

# 肛瘻精准微创术对肛瘻患者近远期疗效,肛门排便功能及括约肌功能的影响分析

熊丹

湖北省广水市第一人民医院, 湖北随州, 432700;

**摘要:** 目的: 将肛瘻患者临床治疗作为研究切入点, 探讨肛瘻精准微创术的实际应用价值。方法: 将我院试验节点(2024.04-2025.03)收治的肛瘻患者病例资料予以整理, 随机分成参照组(传统肛瘻切开挂线引流术,  $n=34$ )和观察组(肛瘻精准微创术,  $n=34$ ), 对比近远期疗效、肛门排便功能、括约肌功能及肛肠动力学指标。结果: 观察组近期治疗总有效率达 97.06%, 远高于参照组 ( $P<0.05$ ); 观察组复发率、再发率与参照组无明显差异 ( $P>0.05$ ); 观察组肛管静息压(ARP)、直肠静息压(RRP)、肛管最大收缩压(AMCP)变化幅度均低于参照组 ( $P<0.05$ ); 观察组肛门排便功能、肛门括约肌功能均优于参照组 ( $P<0.05$ )。结论: 根据肛瘻患者个体差异开展肛瘻精准微创术治疗, 有助于提高近期疗效, 降低肛门功能损伤, 进一步改善排便和括约肌功能, 值得推广。

**关键词:** 肛瘻精准微创术; 肛瘻; 近远期疗效; 肛门排便功能; 括约肌功能

**DOI:** 10.69979/3029-2808.25.02.051

肛瘻是因肛门直肠附近组织间隙损伤或感染所致的肛门良性病变, 以其特有的瘻管结构、复杂多变的临床表现(脓肿、破溃、疼痛等)以及较高的复发率, 严重威胁患病群体的身心健康<sup>[1]</sup>。由于肛瘻存在反复发作、迁延不愈的显著特点, 临床多采取外科手术治疗。既往多根据瘻管深浅、曲直度等指标开展肛瘻切开挂线引流术, 手术原理在于利用橡皮筋或药线的机械压迫作用, 切割瘻管并充分引流, 以此达到治疗目的。大量临床实践指出, 诸多患者因肉芽组织反复刺激生长增生, 不同程度地影响肛门括约肌恢复, 增加肛门失禁、漏液等并发症风险<sup>[2]</sup>。而肛瘻精准微创术可有效弥补传统手术的不足, 通过在肛瘻镜直视下清除坏死组织, 有助于精准控制手术范围, 减轻周围组织损伤, 具有安全性高、恢复快的突出优势。为探讨肛瘻精准微创术的实际应用价值, 特选取若干肛瘻患者开展分组试验, 报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

整理我院近一年收治的肛瘻患者病例资料, 按照纳入、排除标准从中纳入 68 例研究样本, 将其随机分为两组, 相关资料如下:

参照组: 传统肛瘻切开挂线引流术, 男性/女性人数为 20 例/14 例, 年龄范围在 41-64 岁 ( $53.29\pm3.84$ ) 岁, 均值瘻管数 ( $1.67\pm0.25$ ) 个, 均值发病时长 ( $4.72\pm1.82$ ) 年, 高位肛瘻者 18 例, 占比 52.94%, 其余患

者均为低位肛瘻。

观察组: 肛瘻精准微创术, 男性/女性人数为 19 例/15 例, 年龄范围在 42-66 岁 ( $53.32\pm3.71$ ) 岁, 均值瘻管数 ( $1.46\pm0.32$ ) 个, 均值发病时长 ( $4.82\pm1.56$ ) 年, 高位肛瘻者 19 例, 占比 55.88%, 其余患者均为低位肛瘻。

纳入标准: (1) 符合《肛周脓肿、肛瘻和直肠阴道瘻治疗指南》诊断标准者<sup>[3]</sup>; (2) 既往无肛瘻手术史者; (3) 无严重肝肾功能损伤者; (4) 资料齐全者。

排除标准: (1) 无法耐受手术者; (2) 合并肛周恶性肿瘤疾病者; (3) 术前已存在肛门功能损伤者; (4) 同期参与类似试验者。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 参照组

传统肛瘻切开挂线引流术, 医疗工作者术前协助患者开展术前检查(血常规、凝血功能等)、术前准备(肠道清洁、排空膀胱等)工作, 并依据肛瘻患者手术形式行蛛网膜下腔阻滞麻醉, 严格消毒肛门、周围皮肤, 通过肛门指诊、探针探查明确肛瘻及瘻管分支情况。随后, 利用手术剪开瘻管与内口、齿线下部及正中位置内口, 将橡皮筋或丝线穿过瘻管, 从内口引出并打结固定。清理瘻管周围的坏死组织, 剪除创口边缘皮肤和皮下组织, 并保障创面引流通畅, 对出血点结扎或电凝止血, 创面填以碘仿纱布或油纱布, 缝合关闭内口<sup>[4]</sup>。

