



高位肛瘘应用远端减压紧线术治疗的效果观察

管 峰 (郴州市第四人民医院 湖南郴州 423000)

摘要: **目的** 观察分析高位肛瘘应用远端减压紧线术治疗的效果。**方法** 筛选2015-2016年我科室收治的高位肛瘘的患者109例为本次研究对象,按照治疗方式的不同分成两组,对照组采用传统紧线术,研究组采用远端减压紧线术治疗。比较两组患者的脱线时间,创面愈合时间以及两组患者手术不同时间段肛门失禁评分情况比较。**结果** 研究组患者的脱线时间(8.19±2.38),创面愈合时间(48.91±7.18)较对照组患者的情况基本相同,P>0.05,不具有统计学意义。经积极治疗后,两组患者的术后各时间段的肛门失禁评分较治疗前均有不同程度的降低,研究组患者的后各时间段的肛门失禁评分较对照组具有明显的降低,P<0.05,具有统计学意义。**结论** 高位肛瘘应用远端减压紧线术治疗的效果较好,患者术后肛门功能得到较好的恢复,值得临床推广。

关键词: 高位肛瘘 远端减压紧线术 效果

中图分类号: R657.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)11-055-02

肛瘘是肛肠科最常见的疾病之一,对患者的生活造成严重的影响,高位肛瘘的发生对治疗造成一定的难度。本文主要观察分析高位肛瘘应用远端减压紧线术治疗的效果,特筛选2015-2016年我科室收治的高位肛瘘的患者109例为本次研究对象,现将研究资料整理报道如下。

1 资料与方法

1.1 患者基本资料

筛选2015-2016年我科室收治的高位肛瘘的患者109例为本次研究对象,按照治疗方式的不同分成两组,对照组53例,男性患者30例,女性患者23例,年龄21岁到69岁,平均年龄(42.89±5.26)岁。研究组56例,男性患者32例,女性患者24例,年龄21岁到67岁,平均年龄(43.11±5.72)岁。收集两组患者的基本资料比较无明显差异,P>0.05,不具有统计学意义。

1.2 方法

对照组实施传统的切开挂线术进行治疗,材料为橡皮筋,切开挂线术中不紧线,挂线处的肉芽增生接触时,根据实际情况对患者及西宁紧线治疗,将其橡皮筋慢慢收紧,恢复紧绷状态,维持张力,然后进行固定的结扎。

研究组实施远端减压紧线,切开术以及材料均相同,手术中不紧线,待患者的挂线处与创面肉芽组织增生接触时,然后进行紧线处理,橡皮筋拉伸维持张力,弯血管钳和7-0丝线进行固定结扎,并将棉垫置入患者的捆扎的肌束内侧及下方,并调正相应的受力情况,然后在橡皮筋进行控制切割注意方向以及力度,手术后每次换药时需要更换棉垫。

1.3 观察指标

比较两组患者的脱线时间,创面愈合时间以及两组患者手术不同时间段肛门失禁评分情况比较。

1.4 判定标准

肛门失禁评分的满分为20分,评分越高表示患者的肛门失禁程度越严重。

1.5 统计学方法

本次研究两组患者治疗的数据均采用SPSS16.0统计和分析,肛门功能和治愈时间全部使用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组患者治疗的效果均采用(%)表示,并实施t检验,以P<0.05为标准,代表组间差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗相关情况比较

研究组患者的脱线时间(8.19±2.38),创面愈合时间(48.91±7.18)较对照组患者的情况基本相同,P>0.05,不具有统计学意义。见表1。

2.2 两组患者手术不同时间段肛门失禁评分情况比较

两组患者手术前肛门失禁评分基本相同,P>0.05,不具

有统计学意义。经积极治疗后,两组患者的术后各时间段的肛门失禁评分较治疗前均有不同程度的降低,研究组患者的后各时间段的肛门失禁评分较对照组具有明显的降低,P<0.05,具有统计学意义。见表2。

表1: 两组患者的治疗相关情况比较

组别	例数	脱线时间(d)	创面愈合时间(d)
研究组	56	8.19±2.38	48.91±7.18
对照组	53	8.34±2.61	48.28±7.65
P值		P>0.05	P>0.05

表2: 两组患者手术不同时间段肛门失禁评分情况比较

组别	例数	术前	1个月	2个月	3个月
研究组	56	14.69±1.55	4.78±2.31	2.71±2.96	1.98±1.15
对照组	53	14.32±1.01	9.76±3.62	6.21±2.16	5.26±2.09
P值			P<0.05	P<0.05	P<0.05

