

经括约肌间瘘管结扎术治疗对经括约肌肛瘘术后患者疼痛、肛门功能的影响

林雁博 杨为民

(广东省汕头市龙湖区第二人民医院外科 汕头 515000)

摘要:目的:探讨经括约肌间瘘管结扎术对经括约肌肛瘘术后患者疼痛、肛门功能的影响。方法:将 2017 年 4 月~2019 年 4 月收治的 81 例经括约肌肛瘘患者随机分为对照组和观察组,对照组 40 例给予切开挂线法,观察组 41 例给予经括约肌间瘘管结扎术治疗。观察两组临床相关指标、手术前后肛门功能、并发症发生情况,及术后 3 个月复发率。结果:观察组创面面积较对照组小,术中出血量较对照组少,创面愈合时间较对照组短,术后 24 h 疼痛评分较对照组低($P<0.05$);观察组术后内、外括约肌动作电位平均时限较对照组长,肛管静息压和最大收缩压较对照组高($P<0.05$);观察组并发症发生率、术后 3 个月复发率较对照组低($P<0.05$)。结论:采用经括约肌间瘘管结扎术治疗经括约肌肛瘘患者,可减轻患者手术创伤,改善术后疼痛,促进肛门功能恢复,降低并发症发生率和复发率。

关键词:经括约肌肛瘘;经括约肌间瘘管结扎术;切开挂线法

中图分类号:R657.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.05.063

肛瘘是肛门直肠周围脓肿等所致,主要侵犯肛管,可分为内口、外口、瘘管三部分。外口和内口分别位于肛周区、近齿线部分,一般无法自愈^[1],常需予以手术治疗,以充分引流、破坏内口、清除坏死组织、切除瘘管等,保证创面自基底向上愈合^[2]。传统切开结合挂线的手术方式可在处理病灶的同时利用结扎线对管道进行机械性切开,降低断端炎症粘连发生风险。但术中肛门括约肌切开或者勒开,将对肛门功能造成一定程度的破坏,进而增加术后疼痛不适,且不利于肛门功能恢复^[3]。经括约肌间瘘管结扎术(LIFT)是经解剖间隙作为手术入路,可降低对内外括约肌的损伤,其用于肛瘘患者治疗的效果值得研究。基于此,本研究探讨了 LIFT 治疗对经括约肌肛瘘术后患者疼痛、肛门功能的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将我科 2017 年 4 月~2019 年 4 月收治的 81 例经括约肌肛瘘患者随机分为对照组 40 例和观察组 41 例。其中对照组男 22 例,女 18 例;年龄 20~45 岁,平均(41.20 ± 6.25)岁;病程 1~3 年,平均(2.01 ± 0.26)年;瘘管位置:侧后方 11 例,后侧 20 例,前侧 9 例。观察组男 21 例,女 20 例;年龄 21~48 岁,平均(40.96 ± 6.35)岁;病程 1~3 年,平均(2.03 ± 0.22)年;瘘管位置:侧后方 10 例,后侧 23 例,前侧 8 例。两组一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准。纳入标准:(1)符合经括约肌肛瘘诊断标准,经影像学、直肠指检等确诊^[4];(2)符合手术适应证;(3)为初次诊断;(4)患者及家属对本研究内容知情,并签署知情同意书。排除标准:(1)伴急性脓

