

计, 计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用卡方检验, *P*<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 VAS 评分比较 两组患者治疗前 VAS 评分比较无显著性差异 (*P*>0.05); 两组患者治疗后 VAS 评分较治疗前均有显著性差异 (*P*<0.05), 即两组都可以显著的降低患者的疼痛; 治疗组治疗后 VAS 评分低于对照组 (*P*<0.05), 即治疗组优于对照组。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗组	50	6.1± 1.52	1.63± 1.05
对照组	50	6.2± 1.39	2.53± 1.32

2.2 两组患者总有效率比较 治疗组总有效率为 92.0%高于对照组的 70.0%(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者总有效率比较

组别	<i>n</i>	治愈(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	50	20	26	4	92.0
对照组	50	5	30	15	70.0

3 讨论

功能性肛门直肠痛是一种由非器质性疾病引起的, 且发生在肛门直肠的疼痛。国内外研究尚不能明确本病的发病机制, 但是多数学者认为该病发生与遗传性的内括约肌性疾病、盆底肌肉的不正常运动、心理精神因素、不良坐姿、骨盆手术等有关^[1]。经常采用的缓解疼痛的治疗方法有温水坐浴、短波、局

部按摩、透热治疗、扩肛、口服离子拮抗剂、肌松剂、抗抑郁药等。生物反馈治疗仪在临床上治疗功能性肛门直肠痛, 需要患者坚持较长的疗程, 国外疗程达 8 个月^[4]。

根据“不荣则痛、不通则痛”的中医理论, 结合我们的临床观察, 我们认为功能性肛门直肠痛多是由于气机郁滞导致, 应以温经通络、行气止痛为治疗方法。热敏灸遵循“气至而有效”的理论, 可以动态地个体化激发腧穴, 使经络出现感传的现象, 实现腧穴的“小刺激, 大反应”, 从而达到治疗的目的^[3]。长强、腰俞属于督脉的要穴, 热敏灸长强有解痉止痛的功效, 热敏灸腰俞有理下焦、强腰脊的作用; 次髎是足太阳膀胱经的穴位, 热敏灸该穴位可以达到理下焦、健腰膝的功效; 阿是穴位于肛门部疼痛最明显的部位, 热敏灸阿是穴可以温经止痛。在临床上, 热敏灸腰俞、长强、次髎、阿是穴可以达到温经通络、行气止痛的作用。综上所述, 热敏灸联合生物反馈疗法治疗慢性肛门直肠痛临床疗效满意, 副作用少, 值得在临床上进一步推广应用。

参考文献

[1]林琳, 林征, 朱芬芬. 功能性肛门直肠病与罗马Ⅲ[J]. 胃肠病学, 2006, 11(12): 750-752
[2]陈日新, 陈明人, 康明非. 热敏灸实用读本[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009. 12
[3]薛雅红, 丁曙晴. 功能性肛门直肠痛患者盆底表面肌电的检测及临床意义[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(11): 1803-1806
[4]丁康. 针刺结合生物反馈治疗 62 例功能性肛门直肠痛疗效观察[J]. 中医药信息, 2013, 30(2): 78-80

(收稿日期: 2016-01-14)

切开挂线对口引流术治疗 40 例高位复杂性肛瘘的临床效果观察

曹剑

(湖南省益阳市中心医院 益阳 413000)

摘要: 目的: 分析及探索对高位复杂性肛瘘患者采用切开对口引流术进行治疗的临床效果, 为高位复杂性肛瘘的手术方案选择提供有效依据。方法: 收集 2013 年 11 月~2015 年 11 月我院接诊的高位复杂性肛瘘患者 80 例进行临床研究, 按照随机数字法分成对照组与研究组各 40 例。对照组采用常规治疗方案进行治疗, 研究组采用切开挂线对口引流术治疗。观察和对比两组患者的临床治疗效果和肛肠动力学相关指标的变化情况。结果: 治疗后, 研究组的总有效率显著高于对照组, *P*<0.05; 研究组手术前后的相关肛肠动力学指标均无明显变化, *P*>0.05; 对照组术后的相关肛肠动力学指标均明显低于术前和研究组术后, *P*<0.05。结论: 对高位复杂性肛瘘患者采用切开对口引流术进行治疗, 疗效显著, 安全性高, 值得临床推广。
关键字: 高位复杂性肛瘘; 切开挂线对口引流术; 临床疗效; 肛肠动力学指标

