

肛瘘切开术与切除术在低位单纯性肛瘘治疗中的临床效果比较

李新宇

(吉林省榆树市太安乡卫生院 130413)

摘要: 目的: 对比分析肛瘘切开术与切除术在低位单纯性肛瘘治疗中的临床效果。方法: 从 2020 年 3 月至 2022 年 2 月我院收治的低位单纯性肛瘘患者中抽选 50 例作为研究对象, 采用单双数法分为两组, 实验组患者例数为 25 例, 接受肛瘘切开术治疗, 对照组患者例数为 25 例, 接受肛瘘切除术治疗, 对比两组临床治疗效果。结果: 术后 1d、术后 3d、术后 7d 实验组疼痛评分明显低于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。术后一个月两组肛门括约肌功能评分差异不大 ($P > 0.05$); 术后三个月实验组患者肛门括约肌功能评分明显低于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。术后 1d 两组创面分泌物评分差异不大 ($P > 0.05$); 术后 3d、术后 7d 实验组患者创面分泌物评分明显低于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。实验组患者手术时间、术中出血量、创面愈合时间、早期大便次数明显少于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。实验组术后并发症发生率、三个月内复发率明显低于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。实验组患者术后三个月肛门括约肌缺损宽度和愈合后切口疤痕面积明显少于对照组, 肛门失禁评分明显低于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在低位单纯性肛瘘患者中采取肛瘘切开术治疗效果比切除术更好, 且前者操作更为简单, 安全性也更高, 值得临床推广应用。

关键词: 肛瘘切开术; 切除术; 低位单纯性肛瘘

低位单纯性肛瘘是一种比较罕见的疾病, 大多数患者出现低位单纯性肛瘘后, 病症都比较严重, 患者的直肠和肛门功能都会受到影响^[1]。临床上针对低位单纯性肛瘘的治疗主要以手术治疗为主, 肛瘘切开术与切除术均为常见的手术类型^[2]。为了更好的选择手术类型, 临床上针对这两种手术方式在低位单纯性肛瘘治疗中的效果进行对比, 具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

从 2020 年 3 月至 2022 年 2 月我院收治的低位单纯性肛瘘患者中抽选 50 例作为研究对象, 采用单双数法分为两组, 实验组患者例数为 25 例, 其中男性患者例数和女性患者例数分别为 16 例和 9 例, 患者年龄从 20 岁至 50 岁, 平均年龄 (38.89 ± 1.23) 岁, 患者病程从 1 个月到 6 个月, 平均病程为 (2.12 ± 0.23) 个月, 患者体质质量指数从 18.89 kg/m^2 到 28.77 kg/m^2 , 平均体质质量指数为 (21.23 ± 0.87) kg/m^2 。对照组患者例数为 25 例, 其中男性患者例数和女性患者例数分别为 15 例和 10 例, 患者年龄从 21 岁至 49 岁, 平均年龄 (38.81 ± 1.28) 岁, 患者病程从 1 个月到 5 个月, 平均病程为 (2.15 ± 0.25) 个月, 患者体质质量指数从 18.84 kg/m^2 到 28.92 kg/m^2 , 平均体质质量指数为 (21.26 ± 0.84) kg/m^2 。两组患者临床资料对比差异不大, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

两组患者入院后, 均采用手术治疗, 麻醉方式选择骶麻, 体位选择膀胱截石位。对照组手术方式选择肛瘘切除术, 等到麻醉效果满意后, 需要切开瘘管, 然后将全部的瘘管壁以及周围的瘢痕组织全部利用电刀切除, 完成后, 用涂抹凡士林的纱布覆盖, 做好包扎和固定, 然后在术后采取抗生素治疗, 更好的预防感染。实验组手术方式选择瘘管切开术, 患者接受手术之前, 等到麻醉效果满意后, 需要评估患者的瘘管情况, 可以采取探针进行检测, 确定瘘管的深度、走向等, 然后槽探针插入外口, 从内扣的地方穿出, 如果在这个过程中, 遇到了阻力, 则需要停止, 然后按照相反的方向切开瘘管, 再继续探查, 直到全层切开瘘管。切开口, 将瘘管壁已经周围的瘢痕组织刮除, 然后用涂抹凡士林的纱布覆盖, 做好包扎和固定, 然后在术后采取抗生素治疗, 更好的预防感染。

