

三种手术对高位复杂肛瘘的临床应用价值差异研究

陈永超

文山市人民医院 云南文山 663000

〔摘要〕目的 分析在高位复杂肛瘘治疗过程中三种不同手术方法的应用效果及价值。方法 选取 2017 年 11 月-2021 年 11 月间在我院接受治疗的高位复杂肛瘘患者 105 例,按照手术方式分为 3 组,实验 A 组接受以主管切开挂线支管旷置引流术进行治疗,实验 B 组接受以低位挂线高位扩创引流术进行治疗,实验 C 组以低位切开高位挂线术进行治疗。对比三组患者的围术期指标。结果 三组术中出血量无显著差异, $P>0.05$; 实验 A 组和实验 B 组在创面大小和创面愈合方面显著优于对照组, $P<0.05$ 。结论 以主管切开挂线支管旷置引流术和以低位挂线高位扩创引流术可以减小患者因手术而产生的创面,加快创面的愈合速度,可以改善患者的生活质量,可以在今后高位复杂肛瘘的手术治疗过程中进行推广。

〔关键词〕高位复杂肛瘘;创口大小;创口愈合;应用价值

〔中图分类号〕R657.17 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 01-046-02

高位复杂肛瘘会给患者的日常生活带来严重不良影响,并且复发率较高,在病痛的折磨下会使患者形成消极的情绪^[1]。常见的高位复杂肛瘘治疗方式为手术治疗,但是由于手术难度较大,在术后极易容易出现并发症,因此如何选择手术治疗方式是临床上较为关注的重点问题。基于此,选取 2017 年 11 月-2020 年 11 月间在我院接受治疗的高位复杂肛瘘患者 105 例,探讨三种不同手术的具体治疗效果。

1 资料与方法

1.1 基本资料

选取 2017 年 11 月-2020 年 11 月间在我院接受治疗的高位复杂肛瘘患者 105 例,按照手术方式分为 3 组。实验 A 组共 35 例,男 25 例,女 10 例,年龄 19 到 66 岁,年龄中间值 (42.67 ± 1.12) 岁;实验 B 组共 35 例,男 24 例,女 11 例,年龄 20 到 65 岁,年龄中间值 (42.51 ± 1.22) 岁;实验 C 组共 35 例,男 23 例,女 12 例,年龄 21 到 67 岁,年龄中间值 (43.02 ± 1.32) 岁;患者一般资料, $P>0.05$ 。研究符合医院伦理委员会的相关标准,批准此项研究;研究内容对患者公开,患者知情且同意配合。

1.2 方法

1.2.1 实验 A 组

以主管切开挂线支管旷置引流术进行治疗。实施局部麻醉,以侧卧位置接受手术,沿着探针以及括约肌的垂直角度将患者皮肤切开,清理坏死组织,使用橡皮筋穿过瘘管之后进行结扎挂线,保证引流通畅,实施拖线旷置处理^[2]。

1.2.2 实验 B 组

以低位挂线高位扩创引流术进行治疗。接受腰部麻醉,以侧卧位置接受手术对管壁和相关组织实施锐性分离,将瘘管组织、括约肌进行分离处理,分离后将其去牵出,沿着瘘道剥离瘘管组织,清理坏死组织,保证引流的充分性,利用橡皮筋作较松的浮线,利用 7 号丝线进行有效结扎,确定无出血情况后实施消毒和固定^[3]。

1.2.3 实验 C 组

以低位切开高位挂线术。接受骶管麻醉,以侧卧位置接受手术,根据探针的引导清理肛瘘坏死组织,手动制造内口,在 10 号丝线上系上橡皮筋,从肠腔内部将其带入到瘘道内部,并通过人造内口将其引出,收紧橡皮筋进行结渣,利用探针

实施全程切开,一直到肛瘘主管停止,确定无渗血情况后实施后续填塞、固定处理^[4]。

1.3 观察指标

对比三组患者围术期指标,包括术中出血、创口大小以及愈合速度。

1.4 统计学处理

实验指标使用统计学 SPSS19.0 软件处理,将计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 进行表示,用 T 值检验。