中图分类号: R657.16

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.03.014

高位复杂性肛瘘是肛肠科临床上的一种常见疾病, 其治疗难度相对较大, 且并发症发生率较高, 严重影响了患者的身心健康^[1]。如何选用科学合理的治疗方案对高位复杂性肛瘘患者进行及时有效的临

床治疗, 对于确保手术疗效与改善患者的生活质量具有非常重要的临床意义^[2]。为分析切开挂线对口引流术在该疾病治疗中的临床价值, 本研究收集了 80 例高位复杂性肛瘘患者, 采用不同手术方案进行

治疗。现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2013 年 11 月~2015 年 11 月我院接诊的高位复杂性肛瘘患者 80 例进行临床研究,按照随机数字法分成对照组与研究组各 40 例。对照组中男性 17 例,女性 23 例;年龄 36~66 岁,平均年龄(47.14± 5.43)岁;病程 4 个月~8 年,平均病程(3.37± 1.15)年。研究组 40 例患者中,男性 15 例,女性 25 例;年龄 37~68 岁,平均年龄(47.69± 5.62)岁;病程 5 个月~8 年,平均病程(3.62± 1.41)年。两组患者的性别、年龄及病程等基线资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 入组标准 (1)所有患者均满足高位复杂性肛瘘的相关诊断标准^[2]; (2)均经影像学检查与查体等相关检查确诊; (3)患者及家属均自愿签署《知情同意书》。

1.3 排除标准 (1)有先天性疾病、全身性疾病的患者; (2)有肝、心等严重器官性疾病者; (3)不愿意参与本研究者。

1.4 治疗方法 对照组采用常规治疗方案进行治疗,先采用球头探针沿主管道往内对患者的肛内情况进行探查。探查完毕后缓慢拉出探针,待拉出肛外后,切开口间组织,将肛外的瘢痕与坏死部分切除,以橡皮筋对探针进行扎实固定,且将切口制作成 V 字形。研究组则采用切开挂线对口引流术治疗,先对患者的支管道部位和走向进行检查,可通过直肠指诊或美兰注射等方法进行。然后于患者的肛门后部位做一长约 2.50 cm 左右的人造外口,制作完毕后经该造口以探针进行检查,需保持主管道为 V 字形,以橡皮筋固定高位管道部位的探针。然后再在该支管外口部做一放射状切口,保持两切口间距为 2.15 cm,然后对切口和皮缘进行修正,术后进行常规引流和止血包扎处理。

1.5 疗效评估标准 通过观察患者治疗后的肿痛情况和创面愈合情况对其临床疗效进行评估分析^[3]: (1)显效:治疗后患者的肿痛全部消失,创面充分愈合; (2)有效:治疗后患者的肿痛有一定程度的缓解,创面有一定的愈合,但未完全愈合; (3)无效:治疗后患者的临床症状无明显变化,创面未愈合。

1.6 观察指标 通过评分制^[4]检测两组患者的肛肠动力学指标,包括直肠静息压、肛管静息压和肛管最大收缩压等,对两组患者的肛肠动力学指标的检测结果进行对比,手术前后差异越大,则代表患者的肛门功能受损越严重。

1.7 统计学方法 数据采用 SPSS20.0 软件进行分析处理,计数资料采用 χ^2 检验分析,计量资料采用 t 检验分析。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的临床疗效对比 治疗后,研究组的总有效率为 97.5%,明显高于对照组的 77.5%, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组的临床疗效对比

组别	n	显效[例(%)]	有效[例(%)]	无效[例(%)]	总有效率(%)
研究组	40	23 (57.50)	16 (40.00)	1 (2.50)	97.50
对照组	40	12 (30.00)	19 (47.50)	9 (22.50)	77.50
χ^2		15.365 1	1.142 9	18.285 7	18.285 7
P		0.000 0	0.285 0	0.000 0	0.000 0

