

# 对口引流术在高位复杂性肛瘘治疗中的疗效及安全性分析

郑志杰, 黄卫平, 郭毅, 肖秋平, 赵斌

厦门市中医院肛肠科, 福建 厦门 361000

**摘要:** **目的** 探讨对口引流术与传统切开挂线引流术在高位复杂性肛瘘治疗中的疗效及其安全性的差异。**方法** 选取 2012 年 2 月至 2014 年 9 月收治的高位复杂性肛瘘患者 82 例, 随机分为观察组和对照组, 每组各 41 例。观察组采用对口引流挂线术, 即根据瘘管的长短制定引流方案; 对照组采用传统的切开挂线引流术。对比分析两组术后疗效及并发症发生率。**结果** 术后 3 周, 观察组临床总有效率显著优于对照组 (95.1% vs 75.6%,  $P < 0.05$ )。观察组术后疼痛、创面分泌量、术后创面愈合时间、住院时间均显著优于对照组 ( $P$  均  $< 0.01$ )。随访 6 个月, 对照组 1 例复发, 1 例肛门轻度畸形, 观察组无复发或肛门畸形。**结论** 对口引流术治疗高位复杂性肛瘘, 患者术后疼痛轻, 创面分泌量少, 创面愈合时间、住院时间短, 安全且疗效满意。

**关键词:** 对口引流术; 切开挂线术; 高位复杂性肛瘘

**中图分类号:** R 657.1+6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)10-1341-03

肛瘘是肛管直肠与肛门周围皮肤之间的异常通道, 由肛管直肠周围间隙发生急慢性化脓性感染所致。肛瘘, 尤其是高位复杂性肛瘘往往长期迁延不愈, 反复发作, 严重影响患者的生活质量。肛瘘首选手术治疗<sup>[1]</sup>, 传统方法认为应切开全部管道, 充分清除坏死组织, 使创面呈 V 字形以充分引流。此术式由于创面大, 患者往往会承受巨大的身体和心理痛苦。本研究采用对口引流术治疗高位复杂性肛瘘, 取得了满意的效果。现将结果报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 2 月至 2014 年 12 月我院收治的高位复杂性肛瘘患者 82 例, 以随机数字表法分为观察组和对照组, 每组各 41 例。所有患者均符合《肛瘘临床诊断指南》<sup>[2]</sup>中关于高位复杂性肛瘘的诊断标准, 即主管通过外括约肌深层以上, 瘘管与内口相连或有支管空腔, 同时有两个以上外口。入选标准: 年龄 19~55 岁, 自愿参与本研究; 既往无肛门外伤史或手术史; 无血液病、恶性肿瘤、糖尿病、肠道疾病等合并疾病。观察组男 25 例, 女 16 例; 年龄 19~50 (39.5 ± 6.5) 岁; 病程 0.3~4 (1.62 ± 0.82) 年; 瘘管 2~5 (3.02 ± 0.88) 个。治疗组男 27 例, 女 14 例; 年龄 20~55 (38.6 ± 6.1) 岁; 病程 0.3~5 (1.75 ± 0.86) 年; 瘘管 2~5 (3.15 ± 0.74) 个。两组

在性别、年龄、病程、瘘管数目方面差异无统计学意义 ( $P$  均  $> 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 手术方法** 所有患者均行常规术前检查, 排除手术禁忌证, 术前禁食、禁水, 常规备皮、灌肠。所有患者均采用腰麻, 取截石位进行手术, 常规 0.5% 碘伏棉球消毒肛周术野皮肤。

**1.2.1 对口引流挂线术式** 观察组采用对口引流挂线术式, 采用球头探针探查肛瘘内外口, 找到齿线上高位内口、齿线部内口以及齿线下内口。用手术剪沿着探针依次剪开外口、瘘管、齿线部内口以及齿线下内口, 彻底清除腐败组织直至显露正常组织, 结扎内口残端部分, 防止出血。采用传统橡皮筋挂线, 挂线位置为肛直环肌肉以及周围黏膜组织, 高度与瘘管顶端对齐。切除外口周围结缔组织以扩大切口, 促进引流。对于无外口或瘘管顶端分支、弯曲部, 则选取合适位置造一个切口, 将橡皮筋置入相邻的两个切口间的管道内。结扎两端时, 尽量保持橡皮筋松散, 可自由滑动, 促进对口引流顺畅。术后 6 h 内禁食、禁水, 静脉注射抗生素抗感染、止血药减少渗血。

