

肛腺切除并桥式引流术治疗复杂性肛瘘的临床研究[※]

梁靖华 曾春娥[△] 宋 磊 孙林梅 孙兴伟 魏 妮

(陕西省西安市中医医院肛肠科 陕西 西安 710001)

【摘要】目的 探讨肛腺切除并桥式引流术治疗复杂性肛瘘的临床疗效。**方法** 将 120 例复杂性肛瘘患者随机分为 2 组,各 60 例。治疗组采用肛腺切除并桥式引流术治疗,对照组采用常规切开挂线术治疗。观察比较 2 组疗效及并发症情况、伤口痊愈时间、术后创面原始面积、创面痊愈后瘢痕面积、肛门功能(漏气漏液、肛门失禁 Wexner 评分)、肛管静息压及最大收缩压的变化情况。**结果** 2 组患者均全部痊愈出院,治疗组并发症发生率低于对照组($P < 0.05$),伤口痊愈时间短于对照组($P < 0.05$),术后创面原始面积及创面愈合后瘢痕面积均小于对照组($P < 0.05$),治疗组治疗前后肛管静息压及最大收缩压均无明显变化($P > 0.05$),而对照组治疗后均有所下降($P < 0.05$)。**结论** 采用肛腺切除并桥式引流术治疗复杂性肛瘘临床疗效确切,可以明显缩短痊愈时间,减少术后创面原始面积及创面痊愈后瘢痕面积,预防肛门漏气漏液,维持肛管静息压及最大收缩压。

【关键词】 直肠瘘; 中医肛肠手术

【中图分类号】 R266.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1002-2619(2014)05-0659-03

Clinical research of complex anal fistula treated by anal gland excision and bridge drainage LIANG Jinghua, ZENG Chune, SONG Lei, et al. Anorectal Department, Xi'an Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine in Shaanxi Province, Shaanxi, Xi'an 710001

【Abstract】 Objective To explore the clinical effect of complex anal fistula treated by anal gland excision and bridge drainage. **Methods** 120 cases of complex anal fistula were randomly divided into two groups. 60 cases in treatment group received anal gland excision and bridge drainage treatment. 60 cases in control group were treated by conventional incision line treatment. **Results** The changes of the complication rate in treatment group was more than that of the control group ($P < 0.05$), wound healing time was shorter than the control group ($P < 0.05$), after the original area of the wound after wound healing and scar area were lower than the control group ($P < 0.05$). Postoperative wound primitive area and scar area after the wounds healed in treatment group was less than that in control group ($P < 0.05$). There was no difference between before and after treatment on anal resting pressure and maximum systolic blood pressure in treatment group ($P > 0.05$). Anal resting pressure and maximum systolic blood pressure was reduced ($P < 0.05$). **Conclusion** Anal gland excision and bridge drainage has definite effect on the treatment of complex anal fistula, it can obviously shorten recovery time, reduce postoperative wound primitive area and scar area after the wounds healed, prevent of anal leakage leakage, maintain anal resting pressure and maximum systolic blood pressure.

【Key words】 Rectofistula; Anorectal surgery (traditional Chinese medicine)

肛瘘是常见的肛门直肠疾病,发病率占肛门直肠疾病的 1/4^[1],仅次于痔。早在春秋战国时代,《山海经》中就已明确提出了“食者不痛,可以为瘻”,并记载了治疗方法。《五十二病方》中将其归入“牡痔”之中,并叙述了治

疗的手术方法。痔瘻的病名则始见于《神农本草经》。隋·巢元方所著《诸病源候论》中记载“肛边生鼠乳出在外者,时时出脓血”这是对肛瘘临床症状的详细描述。对于本病病因的认识,中医学认为其形成与外感风、热、燥、火、湿邪,以及饮食醇酒厚味、劳伤忧思、便秘、房劳过度有关。2011-05—2012-12 我们采用肛腺切除并桥式引流术治疗复杂性肛瘘 60 例,并与采用传统切开挂线术治疗 60 例对照观察,结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部 120 例均为陕西省西安市中医医院肛肠科住院患者,随机分为 2 组。治疗组 60 例,男 46 例,

※ 项目来源:西安市卫生局 2011 年科技计划项目(编号:HM1118)

