

- [12] 陆彩芳. 整体护理干预对血液透析病人消极心理及生活质量影响的研究[J]. 全科护理, 2014, 12(27): 2519-2521.
- [13] 覃兰宁, 岑在面, 韦彩娥. 维持性血液透析患者的心理特征及护理[J]. 河北联合大学学报(医学版), 2014, 16(2): 204-205.
- [14] 郑红霞, 孙晓燕. 焦点解决护理干预对血液透析患者焦虑抑郁情绪及生活质量的影响[J]. 国际医药卫生导报, 2016, 22(14): 2184-2187.
- [15] 邓彩春. 中医辨证护理对血液透析患者心理状态及生活质量的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(6): 20-22, 26.
- [16] 曾泽英. 维持性血液透析病人心理护理干预的效果观察 • 临床探讨 • [J]. 中外医疗, 2015, 34(3): 144-146.
- [17] 丁鹏. 综合护理干预在血液透析患者中的应用效果观察[J]. 河南医学研究, 2015, 24(12): 138-139.
- [18] 范文霞, 肖琼, 周克. 护理干预对血液透析患者心理及生活质量影响的临床观察[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(14): 36-38.
- [19] 刘灿灿. 心理护理干预对血液透析患者消极心理及生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(21): 48-49.
- [20] 丁燕琴. 护理干预对血液透析患者生存质量影响的研究[J]. 中医药管理杂志, 2015, 23(3): 109-110.
- (收稿日期: 2017-03-23 修回日期: 2017-06-07)

分流造口术对直肠阴道瘘患者预后的影响

王 辉¹, 张 帆², 韩 宝¹, 李恒爽^{3△}, 张燕生⁴

(1. 北京市马应龙长青肛肠医院肛肠科 100195; 2. 辽宁省盘锦友谊医院外科 124000;

3. 首都医科大学附属北京朝阳医院肛肠科, 北京 100043; 4. 北京中医药大学东方医院肛肠科, 北京 100078)

摘 要:目的 探讨分流造口术对直肠阴道瘘患者预后的影响。方法 收集 2010 年 1 月至 2016 年 10 月至北京市马应龙长青肛肠医院就诊的 96 例直肠阴道瘘患者, 分为分流造口组 56 例, 非造口组 40 例。结果 全部研究对象的瘘管复发率为 38.0%, 分流造口组与非造口组比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 分流造口对并发症的发生率、伤口感染及手术翻修次数无明显影响($P>0.05$)。分流造口组患者的美国麻醉师协会评分显著增加($P<0.05$), 恶性肿瘤的发生率高于非造口组($P<0.05$), 瘘管的尺寸较大($P<0.05$), 同时患者的住院时间显著延长($P<0.05$)。结论 对于直肠阴道瘘患者采用分流造口术不会对疾病的复发有明显影响, 并且该手术主要用于病情较为复杂及瘘管较大的患者。

关键词:分流造口术; 直肠阴道瘘; 预后

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.17.057 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)17-2638-03

直肠阴道瘘定义为直肠与阴道之间异常形成的通道瘘管, 致使直肠内的气体或者粪便通过阴道, 严重影响患者的生活质量并可导致反复的阴道及下尿路的感染。流行病学调查显示, 肛门直肠瘘中 5% 的患者为直肠阴道瘘, 其最常见的病因为产后创伤, 其次为炎症性肠病, 如克罗恩病、黏膜溃疡性结肠炎及感染性疾病等^[1-3]。此外, 手术创伤及先天性畸形等也可导致瘘管形成, 诊断需依据患者的病史和体格检查, 同时还需要结合超声及盆腔磁共振进一步评估。由于直肠阴道瘘的自发性愈合较为罕见, 因此临床实践中需要结合手术及非手术进行治疗^[4-5]。根据瘘管的大小及位置, 治疗分为局部的修复(包括纤维蛋白滴注至转移的肌肉)和相对复杂的皮瓣治疗等, 目前仍缺乏随机对照试验对某种治疗的有效性予以验证。对于分流造口术, 理论上有助于控制症状及支持瘘管的愈合, 但分流造口同时意味着患者需要承受额外的痛苦, 因此需要结合临床实际由外科医生进行决策^[6-7]。基于以上原因, 本研究旨在探讨直肠阴道瘘患者使用分流造口术对疾病复发及并发症的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2010 年 1 月至 2016 年 10 月北京市马应龙长青肛肠医院治疗并确诊的直肠阴道瘘患者, 共 96 例, 按照是否接受分流手术治疗分为两组, 分流造口组 56 例, 非造口组 40 例(未接受分流造口治疗, 仅采用局部瘘管的相关处理)。两组的其他临床诊疗过程保持一致。

