

改良中医挂线疗法治疗高位肛瘘临床疗效的研究

郑晋东 王卫涛 史华伟 孙旭云 宋芳义

长治市中医医院肛肠科

DOI:10.32629/ffcr.v3i7.17804

[摘要] 目的：探讨采取改良中医挂线疗法治疗高位肛瘘的临床疗效。方法：选取我院2024年1月至2025年6月收治的高位肛瘘患者80例，按照治疗分组，随机分为改良组（改良中医挂线疗法）和对照组（传统挂线疗法）各40例，比较两组临床疗效：创口愈合时间、症状改善时间、治愈率、并发症发生率。结果：改良组术后并发症发生率低于对照组，治愈率、愈合时间、症状改善时间均优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在高位肛瘘的临床治疗中，改良中医挂线疗法具有操作简单、对组织损伤较小、痛苦少、肛门功能保护好等优点，术后随访未发现肛门失禁、肛门狭窄、移位等后遗症。

[关键词] 高位肛瘘；改良挂线疗法；临床疗效

中图分类号：R266 文献标识码：A

Research on the Clinical Efficacy of Improved Traditional Chinese Medicine Thread Hanging Therapy in the Treatment of High Anal Fistula

Jindong Zheng, Weitao Wang, Huawei Shi, Xuyun Sun, Fangyi Song

Anorectal Department, Changzhi Hospital of Traditional Chinese Medicine

Abstract: Objective: To explore the clinical efficacy of the modified traditional Chinese medicine thread hanging therapy in the treatment of high anal fistula. Methods: A total of 80 patients with high anal fistula admitted to our hospital from January 2024 to June 2025 were selected and randomly divided into the modified group (modified traditional Chinese medicine thread hanging therapy) and the control group (traditional thread hanging therapy) according to the treatment groups, with 40 cases in each group. The clinical efficacy of the two groups was compared: wound healing time, symptom improvement time, cure rate, and complication rate. Result: The incidence of postoperative complications in the modified group was lower than that in the control group, and the cure rate, healing time, and symptom improvement time were all better than those in the control group ($P<0.05$). Conclusion: In the clinical treatment of high anal fistula, the modified traditional Chinese medicine hanging thread therapy has the advantages of simple operation, less tissue damage, less pain, and good protection of anal function. No sequelae such as anal incontinence, anal stenosis, or displacement were found during postoperative follow-up.

Keywords: High anal fistula; Improved thread hanging therapy; Clinical efficacy

引言

肛瘘属于肛门周围的感染性管道，包括内口、瘘管、外口，共计三部分，所谓的低位肛瘘是瘘管在肛管直肠环下方通过，为患者提供一次性的全部切开术进行治疗。所谓的高位肛瘘是指瘘管穿过肛门括约肌深层也是肛管直肠环的上方，因其解剖结构复杂，治疗难度大，若处理不当易导致复发、肛门功能损伤等问题，严重影响患者生活质量^[1]。目前，临床上药物治疗主要是控制感染、减轻症状和防止发展^[2]。而手术则是治疗高位肛瘘的主要方式，核心目标为彻底清除病灶、保护肛门括约肌功能、降低术后复发率^[3]。传统挂线疗法作为经典术式，通过橡皮筋缓慢切割括约肌，避免一次

性切断导致的肛门失禁，但该术式存在局限，如橡皮筋勒割过程中疼痛剧烈、创面愈合时间相对较长，基于此，针对传统挂线术进行有效改良优化以提升患者预后水平，具体如下：

1 资料和方法

1.1 一般资料

针对2024年1月至2025年6月，在我院男子肛肠病区住院的80例高位肛瘘患者，随机分为改良组40例，男性40例，平均年龄（ 37.38 ± 2.24 ）岁；对照组40例，男性40例，平均年龄（ 39.22 ± 2.33 ）岁，从性别、年龄及患病程度上进行对比分析，两组资料对比（ $P>0.05$ ），具有可比性。

表1 两组患者的临床资料分析 (n, $\bar{x} \pm s$)

组别	年龄 (岁)	病程 (年)	性别 (男)
改良组	37.38±2.24	2.2±0.3	40
对照组	39.22±2.33	1.9±0.4	40

1.2 纳入标准：(1) 患者符合高位肛瘘的诊断标准；(2) 患者知情同意并自愿参与本次研究。

1.3 排除标准：(1) 排除严重肝肾功能不全患者；(2) 排除合并出血性疾病或出血倾向患者；(3) 排除治疗前使用影响凝血功能患者。

1.4 方法

术前准备：对于所有患者手术前进行详细检查，了解患者的禁忌，针对患者进行常规检查，检查内容包括血常规、尿便常规、凝血系列、输血系列、肝肾功、电解质、心电图、胸片检查，告知患者准备好手术治疗的相关事宜，提醒患者术前充分禁食、使用温皂水来清洗灌肠，合理地使用手术前需要使用的药物。为患者提供椎管内麻醉方式，手术过程中体位结合患者肛瘘位置明确体位，以截石位或者侧卧位为主。

