

Clinical Application of Anal Fistula Resection and Sphincter Preserving Fistula Ligation

Fei Mei

Jiangsu Taicang Gangqu Hospital, Taicang, Jiangsu, 215400, China

Abstract

Purpose: To compare the clinical effects of anal fistulectomy with sphincter preserving fistulectomy. **Methods:** 56 patients with anal fistula admitted from June 2020 to June 2022 were randomly divided into 28 cases each. The control group received anal fistula resection, while the study group received sphincter preserving fistula ligation. The short-term and long-term effects, postoperative anal pain, anal air leakage and postoperative recurrence of the two groups were compared. **Results:** The total clinical effective rate of the study group was 96.43%, which was higher than that of the control group. The pain of the patients in the study group was less than that of the control group on the first to third days after operation, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The duration of pain, wound healing time, operation time, hospitalization time, intraoperative bleeding time, hospitalization time and intraoperative bleeding volume of the two groups were less than those of the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). Postoperative anal function score was higher than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The effect of sphincter preserving fistula ligation is better than that of anal fistulectomy, which can reduce complications and improve anal function.

Keywords

anal fistula resection; sphincter preserving fistula ligation; anal fistula; curative effect

肛瘘切除术与保留括约肌瘘管结扎术在临床中应用

梅飞

江苏省太仓市港区医院, 中国·江苏 太仓 215400

摘要

目的: 探讨肛瘘切除术与保留括约肌瘘管结扎术的临床疗效比较。**方法:** 选择2020年6月至2022年6月收治的肛瘘患者56例, 随机分组, 各28例。对照组实施肛瘘切除术, 研究组实施保留括约肌瘘管结扎术治疗。对比两组近期及远期疗效、术后肛门疼痛, 肛门漏气, 术后复发等。**结果:** 研究组临床总有效率达96.43%, 高于对照组, 术后第1~3天, 研究组患者的疼痛比对照组疼痛小, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者疼痛持续时间、创面愈合时间、手术时间、住院时间、术中出血时间、住院时间、术中出血量比较研究组小于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。术后肛门功能评分高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** 保留括约肌瘘管结扎术治疗肛瘘疗效优于肛瘘切除术, 可减少并发症, 改善肛门功能。

关键词

肛瘘切除术; 保留括约肌瘘管结扎术; 肛瘘; 疗效

1 引言

肛瘘是因为多种因素而造成的肛门或直肠位置与肛周皮肤产生异常通道, 肛管周围的肉芽肿性管道, 由内口、瘘管、外口三部分组成。外口可一个或多个, 经久不愈, 或间歇性反复发作。患者临床表现包括破溃性流脓, 伴随疼痛、瘙痒等, 其作为肛肠科高发疾病, 男性发病率较女性高^[1]。肛瘘患者治愈率不高, 且复发率较高, 对患者生活质量造成较大影响^[2]。手术是目前治疗肛瘘的有效措施, 而复杂性肛瘘瘘管走行较为复杂, 同时瘘管相同的外口数量较多, 因此增加了手术治疗的难度, 若未能够给予患者有效手术治疗则

可引发多种并发症, 部分患者还会出现各种后遗症, 对其生活质量产生负面影响^[3]。为探究有效治疗措施, 本研究对我院收治的肛瘘患者实施保留括约肌瘘管结扎术治疗, 对比传统肛瘘切除术疗效, 结果如下。

2 一般资料

选择2020年6月至2022年6月收治的肛瘘患者56例, 其中男45例, 女11例; 平均年龄为 (42.07 ± 5.84) 岁; 平均病程为 (8.15 ± 0.92) 个月。

纳入标准: 年龄 > 18 周岁; 符合肛瘘诊断标准。

排除标准: 凝血功能障碍的患者, 合并严重心脑血管疾病; 合并严重肝肾脏器功能不全; 妊娠期或哺乳期妇女; 既往肛门手术史, 肿瘤引起的肛瘘。所有患者随机分组, 各28例。

