩创组和传统切口组术后肛门功能的比较 ($kPa, \bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	直肠静息压	肛管静息压	肛管最大收缩压
小切口术后扩创组	30	1.49±0.47*	10.26±0.57*	15.95±1.79*
传统切口组	30	1.21±0.32	7.39±1.02	12.18±1.23

注:与传统切口组比较,* $P < 0.05$ 。

表 2 小切口术后扩创组和传统切口组术后并发症的比较 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	术后肛门疼痛	肛门坠胀	尿潴留	术后切口渗血
小切口术后扩创组	30	1(3.33)*	2(6.67)*	0(0.00)*	0(0.00)*
传统切口组	30	5(16.67)	10(33.33)	4(13.33)	3(10.00)

注:与传统切口组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

肛瘘必须通过手术治疗才能痊愈,手术过程复杂,手术切口较深,容易因引流不畅导致愈合不佳、不愈,因而高位肛瘘术后复发率较高;有的医生为了充分清除病灶,敞开引流,往往切除了大片组织,造成了术后肛门缺损,肛门形态和功能受到较大的影响。理论上讲,要想治愈肛瘘,必须完善两个方面^[6]:一是正确处理肛瘘的内口,也就是肛瘘的原发病灶;二是保证术后伤口在愈合过程中一直保持引流通畅。二者缺一不可。

目前肛瘘手术常采用放射状切口引流的方法^[7]。因高位肛瘘管道位置通过了肛提肌以上,病灶深处远离肛周皮肤,而且肛瘘管道多弯曲,常有支管或无效腔的存在。所以手术切口很深,往往达到 10 cm 以上。手术切口在伤口愈合过程中皮肤表面常快于伤口基底部的生长,发生上面小,下面大的情况,就出现了引流不畅;另外切口愈合过程中常常会出现无效腔的情况,这样就导致了切口经久不愈^[8]。由此可见,多数高位肛瘘术后都存在引流不通畅的情况,这也是高位肛瘘难以愈合,复发率高的原因所在。

小切口是目前治疗高位肛瘘的趋势,术式操作相对简单,手术切口较小,患者疼痛感低,术后愈合较快。研究显示,小切口治疗高位肛瘘患者的切口愈合时间较其他术式显著减少^[9]。值得注意的是,国内研究大多数聚焦于小切口联合挂线治疗,挂线治疗虽然在长期的实践过程中被证明对肛瘘有独特疗效,但是高位肛瘘内口难以确定,挂线治疗效果不佳,且容易造成创口粘连,引流不畅,挂线也不易脱落,增加患者术后疼痛,因此小切口联合挂线治疗高位肛瘘具有一定局限性。本组研究显示接受小切口治疗的患者其术后切口愈合时间显著少于传统切口组,与国内文献研究一致,说明小切口在术后切口愈合方面具有显著优势。

挂线治疗虽然可以避免高位复杂性肛瘘出现肛门括约肌切断而出现大便失禁,但是却可带来一系列问题,不仅术后疼痛时间较长,而且挂线周围分泌物量大,为临床和护理带来麻烦,而且挂线处的疤痕可影响正常肛门功能^[10]。而小切口手术可以解剖性分离肛门括约肌且加以保护,(下转第 2849 页)

促进了 GDM 的发生^[14]。但可以肯定的是,IL-6 和 hs-CRP 显著升高的孕妇 GDM 发生风险较糖耐量正常的孕妇高^[15]。

综上所述,血清细胞因子在 GDM 孕妇体内的表达水平是异于健康孕妇的,其中 IL-6、hs-CRP、TNF- α 对 HOMA-IR 的影响最为显著,可能在 GDM 胰岛素抵抗中发挥着重要作用。因此在产检中应加强血清细胞因子的检测,及时对指标异常的孕妇给予干预措施,以避免 GDM 的发生。

参考文献

[1] 罗静,常青,王廷洲,等.新妊娠期糖尿病诊断标准与围生期母儿结局分析[J].实用妇产科杂志,2012,28(9):755-758.

[2] 周莉,吴连方,范玲,等.妊娠期糖尿病孕妇产后糖代谢异常的影响因素[J].首都医科大学学报,2012,33(2):263-267.

[3] 王定坤,陈广,陆付耳,等.NLRP3 炎症小体与 2 型糖尿病的研究进展[J].生理科学进展,2014,12(2):111-114.

[4] 范慧,张鹏睿,徐援,等.2 型糖尿病合并非酒精性脂肪肝与胰岛素抵抗及心血管病变发生的关系研究[J].中国全科医学,2011,14(2):147-150.

[5] Saucedo R, Zarate A, Basurto L, et al. Relationship between circulating adipokines and insulin resistance during pregnancy and postpartum in women with gestational diabetes[J]. Arch Med Res, 2011, 42(4): 318-323.

