

3 讨论

腹壁切口疝的诱因包括切口过长,术者操作不熟练,患者应用免疫抑制剂或吸烟等^[2]。该病一旦发生,缺损周围的筋膜、肌肉会由于丧失支撑而开始萎缩,抗张力下降,疝囊增大,除无法耐受手术、年老体弱者应用弹性腹带以防疝块突出外,其余均应选择手术治疗^[3]。常用的手术方法为具有百年历史的开放式腹壁切口疝修补术,术式包括 Underlay、Sublay、Onlay、Inlay 技术,但均顺着原手术切口将原有的手术瘢痕切除,对粘连进行分离,游离疝囊,还纳疝内容物,于合适的位置置放人工补片后加强腹壁^[4],其缺点为手术游离面较广,出血多,创伤大,不易操作,术后易感染并发症等^[5]。

本研究对比分析了腹腔镜与开放手术治疗腹壁切口疝的临床疗效。LVHR 具如下优势:(1)腹腔镜下手术可减少创伤和减轻疼痛,基本不会影响胃肠功能,治疗后无需应用镇痛剂^[6];(2)术野更加清晰与开阔,可清楚观察到手术范围及附近脏器情况,不会被肥胖、腹壁较厚等因素所干扰,有效避免漏诊、

误诊;(3)切口美观且小,可降低切口感染等并发症的发生风险^[7]。研究结果显示,治疗组手术时间、平均出血量、肛门排气时间、下床活动时间、住院时间、术后并发症发生率及复发率均明显低于对照组($P<0.05$)。综上所述,LVHR 可有效治疗腹壁切口疝,手术时间短,术中出血量少,利于患者早期康复,节省住院时间和费用,减少术后并发症发生和复发率,具有临床推广应用价值。

参考文献

[1]王忠臣,王鑫,孙微微.腹腔镜与开放手术治疗老年腹壁切口疝对比分析[J].中国现代药物应用,2016,10(12):13-14
[2]杨友成,陈政波,谭李阳,等.腹腔镜联合开放手术方式修补腹壁切口疝[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2015,9(6):32-34
[3]杨清羽,张贤坤,贺春燕,等.腹腔镜与开放手术治疗腹壁切口疝的对比研究[J].现代肿瘤医学,2015,23(20):2997-3000
[4]倪谢根,钟伟.腹腔镜腹壁切口疝修补术 10 例临床体会[J].安徽医药,2015,19(8):1561-1562
[5]郭军,康英杰,秦亚东.开放式手术与腹腔镜手术治疗腹壁切口疝的对比研究[J].中华普通外科学文献(电子版),2015,9(3):216-218
[6]滕晓平,任旋磊,沙洪存,等.腹腔镜腹壁切口疝修补术的临床研究[J].现代实用医学,2015,27(5):643-645
[7]王怀志,赵国强,苑军正.腹腔镜治疗腹壁切口疝 36 例临床分析[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2015,9(1):32-34

(收稿日期:2017-03-17)

间断暴露瘘道不挂线法治疗高位单纯性肛瘘的价值研究

陈淑君 张双喜 #

(河南中医药大学第一附属医院肛肠科 郑州 450000)

摘要:目的:探讨间断暴露瘘道不挂线法在高位单纯性肛瘘治疗中的应用价值。方法:选取 2015 年 1 月~2016 年 12 月我院收治的高位单纯性肛瘘患者 60 例,随机分为对照组和干预组各 30 例。对照组给予传统切开挂线术治疗,干预组给予间断暴露瘘道不挂线法治疗,比较两组患者临床疗效。结果:两组患者手术治疗总有效率比较无显著性差异($P>0.05$);干预组手术创面愈合时间、术后 1 周疼痛评分均低于对照组,肛门控便能力评分高于对照组($P<0.05$);干预组并发症发生率低于对照组($P<0.05$)。结论:间断暴露瘘道不挂线法治疗高位单纯性肛瘘,术后疼痛轻,创面愈合时间短,可有效改善肛门功能,降低术后并发症发生率。

关键词:高位单纯性肛瘘;间断暴露瘘道不挂线法;应用价值

中图分类号:R657.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.020

高位单纯性肛瘘是指瘘管位于外括约肌深层以上且只伴有一个瘘管的肛瘘,具有手术困难、复发率高、愈合时间长等特点,易引发肛门畸形、感染等并发症^[1]。本研究探讨间断暴露瘘道不挂线法在高位单纯性肛瘘治疗中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2016 年 12 月本院收治的高位单纯性肛瘘患者 60 例,随机分为对照组和干预组各 30 例。干预组男 20 例,女 10 例;年龄 21~68 岁,平均年龄(48.34±2.12)岁;发病时间 1~23 个月,平均发病时间(9.13±3.22)个月。对照组男 18 例,女 12 例;年龄 21~67 岁,平均年龄(48.19±2.14)岁;发病时间 1~23 个月,平均发病时

间(9.25±3.21)个月。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:无手术禁忌证者;瘘管穿越外括约肌深层以上,内口在相对齿线处且直结肠腔内无破溃口者。排除标准:精神病患者;妊娠期或经期、哺乳期女性;造血、凝血功能障碍者;伴有心脏病、高血压、急性传染病者;外伤所致高位肛瘘者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 予以传统切开挂线术治疗。腰麻完成后,取侧卧位,常规消毒铺巾;左手食指在肛内引导,右手执球头探针,顺瘘管外口探入肛内,用探针顶端探查瘘管内口,找到齿线处内口后,探针顶端穿

