

无弹力自锁挂线结合拖线治疗高位复杂性肛瘘的临床研究

唐勇^{1,2} 艾丽芳³ 周振理⁴

(1 天津中医药大学 2014 级博士研究生 天津 300193; 2 江西中医药大学附属医院 南昌 330006; 3 江西中医药大学 2014 级硕士研究生 南昌 330006; 4 天津南开医院 天津 300100)

摘要:目的:观察无弹力自锁挂线结合拖线治疗高位复杂性肛瘘的临床疗效。方法:将 60 例高位复杂性肛瘘随机分为治疗组和对照组,每组 30 例,治疗组采用无弹力自锁式挂线结合拖线治疗高位复杂性肛瘘;对照组采用传统切开挂线术治疗高位复杂性肛瘘,并进行对比观察。结果:治疗组与对照组总显效率分别为 93.3%和 90.0%,无明显差异($P>0.05$),但两组间的疗程、肛门功能情况存在显著差异($P<0.05$)。结论:在治疗高位复杂性肛瘘时,无弹力自锁式挂线结合拖线治疗与传统切开挂线术相比,具有手术操作简便、对组织损伤小、痛苦小、疗程短、肛门功能保护好等优点,该技术式的应用使得高位复杂性肛瘘治疗更加简便、安全、有效。

关键词:高位复杂性肛瘘;无弹力自锁式挂线;拖线

Clinical Study of Inelastic and Self-holding Seton Operation with Thread-dragging Therapy in Treatment of High Complex Anal Fistula

TANG Yong^{1,2}, AI Li-fang³, ZHOU Zhen-li⁴

(1Ph.D Candidate of 2014 in Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin300193;

2The Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanchang330006;

3Master Candidate of 2014 in Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanchang330006; 4Tianjin Hospital of Nankai, tianjin300100)

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of inelastic and self-holding seton operation with thread-dragging therapy in treatment of high complex anal fistula. Methods: Sixty cases of high complex anal fistula were randomly divided into two groups. Thirty cases in the treatment group were treated with inelastic and self-holding seton operation with thread-dragging therapy. The other 30 cases in control group were treated with conventional incision and thread-drawing technique. Results: The cure rate of the treatment group and the control group were 93.3% and 90.0% respectively, the difference showed no statistical significance ($P>0.05$). There were significant difference in course of treatment, and anal function between the two groups ($P<0.05$). Conclusion: The inelastic and self-holding seton operation with thread-dragging therapy is an effective and safe procedure for high complex anal fistula.

Key words: High Complex Anal Fistula; Inelastic and self-holding seton; Thread-dragging therapy

中图分类号:R657.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.002

中医学的挂线法一直是国内治疗肛瘘的主要手术方法,其利用橡皮筋以线代刀慢性切开及异物刺激的作用,使括约肌组织缓慢分离,并使其断端与周围组织粘连固定,从而避免肛门失禁等并发症的发生。但单纯挂线法在治疗高位复杂性肛瘘方面也存在着操作不便、不易操控较为明显等不足。如果术中切除过多则易引起肛门变形,瘢痕大、愈合时间长等不良后果。本研究采用无弹力自锁挂线结合拖线治疗高位复杂性肛瘘,首先避免了大面积肛周组织的切除,减少瘢痕形成,从而避免了肛门移位和肛门失禁等并发症,有效地保护了肛门原有外形和正常生理功能,而且与传统挂线法比较,该法有操作简便、紧线便捷、愈合时间短、创面小、患者疼痛轻、肛门功能保护更好、费用低廉等优点。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择 本文收集 2011 年 9 月~2016 年 7 月江西中医药大学附属医院收治的高位复杂性肛瘘住院患者 60 例。其中男 43 例,女 17 例,年龄最小 26 岁,最大 67 岁,病程 3 个月~11 年,将 60 例患者

随机(随机数字表法)分为对照组和治疗组,每组 30 例。

1.2 诊断标准 依据 2002 年中华中医药学会肛肠分会专业委员会讨论通过的诊断标准^[1]:高位复杂性肛瘘是有两个以上外口,有两个以上管道与内口相连或并有支管空腔,其主管通过外括约肌深层以上,侵犯耻骨直肠肌/肛提肌以上者^[1]。

