

开放式瘻管切除术联合内口挂线引流对肛瘻的疗效及安全性观察

周章韵¹ 何俊峰² 龚雨海³ 李彬彬⁴ 张长乐⁵
(安徽中科庚玖医院 胃肠外科 安徽合肥 230000)

摘要:目的:探究肛瘻病人接受开放式瘻管切除术、内口挂线引流联合方案的价值。方法:纳入北京中日友好医院肛肠科 2023 年 3 月至 2024 年 3 月内收治 1209 例肛瘻患者,依据入院号随机划分 2 组,对照组纳入 604 例开展常规手术,观察组纳入 605 例开展开放式瘻管切除术、内口挂线引流联合治疗。从手术指标、临床疗效进行评估。结果:两组创口出血量、创缘水肿时长、创口愈合时长、住院时长比较,观察组均明显减少($P < 0.05$)。观察组较对照组,临床总有效率提高幅度更大($P < 0.05$)。结论:肛瘻病人接受开放式瘻管切除术、内口挂线引流联合方案的疗效确切,且减少了手术创伤,可加快术后恢复进程。

关键词:肛瘻;开放式瘻管切除术;内口挂线引流

肛瘻是临床肛肠科多发的一种疾病,临床表现肛旁反复流脓、局部疼痛、肛门瘙痒等症状为主,在全部肛肠疾病中可占 1.5%至 3.6%左右,常发生于青壮年男性中^[1]。一旦发生肛瘻,往往很难自行痊愈,由于瘻管呈现出多发、复杂等特征,伴随瘻口、瘻管数量增多,进一步提高治疗难度,甚至引起感染流脓现象,对身心健康带来极大危害,使生活质量大幅下降^[2]。当前,手术是治疗肛瘻的主要手段,而现阶段临床开展的手术形式多种多样,手术过程中需要注意避免对肛门括约肌功能损伤^[3]。基于此,本文选取中日友好医院肛肠科 2023 年 3 月至 2024 年 3 月内收治 1209 例肛瘻患者,进一步探讨肛瘻病人接受开放式瘻管切除术、内口挂线引流联合方案的价值,具体报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

纳入北京中日友好医院肛肠科 2023 年 3 月至 2024 年 3 月内收治 1209 例肛瘻患者,依据入院号随机划分 2 组,对照组纳入 604 例,观察组纳入 605 例。对照组男性、女性各 310 例、294 例;年龄范围 23 至 58 岁,均值(39.27 ± 5.23)岁;患病时长 3 至 35 个月,均值(18.27 ± 1.43)月。观察组男性、女性各 313 例、292 例;年龄范围 22 至 60 岁,均值(39.41 ± 5.09)岁;患病时长 4 至 32 个月,均值(18.36 ± 1.28)月。统计学处理各项信息,两组无意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组开展常规手术。若患者没有外口,则在瘻管距离最近的皮肤垂直方向做出切口,通过探针进行观察,顺沿探针方向将瘻管切开,形成放射状切口。若瘻管呈现出马蹄形,进行开窗引流,将瘻管向内外括约肌进行剥开,并切开相应皮肤,对括约肌与内口开展橡皮筋挂线,实施引流。术后固定频率换药,切口进行内口挂线牵拉,术后 7 至 10 天通常内口挂线逐渐自行脱落,若超过时间仍没有脱落,开展二次紧线,术后一周拆线。

观察组开展开放式瘻管切除术、内口挂线引流联合治疗。从患者外口缓慢置入探针并达到瘻管最深部位,

切开相应皮肤组织,将附近脂肪层分离到瘻管顶部。瘻管切除之后,快速完成创面止血处理。随后肛门进行拉钩处理,对显露的肛瘻内口剪开,将探针从肛瘻原本外口置入,辅助观察下根据探针方向从肛瘻外端做出约 4cm 管道。通过刮匙清理干净瘻道中坏死组织,瘻道中间皮桥对其保留。从肛门后方和坐骨直肠窝相交处做出一个外口,并和先前做出的主道远端相连做出隧道,对主管道顶端使用刮刀进行清理。从人造外口置入弯式止血钳,医生左手食指缠绕十号结扎线,从直肠壁插穿。同时在弯式止血钳绑上十号结扎线,置入到人造外口,并在上方缠绕一根橡皮筋。将其引出至肛门外,在肛内手指辅助下切开皮下组织和挂线部位皮肤,并将其收紧结扎。在人造外口部位或者肿硬部位周围,一共做出四个放射状引流口,和主管道深度保持一致,长度约 4cm,通过橡胶膜对人造口、引流口进行结扎。肛门外放置引流管,凡士林油纱条覆盖在创面外,纱布块持续压迫创口,丁字带妥善固定。

1.3 观察指标

(1) 护士对两组患者手术各项指标进行统计,常见有创口出血量、创缘水肿时长、创口愈合时长、住院时长。

(2) 两组进行疗效评估,术后相关症状不存在,创口完全愈合,未出现肛门失禁及变形等并发症,判定显著;术后相关症状有极大程度改善,创口大部分愈合,肛门出现不完全失禁,判定有效;术后相关症状没有好转,创口没有愈合,判定无效;总有效率即显效率、有效率之和。

