

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2017.09.026

文章编号: 1005-8982(2017)09-0121-04

马应龙痔疮栓辅助手术治疗复杂肛瘘的疗效观察

陈爱霞¹, 杜杏坤², 吴春晓³, 冯江雪³, 王梅青¹, 周颖¹, 薛思思¹, 刘占伦¹

(1. 河北省中医院 肛肠二科, 河北 石家庄 050001; 2. 沧州医学高等专科学校 中医教研室, 河北 沧州 061001; 3. 河北省中医院 肛肠一科, 河北 石家庄 050001)

摘要:目的 探讨马应龙痔疮栓辅助手术治疗复杂肛瘘临床疗效。**方法** 选复杂肛瘘患者共 110 例, 随机分为对照组和观察组, 每组 55 例, 分别采用游离皮瓣阻断缝合手术和在此基础上加上马应龙痔疮栓治疗, 比较两组患者治疗效果、影响因素和术后并发症发生情况。**结果** 观察组痊愈率 (72.73%) 高于对照组 (54.55%), 而并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组患者术后疼痛持续时间、创面愈合时间少于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者肛门功能评分、肛管最大收缩压、肛管最长收缩时间、尿潴留分度及肛管静息压均优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 马应龙痔疮栓辅助手术治疗复杂肛瘘可有效改善患者治疗效果, 提高预后质量。

关键词: 马应龙痔疮栓; 游离皮瓣间断缝合术; 疗效

中图分类号: R657.16

文献标识码: A

Clinical effect of Mayinglong Hemorrhoids Suppository-assisted operation in treatment of complex anal fistula

Ai-xia Chen¹, Xing-kun Du², Chun-xiao Wu³, Jiang-xue Feng³,

Mei-qing Wang¹, Ying Zhou¹, Si-si Xue¹, Zhan-lun Liu¹

(1. The Second Department of Anorectal Surgery, Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang, Hebei 050001, China; 2. Department of Traditional Chinese Medicine, Cangzhou Medical College, Cangzhou, Hebei 061001, China; 3. The First Department of Anorectal Surgery, Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang, Hebei 050001, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical effect of Mayinglong Hemorrhoids Suppository-assisted with operation in the treatment of complex anal fistula. **Methods** Totally 110 patients with complex anal fistula were chosen and randomly divided into control group and observation group, each had 55 cases. The patients in the control group were treated with free flap suture occlusion surgery, those in the observation group were added with Mayinglong Hemorrhoids Suppository. The curative effect, influencing factors and the occurrence of postoperative complications were compared between the two groups. **Results** The healing rate of the observation group was higher than that of the control group, and the incidences of complications were lower than those of the control group ($P < 0.05$). The wound healing time and pain persistent time of the observation group were significantly shorter than those of the control group ($P < 0.05$). The anal function scores, the maximum systolic pressure of anal canal, the longest contraction time of anal canal, the urinary retention index, and anal resting pressure of anal canal after treatment in the observation group were significantly better than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusions** Mayinglong Hemorrhoids Suppository-assisted operation can effectively improve the treatment effect and the prognosis in the treatment of complex anal fistula.

Keywords: Mayinglong Hemorrhoids Suppository; free flap suture surgery; curative effect

收稿日期: 2016-10-17

[通信作者] 杜杏坤, E-mail: dxk89812@126.com; Tel: 15373389812

采用游离皮瓣阻断缝合术治疗复杂肛瘘,是临床上使用范围较广的一种微创、无痛手段^[1]。目前临床为进一步提升患者术后康复水平,还需要使用良好的抗感染药物,避免切口出现感染,引发其他并发症。本研究的主要目的是探讨马应龙痔疮栓辅助游离皮瓣间断缝合术治疗复杂肛瘘的临床效果,选取河北省中医院就诊的复杂肛瘘患者作为研究对象,其中观察组患者取得非常满意的治疗效果,具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 1 月 - 2016 年 6 月在本院接受治疗的复杂肛瘘患者 110 例为研究对象,纳入患者的临床表现主要有:肛周脓肿破裂、瘘管外口有脓液流出及局部有红肿或胀痛感等,所有患者经直肠指诊及实验室检查后确诊为复杂肛瘘。将患者随机分为两组,观察组和对照组患者各 55 例。观察组中男性 25 例,女性 30 例;年龄 25~62 岁,平均(40.2±3.5)岁。对照组男性 32 例,女性 23 例;年龄 28~68 岁,平均(41.5±5.0)岁。两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 治疗方法

