

2008–2013年分段开窗旷置+切扩挂线置管术治疗疑难性肛瘻患者的回顾性分析128例

王东宏, 何永恒, 胡响当, 赵鹏飞

王东宏, 新疆医科大学附属中医医院肛肠科 新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市 830000
何永恒, 胡响当, 赵鹏飞, 湖南中医药大学附二院肛肠科 湖南省长沙市 410005
王东宏, 主治医师, 主要从事中医肛肠外科方面的研究。
湖南省教育厅重点基金资助项目, No. 08A051
作者贡献分布: 本研究设计由何永恒完成; 研究过程由王东宏、胡响当及赵鹏飞完成; 论文撰写由何永恒完成。
通讯作者: 王东宏, 主治医师, 830000, 新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市沙依巴克区, 新疆医科大学附属中医医院肛肠科。
wdh_626@163.com
收稿日期: 2014-06-22 修回日期: 2014-07-15
接受日期: 2014-07-24 在线出版日期: 2014-09-28

Segment window exclusion plus cutting seton catheterization for treatment of complex anal fistula: Analysis of 128 cases

Dong-Hong Wang, Yong-Heng He, Xiang-Dang Hu, Peng-Fei Zhao

Dong-Hong Wang, Department of Anorectal Medicine, Affiliated Chinese Medicine Hospital, Xinjiang Medical University, Urumqi 830000, Xinjiang Uygur Autonomous Region, China
Yong-Heng He, Xiang-Dang Hu, Peng-Fei Zhao, Department of Anorectal Medicine, the Second Affiliated Hospital, Hunan University of Traditional Chinese Medicine, Changsha 410005, Hunan Province, China
Supported by: the Foundation of Hunan Educational Committee, No. 08A051
Correspondence to: Dong-Hong Wang, Attending Physician, Department of Anorectal Medicine, Affiliated Chinese Medicine Hospital, Xinjiang Medical University, Shayibake District, Urumqi 830000, Xinjiang Uygur Autonomous Region, China. wdh_626@163.com
Received: 2014-06-22 Revised: 2014-07-15
Accepted: 2014-07-24 Published online: 2014-09-28

Abstract

AIM: To assess the efficacy and safety of segment window exclusion plus cutting seton catheterization in the treatment of complex anal fistula.

METHODS: A retrospective analysis of 128 cases patients who were treated by segment window

exclusion plus cutting seton catheterization for complex anal fistulas over the past five years was performed. Patients were followed for 1 mo to 1 year. Major postoperative complications and recurrence were recorded.

RESULTS: Average pain index was 3.24 ± 1.01 . Bleeding score was 1.78 ± 0.37 . Wound healing time was $32.65 \text{ d} \pm 12.13 \text{ d}$. Seton off time was $17.35 \text{ d} \pm 2.42 \text{ d}$. Wexner control ability score was 3.26 ± 1.08 . There were deface in 12 (9.3%) cases, damaged exhaust in 5 (3.9%) cases and damage to the draining of liquid manure in 5 (1.6%) cases. All these disappeared after 6 mo of follow-up. Recurrence was noted in 2 (1.6%) cases in the follow-up period. Anal maximum static pressure, anal maximum systolic pressure, reserve capacity and first leakage differed significantly 1, 3 and 6 mo after surgery compared with before surgery ($P < 0.05$); however, there was no significant difference between 12 mo after surgery and before surgery ($P > 0.05$).

CONCLUSION: Segment window exclusion plus cutting seton catheterization for complex anal fistula shows satisfactory results. Preoperative detailed assessment, comprehensive functional examination and anal inspection, intraoperative minimization of sphincter injury, and postoperative function exercise are key to preventing the recurrence of anal fistula and reducing postoperative complications.

© 2014 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Segment window exclusion; Cutting seton catheterization; Complex anal fistula; Clinical analysis

Wang DH, He YH, Hu XD, Zhao PF. Segment window exclusion plus cutting seton catheterization for treatment of complex anal fistula: Analysis of 128 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2014; 22(27): 4195-4199 URL:

背景资料
复杂性肛瘻是结直肠外科的疑难病之一, 术后并发症和复发率较高, 严重影响患者的生命健康与生活质量。对于复杂性肛瘻治疗而言, 手术无疑是较为有效的治疗方式, 然而如何提高肛瘻治愈率并维护正常的肛门控便功能成为外科医生的重大挑战。因此, 探讨其手术方式并进一步评价其疗效对于该病治疗具有重要的意义。

同行评议者
戴冬秋, 教授, 中国医科大学附属第一医院肿瘤外科

研究前沿
如何提高肛瘘治
疗率并维护正常
的肛门控便功能
成为当前研究的
热点。

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/4195.asp> DOI:
<http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v22.i27.4195>