肿形成;(2)伴其他肛周疾病;(3)合并直肠息肉、肿瘤等;(4)处于妊娠期或哺乳期。

1.2 治疗方法 两组术前均进行常规检查和准备,明确瘘管位置和走行,然后进行手术治疗,手术由同一组医师操作。对照组予以切开挂线法治疗:探针经外口向内口进入后穿出,切开皮肤,将外口瘢痕组织以及周围坏死的瘘管组织一一切除,然后对创面进行修剪,呈现“V”形;将丝线与橡皮筋系于探针下方,橡皮筋另一端用血管钳夹住拉紧后用丝线结扎并固定在肛周;再次确认无分支瘘管后切除,用凡士林纱布填塞创面,包扎固定。术后根据具体情况收紧缝线直至瘘管组织完全脱落。观察组予以 LIFT 术治疗:在括约肌间沟瘘管处行切口(弧形状),向下分离组织,暴露瘘管,瘘管前壁打开的同时缓慢退出带线探针,在括约肌间沟处将丝线引出;经瘘管切断内括约肌下缘处瘘管,并缝合断端;沿肛瘘外口边缘行切口(环形),分离管壁及其周围组织,剥离瘘管组织至括约肌间沟处,保留瘘管周围正常组织,从外口牵出已经剥离的瘘管组织;对手术创面进行冲洗后将括约肌间沟切口缝合,外口用油纱填塞,术毕。术后均观察 3 个月。

1.3 观察指标 观察两组临床相关指标、手术前后肛门功能、并发症发生情况,及术后复发率。(1)临床相关指标,记录术中出血量、创面面积,术后 24 h 视觉模拟疼痛评分(VAS 评分,总分 10 分,分高疼痛重)及创面愈合时间;(2)肛门功能,手术前后采用盆底肌电图仪(型号 RAYEE-A)对收缩时内、外括约肌动作电位(MUP)平均时限进行测定;采用多功能胃肠动力学检查系统(型号 XDJ-S8)对肛管静息压、最大收缩压进行测定;(3)并发症发生情况及复

发率,记录术后感染、尿潴留等并发症发生情况,术后 3 个月复发情况。

1.4 统计学分析 数据录入 SPSS22.1 统计学软件中分析。计数资料用%表示,采用 χ^2 检验;计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床相关指标对比 观察组术中创面面积较对照组小,术中出血量较对照组少,创面愈合时间较对照组短,术后 24 h VAS 评分较对照组低

($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床相关指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	创面愈合时间(d)	术后 24 h VAS 评分(分)	创面面积(cm ²)	术中出血量(ml)
观察组	41	22.01± 3.21	1.95± 0.23	3.23± 0.36	33.21± 4.63
对照组	40	31.36± 1.35	2.36± 0.36	4.26± 0.58	39.68± 6.74
t		17.160	6.091	9.575	5.024
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组肛门功能对比 观察组术后内、外括约肌 MUP 平均时限较对照组长,肛管静息压和最大收缩压较对照组高($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组肛门功能对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	MUP 平均时限(ms)				肛管压力(mm Hg)			
		外括约肌		内括约肌		肛管静息压		肛管最大收缩压	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
观察组	41	6.72± 1.23	6.41± 1.15*	7.72± 2.03	7.46± 1.59*	47.26± 5.23	45.26± 4.95*	185.23± 16.57	172.26± 14.35*
对照组	40	6.73± 1.25	5.23± 1.23*	7.69± 2.06	6.51± 1.03*	47.31± 5.26	36.25± 3.85*	184.98± 16.61	161.24± 13.73*
t		0.036	4.457	0.066	3.199	0.043	9.157	0.068	3.532
P		0.971	<0.001	0.948	0.002	0.966	<0.001	0.946	0.001

注:与同组术前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组并发症及复发情况对比 观察组并发症发生率、术后 3 个月复发率均较对照组低 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组并发症及复发情况对比[例(%)]

组别	n	术后感染	尿潴留	并发症总发生	总复发
观察组	41	1(2.44)	1(2.44)	2(4.88)	1(2.44)
对照组	40	4(10.00)	5(12.50)	9(22.50)	8(20.00)
χ^2				3.961	4.667
P				0.046	0.031

3 讨论

肛瘻因无法自愈,故临床多采用手术治疗,将瘻管完全切开,充分引流后对肛门括约肌进行处理,促使创面愈合。切开挂线法是以往临床常规采用的术式,但其会对肛管正常解剖结构造成破坏,损伤括约肌和肛管,创面相对较大,疼痛持续时间较长,甚至影响术后肛门功能的恢复^[9]。为此,探求合理的手术方式以降低对肛门解剖结构的破坏,是促进术后肛门快速康复的关键。