**1.2.2 切开挂线引流术式** 对照组采用切开挂线引流术式, 采用球头探针探查内、外口, 切除周围组织、腐败坏死组织以及瘢痕组织, 结扎内口残端部分, 防止出血。做放射状切口切开浅部的低位通道, 使得引流通畅。肛门外括约肌深部、耻骨直肠肌的高位管道采用探针挂入橡皮筋, 将橡皮筋拉紧结扎, 防止锐性切割而出现肛门失禁。对于余下的支管一并切除, 修建成 V 字形切口。术后处理同观察组。

1.3 观察指标 统计两组患者术后 3 d 疼痛情况以及术后 7 d 创口分泌情况,记录两组创面愈合时间及住院时间。术后疼痛分为 0、1、2、3 级。0 级:患者主观没有痛觉,稍感下坠、憋胀不适;1 级:患者感觉到可耐受的轻度疼痛,无需相应止痛药物,不影响睡眠;2 级:患者感觉到疼痛或肛门下坠、憋胀感,需口服相应止痛药,且睡眠受到疼痛的影响;3 级:患者感觉到不能忍受的强烈刺激,口服止痛药物效果不佳需肌内注射相关止痛药物,严重影响睡眠质量。创面分泌量分为少量、中等、大量、超大量 4 个等级,以 24 h 局部渗出浸湿敷料数量判断:2 块及 2 块以下为少量,3 块敷料为中量,4 块及以上为大量,渗出过多需用棉垫为超大量。

1.4 临床疗效评价<sup>[3]</sup> 手术 3 周后根据患者临床症状、创面情况判断临床疗效。显效:患者临床症状基本消失,创面愈合;有效:患者临床症状明显改善,创面基本愈合;无效:患者临床症状及创面无明显改善或加重。总有效率 = (显效 + 有效)/总例数 × 100%。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件对数据进行统计分析。组间计量资料比较采用 *t* 检验;组间等级资料比较采用秩和检验;组间计数资料比较采用  $\chi^2$  检验。设定检验标准为  $\alpha = 0.05$ 。

## 2 结果

2.1 两组临床疗效比较 术后 3 周,观察组临床总有效率 95.1%,对照组总有效率 75.6%,观察组总有效率显著优于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

2.2 两组术后疼痛情况比较 观察组术后 3 d 疼痛分级 0 级 4 例,1 级 12 例,2 级 22 例,3 级 3 例;对照组 0 级 0 例,1 级 7 例,2 级 23 例,3 级 11 例。观察组术后疼痛分级显著低于对照组( $P < 0.01$ )。见表 2。

2.3 两组创口分泌情况比较 观察组术后 7 d 创口分泌情况少量 3 例,中等 20 例,大量 15 例,超大量 3 例;对照组少量 0 例,中等 6 例,大量 20 例,超大量 15 例。观察组术后创口分泌量显著少于对照组( $P < 0.01$ )。见表 3。

2.4 两组创面愈合时间、住院时间比较 观察组术后创面愈合时间、住院时间均显著优于对照组( $P$  均  $< 0.01$ )。见表 4。

2.5 随访结果 所有患者均随访 6 个月,对照组 1 例复发,1 例肛门轻度畸形,观察组无复发或肛门畸形。

表 1 两组术后 3 周临床疗效比较 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	41	24	15	2	95.1
对照组	41	14	17	10	75.6
$\chi^2$ 值					6.248
<i>P</i> 值					$< 0.05$

表 2 两组术后 3 d 疼痛情况比较 (例)

组别	例数	术后 3 d 疼痛分级			
		0 级	1 级	2 级	3 级
观察组	41	4	12	22	3
对照组	41	0	7	23	11
<i>Z</i> 值					9.909
<i>P</i> 值					$< 0.01$

表 3 两组术后 7 d 创口分泌情况 (例)

组别	例数	术后 7 d 创面分泌情况			
		少量	中等	大量	超大量
观察组	41	3	20	15	3
对照组	41	0	6	20	15
<i>Z</i> 值					19.253
<i>P</i> 值					$< 0.01$