1.3 排除标准 (1)年龄在 18 周岁以下或者 65 岁以上;(2)结核病(Tuberculosis)、克罗恩病(Crohn's Disease)、慢性溃疡性结肠炎(UC)等疾病引发的特异性肛瘘;(3)哺乳期、妊娠期妇女;(4)合并心脑血管疾病、肝病、肾病、造血系统疾病或精神病患者;(5)合并影响伤口愈合的疾病,如营养不良、贫血、糖尿病等代谢性疾病;(6)已行多次肛门手术患者。

1.4 治疗方法

1.4.1 术前准备 详细询问病史,完成各项常规检查(血常规、尿常规,凝血四项,肝功,肾功,血糖,糖化血红蛋白,血脂,肝炎系列,梅毒检测,HIV 抗体,心电图,胸部正侧位片,腹部彩超)和局部检查(肛门

视诊、指诊、肛门镜检查),排除手术及麻醉禁忌症。

1.4.2 手术操作步骤 治疗组:骶麻成功后取侧卧位,会阴部常规消毒,铺无菌巾单,先以探针从外口探入,沿瘘管探清主管、内口位置及深浅,在内口相对应的肛缘作一梭形切口至齿状线,剪除瘘管处皮肤及皮下组织。用探针向内口方向探入,自内口处探出,引入自锁式尼龙扎带,将扎带插入锁孔内。适当结扎内口两侧的肛窦及黏膜部分,将自锁式尼龙扎带收紧,用探针仔细探查肛瘘支管与窦腔,在各支管外口或窦道顶端作放射状的梭形切口,剪除切口内皮肤及外口周围组织,扩大外口,再用探针探查支管,并从支管末端探出,若支管末端无溃破口,可于末端处切开皮肤,作一切口出探针,然后在探针圆头处套扎 6~8 股 10 号丝线,将丝线由探针引入穿过管腔,两端丝线合起打一宽松的结(此 6~8 股丝线即为拖线),使拖线可在管腔内来回抽动为度,如果它处另有支管,仍按同样方法予以拖线,若主管外口距肛缘 4 cm 以外,较长则在距肛缘 1.5~2 cm 处的瘘管上另切开一口,此切口与瘘管外口间也采用拖线处理,通向内口的瘘管仍采用切开或橡皮筋挂线治疗,最后清洁创面,彻底止血,切开处创面用红油膏纱条填塞,支管外部拖线撒上八二丹,抽动拖线将带有八二丹部分的拖线抽入管腔内。彻底止血,结扎活动性出血后,凡士林纱条嵌入创腔,外盖无菌敷料压迫,胶带固定。术毕。对照组:骶麻成功后取侧卧位,会阴部常规消毒,铺无菌巾单,用球头探针,将探针从瘘管外口轻轻的向内探入,另一食指伸入肛内引导协助探针,沿瘘管底部轻柔地探查,找到内口探通内口,将球头探针拉出,以橡皮筋结扎于探针球头部,通过瘘管拉出外口,将橡皮筋两端收拢,提起橡皮筋,切开瘘管内、外口之间的皮肤及皮下组织,拉紧橡皮筋,紧贴皮下切口用止血钳夹住,在止血钳下方用粗丝线收紧橡皮筋,并双重结扎之。然后在结扎线外 1.5 cm 处剪去多余的橡皮筋。松开止血钳,用红油膏纱布条填塞伤口压迫止血,外垫纱布,宽胶布固定。将剩余瘘管探明并切开呈上宽下窄的“V”形,彻底止血,结扎活动性出血后,凡士林纱条嵌入创腔,外盖无菌敷料压迫,胶带固定。术毕。

1.4.3 术后处理 术后常规休息、慎食,疼痛较剧者,予曲马多等药物镇痛处理。抗生素抗感染治疗,术后第 2 日常规换药,保持术区引流通畅,予红油膏敷于创面,并且予以八二丹撒入药线后旋转,使药物进入瘘管管腔,以祛腐生肌。术后紧线:术后 1 周收紧扎带以保持其张力,根据瘘管的深浅,最好在术后 11 d 左右让自锁式尼龙扎带或橡皮筋自行完整脱