1.3 观察指标

将两组患者疼痛评分、肛门括约肌功能、创面分泌物评分、手术相关指标、并发症发生率、三个月内复发率、术后肛门外观形态、肛门失禁评分等作为观察指标。其中, 疼痛评分以视觉模拟疼痛评分量表 (VAS)^[3]测定, 总分为 10 分, 分数越高, 疼痛感越严重; 肛门括约肌功能评分分值在 0-3 分, 其中没有损伤且大便正常为 0 分, 能够有效控制大便、但是有轻度的损伤、偶尔会有漏气情况为 1 分, 不能有效的控制稀便和气体、有中度损伤为 2 分, 无法控制排便, 存在重度损伤为 3 分; 创面分泌物评分分值在 0-3 分, 以 8 小时内创面渗出物分泌量作为评价指标, 如果分泌物量超大, 需要使用棉垫为 3 分、分泌物浸湿敷料超过 5 块为 2 分、分泌物浸湿敷料 3 块到 4 块为 1 分、分泌物浸湿敷料少于 2 块为 0 分; 手术相关指标包括手术时间、术中出血量、创面愈合时间、早期大便次数等; 并发症包括肛门狭窄、镇痛药物使用率、大便失禁等; 术后肛门外观形态通过肛肠三维超声诊断仪测定, 以肛门括约肌缺损宽度和愈合后切口疤痕面积为主; 肛门失禁评分选择 Wexner 肛门失禁评分测定, 采取 5 级评分法, 从不为 0 分, 很少为 1 分, 有时为 2 分, 常常为 3 分, 总是为 4 分, 失禁情况包括干便、稀便、气体、需要衬垫、生活方式改变等, 分数越高肛门失禁程度越低^[4]。

1.4 统计学分析

采用 spss27.0 处理, 用 t 、 χ^2 检验, 当 p 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疼痛评分、肛门括约肌功能、创面分泌物评分对比

术后 1d、术后 3d、术后 7d 实验组疼痛评分明显低于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。术后一个月两组肛门括约肌功能评分差异不大 ($P > 0.05$); 术后三个月实验组患者肛门括约肌功能评分明显低于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。术后 1d 两组创面分泌物评分差异不大 ($P > 0.05$); 术后 3d、术后 7d 实验组患者创面分泌物评分明显低于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者疼痛评分、肛门括约肌功能、创面分泌物评分对

比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	实验组 (n=25)	对照组 (n=25)	t	P	
疼痛评分	术后 1d	3.88 ± 1.12	4.55 ± 1.14	2.096	0.041
	术后 3d	2.11 ± 0.77	3.08 ± 0.89	4.121	0.000
	术后 7d	1.23 ± 0.23	1.89 ± 0.43	6.767	0.000
肛门括约肌功能	术后一个月	1.35 ± 0.88	1.31 ± 0.89	0.160	0.874
	术后三个月	0.60 ± 0.20	0.77 ± 0.26	2.591	0.013
创面分泌物评分	术后 1d	2.22 ± 0.67	2.34 ± 0.71	0.615	0.542
	术后 3d	1.56 ± 0.52	1.92 ± 0.58	2.311	0.025
	术后 7d	1.23 ± 0.32	1.77 ± 0.44	4.963	0.000

2.2 两组患者手术相关指标对比

实验组患者手术时间、术中出血量、创面愈合时间、早期大便次数明显少于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者手术相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

指标	实验组 (n=25)	对照组 (n=25)	t	P
手术时间 (min)	22.78 ± 5.48	33.87 ± 7.33	6.059	0.000
术中出血量 (mL)	8.88 ± 2.34	11.47 ± 3.21	3.260	0.002
创面愈合时间 (d)	12.33 ± 1.78	16.64 ± 2.38	7.251	0.000
早期大便次数 (次)	1.57 ± 0.39	2.22 ± 0.71	4.012	0.000

2.3 两组患者并发症发生率、三个月内复发率对比

实验组术后 1 例出现肛门狭窄、1 例使用镇痛药物, 术后并发症发生率为 8.00%, 术后三个月内没有复发, 三个月内复发率为 0.00%。对照组术后 2 例出现肛门狭窄、3 例使用镇痛药物, 3 例大便失禁, 术后并发症发生率为 32.00%, 术后三个月内有 4 例复发, 三个月内复发率为 16.00%。实验组术后并发症发生率、三个月内复发率明显低于对照组, 差异存在统计学意义 ($\chi^2=4.500$ 、4.348, $P=0.034$ 、0.037)。

2.4 两组患者术后肛门外观形态、肛门失禁评分对比

实验组患者术后三个月肛门括约肌缺损宽度和愈合后切口疤痕面积分别为 (0.22 ± 0.04) cm, (0.58 ± 0.13) cm²; 肛门失禁评分为 (1.61 ± 0.44) 分。对照组患者术后三个月肛门括约肌缺损宽度和愈合后切口疤痕面积分别为 (0.94 ± 0.13) cm, (2.77 ± 0.62) cm²; 肛门失禁评分为 (3.67 ± 1.22) 分。实验组患者术后三个月肛门括约肌缺损宽度和愈合后切口疤痕面积明显少于对照组, 肛门失禁评分明显低于对照组, 差异存在统计学意义 ($t=26.468$ 、17.285、7.942, $P=0.000$ 、0.000、0.000)。