△ 通讯作者:陕西省西安市中医医院肛肠科,陕西 西安 710001

作者简介:梁靖华(1966—),男,主任医师,学士。从事肛肠科临床工作。研究方向:肛肠疾病的诊疗与防治。

女 14 例; 年龄 18 ~ 65 岁, 平均(32. 83 ± 9. 08) 岁; 病程 31 ~ 49 d, 平均(38. 20 ± 5. 56) d。对照组 60 例, 男 46 例, 女 14 例; 年龄 18 ~ 65 岁, 平均(34. 31 ± 7. 69) 岁; 病程 41 ~ 78 d, 平均(50. 60 ± 8. 31) d。2 组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0. 05$), 具有可比性。

1.2 诊断及纳入标准 参照《中国肛肠病学》中肛瘘的诊断标准^[2]。肛瘘是指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, 以外括约肌深部划线为标志, 瘘管经过此线以上为高位, 在此线以下为低位, 只有单一内口、瘘管、外口称单纯性, 有 2 个或 2 个以上内口、或瘘管、或外口称复杂性。选择复杂肛瘘患者, 年龄 > 18 岁, < 65 岁, 既往无肛门手术史及肛门形态、功能异常, 无手术禁忌证, 签署知情同意书, 完全自愿参与配合治疗。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 采用肛腺切除并桥式引流术治疗, 具体操作如下: ①用探针从肛瘘外口探入以确定肛瘘的走行、感染肛腺的位置(多在截石位 5 ~ 7 点肛管后中线附近), 如感染肛腺的位置不易探知, 也可从齿线处查找; ②从感染肛腺所对应肛缘外 1 ~ 2 cm 处纵行切开, 直到感染肛腺处, 深约 0. 5 cm 左右, 以能引流通畅为宜, 并根据肛腺感染范围切除感染肛腺, 高度、深度、宽度以不超过 1 cm 为度(肛腺管长 2 ~ 8 mm, 一个腺体的分支分布面积约 1 cm²^[3]), 结扎止血, 如遇多个肛腺感染同法处理; ③从肛瘘外口处沿瘘管走行方向探查, 直到感染肛腺处或肛腺外切口处, 必要时扩创后用刮匙搔刮或用纱布条擦拭管腔, 以清除腐败坏死组织, 同法处理其他瘘管; ④用双氧水、甲硝唑注射液、0. 9% 氯化钠注射液彻底清洗伤口, 用橡皮筋做桥式引流 5 ~ 7 d; ⑤引流期间每日常规消毒换药, 等分泌物干净后去除橡皮筋, 继续换药直至伤口愈合。

1.3.2 对照组 采用常规切开挂线术治疗, 具体操作如下: ①在探针的引导下将具有一定弹性的橡皮筋从内口穿入, 外口引出; ②切开瘘管内外口之间的皮肤和皮下组织, 接近括约肌, 但不损伤括约肌, 拉紧橡皮筋, 紧贴皮下组织将橡皮筋双重结扎; ③彻底止血, 双氧水、甲硝唑注射液、0. 9% 氯化钠注射液冲洗, 无菌敷料包扎。

1.4 观察方法 观察比较 2 组疗效及并发症情况、伤口痊愈时间、术后创面原始面积、创面痊愈后瘢痕面积、肛门功能(漏气漏液、肛门失禁 Wexner 评分^[4])、肛管静息压及最大收缩压的变化情况。

1.5 疗效标准 痊愈: 症状及体征消失, 创口愈合; 好转: 症状、体征改善, 创口未愈; 未愈: 症状及体征均无变化^[5]。

1.6 统计学方法 应用 SPSS 16. 0 统计软件进行统计学分析, 计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$) 表示, 等级资料用秩和检验, 满足正态分布及方差齐性时组内前后比较用配对 t 检验, 组间比较用方差分析, 计数资料率的比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0. 05$ 为差异性有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组疗效及并发症比较 2 组患者均全部痊愈出院,

其中治疗组 60 例, 术后并发 3 级疼痛 3 例, 尿潴留 3 例; 对照组 60 例, 术后并发 3 级疼痛 18 例, 尿潴留 12 例。2 组术后并发症发生率比较差异有统计学意义($P < 0. 05$), 治疗组并发症发生率少于对照组。

