

# 瘻管隧道式剥离引流内口缝扎术联合痔瘻洗剂治疗高位单纯性肛瘻的临床研究

孙 童<sup>1</sup> 毛细云<sup>2</sup> 通讯作者<sup>2</sup>

1.安徽中医药大学, 安徽 合肥 230038

2.安徽中医药大学附属医院肠科, 安徽 合肥 230038

**摘要:**目的: 观察瘻管隧道式剥离引流内口缝扎术联合痔瘻洗剂治疗高位单纯性肛瘻的临床疗效。方法: 将 60 例高位单纯性肛瘻患者随机分为观察组和对照组, 观察组行瘻管隧道式剥离引流内口缝扎术, 对照组行传统的肛瘻切挂术, 术后分析两组的临床疗效, 观察术后并发症程度, 统计创面愈合时间, 观察治疗前后肛管动力及肛门功能变化。结果: 两组患者在术后第 3、9 天视觉 VAS 疼痛评分差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 但在临床治愈率、术后第 1 天视觉 VAS 疼痛评分比较、术后尿潴留情况, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 瘻管剥离引流内口缝扎术治疗高位单纯性肛瘻疗效明确, 肛门肌肉和功能保护好。  
**关键词:** 高位单纯性肛瘻; 瘻管隧道式剥离引流; 内口缝扎; 痔瘻洗剂

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月至 2019 年 7 月就医于安徽省中医院肛肠科的符合高位单纯性肛瘻诊断住院部患者 60 例, 随机分为观察组 (30 例) 和对照组 (30 例)。观察组采用瘻管隧道式剥离引流内口缝扎术, 男性 24 例, 女性 6 例; 平均年龄 ( $38.27 \pm 09.98$ ) 岁。对照组采用传统切开挂线术, 男性 28 例, 女性 2 例; 平均年龄 ( $37.33 \pm 09.47$ ) 岁。两组患者的性别、年龄比较均无显著性差异 ( $P > 0.05$ ), 有可比性。

### 1.2 纳入标准

(1) 年龄: 18 周岁至 60 周岁之间; (2) 性别不限; (3) 符合高位单纯性肛瘻诊断标准, 且瘻管形态已处于充分静止期。

### 1.3 排除标准

(1) 尚处于肛瘻感染期; (2) 非腺源性感染肛瘻; (3) 患有严重心脑血管疾病、糖尿病、血液病、精神病及妊娠和哺乳期妇女。

### 1.4 治疗方法

由专业麻醉师对患者进行充分的麻醉, 麻醉充分后予以导尿。根据术前专科检查提示的瘻道的位置, 将患者摆左侧或右侧卧位。

观察组: 术者先从外口注入适量的 1% 亚甲蓝, 从齿线某处流出蓝色液体, 用探针自外口处探入, 于亚甲蓝流出的内口处探出, 用组织钳牵拉瘻管外口, 以组织剪和电刀沿着瘻管走行剥离至括约肌水平, 在括约肌间沟水平高位截断, 然后用组织钳钳夹提起被截断的内口, 做荷包式缝合瘻管内口。探查无支管及活动性出血, 以生理盐水冲洗剥离瘻管后的创面, 内口无生理盐水渗出, 并置管于剥离的隧道管腔内, 固定于肛周皮肤上; 予以太宁栓一枚纳肛, 外以塔型纱布加压包扎固定。

对照组: 术者先从外口注入适量的 1% 亚甲蓝, 确定内口和瘻管走行, 探针从外口穿出内口, 沿瘻管走行切开瘻管至括约肌外侧, 然后予以挂皮筋进行慢性勒割, 彻底搔刮切口的外口管壁, 清除管壁的坏死组织和上皮, 予以太宁栓一枚纳肛, 外以塔型纱布加压包扎固定。

### 1.5 术后处理

(1) 手术结束后 6 小时禁饮食水, 流质饮食过渡到术后第一天恢复正常饮食; (2) 术后予抗生素静脉滴注 5~7 天; (3) 术后第 1 天或第 2 天早拔除尿管 (未置留镇痛泵者术后第 1 天早上拔尿管, 使用者术后第 2 天早上拔尿管); (4) 术后第二天开始院内制剂痔瘻洗剂熏洗坐浴 10~15 分钟; (5) 换药处理: 用复方黄柏液浸泡的棉球清理创面, 将适量痔瘻软膏挤入肛内; 观察组予以生理盐水冲洗管道, 对照组予以凡士林纱条放置引流分泌物; (6) 观察组约术后第 10 天, 予拆除引流管, 对照组皮筋不能自己脱落者, 给予紧固处理; (7) 出院后定期到院内换药及复查, 随访 3 月, 直至创面愈合完全。