表 4 两组创面愈合时间、住院时间比较 ( $d, \bar{x} \pm s$ )

组别	例数	创面愈合时间	住院时间
观察组	41	18.3 ± 3.1	13.2 ± 2.7
对照组	41	21.8 ± 3.5	16.2 ± 3.0
<i>t</i> 值		4.793	8.145
<i>P</i> 值		$< 0.01$	$< 0.01$

## 3 讨论

肛瘘是肛肠科的重、难点疾病,若治疗不彻底常反复发作,引发肛周脓肿等严重并发症。肛瘘治疗的首选方式为手术治疗,目前临床上主要有瘘管切开术、挂线疗法、肛瘘切除术等<sup>[4-6]</sup>,其中挂线疗法由于其操作简单、出血量少、术后换药方便等优点越来越受到临床医师的重视。高位复杂性肛瘘由于坏死腔深入,支管多且弯曲,单纯的切开挂线术治疗不但效果不佳,而且易引发肛门疼痛、肛门畸形等并发症<sup>[7]</sup>。本研究结果显示,术后 3 周采用对口挂线引流术的观察组临床总有效率显著优于对照组,在高位复杂性肛瘘的治疗中较传统挂线治疗更有优势。观察组疼痛更轻,这可能与术中对对照组切除组织更多,切口位置距离齿状线较近所致<sup>[8]</sup>。观察组创面分泌量均显著少于对照组,一般来说,创面分泌物越多,切口附近肉芽组织就长得越慢,反之,若没有分泌物阻挡新鲜的肉芽组织生长,那切口肉芽组织将迅速填充,创面愈合也越快<sup>[9]</sup>。本研究中,观察组术后创面愈合时间、住院时间也显著短于对照组,与上述原因就有一定的相关性。术后随访 6 个月对照组 1 例复发,1 例肛门轻度畸形,而观察组均无异常情况。提示切口挂线引流术在充分引流下,局部组织快速生长,对于肛管括约肌损伤及刺激较小,从而预防了肛

功能障碍的发生<sup>[10]</sup>。而对照组治疗过程中创面较大,对组织损伤较重,产生了对于肛管括约肌的损伤。

对比分析切口挂线引流术和切开挂线引流术的术式特点,我们认为前者主要有以下优点:(1)创伤小,患者疼痛轻。术中对主管道仅部分切开,余下外口和支管则选择合适位置行开窗术,达到通畅引流的目的即可,尽量减少手术创伤,相应的患者术后疼痛就大大减轻<sup>[11]</sup>。(2)愈合快。在充分引流的前提下,创面无异物阻挡压力,新鲜肉芽组织迅速填充。(3)术后并发症少。本术式创伤较小,术后恢复快,对于肛门括约肌的影响小,术后肛门括约肌功能的完整性得到了保护,术后无肛门畸形、肛门失禁等术后并发症出现。我们认为在手术中需注意以下几点:(1)注意选取合适的肛周引流切口位置,确保患者体位变化后也能顺畅引流。(2)探寻内口时要耐心细致,确保找到每个已形成或正在形成的内口,避免术后假道形成、肛瘘复发,患者需进行二次手术<sup>[12]</sup>。(3)术后换药时要注意冲洗彻底,保证切口充分引流,若创面愈合良好,则可选择性地撤掉橡皮条。

综上所述,对口引流术治疗高位复杂性肛瘘患者,术后疼痛轻,创面分泌量少,创面愈合时间、住院时间短,安全且疗效满意。

## 参考文献

[1] 曾宪东,张勇. 肛瘘的外科治疗[J]. 中华胃肠外科杂志, 2014, 17(12):1164-1166.

