

拖线置管垫棉综合疗法治疗高位复杂性肛瘘的疗效观察

霍超, 张瑛, 彭文 (华中科技大学协和深圳医院, 广东深圳 518052)

摘要: **目的** 观察拖线置管垫棉综合疗法治疗高位复杂性肛瘘的疗效。**方法** 高位复杂性肛瘘患者80例, 随机分为对照组($n=40$)和观察组($n=40$)。对照组以切开挂线法治疗, 观察组以拖线置管垫棉综合疗法治疗, 对两组的术后疼痛评分、创面愈合情况、创面愈合时间、治愈率、复发率进行比较。**结果** 术后第10、14天, 观察组的疼痛评分明显低于对照组, 创面愈合率高于对照组(均 $P<0.01$)。观察组患者术后创面愈合时间短于对照组($P<0.01$)。术后3个月, 观察组的肛管收缩压高于对照组($P<0.05$), 内、外括约肌长度均长于对照组($P<0.01$), Wexner评分显著低于对照组($P<0.01$)。而两组的治愈率及术后6个月的复发率差异均无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 拖线置管垫棉综合疗法治疗高位复杂肛瘘可减轻患者痛苦, 有利于伤口愈合, 而且可以有效保护肛门功能, 提升患者生活质量。

关键词: 拖线置管垫棉综合疗法; 高位复杂性肛瘘; 肛门功能; 伤口管理

中图分类号: R 605

文献标志码: A

文章编号: 2096-3610(2020)02-0213-04

Efficacy of combined therapy of thread-dragging, cathetering and cotton pad in the treatment of high complex anal fistula

HUO Chao, ZHANG Ying, PENG Wen (Huazhong University of Science and Technology Union Shenzhen Hospital, Shenzhen 518052, China)

Abstract: **Objective** To investigate the efficacy of combined therapy of thread-dragging, cathetering and cotton pad in the treatment of high complex anal fistula. **Methods** Eighty patients with high complex anal fistula were randomly divided into the Control Group ($n=40$) and Observation Group ($n=40$). The Control Group was treated with incision and suture method, and the Observation Group was treated with combined therapy of thread-dragging, cathetering and cotton pad. The postoperative pain score, wound healing, wound healing time, cure rate, and recurrence rate were compared between the two groups. **Results** On the 10th and 14th day after operation, the Observation Group had the pain score significantly lower than the Control Group, the wound healing rate higher than the Control Group ($P<0.01$), and the wound healing time shorter than the Control Group ($P<0.01$). Three months after operation, the Observation Group had the anal systolic pressure higher than the Control Group ($P<0.05$), the length of internal and external sphincter longer than the Control Group ($P<0.01$), and the Wexner score significantly lower than the Control Group ($P<0.01$). There was no significant difference in the cure rate and recurrence rate between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** The treatment of high-complex anal fistula with combined therapy of thread-dragging, cathetering and cotton pad can reduce the pain of patients, facilitate wound healing, effectively protect the anal function and improve the quality of life of patients.

Key words: combined therapy of thread-dragging, cathetering and cotton pad; high complex anal fistula; anal function; wound management

肛门直肠瘘是临床常见的肛肠科疾病之一, 致病原因较多^[1-2], 由肛门脓肿发展而来的肛瘘的发生率为26%~38%^[3]。肛门脓肿和肛瘘疾病的平均发病年龄为40岁, 发病年龄范围为20~60岁^[4]。成年男性发生肛瘘的可能性是成年女性的2倍^[5]。高位复杂肛

瘘在肛瘘中仅占5%~10%, 手术是其主流治疗手段, 但其瘘管穿过外括约肌深部以上, 存在手术难度大、手术创伤大、愈合时间长、术后并发症较多等问题, 是公认的难治性疾病, 也是外科领域的治疗难题^[4-5]。如何选择手术方式是高位复杂性肛瘘治疗的关键。拖线置管垫棉综合疗法是在拖线疗法的基础上, 融合置管技术等方式总结出的新疗法, 为评估拖线置管垫棉综合疗法对高位复杂性肛瘘的疗效, 本文进行了观察, 结果报道如下。

基金项目: 深圳市南山区科技计划项目(No.南科研卫2018026号)

