

肛瘘切开挂线术与经括约肌间瘘管结扎术 对复杂肛瘘的疗效比较

王涛

陕西省宝鸡市眉县中医医院, 陕西 宝鸡 722300

【摘要】目的: 比较肛瘘切开挂线术以及经括约肌间瘘管结扎术对于复杂肛瘘的疗效。方法: 选取我院2020年1月—2022年12月的70例复杂肛瘘患者, 随机将其分成两组。对照组采取肛瘘切开挂线术, 观察组采取经括约肌间瘘管结扎术。结果: 观察组的延迟愈合、肛门失禁、顽固性疼痛发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$), 两组的治愈率无明显差异 ($P > 0.05$); 治疗前, 两组的ARP、ALCT、RRP和AMCP无明显差异 ($P > 0.05$), 治疗后, 两组的ALCT无明显改变 ($P > 0.05$), 对照组的ARP、RRP和AMCP均明显降低 ($P < 0.05$), 且观察组的ARP、RRP和AMCP无明显改变 ($P > 0.05$); 观察组的术后7d VAS评分、创面面积、术中出血量和创面愈合时间明显低于对照组 ($P < 0.05$), 两组的手术时间无明显差异 ($P > 0.05$)。结论: 经括约肌间瘘管结扎术对于复杂肛瘘有更加显著的疗效。

【关键词】肛瘘切开挂线术; 经括约肌间瘘管结扎术; 复杂肛瘘

Comparison of curative effect between anal fistula incision and thread-drawing and intersphincteric fistula ligation in complex anal fistula

WANG Tao

Mei County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Baoji City, Shaanxi Province, Baoji, Shaanxi 722300, China

【Abstract】 Objective: To compare the curative effect of anal fistula incision and thread-drawing and intersphincteric fistula ligation in complex anal fistula. Methods: 70 patients with complex anal fistula in our hospital from January 2020 to December 2022 were selected and randomly divided into two groups. The control group took anal fistula incision and thread-drawing, and the observation group took intersphincteric fistula ligation. Results: The incidence rates of delayed healing, anal incontinence and intractable pain in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). There was no significant difference in the cure rate between the two groups ($P > 0.05$). Before treatment, there was no significant difference in ARP, ALCT, RRP and AMCP between the two groups ($P > 0.05$). After treatment, there was no significant change in ALCT between the two groups ($P > 0.05$). ARP, RRP and AMCP in the control group were all significantly decreased ($P < 0.05$), and ARP, RRP and AMCP in the observation group had no significant change ($P > 0.05$). The 7d postoperative VAS score, wound area, intraoperative blood loss and wound healing time in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$), and there was no significant difference in operation time between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: Intersphincteric fistula ligation has a more significant curative effect in complex anal fistula.

【Key Words】 Anal fistula incision and thread-drawing; Intersphincteric fistula ligation; Complex anal fistula

肛瘘属于肛周感染的慢性阶段, 患者的肛周肿块会间歇性地发生溃破出脓。大多数的低位肛瘘患者, 采取切开切除术就能取得显著的效果^[1]。但是对于复杂性肛瘘患者而言, 因为瘘管灶较深以及涉及范围较广, 手术治疗会使患者的肛门括约肌受到损伤, 导致肛门功能受到影响, 因此, 复杂性肛瘘患者的治疗必须处理好感染控制、肛门功能保护和瘘管清除等三个方面^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2020年1月—2022年12月的70例复杂肛瘘患者, 随机分为两组。观察组35例,

男27例, 女8例, 年龄22~73岁, 平均年龄(50.72 ± 6.83)岁, 体重37~105kg, 平均体重(61.29 ± 13.78)kg; 对照组35例, 男28例, 女7例, 年龄22~73岁, 平均年龄(50.63 ± 5.94)岁, 体重37~105kg, 平均体重(61.33 ± 12.89)kg。两组的基线资料具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 研究方法

对照组: 取侧卧位或者俯卧折刀位, 指诊后进行扩肛, 使用适量的双氧水溶液以确定复杂性肛瘘患者的内口部位, 从外口进入探针, 顺着探针将皮肤、肛门内外括约肌和内口切开, 采取刮匙对患者瘘管壁的炎性组织进行刮除, 在合适的位置放入橡皮筋进行切割挂线。

表 1 两组延迟愈合、肛门失禁、顽固性疼痛发生率和治愈率对比 [n(%)]

