

定向控制挂线联合痔科生肌散治疗高位肛瘘 13 例 临 床 研 究

周阿成 储正达 黄 伟 黄华丽 黄晓东

(南京中医药大学附属无锡市中医医院肛肠科, 江苏无锡 214000)

摘 要 目的:探讨定向控制挂线联合痔科生肌散治疗高位肛瘘的临床疗效。方法:选取高位肛瘘患者 26 例,随机分为治疗组与对照组,每组 13 例。治疗组采用定向控制挂线治疗,对照组采用传统挂线治疗。待橡皮筋脱落后,治疗组创面予院内制剂痔科生肌散外用,对照组予常规换药。比较 2 组患者术后橡皮筋脱落时间、创面愈合时间以及肛门括约肌功能评分(Wexner 评分),比较 2 组患者手术前和创面愈合 1 个月后肛管静息压(RRP)、肛管最大收缩压(AMCP)改变情况。结果:对照组创面愈合 1 个月后 RRP 较术前明显下降($P<0.05$),治疗组则未见明显差异($P>0.05$)。治疗组较对照组橡皮筋脱落时间明显延长($P<0.05$),愈合时间明显缩短($P<0.05$),Wexner 评分明显降低($P<0.05$)。结论:定向控制挂线能够更好地减少肛门括约肌缺损,保护肛门功能,痔科生肌散能够促进创面愈合。

关键词 定向挂线;痔科生肌散;高位肛瘘;肛门括约肌功能评分

中图分类号 R657.160.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2019)01-0043-03

基金项目 无锡市卫生计生委科研项目(青年项目,Q201618)

高位肛瘘是肛肠科常见病、疑难病,本病治疗难点主要在复发率高、肛门功能保护困难、肛门缺损严重等,导致上述情况的主要原因是肛瘘的瘘管经过肛门外括约肌深部,因此在进行手术时需要切断部分括约肌以达到充分引流而使肛瘘愈合^[1],而切断过多括约肌(超过 30%)可能导致肛门失禁。因此,临床使用挂线切割术来治疗高位肛瘘以达到切开瘘管同时又保护肛门功能的作用^[2]。定向控制挂线可以预先设定切割方向和切割力,通过改变肛管与瘘管两侧橡皮筋的压力面积来产生压强差,选择相同的切割力和方向以达到定向控制切割目的^[3],该方法能够减少肛门括约肌缺损,降低肛门失禁的风险。本研究我们使用定向控制挂线联合院内制剂痔科生肌散治疗高位肛瘘,并与使用传统挂线治疗者进行疗效对照,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2016 年 5 月至 2018 年 4 月我院肛肠科确诊为高位肛瘘拟行手术的患者 26 例,随机分为治疗组与对照组,每组 13 例。治疗组男 13 例,女 0 例;平均年龄(41.5 ± 10.8)岁;平均病程(33.4 ± 10.3)个月,既往有肛周脓肿手术史者 12 例。对照组男 12 例,女 1 例;平均年龄(40.4 ± 10.3)岁;平均病程(30.7 ± 8.6)个月,既往有肛周脓肿手术史

者 13 例。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 按照 2006 年中华中医药学会肛肠分会、中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会制定的《肛瘘临床诊治指南》^[4]中的诊断标准。

1.3 纳入标准 肛门指检、腔内超声、核磁共振(MRI)检查符合高位肛瘘;年龄在 18~65 岁;术前肛门形态及功能正常;没有影响伤口愈合的慢性疾病如营养不良、贫血、糖尿病;患者知情同意。

1.4 排除标准 炎性肠病、结核、外伤等所致的特异性肛瘘患者;恶性肿瘤患者;已行手术治疗的高位肛瘘患者;具有严重的系统疾病或精神病患者;依从性差,不能完成随访者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 术前观察外口位置,指诊和探针检查初步判断瘘管走向、齿线附近压痛点等,通过手指感受肛门括约肌的收缩力度判断肛门功能是否大致正常,通过腔内超声及核磁共振判断肛瘘瘘管的走行及与括约肌的关系,内口位置的深度。术前检测患者肛管静息压(RRP)和肛管最大收缩压(AMCP),术前禁食禁水 6h,清洁灌肠,备皮。腰麻,根据肛瘘的位置取左侧或右侧卧位,安尔碘消

