

内口挂线主管切缝及支管拖线法治疗难治性肛瘘*

谌建平¹ 章敏¹ 胡晓阳²

(1 江西省南昌市洪都中医院 南昌 330008; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:探讨内口挂线主管切缝及支管拖线法治疗难治性肛瘘的疗效。方法:将 100 例难治性肛瘘患者随机分为两组,试验组行内口挂线主管切缝及支管拖线法治疗,术后用红油膏及各半丹换药;对照组采用经典的切开挂线术,术后用雷夫诺尔纱条换药。术后随访 6 个月观察疗效。结果:两组患者一次手术治愈率及治愈患者住院时间、肛门功能评分、瘢痕面积比较均有显著差异($P<0.05$)。结论:内口挂线主管切缝及支管拖线法治疗难治性肛瘘具有明显优势。

关键词:难治性肛瘘;内口挂线主管切缝;支管拖线法

中图分类号:R657.16

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.07.018

肛瘘是指肛管或直肠发生了与肛门周围皮肤相通的病理性管道,是常见的肛门直肠疾病,在我国占肛肠病发病人数的 1.67%~3.6%^[1]。高位复杂性肛瘘因其瘘道穿越外括约肌深层以上,且多有支管,无论是术前的诊断还是治疗都比较困难。临床上将肛瘘术后半年内又复发或者说肛瘘根本未愈合需再次手术者,称为复发性肛瘘。我们将高位复杂性肛瘘和复发性肛瘘,称为难治性肛瘘。目前常用的方法治疗难治性肛瘘病程长,患者痛苦大,肛门损伤严重。2010~2012 年间我们在临床上通过对比研究,发现内口挂线主管切缝及支管拖线法能明显地降低上述缺点,较经典的切开挂线术具有明显优势。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 试验组(内口挂线主管切缝及支管拖线法)50 例,男 29 例,女 21 例,年龄 18~65 岁;对照组(经典的切开挂线术)50 例,男 31 例,女 19 例,年龄 19~63 岁。两组患者病程均在 5 个月~30 年之间,无严重心脑血管、肝肾及造血系统疾病,无糖尿病、各种癌症、高血压病及传染性疾病等手术禁忌证。所有患者均为住院病人,随机分成试验组和对照组。

1.2 诊断标准 采用 2002 年 11 月中华中医药学会肛肠专业委员会讨论通过的“肛瘘诊断标准”,分为低位单纯性肛瘘、高位单纯性肛瘘、低位复杂性肛瘘、高位复杂性肛瘘。其中复发性肛瘘为肛瘘术后半年内又复发或者说肛瘘根本未愈合需再次手术者,研究对象难治性肛瘘包括高位复杂性肛瘘和复发性肛瘘。

1.3 治疗方法 两组均取腰俞麻醉,效果不佳者加局麻。常规消毒铺巾及消毒直肠下段和肛管部,术中根据具体情况采用恰当方法确定内口位置、瘘道走向、起止点情况(部分患者术前经过碘油造影)。治疗组采用内口挂线主管切缝及支管拖线法,术中将主管肛直环以下部分切开,并清除管壁及坏

死组织,肛直环以上瘘管及内口采取挂线,支管切除外口瘢痕组织,管道采用拖药线,切开的主管道在支管内侧口以内予以缝合。术后切口以红油膏换药,支管拖入各半丹以提脓化腐。肛门外缝线 5~7 d 拆线,内口结扎线让其自行脱落。挂线通常 8~15 d 自行脱落,未自行脱落者 15 d 后直接剪开。术后 10~14 d,待引流创面及拖线处无明显脓性分泌物、肉芽组织鲜红时,即是拆除拖线的最佳时机。对照组采用经典的切开挂线术,术后用雷夫诺尔纱条换药。

1.4 统计方法 以上数据采用 SPSS17.0 统计学软件进行分析,计数资料用卡方检验,计量资料用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 疗效观察

2.1 评价标准 参照 1995 年《中华人民共和国中医药行业标准·中医肛肠科病证诊断疗效标准》肛瘘疗效标准。痊愈:创面愈合,流脓、疼痛、坠胀、瘙痒消失;显效:创面愈合,流脓消失,坠胀、疼痛、瘙痒明显改善;有效:创面未愈合,流脓基本消失,坠胀、疼痛、瘙痒有所改善;无效:创面未愈合,流脓、坠胀、疼痛、瘙痒改善不明显。

2.2 观察指标 肛门功能计分:肛门功能正常:1 分;有正常的排便控制,但偶有少量粪便或粪液污染内裤:2 分;对固体、半固体大便可控制,但对液体大便无法控制:3 分;不能区别直肠内容性状,排便控制完全丧失:4 分。瘢痕面积记录方法:用透明薄膜直接均匀敷贴于瘢痕上,以极细记号笔描绘边缘,再将薄膜铺于心电图描记纸上,计算出具体数值,以 cm^2 计算^[2]。

2.3 治疗结果 两组患者术后随访 6 个月,试验组患者 39 例一次手术治愈,8 例两次手术治愈,1 例一次手术未治愈,2 例两次手术未治愈转外院治疗;对照组患者 28 例一次手术治愈,18 例两次手术治愈,1 例一次手术未治愈,3 例两次手术未治愈转外院治疗:两组患者总治愈率统计差异无显著意

* 江西省卫生厅中医药科研课题(编号:2011A048)

靶控输注丙泊酚对甲状腺手术患者七氟醚最低肺泡有效浓度的作用分析

陈志峰 吴志镇 丁勇 蔡杰衡
(广东药学院附属第一医院 广州 10080)