2.2 2 组伤口痊愈时间、术后创面原始面积、创面痊愈后瘢痕面积比较 见表 1。

表 1 2 组伤口痊愈时间、术后创面原始面积、创面痊愈后瘢痕面积比较 $\bar{x} \pm s$

组别	n	伤口痊愈时间(d)	术后创面原始面积(cm ²)	创面痊愈后瘢痕面积(cm ²)
治疗组	60	38. 20 ± 5. 56*	5. 09 ± 1. 06*	4. 64 ± 0. 83*
对照组	60	50. 60 ± 8. 31	6. 57 ± 1. 08	5. 88 ± 1. 18

与对照组比较, * $P < 0. 05$

由表 1 可见 2 组伤口痊愈时间、术后创面原始面积、创面痊愈后瘢痕面积组间比较差异均有统计学意义($P < 0. 05$), 治疗组伤口痊愈时间短于对照组, 术后创面原始面积及创面愈合后瘢痕面积均小于对照组。

2.3 2 组术后肛门功能情况比较 见表 2。

表 2 2 组术后肛门功能情况比较

组别	n	漏气漏液[例(%)]	Wexner 评分(分 $\bar{x} \pm s$)
治疗组	60	0*	0. 3448 ± 0. 4837*
对照组	60	32(53. 33)	0. 6001 ± 0. 6747

与对照组比较, * $P < 0. 05$

由表 2 可见 2 组术后功能情况比较差异比较差异有统计学意义($P < 0. 05$), 治疗组漏气漏液发生率及 Wexner 评分均低于对照组。

2.4 2 组治疗前后肛管静息压及最大收缩压变化比较 见表 3。

表 3 2 组治疗前后肛管静息压及最大收缩压变化比较 kPa $\bar{x} \pm s$

组别	n	肛管静息压		肛管最大收缩压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	60	7. 09 ± 0. 14	6. 94 ± 0. 28	21. 49 ± 1. 98	20. 96 ± 1. 27
对照组	60	7. 14 ± 0. 36	6. 75 ± 0. 29*	23. 70 ± 1. 61	20. 21 ± 0. 59*

与本组治疗前比较, * $P < 0. 05$

由表 3 可见 治疗组治疗前后肛管静息压及最大收缩压比较差异均无统计学意义($P > 0. 05$), 无明显变化; 对照组治疗后肛管静息压及最大收缩压与治疗前比较差异均有统计学意义($P < 0. 05$), 均有所下降。

3 讨论

正确处理原发病灶是手术成败的关键。肛瘘是肛肠外科临床常见而又较难处理的疾病之一, 复发率在 10% 左右^[6]。现代医学对肛瘘、肛周脓肿的病因学认识尚无统一的看法, 但无论是现在为大多数学者所接受的隐窝腺感染学说或中央间隙感染学说, 还是新近提出的上皮细胞致

病学说^[7]均指导要求一期根治,术中必须彻底清除原发灶,所以我们在术中既要彻底清除内口,敞开括约肌间隙和中央间隙,清除上皮细胞,这是保证手术成功的关键,又要做到正确处理原发灶,首先要找到内口,然后尽量将其切开,并可适当扩大切除内口周围炎性组织,内口附近有痔核隆起亦可结扎切除,以免嵌入内口,影响瘘道的术后引流,同时可将内口附近的肛窦开口封闭,防止其他污染物由此进入其他肛腺而再次发生感染,影响肛瘘的生长、愈合。内口敞开,尽量用刮匙在其周边腔隙内进行搔刮,减少上皮细胞残留,彻底扩创括约肌间隙和中央间隙,充分扩创感染源。

创面引流通畅是防止复发的重要环节。高位肛瘘是肛肠领域难治性疾病之一,具有易复发的特点,其复发常与下列因素有关:①未彻底清除原发病灶;②术后引流不通畅或未处理支管;③合并有其他病患,如(Crohn 病、慢性非特异性溃疡性结肠炎等^[8])。肛腺切除并桥式引流术就很好的解决了这几点,既切除了原发病灶感染的肛隐窝、肛腺导管及肛腺,又保证了引流通畅。桥式引流是用橡皮筋挂于内外口之间,既保证了引流通畅,又使括约肌断端与周围组织粘连固定,边生长边修复,不会引起排便失禁。