两组患者均接受游离皮瓣间断缝合术治疗,患者进入手术室后,术中确定瘘管走向,用常规染色确定开口位置,术中清除病灶的其他物质和标志。采用探针观察,轻揉穿过瘘道,根据常规染色的部位对内口周围的齿线部位各肛隐位置进行检查,行“V-Y”型皮瓣推移,切除内扣感染组织,沿着内扣肌肉侧面潜行游离皮瓣尖端两侧后,修补内括约肌处缺损部位,加强内扣封闭,缝合创面,并做好缝合处清理工作。观察组在缝合术后采用马应龙痔疮栓进行治疗:患者每日用药前对肛门进行清洗,取患者仰卧位缓缓将马应龙痔疮栓深入肛门直至药物完全吸入,在肛门 2~3 cm 处滞留片刻。1 次/d,持续使用 2 周,观察两组疗效和并发症。

1.3 观察指标

1.3.1 疗效判断标准 治愈:治疗后,患者大便正常,没有出血现象,生活质量较治疗前得到提升;好转:治疗后,患者肛瘘病症有所缓解,生活质量有所提高;总有效率 = 痊愈率 + 好转率。并发症:经过上述治疗之后,患者肛门处红肿、疼痛或感染其他合并症^[2]。

1.3.2 肛门功能评分 1 级:轻度损伤,正常大便、稀便都可控制,不漏液,但漏气;2 级:中度损伤,仅可控制正常大便,但稀便及气体控制较差,时有少量粪液或粪便漏出污染内裤;3 级:重度损伤:正常大便、稀便都不可控制,排便控制丧失。

1.3.3 肛肠动力学检查观察指标 肛管静息压、肛管最大收缩压及肛管最长收缩时间。

1.3.4 术后尿潴留的情况 I 度:术后小便排出通畅;II 度:排尿不畅,无须药物,在诱导或热敷后可排出;III 度:排尿不畅,需口服药物或肌注新斯的明后解出;IV 度:需留置导尿。

1.4 统计学方法

数据分析采用 SPSS 19.0 统计软件,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验,计数资料以百分比(%)表示,用 χ^2 检验;等级资料以频数表示,采用 H 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果

观察组总有效率为 100.0%,对照组总有效率为 90.91%,经 χ^2 检验,差异有统计学意义($\chi^2=10.052, P=0.000$),观察组总有效率高于对照组。见表 1。

2.2 观察指标比较

观察组患者术后疼痛持续时间、创面愈合时间与对照组比较,经 t 检验,差异有统计学意义($t=4.485, t=7.673, P=0.000, 0.000$);但两组在肛门功能评分上比较,差异无统计学意义($t=0.023, P=0.486$)。见表 2。

2.3 术后并发症

观察组术后并发症与对照组比较,差异有统计学意义($\chi^2=8.942, P=0.007$)。见表 3。

2.4 两组患者治疗后肛门功能评级比较

观察组患者肛门功能评分等级与对照组比较,经秩和检验,差异有统计学意义($H=4.782, P=0.000$)。见表 4。

2.5 两组患者治疗后肛肠动力学检查指标比较

观察组患者肛管静息压、肛管最大收缩压及肛管最长收缩时间与对照组比较,经 t 检验,差异有统

表 1 两组患者治疗效果比较分析 [n=55,例(%)]

组别	痊愈	好转	无效	总有效率
观察组	40 (72.73)	15 (27.27)	0 (0)	100.00
对照组	30 (54.55)	20 (36.37)	5 (9.09)	90.91

计学意义 $t=2.175, 2.448$ 和 $2.699, P=0.032, 0.016$ 和 0.008)。见表5。

2.6 两组患者治疗后尿潴留情况比较

观察组患者治疗后尿潴留情况与对照组比较,经秩和检验,差异有统计学意义 ($H=6.335, P=0.000$)。见表6。

表2 两组患者3项观察指标比较 ($n=55, \bar{x} \pm s$)

组别	术后疼痛持续时间/d	创面愈合时间/d	肛门功能评分/分
观察组	4.30± 2.10	18.30± 4.10	0.87± 0.32
对照组	8.40± 2.50	25.20± 3.90	0.89± 0.31
t值	4.485	7.673	0.023
P值	0.000	0.000	0.486

