

## 中医术式藏线缝合修补术治疗肛瘘临床研究

李一兵, 郭文涛, 曾智辉

[广东省深圳市中医肛肠医院(福田), 广东 深圳 518031]

[中图分类号] R247.571.6 [文献标识码] B [文章编号] 1004-2814 (2023) 07-1411-03

**[摘要]** 目的: 观察中医术式藏线缝合修补术治疗肛瘘的临床疗效。方法: 100例分为观察组和对照组各50例。观察组用中医术式藏线缝合修补术, 对照组用低位肛瘘—肛瘘切除术、高位肛瘘—高挂低切术。结果: 研究组切口愈合、首次排尿和住院时间均短于对照组 ( $P < 0.05$ ), 研究组术后并发症发生率低于对照组 ( $P > 0.05$ )。研究组愈合率高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 复发率低于对照组 ( $P > 0.05$ )。研究组术后2d、4d、6d和8d疼痛评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 中医术式藏线缝合修补术治疗肛瘘可提高疗效。

**[关键词]** 肛瘘; 中医术式; 藏线缝合修补术

**[Abstract]** Objective: To observe the clinical effect of traditional Chinese medicine surgical suture repair in the treatment of anal fistula. Methods: A total of 100 cases were divided into the observation group and the control group, 50 cases in each group. The observation group were treated with traditional Chinese medicine suture repair, while the control group were treated with low anal fistula—anal fistula resection and high anal fistula—high hanging and low cutting. Results: The time of incision healing, first urination and hospitalization in the study group were shorter than those in the control group ( $P < 0.05$ ). The healing rate of the study group was higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ). The pain scores of the study group were lower than those of the control group at the time point the 2nd, 4th, 6th and 8th day after operation ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Traditional Chinese medicine surgical suture repair in the treatment of anal fistula can improve the curative effect.

**[Keywords]** Anal fistula; Traditional Chinese medicine surgery; Suture repair

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异常管道, 称之为肛管直肠瘘。又因其主要侵犯肛管, 很少涉及直肠, 故常称之为肛瘘。肛瘘由于病变部位和其特殊的病理改变而很难自愈, 多需采取手术治疗, 术后创面一般为开放性创面, 易受污染, 创面愈合慢, 疗程长是普遍存在的问题<sup>[1-2]</sup>。肛瘘属中医“肛漏”、“穿肠瘻”范畴, 治疗有优势<sup>[3]</sup>。藏线缝合修补术比常规的肛瘘切除术更利于加快康复时间, 同时提升治疗体验<sup>[4]</sup>。本研究用中医术式藏线缝合修补治疗肛瘘效果较好, 报

道如下。

### 1 临床资料

共100例, 均为我院2020年7月至2022年8月收治患者, 分为观察组和对照组各50例。观察组男27例, 女23例, 年龄25~64岁, 平均  $(45.50 \pm 14.14)$  岁; 病程3~15月, 平均  $(9.21 \pm 5.21)$  月。对照组男28例, 女22例; 年龄25~65岁, 平均  $(45.50 \pm 14.12)$  岁; 病程3~15月, 平均  $(9.21 \pm 5.22)$  月。两组一般资料较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

纳入标准: ①诊断为肛瘘; ②首次接受治疗, 年

[基金项目] 广东省中医药局科研项目 (20201301)

(3): 277-278.

- [17] 杨小芳, 秦晓光, 杨星星, 等. 针灸治疗继发性肋间神经痛临床研究进展 [J]. 按摩与康复医学, 2021, 12 (13): 70-73.
- [18] 梁燕梅, 袁倩, 王会丽. 电针配合整骨治疗肋间神经痛30例\_梁燕梅 [J]. 针灸临床杂志, 2010, 26 (5): 25-26.
- [19] 刘恩明, 周凌云. 无痛针灸——毫火针 [J]. 中国针灸, 2006, 26 (S1): 87-89.
- [20] 蔡科达, 彭旭明. 毫火针留针治疗桡骨茎突狭窄性腱鞘炎的临床观察 [J]. 中医药导报, 2018, 24 (12): 74-76.
- [21] 李喜梅, 黄石玺. 黄石玺运用毫火针验案举隅 [J]. 中医药导报, 2017, 23 (2): 113-115.
- [22] 姚卫锋, 李士颖. 中医毫火针疗法的研究进展\_姚卫锋 [J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志

志, 2016, 15 (4): 258-260.