3 讨论

高位肛瘘的形成原因是由于直肠位置的肛管周围有脓肿溃疡发生,而临床由于瘘管的生理位置级形态较为特殊,对治疗增加一定的难度;出现溃疡反复性的患者情况更严重,治疗更加复杂。对于高位肛瘘的治疗主要才赢手术的方式,从而改善瘘管状态,降低复发,并有效的改善肛门失禁等情况。临床对于高位肛瘘其治疗的复发率高,所以手术操作中在对肛瘘管、内口等位置的坏死组织及你想那个彻底的清除。而在手术操作中对支管的管理容易忽视,引发术后一些问题;同时瘘管位置的特殊性容易出现假性愈合;手术中操作的其他一些因素也会造成影响手术预后的情况。高位肛瘘手术的临床采用切开挂线的治疗方式较好,手术操作首先对瘘管的结构进行解剖,对内部的有坏死的组织全部清除干净,防止术后复发,另外治疗中还有采取有效地措施预防肛门变形或肛门关闭异常以及大便失禁等术后并发症。手术切开挂线术治疗的机制是将瘘管进行切除,通过挂线对肛门进行保护,传统的挂线术通过橡皮筋的弹性对患者的括约肌进行结扎,橡皮筋的弹性形成持续性的压迫力量,从而达到逐渐切割的效果。但是这种切割方式是通过外周向中间进行的切割方式,所以造成修复是从远端到近端进行的,容易造成修复差异,部分组织未能全部恢复,形成“钥匙空样畸形”,从而造成疏忽肛门失禁等问题。

而远端减压紧线术则可以通过棉垫来调整切割的方向而控制组织的修复;分析受力情况发现,棉垫自将挂线的位置垫起后,橡皮筋远端的压力较中心端的压力较小,而受力的情况对切割的方向具有影响和指向。远心端减压紧线术,对

(下转第57页)



退回穿刺针再刺入的过程都视为另一次穿刺。其次,记录分析每一种方法的穿刺次数,穿刺置管的时间,机械并发症的发生率。可能发生的并发症有:误入动脉(定义为穿刺过程中可见搏动性回血),刺破静脉后壁(穿刺时超声扫及穿刺针头或导引钢丝尖端位于静脉后壁的下面),局部血肿,穿刺部位出血(积极压迫止血2分钟后仍有出血),导引钢丝异位(术后胸片确认导管尖端位于上腔静脉外的其他位置),气胸,血胸。

1.5 统计方法

采用SPSS16.0统计软件进行分析,计量资料以均数±标准差(±s)表示,组间比较用方差分析,计数资料用例数或百分位数描述,组间比较用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性。

总共105名患者进行了此项研究。按照意向处理原则进行分析研究。患者特点和基线特征研究组间没有显著性差异。见表1。

表1:三组患者一般资料比较

	短轴法组	长轴法组	斜轴法组	P值
例数	35	35	35	
年龄(岁)	53.3±15.1	52.2±16.2	51.6±17.0	>0.05
BMI(kg/m ²)	23.2±8.5	22.5±3.6	23.5±17.1	>0.05
颌胸距(cm)	13.5±0.9	13.5±1.1	13.7±1.0	>0.05
颈内静脉宽度(cm)	1.2±0.2	1.23±0.3	1.1±0.1	>0.05
颈部周长(cm)	41.2±5.1	40.7±5.0	40.5±5.2	>0.05
APACHE II	16.2±3.7	14.8±3.2	16.0±3.3	>0.05

2 结果

2.1 第一针的穿刺成功率

第一针的穿刺成功率短轴法组25例(69.4%),长轴法组19例(54.3%),和斜轴法组27例(79.4%)。长轴法组的第一针穿刺失败率高于斜轴法组($P<0.05$)。

2.2 机械并发症发生率

短轴法组的机械并发症发生率(15.1%)比长轴法组(6.9%)和斜轴法组(4%)高($P<0.05$)。见表2。

表2:三组患者超声引导平面颈内静脉穿刺置管术的效果和并发症的比较

	短轴法组 (n=35)	长轴法组 (n=35)	斜轴法组 (n=35)	P值
穿刺成功n(%)	34(97.1)	34(97.1)	33(94.3)	>0.05
第一针穿刺成功n(%)	25(71.4)	18(51.4)	26(74.3)	<0.05
穿刺次数	1.51±0.97	1.92±1.36	1.37±0.84	<0.05
置管时间(秒)	35.0±23.4	46.1±36.3	41.2±23.9	<0.05
并发症n(%)	7(20)	3(8.6)	3(8.6)	<0.05
穿破静脉后壁n(%)	4(11.4)	0(0)	1(2.9)	<0.05
穿刺部位出血n(%)	1(2.9)	1(2.9)	0(0)	>0.05
颈部局部血肿n(%)	2(5.8)	1(2.9)	1(2.9)	>0.05
导管异位n(%)	0(0)	1(2.9)	1(2.9)	>0.05