摘要

目的: 探讨分段开窗旷置结合切扩挂线置管术治疗复杂性肛瘘的疗效和安全性。

方法: 回顾性分析2008-2013年采用本手术治疗的复杂性肛瘘患者128例, 术后随访1 mo-1年, 对术后主要并发症及复发情况进行分析。

结果: 住院和随访期内: 术后并发症疼痛平均指数(3.24 ± 1.01), 出血评分(1.78 ± 0.37), 创面愈合时间($32.65 \text{ d} \pm 12.13 \text{ d}$), 挂线脱落时间($17.35 \text{ d} \pm 2.42 \text{ d}$), 控便能力wexner评分(3.26 ± 1.08); 术后肛门功能情况及复发情况: 污损12例(9.3%)、排气受损5例(3.9%)、排液体便受损2例(1.6%), 随访6 mo后上述症状消失; 随访期内复发2例(1.6%); 肛管直肠压力和直肠感觉和肛门节制功能检测结果: 肛门最大静息压、肛管最大收缩压、保留容量、首次漏出量术后1和3及6 mo与术前比较差异具有统计学意义($P < 0.05$); 术后12 mo与术前比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

结论: 术前详细评估、完善相关检查及行肛门功能检测, 术中采用本术式最大限度地减少括约肌的损伤, 术后加强肛门功能锻炼是防止肛瘘复发和减少术后并发症的关键因素, 本术式治疗复杂性肛瘘值得进一步推广。

© 2014年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 分段开窗旷置; 切扩挂线置管术; 复杂性肛瘘; 临床分析

核心提示: 本术式最大限度地保留了肛门括约肌的完整性, 即保证了手术的安全性而且有很好的远期疗效。术后创面愈合前给予氧疗, 创面愈合后适当加强肛门功能锻炼是治愈复杂性肛瘘的不可忽视的因素; 主要为提肛运动以加强肛门括约肌和肛提肌的力量, 同时辅以中药坐浴通过活血通络以促进肛门节制功能的恢复。

王东宏, 何永恒, 胡响当, 赵鹏飞. 2008-2013年分段开窗旷置+切扩挂线置管术治疗复杂性肛瘘患者的回顾性分析128例. 世界华人消化杂志 2014; 22(27): 4195-4199 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/4195.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v22.i27.4195>

0 引言

复杂性肛瘘是结直肠外科的疑难病之一, 术后

并发症和复发率较高, 严重影响患者的生命健康与生活质量^[1]. 对于复杂性肛瘘治疗而言, 手术无疑是较为有效的治疗方式, 然而如何提高肛瘘治愈率并维护正常的肛门控便功能成为外科医生的重大挑战^[2]. 因此, 探讨其手术方式并进一步评价其疗效对于该病治疗具有重要意义. 我们于2008-2013年采用分段开窗旷置结合切扩挂线置管术治疗复杂性肛瘘患者126例. 现回顾性分析, 探讨如何提高手术成功率和减少术后并发症。

1 材料和方法

1.1 材料 128例病例均为新疆医科大学附属中医医院肛肠科和湖南中医药大学附二院肛肠科的2008-03/2013-06的住院患者. 磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)对复杂性肛瘘诊断准确率可高达100%^[3], 因此采用MRI为诊断方法. 所有患者均经MRI诊断为复杂性肛瘘. 其中, 男女之比3:1, 平均年龄 $35.68 \text{ 岁} \pm 7.65 \text{ 岁}$, 平均病程 $10.27 \text{ mo} \pm 2.54 \text{ mo}$, 通过电话、门诊随访128例, 随访时间1 mo-1年, 随访率96.4%, 平均随访时间 $10.57 \text{ mo} \pm 3.15 \text{ mo}$.