- [23] 钟璇. 毫火针治疗肌筋膜炎的机制探讨 [J]. 江西中医药, 2012, 43 (6): 51-52.
- [24] 周建英, 李梦, 朱林林, 等. 火针作用机理及临床应用概况 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18 (7): 86-88.3.
- [25] 梁宜, 方剑乔. 5-羟色胺痛觉调制与针灸镇痛相关研究 [J]. 上海针灸杂志, 2009, 28 (8): 492.
- [26] 张慰民, 关强, 陈昌富, 等. 夹脊穴定位的研究 [J]. 上海针灸杂志, 1987 (4): 23-24.
- [27] 苏健, 刘爱平, 陈熙洋, 等. 毫火针治疗骨质疏松性胸椎压缩性骨折PVP术后伴肋间神经痛30例 [J]. 中国针灸, 2022, 42 (10): 1153-1154.

[收稿日期] 2022-11-25

龄≥18岁；③对研究内容知情，自愿加入，签署知情同意书；④符合肛瘘切除术和缝合修补术手术指征。

排除标准：①合并瘢痕体质；②处于妊娠或者哺乳期；③合并肛周恶性肿瘤。

## 2 治疗方法

术前准备，给予手术宣教，叮嘱患者于手术前12h禁食、4h禁饮，术前2h提供肛周备皮，同时运用甘油灌肠剂进行灌肠处理，检查患者完全排出大便方可进入手术室。入室后建立静脉通路，选择腰硬联合麻醉联合监护性麻醉，患者保持截石位或者侧卧位。

观察组采取藏线缝合法治疗。低位肛瘘消毒铺巾后，将外口缘切开，形成新创面，接着定位内口，将瘘管全部切除；同时修整边缘，保持为“V”形，切除内口及可疑内口后，将其修整为梭形切口，同时在一侧切口肛缘处的外侧2mm处做一道平行且深度为2mm的切口，然后将可吸收线于切口内进针，沿着切口下方以环形手法穿回前述切口，确保内口位置没有死腔，严密缝合不留死腔，同时保证切口对端缝合整齐。支管切除外口组织，采用橡皮筋在外口与主管离内口20mm处挂浮线引流，3~4天后视引流情况予以拆除。对创面，选择浓碘伏纱布加压包扎。术后检查切口情况，观察缝线是否整齐，对于整齐无异常通常在7天左右拆除缝线。高位肛瘘者瘘口缘切开、形成新创面、藏线缝合，结扎处创建引流切口，切除主要的瘘管组织，肛管及肛缘外切口间断藏线缝合。

对照组低位肛瘘采取肛瘘切除术，术前准备和麻醉方式与观察组一致。以碘伏棉球对肛内进行消毒，然后做扩肛处理，将探针从肛瘘外口进入，手术操作者以手指在肛管内作引导，将探针于齿线处内口探出。提起探针沿着皮肤切开至内口，然后将瘘管及内口与周围组织分离并切除，修剪切缘为“V”形，期间若发生出血则提供止血处理。高位肛瘘采取高挂低切术，选择截石位，常规消毒铺设，确定肛瘘有无支管与死腔，将内口与其附近约2mm的黏膜全部切除，并同法处理可疑内口；适当扩大内口与瘘管，同时将瘘管与附近炎性坏死组织清除，定位瘘管外口并选择放射状切口，局部路径切开、扩大。钝性剥离括约肌间瘘管组织，使内口附近无明显纤维组织。在肛管直肠环下缘顺瘘道外口朝上导入橡皮筋，一端从内口穿出，将橡皮筋扎紧，用以维持其对肛管直肠环的张力，以慢性切割，将高位肛瘘与肛管直肠环均切除。

