

DOI: 10.16662/j.cnki.1674-0742.2018.23.084

肛瘘切开术与切除术治疗低位单纯性肛瘘中的价值

蔡仲达, 蔡和杰, 谢尚锦

厦门大学医院普通外科, 福建厦门 361005

[摘要] 目的 分析比较肛瘘切开术与切除术治疗低位单纯性肛瘘的价值。方法 方便选择 2014 年 7 月—2016 年 7 月该院所收治的 120 例明确诊断为低位单纯性肛瘘患者进行研究。按照随机数字表法分为肛瘘切开组 ($n=60$) 和肛瘘切除术组 ($n=60$), 两组采用相同的术前准备、麻醉方式和术后管理。对比两组手术操作时间和术中出血量, 研究分析两组术后切口愈合时间、切口并发症 (疼痛、出血及感染)、复发率、早期排便次数、大便失禁和狭窄并发症发生率。结果 肛瘘切开术组手术操作时间为 (16.1 ± 2.3) min, 肛瘘切除术组手术操作时间为 (13.8 ± 3.2) min, 两组数据差异有统计学意义 ($t=4.5208, P=0.0131$); 肛瘘切开术组手术切开愈合时间为 (22.5 ± 4.5) d, 肛瘘切除术组手术愈合时间为 (28.8 ± 4.6) d, 两组数据差异有统计学意义 ($t=8.91, P=0.0101$); 肛瘘切开术组早期排便次数为 (1.5 ± 0.5) 次, 肛瘘切除术组早期排便次数为 (2.5 ± 1.5) 次, 两组数据差异有统计学意义 ($t=3.167, P=0.002$)。而两组在术中出血量、术后因切口疼痛导致的镇痛药使用率、切开疼痛评分方面差异无统计学意义 ($P>0.05$)。术后随访 1 年, 肛瘘切开术组患者术后复发率高于肛瘘切除术组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。两组大便失禁和狭窄并发症发生率均差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论 肛瘘切除术与切除术在治疗低位单纯性肛瘘方面, 操作简单, 伤口较小, 手术操作时间短、恢复快, 但远期复发率高于肛瘘切除术。

[关键词] 肛瘘; 肛瘘切开术; 肛瘘切除术

[中图分类号] R4

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-0742(2018)08(b)-0084-03

The Value of Anal Fistulotomy and Resection in the Treatment of Low Simple Anal Fistula

CAI Zhong-da, CAI He-jie, XIE Shang-jin

Department of General Surgery, Xiamen University Hospital, Xiamen, Fujian Province, 361005 China

[Abstract] **Objective** To analyze and compare the value of anal fistula incision and resection in the treatment of simple anal fistula. **Methods** A total of 120 patients diagnosed with low-level simple anal fistula admitted to the hospital from July 2014 to July 2016 were convenient selected for study. In accordance with the random number table method was divided into anal fistula incision group ($n = 60$) and anal fistula resection group ($n = 60$), the two groups used the same preoperative preparation, anesthesia and postoperative management. The operation time and intraoperative blood loss were compared between the two groups. The incision healing time, incision complications (pain, bleeding, and infection), recurrence rate, number of early defecation, fecal incontinence and stenosis complications were analyzed. **Results** The operation time of the anal fistulectomy group was (16.1 ± 2.3) min, and the operation time of the anal fistula resection group was (13.8 ± 3.2) min. Between the two groups the difference was statistically significant ($t=4.5208, P=0.0131$); anal fistula was opened, the surgical incision healing time was (22.5 ± 4.5) days in the surgical group and (28.8 ± 4.6) days in the anal fistula resection group. The difference between the two groups was statistically significant ($t=8.91, P=0.0101$); the anal fistula group early frequency of defecation was (1.5 ± 0.5) times, and the number of defecation in the first stage of anal fistula was (2.5 ± 1.5) times. The difference between the two groups was statistically significant ($t=3.167, P=0.002$). There was no significant difference between the two groups in intraoperative blood loss, postoperative analgesic use rate and incision pain score ($P>0.05$). After 1 year of follow-up, the recurrence rate of the anal fistulectomy group was higher than that of the anal fistula resection group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The incidence of fecal incontinence and stenosis was not statistically significant between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** Anal fistula resection and resection in the treatment of low-level simple anal fistula, the operation is simple, the wound is small, the operation time is short, rapid recovery, but the long-term recurrence rate is higher than the anal fistula resection.

