

2种手术方式治疗高位肛瘻的疗效比较

袁先仓

淮南市第一人民医院普外科肛肠专业组,安徽 淮南 232007

摘要:目的 比较切开挂线选择性缝合术与切开挂线治疗高位复杂性肛瘻的临床疗效,探讨治疗高位肛瘻较为可靠有效的手术方法。方法 选择2010年10月—2014年10月在淮南市第一人民医院治疗的高位复杂性肛瘻患者60例,采用数字表法随机分为2组,观察组(30例)采用切开挂线选择性缝合术治疗,对照组(30例)采用切开挂线治疗,比较2组治愈时间、治愈率、肛门功能评分及并发症发生情况。结果 观察组治愈时间为(22±4)d,对照组治愈时间为(24±5)d,2组治愈时间比较差异有统计学意义($t=3.240, P<0.01$);观察组治愈率为96.7%,对照组治愈率为86.7%,2组治愈率比较差异有统计学意义($\chi^2=3.857, P<0.05$);观察组术后肛门功能评分为(4.8±1.2)分,对照组术后肛门功能评分为(6.8±1.3)分,2组术后肛门功能评分比较差异有统计学意义($t=2.671, P<0.01$);随访半年,对照组复发4例,观察组无复发,2组均无肛门失禁者。结论 切开挂线选择性缝合术与切开挂线均可有效治疗高位复杂性肛瘻,与切开挂线比较,切开挂线选择性缝合术治疗高位肛瘻治愈时间短、治愈率高、肛门功能恢复好,是治疗高位肛瘻较好的手术方法之一。肛瘻管道切除缝合加肛瘻主管挂线法用于高位复杂性肛瘻的治疗可获得较好的效果。

关键词:肛瘻;挂线疗法;缝合术

中图分类号: R657.16 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-4152(2016)07-1114-04

DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.2016.07.016

A comparison of therapeutic effects of incision and thread-drawing technique via incision and thread-drawing technique plus selective suture in the treatment of high anal fistula YUAN Xian-cang. Department of General Surgery, the First People's Hospital of Huainan, Huainan, Anhui 232007, China

Abstract: **Objective** To compare the clinical efficacy of incision and thread-drawing technique via incision and thread-drawing technique plus selective suture in the treatment of high anal fistula, and explore the effective and reliable surgical methods for high anal fistula. **Methods** Total 60 patients with high complex anal fistula were randomly assigned into two groups by number table method. The observation group ($n=30$) received the incision and thread-drawing technique plus selective suture, while the control group ($n=30$) received incision and thread-drawing therapy. The healing time, curative rate, anal function score and incidence of complications were compared between the two groups. **Results** The healing time of the observation group was (22±4) d, of the control group was (24±5) d, the difference was statistically significant ($t=3.240, P<0.01$). The follow up of six months showed that the curative rate in the observation group was 96.7%, and in the control group was 86.7%, the difference was statistical significance ($\chi^2=3.857, P<0.05$). The postoperative anal function score in the observation group was 4.8±1.2, and in the control group was 6.8±1.3, and difference was statistically significant ($t=2.671, P<0.01$). The follow up of six months showed that there were 4 recurrence cases in the control group and 0 in the observation group, and there was no anal incontinence in both groups. **Conclusion** Both incision and thread-drawing technique via incision and thread-drawing technique plus selective suture are effective in the treatment of high anal fistula. The incision and thread-drawing technique plus selective suture shows more advantage in the healing time, curative rate and postoperative anal function as compared with incision and thread-drawing technique, which is a better method for high anal fistula.

Key words: Anal fistula; Thread-drawing therapy; Sutura

肛管直肠瘻主要侵犯肛管,很少涉及直肠,故常被称为肛瘻,是指肛门周围的肉芽肿性管道,由内口、瘻管、外口三部分组成。内口常位于直肠下部或肛管,多为一个;外口在肛周皮肤上,可为一个或多个,经久不愈或间歇性反复发作,是常见的直肠肛管疾病之一,发病率仅次于痔,任何年龄都可发病,多见于青壮年男性。肛瘻按瘻管位置高低可分为低位肛瘻和高位肛瘻,高位肛瘻尤其是高位复杂性肛瘻是肛肠外科临床较难治疗的肛肠疾病之一,且手术治疗后复发率较高,一般为10%左右。其复发率高及手术失败的重要原