1.2 方法

1.2.1 手术: 所有患者均采用腰硬联合麻醉, 截石位. 手术方法(参照《中医肛肠病学》^[4]): (1)以络合碘常规消毒肛周3遍, 铺无菌孔巾, 待麻醉生效肛门松弛后消毒肛内. 通过外口注入美蓝, 观察内口所在位置. 探针自外口探入, 根据内口再确定主管道与支管道; (2)圆形切除外口周围皮肤、皮下脂肪、瘢痕等组织, 直径2-3 cm; (3)在距内口相对较近处切一引流口, 以利引流, 但不完全切开所有支管道, 而是保留管道创面与开窗口之间的皮肤及皮下各种组织, 根据管道数量决定旷置数目; (4)然后将银质探针带橡皮筋循肛门部残余主管探入, 自内口引出挂线, 将瘘管内外口之间的皮肤及皮下等组织切开; (5)拉紧橡皮筋, 紧贴挂线组织, 用止血钳夹住橡皮筋, 于止血钳下方用粗丝线将拉紧的橡皮筋结扎两次, 减去多余部分. 将内口、肛管直肠环、肛门口残余主管一并挂开; (6)再次在肛门镜下用电刀彻底灼除感染的肛隐窝, 并用电刀修整创面使之引流通畅, 不留死腔; (7)对旷置管道刮勺充分搔刮管壁内腐败组织后, 旷置管道放置输液用尼龙引流管, 双氧水+生理盐水、甲硝唑液冲洗各旷置瘘管段; (8)检查无出血后, 以2%利多卡因合亚甲蓝及生理盐水沿创面封闭注射,

表 1 患者一般情况

一般情况	数值
性别(n)	
男	96
女	32
平均年龄(岁)	35.68 ± 7.65
平均病程(mo)	10.27 ± 2.54
分型(n)	
低位	75
高位	53
内口与括约肌关系(n)	
经括约肌间	37
横跨括约肌	29
括约肌上	35
括约肌外	27

无菌敷料覆盖, 胶布固定. 术后处理: (1)流质饮食和半流质饮食各3 d, 有效抗生素静脉滴注3 d; (2)便后自制肛肠科外洗方先熏后坐浴, 主管创面置消炎止痛膏纱条引流, 支管置管冲洗引流管, 并适时退管, 逐日递减.

1.2.2 观察指标及检测: 观察患者术后平均排便疼痛指数、创面出血、肛门控便能力、挂线脱落时间、创面愈合时间、肛管直肠压力检测等指标. (1)疼痛采用视觉模拟评分(Visual Analogue Scale/Score, VAS)法^[5], 观察术后1 wk内疼痛程度. 0分为无痛, 10分为最痛, 取其1 wk内的平均数为平均疼痛指数; 记录1 wk内排便时肛门疼痛指数, 取其平均值; (2)出血采用症状记分法观测出血情况. 0分: 无出血或草纸带血, 量<1 mL; 1分: 便后滴血或解出淤血, 量<10 mL; 2分: 出血量>20 mL; (3)肛门控便能力采用wexner评分^[6]进行肛门控便能力评价; (4)肛管直肠动力学检测时间与方法^[7]: 分别于术前及术后1、3、6、12 mo进行.

统计学处理 计量资料采用mean±SD表示, 计数资料采用 χ^2 检验, 使用SPSS13.0统计软件进行统计分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义.

2 结果

2.1 患者一般情况 患者性别、年龄、病程、疾病分型、内口与括约肌关系等一般情况如表1.

2.2 患者术后情况 患者术后情况: 疼痛平均指数 3.24 ± 1.01 , 出血评分 1.78 ± 0.37 , 创面愈合时间 $32.65 \text{ d} \pm 12.13 \text{ d}$, 挂线脱落时间 $17.35 \text{ d} \pm 2.42 \text{ d}$, 控便能力wexner评分 3.26 ± 1.08 ; 表明手术是安

全和有效的.

2.3 术后肛门功能情况及复发情况 患者治疗术后, 污损12例(9.3%)、排气受损5例(3.9%)、排液体便受损2例(1.6%); 术后1 mo污损7例(5.5%)、排气受损1例(0.7%); 术后3 mo污损2(1.6%); 术后经常规换药、氧疗、中药坐浴及提肛运动锻炼后随访6 mo后上述症状消失; 随访期内复发2例(1.6%); 复发病例复查电子结肠镜检查后发现并病理检查明确诊断为肠道克罗恩病(Crohn's disease, CD)和肠道结核, 经治疗均痊愈(表2).

2.4 肛管直肠压力和直肠感觉和肛门节制功能检测 肛门肛门最大静息压、肛管最大收缩压、保留容量、首次漏出量术后1、3及6 mo与术前比较差异具有统计学意义($P<0.05$); 术后12 mo与术前比较差异无统计学意义($P>0.05$); 表明术后1 mo肛门肛门最大静息压、肛管最大收缩压、保留容量、首次漏出量均明显下降, 术后1-6 mo肛门功能逐渐恢复, 术后12 mo肛门功能逐渐恢复到术前的水平; 术后12 mo肛门功能逐渐恢复到术前的95%(表3).

