

# 挂线疗法在肛瘻治疗中的临床应用分析

於海红

(河北省张家口市万全区医院肛肠科 河北张家口 076250)

**摘要:**目的 分析肛瘻接受挂线疗法治疗取得的临床效果。方法 本次研究主要选取患者 2020 年 11 月–2021 年 11 月在本院接受治疗的肛瘻患者 132 例,根据治疗的方式不同分组进行研究,对照组与试验组各 66 例,分别接受肛瘻切开手术治疗、肛瘻挂线手术治疗,比较两种治疗方法的临床效果。结果 试验组、对照组初始感觉容量差异较小,无统计学意义 ( $P>0.05$ )。试验组肛门失禁评分、肛管静息压、肛管括约肌长度以及最大耐受容量均低于对照组,生理功能、生理职能、活力、精神健康、疼痛、社会功能、情感职能以及总体健康评分均高于对照组,两组数据对比差异显著,具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。试验组治疗总有效率明显优于对照组,并发症总发生率明显低于对照组,差异显著,具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 肛瘻挂线术在临床优势较大,治疗效果良好,可有效降低患者手术后疾病复发率,具有良好的应用价值。

**关键词:** 肛瘻;挂线疗法;临床效果

在临床肛瘻疾病比较常见,主要将其归为肛周感染性疾病,大多数患病原因是因为患者的直肠脓肿破溃或者是切开排脓所导致的一种疾病。该疾病一般有原发性内口、瘻管和继发性外口三个主要部分,也存在部分患者仅存在外口或者是内口<sup>[1]</sup>。原发性内口主要在肛管齿线位置的肛窦处;继发性的外口主要是在肛管周围的皮肤上,一般为多个存在;肛瘻主要是指肛门直肠周围脓肿所留下的后遗症。该疾病临床的表现比较多,一般包括流脓、疼痛、肛周瘙痒等,少部分的患者还会出现头痛和发热表现。临床常见的肛瘻种类比较多,一般采取切除、挂线等方式进行治疗,其中挂线治疗的效果比较好<sup>[2]</sup>。本次研究主要选取 132 例肛瘻患者进行挂线疗法分析,对其结果进行报道:

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 11 月–2021 年 11 月范围内在本院接受治疗的肛瘻患者 132 例,随机将其划分为对照组与试验组各 66 例。对照组当中男性 44 例,女性 22 例,最高年龄患者 80 岁,最低年龄患者 26 岁,均位值 ( $48.40 \pm 2.40$ ) 岁;最长患病时间 10 年,最短 1 年,均位值 ( $4.36 \pm 1.16$ ) 年。试验组当中男性 45 例,女性 21 例,最高年龄患者 82 岁,最低年龄患者 27 岁,均位值 ( $48.24 \pm 2.64$ ) 岁;最长患病时间 11 年,最短 1 年,均位值 ( $4.48 \pm 1.16$ ) 年。纳入标准:①入选患者所患疾病均符合肛瘻的临床诊断标准;②入选患者均与手术适应症相符合;③入选患者均同意参加本次研究。排除标准:①入选患者合并糖尿病;②入选患者合并精神病;③入选患者造血系统存在疾病。对比试验组、对照组临床年龄、病程等资料,差异较小,无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

### 1.2 方法

在进行手术之前指导两组患者完善专科检查,主要检查盆腔 MRI、测定直肠肛管的压力,指诊检查初步对患者瘻管的走向以及压痛点进行判定,告知患者不可以食用油腻或者是辛辣的食物。

对照组接受肛瘻切开手术治疗,手术之前认真探查患者瘻道情况,确定患者的病变位置以及程度,分析需要切除的组织,根据探针探查情况切开患者瘻道,将瘻道当中的肉芽组织剔除,然后使用油纱部填塞创面,保证创面清洁。术后每日 2 次换药,直到创面完全愈合。

试验组患者接受低位全部切开高位挂线术治疗,指导患者在手术床上采取左侧卧位,给予腰俞麻醉,麻醉药物起效之后开始进行手术治疗。首先使用探针对患者肛瘻内口以及瘻管的走向进行确

定,右手伸入患者的肛管内部进行触诊,探针从外口位置向内口处探出,沿着探针切开齿状线以下全部的主管,对瘻管以及周围增生变硬的组织进行搔刮,并对创面进行修正,然后利用探针在内口和齿状线之间肛管直肠环上套橡皮筋,注意橡皮筋的松紧度,使用丝线结扎橡皮筋,完成挂线治疗。手术之后,试验组需要接受止血治疗和抗生素治疗,防止完成手术之后患者出现感染或者是出血情况,完成手术的第七天收紧挂线,每隔七天收紧一次,每次收紧原挂线长度的三分之一,直到完全脱落。

