

DOI:10.19296/j.cnki.1008-2409.2023-06-030

· 临床研究 ·

· CLINICAL RESEARCH ·

改良俯卧折刀位在马蹄形肛瘘术中的应用^①

刘丽^②, 蔡云霞, 万丽萍

(赣州市人民医院, 江西 赣州 341000)

摘要 目的:探讨改良俯卧折刀位在多切口拖管术联合中医挂线应用于马蹄形肛瘘手术中的效果。方法:选择60例马蹄形肛瘘患者,按照随机数字表法分为两组,每组30例。两组均进行多切口拖管术联合中医挂线治疗,对照组以截石位进行手术,观察组以改良俯卧折刀位进行手术。比较两组术中生命体征、体位摆放时间、手术满意度与体位不良反应发生情况。结果:两组术中生命体征比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组体位摆放时间短于对照组,满意度高于对照组,手术体位不良反应发生率低于对照组,以上差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:多切口拖管术联合中医挂线在马蹄形肛瘘手术中应用改良俯卧折刀位效果确切,体位摆放时间短,患者满意度高,且不会对术中生命体征造成不良影响。

关键词: 马蹄形肛瘘手术;改良俯卧折刀位;多切口拖管术;中医挂线

中图分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1008-2409(2023)06-0155-05

Application of modified prone folding knife position in multi-incision tube dragging in horseshoe anal fistula surgery^①

LIU Li^②, CAI Yunxia, WAN Liping

(Ganzhou People's Hospital, Ganzhou 341000, China)

Abstract Objective: To explore the application of modified prone folding knife position in multi-incision tube dragging combined with traditional Chinese medicine hanging thread in horseshoe anal fistula surgery. Methods: 60 patients with horseshoe anal fistula were selected into two groups using a random number table method, with 30 cases in each group. Both groups were underwent multi-incision tube dragging surgery combined with traditional Chinese medicine thread hanging treatment. The control group were undergoing surgery in the lithotomy position, while the observation group were undergoing surgery in the improved prone folding knife position. The intraoperative vital signs, posture placement time, surgical satisfaction, and occurrence of posture adverse reactions were compared between two groups. Results: There was no statistically significant difference in intraoperative vital signs between the two groups ($P>0.05$). The

① 基金项目:江西省中医药管理局科技计划项目(2022B492)。

② 第一作者简介:刘丽,本科,主管护师,研究方向为临床护理。E-mail:liulili4408@163.com。

observation group had shorter posture placement time and higher satisfaction than those of the control group. The incidence of adverse reactions to surgical posture was lower in the observation group than that of the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). Conclusion: The application of modified prone folding knife position in horseshoe anal fistula surgery with multi-incision tube dragging combined with traditional Chinese medicine hanging thread has a good effect, with shorter positioning time, higher patient satisfaction, and no adverse effects on intraoperative vital signs.

Keywords: horseshoe shaped anal fistula surgery; modified prone folding knife position; multiple incision tube dragging surgery; traditional Chinese medicine hanging thread

随着人们饮食习惯、生活节奏的改变,肛肠疾病发生率与日俱增。马蹄形肛瘘为常见类型之一,其发病位置高、分支多,对括约肌间隙损伤大,临床治疗难度较高^[1]。肛瘘发病早期多在肛后深间隙发现脓肿,但由于病情不断进展,脓肿会出现扩散,脓液向一侧或两侧坐骨直肠窝蔓延形成马蹄形,患者常伴有脓肿、肛裂、疼痛等症状,需予以积极有效的治疗措施改善患者预后^[2]。临床治疗马蹄形肛瘘以手术效果最佳,多切口拖管术具有切开组织少、创伤小等特点,在不影响引流效果的基础上,能够大大减轻创伤,减小疤痕面积,联合中医挂线疗法有利于保留肛门功能,患者术后恢复效果更佳^[3-4]。传统肛肠科手术多以截石位进行手术操作,但手术视野不理想,影响术者操作,临床应用存在一定局限性。传统俯卧折刀位虽能弥补截石位存在的不足,但经广泛应用发现,该体位可能会导致胸腹部受压,影响机体通气,导致血压出现异常波动^[5]。鉴于此,本研究进一步探讨改良俯卧折刀位在多切口拖管术联合中医挂线治疗马蹄形肛瘘手术中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年6月至2022年2月赣州市人民医院收治的60例马蹄形肛瘘患者,按照随机数字表法分为两组,每组30例。观察组男19例,女11例;年龄22~65岁,平均(41.7±5.8)岁;体重40~83 kg,平均(68.5±6.4)kg;病程1~10个月,平均(5.7±1.2)个月。对照组男18例,女12例;年龄22~63岁,平均(41.5±5.5)岁;体重40~82 kg,平均(68.8±6.5)kg;病程1~11个月,平均(5.6±1.2)个月。两组一般资料

