

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.02.016
文章编号: 1005-8982 (2018) 02-0078-04

改良 LIFT 治疗复杂性肛瘘的临床疗效研究

赵云¹, 肖维¹, 高哲²

(1. 广西中医药大学附属瑞康医院 胃肠肛门病外科, 广西 南宁 530011; 2. 广西中医药大学第一附属医院, 广西 南宁 530012)

摘要: 目的 比较改良经括约肌间瘘管结扎术 (LIFT) 和切开挂线术治疗复杂性肛瘘的临床疗效。**方法** 将 80 例复杂性肛瘘患者随机分为治疗组和对照组, 治疗组采用改良 LIFT, 对照组采用切开挂线术。对两组疗效、复发率及并发症等进行对比观察。**结果** 两组患者在手术时间、愈合时间、术中出血量、术后创面面积、术后疼痛时间、住院时间、总有效率、术后尿潴留、术后感染、术后 3 个月复发、术后第 7、14 天疼痛和首次排便疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分及术后肛门失禁 Wexner 评分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 但在术后第 1 天视觉 VAS 疼痛评分及术前肛门失禁 Wexner 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 改良 LIFT 较传统切开挂线术治愈率高, 是治疗复杂性肛瘘的有效术式。

关键词: 复杂性肛瘘; 改良经括约肌间瘘管结扎术; 切开挂线术

中图分类号: R657.16

文献标识码: A

Clinical effect of improved LIFT surgery in treatment of complex anal fistula

Yun Zhao¹, Wei Xiao¹, Zhe Gao²

(1. Department of Anal and Gastrointestinal Surgery, Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning, Guangxi 530011, China; 2. The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning, Guangxi 530012, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of improved LIFT surgery and seton therapy in the treatment of complicated anal fistula. **Methods** A total of 80 patients with complicated anal fistula were randomly divided into treatment group (40 patients) and control group (40 patients). The treatment group was treated with improved LIFT surgery while the control group was treated with seton therapy. Curative effect, recurrence rate and complications were investigated in the two groups. **Results** There were significant differences in the operation duration, wound healing time, blood loss during operation, postoperative wound surface area, postoperative pain time, time of hospital stay, total effective rate, postoperative urinary retention, postoperative infection, recurrence rate 3 months after operation, the Visual Analog Scale (VAS) scores of pain on the 7th and the 14th postoperative day and at the first defecation after operation, and Wexner score of anal incontinence before operation between the treatment group and the control group ($P < 0.05$). But there was no significant difference in the VAS score on the 1st day after operation or the Wexner score of anal incontinence before operation ($P > 0.05$). **Conclusions** Compared with seton therapy, improved LIFT surgery is very effective in treating complicated anal fistula.

Keywords: complicated anal fistula; improved LIFT surgery; seton therapy

复杂性肛瘘是肛肠外科常见难治性疾病, 以手术治疗为主^[1]。但治愈率低, 传统手术伤口愈合时间长

且复发率高达 50%, 易引起肛门括约肌功能损伤而漏气、漏液等。微创切口可保留括约肌功能以减少排便

收稿日期: 2016-11-03

[通信作者] 高哲, E-mail: 164092377@qq.com; Tel: 13878887274

功能障碍和肛门畸形发生,虽然经括约肌间瘘管结扎术(ligation of intersphincteric fistula tract, LIFT)通过肛门括约肌间沟小切口来处理瘘管并保留括约肌完整可减少疼痛、防止失禁及保持肛门控便功能,但切口小而深易感染裂开,复发率高^[1]。近年来,笔者改良LIFT术式治疗复杂性肛瘘,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2011年1月-2015年11月于本院住院的复杂性肛瘘患者80例,随机分为治疗组和对照组各40例。治疗组采用改良LIFT,男性22例,女性18例;年龄17~68岁,平均(46.3±11.6)岁;病程0.6~4.5年。对照组采用切开挂线术,男性21例,女性19例;年龄19~67岁,平均(47.2±10.8)岁;病程0.5~4.4年。纳入标准:参照《肛瘘临床诊治指南(2006版)》中复杂性肛瘘诊断标准,年龄18~68岁,瘘管处于稳定期且长度≥3cm,无肛瘘手术治疗史^[1]。排除标准:患有严重心脑血管疾病、糖尿病、血液病、精神病及妊娠和哺乳期妇女;外伤、异物及特异性感染(结核、克罗恩病等)所致肛瘘;合并其他肛周疾病、皮肤病及恶性肿瘤。两组患者性别、年龄、病程及术前合并症比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