### 1.3 观察指标

1.3.1 比较试验组、对照组手术后各项指标差异,主要包括肛门失禁评分、肛管静息压、初始感觉容量、肛管括约肌长度以及最大耐受容量。

1.3.2 比较试验组、对照组治疗后临床效果。手术 3 个月之后对患者临床治疗效果进行评估。患者肛瘻内外闭合良好,而且创面恢复的效果与理想效果差异较小,患者并未出现相关临床并发症表明治疗痊愈。患者肛瘻口存在少量的分泌物,创面尚没有完全愈合表明治疗有效;患者临床症状以及相关体征并未出现变化或者疾病症状加重表明治疗无效<sup>[3]</sup>。

1.3.3 比较试验组、对照组生活质量评分差异。采用简明健康测量量表对患者手术后 3 个月生活质量进行评估,主要包括 8 个维度,满分为 100 分,分数与患者的生活质量之间呈现正相关关系<sup>[4]</sup>。

1.3.4 比较试验组、对照组并发症发生率。主要包括肛门部分功能失禁、肛门变形、肛门潮湿。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件分析数据,计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较方差用独立样本的 t 检验。计数资料采用 (%) 表示,用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 比较两组患者各项指标

试验组与对照组患者初始感觉容量数据对比无统计学差异 ( $P>0.05$ )。试验组肛门失禁评分低于对照组,肛管静息压低于对照组,肛管括约肌长度低于对照组,最大耐受容量低于对照组,对比差异显著 ( $P<0.05$ )。详见表 1。

表 1 试验组、对照组手术后各项指标差异( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	肛门失禁评分	肛管静息压	初始感觉容量	肛管括约肌长度	最大耐受容量
试验组	66	2.03 ±	35.08 ±	25.39 ±	2.56 ±	115.58 ±

		0.18	11.86	9.42	0.71	11.85
对照组	66	1.07 ± 0.18	40.32 ± 12.72	26.66 ± 9.81	3.00 ± 0.90	125.06 ± 12.23
t	-	30.638	2.448	0.759	3.118	4.523
P	-	<0.001	0.016	0.449	0.002	<0.001

2.2 比较两组患者治疗效果

试验组患者治疗总有效率与对照组对比差异显著，数据对比具有统计学意义 (P<0.05)。详见表 2。

表 2 试验组、对照组治疗后临床效果[n(%)]

组别	例数	治疗显效	治疗有效	治疗无效	总有效率
试验组	66	49 (74.24)	15 (22.73)	2 (3.03)	64 (96.97)
对照组	66	43 (65.16)	10 (15.15)	13 (19.69)	53 (80.31)
X <sup>2</sup>	-	-	-	-	9.101
P	-	-	-	-	0.003

2.3 比较两组患者生活质量评分

试验组患者 8 项生活质量评分均高于对照组患者，对比差异显著，具有统计学意义 (P<0.05)。详见表 3。

表 3 试验组、对照组生活质量评分差异[( $\bar{x} \pm s$ ), 分]

组别	例数	生理功能	生理职能	活力	精神健康	社会疼痛	情感功能	总体健康
试验组	66	79.36 ± 7.50	80.26 ± 7.46	79.45 ± 7.04	75.34 ± 7.55	85.36 ± 7.45	79.56 ± 7.62	77.56 ± 7.78
对照组	66	70.29 ± 7.76	74.44 ± 7.56	68.44 ± 7.15	69.25 ± 7.15	79.09 ± 7.28	73.26 ± 7.56	71.19 ± 7.09
t	-	6.828	4.452	8.914	4.758	4.890	4.768	4.484
P	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 比较两组患者并发症发生率

与对照组相比，试验组并发症发生率明显更低 (P<0.05)。详见表 4。

表 4 试验组、对照组并发症发生率[n(%)]

组别	例数	部分功能失禁	肛门变形	肛门潮湿	总发生率
试验组	66	1 (1.52)	1 (1.52)	2 (3.03)	4 (6.07)
对照组	66	5 (7.57)	3 (4.54)	5 (7.57)	13 (19.68)
t	-	-	-	-	5.469
P	-	-	-	-	0.019