毒,铺巾;从外口注射美兰注射液,观察肛管内口位置,用银质探针从肛瘘外口探入,用电刀沿探针,切开皮肤及皮下组织,见瘘管组织后,予锐性剥离瘘管组织至外括约肌外侧缘,刮匙刮除腐肉组织,在切除瘘管组织的同时尽量减少对括约肌的破坏,如瘘管弯曲,可边分离边探查,进行隧道式切除。探针从外括约肌外缘瘘管探入肛内,找到内口,电刀切开肛缘皮肤组织,用丝线将橡皮筋固定在探针尾部,沿主瘘管贯穿拉出。内口挂线后将橡皮筋的两端贯穿橡皮套管中间的小孔,固定橡皮筋(见图1)。术后控制排便1~2d,适当应用抗生素。术后第2日开始换药,每日2次,换药前予中药坐浴,每次约15min,及时清洁创面及更换敷料。待内口组织生长靠近橡皮筋时紧线,每次紧线时用拉力器测量橡皮筋弹力,保持每次进行橡皮筋弹力一样,每隔5~10d紧线1次。橡皮筋脱落后予外用痔科生肌散(院内制剂,由煅龙骨、赤石子、煅人中白、海螵蛸、煅石膏、血竭等组成)均匀敷于创面后放置油纱布,再予纱布包扎创面。

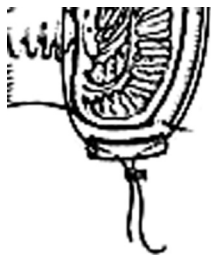


图1 定向控制挂线

2.2 对照组 手术过程同治疗组,挂线时采用常规方法,不予橡皮套管,其余创面处理后包扎,术毕。术后用药、换药、紧线等同治疗组,橡皮筋脱落后不使用痔科生肌散,常规换药。

3 疗效观察

3.1 观察指标 记录2组患者创面愈合时间(手术后第1日至创面完全愈合的时间)及橡皮筋脱落时间(从紧线开始到脱落的时间),肛瘘愈合后予测量RRP和肛管最大收缩压AMCP,评估肛门括约肌功能(Wexner评分)。Wexner评分观察患者干便、稀便、气体、需要衬垫、生活方式改变等5个项目,根据从不(未发生)、很少(≤ 1 次/月)、有时(>1 次/月, ≤ 1 次/周)、经常(>1 次/周, ≤ 1 次/d)、总是(>1 次/d)分别计0、1、2、3、4分。

3.2 统计学方法 用Excel建立数据库,SPSS 17.0软件分析包进行数据处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组患者术前和肛瘘愈合后RRP、AMCP比较 术前2组患者RRP和AMCP比较差异无统计学意

义($P > 0.05$),肛瘘愈合后组内和组间比较见表1。

表1 治疗组与对照组术前和肛瘘愈合后RRP、AMCP比较 mmHg

组别	例数	RRP		AMCP	
		术前	肛瘘愈合后	术前	肛瘘愈合后
治疗组	13	59.2 $\pm$ 3.9	54.6 $\pm$ 5.7 [#]	132.2 $\pm$ 8.2	129.2 $\pm$ 8.3
对照组	13	58.5 $\pm$ 3.7	48.5 $\pm$ 3.2 [*]	132.3 $\pm$ 7.6	124.3 $\pm$ 10.4

注:^{*}与本组术前比较, $P < 0.05$;[#]与对照组肛瘘愈合后比较, $P < 0.05$ 。

3.3.2 2组患者愈合时间、橡皮筋脱落时间、Wexner评分比较 结果见表2。治疗组橡皮筋脱落时间较对照组明显延长($P < 0.05$),但创面愈合时间明显缩短($P < 0.05$),Wexner评分明显低于对照组($P < 0.05$)。

表2 治疗组与对照组愈合时间、橡皮筋脱落时间、Wexner评分比较

组别	例数	愈合时间(d)	橡皮筋脱落时间(d)	Wexner评分(分)
治疗组	13	33.4 $\pm$ 4.7 [#]	15.3 $\pm$ 2.3 [#]	0.9 $\pm$ 0.5 [#]
对照组	13	45.4 $\pm$ 2.1	11.9 $\pm$ 1.9	2.1 $\pm$ 0.8

注:[#]与对照组比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

高位肛瘘是肛肠疾病中较为难治的一种疾病,传统切开挂线术属于向心性切割,是利用弹性橡皮筋结扎括约肌,导致括约肌慢性缺血,逐渐切断括约肌,可造成术后“锁眼样畸形”,易引起肛门不全失禁的发生^[5]。我国明代《古今医统大全》中就记载了挂线治疗肛瘘的方法,其中对挂线的机理和治疗效果作了阐述,其记载的切割力方向发生在括约肌的近端,由近端向远端逐渐切割,符合定向切割原理,能够降低肛门失禁风险^[6]。本方法将硅胶管置于括约肌远端,从而改变皮筋紧线后被切割组织的受力方向。生物力学分析研究发现,此方法中组织近端压强为远端压强的5倍,在收缩橡皮筋时可以对括约肌产生由近端向远端的定向作用力,从而达到近端括约肌组织优先切割、优先生长的定向切割作用^[7]。

痔科生肌散是我院肛肠科传统外用药之一,是无锡市非物质文化遗产,临床发现其可促进肛周疾病术后创面愈合,疗效显著。方中煅龙骨、煅石膏、血竭具有生肌敛口作用,能够加快组织生长,促进创面愈合。本研究结果表明,治疗组在橡皮筋脱落后予痔科生肌散外用能够缩短创面愈合时间($P < 0.05$)。