术中治疗：麻醉生效后，进行扩肛，肛门指检及双合诊检查，利用圆头探针进行探查，美兰染色试验，进入内口处时，明确瘘管的具体走向，判断瘘管、肛门括约肌之间的关系，在明确患者病情的同时，为患者提供手术治疗。

1.4.1 对照组，为传统的高位肛瘘切开挂线治疗，患者在治疗前，取截石位，常规消毒、铺巾，再次对患者局部进行详细专科检查分析，对患者的具体情况进行分析，控制好瘘口位置时，确定瘘管的具体走向，为患者提供更为有效的治疗方案，以提升手术的准确度。手术操作过程中，将主瘘管切开后，清除其疤痕坏死组织，清除周围的硬结组织，修剪创口边缘，形状为梭形，若有支管者，针对具体情况，放置好橡皮引流条，有效地处理腐烂的组织，必要时使用刮匙清除，之后使用生理盐水冲洗，对内口处理采用传统橡皮筋挂线，利用凡士林纱布、无菌纱布加压包扎。

1.4.2 改良组，提供改良挂线法治疗，患者手术的具体流程、注意事项与对照组相同，改良的具体方案是借助探针了解患者的具体情况，切开过程中选择放射状的切口，关注患者的肛管直肠环，为患者手术中，应重点关注患者内口处理，明确患者的炎症刺激，了解硬化黏膜组织，用橡皮筋挂线处理，橡皮筋挂线勒割肌束收紧长度为 1/4 较为理想，促使橡皮筋的结扎更为合理，能够较好形成理想引流效果；对于相邻两侧肛窦，用丝线结扎或可吸收线缝扎。若检查有支管者，橡皮筋由主管道切开处及侧支外口间穿入，结扎两

端，不留张力，起到充分引流作用，双氧水、生理盐水反复冲洗管腔，检查无明显出血时用凡士林纱布、无菌纱布加压包扎即可。

术后治疗及护理：手术治疗后，需要有效的护理，期间为患者合理的使用抗生素治疗，避免感染，用药时间为三天。患者在排便后，提供中药熏洗坐浴，每日为患者进行两次伤口换药，通过开展微波治疗，待伤口愈合时停止。最后，提醒患者选择清淡的食物，不吃辛辣刺激性的食物，避免对伤口的愈合造成影响。

1.5 观察指标

(1) 术后并发症发生情况：出血、疼痛。

(2) 高位肛瘘患者的疗效评定标准：治愈（术后3个月内肛瘘外口闭合，无渗液、红肿，肛门指检内口愈合，瘘管消失，排便功能正常）；有效（术后3个月内肛瘘外口基本闭合，偶有少量渗液，无明显红肿，肛门指检内口部分愈合，瘘管变浅，排便功能基本正常）；无效（术后3个月内肛瘘外口未闭合，仍有反复渗液、红肿，甚至形成新的瘘管，肛门指检内口未愈合，瘘管持续存在）。

(3) 高位肛瘘患者的后遗症诊断标准：肛门完全失禁，肛门完全失禁即肛门的作用消失，维持肛门功能的主要括约肌断裂，干便、稀便及其他均不能控制；肛门不完全失禁，肛门不完全失禁即肛门的功能部分消失，维持肛门功能的主要括约肌部分损伤，排便时气体及稀便不能控制。

1.6 统计学处理

SPSS 25.0 分析数据，计数、计量 (%)、($\bar{x} \pm s$) 表示，行 X^2 、t 检验， $P < 0.05$ 统计学成立。

2 结果

2.1 术后并发症发生情况比较

组间比较 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 术后并发症发生情况对比 (n, %)

指标	改良组 (n=40)	对照组 (n=40)	X^2	P
疼痛	3 (7.50)	5 (12.5)		
出血	0 (0.00)	1 (2.50)		
合计	7.50 (3/40)	15.0 (6/40)	4.902	<0.05

2.2 治疗情况比较

表3 术后创面愈合时间/症状改善时间情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

指标	改良组 (n=40)	对照组 (n=40)	t 值	P 值
创面愈合时间	24.6±4.5	26.9±5.8	5.430	<0.05
症状改善时间	2.6±1.2	3.9±1.3	3.639	<0.05