比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经赣州市人民医院医学伦理委员会审核批准。

纳入标准:①经直肠超声确诊为马蹄形肛瘘。②满足手术指征。③首次进行肛门手术治疗。④患者知情并签署同意书。

排除标准:①其他原因导致的肛瘘。②伴有恶性病变。③脏器功能衰竭。④存在交流障碍或伴有精神疾病。

1.2 方法

两组均进行多切口拖管术联合中医挂线治疗,对照组以截石位进行手术,观察组以改良俯卧折刀位进行手术。术前做好肠道准备,实施静脉麻醉联合后会阴阻滞麻醉。①截石位体位摆放。患者仰卧于手术床,双腿呈八字分开,尽可能向床缘挪动臀部。在近髌关节平面放置截石位腿架,将患者臀部移动至手术边缘,利用约束带固定下肢,确保坐骨结节长出背板5 cm,使肛门充分暴露,双下肢外展 $< 90^\circ$,大腿前屈的角度可根据手术需要进行灵活调整。②改良俯卧折刀位体位摆放。患者俯卧于手术床,耻骨与手术床中下1/3处齐平,在手术床脚板上固定双下肢。患者双髻、肩锁使用海绵垫高,防止胸腹部受压,将患者的头偏向一侧,双臂自然弯曲分别放在头部两侧。将两脚板分开并向下垂落 15° ,双脚夹角维持 $50 \sim 60^\circ$,头部手术床向下调低,保持与水平面成 $10 \sim 15^\circ$,向两侧牵引臀部并用医用宽胶布固定。③多切口拖管术。做一个放射状切口,随着瘘管走向进行剥离,并彻底清除感染病灶,适当清除与分离肛门齿线及以上的病灶,使顶端创面呈倒“V”形,刮匙清理炎性或坏死组织。视创腔大小,选择橡胶导尿管,并于管壁上修剪若干个小孔,小孔直径为

2 mm,将橡胶拖管置于切口间,用丝线扎紧两端并固定,术后视患者情况进行撤管。④中医挂线。探查患者病变情况,自低位切开引流,使用探针不断探查管道,在固定内外口之间部位使用橡皮筋拉紧打结。随后对支管道进行处理,支痿管管道与引流口做成对口引流。观察引流情况,通畅后再次处理管腔,将管腔内坏死组织进行反复刮除、冲洗,留置虚挂的橡皮筋,根据情况收紧线,待自行脱落后取出。

1.3 观察指标

①两组术中血压(舒张压、收缩压)、心率、血氧饱和度。②两组体位摆放时间。③手术满意度。采用本院自制满意度调查表,Cronbach's α 系数为0.865,重测效度为0.837。从舒适性、体位摆放难易度方面评估,满分100分,总分 ≥ 85 分为非常满意,

≥ 60 分且 < 85 分为满意, < 60 分为不满意。总满意度=(满意+基本满意)例数/总例数 $\times 100\%$ 。④皮肤压红、小腿酸痛、肢体运动异常等手术不良反应发生率。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计软件分析数据,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料以 n 、%表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术中生命体征