## 3 观察指标

记录住院时间、切口愈合时间和首次排尿时间，术后康复期间发生的并发症。

视觉模拟疼痛评分，1分说明无痛感、日常生活和注意力不会受到疼痛干扰，2~3分说明有轻微的疼痛感、但对睡眠和日常注意力影响不大，4~6分说明疼痛感受明显、对睡眠和日常生活造成影响，7~10分疼痛明显、对睡眠和生活造成明显影响。

用SPSS21.0统计软件分析，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示、用 $t$ 检验，计数资料以 $(\%)$ 表示、用 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 4 治疗结果

两组手术治疗后恢复时间见表1。

表1 两组手术治疗后恢复时间比较  $(\bar{x} \pm s)$

| 组别  | 例  | 切口愈合时间(天)    | 首次排尿时间(小时)  | 住院时间(天)     |
|-----|----|--------------|-------------|-------------|
| 研究组 | 50 | 12.43 ± 2.43 | 6.78 ± 1.21 | 7.76 ± 2.31 |
| 对照组 | 50 | 15.66 ± 3.12 | 8.65 ± 2.31 | 9.67 ± 2.56 |
| $t$ |    | 5.775        | 5.071       | 3.917       |
| $P$ |    | 0.000        | 0.000       | 0.000       |

两组术后并发症见表2。

表2 两组术后并发症比较 例 $(\%)$

| 组别       | 例  | 切口感染     | 肛门狭窄     | 不完全失禁    | 黏膜出血     | 发生率     |
|----------|----|----------|----------|----------|----------|---------|
| 研究组      | 50 | 1 (2.00) | 0 (.00)  | 0 (.00)  | 2 (2.00) | (6.00)  |
| 对照组      | 50 | 3 (6.00) | 2 (4.00) | 1 (2.00) | 3 (6.00) | (18.00) |
| $\chi^2$ |    |          |          |          |          | 1.077   |
| $P$      |    |          |          |          |          | 0.299   |

两组术后愈合和复发见表3。

表3 两组术后愈合和复发比较 例 $(\%)$

| 组别       | 例  | 愈合         | 复发        |
|----------|----|------------|-----------|
| 研究组      | 50 | 45 (90.00) | 1 (2.00)  |
| 对照组      | 50 | 35 (70.00) | 9 (18.00) |
| $\chi^2$ |    | 5.602      | 1.871     |
| $P$      |    | 0.018      | 0.171     |

两组术后不同时期疼痛评分见表4。

表4 两组术后不同时期疼痛评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例  | 术后2d        | 术后4d        | 术后6d        | 术后8d        |
|-----|----|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 研究组 | 50 | 5.13 ± 0.78 | 4.56 ± 0.56 | 4.12 ± 0.45 | 3.14 ± 0.34 |
| 对照组 | 50 | 6.12 ± 1.32 | 5.67 ± 1.33 | 4.78 ± 1.21 | 4.11 ± 0.65 |
| $t$ |    | 4.566       | 5.439       | 3.615       | 9.350       |
| $P$ |    | 0.000       | 0.000       | 0.001       | 0.000       |