2 结果

实验 A 组各项指标均优于其他两组,均具体对比数据见表 1, $P<0.05$ 。

表 1 两组患者平均收缩压、平均舒张压、平均心率变化 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	术中出血量 (ml)	创口大小 (cm ²)	创口愈合 (d)
实验 A 组	35	15.45 ± 3.56	4.12 ± 1.02	10.56 ± 1.13
实验 B 组	35	16.01 ± 3.62	4.43 ± 1.11	10.76 ± 1.29
实验 C 组	35	16.22 ± 3.61	7.48 ± 2.13	13.84 ± 1.53
T1 值		0.6525	1.2166	0.6899
P1 值		0.5163	0.2280	0.4926
T2 值		0.8985	8.4171	10.2020
P2 值		0.3721	0.0000	0.0000
T3 值		0.2430	7.5125	9.1051
P3 值		0.8087	0.0000	0.0000

T1 为实验 A 组和实验 B 组对比结果; T1 为实验 A 组和实验 C 组对比结果; T1 为实验 C 组和实验 B 组对比结果。

3 讨论

在所有肛瘘患者中高位复杂性肛瘘大约占比在 5%-10% 之间,病变位置较高,并且管道经常出现弯曲的现象,这使得手术治疗难度有所增加。因此在临床治疗过程中需要结合患者的具体情况选择合适的手术治疗方式,这样才能够帮助患者改善愈后避免术后出现其他并发症,提升患者的生活质量。以主管切开挂线支管旷置引流术、以低位挂线高位扩创引流术、以低位切开高位挂线术是常用的手术方式,这三种方式在某些方面仍然存在一定的差异,需要医生可以认识到不同方式的优劣,进而合理选择手术治疗方式^[5]。

(下转第 49 页)

表 3 对比患者治疗后生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	例数	生理机能	躯体疼痛	社会功能	精神健康
对照组	15	78.95 $\pm$ 4.55	75.96 $\pm$ 1.85	71.25 $\pm$ 1.74	73.63 $\pm$ 2.55
研究组	15	88.52 $\pm$ 2.17	85.63 $\pm$ 1.77	89.63 $\pm$ 2.22	88.36 $\pm$ 2.36
t		7.352	14.627	25.237	16.419
P		0.001	0.001	0.001	0.001

3 讨论

研究表明, 皮脂腺囊肿发病原因多因各种原因导致位于真皮及表皮内皮脂腺在表皮的开口造成阻塞, 进而导致腺体产生皮脂在腺体内增大、聚集, 并向压力小的皮肤表面突起及疏松皮下组织突入, 形成一个由扁平皮脂细胞构成囊壁, 含有豆腐渣样皮脂浅层肿物^[5]。多为单发, 偶有多发, 形状为圆形, 硬度中等或有弹性, 高出皮面, 表面光滑, 推动时感到和表面相连, 但和基底物粘连, 未有波动感。有关研究报道^[6], 皮脂腺囊肿易合并感染, 局部出现红肿压痛, 甚至化脓溃破, 故主张手术切除。沿皮纹方向设计皮肤切口后将囊肿摘除, 分离时需注意囊壁较薄, 尽量完整摘除, 若存在残留将出现复发现象^[7]。

本文针对面部皮脂腺囊肿患者分别给予传统梭形切口治疗和小切口治疗, 结果显示, 对照组患者无法达到满意疗效, 并且部分患者术后可能会留有明显瘢痕, 因此其无法接受。研究组总有效率明显高于对照组, 因采取小切口手术治疗切口小, 操作简单, 囊壁去除完整, 术后也未有明显瘢痕残留, 故治疗总有效率相对高于对照组。另外, 本研究还显示出, 研究组患者术后生活质量明显高于对照组。由此可见, 小切口手术治疗不但能提高患者治疗效果, 还能促进其生活质量。

综上所述, 面部皮脂腺囊肿小切口切除术对患者造成创伤小, 效果显著, 值得临床广泛应用。

[参考文献]