1.2 方法 病例资料收集包括患者年龄、体质量指数(BMI)、合并疾病(如糖尿病、心脏病、恶性肿瘤等)、吸烟史及美国麻醉师协会(ASA)评分等。对瘘管的特征性分析包括病因、既往手术修复史、症状持续时间、瘘管的尺寸及括约肌的功能等, 同时记录直肠内超声或者盆腔磁共振的检查结果。手术记录内容包括手术修复的种类、持续时间及引流管的放置等。为了对不同的手术策略进行区分, 有的病例通过局部使用纤维蛋白胶滴注促进瘘管的黏合, 有的则采用局部的缝合或瓣修复甚至肠切除进行治疗。记录的内容还包括术后的并发症、伤口的感染、手术翻修、复发及住院时间等。随访的时间段为手术当日至 2017 年 1 月。瘘管复发定义为患者的症状与初始的主诉相符, 并经过体格及影像学检查结果的确认。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组组间比较采用 t 检验, 计数资料以率表示, 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 两组患者一般资料比较 患者平均年龄(59 ± 14)岁, 平均 BMI 为(28 ± 5) kg/m^2 , ASA 评分为(2.7 ± 0.8)分。分流造口术组的 ASA 评分及发生恶性肿瘤的风险显著高于对照组($P<0.05$)。瘘管形成的最常见病因包括恶性肿瘤形成(33 例, 34.4%)、既往瘘管病史(29 例, 30.6%)、憩室炎(14 例, 14.6%)及产道损伤(8 例, 8.3%)。见表 1。

△ 通信作者, E-mail: lhs518@163.com。

2.2 患者手术相关主要指标比较 全部患者中 21 例(21.9%)患者采取了局部纤维蛋白胶滴注,45 例(46.9%)患者接受了皮瓣缝合手术,28 例(29.1%)患者采取了肠切除手术。手术治疗策略的不同未对瘘管的复发、伤口感染及手术翻修造成影响($P>0.05$)。分流造口患者的瘘管的尺寸明显

大于非造口组[(1.71±0.10)mm *vs.* (1.42±0.33)mm, $P<0.05$]].分流造口患者的住院时间明显多于非造口组患者($P<0.05$)。全部患者的瘘管复发概率为 38.0%(37 例),分流造口组与非造口组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 1 患者一般资料比较

类别	<i>n</i>	年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	BMI($\bar{x}\pm s$,kg/m ²)	ASA($\bar{x}\pm s$,分)	心脏病史(%)	糖尿病史(%)
全部患者	96	59±14	28±5	2.7±0.8	25.3	7.8
分流造口患者	56	66±16	24±6	3.1±0.8	24.6	4.5
非造口患者	40	57±14	27±6	2.0±0.6	21.8	12.3
<i>P</i>		0.23	0.825	0.013	0.726	0.342

类别	<i>n</i>	吸烟史(%)	既往瘘管病史(%)	恶性肿瘤形成(%)	憩室炎(%)	产道损伤(%)
全部患者	96	24.6	30.6	34.4	14.6	8.3
分流造口患者	56	18.3	18.8	54.6	8.2	3.2
非造口患者	40	32.5	37.4	17.6	18.8	9.1
<i>P</i>		0.306	0.125	0.001	0.228	0.145

表 2 患者手术相关主要指标比较

类别	<i>n</i>	瘘管持续时间($\bar{x}\pm s$,月)	瘘管的最大径($\bar{x}\pm s$,mm)	直肠镜检查(%)	MRI 检查(%)	肠管切除手术(%)	局部纤维蛋白胶滴注(%)
全部患者	96	27±9	1.61±0.27	27.6	12.5	29.1	21.9
分流造口组患者	56	25±4	1.71±0.10	24.4	11.2	28.3	20.6
非造口组患者	40	33±8	1.42±0.33	30.8	9.2	26.6	22.5
<i>P</i>		0.722	0.015	0.832	0.688	0.111	0.328