术后换药是手术成功的重要保证。术后换药对手术成败具有举足轻重的作用。在本术式中为尽可能保留肛直环,手术创面小,创面暴露不够充分,主要靠橡皮筋引流,所以术后换药就显得十分重要。①坚持冲洗引流间隙,用双氧水及 0.9% 氯化钠注射液沿橡皮筋冲洗污物及分泌物,促进坏死组织的脱落;②保持引流通畅,防止感染物质滞留在创面,而形成桥形假性愈合;③每次冲洗时都要活动橡皮筋,以便于污物排出,根据腔隙的大小,橡皮筋须待所在间隙已基本填满后方可去除;④正确置放引流纱条,纳入肛内的纱条必须上至肛瘘内口处,紧贴创面,以保证创面充分引流,并防止创面桥形愈合,使创面平整的生长。

保留肛直环具有重要意义,在肛门的自制功能中,肛直环占有非常重要的地位,它既能维持肛管静息压,又能产生肛管最大收缩压,维持肛门的自制功能^[2]。虚挂引流即术中不切断肛直环,术后亦不紧线勒断肛直环,而传统的挂线方法勒断了肛直环,必然对患者造成医源性损伤,破坏了身体内环境的稳定,使身体产生应激反应^[9],如能

量的消耗、神经内分泌系统的过度活动、人体温升高、全身不适、疼痛刺激等。因此,采用对患者损伤最小的治疗方式,保护肛直环,维护其正常功能,可减少对患者的生理、心理创伤。

本研究结果显示,采用肛腺切除并桥式引流术治疗复杂性肛瘘临床疗效确切,可以明显缩短痊愈时间,减少术后创面原始面积及创面痊愈后瘢痕面积,预防肛门漏气漏液,维持肛管静息压及最大收缩压。由此可见,肛直环在维持肛门功能上具有不可忽视的作用,所以临床上采取必要措施保护肛直环,保留肛直环的完整性和连续性,可以更好地维持肛门的正常功能,既符合当今手术要微创化、局限化的潮流,又减少了患者的痛苦,提高了患者的生活质量。虽然肛腺切除并桥式引流术源于中医学之挂线治疗,但就其机制和结果已与原挂线疗法有相当大的不同。本研究正是以切除原发感染病灶及保留括约肌为基本理念,使引流法在肛瘘中的运用充分体现,并完整的保护了肛直环,这是我们的大胆设想和创新,也是传统挂线治疗的一次飞跃。本研究的结果证明,我们的设想是科学有效确实可行的,但因研究时间较短,病例数量有限,术后远期疗效尚不明确,有待今后作进一步研究后去完善和解决。

参考文献

- [1] 皮执民,刘栋才,赵华. 肛肠外科:手术学[M]. 北京:军事医学科学出版社,2008:475.
- [2] 黄乃健. 中国肛肠病学[M]. 济南:山东科学技术出版社,1996:729-733,99.
- [3] 金虎. 现代肛肠病学[M]. 北京:人民军医出版社,2009:65.
- [4] Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence[J]. Dis Colon Rectum, 1993, 36(1):77-97.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:133.
- [6] 任东林. 有关高位复杂性肛瘘治疗的几个问题[J]. 广东医学, 2001, 22(12):1093-1094.
- [7] 张强,陆金根,曹永清. 肛周脓肿的手术治疗进展[J]. 中西医结合学报, 2009, 7(12):1104-1107.
- [8] 王吉甫. 胃肠外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:1031.
- [9] 黄庭庭. 浅谈微创观念与微创外科[J]. 中国微创外科杂志, 2002, 2(1):4-5.

(收稿日期:2013-05-27)

(本文编辑:石康)

· 信 息 ·

河北省卫生计生委加强全省医疗管理人员队伍建设

为全面提升全省医疗管理人员业务水平,2014年5月10~11日,河北省卫生计生委举办了全省医疗管理人员培训班。会议邀请了国家卫计委医政医管局副局长赵明钢以及省内外医院管理专家分别就公立医院改革、电子病历、医务管理、医疗纠纷防范与处理、医务处职能建设、医院评审等方面进行了专题培训。同时,会议还分别就医疗机构、护理、血液等医政管理相关政策进行了专门解读。通过此次培训,不仅有助于更好地把握新形势下的各项医政重点任务,同时提高了全省医疗管理人员的管理能力和水平,收到了良好的培训效果。