组别	n	延迟愈合	肛门失禁	顽固性疼痛	发生率	治愈率
对照组	35	3 (8.57)	1 (2.86)	2 (5.71)	6 (17.14)	32 (91.43)
观察组	35	1 (2.86)	0 (0.00)	2 (5.71)	3 (8.57)*	31 (88.57)

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

表 2 两组 ARP、ALCT、RRP 和 AMCP 对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n		ARP (kPa)	ALCT (s)	RRP (kPa)	AMCP (kPa)
对照组	35	治疗前	17.89 ± 0.53	38.75 ± 1.36	5.97 ± 0.53	22.34 ± 1.28
		治疗后	17.11 ± 0.38 [#]	38.52 ± 1.19	5.13 ± 0.24 [#]	21.49 ± 0.63 [#]
观察组	35	治疗前	17.91 ± 0.49	38.73 ± 1.24	5.94 ± 0.48	22.27 ± 1.54
		治疗后	16.94 ± 0.77	38.31 ± 1.27	5.79 ± 0.36	22.36 ± 1.48

注:与治疗前相比,# $P<0.05$ 。

表 3 两组手术时间、术后 7d VAS 评分、创面面积、术中出血量和创面愈合时间对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术后 7d VAS 评分 (分)	创面面积 (cm ²)	术中出血量 (mL)	创面愈合时间 (d)
对照组	35	51.49 ± 7.28	3.58 ± 9.49	7.23 ± 2.89	46.73 ± 5.24	34.72 ± 4.83
观察组	35	53.67 ± 5.39	2.37 ± 0.41*	2.65 ± 0.52*	35.72 ± 3.41*	29.63 ± 2.45*

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

观察组:取左侧卧位,指诊后进行扩肛,使用适量的双氧水溶液以确定复杂性肛瘘患者的内口部位,在患者的内口部位经肛缘处作一个长度大约为 1.2 ~ 1.5cm 的弧形切口,顺着括约肌肌间沟给予分离,将瘘管部位充分暴露且进行游离,采取小血管钳切断和挑起患者的瘘管,分为内段和外段,对已经发生游离的外段瘘管进行切除,且结扎内段,在创口部位注入适量的过氧化氢以确认患者的内口已经关闭。

1.3 观察指标

比较两组的延迟愈合、肛门失禁、顽固性疼痛发生率和治愈率。分别在术前 5d 和术后 1 个月,检测两组复杂性肛瘘患者的肛肠动力学指标:肛管静息压 (ARP)、肛管最长收缩时间 (ALCT)、直肠静息压 (RRP) 和肛管最大收缩压 (AMCP)。比较两组复杂性肛瘘患者的手术时间、术后 7d VAS 评分、创面面积、术中出血量和创面愈合时间。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 25.0 统计学软件进行数据分析。计数资料采用 (%) 表示,进行 χ^2 检验,计量资料采用 ($\bar{x}\pm s$) 表示,进行 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有

统计学意义。

2 结果

2.1 两组延迟愈合、肛门失禁、顽固性疼痛发生率和治愈率对比

观察组的延迟愈合、肛门失禁、顽固性疼痛发生率明显低于对照组 ($P<0.05$),两组的治愈率无明显差异 ($P>0.05$),见表 1。

2.2 两组 ARP、ALCT、RRP 和 AMCP 对比

治疗前,两组的 ARP、ALCT、RRP 和 AMCP 无明显差异 ($P>0.05$),治疗后,两组的 ALCT 无明显改变 ($P>0.05$),对照组的 ARP、RRP 和 AMCP 均明显降低 ($P<0.05$),且观察组的 ARP、RRP 和 AMCP 无明显改变 ($P>0.05$),见表 2。

2.3 两组手术时间、术后 7d VAS 评分、创面面积、术中出血量和创面愈合时间对比

观察组的术后 7d VAS 评分、创面面积、术中出血量和创面愈合时间明显低于对照组 ($P<0.05$),两组的手术时间无明显差异 ($P>0.05$),见表 3。