## 5 讨论

肛瘘可划分为低位单纯性肛瘘，即只有1条瘘管通过外括约肌深层以下，1个外口，1个内口，内口位于齿状线肛窦附近；低位复杂性肛瘘，有2个以上内口或外口或瘘管，瘘管穿行在外括约肌深层以下；高位单纯性肛瘘，仅有1条瘘管，瘘管穿过外括约肌深层以上，1个外口，1个内口，内口处于肛窦部位；高位复杂性肛瘘，有2个以上外口、内口或瘘管，经外括约肌深层以上。高位肛瘘可累及耻骨直肠肌、肛提肌以上，高位复杂性类型则可伴随病理复杂程度，将累及组织范围扩展至耻骨直肠肌、肛提肌以上。高位肛瘘影响下，可表现出局部间歇性或持续性流脓，有久不收口之势，有时可有气体或者粪便从外口排出，在瘘管通畅下往往无炎症常不感疼痛，只觉局部发胀和不适，行走感受时加重。瘘管不通畅时则有疼痛，排便时加重。低位肛瘘在肛门口皮肤由于脓液及其他排出物刺激，可时常感觉皮肤瘙痒。肛瘘的发生，可对患者生活质量、工作和学带来诸多不利的干扰，且在炎症及疼痛、以及病情的持续下，引起肛周脓肿、肛周湿疹、排便异常，甚至是癌变，可对其生命安全带来一定的威胁。针对肛瘘的治疗，临床建议以手疗法为首选，同时结合内治法增强手术前后体质，帮助其缓解并减轻症状，控制炎症发展，促进康复等<sup>[5-6]</sup>。

有研究指出，肛瘘在病变部位的特殊性，其治愈效果和可能性较低，均需要接受手术治疗，经手术侵



人性治疗下,使得手术创面处于开放性,受到感染和污染的概率增加,很容易影响创面愈合进度和最终效果<sup>[7-8]</sup>。故对于肛瘘手术患者,临床必须在选择手术术式时,考虑手术介入对身心质量的影响,为其选择可缩短其创面愈合时间,加快康复进度,尽早缓解临床症状并减轻术后疼痛的术式。目前,对于肛瘘外科手术治疗术式,具体可划分为传统肛瘘手术、微创手术两种。其中,传统肛瘘手术包括肛瘘切除术、肛瘘挂线术等。而微创手术则包括生物补片填塞术,或者以纤维蛋白主要治疗辅助的胶封堵术等。各手术术式均据相关研究表明,在缓解肛瘘临床症状,促进其康复方面有显著效用<sup>[9-10]</sup>。与此同时,临床也在积极探寻一些全新的可针对肛瘘的手术术式。近年有研究同时目前临床上也见到一些尝试一期缝合的手术方法,曾智辉<sup>[11]</sup>等研究以中医体系为治疗思路,采取缝合手术应用于肛瘘患者的临床治疗中,取得较好临床反馈,术后康复快,并发症较少。另外,张琳<sup>[12]</sup>等团队也实践总结出,缝合法下,选择藏线缝合法治疗低位肛瘘,利于提高患者的治疗及康复效果。

中医藏线缝合法在肛瘘组织范围正常菌群状态下完成修补和重建,经缝线处理切切口,同时在结扎处进行创面引流,以预控创面术后感染为目的的手术术式<sup>[13-14]</sup>。可将切口边缘黏膜很好地贴合在括约肌组织,促使其始终呈现为内翻状态,并在此基础上,对新生肉芽组织自暴露部分向外侧生长和填充,发挥良好的诱导作用,进而减少可导致伤口深部没有愈合,形成一个窦道或瘘管的假性愈合出现。下藏线缝合修补可加快肛瘘患者的手术愈合进度,减轻术后疼痛,让其可尽早出院。藏线缝合修补法替代了传统的分层缝合,有着创口较小的应用优势,利于减少患者术后创面受到感染的机会,为顺利康复打下良好基础。此外,藏线缝合修补在贴合括约肌影响下,利于让新创面从中央处于紧密闭合状态,可降低肛管部位的“高压区”对创面组织的影响,让直肠和肛管侧瘘口黏膜组织可以有限获得良好的愈合修复条件,且在缝合修补步骤下,也利于将直肠侧黏膜与肛管创缘相互靠近,使其可以自行修复。