落。

1.5 评价标准

1.5.1 根据中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》^[2] 无效:症状及体征均无变化;有效:症状改善,病灶或伤口缩小;显效:大部分症状改善,病灶或伤口基本愈合;痊愈:症状及体征均消失,伤口愈合。

1.5.2 肛门功能检测 测量对照组和治疗组手术前后肛管收缩压、直肠静息压、肛管静息压等。

1.5.3 肛门失禁评分标准 参照 Browning 和 Parks 的肛门功能评估标准^[3]拟定评分标准如下:0 分:能够控制固体、液体及气体;2 分:能够控制固体、液体,但不能控制气体;4 分:能够控制固体,但不能控制液体及气体;6 分:不能控制固体、液体及气体。

1.6 统计学处理 数据处理采用 SPSS13.0 统计学软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗组总有效率为 93.3%,对照组总显效率为 90.0%,无统计学差异($P > 0.05$),说明两种术式疗效无明显差异。见表 1。

表 1 两组疗效比较[例(%)]						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总显效
治疗组	30	24(80.0)	4(13.3)	2(6.7)	0(0.0)	28(93.3)
对照组	30	21(70.0)	6(20.0)	3(10.0)	0(0.0)	27(90.0)

2.2 两组疗程比较 治疗组和对照组在住院时间及创面痊愈时间上有非常显著性差异($P < 0.01$),治疗组明显短于对照组,提示无弹力自锁式挂线配合拖线治疗高位复杂性肛瘘有效地缩小了手术创伤范围,缩短创口愈合时间。见表 2。

表 2 两组疗程比较(d, $\bar{x} \pm s$)			
组别	n	平均住院时间	平均创面痊愈时间
治疗组	30	17.2 $\pm$ 4.31	25.3 $\pm$ 4.1
对照组	30	28.4 $\pm$ 5.82	43.7 $\pm$ 9.4

2.3 两组术后肛门功能比较 患者肛门失禁情况和指诊情况进行积分,比较各组肛门括约功能情况,发现治疗组与对照组之间有显著性差异($P < 0.05$),提示无弹力自锁式挂线配合拖线治疗高位复杂性肛瘘有效地保留了肛门皮肤、保护了肛管括约肌,与传统切开挂线术相比,较好地维护了肛门功能。见表 3。

表 3 两组术后肛门功能情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	n	肛门失禁平均积分	肛门功能指诊平均积分
治疗组	30	0.68 $\pm$ 1.12	0.83 $\pm$ 1.17
对照组	30	1.38 $\pm$ 1.04	1.58 $\pm$ 1.34

2.4 术后肛管收缩压 两组肛管收缩压手术前后比较, $P<0.01$, 有显著性差异, 说明术后治疗组 and 对照组肛管收缩压有不同程度的降低。但术后治疗组 and 对照组肛管收缩压比较, $P>0.05$, 无显著性差异。见表 4。

表 4 两组肛管收缩压变化比较 (kPa, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后
治疗组	30	18.93 $\pm$ 1.97	11.13 $\pm$ 2.83
对照组	30	17.81 $\pm$ 2.01	12.09 $\pm$ 1.96

4 讨论

高位复杂性肛瘘是肛肠科疑难病症之一, 治疗上难度较大。从临床疗效来看, 非手术疗法可以控制感染、缓解症状、影响疾病进展, 但不能完全治愈, 很容易复发。目前手术是治疗高位复杂性肛瘘最有效、最彻底的方法。挂线方法是解决这一问题的比较完善的手段, 应用于临床多年, 目前挂线技术被广泛接受, 并且在高位肛瘘手术中疗效满意。挂线可以在局部形成慢性炎症反应, 之后组织纤维化可以防止括约肌的回缩。然而, 挂线材料的选择主要依靠个人的习惯和喜好, 不同的挂线技术的优点和缺点尚不明确。传统手术治疗高位复杂性肛瘘, 用橡皮筋挂线是目前主流的治疗手段。用橡皮筋挂线临床操作难度较大, 尤其对低年资医务人员来说, 挂线的操作相对复杂, 过程需要两人或多人配合默契, 挂线橡皮筋的弹力无量化标准, 术中操作需要多年临床经验。在多年的临床研究发现, 通过无弹力自锁式挂线配合拖线疗法治疗高位复杂性肛瘘, 治愈率并不亚于其它橡皮筋挂线法, 而在临床操作方面、缩短愈合时间等方面有一定的优势。因此, 我们试图通过术式及引流材料的合理改变, 寻求一种能更好的提高疗效、减轻患者痛苦的治疗方法。我们用于治疗挂线工具是合成化纤束带, 约 10 cm 长, 0.1 cm 宽, 是高分子聚酰胺纤维聚合物。自锁式尼龙锁带用了棘轮装置将两端捆扎, 且费用低廉、对人体无害、易灭菌。操作简便; 而用自锁式无弹力挂线技术挂线治疗高位复杂性肛瘘, 自锁式尼龙锁带用了棘轮装置将两端捆扎, 无需打结, 不会松弛。其使用安全, 对人体无害: 自锁式尼龙扎带使用无毒无味, 不易过敏, 生物相容性佳, 使用过程中不会产生由此产生手疼痛和不适。