因主要为治疗方法选择不当和未予根治手术^[1-2]。为探讨高位复杂性肛瘻合理的治疗方法,笔者对高位复杂性肛瘻患者分别采用切开挂线选择性缝合术与切开挂线治疗,比较2种方法的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2010年10月—2014年10月在淮南市第一人民医院治疗的高位复杂性肛瘻患者60例,其中男性42例,女性18例;年龄17~65岁,平均年龄(32.4±5.3)岁;病程3个月~19年;外口1~6个,平均(3±2)个;外口距肛门5 cm以上,既往有肛周

疾病手术史患者21例。患者纳入标准:经相关检查明确诊断为高位复杂性肛瘘,有2个以上的外口,有2个以上管道与内相连或并有支管空腔,其主管通过外括约肌深层上,甚至侵犯直肠肌、肛提肌。患者排除标准:内口在肛隐窝处,仅有1个管道,管道位于外括约肌深层及以上,或者侵犯耻骨直肠肌、肛提肌。将60例高位复杂性肛瘘患者按数字表法随机分为2组,切开挂线选择性缝合术组(观察组)30例:男性22例,女性8例;年龄19~63岁,平均年龄(34.4±5.1)岁;病程2个月~19年;外口1~6个,平均(3±2)个;外口距肛门5 cm以上,其中既往有肛周疾病手术史患者20例。切开挂线组(对照组)30例,男性20例,女性10例;年龄18~64岁,平均年龄(34.6±5.3)岁;病程3个月~18年;外口1~6个,平均(3±2)个;外口距肛门5 cm以上,既往有肛周疾病手术史患者19例。2组患者性别构成、年龄分布、病程、外口情况、手术史等差异均无统计学意义(P 均>0.05),具有可比性。本研究经医院伦理学委员会评估批准,患者对治疗方法均知情同意,并签署知情同意书。

1.2 治疗方法

1.2.1 观察组 常规术前准备。麻醉采用硬膜外麻醉,麻醉成功后患者取截石位。以直肠指诊、注射亚甲蓝注射液、探针等方法先明确内口位置、主管道以及管道的走行方向、数目和具体位置。本组30例高位复杂性肛瘘患者均采用切开挂线选择性缝合术治疗。首先切开或切除瘘管的所有支管及管腔间隙,明确瘘管管壁及坏死染色组织后进行全层缝合,缝合时不留有死腔。再经过肛管直肠环到内口的肛瘘主管道部位半切开,即部分切除并切开肛管直肠环上面覆盖的皮肤、肌层,使切除肛管直肠环以下和浅层覆盖的外括约肌与肛周之间的一段瘘管切口呈放射状,并留置肛管直肠换挂线(本院一般采用橡皮条进行切割挂线)。切开瘘管内口,切开后两边的黏膜瓣行结扎,以防止术后出血及复发。手术过程中,为彻底清除瘘管管壁、坏死及已染色的组织将肛尾韧带切断,预防肛门变形、移位,清创后进行全层缝合。手术完成后采用凡士林油纱布覆盖缝合的切口,并用塔形纱布和较宽的胶布进行固定。术后嘱患者24 h内控制排便,以后清洁换药每天1次。术后5~7 d常规应用抗生素预防感染,术后7~10 d拆线。

1.2.2 对照组 常规术前准备。麻醉采用硬膜外麻醉,麻醉成功后患者取截石位。以直肠指诊、注射亚甲蓝、探针等方法先明确内口、主管道以及管道的走行方向、数目和具体位置。本组30例高位复杂性肛瘘患者均采用切开挂线治疗,即将经过外括约肌深部及以上部分瘘管采用挂线治疗,外括约肌深部以下的瘘管主

管及支管均采用切开引流。其余治疗方法、术后处理方法与观察组相同。

1.3 手术注意事项 ①手术缝合时不能留有死腔,针距可适度放宽,缝合时打结不要过紧。对可疑的创面可留置橡皮引流条引流24 h。②挂线治疗时,因捆扎的肌束通常较多,因此松紧度一定要适宜,使其达到引流的作用即可。③对患者有2个或者2个以上内口时,如果分别位于高位,则都使用橡皮筋挂线。

1.4 术后处理方法 ①术后少量半流质饮食2 d后恢复至正常饮食,嘱患者尽量控制排便2 d。②术后适当应用抗生素,可选择对厌氧菌和大肠杆菌有抑制和杀灭作用的抗生素,一般应用5~7 d。③术后第2天开始清洁换药,可采用甲硝酸加丁胺卡那霉素液对旷置的瘘管进行冲洗;换药时可根据旷置瘘管的长度和引流液的性状决定是否换一细油纱条引流或拔出引流条。④进行挂线治疗时,按照先松后紧的原则进行,3~5 d后进行逐步紧线(紧线时2处挂线的紧线应交替进行)。⑤嘱患者便后采用温盐水坐浴,每次坐浴时间约20 min,并嘱患者及时清洁创口、更换敷料。