- [2] 侯孝涛,陈玉根,孙桂东,等. 括约肌间瘘管结扎术治疗高位经括约肌肛瘘疗效分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2014, 17(12): 1238-1239.
- [3] 唐迎春,董晓妮,何佳,等. 高位挂浮线加多孔引流治疗高位复杂性肛瘘[J]. 华中科技大学学报(医学版), 2012, 41(3):382-383.
- [4] Tan KK, Kaur G, Byrne CM, et al. Long-term outcome of the anal fistula plug for anal fistula of cryptoglandular origin [J]. *Colorectal Dis*, 2013, 15(12):1510-1514.
- [5] 宗振,陈双. 高位复杂性肛瘘的治疗进展[J]. 岭南现代临床外科, 2012, 12(2):155-158.
- [6] 林军,叶细杰,林晓燕,等. 切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘的临床观察[J]. 结直肠肛门外科, 2014, 20(4):237-239.
- [7] 徐征. 同期多切口切开挂线引流术治疗高位复杂性肛瘘 58 例临床观察[J]. 四川医学, 2012, 33(9):1606-1607.
- [8] 吴文江,罗湛滨,范小华,等. 高位复杂性肛瘘诊治难点及解剖特点分析[J]. 广东医学, 2013, 34(13):2048.
- [9] 吴青萍,耿信. 高位复杂性肛瘘创面愈合时间影响因素的研究进展[J]. 医学综述, 2014, 20(20):3749-3751.
- [10] 李振. 高位复杂性肛瘘的主管道挂线及支管引流术与瘘管切除缝合术的比较[J]. 河北医学, 2013, 19(10):1489-1492.
- [11] Han JG, Yi BQ, Wang ZJ, et al. Ligation of the intersphincteric fistula tract plus a bioprosthetic anal fistula plug (LIFT-Plug): a new technique for fistula-in-ano [J]. *Colorectal Dis*, 2013, 15(5):582-586.
- [12] 郑雪平,王业皇,樊志敏,等. 定向挂线法治疗 36 例高位复杂性肛瘘的疗效分析[J]. 重庆医学, 2014, 43(33):4534-4535.

收稿日期:2015-05-21 编辑:王国品

(上接第 1337 页)

总之,本次研究可以发现,血清生长抑素及胃黏膜生长抑素水平在胃黏膜癌变中出现表达下降的情况,可能是 Hp 感染导致胃黏膜癌变的机制之一。但本次研究的结果及相关结论均受到本研究观察时间以及入组样本容量等因素的影响,还存在一些缺点和不足,还需要在今后的研究中予以进一步探讨。

## 参考文献

- [1] 谢小志,张忠德,奚政君,等. 慢性胃炎患儿胃窦组织促胃液素和生长抑素及增殖细胞核抗原与凋亡基因配体水平表达[J]. 实用儿科临床杂志, 2007, 22(7):496-497.
- [2] R. J. Kau, C. Wagner-Manslau, D. M. Saumweber. Somatostatin Receptor Scintigraphy and Therapy of Neuroendocrinal Head and Neck Tumours. First Experiments in Diagnostics and Therapy With the Somatostatin Analogue Octreotide[J]. *Laryngo-Rhino-Otol*, 1994, Vol. 73(01), pp. 21-26
- [3] Bin Wang, Chaobin Qin, Cong Zhang. Differential involvement of signaling pathways in the regulation of growth hormone release by somatostatin and growth hormone-releasing hormone in orange-spotted

grouper (*Epinephelus coioides*) [J]. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 2014, Vol. 382(2) Elsevier.

- [4] 杨占双,鲍秀琦,李书文,等. 老年消化性溃疡患者幽门螺杆菌、生长激素释放肽和生长抑素相关性分析[J]. 中国老年学杂志, 2009, 29(14):1742-1744.
- [5] 黄蔚,蔡美珠,陈国斌,等. 幽门螺杆菌感染在胃黏膜癌变过程中与生长抑素的关系[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2007, 15(4):248-250.
- [6] 黄莹太,刘玉仁. 幽门螺杆菌感染对高龄人群胃黏膜癌变的影响研究[J]. 安徽医学, 2014, (11):1585-1587.
- [7] 刘爱群. 幽门螺杆菌感染相关胃癌的细胞内信号转导通路研究现状[J]. 广西医科大学学报, 2014, 31(1):150-152.
- [8] 孙波,钟捷楠,高琨. 胃炎癌变过程中幽门螺杆菌感染与凋亡基因[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(14):3394-3395, 3398.
- [9] 苏连明,庄彦华,颜彬. Hp 感染与胃癌中 p27 基因表达的相关性研究[J]. 中国现代医生, 2014, 52(23):19-21.
- [10] 刘龚孜. Hp 通过 Akt 信号通路诱导胃黏膜细胞发生上皮间质转化(EMT)的研究[D]. 南昌:南昌大学, 2013:1-82.

收稿日期:2015-06-25 修回日期:2015-07-20 编辑:王国品