【作者简介】梅飞 (1976-), 男, 中国湖北黄梅人, 本科, 副主任医师, 从事外科研究。

3 方法

对照组实施肛瘘切除术治疗，并给予患者骶管麻醉，患者取左侧卧位，常规消毒处理，取肛门镜置入肛内，用双氧水配一定比例的亚甲蓝，经外口注入，观察肛窦处是否有亚甲蓝着色，将探针探入后，对低位肛瘘患者沿着探针方向将皮肤粘膜，瘘管逐层切工，高位肛瘘患者通过指检，探针等方式对肛瘘的主管走向，支管走向进行充分的探查，分别给予支管切开旷置，主管挂线术治疗，切开挂线术治疗等。涉及肛门外括约肌深部及耻骨直肠肌的高位管道，探针挂入橡皮筋后拉紧并结扎。对原始外口和支管作小切口，并刮除感染坏死的组织。

研究组采用保留括约肌瘘管结扎术治疗，术中体位、消毒，麻醉措施与对照组相同，用对照组同样的方法，观察肛窦处是否有亚甲蓝着色，将探针探入后，并从对应内口或疑似内口处，触摸探针到直肠粘膜，确定肛门括约肌与瘘管的关系。在瘘管上方的皮肤作一个弧形切口，并沿着内外括约肌间沟处用拉钩找到瘘管，术中注意损伤瘘管，暴露游离瘘管，于肛管内括约肌处切断瘘管。近端行缝扎，并用双氧水冲瘘管，是否有漏液，结扎满意后，远端并剔除瘘管，用刮匙反复瘘管感染的肉芽组织彻底刮除，并用稀碘伏反复冲洗瘘管。对高位肛瘘患者，从内口位置进入沿着括约肌间隙向上，探至瘘管顶端，搔刮后，留置引流管。于原始支管上作小切口，刮除感染坏死组织。并给予持续引流在各切口松弛部位挂橡皮筋，术后操作两组没区别。

4 疗效判定标准

- 治愈：肛瘘症状完全消失，肛门功能恢复正常。
- 有效：肛瘘症状有所减轻，肛门功能有所恢复。
- 无效：肛瘘症状及肛门功能均无任何好转，甚至加重。
- 总有效 = 治愈 + 有效。

5 采集指标

统计两组术后漏气、漏液等并发症发生情况；评价两组手术前后肛门功能，共4项内容，总分0~4分。0分：上述4项内容均未发生；1分：上述4项内容发生频率≤1次/月；2分：上述4项内容发生频率>1次；3分：上述4项内容发生频率≥1次/周；4分：上述4项内容发生频率≥1次/d。评分越低则肛门功能恢复越好。

6 统计学分析

采用(SPSS22.0)统计分析以及计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示，采用t检验，[n(%), χ^2]检验，统计学意义P<0.05为差异显著。

7 结果

7.1 二组疼痛积分差值比较

使用疼痛数字分级法(NRS)法对患者的疼痛情况进

行比较。0分无疼痛，1~3分表示轻度疼痛，4~6分表示中度疼痛，7~10分表示重度疼痛。术后第1~3天，研究组患者的疼痛在3分左右为轻度疼痛，对照组患者的疼痛5分左右，差异有统计学意义(P<0.05)。术后一周左右，两组疼痛比较差异无统计学意义(P>0.05)，见图1。