通讯作者:张双喜, E-mail:workzxsx@126.com

入肠腔,切开肛管皮肤到齿线位置后深部挂线。

1.3.2 干预组 给予间断暴露瘻道不挂线法,但深部瘻道给予搔刮后置管引流治疗。麻醉方式和体位同传统组。用碘伏棉球消毒肛管,从外口往瘻管内注入双氧水,肛门镜下观察有气泡冒出,出气泡处即为内口处;探针顺着瘻管进行探查,左手食指在肛内引导,于内口对应处距肛缘 2 cm 处,做一人工切口,原始外口做梭形切开,彻底切除瘻管壁和坏死组织,使原始外口和人工外口相通,修整切口,在两口之间置入引流管,保持引流通畅;圆头探针继续往内口近心端探寻,直至无法从直肠腔探出,切开剩余组织至内口处,扩大内口,彻底引流通畅;纱条填塞创面并用宽胶布压迫、丁字带固定^[2-3]。

1.4 观察指标和疗效评定标准

1.4.1 观察指标 比较两组患者手术治疗总有效率、创面愈合时间、术后 1 周疼痛评分、肛门控便能力评分及并发症发生率。

1.4.2 疗效评定标准 显效:创面愈合,流脓、疼痛、瘙痒和坠胀等消失;有效:创面基本愈合,流脓、疼痛、瘙痒和坠胀等好转;无效:未达到上述标准。手术治疗总有效率 = 显效率 + 有效率^[4]。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS22.0 统计软件,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验,计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术治疗总有效率比较 两组患者治疗总有效率比较差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者手术治疗总有效率比较					
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
对照组	30	18	10	2	93.33
干预组	30	18	11	1	96.67
χ^2					0.237
P					0.841

2.2 两组患者并发症发生率比较 干预组并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较				
组别	n	肛门畸形(例)	创面感染(例)	发生率(%)
对照组	30	2	2	13.33
干预组	30	0	0	0.00
χ^2				5.624
P				0.023

2.3 两组手术创面愈合时间、术后 1 周疼痛评分、肛门控便能力评分比较 干预组手术创面愈合时

间、术后 1 周疼痛评分均低于对照组,肛门控便能力评分高于对照组, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。见表 3。

表 3 两组手术创面愈合、术后 1 周疼痛、肛门控便能力比较($\bar{x} \pm s$)			
组别	创面愈合时间(d)	术后 1 周疼痛评分(分)	肛门控便能力评分(分)
对照组	27.39± 2.77	3.39± 0.57	0.91± 0.21
干预组	18.51± 1.41	1.51± 0.61	3.61± 0.59
t	8.279	9.013	10.724
P	0.000	0.000	0.000

3 讨论

高位单纯性肛瘻位于肛管直肠环平面以上,发病率较高,患者肛门易受刺激,局部皮肤痒痛不适伴有脓液溢出,极易发展为复杂性肛瘻。目前,临床对于高位单纯性肛瘻,主张早期手术治疗,消除瘻管^[6]。正确处理好内口是手术成功的关键,只有明确内口位置并切除周围炎性病灶,才能彻底将肛瘻治愈,降低术后复发率。但高位单纯性肛瘻外口距肛缘远,病变位置高,治疗难度大。传统切开挂线术主要是通过以线带刀,使挂线起到标记、切割和引流作用,固定括约肌周围组织和断端的粘连,避免断端因切断而回缩或导致括约肌失禁,但治疗过程中可对患者局部的炎性反应产生刺激作用,容易并发创面感染和肛门畸形^[7]。间断暴露瘻道不挂线法治疗高位单纯性肛瘻,不勒断肛直环,可减少肛门周围皮肤损伤,减轻患者术后疼痛,有效保护肛门括约肌功能,促进患者术后康复^[8]。

研究结果显示,两组患者手术治疗总有效率比较无显著性差异($P > 0.05$);干预组手术创面愈合时间、术后 1 周疼痛评分、并发症发生率均低于对照组,肛门控便能力评分高于对照组($P < 0.05$)。综上所述,间断暴露瘻道不挂线手术治疗高位单纯性肛瘻疗效确切,术后疼痛轻,创面愈合时间短,可有效改善患者肛门功能,降低术后并发症的发生,具有较高的临床应用价值。

参考文献

[1]李伟彬.间断暴露瘻道不挂线法在高位单纯性肛瘻治疗中的应用效果观察[J].中国卫生标准管理,2016,7(7):42-43
[2]荀绍山,曾莉,阎赵飞.PPH 术联合肛瘻切除术治疗混合痔合并低位单纯性肛瘻临床研究[J].河北医药,2016,38(14):2197-2199
[3]王保华.肛瘻切除 I 期缝合术在低位单纯性肛瘻治疗中的应用[J].中外医疗,2016,35(3):79-80
[4]唐勤富,曾伟.离子刀配合中药熏洗治疗高位单纯性肛瘻临床随机对照研究[J].临床与病理杂志,2016,36(7):996-1000
[5]黄德铨,陈敏,唐太春,等.离子刀配合中药熏洗治疗高位单纯性肛瘻临床研究[J].西部医学,2016,28(5):695-697,701
[6]刘庆余.当白生肌膏与雷夫诺尔在肛瘻术后换药的疗效对比[J].东南国防医药,2016,18(2):165-167
[7]姚井州.肛瘻切除基底部缝合术治疗低位单纯性肛瘻临床疗效观察[J].心理医生,2016,22(14):92-93
[8]陈平.低位单纯性肛瘻行肛瘻切除 I 期缝合术治疗的有效性观察[J].临床医学研究与实践,2016,1(20):55,57

(收稿日期: 2017-03-01)