关键词: 甲状腺手术; 丙泊酚; 靶控输注; 七氟醚
中图分类号: R 614 文献标识码: B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.07.019

全凭静脉麻醉(TIVA)是目前临床运用最多的一种麻醉方法。近年来,随着科技的不断发展,以丙泊酚靶控输注(TCI)为核心的全凭静脉麻醉应用广

义,一次手术治愈率统计差异有显著意义($P<0.05$)。

2.4 住院时间 试验组治愈患者住院时间最短 15 d,最长 71 d,平均(25 ± 6.9) d。对照组治愈患者住院时间最短 11 d,最长 76 d,平均(31 ± 10.7) d,两组住院时间统计差异有显著意义($P<0.05$)。

2.5 肛门功能评分 试验组治愈患者术后肛门功能评分平均(1.2 ± 0.3)分,对照组治愈患者术后肛门功能评分平均(1.8 ± 0.7)分,两组术后肛门功能评分统计差异有显著意义($P<0.05$)。

2.6 瘢痕面积 试验组治愈患者瘢痕面积最小 1.1 cm^2 ,最大 6.4 cm^2 ,平均(3.0 ± 0.9) cm^2 。对照组治愈患者瘢痕面积最小 1.6 cm^2 ,最大 7.9 cm^2 ,平均(4.1 ± 1.5) cm^2 ,两组患者愈合时瘢痕面积统计差异有显著意义($P<0.05$)。

2.7 结论 经统计学分析,两组患者住院时间、术后肛门功能评分、瘢痕面积差异有显著意义($P<0.05$),总治愈率统计差异无显著意义,内口挂线主管切缝及支管拖线法治疗难治性肛瘘较经典的切开挂线术具有明显优势。

3 讨论

肛瘘是常见的肛门直肠疾病,手术是治疗肛瘘最主要的手段,术后有较高的复发率,尤其是高位复杂性肛瘘以及有合并症的肛瘘。目前肛瘘治疗临床上可用的方法很多,如肛瘘切除缝合术、管道切缝内口(挂线)引流术、开窗留桥切开术、切开挂线法、隧道式对口橡皮筋引流法^[3]、四岔归一引流术^[4]、改道截根术^[5]、内堵外灌综合疗法^[6]、旷置切开挂线术^[7]、瘘管分段处理肛门肛管整形术^[8]、主管切开挂线支管旷置术^[9]、瘘管剔除内口切除缝扎术^[10]、切开挂线对口引流术^[11]、切挂开窗引流术^[12]、切开加半缝合术^[13]、皮桥旷置法^[14]等等。因为患者个体差异很大,单纯的一种方法不适合所有的患者,为了提高治愈率,减少后遗症,根据患者具体的情况,联合运用各

种适宜的手术方式是一种可行的选择。我们在临床中根据难治性肛瘘患者具体情况,综合运用内口挂线、主管切缝、支管拖药线各种适宜的手术方式治疗难治性肛瘘,避免了单纯手术方式要么切口过大损伤肛门功能,要么清除病灶不彻底导致复发的缺点。同时发扬祖国医学精华,缩短治疗时间,减轻患者负担。

治疗中所用各半丹和红油膏是中医传统名方,对肛瘘创面愈合有良好的效果。各半丹由熟石膏、红升丹等各等份组成,提脓祛腐力强,适用于瘘管壁厚或腐败组织较多的病例。红油膏由九一丹、东丹、凡士林组成,其中九一丹即由熟石膏、红升丹按 9:1 比例组成。红油膏能祛腐生肌,适用于瘘管壁薄或腐败组织较少的病例。

参考文献

[1]黄乃健.中国肛肠病学[M].济南:山东科学技术出版社,1996.729-766
[2]李敏,李锦秀.多济敷在肛瘘术后的临床应用[J].大肠肛门病外科杂志,2003,9(3):161
[3]周鸣钧,尤志富,范玉宝,等.隧道式对口橡皮筋引流治疗马蹄型肛瘘的临床观察[J].浙江临床医学,2007,9(7):920
[4]张东铭.大肠肛门局部解剖与手术学[M].合肥:安徽科学技术出版社,1998.153-176
[5]刁训启,刘鸿喜.改道截根术治疗复杂性肛瘘 136 例[J].临床军医杂志,2006,34(6):776
[6]熊光辉,余凤英.内堵外灌综合疗法治疗复杂性肛瘘的临床分析[J].中国医药导报,2009,6(23):166
[7]钟英才.旷置切开挂线术治疗复杂性肛瘘 30 例临床观察[J].中国中医急症,2009,18(6):891
[8]梁艳秋,刘东岳.瘘管分段处理肛门肛管整形术治疗复杂肛瘘体会[J].现代中西医结合杂志,2008,17(29):4 612
[9]潘支珍,倪霞红.主管切开挂线支管旷置术治疗高位复杂性肛瘘 52 例[J].中国肛肠病杂志,2006,26(5):13
[10]贾小强.瘘管剔除内口切除缝扎术治疗单纯性肛瘘[J].中国肛肠病杂志,2004,24(5):17
[11]熊腊根,熊金兰.切开挂线对口引流术治疗复杂性肛瘘临床疗效分析[J].大肠肛门病外科杂志,2002,8(3):186-187
[12]梁健民.切挂开窗引流术治疗高位复杂性肛瘘的临床观察[J].现代中西医结合杂志,2001,10(3):198-199
[13]许向彤,王进.切开加半缝合术治疗远距离肛瘘 85 例临床观察[J].河北医学,2009,15(9):1 097
[14]徐飞.皮桥旷置法治马蹄型肛瘘 35 例[J].中国肛肠病杂志,2001,21(5):7