[6] 温岩,崔丽峰,贾君容,等.血清脂肪细胞因子与妊娠期糖尿病关系的研究[J].中国妇幼保健,2011,26(25):3871-3872.

[7] 谢幸,苟文丽.妇产科学[M].8 版.北京:人民卫生出版社,2001:77.

[8] Kahn R, Buse J, Ferrannini E, et al. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes [J]. Diabetes Care, 2005, 28(9): 2289-2304.

[9] 韩颖文.妊娠期糖尿病与糖耐量异常的早期行为干预对妊娠结局的临床探讨[J].中国实验诊断学,2014,13(7): 1148-1150.

[10] 莫小庆,王子莲,曹筱佩,等.妊娠期糖尿病高危因素与产后早发糖代谢异常的关系[J].中山大学学报:医学科学版,2011,32(6):791-794.

[11] 刘陶,房臻,杨冬,等.炎症及脂肪细胞因子与妊娠期糖尿病发病的相关性及在产褥期的变化[J].中华妇产科杂志,2012,47(6):436-439.

[12] 刘菊,贺艳.血清多项细胞因子与 2 型糖尿病患者胰岛素抵抗的相关性[J].广东医学,2012,33(22):3444-3445.

[13] Xiang AH, Takayanagi M, Black MH, et al. Longitudinal changes in insulin sensitivity and beta cell function between women with and without a history of gestational diabetes mellitus [J]. Diabetologia, 2013, 56(12): 2753-2760.

[14] 刘陶,刘晴,杨冬,等.早孕期血清脂联素、瘦素、肿瘤坏死因子 α 、C 反应蛋白水平与胰岛素抵抗的相关性[J].中华医学杂志,2011,91(15):1058-1060.

[15] 张凯,杨慧霞.脂联素与妊娠期糖尿病相关性的研究进展[J].中华围产医学杂志,2013,16(6):341-344.

(收稿日期:2015-01-30 修回日期:2015-04-19)

(上接第 2846 页)

不会严重影响肛门括约肌的功能,术后并发症也显著减少。研究显示,微创小切口联合挂线治疗对于正常肛门功能影响较常规切口较小^[11],而曾传敏等^[12]研究提示小切口联合挂线治疗后肛门疼痛、切口渗血、尿潴留等情况显著减少。本组研究在上述研究基础上剔除挂线治疗,单纯采用小切口根治术联合术后扩创,效果较好,不会影响患者正常肛门功能,术后并发症也显著减少,提示小切口联合术后扩创安全性较高。

综上所述,小切口联合术后扩创能够减少切口愈合时间,保护肛门功能,减少术后并发症,提高高位肛瘘治疗效果。

参考文献

[1] 薄彪,杨凌洪,刘源,等.肛瘘的治疗[J].中华普外科手术学杂志,2011,5(4):459-462.

[2] 王振军.肛瘘治疗的回顾和思考[J].中华胃肠外科杂志,2010,13(12):881-884.

[3] 陈哲,郑毅,王振军.经括约肌间瘘管结扎术治疗高位单纯性肛瘘的临床疗效[J].中华消化外科杂志,2013,12(7):512-515.

[4] 李晓兰,李兴谦,黄永,等.封闭负压引流技术在高位肛瘘治疗中的应用研究[J].中华胃肠外科杂志,2010,13(6): 451-453.

[5] 刘占彦,李燕,马剑海,等.微创小切口挂线旷置术治疗高位肛瘘 76 例临床观察[J].河北中医,2011,33(5):795-796.

[6] 美国结直肠外科医师协会.2011 版美国肛周脓肿和肛瘘治疗指南[J].中华胃肠外科杂志,2012,15(6):640-643.

[7] 程明荣,张智平.高位复杂性肛瘘诊治进展[J].中华灾害救援医学,2014,2(3):167-170.

[8] 张永刚,张茂香,唐淑敏,等.括约肌间瘘管结扎术与切开挂线术治疗复杂性肛瘘的临床疗效比较[J].中华普通外科杂志,2012,27(11):940-941.

[9] 潘少骅,彭小南,洪卫祥.小切口微创治疗肛瘘临床总结[J].深圳中西医结合杂志,2012,22(6):357-359.

[10] 卞红磊,魏艳静.切开挂线疗法联合外洗方熏洗坐浴治疗高位肛瘘疗效观察[J].中华消化病与影像杂志,2014,4(3):131-133.

[11] 陈诗金,崔永刚.微创小切口挂线旷置术治疗高位肛瘘临床分析[J].实用中西医结合临床,2013,13(3):86-87.

[12] 曹传敏,李一兵,李明,等.高位复杂性肛瘘肛门小切口根治术研究[J].临床医学工程,2011,18(8):1240-1241.

(收稿日期:2015-03-18 修回日期:2015-06-25)