2.2 两组肛肠动力学指标变化情况对比 研究组手术前后的肛肠动力学指标无明显变化, $P>0.05$;对照组术后的肛肠动力学指标均明显低于术前和研究组术后, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组肛肠动力学变化情况对比(mmHg, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	直肠静息压	肛管静息压	肛管最大收缩压
研究组	40	术前	1.60± 0.28	11.55± 0.83	15.71± 1.04
		术后	1.54± 0.30	11.40± 0.74	15.42± 1.19
对照组	40	术前	1.61± 0.27	11.53± 0.81	15.70± 1.16
		术后	1.10± 0.77 [#]	8.19± 0.12 [#]	11.17± 1.08 [#]

注:与术前对比,[#] $P<0.05$;与研究组对比,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

肛瘘是临床上一种非常常见的直肠疾病,其发病率约占肛肠疾病总数的 4.15%。高位复杂性肛瘘是一种常见的肛瘘类型,因其病变位高且管道弯曲复杂,故其临床治疗的难度也相对较高,且常合并多种并发症,不仅影响患者的日常生活、工作、学习,还对患者的身心健康产生非常大的影响。因此,采用科学合理的治疗方案对高位复杂性肛瘘患者进行及时有效的临床治疗显得尤为重要。近年来,切开挂线对口引流术在临床上获得了较为广泛的应用,临床经验表明,该术式治疗高位复杂性肛瘘除了成功率较高外,还能够有效提高患者的生活质量^[4-5]。应用切开挂线对口引流术时需注意以下几个要点: (1)明确内口并合理处理; (2)对全部的瘘管进行切除和清除; (3)对肛门括约肌进行恰当的处理; (4)保证创口引流的通常。本研究结果显示,治疗后,研究组的总有效率明显高于对照组, $P<0.05$,证实该术式能够有效提高临床疗效。研究组手术前后的相关肛肠动力学指标均无明显变化, $P>0.05$,证实该术式不会对患者的肛门功能造成较大的影响。综上所述,对高位复杂性肛瘘患者采用切开对口引流术进行治疗,疗效显著,安全性高,值得临床推广。

(下转第 33 页)

者的囊肿包块依然存在。治疗总有效率=(治愈+显效)/总例数×100%。随访一年,观察患者的复发率情况。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS13.00 统计学软件进行处理,计数资料以百分比表示,组间比较行卡方检测。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组的治疗总有效率明显比对照组高;随访 1 年,观察组复发率明显比对照组低,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者总有效率和复发率情况对比[例(%)]

组别	n	治愈	显效	无效	总有效	复发
观察组	76	49(64.47)	23(30.26)	4(5.26)	72(94.74)	5(6.58)
对照组	76	36(47.37)	25(32.89)	15(19.74)	61(80.26)	14(18.42)
χ^2		5.931 3	0.160 1	13.226 2	13.226 2	6.408 5
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

腱鞘囊肿的发病率较高,主要见于足踝部肌腱处、手掌中指关节根部和腕关节处,患者会有明显的疼痛、肿胀、弹响、活动受限等临床症状。囊肿随时间增长会逐渐增大,当囊肿增大压迫神经时就会引发腕管综合征或跗管综合征,给患者造成困扰^[1]。临床上主要采用手术治疗和非手术治疗,手术治疗的主要方法为囊肿摘除术,可以将囊肿直接取出,但是切口大,出血量多,术后存在复发的情况,而且手术治疗的费用高,切口愈合后常形成疤痕,影响美观。囊肿主要部位在四肢浅表,疤痕会对患者的心理造成不利影响。对囊肿直径较大的患者较为适用,但是对于囊肿直径较小、手术不耐受的患者,手术治疗具有一定的损伤,而且耗费人力、物力,患者的治疗顺应性差^[4]。非手术治疗主要有针灸、激素、药物治疗等,目前我国药物治疗腱鞘囊肿的疗效还有待提高,副作用明显,复发率较高。对于病程长达 10 年或以上的囊肿患者,使用药物治疗的疗效还不明显,治疗上具有一定的局限^[5]。根据临床实践,针刀治疗腱鞘囊肿取得了一定成效。针刀属于一种针灸治疗方法,中医将腱鞘囊肿归于“筋结”,其主要因外邪损伤筋脉、慢性劳损,导致湿气郁结于筋脉、气血不畅、