治疗组橡皮筋脱落时间延长,可能是我们在定向控制挂线时切割是由近端向远端进行,增加了切割的括约肌厚度,延长了橡皮筋脱落时间。对照组较治疗组愈合后肛管静息压明显下降,也明显低于本组术前,均提示传统挂线对肛管括约肌损伤较多,

中西医结合治疗围绝经期综合征 30 例临床研究

唐军伟¹ 刘 芹¹ 马一丹¹ 柏莉娟²

(1.南充市中心医院川北第二临床医学院中西医结合科,四川南充 637000;

2.成都中医药大学附属广安医院,四川广安 638500)

摘 要 目的:观察中医调和营卫法配合常规西医治疗围绝经期综合征的临床疗效及对性激素水平的影响。方法:采用随机数字表法将 60 例围绝经期综合征患者分为治疗组和对照组,每组 30 例。对照组给予戊酸雌二醇片,治疗组在对照组用药的基础上给予桂枝汤治疗,2 组均治疗 3 月。比较 2 组治疗前后 Kupperman 评分、血清促卵泡激素 (FSH)、雌二醇 (E_2) 和促黄体素 (LH) 水平的变化。结果:2 组治疗后 Kupperman 评分均较治疗前显著下降 ($P<0.05$),治疗组总分及部分单项症状积分明显低于对照组 ($P<0.05$)。2 组治疗后 FSH、LH 水平均较治疗前显著下降 ($P<0.05$), E_2 水平均较治疗前显著上升 ($P<0.05$),治疗后组间比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后治疗组临床疗效显著优于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗围绝经期综合征,可有效改善患者的血清性激素水平,提高临床疗效,且安全性较高,值得临床推广应用。

关键词 围绝经期综合征;调和营卫;桂枝汤;性激素;戊酸雌二醇片

中图分类号 R711.750.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2019)01-0045-03

基金项目 四川省中医药管理局青年项目 (KY—1607)

围绝经期综合征又称绝经综合征 (MPS), 主要指妇女绝经前后性激素波动导致的以自主神经系统功能紊乱为主, 伴有神经心理症状的一组症候群。目前临床治疗该病以激素补充疗法为主, 虽能有效改善临床症状, 但副作用明显, 长期使用激素会增加

子宫内膜癌和乳腺癌发病风险^[1], 且存在一定的不良反应。围绝经期综合征属于中医学“脏燥”“绝经前后诸症”等范畴, 其病机与营卫失调密切相关^[2], 治疗应以调和营卫为主。本研究在西医常规治疗的基础上加用桂枝汤治疗 MPS, 效果满意, 现报告如下。

导致肛门内括约肌闭合不全。术后 Wexner 评分对照组明显高于治疗组, 更加证实了这一观点, 主要表现为对照组的部分患者有漏气漏液现象。

综上, 我们认为定向控制挂线不仅具有传统挂线在治疗高位肛瘘的慢性切割、引流、异物刺激、标记作用, 同时还有慢性定向切割、减少括约肌缺损等优点, 能更好地保护肛门功能, 提高患者生活质量。我院的痔科生肌散能够促进创面愈合, 临床疗效确切。本研究仅对高位肛瘘患者手术后的近期疗效及相关指标进行了研究, 对患者的远期疗效尚待随访。由于本研究收集病例数不足, 未能将治疗组细分为应用痔科生肌散组和未用痔科生肌散组, 待后期增加病例数再进一步研究。

参考文献

- [1] DHOORE A, PENNINGCKX F. The pathology of complex fistula-in-ano[J]. Acta Chir Belg, 2000, 100 (3): 111.
- [2] CORMAN MSRVIN L. 结肠与直肠外科学[M]. 吕厚山, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 897.

- [3] 韩江涛, 马富明. 高位复杂性肛瘘挂线临床治疗研究[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33 (7): 115.
- [4] 中华中医药学会肛肠分会, 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会. 肛瘘临床诊治指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 219.
- [5] 丁曙晴, 丁义江. 肛周脓肿和肛瘘诊治策略——解读美国和德国指南[J]. 中华胃肠外科杂志, 2012, 15 (12): 1224.
- [6] 徐春甫. 古今医统大全 (下) [M]. 张若兰, 刘思恕, 点校. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 400.
- [7] 陈玉根, 丁义江, 杨伯霖. 等. 定向挂线技术的提出与生物力学研究[J]. 南京中医药大学学报, 2009, 25 (5): 352.

第一作者: 周阿成 (1986—), 男, 医学硕士, 主治中医师, 研究方向为肛周疾病及结直肠肿瘤的诊治。

通讯作者: 储正达, 医学硕士. 573519194@qq.com

收稿日期: 2018-06-09

编辑: 吴 宁