

高位挂线加低位脱细胞真皮基质填塞治疗 高位复杂性肛瘘

李 龙

(安徽医科大学附属合肥市第二人民医院普外科, 安徽 合肥 230001)

摘要:目的 探究高位挂线加低位脱细胞真皮基质(AEM)填塞治疗高位复杂性肛瘘。方法 选取于 2017 年 3 月~2018 年 3 月安徽医科大学附属合肥市第二人民医院收治的 56 例高位复杂性肛瘘患者作为研究对象,随机分为治疗组和对照组,每组 28 例。治疗组给予 AEM 治疗,对照组给予传统瘘管切开挂线术治疗,比较两组患者的治疗效果、治愈率及复发率。结果 治疗组的疼痛持续时间、伤口愈合时间均短于对照组 ($P<0.05$); 其术后并发症总发生率及复发率分别为 3.57% 和 0, 均低于对照组的 39.28% 和 7.14%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗组治愈率为 85.71%, 高于对照组的 71.43%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 对高位复杂性肛瘘患者采取高位挂线加低位脱细胞真皮基质填塞治疗疗程短,治愈率高,复发率低,临床治疗上具有一定的优势。

关键词:脱细胞真皮基质;高位;复杂性肛瘘

中图分类号:R657.1+6

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2019.03.036

文章编号:1006-1959(2019)03-0116-03

Treatment of High Complex Anal Fistula with High Hanging Wire and Low Acellular Dermal Matrix Tamponade

Li Long

(Department of General Surgery, HeFei Second People's Hospital Affiliated to Anhui Medical University, Hefei 230001, China)

Abstract: Objective To explore the treatment of high complex anal fistula with high hanging wire and low acellular dermal matrix (AEM) tamponade. Methods 56 cases of patients with high complex anal fistula admitted to hefei second people's hospital affiliated to anhui medical university from March 2017 to March 2018 were selected as research objects, and randomly divided into treatment group and control group, 28 cases in each group. The treatment group was treated with AEM, and the control group was treated with traditional fistula incision and thread hanging. The treatment effect, cure rate and recurrence rate of the two groups were compared. Results The duration of pain and wound healing time in the treatment group were significantly shorter than those in the control group ($P<0.05$). The total incidence and recurrence rates of postoperative complications were 3.57% and 0, both lower than the control group's 39.28% and 7.14%, with statistically significant differences ($P<0.05$). The cure rate in the treatment group was 85.71%, higher than that in the control group (71.43%), and the difference was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion The treatment course of high hanging wire and low acellular dermal matrix tamping for patients with high complex anal fistula is short with high cure rate and low recurrence rate.

Key words: Acellular dermal matrix; High; Complex anal fistula

肛瘘(anal fistula)治疗的主要目的在于切除肛瘘内口和其上皮化瘘管,减少对括约肌的实际损伤。临床上在解决保护肛门功能和根治肛瘘之间的权衡存在一定的困难,尤其是治疗高位复杂性肛瘘,其原因主要在于病变位置比较高、管道多而复杂、深部死腔多存在支管,治疗难度极大^[1]。如果手术处理不当,极容易出现肛门狭窄、肛门失禁、肛门畸形及其他严重并发症,或者瘘管未彻底清除导致复发率较高^[2]。目前,临床上仍然会使用传统肛瘘手术治疗肛瘘,虽然临床效果显著,但存在创伤大、肛门损害严重、肛门愈合时间较长等缺点,多数患者不愿接受。本研究对高位复杂性肛瘘患者给予高位挂线加低位脱细胞真皮基质填塞、传统瘘管切开挂线术治疗,取得一定效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取于 2017 年 3 月~2018 年 3 月安徽医科大学附属合肥市第二人民医院普外科收治的 56 例高位复杂性肛瘘患者作为研究对象,本研究经