收稿日期: 2019-08-30; **修订日期:** 2019-12-04

作者简介: 霍超(1979-), 男, 本科, 副主任医师

1 资料和方法

1.1 病例和分组

2017年2月–2019年1月我院肛肠科收治的高位复杂性肛瘘患者80例,均符合以下纳入标准和排除标准。纳入标准:(1)符合《肛周脓肿和肛瘘治疗指南》和《中国痔瘘学》中关于高位复杂性肛瘘的诊断标准,有2个以上外口及瘘管有分支,其主管道通过外括约肌深部以上,有1个或2个以上内口;(2)符合《黄家驷外科学》中肛瘘分类标准中的经括约肌型或括约肌间型诊断标准。排除标准:(1)18岁以下或65岁以上患者;(2)终末期肿瘤患者;(3)病情严重、身体不能耐受手术患者;(4)分型为括约肌上方型或括约肌外型肛瘘者;(5)有2个内口者;(6)有除肛周脓肿以外的肛门部手术或外伤史者;(7)伴有肛周湿疹、腹泻等疾病者;(8)患有精神病、严重肝肾功能不全、血液系统疾病、心脑血管疾病、消化道感染疾病者;(9)哺乳期或者妊娠期患者;(10)住院期间资料不完整患者。80例随机分为对照组和观察组,每组40例。对照组中,男28例,女12例;年龄20~64岁,平均 (42.2 ± 9.4) 岁。观察组中,男26例,女14例;年龄22~65岁,平均 (44.3 ± 8.4) 岁。两组患者的性别、年龄差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组患者行切开挂线术。手术麻醉方式选择蛛网膜下腔阻滞麻醉,麻醉后将探针从患者的肛瘘外口探入,术者以左手食指探入肛管直肠辅助探针探查。在探针探明内口位置后,探针经内口穿出,使内口与外口贯通。瘘管顶部与内口间的空腔/管道使用橡皮筋做挂线处理,并对潜腔、支管进行切开引流。从术后第1天开始,每天便后、早晚换药,将消毒后的凡士林纱条填入创面,每天换药2次。

观察组患者采用拖线置管垫棉综合疗法。手术麻醉方式选择蛛网膜下腔阻滞麻醉,麻醉后,将探针从患者肛门外口探入,术者以左手食指探入肛管直肠辅助探针探查。在探针探明内口位置后,经内口穿出,使内口与外口贯通。将内口下的括约肌、黏膜切开,切口到达肛缘后停止。对于内口上方的空腔、瘘管,根据其形状、大小放置引流管,然后缝合固定到肛缘;对于齿线下方的潜腔、低位支管则进行拖线处理。拖线处理方法:在潜腔、支管远端开窗,把医用丝线(10股)置入管道内,并将两端打结,注意让丝线保持松弛。术后第2天开始,每天便

后、早晚进行换药,换药时使用生理盐水对拖延管腔、引流管进行冲洗,每天2次。术后2周左右,待残腔中的积脓完全排除后,即可将引流管拔除,拖线分批拆除。

1.3 观察指标

1.3.1 疼痛评分 根据疼痛标准按视觉模拟评分法(VAS)对两组患者手术当天及术后第1、7、10、14天进行疼痛评分。使用10 cm游动标尺,一面标有刻度,两端分别表示“0”和“10”刻度,“0”表示无痛,“10”表示难以忍受的剧烈疼痛。评分时,将刻度线背对患者,让患者指出直尺上代表自己疼痛程度的位置。

1.3.2 创面愈合率和愈合时间 分别于手术当天和术后第3、7、10、14天测量两组患者的创面面积,创面面积测定方法:采用无菌透明薄膜直接均匀贴于创面上,细记号笔描绘创面边缘,再将薄膜铺于心电图描记纸上。以手术当天创面面积为原始面积计算创面面积及愈合率 $[(\text{原始面积} - \text{残余创面面积}) / \text{原始面积} \times 100\%]$ 。另外,比较两组患者自手术当天至创面完全愈合所需的时间。

1.3.3 肛门功能评估 使用高精度测压导管检测两组患者术前和术后3个月的肛管直肠压力,项目包肛管收缩压、静息压及内外括约肌功能长度。另外,采用美国Wexner评分标准,评估两组患者术后3个月的肛门功能(主要包括对气体、液体和固体的控制能力)。Wexner评分标准:肛门对干稀便、肠液、肠气的控制正常为1分;肛门对稀大便、肠液、肠气不能控制,污染内裤为2分;肛门对成形大便不能控制为3分。评分越低,说明肛门功能越好。

1.3.4 疗效评价 疗效评价标准参考《肛肠中医诊疗方案》拟定:肛瘘瘘管消失,手术创口完全愈合;临床症状消失,排便功能恢复正常为治愈;流脓、肿痛等临床症状减轻,创口基本愈合,排便功能基本正常为有效;临床症状无改善,排便功能未恢复为无效。比较两组患者的治愈率。

1.3.5 复发情况 术后随访6个月,比较两组患者的复发情况,计算复发率。

1.4 统计学处理

采用SPSS22.0软件进行统计学处理。计量资料以均数±标准差表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后第10、14天,观察组的疼痛评分明显低于

