



切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘的效果及安全性观察

张玲玲

(安徽省铜陵市人民医院 肛肠科 244000)

摘要:目的: 观察切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘的效果。方法: 选定本院收治的高位复杂性肛瘘患者 66 例, 研究时段自 2016 年 8 月至 2018 年 8 月, 分对照组 (33 例, 采纳传统切开挂线术)、研究组 (33 例, 采纳切开挂线对口引流术), 比较临床疗效、肛肠动力学、并发症。**结果:** 研究组临床总有效率及肛肠动力学指标较对照组好, 并发症发生率较对照组低, $P < 0.05$ 。**结论:** 切开挂线对口引流术可改善高位复杂性肛瘘患者肛肠动力学, 减少并发症, 值得借鉴。

关键词: 切开挂线对口引流术; 高位复杂性肛瘘; 效果; 安全性

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 16-183-02

高位复杂性肛瘘是一种临床常见病, 由于其病变位置较深, 管道弯曲、复杂, 临床治疗具有一定的难度, 传统切开挂线术很难保证治疗效果, 并发症发生率高, 对其生理、心理均造成影响[1-2]。本文选定 2016 年 8 月至 2018 年 8 月本院收治的高位复杂性肛瘘患者研究, 如下:

1 资料与方法

1.1 基线资料

选定本院收治的高位复杂性肛瘘患者 66 例, 研究时段自 2016 年 8 月至 2018 年 8 月, 分组原则以随机数字表法为主, 分对照组 (例数=33)、研究组 (例数=33)。研究组女性 11 例, 男性 22 例, 年龄在 38-70 岁, 平均年龄为 (54.26±6.13) 岁; 病程在 1-8 年, 平均病程为 (4.52±1.26) 年; 体重在 49-80kg, 平均体重为 (64.52±5.16) kg; 外口个数在 2-4 个, 平均 (3.06±0.54) 个。对照组女性 10 例, 男性 23 例, 年龄在 39-68 岁, 平均年龄为 (54.18±6.14) 岁; 病程在 2-8 年, 平均病程为 (4.63±1.21) 年; 体重在 50-78kg, 平均体重为 (64.18±5.21) kg; 外口个数在 2-5 个, 平均 (3.09±0.48) 个。性别、体重、年龄、外口个数等基线资料两组相比, $P > 0.05$ (不具统计学差异), 可比较。

1.1.1 诊断标准: 均满足《肛肠疾病》中对高位复杂性肛瘘的诊断标准。

1.1.2 纳入标准: ①均为自愿参加本研究。②病情稳定者。③患者、家属均知情, 并阅读、签字“知情同意书”。④得到医院伦理委员会批准、同意。⑤年龄大于等于 18 周岁。

1.1.3 排除标准: ①哺乳期、妊娠期女性。②存在手术禁忌症、凝血功能障碍、血液疾病者。③合并心衰以及恶性肿瘤者。④研究前接受过相关治疗者。⑤由于特异性感染所致的复杂性肛瘘。⑥低位单纯性肛瘘、高位单纯性肛瘘。⑦瘢痕体质者。⑧机体电解质紊乱者。⑨合并糖尿病等内分泌疾病、代谢性疾病者。

1.2 方法

1.2.1 研究组: 协助患者采取舒适体位, 腰麻或者肛周局麻患者, 以指法扩肛, 详细探查内、外口的位置、数目等, 以直肠触诊和美蓝注射方式探查主管以及支管走向, 沿着瘘道将探针深入到患者肛中, 探出内口, 在对应的肛门后方正中开窗部位, 做一人造切口, 长约 2.5cm, 将标志探针、人造外口探入的探针从同一内口探出, 齿线从下主管道切开, 从内口将其余部分拉出肛外结扎, 将支管外口为中心, 做一切口, 将增生部分切除, 使内口扩大, 同时破坏支管道, 彻底清理支管道的坏死部分, 引流通畅后, 进行宽松结扎, 术后予以抗感染等对症治疗。