过医院伦理委员会审批,患者知情同意并签署同意书。纳入标准:①经电子肛门镜检查,确诊为复杂性肛瘘;②瘘管穿越其肛门外括约肌(括约肌上方、括约肌外方、高位括约肌间)30%~50%,均存在复发性瘘管;③患者严格按照医嘱定期复诊。排除标准:①由脓肿切开引流术诱发的复杂性肛瘘患者;②合并高血压、糖尿病、肠结核等患者;③全身性系统疾病患者;④肿瘤患者。按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组 28 例。治疗组男 16 例,女 12 例;年龄 28~65 岁,平均年龄(36.45 ± 3.46)岁;病程 5 个月~5 年,平均病程(2.57 ± 3.48)年;其中马蹄形肛瘘 11 例、2 个外口 6 例、 ≥ 2 个外口者 4 例、 ≥ 2 个瘘管者 7 例。对照组男 17 例,女 11 例;年龄 28~66 岁,平均年龄(36.57 ± 3.52)岁;病程 5 个月~5 年,平均病程(2.58 ± 3.53)年;其中马蹄形肛瘘 10 例、2 个外口者 7 例、 ≥ 2 个外口者 5 例、 ≥ 2 个瘘管者 6 例瘘管。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 术前指诊、探针检查、腔内 B 超检

作者简介:李龙(1976-),男,安徽合肥人,硕士,主治医师,主要从事普外科疾病的治疗

查、肛门镜等常规检查,必要时均予以造影检查,明确其内口位置、括约肌和瘘管走行之间的关系,再行血常规、肝肾功能、心电图、凝血功能、胸片检查等,均显示正常。再做术前准备,指导患者术前 1 d 进食流质,晚上口服聚乙二醇,清洁灌肠完成肠道准备^[3]。术前 2 h 为患者静脉滴注广谱抗生素。对于病变明显者,则予以抗炎治疗,中药坐浴对症治疗,炎症控制后再行手术。

1.2.2 治疗方法 对照组予以传统瘘管切开挂线术治疗,具体操作如下:麻醉后,行常规消毒铺巾,利用探针明确瘘管内口、外口的位置,切开瘘管至肛门边缘,先将瘘管低位部分切开,再将瘘管周围的疤痕组织全部切除,创面完全引流,瘘管的高位部从内口引出并用橡皮筋扎紧。

治疗组予以高位挂线加低位脱细胞真皮基质填塞治疗,具体操作如下:麻醉起效后行常规消毒铺巾,选择美国生产的 COOK 肛瘘刷彻底清除管腔中的腐肉、瘘管瘢痕,再进行彻底止血,分别应用甲硝唑、碘伏水进行瘘道冲洗。再利用金属探针明确瘘道外口、内口的具体位置,严格按照其瘘管长短、走向进行分段和部位选择,穿破瘘道壁,再将瘘道分为远、近端肛瘘。高位肛瘘选择挂线,低位肛瘘则根据瘘道的长度、管腔直径进行 AEM 修剪,并将 AEM 从外口拉入远端的瘘道,并将其缝合固定在远端瘘道的内口粘膜之下,修剪外口,注意稍低于外口,尽量让其敞开并进行有效引流,确保 AEM 不外露。

1.2.3 术后处理 两组患者均予以流质饮食,3 d 后改为半流质饮食,依据病情过渡至普食,3-5 d 1 次大

便,早晚伤口换药各 1 次。对照组患者予以甲硝唑冲洗肛管,治疗组不需冲洗,仅需要定时更患敷料,保持伤口清洁干燥。术后均不予以止痛药物治疗。医护人员关注患者的术后伤口疼痛,观察其术后情况。

1.3 观察指标 比较两组患者的疼痛持续时间、伤口愈合时间、并发症情况、治愈率、复发率。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS 19.0 进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后疼痛持续及伤口愈合时间比较 治疗组的疼痛持续时间、伤口愈合时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组治愈率和复发率比较 治疗组的治愈率高于对照组,复发率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组术后并发症情况比较 治疗组的术后并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 1 两组疼痛持续时间、伤口愈合时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	n	疼痛持续时间	伤口愈合时间
治疗组	28	5.22±3.42	18.02±1.46
对照组	28	12.48±4.48	27.68±1.35
t		6.815	25.705
P		<0.05	<0.05

表 2 两组治愈率、复发率比较[n(%)]

组别	n	治愈率	复发率
治疗组	28	24(85.71)	0
对照组	28	20(71.43)	2(7.14)

表 3 术后并发症情况[n(%)]

组别	n	尿潴留	出血	肛门失禁	肛门畸形	总发生率
治疗组	28	0	1(3.57)	0	0	3.57
对照组	28	1(3.57)	3(10.71)	2(7.14)	5(17.85)	39.29