对照组($P<0.01$),见表1;创面愈合率高于对照组($P<0.01$),见表2。观察组术后创面愈合时间为(28.2 ± 5.2)d,短于对照组的(32.8 ± 6.3)d, $P<0.01$ 。术后3个月,观察组的肛管收缩压高于对照组($P<0.05$),内外括约肌长度均长于对照组($P<0.01$),见

表3;观察组患者Wexner评分为(0.62 ± 0.45)分,显著低于对照组的(2.71 ± 0.83)分, $P<0.01$ 。两组患者的治愈率及术后6个月的复发率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表4。

表1 两组疼痛评分的比较

($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	手术当天	术后第1天	术后第7天	术后第10天	术后第14天
对照组	40	8.8 ± 2.5	8.4 ± 4.3	6.9 ± 2.8	4.2 ± 2.0	3.2 ± 1.0
观察组	40	8.6 ± 3.0	8.3 ± 2.9	6.6 ± 3.9	2.8 ± 1.0^a	1.0 ± 0.1^a

与对照组比较: $^aP<0.01$

表2 两组创面愈合率的比较

($\bar{x}\pm s$,%)

组别	<i>n</i>	术后第1天	术后第7天	术后第10天	术后第14天
对照组	40	93.2 ± 6.3	80.2 ± 6.3	60.3 ± 7.7	42.2 ± 8.2
观察组	40	92.1 ± 6.9	82.1 ± 7.9	65.2 ± 8.1^a	50.3 ± 7.3^a

与对照组比较: $^aP<0.01$

表3 两组肛门功能的比较

($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	肛管收缩压/mmHg		肛管静息压/mmHg		内括约肌长度/mm		外括约肌长度/mm	
		术前	术后3个月	术前	术后3个月	术前	术后3个月	术前	术后3个月
对照组	40	184.2 ± 41.4	132.6 ± 42.4	43.8 ± 9.2	33.9 ± 9.2	14.5 ± 3.4	5.9 ± 4.3	20.8 ± 2.8	8.2 ± 3.2
观察组	40	183.2 ± 40.2	153.4 ± 37.3^a	44.3 ± 11.2	37.2 ± 8.3	14.2 ± 2.2	10.2 ± 3.9^b	20.2 ± 3.2	12.3 ± 6.2^b

与对照组比较: $^aP<0.05$, $^bP<0.01$

表4 两组治愈率及术后6个月复发率的比较

组别	<i>n</i>	治愈/例	有效/例	无效/例	治愈率/%	复发率/%
对照组	40	20	14	6	85.0	5.0
观察组	40	18	15	7	82.5	2.5

两组各项比较:均 $P>0.05$

3 讨论

高位复杂性肛瘘是指病灶位于肛管直肠环以上,且瘘管弯曲、复杂、跨度大的肛瘘^[6]。高位复杂性肛瘘手术治疗难度大,术中易损伤肛门的功能^[7],因此如何清除瘘管并尽量保护肛门功能是目前的主要难题和研究热点^[8]。切开挂线疗法是国内外公认的治疗高位复杂肛瘘的有效方法,但其存在易损伤肛门功能、影响患者生活质量等缺点^[9]。本文以切开挂线法作为对照,观察了拖线置管垫棉综合疗法治疗高位复杂性肛瘘术后肛门功能的情况,发现对照组和观察组的治愈率和复发率差异无统计学意义,但观察组患者在术后第10、14天的疼痛评分低于对照组,创面愈合率高于对照组,愈合时间短于对照组,提示相对于切开挂线法,拖线置管垫棉综合疗法可有效提高术后伤口管理效率,这可能

是由于拖线置管垫棉综合疗法可有效促进脓液排出,舒经活血,从而减轻患者痛苦,促进伤口愈合^[10]。

肛门压力的维持主要依赖于盆底肌肉与外括约肌的维持,因此在手术过程中应注重盆底肌肉与外括约肌的保护^[11]。本文结果还显示,观察组术后3个月肛管收缩压高于对照组,内外括约肌长度均长于对照组,Wexner评分低于对照组,提示相对于切开挂线法,拖线置管垫棉综合疗法可以有效保护肛门功能,提高患者生活质量^[12]。切开挂线法造成肛门收缩压明显降低的主要原因是手术过程中损伤瘘管周围肌肉,而观察组肛管收缩压高于对照组,说明拖线置管垫棉综合疗法对瘘管周围肌肉损伤较小。陆宏等^[13]采用对口切开旷置垫棉法结合松挂线术治疗高位复杂性肛瘘,发现通过旷置垫棉可有效促进新生肉芽组织与原有皮肤粘连,从而促进伤口愈合,与切开挂线法相比可缩短患者住院时间,保护患者肛门功能,提示拖线置管垫棉综合疗法可有效改善患者生活质量。