类别	<i>n</i>	皮瓣缝合手术(%)	手术时间($\bar{x}\pm s$,min)	引流管使用(%)	住院时间($\bar{x}\pm s$,d)	手术翻修(%)	伤口感染(%)	瘘管复发(%)
全部患者	96	46.9	116±22	40.5	25±8	16.6	25.2	38.0
分流造口组患者	56	47.2	128±37	46.2	38±4	25.4	22.3	43.3
非造口组患者	40	45.9	98±27	35.4	15±3	11.6	24.1	36.2
<i>P</i>		0.382	0.124	0.588	0.018	0.163	0.933	0.608

3 讨 论

虽然直肠阴道瘘仅占肛门直肠瘘的 5%,但可严重影响患者的生活质量。由于直肠与阴道之间所形成的异常通道引发的临床症状对患者的社会功能产生严重干扰,这对于患者的个人、社会、情感生活等都是难以接受的^[8-10]。直肠阴道瘘的治疗即使对于临床经验丰富的医生也是非常棘手的,由于直肠腔为正压而阴道腔为负压,两者间形成的窦道自发愈合十分罕见,这也是造成手术失败的主要原因,同时腔隙之间的隔层较薄,潜在的风险可能增加病情的复杂性^[11-12]。

目前文献中已报道多种技术用于修复瘘管及相应的解剖结构上的缺陷,但尚无一种治疗方法能够广泛有效地应用于临床。手术方式包括纤维蛋白胶滴注、局部的肌肉转移甚至剖腹探查等,还包括推进皮瓣应用等相对复杂的手术方式,在此情况下手术的入路包括经阴道、经直肠及括约肌。在广泛的治疗策略中,手术的成功还取决于诸多额外的因素,包括周围组织的健康程度、炎症或者感染病灶及疤痕组织的存在、患者的依从性等^[13-15]。分流造口手术方式的临床有效性目前仍存在争

议,主要取决于临床医师的个人经验,并且目前已经报道的文献多为病例报道,缺乏大样本的随机对照研究。理论上分流造口术能够有效控制患者由于粪便分流所造成的临床症状及支持瘘管的愈合,从而有助于手术成功,但是采用这种手术方式同时也使患者需要承受额外的痛苦及可能发生的手术并发症,因此是否采取这种手术方式需要临床医师仔细进行评估并且需要可靠研究数据的支持。

本研究数据显示,采用分流造口的患者 ASA 评分显著增高,并且恶性肿瘤的发生率及瘘管的尺寸均显著高于未采取分流造口手术的患者。因此,这种手术方式适用于直肠阴道瘘相对复杂严重的患者,同时患者的住院时间显著长于非造口的患者,但术后瘘管复发、伤口感染及手术翻修的发生率在两组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。因此,本研究结果初步说明了对于直肠阴道瘘患者采用分流造口手术对患者术后的预后相关参数无明显影响。但本研究为回顾性研究,存在一定的局限性,分流造口手术并非直肠阴道瘘患者必需的手术,且需要大样本量的前瞻性研究进一步加以证实。本研究中整体

的瘘管复发概率为 38.0%，与其他研究的结果基本一致。鉴于直肠阴道瘘的病理进展机制所致的自发性愈合率极低的事实，保守性治疗不作为有效的治疗策略，手术治疗更具有疗效。另一方面，两组的瘘管复发率差异无统计学意义($P>0.05$)，但是本研究对于治疗失败的预测标准仍未达成共识。样本量较小是本研究的另一方面不足，同时无法对两组患者进行随机化处理并对异质性进行评估，因此可能对最终的结果产生了一定的影响。

综上所述，本研究初步证实了分流造口手术不影响直肠阴道瘘患者最终的临床预后，尤其是不会影响到瘘管的复发及伤口的感染等。另一方面这种手术方式主要应用于病情较为严重、复杂及瘘管尺寸较大的患者，主要取决于临床医师的手术经验。

参考文献

[1] Zhu YF, Tao GQ, Zhou N, et al. Current treatment of rectovaginal fistula in Crohn's disease[J]. World J Gastroenterol, 2011, 17(8):963-967.

[2] 张逊, 张建都, 王泰岳, 等. 直肠癌术后直肠阴道瘘 10 例治疗体会[J]. 实用医院临床杂志, 2012, 9(4):168-169.

[3] 李阿建, 薛利军, 张亚杰, 等. 直肠阴道瘘的临床治疗策略[J]. 外科理论与实践, 2014, 19(6):514-516.

