



高位复杂性肛瘘运用切开挂线对口引流术治疗的分析

李应明

(永州市新田县中医医院 湖南永州 425700)

摘要：目的：分析高位复杂性肛瘘运用切开挂线对口引流术治疗的临床效果。方法：选取我院84例高位复杂性肛瘘患者，按照不同手术方法将其分成传统组与引流组各42例，传统组运用传统切开挂线术治疗，引流组运用切开挂线对口引流术治疗，对比两组患者的临床疗效。结果：传统组的总有效率为85.7%，引流组的总有效率为95.2%，引流组高于传统组，对比差异显著($P<0.05$)；传统组的复发率为16.7%，引流组的复发率为4.8%，引流组低于传统组，对比差异显著($P<0.05$)。结论：高位复杂性肛瘘运用切开挂线对口引流术治疗的临床效果显著，复发率低，值得临床大力推行。

关键词：高位复杂性肛瘘；传统切开挂线术；切开挂线对口引流术；治疗

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2017)19-285-01

高位复杂性肛瘘因为肠管内瘘口难以找到，导致术后并发症与复发率均较高，因此探讨其有效的治疗方法尤为重要[1]。基于此，本研究为了进一步分析高位复杂性肛瘘运用切开挂线对口引流术治疗的临床效果，选取我院2016年8月到2017年8月期间收治的84例高位复杂性肛瘘患者的临床资料进行回顾性分析，现作如下总结报道。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院84例高位复杂性肛瘘患者，均经病史、临床症状、手术及相关辅助检查等确诊，符合中华中医药学会肛肠专业委员会2004年通过的《复杂性肛瘘的诊断标准（试行草案）》，临床上均表现出不同程度的肛周反复肿痛、有脓性分泌物、可见外瘘口等症状[2]。按照不同手术方法将患者分成传统组与引流组各42例。传统组：男25例，女17例；年龄22~58岁，平均 (33.4 ± 5.2) 岁；病程3个月~16年，平均 (6.9 ± 3.0) 年。引流组：男26例，女16例；年龄21~56岁，平均 (33.0 ± 5.1) 岁；病程3个月~16年，平均 (7.0 ± 3.1) 年。对比两组患者的基本资料，差异不显著($P>0.05$)。

1.2 方法

所有患者术前均完善相关检查，确定均符合手术指征，手术当天清晨禁食水，灌肠以清空肠道，于腰麻下进行手术操作。传统组运用传统切开挂线术治疗。引流组运用切开挂线对口引流术治疗：于瘘管外口做一约1.5cm的被射状切口，起点为肛门外括约肌外侧，并延伸到外部，用丝线结扎内口两侧黏膜，彻底清除感染肛腺导管、肛腺、肛窦。瘘道通过肛直肌时在内口的括约肌处用橡皮筋挂线，若内口位于6点钟位置，则用探针在后侧齿线处寻找内口，并将其与后侧一起切开；用弯钳分离瘘管的主管与支管，彻底刮净肉芽组织与坏死组织，用2cm左右宽的橡皮引流条将其悬挂起来。管腔用凡士林纱布填塞进行压迫止血，应用双氯芬酸钠栓剂进行止痛处理，伤口用塔形纱布加压包扎，换药时只需拖动橡皮引流条即可拖出瘘道内坏死组织。术后两组患者均于24h内控制排便，术后5~7d常规应用抗生素抗感染，观察切口变化，进行对症、支持治疗，同时保持切口干净、干燥，每天换药1次，术后7~10d拆线。

1.3 观察指标

(1)对比两组患者的临床疗效：根据患者的临床症状与体征，参照《肛瘘诊治指南》中的相关标准进行疗效判断，分为①治愈：临床症状与体征完全消失，创面完全愈合；②显效：临床症状与体征基本消失，创面基本愈合；③有效：临床症状与体征较治疗前有所改善，创面部分愈合；④无效：临床症状与体征无明显变化，创面未愈合；总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。[3]。(2)对比两组患者的复发情况。

1.4 统计学方法

应用采用SPSS19.0统计软件进行数据统计，计数资料以%、n表示，组间对比采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 临床疗效对比

传统组的总有效率为85.7%，引流组的总有效率为95.2%，引流组高于传统组，对比差异显著($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者的临床疗效对比[n(%)]

组别	总例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
传统组	42	10	17	9	6	36(85.7)
引流组	42	15	21	4	2	40(95.2)
P值	-	-	-	-	-	<0.05

2.2 复发情况对比

传统组的复发率为16.7%，引流组的复发率为4.8%，引流组低于传统组，对比差异显著($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者的复发情况对比

组别	总例数	复发	未复发	复发率(%)
传统组	42	7	35	16.7
引流组	42	2	40	4.8
P值	-	-	-	<0.05

3 讨论

肛瘘也称作肛管直肠瘘，为慢性感染性管道，多因肛管、直肠发炎炎症而造成邻近组织破溃所致。肛瘘的发病率较高，且近年来呈现出逐年上涨的发展趋势，相关调查结果显示，肛瘘患者以青年人群居多，发病率为5%左右，且男性的发病率明显高于女性[4]。对于该疾病的治疗，目前临床以外科治疗为主，去除病根、通畅引流、保护肛门功能是治疗的基本原则。高位复杂性肛瘘因为结构较复杂，瘘口数与管道分支较多，涉及区域较广，位置较深，临床诊断与治疗均存在一定的难度。诊断过程中应重点确定肛瘘的内口位置、瘘道数、走行情况及其与邻近肌肉的关系等。若肛瘘的内口位置与瘘道数无法判断，则治疗时可能出现内口处理的遗漏，进而导致疾病复发。

切开挂线术是治疗复杂性肛瘘的有效术式，目前主要分为传统切开挂线术与切开挂线对口引流术两种术式。对于高位复杂性肛瘘而言，传统切开挂线术的治疗效果并不理想，其不足之处主要在于：易导致脓腔、瘘管，进而阻碍引流，因此术后复发率较高。切开挂线对口引流术是在传统切开挂线术的基础上发展起来的，具有手术操作简便、机体损伤较小、术后创面愈合快等优势，手术过程中在探查瘘道后先切开累及肛门外括约肌皮下部与浅部的瘘管，对贯穿于外括约肌深部和与耻骨直肠肌上部的与直肠内口连通的瘘管部分则用橡皮筋挂线[5]。与传统切开挂线术相比，切开挂线对口引流术最大的优势在于可促进引流，因此术后复发率较低，是治疗高位复杂性肛瘘的一种疗效确切、安全可靠的手术方式。

本研究对比分析了传统切开挂线术与切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘的临床效果，结果显示，引流组的总有效率(95.2%)明显高于传统组(85.7%)，且引流组的复发率(4.8%)明显低于传统组(16.7%)，由此提示，引流组患者的治疗效果优于传统组，也就表明，切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘的临床效果优于传统切开挂线术。

综上所述，高位复杂性肛瘘运用切开挂线对口引流术治疗的临床效果显著，复发率低，值得临床大力推行。

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, 2015,5(9):48-49.
- [2]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.
- [3]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.
- [4]周志涛, 张城榕, 肉孜阿吉. 传统切开挂线治疗术与切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘的并发症发生率及疗效对比[J]. 中华临床医师杂志:电子版, 2016,17(11):316-317.
- [5]王静, 霍介格. 传统切开挂线治疗术与切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘的并发症发生率及疗效对比[C]// 2016全国慢性病诊疗论坛. 2016.