LIFT 是经括约肌间沟入路处理和结扎瘻管,其符合正常解剖生理结构,且在整个瘻管分离和结扎的过程中始终和肌纤维平衡,可避免对括约肌造成损伤,减轻疼痛,有效阻断感染。同时结扎闭合括约肌间沟瘻管,确保内口下方肛腺组织闭合,以最大限度保留肛门功能。

本研究观察组术中创面面积较对照组小,术中出血量较对照组少,创面愈合时间较对照组短,术后 24 h VAS 评分较对照组低($P<0.05$),说明 LIFT 可通过减少对机体的创伤,缓解疼痛,促进快速恢复。LIFT 利用生理解剖路径 - 括约肌间沟作为手术入

路^[9],沿正常生理间隙走行,可避免对内外括约肌造成损伤,创面相对较小,以减少术中出血,并可保证创口引流通畅,促进术后创面愈合。用时其未对括约肌和肛管进行牵拉和切除,最大限度保证了肛管的完整性,以缩短术后疼痛持续时间。

肛门功能的恢复是肛瘻患者术后快速康复的关键,肛管压力测定和盆底肌电图是评价肛门功能的客观指标,其中随意肌收缩时产生的 MUP 平均时限长短可反映肌肉功能,其水平高低与肌肉收缩能力呈正相关。内、外括约肌则是维持肛管压力,辅助排便的主要肌群^[7-10]。本研究观察组术后内、外括约肌 MUP 平均时限较对照组长,肛管静息压和最大收缩压较对照组高($P<0.05$),提示 LIFT 可改善肛门功能。肛门括约肌的完整性是肛门排便功能正常的基础,切开挂线法对肛门括约肌的损伤会降低肛门自制功能,进而对肛门功能造成一定的影响,且修复后括约肌断端纤维化瘢痕增生也会破坏肛管的完整性,使得肛门功能恢复不够理想。而 LIFT 属于全括约肌保留术,在手术时内口下方肛腺组织处于完全闭合状态,可有效维持肛门正常解剖结构,经括约肌间沟入路对瘻管进行结扎和处理,避免了对括约肌造成损伤,极大程度地保留了肛门功能,有利于术后肛门功能恢复。

本研究观察组并发症发生率、术后 3 个月复发率较对照组低($P<0.05$),说明 LIFT 治疗可降低经括约肌肛瘻患者术后并发症发生率和肛瘻复发率。传统切开挂线需要将部分括约肌等肛门自控肌层进行切开,在手术过程中难以避免对肛门周围组织造

成损伤,使术后并发症相对较多,增加肛瘘复发风险。而 LIFT 未对括约肌进行切开,是经括约肌间沟分离、切断和结扎瘘管,可减少对正常组织的损伤,避免术后尿潴留发生。同时行内外括约肌间切口缝合,能有效阻断污染物经瘘管内口进入,降低术后感染率。另外,其可最大限度确保瘘管完整性剔除,降低肛瘘复发率。综上所述,采用 LIFT 术治疗经括约肌肛瘘患者,可减轻患者手术创伤,改善术后疼痛,促进肛门功能恢复,降低并发症发生率和复发率。

参考文献

[1]张磊,孙昱,黄熠.经括约肌间瘘管结扎术与切开挂线术治疗经括约肌肛瘘的临床效果比较[J].临床外科杂志,2019,27(6):495-497.
[2]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.
[3]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.