3 讨论

肛瘘主要发生于患者的肛门周围，患者的主要症状为机体的管道发生肉芽肿性，而且会导致患者的肛门内口、瘘管和肛门外口发生严重的症状^[3]。由于复杂性肛瘘患者的瘘道会穿过机体肛管外括约肌的深部，且大多数存在支管，具有较高的治疗难度，是临床上常见的一个疑难问题^[4-5]。切开挂线术属于临床上对于肛瘘患者的一个经典手术方式，其采取线带刀进行慢性的切割，目的在于造成断端的炎性粘连以及切断患者的肛瘘管壁，避免患者的肛管断端由于组织收缩作用而导致复发或者发生愈合效果不佳的情况^[6-7]。但是，术中主要由于橡皮筋勒开瘘管以及肛门括约肌部位，而且会持续较长的时间，持续性的刺激会明显增加复杂性肛瘘患者疼痛程度，导致局部炎症反应的发生，影响患者的肛门功能，对复杂性肛瘘患者术后的恢复非常不利^[8]。经括约肌间瘘管结扎术在明确患者肛瘘部位具体的解剖结构后，结扎靠近内括约肌部位的瘘管，对瘘管括约肌间部位的瘘管进行切除和清理，然后对外括约肌部位的缺损进行缝合^[9-10]。经括约肌间瘘管结扎术具有治疗时间短、不需要切开瘘管、操作方法较为简捷以及瘢痕部位较小等多种优点，可以闭合患者的内口，抑制直肠内感染发生上行，经引流而愈合^[11]。本研究发现，观察组的延迟愈合、肛门失禁、顽固性疼痛发生率明显低于对照组 ($P<0.05$)，两组的治愈率无明显差异 ($P>0.05$)，表明经括约肌间瘘管结扎术虽然不能明显提高治愈率，但能明显减少延迟愈合、肛门失禁、顽固性疼痛的发生。治疗后，对照组的 ARP、RRP 和 AMCP 均明显降低 ($P<0.05$)，且观察组的 ARP、RRP 和 AMCP 无明显改变 ($P>0.05$)，表明经括约肌间瘘管结扎术对患者肛门括约肌功能的损伤较小。观察组

的术后 7d VAS 评分、创面面积、术中出血量和创面愈合时间明显低于对照组 ($P<0.05$)，表明经括约肌间瘘管结扎术的术后疼痛更轻、创面面积更小、术中出血量更少、创面愈合时间更短。

综上所述，经括约肌间瘘管结扎术对于复杂肛瘘有更加显著的疗效。

参考文献

- [1] 王姗姗, 梁海松, 杨瑞勇, 等. 电针董氏“三其穴”配合耳穴贴压治疗复杂性肛瘘术后并发症: 一项真实世界研究 [J]. 中国针灸, 2021, 41 (7): 730-734.
- [2] 乔志威, 王洋, 张晓燕. 中药汤剂内服, 熏洗对高位复杂肛瘘切开挂线术后创面及炎症因子的影响 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 32 (19): 49-51.
- [3] 赵景文, 毛刚. 加味苦参汤联合温灸对高位复杂性肛瘘术后创面疼痛和愈合的影响及机制研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29 (28): 3151-3155.
- [4] 尹玉锴, 房文辉, 牛忠宝, 等. 保留括约肌挂线法与瘘管切除术治疗对复杂性肛瘘患者近期疗效愈合时间及并发症的影响 [J]. 河北医学, 2019, 25 (6): 1038-1041.
- [5] 李晓军, 施捷, 蔡娇娇. 愈创汤配合痔瘘洗剂对复杂性肛瘘术后患者创面症状评分, 创面菌群及分泌物 pH 值的影响 [J]. 陕西中医, 2021, 42 (4): 482-485.
- [6] 邱国军, 牟伟纲, 孙铁峰. 肛瘘切开挂线术联合置管冲洗术与切开挂线术治疗高位复杂性肛瘘的临床研究 [J]. 国际病理科学与临床杂志, 2020, 40 (9): 2401-2406.
- [7] 杨娜娜, 肖天保. 切开挂线术治疗高位肛周脓肿临床效果及安全性的 Meta 分析 [J]. 临床普外科电子杂志, 2020, 8 (4): 1616-1618.
- [8] 吴闯, 汪庆明, 张海岩, 等. 经括约肌间瘘管结扎术治疗肛瘘的临床研究进展 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2020, 26 (4): 790-793.
- [9] 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.
- [10] 苏悦, 张玉茹, 赵团结, 等. 改良括约肌间瘘管结扎术 (LIFT-plug) 与传统切开挂线术治疗经括约肌肛瘘的疗效对比 [J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27 (2): 133-136.
- [11] 谭震, 秦澎湃, 田磊. LIFT 与 ERAF 术治疗复杂性肛瘘的临床疗效及对术后疼痛介质水平的影响 [J]. 临床和实验医学杂志, 2022, 21 (16): 1736-1740.