[作者简介] 蔡仲达 (1966-), 男, 福建晋江人, 本科, 副主任医师, 研究方向: 胃肠外科。

[Key words] Anal fistula; Anal fistula incision; Anal fistula resection

单纯性肛瘘是作为肛肠科常见的疾病, 发病率较高。低位单纯性肛瘘是指患者机体表现为有一个瘘管、内口及外口的完全瘘, 肛瘘内口位于齿线处, 瘘管管道在肛门外括约肌浅部或浅部以下, 该病作为临床上常见的肛肠外科疾病, 以青壮年男性多见^[1]。目前, 肛瘘切开术和肛瘘切除术是临床上治疗该病的重要方法。肛瘘切开术主要是通过把形成的瘘管完全切开后再去掉已坏死组织, 而肛瘘切除术是采用把瘘管全部切除的办法后在保留机体健康组织。两组手术方式均各有优缺点^[2]。该院回顾性分析 2014 年 7 月—2016 年 7 月期间, 接受肛瘘切除术与切除术治疗的 120 例低位单纯性肛瘘患者, 比较肛瘘切开术与切除术治疗低位单纯性肛瘘的利弊, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

该次所有研究对象为方便选取该院接受肛瘘切除术与切除术治疗的低位单纯性肛瘘患者。经请示该院伦理委员会批准后实施该项研究, 术前与患者及家属详细沟通交流此次手术研究相关情况, 所有患者及家属均表示理解并签署手术知情同意书。随机将该院 120 例手术患者分为肛瘘切开术组和肛瘘切除术两组, 每组 60 例。其中肛瘘切开术组男 35 例, 女 25 例; 平均年龄为 (61.2±8.5) 岁; 肛瘘切除术组 60 例, 其中男 40 例, 女 20 例; 平均年龄为 (58.4±9.6) 岁; 两组患者在性别、年龄等一般资料方面比较分析, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 两组具有可比性。

1.2 诊断标准

参照 2011 年美国《肛周脓肿和肛瘘诊治指南》标准, 明确诊断为低位单纯性肛瘘者, 其临床表现多为肛瘘内外口反复多次分泌脓性、血性及黏液性等性状液体。肛门指诊检查: 患者肛门部位多可扪及硬结样内口及条索样瘘管。临床通过采用肛肠镜、碘油瘘管造影或超声等检查可判断内口位置。术中探查发现患者只有一个瘘管、内口和外口的完全瘘, 内口位于齿线处, 患者肛门瘘管在肛门外括约肌浅部或浅部以下。

1.3 选定标准

在排除患者既往有痔疮、肛裂、肛周脓肿合并症者、复杂性或高位肛瘘者及余未能明确者临床表现后, 不限患者年龄、性别, 且经肛肠镜术前、术中检查已明确诊断为低位单纯性肛瘘者。

1.4 操作方法

肛瘘切开术和切除术两组在手术前均取俯卧位, 给予腰骶麻醉。①瘘管切开术: 先用探针试探性确定患者瘘管的方向和深度, 之后从瘘管外口注入亚甲蓝或甲紫以辨认患者瘘管走向位置, 再用探针沿着外口插入, 内口通出的顺序, 用高频电刀将患者瘘管坏死皮肤