3 讨论

本研究表明术前完善术前评估及肛门测压和相关检查如电子结肠镜和全消化道钡餐及肛周MRI等手术成功的前提. 肛门静息压有85%是内括约肌提供的, 术前肛门测压可以更多提供内外括约肌的功能信息^[8], 从而在手术时对于一些术前测定肛门静息压下降明显的患者, 术中尽量少的损伤括约肌, 就是对于肛门功能最大的保护^[9]. 研究发现, 术前肛门压力下降明显的患者术后出现肛门漏气、漏液及失禁的危险大大增加^[10]. 由于本术式采用微创的术式所以降低了失禁的风险, 据本研究术后1-3 mo是肛门压力下降的高峰期, 术后3 mo肛门压力开始缓慢恢复, 术后12 mo后压力基本可以恢复到术前的95%左右, 所以出现少量漏气及污损等不完全失禁的并发症, 经术后加强肛门功能锻炼, 术后6-12 mo的随访发现基本都可以自行恢复, 患者的满意率和生活质量都没有任何影响. 本研究中患者术后短期内出现大便污损12(17.6%), 排气受损5例(7.3%), 排液体便受损2例(2.9%), 我们术后重点研究了出现肛门节制受损的患者发现: 术前患者肛门压力下降明显的患者术后出现肛门功能障碍的可能性大大增

相关报道

研究发现, 术前肛门压力下降明显的患者术后出现肛门漏气、漏液及失禁的危险大大增加.

应用要点
处理复杂性肛瘘必须做好治愈肛瘘和防止肛门失禁之间的平衡, 这是治疗肛瘘的关键。

表 2 患者术后肛门功能情况及复发情况 $n(\%)$

	污损	排气受损	排液体便受损	排固体便受损	随访期内复发
术后	12(9.3)	5(3.9)	2(1.6)	0(0.0)	2(1.6)
术后1 mo	7(5.5)	1(0.7)	0(0.0)		
术后3 mo	2(1.6)	0(0.0)			
术后6 mo	0(0.0)				

表 3 肛管直肠动力学检测结果 (mean \pm SD, kPa)

	术前	术后1 mo	术后3 mo	术后6 mo	术后12 mo
肛管最大静息压	108.65 \pm 42.55	80.67 \pm 25.36 ^a	90.35 \pm 26.06 ^a	101.08 \pm 36.33 ^a	105.02.78 \pm 48.84
肛管最大收缩压	214.47 \pm 60.48	180.54 \pm 58.21 ^a	198.15 \pm 52.54 ^a	205.45 \pm 57.36 ^a	213.98 \pm 54.83
保留容量	1450.65 \pm 160.25	1290 \pm 100.65 ^a	1384.12 \pm 152.84 ^a	1406.85 \pm 116.35 ^a	1448.37 \pm 150.12
首次漏出量	658.18 \pm 56.23	329.78 \pm 54.36 ^a	495.21 \pm 58.69 ^a	594.22 \pm 39.65 ^a	649.14 \pm 64.28

^a $P < 0.05$ vs 术前。

加成正相关性; 瘘管横跨括约肌的患者术后出现肛门节制功能受损的可能性也是增高的; 这些患者经术后1-3 mo的恢复和适当肛门功能锻炼, 6-12 mo随访后发现基本恢复正常。复发率高一直是治疗复杂性肛瘘的难题^[11], 本研究发现经术后随访复发的2例病例, 均是术前评估和检查不够完善所致, 2例复发病例因肠道CD和肠道结核而并发本病的, 复查电子结肠镜检查中发现并病理检查明确诊断, 经治疗均痊愈。

术中科学合理的手术方式和操作既尽量减少括约肌的损伤是复杂性肛瘘治愈的保证^[12]。本术式将瘘管道视距离长短相应作多个切口即分段, 尽可能多地保留正常的皮肤、组织, 同时又最大限度地保证创口引流通畅, 不留死腔, 优点: 避免由于一次性切开瘘管引流造成创面大、出血多、瘢痕大、愈合时间长等缺点, 完善地保护了肛门周围组织结构, 对愈后肛门功能恢复有重要意义。开窗: 开窗治疗肛瘘优点是: (1)在肛瘘近肛门缘处开窗, 窗外的管道与直肠内感染源隔离, 为其愈合创造了条件; (2)开窗术将复杂管道分成几段, 分而治之, 减少了组织损伤, 避免术后肛门口变形, 符合中医微创手术的特点^[13]。旷置: 主要采用支管旷置。旷置吸取现代医学保留括约肌的优点, 既彻底清创, 拨根除源, 并保持创口引流通畅, 又能维护肛门主体结构, 有效地保护肛门括约功能^[14]。切扩: 切扩法即将主管道外括约肌浅部以下的瘘道切开, 并仔细探查, 连同齿线附近感染的肛腺组织一