3. 结论

临床最理想的治疗肛瘘的方式是完全切除瘘管或者是症状完全消失，且患者相关的肛门功能得到良好的保存。肛瘘的走向比较复杂，会涉及到各种肌群，患者肛门功能出现的障碍情况主要受到括约肌损伤的影响，所以临床在治疗肛瘘的时候需要良好的对患者括约肌进行保护，这也是当前大多外科医生最理想的一种手术方法<sup>[5]</sup>。挂线治疗方法的主要核心并不是将瘘管切开，而是更倾向于瘘管引流，是当前治疗肛瘘的比较理想的一种方式，但是在临床治疗时受到各种因素的影响，此种治疗方法频率比较低，大多数外科医生首选治疗肛瘘的方式并不是挂线疗法<sup>[6]</sup>。

祖国医学认为，导致患者发生肛瘘的原因与患者感染热、湿、寒等邪气有关，且还受到患者脏腑亏损、饮食不洁的影响<sup>[7]</sup>。临床主要采取两种方法对此种疾病进行治疗，一种为肛瘘切开手术，一

种为挂线疗法。在中医当中挂线疗法是一种比较传统的治疗肛瘘的方法，可有效治疗肛瘘。当下临床关于挂线疗法的研究比较多，认为治疗肛瘘的过程中应用挂线疗法的效果比较好。在临床中医挂线疗法一般主要包括两种，一种为低位部分切开高位挂线术，另一种为低位全部切开高位挂线术，两种方法在临床治疗时的区别主要为是否完全将齿状线下的主管切开。

根据本次研究可以得出试验组患者应用低位全部切开高位挂线术方法进行手术治疗，手术的面积虽然比较大，但是手术之后疾病的复发率明显降低，而对照组虽然取得了比较好的临床治疗效果，但是治疗总有效率明显低于对照组，且手术之后容易复发，而且并发症的发生率也比较高。由此可以得出肛瘘切开手术治疗后患者极易发生相关并发症，且疾病复发率比较高，与试验组治疗总有效率进行比较存在明显统计学差异 (P<0.05)。所以在临床用两种方法治疗取得的疗效之间差异显著，试验组治疗总有效率更高。不仅如此，试验组患者治疗后各项症状改善的更为明显，各项指标评分明显低于对照组，生活质量评分明显高于对照组，且试验组的并发症发生率仅为 6.07%，而对照组患者的并发症发生率高达 19.68%，由此可知肛瘘切开手术治疗虽然临床效果比较好，但是手术之后患者的并发症发生率比较高，会在一定程度上影响到患者的日常生活质量以及各项指标，所以临床更加推荐应用低位全部切开高位挂线术进行治疗。

综上所述，肛瘘切开手术与低位全部切开高位挂线术治疗效果均比较好，但是低位全部切开高位挂线术效果更加良好，患者的排便功能不会受到影响，治疗后取得的各项指标良好，可明显提升患者生活质量，降低术后并发症发生率，具有良好的临床应用和推广价值。本次研究所选取的患者数量较少，所得数据受到一般性和普遍性影响，所以临床仍需不断进行深入研究，取得更加科学的数据。

参考文献：

[1]吕宝东,吴免镒,苏丽敏,侯绪春.自制消炎止痛洗剂熏洗联合挂线疗法治疗复杂性高位肛瘘患者的效果[J].中国民康医学,2022,34(11):126-129.

[2]黄宁.基于“存体寡损”思想探索中医挂线疗法治疗克罗恩病肛瘘的临床研究[D].福建中医药大学,2022.

[3]孙英杰,刘越军,刘振生,王新策,高建垠.六神丸药线挂线对高位单纯性肛瘘临床疗效及直肠肛管功能的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2022,28(02):218-222.

[4]张健,刘越军,王新策,孙英杰,陆庆革,曾莉,减/低压松弛挂线引流术与传统中医挂线疗法治疗高位肛瘘疗效比较[J].现代中西医结合杂志,2022,31(07):946-948.

[5]翟艳华.探析瘘管旷置术配合切开挂线疗法用于复杂性肛瘘治疗的临床效果及对复发率的影响[J].数理医药学杂志,2022,35(02):179-181.

[6]高献明,吴才贤,黄璇,张岱虎,高海花,叶玲.挂线疗法对高位复杂性肛瘘盆底肌电参数和肛管直肠测压数据的影响[J].辽宁中医杂志,2021,48(04):86-88.

[7]尚威,雍雅慧,郭志伟,徐跃军.挂线疗法联合黄柏苦参汤坐浴熏洗对肛瘘患者术后创面愈合的效果观察[J].结直肠肛门外科,2020,26(S1):3-4.