两组术中生命体征比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 两组术中生命体征比较 $(\bar{x}\pm s)$

| 组别 | n | 收缩压/mmHg | 舒张压/mmHg | 心率/(次/分钟) | 血氧饱和度/% |
|-----|-----|--------------------|------------------|------------------|------------------|
| 对照组 | 30 | 115.87 \pm 10.12 | 81.51 \pm 6.54 | 85.57 \pm 7.18 | 95.29 \pm 0.58 |
| 观察组 | 30 | 114.85 \pm 10.54 | 81.03 \pm 6.33 | 86.62 \pm 7.21 | 95.43 \pm 0.63 |
| t | | 0.382 | 0.289 | 0.565 | 0.896 |
| P | | > 0.05 | > 0.05 | > 0.05 | > 0.05 |

2.2 肢体摆放时间

观察组体位摆放时间(2.6 \pm 0.3)min短于对照组的(3.8 \pm 0.6)min,差异有统计学意义($t = 9.250, P < 0.05$)。

2.3 手术满意度

观察组总满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组满意度比较 $(n, \%)$

| 组别 | n | 非常满意 | 满意 | 不满意 | 总满意 |
|----------|-----|-----------|-----------|----------|-----------|
| 对照组 | 30 | 12(40.00) | 10(33.33) | 8(26.67) | 22(73.33) |
| 观察组 | 30 | 20(66.67) | 9(30.00) | 1(3.33) | 29(96.67) |
| χ^2 | | | | | 4.706 |
| P | | | | | < 0.05 |

2.4 手术体位不良反应

观察组手术体位不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组手术体位不良反应发生率比较 $(n, \%)$

| 组别 | n | 皮肤压红 | 小腿酸痛 | 肢体运动异常 | 总发生 |
|----------|-----|----------|----------|---------|-----------|
| 对照组 | 30 | 4(13.33) | 4(13.33) | 2(6.67) | 10(33.33) |
| 观察组 | 30 | 0 | 1(3.33) | 1(3.33) | 2(6.67) |
| χ^2 | | | | | 6.667 |
| P | | | | | < 0.05 |

3 讨论

马蹄形肛痿是一种较为难治的肛肠疾病,发生机制较为复杂,受饮食、久坐、久站等多方面因素影响。若长时间处于固定体位,会影响血液循环,减慢

盆腔中血流速度,使得脏器充血,静脉过度充盈、曲张^[5-6]。临床治疗马蹄形肛瘘首选外科手术,传统挂线术通过钝性切割、刺激、引流等方法,可减轻括约肌损伤,降低肛门畸形、失禁的发生风险,且该技术操作简单,在临床较为常用^[7]。但传统挂线术术后并发症较多,会影响患者生活质量。随着肛肠外科技术不断发展,肛瘘手术方法不断创新,越来越多的手术方法用于临床,并获得令人满意的效果^[8-9]。

多切口拖管术是将以往较大的一两个切口划分成多个小切口,各切口间的正常皮肤、组织以及括约肌均得到了保留,可缩小切口,减少术后瘢痕面积,以减轻肛门括约肌的损伤^[10]。利用胶管将各个切口贯通连接,可增强引流效果,相比丝线,胶管具有更好的生物相容性,不易发生异物反应,且胶管表面光滑利于拖动,便于清理创腔,可降低感染风险^[11-12]。联合中医挂线疗法通过利用挂线的慢性切割,可同步完成创面损伤与修复,减轻肛门损伤。多切口拖管术联合中医挂线疗法治疗马蹄形肛瘘效果确切,可降低并发症,加快患者创面愈合,更利于术后恢复。但受手术体位影响,手术效果存在一定差异。肛肠手术最常用的体位为截石位,但由于无法充分暴露术野,对术者操作视野造成影响,加之截石位时盆腔饱满,会增加盆腔内脏器的误伤风险,故临床应用存在一定局限性^[13]。膝胸位是肛肠科检查最常用的体位,能够充分暴露肛门,但过度下垂会增加腹部压力,导致下腔静脉回流受阻,影响术中通气,导致血压下降,患者耐受性较差。改良俯卧折刀位是基于膝胸位演变而来,肛门位置高,暴露充分,便于术者进行手术操作,且该体位能够避免隐私部位暴露,缓解患者不适感,即使过度肥胖、老年患者也适用,具有较高的实用性。本研究结果显示,两组术中生命体征对比未见明显差异,但观察组体位摆放时间更短,患者满意度更高,手术体位不良反应发生率更低,且不会对术中生命体征造成不良影响,临床应用安全可靠。分析原因为:改良俯卧折刀位通过将肩锁、双髻位置适用海绵垫垫高,防止对胸腹部造成压迫,可提高患者舒适度^[14]。改良俯卧折刀位摆放简单,不易出现皮肤压红、肢体酸痛等不良反应,且便于术者在直视下进行手术操作,值得推广应