3 讨论

在临床上, 低位单纯性肛瘘属于比较严重的肛瘘, 治疗难度也相对较大, 患者入院后, 医生通常会建议进行手术治疗^[5]。通过手术将感染的组织切除, 使肛门和直肠更加健康。所以, 科学合理的选择手术方式是非常重要的, 当前常见的手术方式选择瘘管切除术或者瘘管切开术, 两种手术可以很好的将病灶组织清楚, 但是不同的手术效果也不相同^[6]。其中, 肛瘘切除术是一种手术治疗方法,

旨在将肛瘘切除, 以治疗肛门周围感染或瘢痕。患者在利用肛瘘切除术治疗的时候, 需要在肛门周围切开一个小口, 将脓肿和分泌物引流出来, 然后在肛门周围切开皮肤、皮下筋膜和肌肉, 然后将脓肿和分泌物清除^[7]。肛瘘切开术主要是将感染的组织切除, 从而减轻症状和避免再次感染, 操作者需要在肛门周围皮肤上开一个小口, 将脓液和分泌物引流出来。相较于肛瘘切除术而言, 肛瘘切开术通常不需要像其他手术那样进行全身麻醉, 因此手术过程中不会引起疼痛或其他不适, 还可以减轻患者的肿胀症状^[8]。同时肛瘘切除术通常不需要住院治疗, 恢复时间相对较快, 患者可以在术后立即开始活动, 并且不会对日常生活产生太大影响, 患者复发率也相对较低^[9]。

本次研究选择 50 例低位单纯性肛瘘患者进行对比, 研究结果显示, 采取肛瘘切开术治疗的患者术后 1d、术后 3d、术后 7d 疼痛评分; 术后三个月实验组患者肛门括约肌功能评分; 术后 3d、术后 7d 实验组患者创面分泌物评分明显更低, 手术时间、术中出血量、创面愈合时间、早期大便次数明显更少, 术后并发症发生率、三个月内复发率明显更低, 术后三个月肛门括约肌缺损宽度和愈合后切口疤痕面积明显更少, 肛门失禁评分明显更低, 表明采取肛瘘切开术治疗疼痛感更低, 且手术时间、术中出血量更少, 手术安全性高, 患者恢复效果好, 也不容易复发, 患者病症可以得到很好的改善。该研究结果与刘小红^[10]在肛瘘切开术与切除术在低位单纯性肛瘘治疗中的临床比较中相关研究结果相似度高。

综上所述, 在低位单纯性肛瘘患者中采取肛瘘切开术治疗效果比切除术更好, 且前者操作更为简单, 安全性也更高, 值得临床推广应用。

参考文献:

[1] 司海波. 肛瘘切开术与切除术在低位单纯性肛瘘治疗中的临床效果比较[J]. 中国实用医药, 2023, 18(05): 61-63.

[2] 肖倩, 吴优, 张磊昌, 等. 经括约肌间瘘管结扎术与传统肛瘘手术治疗低位单纯性肛瘘的疗效对比分析[J]. 中医临床研究, 2021, 13(33): 125-128.

[3] 刘新红, 李小龙. 经括约肌间瘘管结扎术治疗低位单纯性肛瘘对患者术后疼痛程度及肛门功能的影响[J]. 当代医学, 2021, 27(18): 175-176.

[4] 王凯, 段宏岩, 于锦利, 等. 改良肛瘘切除一期缝合术与肛瘘切开术治疗低位单纯性肛瘘的临床应用效果对比[J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27(02): 129-132.

[5] 黄振. 肛瘘切开术与切除术治疗低位单纯性肛瘘中的价值[J]. 世界复合医学, 2021, 7(02): 7-8.

[6] 季恩敏, 史伟, 李昌权, 等. PPH 术联合肛瘘切除术治疗混合痔合并低位单纯性肛瘘的疗效分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2020, 41(23): 2959-2961.

[7] 张国伟. V-Y 型皮瓣移植术联合肛瘘切除术治疗低位单纯性肛瘘的效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29(07): 1224-1225.

[8] 谢启桂, 谢炳开. 肛瘘切开术与切除术治疗低位单纯性肛瘘的价值探讨[J]. 中外医学研究, 2019, 17(30): 41-43.

[9] 黄橙紫, 李亚玲, 何彬, 等. 经括约肌间瘘管结扎术与肛瘘切开术治疗低位单纯性肛瘘[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2019, 25(04): 482-487.

[10] 刘小红. 肛瘘切开术与切除术在低位单纯性肛瘘治疗中的临床比较[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(82): 128+130.