

· 论 著 ·

传统切开挂线疗法与瘻管旷置术治疗高位复杂性肛瘻的临床研究

莫 波,郝志楠[△],马 娟,徐 兵

(湖北医药学院附属人民医院肛肠外科,湖北十堰 442000)

摘要:目的 研究传统切开挂线疗法与瘻管旷置术治疗高位复杂性肛瘻的临床效果,为该类疾病的治疗提供一定的参考。方法 将 2010 年 8 月至 2014 年 8 月入院治疗的 96 例高位复杂性肛瘻患者随机分为两组,其中对照组仅采用传统切开挂线疗法进行治疗,而观察组采用传统切开挂线疗法和瘻管旷置术进行治疗,比较两组患者的伤口愈合时间及复发情况比较,两组治疗方案临床疗效以及两组患者术后分泌物的分泌量。结果 治疗组患者伤口愈合时间 $[(30.4 \pm 10.4)\text{d}]$ 长于对照组 $[(22.6 \pm 8.7)\text{d}]$,差异有统计学意义 $(P < 0.05)$,并且治疗组的复发率 (4.2%) 低于对照组 (18.8%) ,两组比较差异有统计学意义 $(P < 0.05)$ 。治疗组总有效率为 95.8% ,对照组总有效率为 85.4% ,两组比较差异有统计学意义 $(P < 0.05)$;治疗组患者手术后第 7、10 天分泌物量评分 $[(4.2 \pm 1.1)$ 、 (2.5 ± 0.7) 分]低于对照组 $[(5.8 \pm 1.3)$ 、 (4.7 ± 1.3) 分],两组比较差异有统计学意义 $(P < 0.05)$ 。结论 传统切开挂线疗法与瘻管旷置术联合治疗高位复杂性肛瘻的临床效果显著,虽然患者伤口愈合时间较长,但复发率较低,值得临床推广应用。

关键词:切开挂线疗法; 瘻管旷置术; 肛瘻,临床观察

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.13.024 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)13-1809-03

Clinical effect of traditional incision seton therapy and fistula exclusion in patients with high complexity anal fistula

MO Bo, HAO Zhinan[△], MA Juan, XU Bing

(Department of Anus and Intestine Surgery, People's Hospital Affiliated of Hubei University of Medicine, Shiyan, Hubei 442000, China)

Abstract: Objective To compare the clinical effect of traditional incision seton therapy with fistula exclusion in patients with high complexity anal fistula, and to provide certain reference for the treatment of the disease. Methods A total of 96 patients with high complexity anal fistula hospitalized from August 2010 to August 2014 were selected and divided into two groups (observation group and control group). Control group only used traditional incision seton therapy, and observation group treated with traditional incision seton therapy combined with fistula exclusion. The time of wound healing, recurrence rates, effective rates and postoperative secretion were compared between the two groups. Results The time of wound healing of the observation group $[(30.4 \pm 10.4)\text{d}]$ was significantly longer than that of control group $[(22.6 \pm 8.7)\text{d}]$ ($P < 0.05$), while the recurrence rate in the observation group (4.2%) was significantly lower than that of control group (18.8%) ($P < 0.05$). The effective rate of the observation group (95.8%) was higher than that of control group (85.4%) , and the difference had statistical significance ($P < 0.05$). The score of postoperative secretion of the 7th day (4.2 ± 1.1) and the 10th day (2.5 ± 0.7) after surgery was significantly less than that of the control group $[(5.8 \pm 1.3)$ 、 $(4.7 \pm 1.3)]$ ($P < 0.05$). Conclusion Traditional incision seton therapy combined with the treatment of the fistula the exclusion in patients with high complexity anal fistula has remarkable clinical effect. Although the wound healing time is longer, the recurrence rate is lower obviously, so it is worth of clinical application.

Key words: incision seton therapy; fistula exclusion; anal fistula; clinical observation

肛瘻又称肛管直肠瘻,主要的病理原因是在直肠和肛管形成的异常管道,管道出现肉芽脓性病变,从而引起直肠排脓不畅,临床上常见流脓,疼痛,有肿块及瘙痒症状^[1]。该病男性发病率较高,多见于青壮年,在肛肠疾病中发病率仅次于痔疮。而高位肛瘻是指瘻管位置位于外括约肌深部以上的一种类型,根据瘻管的数量又分为高位单纯性肛瘻和高位复杂性肛瘻^[2]。高位复杂性肛瘻不能自愈,只能通过手术治疗。由于该类疾病具有较高的复发率,并且术后容易导致肛门功能障碍。在临床中,要选取合适的手术方法进行治疗。本院采用传统的切开挂线疗法与瘻管旷置术治疗,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 8 月至 2014 年 8 月本院入院治