用^[15]。

综上所述,多切口拖管术联合中医挂线治疗马蹄形肛瘘手术中应用改良俯卧折刀位效果较好,体位摆放时间短,体位引起的不良反应少,患者满意度更高,且不会对术中生命体征造成不良影响,安全可靠。

参考文献:

- [1] 孙凤伟,隋楠.中医挂线联合中药熏洗坐浴治疗复杂性肛瘘的疗效观察[J].长春中医药大学学报,2021,37(1):111-114.
- [2] IQBAL N, DILKE S M, GELDOLF J, et al. Is fistulotomy with immediate sphincter reconstruction (FISR) a sphincter preserving procedure for high anal fistula? A systematic review and meta-analysis [J]. Colorectal Dis, 2021, 23(12): 3073-3089.
- [3] 袁亮,寇玉明,李国栋,等.改良挂线法治疗高位肛瘘的多中心随机单盲临床观察[J].国际中医中药杂志,2013,35(7):593-596.
- [4] 赵雪松,谢振年,吴宝音,等.祛毒二黄汤熏洗坐浴联合低位切开高位挂线法治疗湿热下注型高位复杂性肛瘘的临床疗效及对血清炎症指标和相关生长因子的影响[J].河北中医,2022,44(6):973-977.
- [5] 吴洪,弋坤,赵红波.不同切开方式中医挂线疗法治疗肛瘘临床疗效及对肛肠动力学指标和复发的影响[J].解放军医药杂志,2021,33(1):108-111.
- [6] 王兴宝,郑雪平.基于内口高压原理先实后虚挂线法在高位肛瘘治疗的应用研究[J].长春中医药大学学报,2019,35(2):273-276.
- [7] WOLTHUIS A M. Subcutaneous incision of the fistula tract and internal sphincterotomy: a novel surgical procedure for transsphincteric anal fistula [J]. Colorectal Dis, 2022, 24(12):1458-1459.
- [8] 胡邦,鲜振宇,张迪,等.经括约肌间切开联合挂线引流治疗28例马蹄形肛瘘的临床疗效研究[J].结直肠肛门外科,2019,25(5):518-522.
- [9] 王洪保,何玉峰,张恩华.虚实结合挂线法对高位复杂性肛瘘创面愈合及肛门功能的影响[J].广州医科大学学报,2019,47(1):121-123,128.
- [10] 邵雨,陆宏,陈诗雨,等.多切口拖管术治疗高位马蹄形肛瘘的临床观察[J].上海中医药大学学报,2021,35(5):32-36.

- [11] 曹霞,殷凯,邱榕,等.中医挂线联合对口引流疗法治疗高位肛瘘的疗效及对疼痛应激反应、肛门括约肌功能的影响[J].中国中医急症,2022,31(1):126-129.
- [12] 王贝贝,蒋捷,丁旭枫,等.轻挂实切术治疗高位后马蹄形肛瘘的临床效果观察[J].结直肠肛门外科,2021,27(6):581-584.
- [13] 魏梅,薛洁,李欣.侧卧位体位干预对高位复杂性肛瘘患者术中生命体征及舒适度的影响[J].医学理论与实践,2022,35(10):1758-1760.
- [14] 陈鑫.手术室护理中不同体位摆放配合肛肠手术的效果分析[J].黔南民族医专学报,2022,35(3):194-195.
- [15] 豆海锋,彭俊峰,王翼.改良俯卧分腿位与传统先截石后俯卧位治疗复杂性肾结石的疗效比较[J].医学临床研究,2020,37(12):1821-1823,1827.

[收稿日期:2023-04-12]

[责任编辑:郭海婷 英文编辑:覃涛]