参考文献:

[1] SUDOL-SZOPINSKA I, KOŁODZIEJCZAK M, ANIELLO

- GS. A novel template for anorectal fistula reporting in anal endosonography and MRI-a practical concept[J]. Med Ultrason, 2019, 21(4): 483-486.
- [2] LU D, LU L, CAO B, et al. Relationship between body mass index and recurrence/anal fistula formation following initial operation for anorectal abscess[J]. Med Sci Monit, 2019, 25: 7942-7950.
- [3] VANDER MIJNSBRUGGE G J H, FELT-BERSMA R J F, HO DKF, et al. Perianal fistulas and the lift procedure: results, predictive factors for success, and long-term results with subsequent treatment[J]. Tech Coloproctol, 2019, 23(7): 639-647.
- [4] MEI Z, WANG Q, ZHANG Y, et al. Risk factors for recurrence after anal fistula surgery: a meta-analysis[J]. Int J Surg, 2019, 69: 153-164.
- [5] IQBAL A, AHMED T, KHAN I, et al. Outcome of use of 1% silver nitrate in patients with low lying perianal fistula[J]. J Ayub Med Coll Abbottabad, 2019, 31(3): 355-358.
- [6] 李宠. 拖线置管术和切开挂线术治疗高位复杂性肛瘘的效果比较及对肛管直肠压力的影响[J]. 中国当代医药, 2016, 23(34): 32-34.
- [7] 吴根良. 不同手术方法治疗复杂性肛瘘的临床疗效分析[J]. 中国社区医师, 2015, 26(11): 47-48.
- [8] 马垚. 潜行剥离瘘管并内口挂线术治疗高位复杂性肛瘘的临床研究[D]. 南充: 川北医学院, 2017.
- [9] 马宝珠, 全立海. 切开挂线术治疗高位复杂性肛瘘的临床思路的构建分析[J]. 航空航天医学杂志, 2015, 26(11): 1395-1396.
- [10] 翟金荣, 陈云生, 李梅琴, 等. 保留括约肌置管引流术治疗高位瘘管性肛周脓肿临床观察[J]. 海南医学, 2015, 24(16): 2440-2441.
- [11] 梁宏涛, 姚一博, 陆金根. 拖线置管术治疗高位复杂性肛瘘疗效及对肛管直肠压力影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 18(6): 844-848.
- [12] 张桢, 任叔阳, 贺平, 等. 拖线辅助放射状多切口引流治疗高位肛瘘疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(28): 3539-3540.
- [13] 陆宏, 汪庆明, 郑德, 等. 对口切开旷置垫棉法结合高位松挂线术治疗高位复杂性肛瘘的临床观察[J]. 上海中医药大学学报, 2014, 28(2): 41-43.

卡培他滨、伊立替康联合放疗治疗局部进展期直肠癌44例临床观察

谢美强, 张 丹, 涂海旋, 巫彦博 (广东省湛江中心人民医院肿瘤科, 广东湛江 524037)

摘要: 目的 比较卡培他滨+伊立替康(XELIRI)联合放疗与5-氟尿嘧啶+醛氢叶酸(5-FULV)联合放疗治疗局部进展期直肠癌的效果。方法 87例局部进展期直肠癌患者随机分为研究组($n=44$)和对照组($n=43$), 分别行XELIRI或5-FULV联合放疗, 观察两组疗效、不良反应。结果 两组病理完全缓解率、根治性切除率及保肛率差异无统计学意义($P>0.05$)。研究组手足综合征、骨髓抑制、腹泻低于对照组($P<0.05$), 但恶心呕吐在两组间差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 XELIRI、5-FULV联合放疗在局部进展期直肠癌患者中均有较好疗效, 但XELIRI联合放疗不良反应较少。

关键词: 卡培他滨; 伊立替康; 放疗; 直肠癌

中图分类号: R 73

文献标志码: A

文章编号: 2096-3610(2020)02-0216-03

Clinical efficacy of combined XELIRI and radiotherapy in locally advanced rectal cancer

XIE Mei-qiang, ZHANG Dan, TU Hai-xuan, WU Yan-bo (Department of Oncology, Zhanjiang Central People's Hospital, Zhanjiang 524037, China)

Abstract: Objective To compare the effect of combined XELIRI (capecitabine plus irinotecan) versus 5-FULV (5-fluorouracil plus levoleucovorin) and radiotherapy in locally advanced rectal cancer (LARC). Methods Eighty-seven LARC

基金项目: 广东省湛江市资助科技攻关计划项目(No.2018B01125)

收稿日期: 2019-09-25; 修订日期: 2020-01-02

作者简介: 谢美强(1978-), 男, 学士, 副主任医师