疗的 96 例患者,所有患者均符合高位复杂性肛瘻的诊断标准^[3],临床症状主要有肛门不适,肛周或者肛内呈间歇性反复红肿、疼痛。内瘻口或者外漏口有脓性分泌物,并伴有肛周瘙痒。将 96 例患者随机分为两组,各 48 例,其中治疗组患者男 30 例,女 18 例,年龄 42~68 岁,平均 (50.1 ± 10.5) 岁,病程 5.2~10.3 年,平均 (6.4 ± 3.4) 年;对照组患者男 29 例,女 19 例,年龄 43~69 岁,平均 (51.2 ± 11.4) 岁,病程 5.8~11.0 年,平均 (6.8 ± 4.1) 年。两组患者的年龄、性别、病程等资料差异无统计学意义 $(P > 0.05)$,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 对照组采用传统切开挂线疗法^[4],具体方法如下,患者在手术之前禁食禁水 6 h。手术中首先采用硬膜外

麻醉,将探针沿瘻管进入,然后像瘻管内口逐渐深入,进入内口,探针于瘻管内部位置探出,同时将橡皮筋随探针穿过整个瘻管,然后将瘻管内外口之间的部分皮肤及皮下组织切开,进行挂线疗法。手术后将创面清理干净,包扎,然后给予常规的抗感染药物治疗。

1.2.2 治疗组 治疗组采用切开挂线疗法联合瘻管旷置术方法,在上述方法的基础上,在内口周围做一个外宽内窄的切口,切口要深至内外括约肌。若肛瘻为半马蹄型,要切开肛门外间擦搔刮囊腔及管道,将瘢痕组织切除,残留部分也应做多个切口,以便瘢痕组织软化。术后辅以中药治疗,可使伤口尽早愈合,一般在手术后5~7 d采用九一丹药棉,管壁腐肉去除干净后,改用生肌散药棉。如中药出现过敏的情况,应及时停药或者更换其他中药。日常饮食采用半流食或者普通饮食,每天换药1~2次,换药前用生理盐水或者双氧水冲洗。每次嘱患者进行痔疾宁洗液坐浴,同时配合毫米波照射,促进伤口早日愈合。

1.3 疗效判定标准 临床疗效判定标准^[5]:显效,患者手术后创口愈合情况良好,伤口无疼痛、水肿及瘙痒等症状;有效,患者手术后创伤面积明显减少,存在轻微的疼痛、水肿及瘙痒症状,但可以承受;无效,手术后伤口愈合情况不好,患者存在明显的疼痛、水肿和瘙痒症状。临床总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。比较两组患者手术后创伤面的分泌物情况,分别记录手术后第3、5、7天创面分泌物的量。以渗透纱布的层数为积分单位,无渗液,为0分;渗液湿透纱布≤1层,为1分;2~3层为2分,4~5层为3分,>6层为4分,积分越小,说明分泌物的量越少。

1.4 统计学处理 采用SPSS 13.0进行统计分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 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,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者愈合时间及复发情况比较 结果显示,治疗组患者伤口愈合时间长于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。但治疗组的复发率低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者愈合时间及复发情况比较

组别	n	愈合时间(d, $\bar{x} \pm s$)	复发率(%)
治疗组	48	30.4 ± 10.4*	4.2*
对照组	48	22.6 ± 8.7	18.8

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者术后临床疗效比较 结果显示,治疗组总有效率为95.8%(46/48),对照组总有效率为85.4%(43/48),两组总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者术后临床疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效
治疗组	48	35(72.9)	11(22.9)	2(4.2)
对照组	48	28(58.3)	13(27.1)	7(14.6)

2.3 两组患者创伤面不同时间点分泌物评分比较 结果显示,治疗组患者手术后第7天和第10天分泌物评分明显少于

对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者创伤面不同时间点分泌物评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后第3天	术后第7天	术后第10天
治疗组	48	6.6 ± 2.1	4.2 ± 1.1*	2.5 ± 0.7*
对照组	48	6.9 ± 1.8	5.8 ± 1.3	4.7 ± 1.3