水液不能正常运化,从而出现肿胀、疼痛症状^[6]。采用针刺泻法可以祛除病邪,排除囊肿内液体。针刀是一种新兴技术,它结合中西医特长通过对囊肿进行穿刺排除液体、切割囊肿基层、分离血管及其周围组织、注射消炎止痛药物,可以彻底排除病邪,保护正常血管,分离粘连组织,消炎抗菌^[7]。排除液体可以帮助局部的血液循环,有利于营养达到患处,加快愈合速度。对囊肿基层进行横向、纵向切割可以起到根治的作用,减少复发率。将正常血管挤压到两侧可以减少对正常组织的损伤,减轻临床症状。手辅助排液可以将液体彻底排除,减少残留。注射消炎止痛药物可以杀灭残留炎症分子,术后不需再进行其他药物治疗,有利于功能的恢复。针刀治疗术后不会留疤,而且费用低,疗效好,创伤性小,无副作用,疗效安全可靠,适用于广大腱鞘囊肿患者。

本文通过对采用小针刀治疗的腱鞘囊肿 76 例患者与采用囊肿摘除术治疗的 76 例患者的对比观察发现,观察组治疗总有效率(94.74%)明显比对照组(80.26%)高;随访 1 年,观察组复发率(6.58%)明显比对照组(18.42%)低,说明小针刀治疗腱鞘囊肿的效果比囊肿摘除术好。

综上所述,小针刀治疗腱鞘囊肿疗效好,复发率低,可以反复操作,无禁忌证,而且对正常肌腱的损伤性小,患者恢复时间短,不留疤痕,具有较高的临床应用价值,值得大力推广。

参考文献

[1]白红军,王广平,刘丹.四肢肌内异位腱鞘囊肿的 MRI 影像与病理分析[J].海南医学院学报,2013,19(1):125-127
[2]嘉士健.小针刀齐刺配合改良七厘散治疗腱鞘囊肿临床观察[J].贵阳中医学院学报,2013,35(5):89-90
[3]陈平有,陈学强,陈文.骨内腱鞘囊肿的发病机制及临床和影像学表现研究[J].医学影像学杂志,2011,21(11):1734-1738
[4]贾丁山.腕背侧腱鞘囊肿的小针刀治疗体会 [J]. 中国临床研究,2013,26(9):972-973
[5]王东来,艾均.针刀治疗腕背侧腱鞘囊肿 45 例[J].陕西中医,2012,33(2):218-219
[6]马占才.中西医结合综合治疗腱鞘囊肿 37 例[J].现代中西医结合杂志,2011,20(25):3190-3191
[7]钱平,张鸿斌.小针刀治疗屈指肌腱腱鞘炎 93 例疗效观察[J].颈腰痛杂志,2012,33(5):395-396

(收稿日期: 2016-03-18)

(上接第 29 页)

参考文献

[1]叶茂,龚光辉,焦鹏富.主管切开引流支气管拖线治疗复杂性肛瘘 60 例临床观察[J].实用中西医结合临床,2010,10(1):67
[2]张艳珠.手术结合中药治疗肛瘘 220 例[J].中国民族民间医药杂志,2010,19(16):130-131

[3]马淑云,钱剑秋,钱剑弘.切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘的体会[J].医学信息(中旬刊),2011,24(6):2852-2853
[4]虞哲波.切开挂线对口引流术治疗复杂性肛瘘 108 例临床观察[J].浙江临床医学,2011,13(3):285-286
[5]王永平.切开挂线对口引流术治疗复杂性肛瘘临床观察[J].中外健康文摘,2012,9(27):140-140

(收稿日期: 2016-03-08)