- [1] 陈建春. 治疗性沟通对门诊皮脂腺囊肿手术患者应对方式及不良情绪的影响[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(21):2937-2939.
- [2] 周媛媛, 张丽莎, 李善昌. 面颈部皮脂腺囊肿手术治疗方法与激光治疗方法比较[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2018, 5(15):34, 36.
- [3] 倪彬婷, 李力群, 潘盛盛. 微切口手术治疗感染期皮脂腺囊肿临床疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2019, 48(6):386-388.
- [4] 靳祥祜. 小切口手术治疗颜面部皮脂腺囊肿[J]. 现代中西医结合杂志, 2004, 13(2):231-231.
- [5] 张红畅, 张晨, 张秀秀. 多发性皮脂腺囊肿: 一例报告与文献复习[J]. 中国美容整形外科杂志, 2021, 32(8):512, 后插1.
- [6] 何航远, 赵小瑜, 韩未, 等. 面部皮脂腺囊肿小切口摘除术的诊疗探讨[J]. 中国美容医学, 2019, 28(4):128-130.
- [7] 衡鲲, 贺功建. 不同缝合方法对皮脂腺囊肿术后修复效果的影响[J]. 中国美容医学, 2020, 29(9):85-88.

(上接第 46 页)

根据本次研究结果进行分析, 实验 A 组术中出血量为 (15.45 $\pm$ 3.56) ml, 创口大小为 (4.12 $\pm$ 1.02) cm², 创口愈合 (10.56 $\pm$ 1.13) d, 和实验 B 组之间无显著差异, $P>0.05$, 除术中出血量外, 实验 A 组、实验 B 组均和实验 C 组有显著差异, $P<0.05$, 代表实验 A 组和实验 B 组的手术方式治疗效果和应用价值高于实验 C 组。

综上所述, 以主管切开挂线支管旷置引流术和以低位挂线高位扩创引流术可以作为今后高位复杂肛瘘的首选治疗方式, 可以减小对患者患处的损伤, 缩短患者恢复时间, 术中出血量也较小, 可以推广。

[参考文献]

- [1] 郭涛. 三种手术治疗高位复杂肛瘘的临床比较研究[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2019, 16(04):127-130.
- [2] 于全华. 切开挂线联合旷置引流术治疗高位复杂肛瘘的疗效[J]. 上海医药, 2019, 40(05):57-59.
- [3] 陈胜伟. 外切内挂胶管引流术与传统切开挂线术治疗高位复杂肛瘘患者疗效比较[J]. 医药论坛杂志, 2019, 40(02):55-57.
- [4] 高峰. 主灶切开对口引流高位胶管引流术与传统手术治疗高位复杂肛瘘效果比较[J]. 河南外科学杂志, 2018, 24(06):108-109.
- [5] 何志威, 卢效荣, 周志球. 不同手术治疗高位复杂肛瘘临床效果分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(18):148-150.

(上接第 47 页)

的建议采集标本。因此, 医护人员在采集体液标本的过程中, 一定要掌握影响标本不合格的因素, 在采集的过程中避免上述因素的干扰, 提高标本的合格率, 推动临床发展^[3]。

综上所述, 临床检验体液标本送检不合格的原因基本是体液标本量少、标本受到污染、标本采集容器错误、标本送检时间超时、标本类型错误。因此, 医护人员在以后采集的过程中要多多规范自己的采集行为, 严格把控标本的合格率, 提高体液标本的合格率^[4]。

[参考文献]

- [1] 王荔, 林飞. 临床检验体液标本送检不合格原因分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016(85):1.
- [2] 洛丹婷. 临床微生物检验标本不合格的原因及控制措施[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(6):2.
- [3] 戴凤华. 浅析临床检验体液标本送检不合格的原因[J]. 当代医药论丛, 2014(15):1.
- [4] 罗怀芳. 探讨导致体液标本检验不合格的原因及预防措施[J]. 医学信息, 2017, 30(2):2.