术前晚口服复方聚乙二醇电解质散2盒清洁肠道,手术采用腰硬联合麻醉,取前倾折刀位,常规消毒铺巾。

1.2.1 治疗组 以外口为中心做直径约1cm的圆形切口,自外口沿瘘管紧贴管壁以隧道式游离并锐性潜行完整剥离瘘管,保留瘘管上方的皮肤及皮下组织,避免损伤外括约肌并在括约肌上方表面往括约肌间沟剥离瘘管。如瘘管过长,可分段取多处切口并在切口下方隧道游离瘘管,保留切口间皮桥及皮下组织,在瘘管进入内括约肌处用止血钳挑起瘘管并用丝线紧贴内括约肌贯穿缝扎瘘管,注入双氧水见内口无渗漏,将括约肌间沟断端至外口处瘘管从外侧圆形切口取出,切口内放置多侧孔引流管,距切口旁2cm皮肤引出并接负压球引流,缝合外括约肌缺损处及切口皮肤,保证负压球不漏气,加压包扎伤口。

1.2.2 对照组 探针自外口沿主管道穿入内口,以外口为起点,沿瘘管方向放射状切开皮肤及皮下组织至齿线下方,将瘘管完整剥离至内口处并不损伤括约肌深部及内括约肌,探针带橡皮筋于内口穿入并保持松

紧适宜,拉紧橡皮筋后丝线结扎行括约肌深部及内括约肌紧线术,清除其他支管并浮挂,修剪切口成梭形,止血后加压包扎伤口。

1.2.3 术后处理 抗感染3d。每日近红外线照射及换药,保持伤口干燥。

1.3 疗效判定标准

痊愈:症状、体征消失,创口愈合;显效:症状消失,体征改善,创口未愈;有效:症状、体征有改善,创口未愈;未愈:症状、体征无变化。观察手术时间、出血量、创面大小、愈合时间、住院时间、并发症、术后3个月复发例数、肛门功能、术后1、7、14d疼痛评分和持续时间及首次排便疼痛情况^[4]。疼痛用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评分,0分:排便、换药均不痛;2分:基本不痛,排便、换药仅有不适感;4分:偶感疼痛,排便、换药疼痛轻且无需处理;6分:有疼痛,排便、换药时明显,需服一般镇痛药;8分:疼痛重,表情痛苦,需用度冷丁、吗啡止痛^[5]。肛门功能用Wexner失禁评分,观察干便、稀便、气体、需要衬垫及生活方式改变。0分:无;1分:<1次/月;2分:>1次/月且<1次/周;3分:>1次/周但<1次/d;4分:>1次/d;0~20分为正常到完全失禁的严重程度^[6]。

1.4 统计学方法

数据分析采用SPSS 22.0统计软件,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,用 t 检验,计数资料以率表示,用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术情况和住院情况各项指标比较

两组患者手术时间、术中出血量、伤口愈合时间、术后创面面积、术后疼痛持续时间及住院时间比较,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。见表1。

2.2 两组患者总有效率、术后并发症及复发率比较

两组患者总有效率、术后疼痛、术后尿潴留、术后感染及术后3个月复发情况比较,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。见表2。

2.3 两组患者术后肛门疼痛VAS及Wexner失禁评分比较

两组患者术后首次排便、术后第7和14天疼痛VAS评分、术后肛门失禁痊愈后及6个月时Wexner

评分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组评分均低于对照组。但两组患者术后第 1 天疼痛 VAS 及术前失禁 Wexner 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 3。

表 1 两组患者手术情况和住院情况各项指标比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 /min	术中出血量 /ml	伤口愈合时间 /d	术后创面面积 /cm ²	术后疼痛持续时间 /d	住院时间 /d
治疗组	38.82 ± 6.16	25.18 ± 3.08	21.16 ± 5.35	2.26 ± 0.66	3.12 ± 0.86	5.98 ± 1.06
对照组	43.25 ± 4.28	45.38 ± 5.72	40.26 ± 6.65	5.38 ± 1.15	7.68 ± 1.32	13.21 ± 3.13
<i>t</i> 值	4.697	19.665	14.153	14.882	18.306	13.837
<i>P</i> 值	0.018	0.004	0.006	0.006	0.005	0.006

表 2 两组患者总有效率、术后并发症及复发率比较 [$n = 40$, 例 (%)]

组别	总有效率	术后疼痛	术后尿潴留	术后感染	术后 3 个月复发
治疗组	40 (100.0)	5 (12.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	0 (0.0)
对照组	37 (92.50)	8 (20.0)	6 (15.0)	5 (12.5)	3 (7.5)
χ^2 值	3.117	2.827	2.505	1.622	1.385
<i>P</i> 值	0.019	0.021	0.024	0.037	0.044