及皮下组织切开, 最终用刮匙完全去除坏死的肉芽组织。压迫止血或缝扎止血后, 创面用纱布条进行覆盖。

②瘘管切除术: 先用探针由入口沿瘘管曲折方向深入, 直达内口。若寻找不到内口, 可由外口注入亚甲蓝或双氧水 2~3 mL, 以判定内口位置。再用电刀切开全部瘘管, 敞开瘘管, 在敞开的瘘管两侧皮肤上各作切口, 作整块瘘管切除。压迫止血或缝扎止血。将创缘部分皮肤修剪整齐, 使创面敞开, 并刮除瘘管壁的肉芽组织, 然后放置凡士林纱布进行引流。

1.5 围手术期管理

手术前 1 d 服用酚酞片进行导泻处理, 术前 30 min 给予开塞露排尽大便。术前和术后均给予预防性使用抗菌药物, 术后给予相对护理措施, 常规换药, 观察切口愈合情况。

1.6 观察指标

分析记录两组患者手术操作时间、术中出血量、术后切口愈合时间、切口并发症 (疼痛、出血及感染)、复发率。探讨两组术后的临床价值。

1.7 统计方法

数据资料选择 SPSS 18.0 统计学软件进行分析, 用均数±标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示计量资料, 两组比较应用 t 检验, 计数资料用 $n(\%)$ 表示, 数据的比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术中指标

肛瘘切开术组手术操作时间短于肛瘘切除术组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。比较两组患者术中出血量差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具体结果见表 1。

表 1 两组患者术中指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	手术操作时间 (min)	出血量 (mL)
肛瘘切开术组 (n=60)	16.1±2.3	8.5±3.2
肛瘘切除术组 (n=60)	13.8±3.2	9.8±4.6
t 值	4.520 8	0.685 7
P 值	0.013 1	0.427 6

2.2 术后指标

肛瘘切开术组切开愈合时间短于肛瘘切除术组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。比较肛瘘切开术组和切除术组术后切开疼痛 VAS 评分情况, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。比较两组患者术后早期排便次数, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

2.3 术后并发症指标

术后随访 1 年, 两组患者大便失禁及狭窄并发症发生率差异无统计学意义 ($P>0.05$)。比较肛瘘切开术组和切除术组术后镇痛药使用率, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。术后随访 1 年, 肛瘘切开术组患者术后复发率高

表2 两组患者术后指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	愈合时间 (d)	VAS 评分 (分)	早期大便次数 (次)
肛瘘切开术组(n=60)	22.5±4.5	5.4±1.6	1.5±0.5
肛瘘切除术组(n=60)	28.8±4.6	5.6±1.8	2.5±1.5
t 值	8.91	1.508	3.167
P 值	0.010 1	0.255	0.002

于肛瘘切除术组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表3 两组患者并发症指标比较[n(%)]

组别	例数	大便失禁	镇痛药使用率	复发率	肛门狭窄
肛瘘切开术组	60	0(0.0)	6(10.0)	8(13.3)	1(1.7)
肛瘘切除术组	60	0(0.0)	9(15.0)	0(0.0)	2(3.3)
χ^2 值		0.000	0.105	5.735	2.105
P 值		1.000	0.569	0.014	0.163

3 讨论

肛瘘是临床常见的肛门直肠疾病,以中青年人为多发人群。外科手术是目前临床上治愈肛瘘的根本方法。传统的手术方式包括经典的肛瘘切开缝合术、肛瘘切开引流术、肛瘘切除术、挂线疗法等,两者利弊各有不同^[3]。特别是术后患者手术创口会出现水肿、疼痛、愈合时间长、手术疤痕等问题,故而已成为选择肛瘘术式类型和衡量手术疗效的参照指标。研究表明肛瘘切除术在解决患者手术伤口感染,术后愈合时间及术后疤痕方面明显优于其它方法,但在术后疼痛、伤口水肿方面则弱于肛瘘切开引流术^[4]。然而,肛瘘切开术和切除术仍是治疗单纯性肛瘘的有效手术方法。