1.5 观察指标 患者术后随访时间6个月~3年。观察2组治愈时间、治愈率,采用Kelly评分法进行肛门功能评分,观察2组并发症及后遗症发生情况。

1.6 疗效判定标准 参照文献^[2]判定肛瘘的临床疗效标准。①痊愈:治疗后症状全部消失,肛瘘完全愈合;②无效:治疗后症状部分消失,肛瘘未愈合;③远期治愈:随访6个月~3年,原肛瘘部位未见复发的肛瘘。并发症及后遗症:①肛门不全失禁,维持肛门括约肌功能的肌肉有部分丧失,患者排便时甚至平时稀粪便或者气体不能有效控制;②肛门完全失禁,维持肛门括约肌功能的主要肌肉离断,患者均不能自主控制气体以及稀、干粪便。

1.7 统计学方法 采用SPSS 16.0统计学软件对数据进行处理,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2组患者术后随访时间为6个月~3年。观察组治愈时间为(22±4)d,对照组治愈时间为(24±5)d,2组治愈时间比较差异有统计学意义($t = 3.240, P < 0.01$)。观察组30例患者中,痊愈29例,无效1例,治愈率为96.7%;对照组30例患者中,痊愈26例,无效4例,治愈率为86.7%。2组治愈率比较差异有统计学意义($\chi^2 = 3.857, P < 0.05$)。观察组术后肛门功能评分为(4.8±1.2)分,对照组术后肛门功能评分为(6.8±1.3)分,2组术后肛门功能评分比较差异有统计学意义($t = 2.671, P < 0.01$)。随访过程中,对照组

有4例患者肛瘘复发,其中高位单纯性肛瘘患者1例,高位复杂性肛瘘患者3例,均再次采用手术治疗;观察组无复发病例。2组患者均未发生肛门失禁。切开挂线选择性缝合术治疗高位复杂性肛瘘时间短,治愈率高,肛门功能恢复好。

3 讨论

肛瘘是常见的直肠肛门疾病,形成原因是由于直肠脓肿破溃或切开排脓等。肛瘘患者由于活动,可导致脓汁外溢,局部受到皮肤摩擦等因素反复刺激,患者异常痛苦。由于肛瘘常反复发作,病灶穿破肛管管壁,从而形成复杂性、难治性肛瘘,使临床治疗较为困难,同时使肛门的生理功能受到严重影响。高位肛瘘是指位于肛管直肠环平面以上的肛瘘,高位肛瘘患者尤其是反复发作或者曾经进行手术治疗的,常导致直管、盲管同时存在,致瘘管组织结构更为复杂,成为肛肠疾病中比较难治的疾病之一^[3]。

治疗肛瘘的主要方法是外科手术,术中预防肛门括约肌松弛、减少肛门括约肌副损伤、避免肛瘘复发是手术成功的关键^[3]。高位肛瘘术中如果创面过深和/或过大,可导致细菌污染,影响创面愈合,或者形成较大的瘢痕,使创面畸形愈合,从而严重影响肛门的正常功能,甚至导致肛门关闭不全、肛门失禁以及肛瘘的复发。临床上,高位肛瘘手术创面深度一般要超过捆扎肌束的半径。因此,手术前要仔细观察病变情况,详细探查外口、内口的相关情况以及各个瘘管间的关系,选择适宜的手术方法是保证手术治疗成功的关键。手术治疗高位肛瘘应注意以下2点:①切除全部坏死、变性的病变组织,彻底消除引起复发的因素。要求手术时充分地显露病变部位,充分引流瘘管,彻底清除瘘管、支管以及死腔。②预防手术治疗的后遗症、并发症,如肛门括约肌松弛、肛门畸形甚至失禁等等。治疗肛瘘,既要彻底治愈疾病,又要保留肛门的生理功能,临床上较为困难。因此,主瘘管挂线治疗仍是目前临床上首选的方法之一。

挂线疗法最早见于元代医书《永类铃方》,其中描述了肛瘘的形成、挂线的方法及脱线时间长短。清代医书《医门补要》更详细介绍了挂线法的具体操作方法。近代,挂线疗法与切开引流相结合,将肛瘘等病变组织切开,减少了挂线的范围,在一定程度上减轻了患者的痛苦。挂线疗法主要采用挂线紧箍的作用,使挂线结扎范围内的组织缺血、坏死,最终分离。挂线同时可以起到引流及标记作用,使坏死组织液体、分泌物沿挂线引流而排出体外,从而促进引流的畅通,防止感染的发生。挂线术为目前治疗肛瘘的重要外科手段之一,紧线为利用扎线的机械作用使被结扎组织血供受阻,从而达到缓慢切开的目的。紧线治疗被广泛应用