#### 1.2.2 观察组

肛瘘精准微创术, 医疗工作者协助患者开展体格检查, 精准判断肛瘘类型、内口位置等基础信息, 并积极落实肠道准备 (口服泻药或灌肠)、常规检查工作。麻醉后严格消毒清理肛门、周围皮肤, 肛瘘镜由外口深入瘘管内内部, 并向其注射甘露醇-甘氨酸溶液, 旨在清洗、扩充瘘管, 最大限度保障手术视野的清晰度<sup>[5]</sup>。根据影像学资料, 详细探查瘘管、脓腔等部位, 利用高温电凝彻底烧除病灶, 并用生理盐水反复冲洗。随后, 将 0.5ml 纤维蛋白胶利用特制导管注入瘘管内口, 填充完毕后利用可吸收缝线予以缝合。最后, 修剪皮下组织伤口, 借助凡士林纱布覆盖伤口并妥善固定。

### 1.3 观察指标

(1) 近期疗效、远期疗效: 根据肛瘘患者临床症状改善程度评估近期疗效, 将其分为无效 (无改善)、好转 (肛周肿痛、流脓等症状改善)、治愈 (症状消失, 创面愈合良好), 比较后两者占比之和。同时, 整理并比较术后 6 月病情复发率、再发率。(2) 排便功能与

括约肌功能, 在不同时间节点 (术前、术后 4 周) 利用 krickenbeck 评分、Wexner 评分, 评估肛瘘患者的实际排便功能及括约肌功能, 其评分与前者成正比、后者成反比<sup>[6]</sup>。(3) 肛肠动力学指标, 在不同时间节点 (术前、术后 4 周) 利用肛肠压力检测仪测量 AMCP、RRP、ARP 指标。

### 1.4 统计学方法利用

应用 SPSS28.0 统计学软件分析, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 行 t 检验, 计数资料以 [n (%)] 表示, 行 X<sup>2</sup> 检验, 当数据差异 P<0.05, 则代表差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 近远期疗效比较

观察组近期总有效率高达 97.06%, 远高于参照组 (P<0.05); 两组研究对象的再发率、复发率无明显差异 (P>0.05), 详情见表 1。

表 1 近远期疗效比较 [n (%)]

组别	例数	近期疗效				远期疗效	
		无效	好转	治愈	总有效率	再发率	复发率
观察组	34	1 (2.94)	15 (44.12)	18 (52.94)	33 (97.06)	1 (2.94)	1 (2.94)
参照组	34	8 (23.53)	16 (47.06)	10 (29.41)	26 (76.47)	1 (2.94)	2 (5.88)
X <sup>2</sup>					8.382	0.729	0.274
P					0.004	0.736	0.683

### 2.2 排便及括约肌功能比较

干预前, 研究对象的排便及括约肌功能评分无明显

差异 (P>0.05); 干预后, 各个指标均呈现明显变化, 并且观察组改善幅度优于参照组 (P<0.05), 详情见表 2。

表 2 排便及括约肌功能比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	排便功能评分		括约肌功能评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	34	2.18±0.69	5.83±1.44	9.79±2.64	4.38±1.11
参照组	34	2.15±0.54	4.91±1.18	9.83±2.56	6.59±1.29
t 值		0.041	7.864	0.627	8.192
P		0.647	<0.001	0.426	<0.001

### 2.3 肛肠动力学指标比较

干预前, 研究对象的 AMCP、ARP 及 RRP 指标无明显

差异 (P>0.05); 干预后, 观察组各个指标均低于参照组 (P<0.05), 详情见表 3。

表 3 肛肠动力学指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	AMCP (kpa)		ARP (kpa)		RRP (kpa)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	34	14.78±4.39	10.73±2.64	12.39±1.34	9.28±0.91	1.69±0.62	1.14±0.42
参照组	34	14.75±4.41	12.61±2.38	12.43±1.36	11.72±1.63	1.72±0.69	1.37±0.49
t 值		0.041	7.483	0.457	6.372	0.832	8.273
P		0.647	<0.001	0.536	<0.001	0.274	<0.001

### 3 讨论

肛瘘是肛周皮肤与肛管、直肠之间的慢性、病理性窦道,多数为肛周脓肿破溃或引流后形成<sup>[7]</sup>。与此同时,久坐、久站、嗜烟酒等不良生活习惯亦可诱发或加重肛瘘症状,进一步困扰患病群体日常生活。肛瘘患者多表现为流脓、疼痛、瘙痒等症状,随病情进展可增加肛门失禁、肛门变形、肛门狭窄等并发症风险,促使生活质量直线下降<sup>[8]</sup>。传统肛瘘切开挂线引流术是利用橡皮筋或丝线的慢性切割作用,充分引流瘘管内的分泌物、脓液,以此保护肛门括约功能,具有操作简便、引流通畅的突出作用。但大量研究发现,挂线切割瘘管恢复时间较长,可因脱落时机不适宜而增加并发症风险,如:括约肌损伤加重、肛门狭窄等。