(上接第55页)

括约肌进行定向切割,从近心端向远心端对肌肉进行逐渐切割,并从近心端向远心端完成组织的修复,让修复方向和组织方向一样,进而有序完成切割和粘连。

本次研究结果显示:研究组患者的脱线时间,创面愈合时间较对照组患者的情况基本相同, $P>0.05$,不具有统计学意义。经积极治疗后,两组患者的术后各时间段的肛门失禁评分较治疗前均有不同程度的降低,研究组患者的后各时间段的肛门失禁评分较对照组具有明显的降低, $P<0.05$,具有统计学意义。结论:高位肛瘘应用远端减压紧线术治疗的

3 讨论

相较于长轴法组而言,斜轴法组和短轴法组第一针的穿刺成功率较高,穿刺针数和穿刺时间较少。短轴法组的机械并发症的发生率尤其是穿破静脉后壁的发生率较高。短轴法组历来是超声引导下颈内静脉穿刺操作和教学首选的方法。使用这种的超声平面定位方法的临床研究最多。短轴法组是采用血管横截面成像结合平面外穿刺的方法。我们关于短轴法组的穿刺计数,置管时间和并发症的发生率的研究发现其与一系列的研究相似。长轴法组做为一种平面内进针且更容易精确控制的技术是目前被认为在超声引导下血管穿刺的推荐方法。实验证据表明,短轴法组穿破颈内静脉后壁更多见,一些临床研究用于评估长轴法组法,这些研究的结果和我们自己的关于长轴法组的研究具有可比性。研究比较超声引导下颈内静脉穿刺超声探头定位平面的方法很少,这是一个临床评估斜轴的方法。我们的结果,表明短轴法组和斜轴法组比长轴法组的第一针穿刺成功率更高。长轴法组的置管时间比短轴法组的时间长,这有统计学意义,尽管或许没有临床意义,但我们必须考虑到这种差异。我们的机械并发症都比较轻微。没有意外穿刺到颈总动脉的病例,在我们的研究中,斜轴法组比短轴法组更好的避免穿破颈内静脉后壁。这一结论与超声探查的其他实验研究结果相一致。

综上所述,本研究的主要目的是评估超声引导下颈内静脉穿刺斜轴平面引导法的效果。我们发现斜轴法组和短轴法组比长轴法组的效果好,第一针穿刺成功率高和穿刺次数少,而长轴法组和斜轴法组比短轴法组穿破颈内静脉后壁的发生率低。因此,我们认为斜轴平面技术同时具有短轴及长轴法的优势,能提高穿刺成功率,减少穿刺次数,降低颈内静脉穿刺的机械并发症尤其是穿破颈内静脉后壁的风险。是一种理想的颈内静脉超声引导穿刺的超声引导平面,对危重症患者的抢救具有积极意义,值得进一步研究证实。

参考文献

- [1] 张富贵,周静.超声引导对经颈内静脉穿刺中心静脉置管成功率的影响.临床麻醉学杂志,2013,29(5):514-515.
- [2] Domino KB, Bowdle TA, Posner KL, et al. Injuries and liability related to central vascular catheters: a closed claims analysis[J]. Anesthesiology, 2004, 100(6):1411-1418.
- [3] 史丹,刘岩,丁致民,等.中心静脉长期留置导管相关性感染的临床特征及炎症指标在其诊断中的价值[J].中国医刊,2014(12):39-42.
- [4] Fry WR, Clagett GC, O'Rourke PT. Ultrasound-guided central venous access[J]. Arch Surg, 1999, 134(7):738-741.
- [5] 吴文,聂昆,李敏,等.短轴平面与斜轴平面颈内静脉和颈动脉超声解剖位置关系研究.中国全科医学,2016,19(3):364-367.
- [6] Miller AH, Roth BA, Mills TJ, et al. Ultrasound guidance versus the landmark technique for the placement of central venous catheters in the emergency department[J]. Acad Emerg Med, 2002, 9(8):800-805.

效果较好,患者术后肛门功能得到较好的恢复,值得临床推广。

参考文献

- [1] 郭红伟.不同方法治疗高位复杂性肛瘘的疗效比较[J].中国医药指南,2012,10(19):173-174.
- [2] 陈军.远端减压紧线术治疗高位肛瘘的临床研究[J].实用临床医药杂志,2013,17(11):86-87.
- [3] 韦平,谷云飞,张正荣等.远端减压紧线术治疗高位肛瘘的临床研究[J].中医药导报,2013,(5):13-15.
- [4] 钱海华,曾莉.低位切开结合引流挂线治疗高位肛瘘55例[J].南京中医药大学学报,2011,27(5):428-430.