表3 患者术后并发症发生情况比较 ($n=55$)

组别	肛门红肿/例	切口疼痛/例	大便带血/例	总发生率/%
观察组	0	0	0	0
对照组	5	3	2	18.18

表4 两组患者治疗后肛门功能评级比较

[$n=55, \text{例}(\%)$]

组别	1级	2级	3级
观察组	26 (47.27)	22 (40.00)	7 (12.73)
对照组	14 (25.45)	25 (45.45)	16 (29.10)

表5 两组患者治疗后肛肠动力学检查指标比较

($n=55, \bar{x} \pm s$)

组别	肛管静息压/kPa	肛管最大收缩压/kPa	肛管最长收缩时间/s
观察组	17.83± 3.76	14.36± 1.31	39.26± 3.51
对照组	16.56± 2.15	13.69± 1.55	37.61± 2.87
t值	2.175	2.448	2.699
P值	0.032	0.016	0.008

表6 两组患者治疗后尿潴留情况比较 [$n=55, \text{例}(\%)$]

组别	I度	II度	III度	IV度
观察组	34 (61.82)	15 (27.27)	5 (9.10)	1 (1.81)
对照组	23 (41.82)	9 (16.36)	16 (29.10)	7 (12.72)

3 讨论

复杂肛瘘,是由肛垫肥大,引起的位移或肛门周围组织皮下血管从血管血流淤滞,导致肛门处形成团块^[9]。常规治疗主要是药物治疗,但很难彻底根治,若患者病情严重则会采用切除手术治疗^[9]。另外,肛瘘

具有反复发作特点,主要原因是内口和原发病灶的存在。复杂性肛瘘由于病变范围广及瘘道主管贯穿外括约肌深层和耻骨直肠肌,常有支管且管道多弯曲复杂,故手术复杂难度大,故称为难治性肛瘘^[9]。手术关键是减少肛门括约肌的损伤,防止肛门失禁,同时避免肛瘘复发^[6-7]。术前可通过探针探查、瘘管染色和手法检查结合的方法,确定瘘管情况,进行肛瘘手术时要彻底清除瘘管和病变组织结构,减少手术异物残留,减少术后复发的可能同时注意保护肛管直肠结构,减少并发症的发生^[8-11]。

一般造成手术失败并且导致肛瘘复发的主要原因:^①瘘管处理不当,盲管遗留,其中支管盲管遗留最多见;^②手术者经验不足,手术者不能成功找到内口;^③手术未能彻底清除瘘管和病变组织;^④瘘管切除后手术创面未能充分引流,导致表皮生长过快形成假性愈合^[12];^⑤手术创面处理不当,患者伴有其他基础疾病等;^⑥术后创口的清洁、护理和患者的饮食习惯对创口愈合产生重要影响。本研究采用瘘道切开、挂线、旷置引流术综合治疗复杂性肛瘘,意在根据肛管直肠动力学理论将复杂的手术变为简单的手术,彻底清除原发病灶,从根本上治愈肛瘘^[13]。马应龙痔疮栓是一种常见的栓剂,是治疗肛道疾病的首选制剂,其主要的成分包括:珍珠、三七、牛黄、五倍子以及冰片等构成^[14]。根据我国《神农本草经》中记载,其中三七、五倍子以及冰片都具有镇痛、镇静的作用,能活血化瘀,止血不留淤,减轻患者的疼痛感,同时还能消肿化瘀,且牛黄这些具有清热解毒的功效,珍珠是解毒生肌的良药,在保证术后创口清洁卫生的同时有助于创口的有效愈合^[14]。研究发现,与分次切开挂线法36d及肛瘘切除术的58d相比,本术式最长疗程为62d,最短疗程为23d,平均为30d,具有时间短、引流通畅,急性感染的发生减少,还可避免产生的肛门失禁、肛门移位或畸形。

本研究发现,采取缝合术联合马应龙痔疮栓法治疗复杂肛瘘患者总有效率为100%,高于采用缝合术治疗的患者(90.91%),可能与马应龙痔疮栓中含有的三七、五倍子及冰片等药材具有消肿、生肌、止血等疗效,使其有效率进一步提高,缝合术联合马应龙痔疮栓法治疗复杂肛瘘患者后的术后疼痛持续时间、创面愈合时间、肛门红肿、切口疼痛及大便带血等术后并发症小于采用缝合术治疗的患者,可能与马应龙痔疮栓内的具有珍珠、牛黄等药用成分具有可使病灶位置祛腐生新、生肌敛疮及活血行气