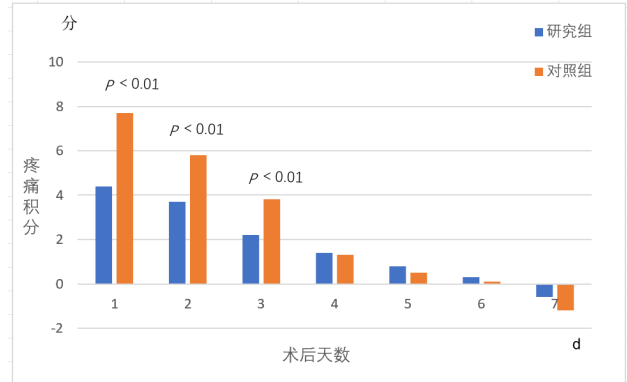


图1 两组疼痛比较差异

7.2 两组患者疼痛持续时间、创面愈合时间、手术时间、住院时间、术中出血量比较

对照组创面愈合时间，住院时间长于对照组，手术时间长于对照组，术中出血量多于对照组，差异均有统计学意义，如表1所示。

表1 疼痛持续时间、创面愈合时间、手术时间、住院时间、术中出血量比较

组别	疼痛持续时间/d	创面愈合时间/d	手术时间/min	住院时间/d	术中出血量/mL
研究组 (n=57)	5.7±1.5	17.2±3.2	40.1±4.8	11.2±2.8	12.7±3.2
对照组 (n=57)	6.0±1.1	21.7±3.7	24.9±3.6	12.0±3.0	8.2±3.2
t	0.62	6.961	19.126	1.475	7.676
p	0.537	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

7.3 两组的临床疗效比较

研究组临床总有效率高于对照组(P<0.05)详见表2。

表2 两组临床疗效比较 n(%)

组别	治愈	有效	无效	总有效
对照组 (n=28)	9 (32.14)	11 (39.29)	8 (28.57)	20 (71.43)
研究组 (n=28)	17 (60.71) *	10 (35.71)	1 (3.57) *	27 (96.43) *

注：与对照组相比，*P<0.05。

8 并发症

研究组总并发症发生率低于对照组(P<0.05)详见表3。

表3 两组并发症发生率比较 n(%)

组别	漏气	漏液	总计
对照组 (n=28)	3 (10.71)	5 (17.86)	8 (28.57)
研究组 (n=28)	1 (3.57)	1 (3.57)	2 (7.14) *

注：与对照组相比，*P < 0.05。

9 肛门功能

研究组术前肛门功能评分为： (2.85 ± 0.41) 分，对照组术前肛门功能评分为： (2.82 ± 0.45) 分，2组术前肛门功能评分比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；研究组术后肛门功能评分为： (0.38 ± 0.06) 分，对照组的术后肛门功能评分为： (0.81 ± 0.13) 分，术后一个月，对照组肛门失禁评分高于研究组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），术后3个月，术后6个月两组肛门失禁评分比较均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

10 讨论

肛瘘是肛肠科的常见疾病。高位肛瘘是指瘘管管道处于肛门括约肌深层以上部分的肛瘘。有研究表明，在发生肛瘘后，虽经手术治疗，但患者仍具有较高复发率，疾病难以彻底治愈^[4]。同时复杂性瘘管由于瘘管走行较为复杂，且患者通常存在肛周脓肿症状，因此采取手术治疗，患者复发率较高，且并发症发生率高，因此治疗难度更大。目前临床对于肛瘘的发病机制并不明确，目前主要可分为三种学说，包括上皮细胞致病、肛隐窝感染及中央间隙感染学说，每种学说各有相应理论支持，但并未统一^[5]。而肛瘘反复发作的原因目前已明确为，内口和肛门腺体发生感染后无法彻底清除，从而造成患者疾病反复发作。目前临床对于此类疾病治疗的最佳方式为手术，但手术需彻底清除受感染的肛门腺体方可彻底避免发作，因此采取何种有效手术方式的意义重大^[6]。肛瘘的诊断并不困难，方法很多，可以通过触诊、肛门镜检查、MR、肛内超声等方式检查出来，但因为肛瘘瘘管具有不确定，患者个体差异均导致手术的复杂性，反复发作等特点，临床上方法很多，但每种手术方法的优缺点各有所不同，但手术的原则在治疗肛瘘的同时，尽量保持肛门的功能，以免术后肛门失禁，创伤小，缩短患者的治愈时间。本次笔者所在院对肛瘘患者采用保留括约肌瘘管结扎术治疗取得了较好效果。保留括约肌瘘管结扎术治疗复杂性肛瘘有以下优势：①保留肛门括约肌，不损伤肛门功能；②创伤小，组织损伤小，术后疼痛小；③住院时间短，对复发二次手术由于第一次手术创面小，未形成瘢痕，未损伤肛门括约肌，较大地保留了正常的解剖，使第二次手术影响减小。