1.4 统计学分析

采用 SPSS23.0 软件对数据进行统计分析,计量数据均符合正态分布以($\bar{x} \pm s$)表示,采用独立样本 t 检验进行组间比较,计数数据以[n(%)]表示,行 X² 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 相关手术指标两组对比

两组创口出血量、创缘水肿时长、创口愈合时长、

住院时长比较, 观察组均明显减少 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 相关手术指标两组对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	创口出血量	创缘水肿时长	创口愈合时长	住院时长
对照组 (n=604)	99.58 ± 4.32	2.38 ± 0.44	21.28 ± 4.38	7.36 ± 1.27
观察组 (n=605)	92.37 ± 3.49	1.24 ± 0.36	13.97 ± 3.45	5.03 ± 1.02
t	31.922	49.306	32.238	35.172
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 临床疗效两组对比 ($P < 0.05$), 见表 2。

观察组较对照组, 临床总有效率提高幅度更大 (P

表 2 临床疗效两组对比[n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (n=604)	236	223	145	459 (75.99)
观察组 (n=605)	318	256	31	574 (94.88)
X^2				14.338
P				0.000

3. 讨论

对于肛瘘患者的治疗, 理想治疗结果是同时达到完全清除瘘管、保护肛门功能以及控制感染这三个方面。现阶段瘘管切开术是临床对肛瘘患者治疗中开展最广泛的传统术式, 可获得理想效果。但是该手术创伤也比较明显, 术后创口愈合时间较长。并且传统瘘管切开术的创面在术后恢复期间, 因为持续收缩、肉芽组织生长等因素, 常常出现创口卷曲凹陷或者对口效果不理想, 还会引起大量瘢痕组织。

开放式瘘管切除术主要是将瘘管切除后, 呈现出开放创面, 更有助于创面愈合。开放式瘘管切除术与常规手术方案相比, 其操作相对便捷, 切除更加充分, 创面时间短, 术后复发概率更低^[4]。同时, 肛瘘手术过程中的关键之处还体现在准确定位内口和正确处理, 高效清理主管道内端盲腔^[5]。挂线手术原理主要是通过紧线弹力收缩作用, 让挂线中的组织缺少血液供应, 使其逐渐缺血、坏死, 更便于切开瘘管^[6]。内口挂线引流术能够有效处理主管道内端盲腔, 解决了常规手术复发风险高和难于彻底处理的不足, 保证了病灶可以顺畅引流。内口挂线引流术操作较为简单, 术中失血少, 并发症风险较低^[7]。本次研究结果得知, 观察组临床总有效率提高幅度较对照组更大; 同时观察组创口出血量、创缘水肿时长、创口愈合时长、住院时长也比对照组明显减少。结果提示肛瘘病人接受开放式瘘管切除术、内口挂线引流联合方案的疗效确切, 有助于减少手术创伤, 加快术后恢复。分析原因是: 开放式瘘管切除术可一定程度保护肛门功能, 控制术后瘢痕出现, 避免肛门收缩力下降或者形状改变, 防止肛门松弛或失禁现象。同时开放式瘘管切除术有助于创口尽快修复, 避免创口直接接触污染物, 加快创口

愈合。内口挂线引流能够让组织坏死, 加快其液化, 伴随挂线流出, 达到引流目的。并且内口挂线引流可起到标记瘘管附近括约肌的作用, 更直观呈现内外口关系, 有助于准确切除纤维化括约肌和处理瘘管。

综上所述, 开放式瘘管切除术、内口挂线引流联合方案治疗肛瘘的效果显著, 且手术创伤小, 术后恢复快。

参考文献:

- [1]谢云民,陈梅华,丁新民,等. 内口挂线引流联合开放式瘘管切除术治疗肛瘘的效果与安全性分析[J]. 中国现代药物应用,2022,16(14):64-66.
 - [2]叶竹平. 研究内口挂线引流联合开放式瘘管切除术治疗肛瘘的效果[J]. 中国医药指南,2020,18(10):101-102.
 - [3]华国花,林湘涛,王永杰. 经括约肌间瘘管切除术治疗肛瘘患者的临床研究[J]. 中国基层医药,2021,28(9):1343-1346.
 - [4]中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会. 肛瘘诊治中国专家共识(2020版)[J]. 中华胃肠外科杂志,2020,23(12):1123-1130.
 - [5]陈培胜. 括约肌间瘘管结扎术联合瘘管隧道式切除术治疗低位肛瘘患者的效果[J]. 中国民康医学,2023,35(22):60-62.
 - [6]张超杰,张卫平,贺祥坤. 括约肌间瘘管结扎联合瘘管隧道式切除术对低位肛瘘的临床疗效分析[J]. 临床和实验医学杂志,2022,21(8):860-863.
 - [7]程川,王建平. 括约肌间瘘管结扎联合瘘管隧道式切除术用于低位肛瘘患者中的临床疗效[J]. 浙江创伤外科,2021,26(3):454-455.
- 周章韵(1987-), 男, 汉族, 安徽合肥人, 硕士, 主治医师, 主要研究方向: 胃、结直肠及肛门疾病等。