1.2.2 对照组: 人造外口的方法与研究组一致, 标志探针与球头探针会合之后, 放射状切开浅部低位管道部分、肛门外括约肌皮下部、肛门内括约肌等, 将外口的瘢痕组织、坏死组织彻底清理, 对耻骨直肠肌高位管道、肛门外括约肌深部进行结扎, 切除支管, 术后予以抗感染等对症治疗。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效: ①肿痛、流脓等症状基本消失, 肛周无潮湿、瘙痒等症状, 创面愈合良好为显效。②肿痛、流脓等症状可见显著好转, 肛周存在轻微潮湿、瘙痒等症状, 创面基本愈合为有效。③肿痛、流脓、潮湿、瘙痒等症状以及创面变化不明显, 甚有加重为无效。①②之和, 除以总例数, 即为总有效率[3]。

1.3.2 肛肠动力学变化情况: 包括所有研究对象治疗前后肛管最大收缩压、肛管静息压、直肠静息压。

1.3.3 并发症: 统计所有研究对象肛门失禁、肛门狭窄、肛门畸形发生率。

1.4 统计学方法

用 SPSS24.0 软件展开数据处理, 计量资料 (肛肠动力学变化情况), 数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 展开 t 检验; 计数资料 (临床疗效、并发症), 数据以 [n/(%)] 表示, 展开 χ^2 检验, $P < 0.05$, 具统计学差异。

2. 结果

2.1 两组临床疗效对比

临床总有效率: 研究组 (93.94%) 显著较对照组 (66.67%) 高, $P < 0.05$ (具统计学差异), 见表 1。

表 1 两组临床疗效对比 [n/(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
研究组 (n=33)	13 (39.39)	18 (54.55)	2 (6.06)	31 (93.94)
对照组 (n=33)	9 (27.27)	13 (39.39)	11 (33.33)	22 (66.67)
χ^2	--	--	--	7.7591
P	--	--	--	0.0053

2.2 两组肛肠动力学变化情况对比

肛管最大收缩压、肛管静息压、直肠静息压: 治疗前两组相比 $P > 0.05$ (不具统计学差异); 治疗后研究组显著较对照组高, $P < 0.05$ (具统计学差异), 见表 2。

表 2 两组肛肠动力学变化情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	肛管最大收缩压 (mmHg)	肛管静息压 (mmHg)	直肠静息压 (mmHg)
----	----------------	--------------	--------------



•综合医学•

	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=33)	15.68±2.05	15.42±2.16	11.64±2.64	11.28±2.14	1.68±0.19	1.56±0.16
对照组 (n=33)	15.59±2.14	11.05±1.95	11.59±2.57	8.15±1.86	1.65±0.18	1.08±0.11
t	0.1745	8.6267	0.0780	6.3415	0.6585	14.2013
P	0.8621	0.0000	0.9381	0.0041	0.5126	0.0000

2.3 两组并发症发生率对比

并发症发生率:研究组(6.06%)显著较对照组(36.36%)低, $P<0.05$ (具统计学差异), 见表3。

表3 两组并发症发生率对比[n/(%)]

组别	肛门失禁	肛门狭窄	肛门畸形	总有效率
研究组 (n=33)	0 (39.39)	1 (3.03)	1 (3.03)	2 (6.06)
对照组 (n=33)	3 (9.09)	6 (18.18)	3 (9.09)	12 (36.36)
χ^2	—	—	—	9.0659
P	—	—	—	0.0026

3.讨论

近年来,随着我国人们生活方式、饮食结构的不断变化,高位复杂性肛瘘的发生率有了明显增加迹象,且发病人群逐渐趋向于年轻人,男性的发生率明显比女性高,给社会以及家庭带来了沉重负担,现已引起临床的高度重视。高位复杂性肛瘘主要是由于肛门静脉血流受阻、肛门由于硬物磨损致细菌感染、肛周脓肿恶化溃烂所致,患者主要表现为乏力、寒战、全身发热、肛门疼痛、瘙痒、肛门口潮湿、血性分泌物、黏液性分泌物。高位复杂性肛瘘由于病变位置较高、管道复杂弯曲,常常伴有深部死腔、支管等,治疗难度较大,并发症发生率以及复发率较高,现已被临床公认为是“难治性肛瘘”,如果治疗不当,极易引发肛门畸形、肛门失禁、肛门狭窄、肛瘘反复发作等并发症,给患者造成久治不愈的痛苦,明显降低患者生活质量[4]。保守治疗虽然可控制疾病发展,但不能彻底治愈,复发率极高,具有一定的局限性,现已不能满足临床需求。