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

高位复杂性肛瘻由于发病位置较高,内外括约肌受损,常伴有深部的死腔和坏死,临床治疗难度非常大,复发率较高^[6]。研究发现,肛瘻形成的主要原因是,肛门齿状线有肛腺和肛窦等特殊解剖部位,肛管内部压力升高,很容易导致肛腺、肛窦损伤,进一步引发感染。对于复杂性高位肛瘻的治疗难点是寻找内口和瘻管的方向,避免死腔的存在。同时由于切开外括约肌,容易导致肛门收缩力下降,丧失肛门功能,给患者的健康带来进一步的损害。在临床中,要结合患者的病理时间、疼痛部位和肛瘻的特点选择不同的方法^[7-8]。

临床中对于复杂性肛瘻的治疗,可选择的方法很多,但每种方法都有其优势和劣势。在所有的的方法中,传统的挂线法应用最多,因其操作简单,出血较少,对患者的肛门的损伤相对较小,是一种相对安全的方法,但缺点是该方法治疗时间较长,有研究显示,挂线法最长治愈时间为87 d,平均治愈时间为36.5 d^[9-10]。在治疗过程中患者要忍受换药、治疗等痛苦。相对而言,切开挂线法的临床应用更为广泛,该方法既保留了挂线法的安全可靠,又结合了切除术缩短手术过程,可大大减少病人的痛苦。适用于单纯和复杂性肛瘻。而对于高位复杂性肛瘻并伴有较大瘻腔患者,因瘻管深度超过肛管直肠环以上,腔壁瘢痕组织较多时,不能盲目采用高位挂线,否则切开的切口难以愈合,最终导致肛门变形,丧失功能。有研究发现,对于高位复杂性肛瘻,采用切开挂线法和旷置术,可取得较好的疗效^[11]。

此外,手术后的护理对于伤口的恢复非常重要,首先要保证大便通畅,患者多进食流食或者容易软化粪便的食物,必要时给予润滑剂。同时要密切观察创面的愈合情况,伤口的愈合必须从基底部生长,过早的粘连容易导致假愈合,反而会延长住院时间。对于创面较深的患者,要防止水肿肉芽的形成,如发现要及时采用干纱布或者刮擦法处理。此外,患者需要结合一些中药的热浴,加快伤口愈合。

本文研究了传统切开挂线疗法与瘻管旷置术治疗高位复杂性肛瘻的临床效果,研究结果表明,治疗组患者伤口愈合时间明显长于对照组,但治疗组的复发率明显低于对照组,治疗组总有效率明显高于对照组,且治疗组患者手术后第7天和手术后第10天分泌物量明显少于对照组。综上所述,传统切开挂线疗法联合瘻管旷置术治疗高位复杂性肛瘻的临床效果显著,复发率低,值得临床推广使用。

参考文献

[1] 叶文峰,郝晋齐,朱沛劲,等. 切开缝合挂线术治疗高位肛瘻的临床效果观察[J]. 中国医药导刊, (下转第1813页)

VAP^[14]。积极预防应激性溃疡及深静脉血栓形成,可缩短 ICU 治疗时间,避免并发症的发生和缓解 VAP 症状。本研究中,集束化护理组患者机械通气时间、ICU 治疗时间明显短于对照组,穿刺点感染发生率、堵管发生率、非计划拔管发生率、CRBSI 发生率、VAP 发生率、28 d 病死率均明显低于对照组 ($P < 0.05$),提示集束化护理干预有利于缩短机械通气时间,避免机械通气并发症的发生。集束化护理组基础护理合格率与患者满意度均明显高于对照组 ($P < 0.05$),说明集束化护理有助于提高护理人员对优质护理的理解,规范护理操作流程和护理行为,同时也有助于患者了解机械通气治疗相关知识,增强 CRRT 治疗和护理依从性,在提高护理质量的同时,避免了 VAP 的发生,进而改善了患者的预后。

综上所述,机械通气患者行 CRRT 治疗能促进代谢废物排出,缓解病情严重程度;集束化护理能有效预防 VAP 等相关并发症的发生,提高护理质量和患者满意度,改善患者预后。集束化护理干预依赖于循证医学研究,需要对以往有效的方法进行归纳整合,通过更为深入的研究可进一步提高集束化护理干预的应用效果。

参考文献

[1] 孙建萍,王腾科,张京岚. 连续性肾脏替代治疗在急性下肢缺血致肌病肾病代谢综合征中的应用[J]. 中华医学杂志, 2014, 94(34): 2665-2668.