并切扩; 挂线: 采用实挂和虚挂相结合。由于括约肌只能在一处挂断, 切忌一次挂断两处, 这样可以避免因括约肌被切开数段而造成的对肛门功能的影响, 所以多个内口或外口主管道挂线采用实挂与虚挂相结合; 置管: 根据支管的数量决定引流的数量, 术后每日用甲硝唑注射液, 双氧水、生理盐水冲洗, 约10-15 d深部创腔创面转为健康肉芽, 拆除引流管。置管引流保留了足够的皮肤, 使肛门免受更大的破坏; 本术式保护了括约肌功能和正常的皮肤和组织, 保持了肛门外形的完整性^[15]。

总之, 本术式最大限度地保留了肛门括约肌的完整性, 即保证了手术的安全性而且有很好的远期疗效。术后创面愈合前给予氧疗, 创面愈合后适当加强肛门功能锻炼是治愈复杂性肛瘘的不可忽视的因素; 主要为提肛运动以加强肛门括约肌和肛提肌的力量, 同时辅以中药坐浴通过活血通络以促进肛门节制功能的恢复。处理复杂性肛瘘必须做好治愈肛瘘和防止肛门失禁之间的平衡, 这是治疗肛瘘的关键^[8], 所以选择最佳的术式需要我们不断地探索和研究。

4 参考文献

- 姜胜东, 缪锦芬, 张家辉, 陈波, 石小剑. LAVA增强MRI检查对复杂性肛瘘的诊断价值. 实用医学杂志 2013; 29: 1322-1324
- 张永刚, 张茂香, 唐淑敏, 茆海兵, 曲牟文, 袁亮, 李国栋. 括约肌间瘘管结扎术与切开挂线术治疗复杂性肛瘘的临床疗效比较. 中华普通外科杂志 2012; 27: 940-941

- 3 罗永. 肛管直肠后间隙脓肿的诊治: 附93例报告. 中国普通外科杂志 2012; 21: 443-446
- 4 何永恒. 中医肛肠病学. 北京: 清华大学出版社, 2012: 403-404
- 5 陆伟, 沈祥. 腔镜辅助下甲状腺手术与传统开放性甲状腺手术的比较. 中国普通外科杂志 2012; 21: 1465-1467
- 6 丛进春, 陈春生, 冯勇, 马明星, 夏志秀, 刘鼎盛. 新辅助治疗对低位直肠癌经内外括约肌间切除术后肛门功能的影响. 中国肿瘤临床 2013; (23): 1450-1454
- 7 李丽, 苏丹, 任东林, 谢尚, 奎彭慧. 肛瘘患者手术前后肛管直肠动力学研究. 胃肠病学和肝病学杂志 2012; 21: 450-452
- 8 马木提江·阿巴拜克热, 温浩, 黄宏国, 楚慧. 肛瘘手术前后肛肠测压的改变. 中国现代医学杂志 2010; 20: 1729-1733
- 9 胡铭, 张建民, 李西安, 李西央, 邱玺鹏. 保肛手术治疗低位直肠癌患者的手术疗效和生活质量的分析. 中国普通外科杂志 2012; 10: 1310-1312
- 10 潘燕, 俞一峰, 李森, 冯强, 龚海. 肛门直肠压力测定在直肠癌前切除术中的意义. 东南大学学报(医学版) 2009; 28: 48-50
- 11 吴文江, 罗湛滨, 范小华. 高位复杂性肛瘘诊治难点及解剖特点分析. 广东医学 2013; 34: 2048
- 12 吴丹妮, 范亚明, 王晓岚, 杨三选, 万伟萍, 华校琨. 复杂性肛瘘术后复发的原因及其预防. 中国中西医结合外科杂志 2010; 16: 364-366
- 13 何永恒, 王东宏, 赵鹏飞, 韩金红. 分段开窗旷置结合切扩挂线置管引流术治疗复杂性肛瘘的临床研究. 湖南中医药大学学报 2010; 30: 64-67
- 14 何永恒, 徐焱尧, 谭正洋, 罗育连, 顾成义, 罗吉孔, 唐清珠, 刘少琼, 成立祥, 肖坚, 钟拥植. 分段开窗旷置结合切扩挂线置管引流术治疗复杂性肛瘘的多中心临床研究. 中国普外基础与临床杂志 2010; 17: 1270-1274
- 15 罗永. 开窗置管引流加挂线术一次性根治肛周脓肿: 附214例报告. 中国普通外科杂志 2011; 20: 1146-1148

同行评价
本文选题较好, 设计合理, 结果可靠, 有一定的学术价值.

编辑 田滢 电编 都珍珍