拖线疗法用于治疗复杂性肛瘘, 可以减轻传统手术创面过大, 肛门外观、功能缺失等方面的问题, 所以两者结合起来可以用于高位复杂性肛瘘。拖线

治疗高位复杂性肛瘘的优点: 切开少, 术后肛门瘢痕较小, 和外科微创趋势相符; 不切开瘘管管道, 仅在肛瘘瘘管作多处放射状主切口及小切口, 且切口均沿着皮肤纹理, 切开少, 术后肛门瘢痕小, 符合外科微创趋势。开放的切口引流通畅。在这样良好的局部环境下, 上皮生长、覆盖创面较佳, 瘢痕形成的面积就会较大幅度地减低, 术后切口痊愈仅会形成线形微小瘢痕。拖线是继承传统挂线基础上吸收现代医学解剖知识发展起来的中西医结合治疗方法, 也充分体现“药线日下, 肠肌随长, 僻处即补, 小逐浅流, 鹅管内消”的中医理念, 体现了现代微创的医学理论; 换药便利, 术后疼痛反应小, 我们在术中行两切口间挂浮线, 在术后换药时得到明显便利; 换药时仅需适当拖动浮线, 清除附着于浮线上的分泌物, 待分泌物减少即可拆除浮线, 及时顺应瘘管隧道闭合。这样做, 不仅换药操作简便, 而且避免了反复擦拭对伤口的刺激, 大大减少了患者术后换药疼痛, 我们的试验也验证了这一点。同时因手术切口相对更小, 且避免了缝线勒割, 故术后疼痛反应小。

红油膏组成有凡士林、九一丹、东丹(红丹, 或称铅丹), 红油膏换药“祛腐生肌”, 促进创面愈合。中医将创面愈合规律辨证的概括为“腐去肌生”, “腐”即坏死组织, “肌”即肉芽组织, 且“腐去肌生”, “肌生腐去”的辨证过程是一个从量变到质变的动态过程。清代吴谦在《医宗金鉴》中强调: “腐不去则新肉不生……盖去腐之药乃疡科之要药也。”有研究表明^[3-4]: 红升丹能抑制金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、大肠杆菌、变形杆菌、乙型副伤寒杆菌等。采用无弹力自锁挂线结合拖线治疗高位复杂性肛瘘效果令人满意, 首先避免了大面积肛周组织的切除, 减少瘢痕形成, 从而避免了肛门移位和肛门失禁等并发症, 有效地保护了肛门原有外形和正常生理功能, 与传统挂线法比较, 该法有操作简便、紧线便捷、愈合时间短、创面小、患者疼痛轻、肛门功能保护更好、费用低廉等优点, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 中华中医药学会肛肠分会. 痔、肛瘘、肛裂、直肠脱垂的诊断标准 (试行草案)[S]. 中国肛肠病杂志, 2004, 24(4): 42-43
[2] 国家中医管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 132-133
[3] Sungurtekin U, Sung urtekin H, Kabay B, et al. (2005) Anocutaneous V-Y Advancement Flap for the Treatment of Complex Perianal Fistula[J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(12): 2178-2183
[4] 辽宁中医学院中医系卫生防疫教研组. 中药九一丹抗菌作用研究[J]. 辽宁中医杂志, 1977, 20(S1): 48-50