伴随现代化技术的高速发展,因肛瘘精准微创术具有精准定位、微创操作的突出优势,现被广泛应用于临床。本次研究发现,观察组近期总有效率高达 97.06%,远高于参照组( $P<0.05$ );两组研究对象远期疗效无明显差异( $P>0.05$ ),说明肛瘘精准微创术近期疗效更为突出。试分析原因如下:(1)精准定位,肛瘘精准微创术利用影像学技术可准确找到肛瘘的内口、周围组织关系,同时借助内镜视频系统直视病灶区域,可最大限度避免周围组织损伤,实施精准定位操作。(2)伤口创伤小,相较于传统肛瘘切开挂线引流术而言,肛瘘精准微创术无需大范围切开组织,有利于胃肠道功能早期恢复。此外,纤维蛋白胶的黏合作用可及时封闭内口、瘘管,避免肠内容物进入瘘管而影响病情恢复。(3)保护肛门功能,肛瘘精准微创术可最大限度保障肛门括约肌的完整性,进而加快患者整体康复进程。(4)感染控制好,相较于传统切开挂线引流术,精准微创术可有效清理瘘管内的感染组织,同时利用纤维蛋白胶封堵瘘管,避免致病菌进入瘘管,降低感染风险,近期临床疗效由此提高。此外,两种手术 6 月内的复发、再发风险无明显差异,此结果可能与随访时间有限相关,建议后期延长随访时间,以此探讨远期疗效。

根据表 2 可知,观察组排便及括约肌功能评分变化幅度均高于参照组( $P<0.05$ ),说明肛瘘精准微创术有助于改善排便及括约肌功能。究其原因可能在于:(1)精准保护周围组织,精准微创术可利用先进仪器精准识别内口、瘘管等结构,同时借助内镜视频系统直视病灶,可精准保护周围组织,避免其出现不必要的损伤,最大限度维持肛门括约肌的正常功能。(2)减少术后瘢痕,传统肛瘘切开挂线引流术整体创伤明显更为突出,可因

术后瘢痕影响排便和括约肌功能。而精准微创术后瘢痕挛缩风险较小,有助于保持肛门形态、功能,进而加快排便、括约肌功能恢复速度。(3)降低术后疼痛度,传统手术疼痛感明显,患者常因害怕疼痛而抑制排便反应,不利于排便及括约肌功能恢复,而精准微创术可有效弥补上述不足,进一步改善排便功能。

根据表 3 可知,观察组 AMCP、RRP、ARP 指标变化幅度均高于参照组( $P<0.05$ ),说明肛瘘精准微创术有助于改善肛肠动力学指标。总结相关原因可能在于:肛瘘属于临床较为多见的感染性疾病,常因炎症物质进一步干扰肛肠功能,致使肛肠动力学指标(AMCP、RRP、ARP)异常。肛瘘精准微创术可最大限度清除肛瘘病灶,同时保护周围组织,进一步减轻炎症刺激。与此同时,该微创手术安全性高、创伤小、疼痛轻,相关患者整体康复速度较为理想,在快速控制炎症反应的基础上,科学改善 AMCP、RRP、ARP 指标。

综上所述,肛瘘精准微创术有助于提高患病群体的近期疗效,减轻肛门功能损伤,进一步改善排便及括约肌功能,具备大力推广价值。

### 参考文献

- [1]周西华.复发性肛瘘的影响因素及手术治疗效果[J].中国现代普通外科进展,2024,27(10):807-810.
- [2]梁旭,董倩倩,崔永欣,等.不同手术方法对高位复杂性肛瘘患者肛门功能的影响[J].临床医学工程,2024,31(08):969-970.
- [3]陈琛,赵晨翔,王建忠.肛瘘常用手术治疗方法的研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2024,30(02):190-193.
- [4]冯福明.肛瘘手术治疗的现状研究[J].中国肛肠病杂志,2023,43(12):74-75.
- [5]李来福,李逸明,杜鹏,等.肛瘘治疗的微创医疗器械与技术研究进展[J].生物医学工程学进展,2023,44(03):301-307.
- [6]马丹,付皓,李林,等.肛瘘手术中肛门形态与功能保护的探讨[J].中国肛肠病杂志,2023,43(03):76-77.
- [7]郑丽华,刘宁远,刘墩.虚实结合挂线术治疗高位肛瘘要点及策略[J].中国临床医生杂志,2023,51(01):1-3+133.
- [8]杨庚,孙宏普,乔冰.肛瘘精准微创术对肛瘘患者近远期疗效、肛门排便功能及括约肌功能的影响[J].黑龙江医药科学,2022,45(05):149-150.