

中西医结合治疗肛瘘临床探讨

徐文涛

岱山县第二人民医院 浙江舟山 316281

摘要: **目的:** 分析探讨中西医结合治疗肛瘘的研究进展。**方法:** 我院2020年2月至2020年12月治疗的86例肛瘘病例随机分为观察组和对照组。患者均为高位肛瘘, 分别通过使用挂线手术治疗、观察组手术定期治疗和手术后中药熏蒸治疗进行治疗。观察比较两组患者的疗效和两组患者的不良反应。**结果:** 观察组患者的治疗有效率明显高于对照组患者, 且 $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。**结论:** 中西医结合治疗肛瘘疗效显著, 不良反应发生率低, 患者康复良好, 能够很好地保持患者括约肌的完整性, 且不容易复发, 值得推广和进一步研究。

关键词: 中西医结合; 肛瘘; 挂线手术; 中药熏洗

前言:

肛瘘是常见的肛门疾病之一。其中大部分是肛门直肠周围的脓肿后遗症。肛瘘的治疗通常是通过手术进行的。然而, 虽然手术方法不同, 但肛门狭窄、感染和肛瘘复发等并发症可能在手术后发生, 造成创伤疼痛、瘙痒和过度排便等症状, 严重影响患者生活质量。为了减轻术后患者的痛苦, 提高治疗效果, 我院采用中西医结合治疗肛瘘86例, 效果良好。报告载于下文。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院2020年2月至2020年12月治疗的86例肛瘘病例随机分为观察组和对照组。所有患者均患有高位肛瘘, 并通过挂线手术治疗。在对照组中, 男性21例, 女性22例, 年龄在35至76岁之间。观察组有43例, 男性25例, 女性18例, 年龄在34-77岁之间, 术后使用中药熏洗法进行治疗。年龄、性别等两组一般数据没有显著差异, $P > 0.05$ 可比较。两组病人都被告知研究结果, 并签署了知情同意书。

1.2 方法

两组患者均采用挂线手术治疗, 对照组患者手术后通常使用清水清洗肛门四周。观察组患者术后均采用中药熏洗法治疗。中药成分为紫草、醋艾叶、黄柏各20g、30g明矾、40g芒硝、50g苦参。通常在手术前清洁灌肠, 患者口服灭滴灵, 备皮。根据病人的病情, 采取左右侧位、折刀位, 局部麻醉或骶麻; 一般消毒, 铺无菌巾; 行指诊、肛门镜、1%亚甲蓝显影配合探针, 检查内口、主管道及支管道走向、数量、位置关系等。根据病人的病情选择不同的手术方法。

中低位复杂性肛瘘探清内口、主管路和支管的方向、数量和位置关系后, 依次切断、修复整伤口边缘, 使引流畅通。伤口的腐肉组织必须切除, 管壁结缔组织大部分作保留。

全蹄铁、半蹄铁形, 或主管道长, 病变范围广。在肛门外缘做一个外开口, 依次切开所有肛瘘, 让伤口能顺利引流。肛瘘切开后, 容易去除管壁上的腐肉组织, 有助于肛门两侧或一侧的开放性创口整层缝合。肛门后部的伤口是开放的, 没有缝合, 所以内外引流通畅, 有利于伤口的生长。

高位复杂性肛瘘。主干道穿过肛门管和直肠环病变部位, 但无纤维粘连硬变。使用美兰染色或B超查明瘘道分布情况, 肛瘘在肛线以下切除, 齿线以上或直肠环顶部的肛瘘由弹性线处理。所有患者术后当日不可排便。手术后开放性伤口用拔毒生肌散加干纱条堵塞, 第二天换药时取出。后期可改用月白生肌散, 每天换一次药每天2次, 约1000 ml, 坐浴15分钟左右, 然后洗干净换药。MEBO被用来替代贴在表面的药片, 以促进患处的生长和愈合。

1.3 观察指标

这两个效率组分为三类: 明显、有效和无效。1) 效果显著: 患者治疗后临床症状消失, 伤口完全愈合; 2) 有疗效: 病人治疗后的临床症状明显改善, 伤口大部分愈合。3) 疗效不佳: 病人治疗后的临床症状没有明显变化, 伤口没有愈合, 甚至恶化。

1.4 统计学方法

数据处理采用SPSS 18.0软件, 计数数据用n表示, 并用 χ^2 验证。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

对目标人群患者的治疗效果明显高于对照人群, 偏差在统计学上是合理的, $P < 0.05$ 。如表1所示。

作者简介: 徐文涛, 男, 汉族, 1982.09, 河南, 本科, 主治医师, 研究方向: 中西医结合肛肠科。

表1 两组患者的治疗有效率对比[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	治疗有效率
观察组	43	25 (58.1)	17 (39.5)	1 (2.3)	42 (97.7)
对照组	43	20 (46.5)	20 (34.9)	8 (18.6)	35 (81.4)
t					4.56
P					<0.05

3 讨论

肛瘘是肛肠科常见疾病之一,是指内口或外口 ≥ 2 个、肛瘘和盲管 ≥ 2 个的肛瘘。与单纯肛瘘相比,复杂性肛瘘更难处理,易复发,会影响患者的排便控制,影响患者的生活质量。