表 3 两组患者术后疼痛 VAS 及肛门 Wexner 失禁评分比较 ($n = 40$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	首次排便疼痛 VAS 评分	术后疼痛 VAS 评分			肛门失禁 Wexner 评分		
		第 1 天	第 7 天	第 14 天	术前	痊愈后	6 个月
治疗组	4.08 ± 1.16	5.78 ± 1.36	2.62 ± 0.82	1.03 ± 0.33	2.95 ± 0.32	0.36 ± 0.07	0.28 ± 0.06
对照组	5.68 ± 0.87	7.02 ± 1.65	3.92 ± 1.13	1.68 ± 0.72	2.98 ± 0.36	1.26 ± 0.21	0.46 ± 0.12
<i>t</i> 值	6.979	1.667	5.889	5.191	0.394	25.714	8.485
<i>P</i> 值	0.012	0.050	0.014	0.016	0.213	0.003	0.010

3 讨论

肛瘘是与肛腺等感染有关的不能自行愈合的肛周异常病理性管道, 特征为反复间歇性破溃流脓及疼痛瘙痒等^[7]。需手术治疗方能治愈, 但复杂性肛瘘病灶较深且范围大, 其手术治疗关键是内口的准确定位并清除瘘管, 合理处置肛门括约肌并保持引流通畅^[8]。传统的肛瘘切除或切开挂线术易损伤肛门括约肌, 难以保护肛门正常功能、解剖结构、控便能力及预防术后复发等^[9]。传统挂线术是以橡皮筋缓慢切割内口及括约肌, 起到引流及标识作用, 橡皮筋起异物刺激形成炎症反应及纤维化, 使断端括约肌与周围组织固定粘连以预防肌肉回缩, 同时可修复括约肌, 避免形成死腔, 能保障控便功能避免大便失禁。但手术创面过大、疼痛剧烈、切口愈合时间长及出现并发症较多, 病人不能接受及满意度降低^[10]。

随着肛瘘的治疗理念日趋微创化, 笔者关注于寻求一种易操作、痛苦少, 能保留括约肌解剖完整和保

证控便功能正常的新术式, 从而提高手术总有效率、减少并发症发生及增加患者满意度^[11]。LIFT 为近 10 年来新出现术式, 其能够准确定位内口及瘘管并予以瘘管结扎离断, 可不处理瘘管及其病变组织, 微创安全, 创伤较传统肛瘘手术小^[12]。但其治疗效果, 有待进一步总结观察。经本科手术观察, 认为其存在一定弊端, LIFT 切口的选择, 其弧形切口位于肛白线, 过于靠近肛门且位于肛缘内侧面, 且手术切口约 1.5 ~ 2 cm, 造成手术切口过小过深, 容易形成死腔导致积血积液, 手术并未切除内口及至括约肌间沟处瘘管, 粪便容易污染齿线处内口周围组织, 进入内口和残存瘘管而出现感染, 并蔓延至周围组织, 瘘管残端缝扎线因感染而脱落, 已缝合切口因感染而裂开且在扩约肌间迅速蔓延并转变为括约肌间肛瘘^[13]。对于外口到括约肌间沟段瘘管 LIFT 也不做处理, 只是简单刮匙搔刮, 并不能完全破坏瘘管壁组织, 且因坏死组织遗留和周围加重感染导致肛瘘复发和手术失败。

笔者对 LIFT 术式进行改良,手术切口从肛缘内侧肛白线括约肌间沟调整为瘘管外口处,以外口为中心可使切口远离肛门口,以减少粪便进入切口导致感染,减少积血积液及伤口裂开风险,从外口进行隧道式切除瘘管,潜行剥离瘘管到括约肌间沟处并将瘘管近端及内口缝扎封闭,完整剥离瘘管并缝扎瘘管内口部分,避免管壁坏死组织残留。对于瘘管过长患者,笔者采取分段切口进行隧道式潜行切除瘘管。缝合括约肌间沟肌肉组织及手术切口,留置多侧孔负压引流管以及时引流切口内多余创面渗血及渗液,换药时切口皮桥处加压包扎可促进粘连及提高伤口愈合率。改良 LIFT 术式并未将手术流程复杂化,对于肛瘘急性期感染期,可先行浮挂充分引流并控制感染,待窦道形成及条索纤维化后再行手术,此改良术式不适合管腔成片状大范围感染的急性炎症期肛瘘,对于瘘管较为清楚的经括约肌肛瘘治疗则较为理想,导致适应症较局限及病人选择要求较高^[14]。对于手术则要求熟悉肛周解剖并精准、精确及精细技能操作,务必准确定位内口和完整剥离剔除整条完整瘘管,以防炎性组织及瘘管残留,缝扎瘘管应避免张力过大导致缝扎线崩脱,可选择丝线缝扎以免过早缝线被吸收溶解^[15]。术后关键措施是进行切口减压及充分负压引流,放置多侧孔负压引流管可将切口分泌物、坏死组织、积液积血及时流入负压球,保持切口敷料干燥洁净,从而缩短切口愈合时间及提高治愈率。多孔引流管管壁上的大量小侧孔增加了引流面积以避免堵塞,较乳胶管弹性好,对周围组织起到隔离和支撑作用^[16]。避免附近组织吸附堵塞引流管,彻底清除创面及腔隙内的渗液,使组织紧密贴近,防止残余积液置留死腔形成脓肿,在高负压作用下括约肌及周围组织可能存在腔隙可迅速闭合。