[2] Kruger S, Frechen D, Ewig S. Prognosis of ventilator associated pneumonia: what lies beneath[J]. Eur Respir, 2011, 37(3): 486-488.

[3] 钱民,杨明刚,张新黎,等. 改良集束化策略预防呼吸机相关性肺炎的临床研究[J]. 中华医院感染杂志, 2012, 22(7): 1355-1357.

[4] 贾会学,贾建侠,赵艳春,等. 医务人员手卫生依从率及手卫生方法调查分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(21): 3341-3343.

[5] 宋凌霞,张咏梅,卢美玲,等. 集束化干预预防呼吸机相关

性肺炎的 Meta 分析[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(29): 30-33.

[6] 中华医学会呼吸病学分会. 医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999, 22(4): 201-203.

[7] 黄淑萍,吴惠娟,曾顺芳,等. 集束化护理对呼吸机相关性肺炎的影响[J]. 中国实用医药, 2012, 7(20): 197-198.

[8] 葛敏,陈涛,张杰. 心脏手术后重症右心衰竭早期应用连续性肾脏替代治疗的临床分析[J/CD]. 中华临床医师杂志(电子版), 2012, 6(7): 198-199.

[9] Alvarez Lerma F, Sanchez Garcia M, Lorente L, et al. Guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia and their implementation. The Spanish "Zero-VAP" bundle[J]. Med Intensiva, 2014, 38(4): 226-236.

[10] 陈莲芳,史倩,段缓. 集束化护理干预策略对重型颅脑损伤患者呼吸机相关性肺炎的影响[J]. 中华全科医学, 2014, 12(3): 475-477.

[11] Carter EL, Dugiud A, Ercole A, et al. Strategies to prevent ventilation-associated pneumonia: the effect of cuff pressure monitoring techniques and tracheal tube type on aspiration of subglottic secretions: an in-vitro study[J]. Eur J Anaesthesiol, 2014, 31(3): 166-171.

[12] 罗玉生,王力军. 持续声门下吸引对呼吸机相关性肺炎的影响[J]. 中国医师进修杂志, 2012, 35(12): 7-9.

[13] Lacherade JC, De Jonghe B, Guezenne P, et al. Intermittent Subglottic Secretion Drainage and Ventilator-associated Pneumonia: A Multicenter Trial[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2010, 182(7): 910-917.

[14] 刘东岩,孙铁英. 集束化护理措施在呼吸机相关性肺炎患者中应用效果[J]. 护理研究, 2013, 10(3): 147-149.

(收稿日期:2016-01-30 修回日期:2016-04-05)

(上接第 1810 页)

2012, 14(1): 11-13.

[2] 舒洪权,颜景颖,黄梅,等. 中药内服外用配合低位切开缝合高位挂线治疗复杂性高位肛瘘[J]. 国际中医中药杂志, 2011, 33(2): 171-173.

[3] 黄乃健. 中国肛肠病学[M]. 济南:山东科学技术出版社, 1996: 729.

[4] 钱海华,曾莉. 低位切开结合引流挂线治疗高位肛瘘 55 例[J]. 南京中医药大学学报, 2011, 27(5): 428-430.

[5] 刘佃温,潘慧. 切开挂线术联合中药坐浴治疗高位肛瘘临床研究[J]. 中医学报, 2012, 27(3): 296-297.

[6] 伍洲颂,汤国辉,邓秋林,等. 康复新液对复杂性肛瘘术后患者换药的临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2012, 10(1): 7-8.

[7] 李淑霞,伊伯约. 切开挂线术治疗高位复杂性肛瘘 56 例

[J]. 实用中医学杂志, 2008, 24(11): 732-733.

[8] 章蓓,李伯年. 复杂高位性肛瘘 30 例的诊断和术式探讨[J]. 实用全科医学, 2010, 3(3): 207-208.

[9] DHoore A, Penninckx F. The pathology of complex fistula in ano[J]. Acta Chir Belg, 2000, 100(3): 111-114.

[10] 甘泉,陈超,熊靓,等. 切挂选择缝合术治疗高位复杂性肛瘘临床对照研究[J]. 中外医疗, 2013, 32(11): 67-68.

[11] van Koperen PJ, Bemelman WA, Gerhards MF, et al. The anal fistula plug treatment compared with the mucosal advancement flap for cryptoglandular high transsphincteric perianal fistula: a double-blinded multicenter randomized trial[J]. Dis Colon Rectum, 2011, 54(4): 387-393.

(收稿日期:2016-02-04 修回日期:2016-04-08)