当前临床对于高位复杂性肛瘘主要以手术治疗为主,手术力求维持括约肌的完整性以及解剖学,有效保留肛门节制功能,术前必须详细的了解患者肛管以及直肠环等结构,确保手术操作的准确性,防止破坏正常组织,避免切断肛管直肠环[5]。切开挂线对口引流术有以下优点:①正确寻找、处理内口,彻底清除干净全部瘘管,术中合理处理肛门括约肌,确保切口引流的通畅性,提高手术成功率。②切开挂线对口引流术有效避免了对阴道、尿道等器官以及肛周组织的损

伤,可彻底清除死腔、支管,确保所有支管、死腔有充足的空间与主管道切口创口相遇,促进感染物质、坏死组织等有害物质排出,提高了引流的通畅性,降低了肛门畸形发生率以及复发率。③切开挂线对口引流术更符合微创理念,减轻了对肛周组织的损伤,橡皮筋脱落之前,切口部位的皮肤不会粘合,降低了切口感染率。结合实践经验认为,切开挂线对口引流术实施时需要注意以下几点:①操作时动作应轻柔,防止对其他正常组织造成损伤或者出现假性切口。②做放射线切口时,切口的走向应与皮肤纹理保持一致,可有效避免肛门畸形。③确保术后15-20d,挂线脱落。本文研究示:研究组临床总有效率显著较对照组高,治疗后肛管最大收缩压、肛管静息压、直肠静息压显著较对照组高,并发症发生率显著较对照组低, $P<0.05$ 。在曹剑[6]研究中,总有效率研究组(切开挂线对口引流术治疗)、对照组(常规治疗)分别是97.50%、77.50%,研究组显著较高, $P<0.05$,与本文研究结果一致,说明切开挂线对口引流术在高位复杂性肛瘘治疗中安全性、有效性更高,应当作为高位复杂性肛瘘患者理想的治疗方法。

综上所述:高位复杂性肛瘘患者采纳切开挂线对口引流术治疗,可有效改善患者肛周情况,减轻肛门疼痛、潮湿等症状,且并发症发生率较低,安全有效,值得临床信赖并进一步推广。

参考文献:

- [1]张颖芹.对比分析切开挂线对口引流术和传统切开挂线术在高位复杂性肛瘘治疗中的应用效果[J].当代医学,2015,21(9):48-49.
- [2]崔龙,张纪伟.肛肠疾病[M].中国医药科技出版社,2009.
- [3]裴艳秋.主管切开挂线支管对口引流术治疗高位复杂性肛瘘37例临床分析[J].河南外科学杂志,2016,22(3):82-83.
- [4]王秦川,刘琪峰.切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘的临床疗效分析[J].临床医学研究与实践,2016,1(25):46-47.
- [5]郑志杰,黄卫平,郭毅,等.对口引流术在高位复杂性肛瘘治疗中的疗效及安全性分析[J].中国临床研究,2015,28(10):1341-1343.
- [6]曹剑.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[J].实用中西医结合临床,2016,16(3):28-29.

(上接第182页)

在每月盘点时,统计近效期药品制成一览表,通知相关临床科室优先使用,加“近期先用”提示标签,防止过期失效造成浪费。药品管理是药房的重要工作,随着品种的增加,简单的药品分类不能体现药品的特殊性,管理工作没有重点。根据药房布局和工作需要,确定工作流程,分区分类,确定货位编号,然后根据确定的药品类别定位存放。根据药品的不同特性,对药品进行分类。

参考文献:

- [1]胡静,杨世民,等.我国临床药师的现状、存在问题及其发展

建议.中国药房,2014,15(9):518;

- [2]赵玲.开展医院药学服务,提高药师职业素质.上海医药,2016,27,(9):422;
- [3]冷萍,孙伟,李冬梅,孙琛,等.医院临床药学服务模式探讨.中国医院药学杂志,2018,28,(4):310;