藏线缝合修补法可降低术后并发症,且可减少复发,可维持良好的远期治疗效果。切口感染、肛门狭窄和不完全失禁以及黏膜出,均是可影响切口恢复和创面修复质量的不利因素,其中的肛门狭窄,会导致患者无法正常排便,并在肛门用力下大会引起肛门闭合不良,进而导致局部皮肤被撕裂,容易引起肛周感染,甚至还有可能会形成致使肛瘘复发。不完全失禁则可提示手术过程中括约肌受到了一定的伤害,可说明藏线缝合修补术可在贴合括约肌下,降低手术操作对其造成的损伤,减少失禁出现几率。藏线缝合修补术下,在藏线平面处做一个平行的创面,使藏线缝合部位可牢固且持续闭合瘘口新创面的中央区,为肛管两侧的黏膜修复打下良好的基础有利环境,且将瘢痕拉近和愈合,可确保愈合后会肛管及肛周部位表现自然,肛周功能得到明显的恢复。

藏线缝合修补法治疗肛瘘可提高疗效,且复发率较低。

#### [参考文献]

- [1] 王凯,段宏岩,于锦利,等.改良肛瘘切除一期缝合术与肛瘘切开术治疗低位单纯性肛瘘的临床应用效果比较[J].结直肠肛门外科,2021,27(2):129-132.
- [2] 郑雪平,郭高正,樊志敏,等.基于括约肌间感染机制经肛括约肌间切开术治疗高位肛瘘临床研究[J].重庆医学,2022,51(1):85-88.
- [3] 曹霞,殷凯,邱榕,等.中医挂线联合对口引流术治疗高位肛瘘的疗效及对疼痛应激反应,肛门括约肌功能的影响[J].中国中医急症,2022,31(1):126-129.
- [4] 王慧娟,冯晓兰,王常生,等.藏线缝合法结合生物补片治疗中低位直肠阴道瘘的临床研究[J].大连医科大学学报,2020,42(3):210-214.
- [5] 洪中华,钦梦婷,朱萍萍,等.外括约肌裸化的瘘管切除术治疗经括约肌型肛瘘患者46例疗效观察[J].中华全科医师杂志,2021,20(1):100-102.
- [6] 张雷,田颖,于洪顺,等.经括约肌间瘘管结扎术与肛瘘切开挂线术治疗复杂肛瘘的效果[J].中国医药导报,2020,17(17):133-136.
- [7] 杨铁军,张婷,吕文佳.肛瘘精准微创术与传统肛瘘切开挂线引流术治疗肛瘘的近远期疗效比较[J].中国医药,2020,15(5):753-757.
- [8] 张超杰,张卫平,贺祥坤.括约肌间瘘管结扎联合瘘管隧道式切除术对低位肛瘘的临床疗效分析[J].临床和实验医学杂志,2022,21(8):860-863.
- [9] 刘扬,路明.经括约肌间瘘管结扎术治疗高位单纯性肛瘘的前瞻性临床比较研究[J].中国普外基础与临床杂志,2020,27(2):143-146.
- [10] 王杉.改良括约肌间瘘道结扎术对低位单纯肛瘘患者术后肛门括约肌功能及复发率的影响[J].中国药物与临床,2020,20(8):1347-1349.
- [11] 曾智辉,李一兵,郭文涛.中医术式藏线缝合法治疗低位肛瘘的临床疗效分析[J].黑龙江医药,2021,34(4):776-778.
- [12] 张琳,曾智辉,黄莉.藏线缝合法治疗低位肛瘘的临床研究[J].中国实用医药,2021,16(15):41-44.
- [13] 周立业,谢刚.肛瘘外口切除+内口缝扎术对高位肛瘘患者血清炎症指标、肛门功能及复发率的影响[J].现代消化及介入诊疗,2021,26(6):728-731.
- [14] 曾智辉,李一兵,郭文涛,等.运用中医术式治疗肛漏的临床经验[J].内蒙古中医药,2020,39(11):96,168.

[收稿日期] 2022-12-17