[4]宋顺心.美国结直肠外科医师学会肛周脓肿、肛瘘和直肠阴道瘘临床诊治指南[J].中华胃肠外科杂志,2017,20(12):1437-1439.
[5]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].临床与病理杂志,2020,40(9):2401-2406.
[6]陶禹,韩加刚,王振军,等.肛瘘栓填塞治疗对经括约肌型肛瘘患者术后肛门功能的长期影响及相关因素分析[J].中华胃肠外科杂志,2020,23(8):774-779.
[7]刘扬,路明.经括约肌间瘘管结扎术治疗高位单纯性肛瘘的前瞻性临床对比研究[J].中国普外基础与临床杂志,2020,27(2):143-146.
[8]许洪明,雷晓梅,胡敏.改进经括约肌间瘘管结扎术治疗复杂性肛瘘的近期疗效及对肛门功能的影响[J].临床外科杂志,2020,28(1):69-72.
[9]黄橙紫,李亚玲,何彬,等.经括约肌间瘘管结扎术与肛瘘切开术治疗低位单纯性肛瘘[J].中国中西医结合外科杂志,2019,25(4):482-487.
[10]潘冬,徐为,孙尚颖.经括约肌间瘘管结扎术治疗肛瘘的疗效及对肛门功能的影响[J].解放军预防医学杂志,2019,37(7):116-117.

(收稿日期:2020-01-26)

养阴清热化湿汤联合阿奇霉素治疗慢性宫颈炎疗效观察

冯秀香

(河南省新乡同盟医院妇产科 新乡 453800)

摘要:目的:分析在慢性宫颈炎患者临床治疗中联合应用养阴清热化湿汤与阿奇霉素的效果。方法:选取 2018 年 11 月~2019 年 11 月入院治疗的慢性宫颈炎女性 100 例作为研究对象,以随机数字表法分为对照组和研究组,每组 50 例。对照组采用乳酸菌阴道胶囊联合阿奇霉素治疗,研究组采用养阴清热化湿汤联合阿奇霉素治疗。比较两组患者临床疗效、炎症介质及复发情况。结果:研究组治疗优良率高于对照组($P<0.05$);研究组治疗后超敏 C 反应蛋白、白介素-1 β 水平平均低于对照组($P<0.05$);研究组治疗后 3、6 个月的复发率均低于对照组($P<0.05$)。结论:在慢性宫颈炎治疗过程中联合应用养阴清热化湿汤与阿奇霉素,可促进患者治疗效果的提升。

关键词:慢性宫颈炎;养阴清热化湿汤;阿奇霉素

中图分类号:R711.32

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.05.064

慢性宫颈炎主要由病原体侵入而引起,常见病原体主要有厌氧菌、大肠埃希杆菌、葡萄球菌及链球菌。近年来,有研究显示单纯疱疹病毒也逐渐成为慢性宫颈炎致病的重要因素^[1]。慢性宫颈炎在经产女性中较为多见,患者多伴有白带数量增加且呈黏稠状、子宫颈肥大、下腹疼痛以及月经不调等表现,若不及时治疗,将对患者日常生活造成困扰^[2-3]。现阶段,临床针对慢性宫颈炎主要采用药物治疗和手术治疗,其中药物治疗适用于轻中度患者,手术治疗多用于重度患者。在药物治疗中,当前临床常应用阿奇霉素与乳酸菌阴道胶囊联合方案,但治疗效果并不显著,且复发率较高。对此,经临床长期探索,养阴清热化湿汤与阿奇霉素联合治疗方案被提出,本研究旨在探讨其疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 11 月~2019 年 11 月

入院治疗的慢性宫颈炎女性 100 例作为研究对象,以随机数字表法分为对照组和研究组,每组 50 例。对照组年龄 25~44 岁,平均年龄(36.61 $\pm$ 4.21)岁;病程 4 个月~2 年,平均病程(8.19 $\pm$ 0.25)个月。研究组年龄 26~47 岁,平均年龄(37.22 $\pm$ 3.58)岁;病程 6 个月~2 年,平均病程(8.11 $\pm$ 0.38)个月。两组一般资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。本研究内容已上报医院医学伦理委员会审批并通过。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:符合慢性宫颈炎诊断标准并经宫颈涂片等实验室检查确诊;中医辨证属湿热内蕴证;自愿签署知情同意书。(2)排除标准:伴宫颈上皮内瘤变、细菌性或滴虫性阴道炎;妊娠、哺乳期。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采用乳酸菌阴道胶囊(国药准字