3 讨论

肛瘘一期治愈是治疗的最终目标,应最大限度降低复发率、减轻肛门功能损伤。据统计肛瘘的首次术后复发率为 18% 左右,其术后肛门的失禁率为 10% 左右^[4],多次手术后会加重肛门狭窄、肛门失禁及肛门畸形等多方面的障碍,严重影响了患者的康复进程和生活质量。2011 年美国结直肠外科医师协会的最新肛瘘治疗指南中明确提出,肛门功能保护、肛瘘治愈均为临床医师应重视的两个方面。临床医师在其治疗的过程中应对括约肌的切开程度进行权衡,把握治愈率和术后肛门功能之间的关系。目前临床上常见的治疗高位肛瘘手术包括瘘管剔除术、选择性黏膜瓣推移术、切开挂线术及 LIFT 术,以上手术均存在共同的缺点,即创伤大、肛门损害严重、肛门愈合时间较长。部分患者经以上手术治疗后容

易发生肛门功能严重受损,导致大便失禁,会加大患者的痛苦^[5]。保留肛门的括约肌手术方法,如予以肛直肌黏膜瓣下移内口修补术,采用生物蛋白胶封堵术等,存在很高的复发率。因此,临床医师需要不断探讨出新的微创治疗方法来解决肛瘘治疗的难题。

脱细胞真皮基质(Acellular epidermal matrix, AEM)填塞技术是一种新型的微创技术,既能保护患者的肛门功能,又能方便临床医师操作,具有创伤小、技术简单、操作简便、并发症少的优点^[6]。但是单纯地进行 AEM 填塞治疗高位复杂性肛瘘存在局限性,复杂性肛瘘具有瘘管长、分支多、走向复杂,易造成填塞不完全的问题,致使引流不畅、复发率高。对于高位复杂性肛瘘采用高位挂线加低位脱细胞真皮基质填塞治疗,既保留了传统低切高

(下转第 120 页)

(上接第 117 页)

挂的优点,又弥补了创伤大、操作复杂、并发症多等诸多缺点,显著增强了临床疗效^[7]。本研究中,治疗组疼痛持续时间、伤口愈合时间均短于对照组($P<0.05$);术后并发症总发生率及复发率分别为 3.57% 和 0,均低于对照组的 39.28% 和 7.14%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组治愈率为 85.71%,高于对照组的 71.43%,差异有统计学意义($P<0.05$)。提示高位挂线加低位脱细胞真皮基质填塞治疗的临床效果优于传统肛瘘切除术治疗。要保证手术仍需注意以下几点:①充分的术前准备、手术前后合理地使用抗生素治疗;②术中明确瘘管和分支的位置,彻底清除坏死组织和瘘管壁的疤痕组织;③术中利用脱细胞异体真皮基质进行有效固定;术后予以有效地清洁护理。

综上所述,相对于传统手术方法及单纯 AEM 填塞治疗方法,高位挂线加低位脱细胞真皮基质填塞治疗高位复杂性肛瘘具有疗程短,治愈率高,复发率低,临床治疗上具有一定的优势。

参考文献:

- [1]胡云龙,马木提江·阿巴拜克热,艾尔哈提·胡赛音,等.脱细胞异体真皮基质填塞术治疗高位肛瘘的临床疗效[J].医学研究杂志,2016,45(2):75-78.
- [2]赵莉,李军.肛瘘患者异体脱细胞真皮基质填塞术后的综合护理[J].中华现代护理杂志,2017,23(4):542-544.
- [3]向双琼,汤维萍,高慧娟.对行脱细胞真皮基质医用组织补片填塞术的肛瘘患者实施 FTS 护理的效果探究[J].当代医药论丛,2017,15(9):166-168.
- [4]凌香,谷云飞.肛瘘的影像学诊断研究进展[J].现代中西医结合杂志,2013,22(7):797-798.
- [5]胡海平,陈喜丽.脱细胞异体真皮基质填塞与切开挂线术治疗肛瘘患者的临床效果[J].中国药物经济学,2016,11(4):134-135.
- [6]于锦利,段宏岩,鹿雅镜,等.脱细胞真皮基质填塞治疗骶尾部藏毛窦 (附 3 例报告及文献复习)[J].北京医学,2016,38(1):80-81.
- [7]王健诚,王伟,张科,等.脱细胞异体真皮基质填塞修复高位肛瘘[J].中国组织工程研究,2014(34):5497-5502.

收稿日期:2018-10-18;修回日期:2018-11-15

编辑/宋伟