本研究表明,两组患者在总有效率、术后感染、术后3个月复发、手术及术后各项指标、术后首次、术后第7、14天VAS评分、术后肛门失禁痊愈后及6个月时Wexner评分比较有差异($P < 0.05$);但在术后第1天疼痛及术前肛门Wexner评分比较无差异($P > 0.05$)。由此可见,治疗组改良LIFT的临床疗效,优于对照组传统切开挂线术。

综上所述,与传统切开挂线术相比,改良LIFT不损伤肛门功能,避免术后切口感染及裂开,有效提高治愈率及降低复发率。本科对LIFT进行改良,优化

手术切口,着重处理远端残留瘘管,保持肛门括约肌的完整性和保证控便功能正常,避免肛门失禁及复发可能。改良LIFT完全符合外科微创理念,经济安全、简便易行、便于推广,有一定推广价值,可作为治疗复杂性肛瘘的有效方法,但应严格选择适合病例及进行精细手术操作。改良LIFT虽在目前治疗病例中近期疗效良好、并发症少,但远期疗效还需进一步观察验证。

参考文献:

- [1] 陈强,陈宝元.挂线疗法治疗肛瘘术式探析[J].陕西中医,2015,12(8):1048-1049.
- [2] 张辉,闵丽,张少军.括约肌间瘘管结扎术(LIFT)治疗肛瘘临床现状及展望[J].结直肠肛门外科,2013,9(1):152-154.
- [3] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:54-55.
- [4] 李春雨.肛肠病学[M].北京:高等教育出版社,2013:108.
- [5] 吕晨,邹建玲,沈淑华,等.视觉模拟量表和语言评价量表用于术后疼痛评估的比较[J].全科医学临床与教育,2004,2(4):214-219.
- [6] BRETagnol F, RULLIER E, LAURENT C, et al. Comparison of functional results and quality of life between intersphincteric resection and conventional coloanal anastomosis for low rectal cancer[J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(6): 832.
- [7] 林军,叶细杰,林晓燕.切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘的临床观察[J].结直肠肛门外科,2014,20(4):237-239.
- [8] 苗军.肛瘘切除I期缝合术在低位单纯性肛瘘中应用的临床疗效观察[J].当代医学,2011,18(36):812-814.
- [9] 张永刚,张茂香,唐淑敏,等.括约肌间瘘管结扎术与切开挂线术治疗复杂性肛瘘的临床疗效比较[J].中华普通外科杂志,2012,27(11):940-941.
- [10] 李春雨,李玉博.肛瘘手术方式的选择及技巧[J].中国临床医生杂志,2015,43(4):20-22.
- [11] 王昆.中医治疗肛瘘20例疗效分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(7):978-980.
- [12] 陈哲,郑毅,王振军,等.经括约肌间瘘管结扎术治疗高位单纯性肛瘘的临床疗效[J].中华消化外科杂志,2013,12(7):512-515.
- [13] 侯孝涛,陈玉根,孙桂东,等.括约肌间瘘管结扎术治疗高位经括约肌肛瘘疗效[J].中华胃肠外科杂志,2014,17(12):1238-1239.
- [14] 武文静,杨关根,杜忠举,等.改良经括约肌间瘘管结扎术治疗单纯性经括约肌型肛瘘的临床疗效[J].中华胃肠外科杂志,2014,17(12):1194-1197.
- [15] 陈朝文,彭勃.肛瘘手术方式的选择和术后切口管理[J].中华胃肠外科杂志,2015,18(12):1197-1199.
- [16] 李春明,王芸.中医挂线配合对口引流术治疗高位肛瘘的临床研究[J].深圳中西医结合杂志,2015,25(6):84-86.

(李科 编辑)