此次研究观察到，研究组治疗有效率达96.43%，较对照组高，表明相较于肛瘘切除术，采用保留括约肌瘘管结扎

术具有更好疗效。分析原因为，传统肛瘘切除术中需切断患者肛门括约肌，手术会对患者造成较大创伤，患者术中失血量较大，患者术后肛门正常功能受损，不利于术后恢复，同时术中治疗过程患者疼痛感明显，术后疾病复发率高。对于二次复发的患者来讲，瘢痕组织形成，及解剖组织变异而增加了手术难度。而保留括约肌瘘管结扎术作为针对肛瘘设计的有效手术方案，术中不损伤肛门括约肌，组织损伤小，创面小，术中出血少，并对二次手术无较大的影响等优势。但保留括约肌结扎术也存在一些问题，肛门括约肌间瘘管结扎术未在齿状线处完整切除肛瘘内口，该术式的优点是避免更大的创面、皮肤、皮下组织、肛门外括约肌等，相对切口单一、简单，对复杂性肛瘘做到不能做到充分引流；肛管内括约肌瘘管结扎术未切除内口及括约肌间沟瘘管，内口容易污染，并进入内口和残存瘘管而出现感染并蔓延，瘘管残端缝扎压力高而引起感染，并引起缝线脱落，而导致复发。此次研究观察到，研究中并发症发生率更低，且肛门功能评分较对照组高。充分体现了保留括约肌瘘管结扎术治疗的优势，该手术方式相较于传统术式对于保护患者术后肛门功能具有显著效果。分析原因为，保留括约肌瘘管结扎术治疗时无需损伤患者肛门括约肌，并且能够有效处理患者瘘管及肛瘘外口，从而缓解其内口压力，彻底清洁瘘管，促进患者术后切口愈合^[7]。

综上所述，保留括约肌瘘管结扎术治疗肛瘘疗效优于肛瘘切除术，可减少并发症，改善肛门功能。

参考文献

- 杨杰斌.改良括约肌间瘘管结扎术对高位单纯性肛瘘患者术后疼痛模拟评分及肛门失禁严重度指数评分的影响[J].中国药物与临床,2019,19(6):941-943.
- 林雁博,杨为民.经括约肌间瘘管结扎术治疗对经括约肌肛瘘术后患者疼痛、肛门功能的影响[J].实用中西医结合临床,2021,21(5):131-133.
- 王彦斌,沈家华,李翠娟,等.同期行肛瘘切除术及内痔套扎术治疗肛瘘合并内痔的临床效果分析[J].中国现代医药杂志,2022,24(4):78-80.
- 左志远.括约肌瘘管结扎术对肛瘘术后疼痛及括约肌功能的影响[J].中国肛肠病杂志,2021,41(6):39-40.
- 祖连平.肛瘘切除术联合外剥内扎术治疗肛瘘伴混合痔的效果分析[J].当代医药论丛,2021,19(9):47-49.
- 刘新红,李小龙.经括约肌间瘘管结扎术治疗低位单纯性肛瘘对患者术后疼痛程度及肛门功能的影响[J].当代医学,2021,27(18):175-176.
- 尹玉锦,房文辉,牛忠宝,等.保留括约肌挂线法与瘘管切除术治疗对复杂性肛瘘患者近期疗效愈合时间及并发症的影响[J].河北医学,2019,25(6):1038-1041.