于肛管内瘘道和肛瘘内口的处理,并且以往的单一治疗方法逐渐转变为一种与其他技术相结合的切割技术,并延伸出一系列的手术方式,包括低切高挂法^[4]、切开挂线部分缝合术^[5-7]、切开挂线旷置术^[8]、切开挂线对口引流术^[9]和定向挂线术^[10]等。挂线治疗被广泛应用于慢性不愈性肛瘘,如克罗恩肠病继发肛瘘和结核性肛瘘等,可有效控制感染的扩散与瘘管的进展,促进肛瘘的愈合^[11-14]。

目前临床研究认为,寻找到并切除内口及附近的肛腺,是治愈肛瘘、预防复发、减少后遗症的关键。但实际临床工作中,并非所有的肛瘘患者均能顺利找到内口,尤其是高位复杂性肛瘘患者^[15]。肛瘘患者复发的主要因素是瘘管处理不当和手术后遗留盲管,在主管、支管的盲管遗漏中,临床上遗漏多见的是支管的盲管。不适当的手术方法常因显露不充分而遗留盲管和腐败坏死的组织。由于皮肤特殊的生长特性,瘘管外口常过早地缩小或者闭合,从而造成瘘管假性愈合。由于组织结构的紊乱,即使将外口勉强撑开,引流也不会完全通畅。切除缝合和旷置肛瘘均是对外括约肌深部以下部位的瘘管实施的,但是侧面有所不同,很难比较其损伤程度。组织损伤程度不仅主要取决于损伤因素的类型和种类,还与损伤因素的强度及持续时间有关。减少创面污染、缩小瘢痕的有效手段是彻底消毒创面,给予全层缝合,同时可缩短创面愈合时间。本研究观察结果表明,观察组治愈时间短于对照组,2组治愈时间差异有统计学意义($P < 0.01$);观察组治愈率高于对照组,2组治愈率差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组术后肛门功能评分优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$);对照组复发4例,观察组无复发,2组均无肛门失禁者。

综上所述,切开挂线选择性缝合术与切开挂线均可有效治疗高位复杂性肛瘘,与切开挂线比较,切开挂线选择性缝合术治疗高位肛瘘治愈时间短、治愈率高、肛门功能恢复好,降低瘢痕对肛门正常生理功能的影响,是治疗高位肛瘘较好的手术方法之一。

参考文献

- [1] 艾中立,钱群. 肛瘘复发的原因与对策[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2012, 8(3): 143-144.
- [2] 姜春英,管仲安. 肛肠病新论[M]. 上海:第二军医大学出版社, 2013: 57-61, 72-73.
- [3] 姜春英,管仲安,史学文. 高位肛瘘的手术治疗[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2013, 9(2): 148-149.
- [4] 徐靖,李国栋. 低切高挂加对口引流治疗复杂肛瘘372例[J]. 中国医刊, 2010, 45(9): 58-60.
- [5] 卞红磊,魏艳静. 切开挂线疗法联合外洗方熏洗坐浴治疗高位肛瘘疗效观察[J/CD]. 中华消化病与影像杂志(电子版), 2014, 4(3): 25-27.

· 全科临床研究 ·

股骨转子间骨折患者内固定治疗发生 髓内翻的危险因素分析

王先明, 崔凯, 曹玉强, 邵鹏越

盘锦市中心医院骨科, 辽宁 盘锦 124010

摘要:目的 探讨股骨转子间骨折患者行内固定术后发生髓内翻的危险因素,为股骨转子间骨折患者的临床治疗和护理提供理论支持。**方法** 回顾性分析2010年1月—2014年12月间盘锦市中心医院收治的159例股骨转子间骨折患者的临床资料。纳入标准:经影像学确诊为股骨转子间骨折;骨折均为新鲜闭合性骨折;患者非病理理性或其他类型骨折;患者意识清醒且无精神疾病。对患者临床均给予内固定术治疗,术后患者一期愈合。依据患者术后是否发生髓内翻,将患者分为髓内翻组和无髓内翻组。制作危险因素调查表,收集2组患者性别、年龄、体质指数、骨密度、骨折分型、内固定术、小转子复位、负重时间等因素资料。采用单因素和 Logistic 回归分析对收集的数据进行分析。**结果** 159例股骨转子间骨折患者术后24例发生髓内翻,髓内翻发生率为15.1%。单因素和 Logistic 回归分析发现年龄、体质指数、骨密度、骨折分型、小转子复位、负重时间是股骨转子间骨折患者内固定术后发生髓内翻的危险因素。**结论** 股骨转子间骨折患者内固定术后易发生髓内翻,年龄、体质指数、骨密度、骨折分型、小转子复位、负重时间是股骨转子间骨折患者内固定术后发生髓内翻的危险因素。