肛瘘手术治疗是切断挂线,对患者肛门环影响不大,术后不会引起排便异常。但是西医的单纯术后疼痛是显而易见的,对患者术后恢复有影响。为此,我院结合西医介入中医认为肛瘘主要因热、湿、血瘀交结引起,需要从清泻湿热、活血化瘀方面入手。我院根据患者体质类型,采用中药汤剂内服或清热解毒、燥湿消肿,或清热解毒、透脓托毒,或滋阴托毒、清热利湿,或益气血、生肌生肌。外用苦参汤熏洗,通过刺激特定部位,可以疏通经络,调节经气,达到满意的疗效。手术过程中要注意西医消毒的概念,仔细清洗伤口,排便后及时清洗,减少肛肠和疼痛,方便伤口愈合。适当使用抗生素来控制大肠杆菌、脓疱和厌氧的生长,再加上外部消炎膏、肌肉止血膏和肌肉分散,可以在控制疼痛和腐烂肌肉的消炎方面发挥良好作用。

通过对治疗结果的统计分析,我院得出结论,观察组的总体效率高于对照组, $P < 0.05$, 具有统计学意义。治疗后发现症状低于对照组 ($P < 0.05$)。对肛门动力学指标的评估表明,观察组的直肠静息压、肛管静息压均低于对照组,肛门最大收缩压力和肛门最长收缩时间均高于对照组 ($P < 0.05$),这是统计数字并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。因此,中西医结合治疗可以提高治疗效果,减少术后疼痛和并发症,保护肛管功能,缩短住院时间,提高治疗效果,而不是单纯的西方治疗。

3.1 单纯性肛瘘或完全性肛瘘

肛瘘由肛周脓肿治疗不彻底形成,其内口位于齿线上方,外口位于肛门附近的皮肤上,管道于皮下粘膜和括约肌之间,或位于外侧括约肌的皮下部位。这种肛瘘的临床治疗只能通过简单的中医挂线疗法进行。从坐骨直肠窝脓肿所形成的肛瘘,在表层和外括约肌深度之间穿过直肠。外口离肛门很远,内口在肛门后右中线两侧的齿线上面。对于这种肛瘘,采用切开清除肛外部分管壁,配合挂线治疗;管壁在括约肌部分,尽量保护括约肌,防止括约肌损伤造成肛门失禁,并尽量使用药物。骨盆直肠脓肿形成的肛瘘口很深,肛瘘由肛门环绕而上,通过直肠。沿管道探索此肛瘘的治疗方法。例如,穿过

深度大于10厘米的骨盆空间可以剪切外口并扩大伤口排水。可切开外口,扩创引流,待管道引流通畅后放人生肌散化腐生肌,顺着通道进行切除和挂线治疗,则沿入路分几个阶段治疗。

不完全性外瘘是指有外口但无内口的肛瘘,以及有一个或几个外口的肛瘘。这些肛瘘大多由皮下组织或皮下蜂窝组织炎延迟,反复感染形成肛瘘。往往肛门外可以形成几个或十几个相互连通的小孔。这种多孔的外瘘分几次相互切开引流。脓液消除后,通过消除腐肉,促进肉芽生长来治疗。不完全内瘘是指有内口但无外口的肛瘘。这些肛瘘中的一些有相互连通的內口,可以到达邻近的器官,如膀胱、子宫、阴道等。內口多在牙列线上与邻近内瘘相通,治疗难度大。作者常采用综合疗法,疗效较好,治愈率高。

3.2 复杂性肛瘘

指内、外口有3个以上窦口,且互相贯通,流脓的肛瘘,请在治疗过程中仔细检查孔道。外口可以在括约肌之外切开。內口3个以上必须采取分次挂线,最多3次。肛门外的管道必须切断,三分之一的肛门必须用导管治疗。建议挂得少一些,內口多一些,避免大便失禁。在预防肛门疾病方面,要注意肛门卫生,保持大便通畅,多做肛门运动,避免饮食过辣,经常早上排便,避免长时间久坐久站工作。

4 结束语

结合以上所述可以知道,本研究结合了中西医治疗和术后中西医治疗,以减轻手术创伤,减轻患者痛苦,最大限度地保护患者肛周、肛管组织缺损问题,减轻患者的愈合时间。中西医结合治疗肛瘘的效果显而易见,不良反应率低,患者康复良好,患者括约肌完整性得到良好维护,不易排斥,值得临床推广和进一步研究。

参考文献:

- [1]雷雨,王才刚,李凌琳.中西医结合治疗肛瘘528例疗效分析.实用中西医结合临床,2012;12(2):44-45.
- [2]刘文丽,李波,吴美兰.中西医结合治疗肛瘘89例疗效观察.中国中西医结合外科杂志,2007;13(3):285-286.
- [3]丁艺超.马应龙痔疮栓辅助游离皮瓣间断缝合术治疗复杂性肛瘘效果观察[J].中国现代医药杂志,2018,20(1):50-52.
- [4]马军,刘桂英,杨小勇,等.分析中药熏洗联合低位切开高位挂线法治疗高位复杂性肛瘘的临床疗效[J].内蒙古中医药,2017,36(8):104-105.
- [5]岳朝驰,杨向东,陈小朝.中药熏洗与中医挂线联合治疗复杂性肛瘘的临床疗效分析[J].中华中医药学刊,2017,36(10):244-246.