等有关,采用缝合术联合马应龙痔疮栓法治疗复杂肛瘘患者的肛门功能评分和术后尿潴留情况评分总体高于采取缝合术治疗的患者,可以是手术与马应龙痔疮栓法共同作用使患者小便通畅,大便、稀便控制力增强,显著改善患者生活质量。另外,根据治疗后肛肠动力学指标看出,2种治疗方法治疗后患者的肛管静息压、钢管最大收缩压,以及钢管最长收缩时间指标均降低,这可能是缝合手术时造成肛门括约肌损伤所致,使治疗后肛门肌肉力量在静息时减弱,但采用缝合术联合马应龙痔疮栓法患者的肛管静息压、钢管最大收缩压,以及钢管最长收缩时间指标高于采用缝合术患者,可能与马应龙痔疮栓的药物作用有关,也为下一步进行药物的具体机制研究奠定基础。

综上所述,马应龙痔疮栓联合缝合手术治疗复杂型肛瘘能提高痊愈率和总有效率,降低术后并发症的发生率,具有很高的临床应用和推广价值。

参 考 文 献:

- [1] 张国宝. 马应龙痔疮栓治疗痔疮的临床效果分析[J]. 中医临床研究, 2013, 6(12): 61-62.
- [2] 叶天利. 马应龙麝香痔疮膏治疗痔疮的临床效果观察[J]. 吉林医学, 2014, 18(13): 39.
- [3] 史长生, 安书强, 贾玉良, 等. 马应龙麝香痔疮膏用于痔、肛瘘及肛裂术后并发症防治[J]. 临床误诊误治, 2012, 2(11): 49-50.
- [4] 高昆, 王进宝. V-Y 型皮瓣内口封闭导管引流术治疗复杂肛瘘的临床观察[J]. 结直肠肛门外科, 2013, 1(12): 38-39.
- [5] HARRED J F, KNIGHT A R, MCINTYRE J S. Inventors. Dow-chemical company, assignee exoxidation process[J]. U.S Patent, 2012, 3(17): 1904-1927.
- [6] WORMALD P J. The agger nasi cell: the key to understanding the anatomy of the frontal recess[J]. Otolaryngol Head Neck Surg 2014, 129: 497-507.
- [7] CHOI B I, LEE H J, HAN J K, et al. Detection of hypervascular nodular hepatocellular carcinomas: value of triphasic helical ct compared with iodized oil ct[J]. *Ajr*, 2015, 157(2): 219-224.
- [8] KHAN M A, COMBS C S, BRUNT E M, et al. Positron emission tomography scanning in the evaluation of hepatocellular carcinoma[J]. *Ann Nucl Med*, 2014, 14(2): 121-126.
- [9] TABIT C E, CHUNG W B, HAMBURG N M, et al. Endothelial dysfunction in diabetes mellitus: molecular mechanisms and clinical implications[J]. *Revendoor Metab Disord*, 2015, 11(1): 61-74.
- [10] ENDEMANN D H, SCHIFFRIN E L. Endothelial dysfunction[J]. *J Am Soc Nephrol*, 2013, 15(8): 1983-1992.
- [11] IZZARD A S, RIZZONI D, AGABITI-ROSEI E, et al. Small artery structure and hypertension: adaptive changes and target organ damage[J]. *J Hypertens*, 2014, 23(2): 247-250.
- [12] NICOLLS M R, HASKINS K, FLORES S C. Oxidant stress, Immune dysregulation, and vascular function in type diabetes[J]. *Antioxid Redox Signal*, 2014, 9(7): 879-889.
- [13] GOKCE N, VITA J A, MCDONNELL M, et al. Effect of medical and surgical weight loss on endothelial vasomotor function in obese patients[J]. *Amj cardiol*, 2015, 95(2): 266-268.
- [14] LTEIF A A, HAN K, MATHER K J. Obesity, insulin resistance, and the metabolic syndrome: determinants of endothelial dysfunction in whites and blacks[J]. *Circulation*, 2015, 112(1): 32-38.

(李科 编辑)