关键词:股骨转子间骨折;内固定术;髓内翻;危险因素

中图分类号: R683.42 R687.43 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-4152(2016)07-1117-03

DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.2016.07.017

Risk factors for coxa varus in intertrochanteric fracture patients performing internal fixation treatment WANG Xian-ming, CUI Kai, CAO Yu-qiang, et al. Department of Orthopedic, Panjin Central Hospital, Panjin, Liaoning 124010, China

Abstract: Objective To investigate the risk factors of coxa varus in intertrochanteric fracture patients treated by internal fixation to provide support for treatment and nursing on intertrochanteric fracture. **Methods** Total 159 cases of intertrochanteric fracture patients treated by internal fixation from January, 2010 to December, 2014 in our hospital were retrospectively analyzed. Inclusion criteria: diagnosed as intertrochanteric fractures by imaging; fresh closed fracture; non-pathological fracture or non-other types fracture; conscious and without mental illness. The patients were clinical treated with internal fixation for the treatment and healed at one period. Based on the postoperative varus status, patients were divided into varus group (24 cases) and non-varus group (135 cases). The risk factors questionnaire was made, and patients gender, age, body mass index, bone mineral density, fracture type, internal fixation method, lesser trochanter resetting status, loading time of two groups were selected. The Univariate and Logistic regression analysis were used to analyze the dates. **Results** In all 159 cases patients, 24 cases were with coxa varus, and the varus rate was 15.1%. Univariate and Logistic regression analysis showed that age, body mass index, bone mineral density, fracture type, small rotor reset, load time were the risk factors of coxa varus in intertrochanteric fracture patients treated by internal fixation. **Conclusion** After intertrochanteric fracture fixation, coxa varus is common; and age, body mass index, bone mineral density, fracture type, small rotor reset, load time are the risk factors of coxa varus in intertrochanteric fracture patients treated by internal fixation.

Key words: Intertrochanteric fracture; Internal fixation; Coxa vara; Risk factors

股骨转子间骨折临床指股骨颈基底至小转子水平

以上部位出现的骨折类型,临床具有较高的发生率,又以老年人居多,多由下肢剧烈扭曲、跌倒时的强力内收

通信作者:王先明, E-mail: xianmingyisheng@163.com

- [6] 初姜利. 保留括约肌治疗单纯性高位肛瘘的临床效果研究[J]. 中国卫生产业, 2013, 10(1): 121.
- [7] 黎国湖. 切开缝合联合挂线术治疗肛瘘临床疗效分析[J]. 中国当代医药, 2012, 19(6): 22-23.
- [8] 何永恒, 谭正洋, 徐焱尧, 等. 分段开窗旷置结合切扩挂线置管引流术治疗复杂性肛瘘的安全性多中心临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(34): 4381-4383.
- [9] 吴志久, 唐学贵, 杜丽娟. 切开挂线对口引流对高位后马蹄形肛瘘肛门功能保护作用临床研究[J]. 结直肠肛门外科, 2013, 19(4): 242-244.
- [10] 黄超明. 定向挂线在高位肛瘘治疗中的应用[J]. 现代诊断与治疗, 2012, 23(8): 1245-1246.
- [11] 王浩, 谷云飞. 谷云飞治疗克罗恩病肛瘘的经验[J]. 国际中医中药杂志, 2013, 33(2): 187-188.
- [12] 王冬敏, 王鹏浩. 挂线综合疗法治疗结核性肛瘘(附36例临床分析)[J]. 广西医学, 2013, 33(5): 568-569.
- [13] 李鹏, 曹天顺. 结核性肛瘘采用挂线综合疗法治疗的临床体会[J]. 中医临床研究, 2014, 6(26): 120-121.
- [14] 周军, 张育超, 赖东明, 等. 高位复杂性肛瘘合并脓肿一期与分期手术分析[J]. 中华全科医学, 2010, 8(2): 154-156.
- [15] 黄忠荣. 切开扩创引流合并挂线法治疗30例高位复杂性肛瘘的疗效分析[J]. 黑龙江医药, 2015, 28(4): 961-962.

(本文编辑:谢飞凤)

收稿日期:2015-12-25