[4] D'ambrosio G, Paganini AM, Guerrieri M, et al. Minimally invasive treatment of rectovaginal fistula[J]. Surg Endosc, 2012, 26(2):546-550.

[5] 刘佰纯, 宋莹, 白东梅. 结肠镜下钛夹治疗直肠阴道瘘 4 例临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2015, 16(2):158-159.

[6] Kothari TH, Haber G, Sonpal N, et al. The over-the-scope clip system: a novel technique for gastrocutaneous fistula

closure; the first North American experience[J]. Can J Gastroenterol, 2012, 26(4):193-195.

[7] 黄华丽, 孟祥鸿, 黄晓东. PPH 及其改良术治疗混合痔合并排便障碍型便秘疗效观察[J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(3):495-496.

[8] De La Poza G, López-Sanroman A, Taxonera C, et al. Genital fistulas in female Crohn's disease patients: clinical characteristics and response to therapy[J]. J Crohns Colitis, 2012, 6(3):276-280.

[9] Klink CD, Lioupi K, Binnebösel M, et al. Diversion stoma after colorectal surgery: loop colostomy or ileostomy[J]. Int J Colorectal Dis, 2011, 26(4):431-436.

[10] Van Onkelen RS, Gosselink MP, Thijsse S, et al. Predictors of outcome after transanal advancement flap repair for high transsphincteric fistulas[J]. Dis Colon Rectum, 2014, 57(8):1007-1011.

[11] 王慧娟, 冯晓兰, 杨军, 等. 不同术式治疗中低位直肠阴道瘘的疗效对比分析[J]. 海南医学院学报, 2016, 22(5):450-451.

[12] 汝琨, 赵晓霞. 阴道直肠瘘围手术期的护理体会[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(11):1696-1697.

[13] 薛利军, 严斌, 沈卫星, 等. 直肠阴道瘘的手术治疗 42 例体会[J]. 腹部外科, 2013, 26(4):271-274.

[14] Jarrar A, Church J. Advancement flap repair: a good option for complex anorectal fistulas[J]. Dis Colon Rectum, 2011, 54(12):1537-1541.

[15] 竺平, 谷云飞. 经直肠推移瓣技术在肛瘘治疗中的应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2013, 16(7):696-697.

(收稿日期:2017-03-13 修回日期:2017-04-19)

• 临床探讨 •

缝线植入 Schlemm 管开口部成形联合小梁切除术
治疗 POAG 的远期效果

项玉荣

(山东省临沂市沂水县人民医院眼科 276400)

摘要:目的 探讨缝线植入 Schlemm 管开口部成形联合小梁切除术治疗原发性开角型青光眼(POAG)患者的远期效果。
方法 选取 2011 年 8 月至 2013 年 8 月在该院接受治疗的 POAG 患者 80 例,按照随机数字表法分为试验组和对照组,每组各 40 例。对照组患者行复合式小梁切除术;试验组患者行缝线植入 Schlemm 管开口部成形联合小梁切除术。比较两组患者的手术成功率、术后末次随访眼压变化情况、术后滤过泡分布情况、术中及术后并发症发生情况。**结果** 试验组末次随访时完全成功率为 67.5%(27/40),条件成功率为 88.5%(23/26);对照组末次随访时手术完全成功率为 61.5%(16/26),条件成功率为 84.6%(22/26);组间比较,差异无统计学意义($\chi^2=1.024, P=0.846$)。术后两组患者的眼压差均有所下降,但两组眼压差比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。试验组功能性滤过泡比例高于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。两组患者术中、术后并发症比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 缝线植入 Schlemm 管开口部成形联合小梁切除术治疗 POAG 患者的远期效果显著,安全性较高,值得临床推广。

关键词:缝线植入 Schlemm 管开口部成形; 小梁切除术; 开角型青光眼
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.17.058 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)17-2640-03

青光眼是指眼内压间断或持续升高的一种眼病,原发性开角型青光眼(POAG)是最常见的青光眼类型,占有青光眼的 60%~70%。POAG 的主要临床表现为眼压升高,视神经受压,视乳头供血不足,可损伤患者的中心视力^[1]。目前治疗

POAG 的主要方式为药物治疗和手术治疗。日本学者风间成泰 2001 年报道了缝线植入 Schlemm 管开口部成形联合小梁切除术^[2],这种手术是利用 Schlemm 管植入尼龙线联合穿透性小梁切除术治疗 POAG,是对 Schlemm 管手术方法的进一