肛瘘切开术与肛瘘切除术相比,具有操作简单、伤口较小、手术操作时间短、恢复快等优势特点,但远期复发率高于肛瘘切除术组。二者手术过程基本类似,术后护理方法相似,而肛瘘切开术和切除术不同之处主要表现在后者相比于前者手术范围较大,切除机体坏死组织比较多。研究表明两组患者具有相似的手术疗效和复发风险,多体现在手术操作时间短、术后愈合更快等方面^[5]。

当前,国际在治疗单纯性肛瘘方面,普遍存在的难题是肛瘘的根治与肛门功能保护的矛盾关系,治疗此种病患的最主要目的在于要尽可能地减少肛门的损伤,以最大可能保护肛门的正常生理功能^[6]。为深入研究分析比较肛瘘切除术与切除术治疗低位单纯性肛瘘的价值,在该研究中,我们将不符合标准要求的患者排除在外,目的是更好的保持患者入组的公正性和可比

性^[7-8]。研究结果表明在手术治疗低位单纯性肛瘘患者过程中,肛瘘切开术与切除术在术中出血、疼痛等症状表现方面具有相似的效果,这是因为两者手术方式基本相似,术后切开管理方法相同。然而,肛瘘切开术组手术操作时间为(16.1±2.3)min,出血量为(8.5±3.2)mL,手术愈合时间为(22.5±4.5)d;肛瘘切除术组手术操作时间为(13.8±3.2)min,出血量为(9.8±4.6)mL,手术愈合时间为(28.8±4.6)d。檀建永等人^[9]在肛瘘切开术与切除术在低位单纯性肛瘘治疗中的临床对比研究中,肛瘘切开术组手术操作时间为(15.9±5.2)min,出血量为(8.5±2.7)mL,手术愈合时间为(21.5±4.3)d;肛瘘切除术组手术操作时间为(20.1±6.5)min,出血量为(9.4±3.2)mL,手术愈合时间为28.6±4.1d,该实验结果与其基本一致。结果表明,在手术操作时间、手术切开愈合时间和复发率方面肛瘘切开术明显短于肛瘘切除术,主要区别在于后者手术切除范围较大,组织切除相对较多。随访1年发现两者大便失禁及肛门狭窄并发症风险概率相同,但肛瘘切除术则多有早期排便次数增加,控制排便能力弱等肛门括约肌损伤表现。

综上所述,肛瘘切除术与切除术在治疗低位单纯性肛瘘方面,操作简单,伤口较小,手术操作时间短、恢复快,但远期复发率高于肛瘘切除术。

[参考文献]

- [1] 刘鸣伟. 一次性肛瘘切开术与肛瘘切开挂线术治疗低位肛瘘疗效临床研究[J]. 中国实用医药, 2016, 11(28): 86-87.
- [2] 林家威, 黄顺荣, 冯泽荣. 肛瘘手术治疗的研究进展[J]. 中国临床新医学, 2015, 8(4): 375-378.
- [3] 付原琰, 于永铎, 王静, 等. 肛瘘的外科治疗进展[J]. 光明中医, 2017, 32(3): 450-453.
- [4] 赵南. 观察套管内口切开术治疗低位肛瘘的疗效[J]. 大家健康: 学术版, 2016, 10(7): 71-72.
- [5] 张园伟, 楼继军. 不同手术方式对高位单纯性肛瘘的应用价值[J]. 浙江创伤外科, 2014, 19(4): 655-656.
- [6] 王锋, 范发明. 低位肛瘘的术式选择及疗效分析[J]. 西南国防医药, 2017, 27(12): 1313-1315.
- [7] 韩宁, 王业皇. 内口切闭联合瘘道潜行刨削术治疗肛瘘临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(1): 391-394.
- [8] 于永铎. 肛瘘中西医结合诊疗进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2017, 37(12): 1423-1424.
- [9] 檀建永, 郭以滨, 侯德良, 等. 肛瘘切开术与切除术在低位单纯性肛瘘治疗中的临床对比研究[J]. 河南外科学杂志, 2017, 23(8): 8-11.

(收稿日期: 2018-05-11)