### 1.6 观察指标

比较两组病人的临床疗效、术后疼痛评分、术后尿潴留情况。

### 1.7 评价标准

疗效标准: 疗效以治愈、好转以及无效来分级。相关症状完全消失, 瘻口完全闭合, 手术创面愈合, 术后 3 个月未见复发为治愈; 相关症状有效改善, 手术创面未完全愈合, 术后 3 个月未见复发为好转; 相关症状无改善, 手术创面未愈合, 术后 3 个月出现复发定义为无效。有效率 (%) = (病愈例数 + 好转例数) / 总例数  $\times 100\%$ 。

肛门疼痛程度评分: 采用视觉模拟评估法, 观察相点为术后第 1、3、9 天, 并记录疼痛评分, 0 分为无痛; 1~3 分为轻微疼痛; 4~6 分为中度疼痛; 7~10 分为重度疼痛。

术后尿潴留评定标准: 以患者术后第二天导尿管拔出后当日排尿情况为评定标准, 尿管拔除后, 小便自解畅, 无需其他特殊处理为 0 分; 尿管拔除后, 小便自解费力, 借由聆听流水声、热敷、针灸等手段帮助下可解出为 1 分; 尿管拔除后, 小便自解困难, 肌注硫酸新斯的明或口服药物后辅助解出为 2 分; 尿管拔除后, 需再次留置尿管导尿处理为 3 分。

### 1.8 统计学方法

数据处理采用 SPSS20.0 统计软件进行。计数资料采用  $\chi^2$  检验; 计量资料以均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 比较采用独立样本  $t$  检验。  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组术后临床疗效比较

详见表 1。两组痊愈、未愈、复发情况比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

表 1 两组临床疗效比较

组别	例数	治愈	好转	无效	有效率	$\chi^2$	P
治疗组	30	29	1	0	100%	1.017	0.529
对照组	30	27	2	1	96.67%		

### 2.2 两组术后疼痛程度比较

详见表 2。观察组和对照组比较, 术后第 1 天 ( $P > 0.05$ ), 差异无统计学意义; 术后第 3、9 天比较 (均为  $P < 0.05$ ), 差异有统计学意义。

表 2 两组术后疼痛评分在第 1、3、9 天的比较

观察相点	治疗组 ( $\bar{x} \pm s$ )	对照组 ( $\bar{x} \pm s$ )	P 值
第一天	2.16 $\pm$ 0.41	2.77 $\pm$ 0.48	0.000
第三天	1.57 $\pm$ 0.57	2.24 $\pm$ 0.47	0.000
第九天	0.96 $\pm$ 0.48	1.32 $\pm$ 0.43	0.003

### 2.3 两组术后尿潴留程度比较

详见表 3。观察组患者与对照组患者术后导尿管拔出后均有不同程度尿潴留情况出现, ( $P > 0.05$ ), 差异不显, 无统计意义。

表3 两组术后尿潴留情况比较

组别	例数	0分	1分	2分	3分	P
治疗组	30	23	5	2	0	0.318
对照组	30	20	5	4	1	

### 3 讨论

肛瘻不具有自限性的特点加之病程的迁延,会出现反复的肿痛及破溃流脓水<sup>[1-2]</sup>,因此导致了瘻管走势趋向复杂,炎症感染也会向深处发展。医学模式已经向生物-心理-社会医学模式转变,生产力的进步,生活水准的拔高,患者在追求临床治愈的同时,对疾病对生活质量的关注亦有所要求,对“微创”、“无痛”等理念有了更多的关注与期望,以力求一种更好的就诊体验。

笔者导师综合 LIFT 改良术内口处理方法,借鉴 VAAFT 精准定位瘻管的价值,提出“瘻管隧道式剥离引流内口缝扎术”,并联合术后痔瘻洗剂熏洗坐浴<sup>[3]</sup>,应用于高位单纯性肛瘻的治疗。痔瘻洗剂由黄柏、苦参、花椒、玄明粉、冰片、樟脑六味中药煎取所得,共同奏响清热解毒、消肿止痛、除

湿止痒之效。肛肠疾病常见的病因其中以湿、热为甚,虽经手术切除,但创面湿热不除,气血凝滞,侵入经络,则影响创面愈合。术后第二天予患者每日痔瘻洗剂熏洗坐浴,有效减轻肛瘻术后并发症。

本研究术式因在管道剥离过程做到无残存瘻管壁组织,辅以胶管留置处理,所以括约肌间沟感染的可能性低于 LIFT 术,在实际手术过程需注意:仔细地剥离瘻管,确保病灶组织整体性剥除;瘻管被截断后会产生回缩现象,务必在剥离时做到边切边凝,避免创面出血。本微创术式适用于单纯性高位肛瘻,值得临床推广应用。

### 参考文献

[1] 金黑鹰, 章蓓. 实用肛肠病学[M]. 上海: 科学技术出版社, 2014.  
 [2] 张东铭, 王玉成. 盆底与肛门病学[M]. 贵州: 科技出版社, 2000.  
 [3] 陈园桃. 中医病证诊疗常规[M]. 南京: 东南大学出版社, 2008.