组间比较 ($X^2=$, $P<0.05$)。见表4。

表4 治愈率情况对比 (n,%)

指标	改良组 (n=40)	对照组 (n=40)	X^2	P
治愈	36 (90.0)	30 (75.0)		
有效	4 (1.0)	9 (22.5)		
无效	0 (0)	1 (2.5)		
治愈率	90.00 (36/40)	75.00 (30/40)	4.478	<0.05

3 讨论

肛瘘属于常见的肛门直肠疾病,在中青年男性当中的发病率较高,而且易复发。肛瘘的产生是因为肛腺反复感染,溃烂导致血行不畅,疮口无法愈合,治疗难度增加,为患者提供手术治疗,方可以实现根治的目的^[4-5]。为患者提供手术治疗,可以降低患者肛门括约肌受到损伤。故为患者提供改良挂线治疗,可以收到较佳的效果,可以实现治疗高位肛瘘,降低并发症的同时,避免复发,同时也可以降低患者出现肛门功能失禁或者不完全失禁等后遗症。

手术治疗肛瘘的基本原则:将瘘管切开后,充分进行引流,将内口破坏后,促进肛瘘从基底部位向上逐渐愈合。对于高位肛瘘患者而言,手术后肛瘘的复发率较高。目前中医挂线疗法是一种缓慢切开患者瘘管的手术方式,主要是利用医用的橡皮筋或者药线的紧张力,造成挂线圈内的组织毛细血管缺血坏死,同时,医用橡皮筋或药线等可以作为瘘管引流物,排出患者瘘道内的渗液,起到预防感染发生的作用^[6]。另外,中医挂线疗法使括约肌与周围组织缓慢切开、勒断,同时基底创面开始缓慢愈合,其最大优点是:切开、勒断、边切割边修复,故不致括约肌完全离断而失禁,也不会因括约肌收缩而改变位置^[7-8]。

高位肛瘘发病机制与肛周脓肿破溃、感染蔓延密切相关,瘘管位置深、走行复杂,常累及肛门括约肌深层,治疗需在病灶清除与功能保护间寻求平衡^[9]。改良的挂线疗法治疗,既可以有效的将病灶去除,将坏死组织清除后,同时提供挂线的治疗方案,保证了患者的肛门正常功能,但为患者治疗期间应关注相关问题,首先应准确的确定内口的位置,并切开,有效的将坏死的组织清除,避免复发。再者结合患者的具体差异,准确地分析可以保证合理完成挂线。再者,在手术操作的过程中应对瘘管较深的患者准确分析,应使用手指了解肠壁的厚度以及括约肌的厚度,避免对肠壁造成损伤,同时控制好剥离的力度^[10-11]。第四,若患者出现肛瘘通过肛

尾韧带时,进行手术时只能开展纵切,不得进行横切,避免括约肌被切断。

综上所述,对于肛瘘患者进行手术治疗期间选择改良肛瘘挂线治疗,可以减轻患者的痛苦,手术后患者复发的几率更低,患者出现后遗症的概率较低,患者的日后生活受到的影响也更小,作为治疗高位肛瘘的理想治疗方式,具有较佳的推广价值。

【参考文献】

[1]王时国,冯天攀,王恒飞.虚实结合挂线术联合改良经肛括约肌间切开术治疗高位复杂性肛瘘对患者预后的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2025,9(11):93-95.

[2]翁勋锦,邓伟,郑达武等.肛瘘合并痔52例手术治疗的体会[J].广西医学,2007(8):1274.

[3]王宇惠.虚实结合挂线术联合改良TROPIS术在高位复杂性肛瘘治疗中的应用效果观察[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2025(9):151-155.

[4]孙秀英,于艳丽.改良低位切开高位挂线治疗高位复杂性肛瘘临床观察[J].河北中医,2013,35(5):793-794.

[5]万廷军.旷置加切开挂线治疗肛瘘的临床观察及疗效分析[J].中外医疗,2013,33(6):63-65.

[6]杜再坪.药线挂线治疗高位复杂性肛瘘临床观察[J].中国中医急症,2013,22(9):1607.

[7]段春艳.挂线疗法配合坐浴治疗肛周脓肿、肛瘘略述[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(17):121.

[8]沈小斌.切开对口引流挂线疗法治疗肛瘘60例临床疗效观察[J].中国医药指南,2013,11(11):492-493.

[9]田磊,秦澎湃,何毅,穆世佳.基于倾向性评分匹配法评估切开挂线对口引流术与传统切开挂线术治疗老年高位复杂性肛瘘的效果[J].中华老年多器官疾病杂志,2024,23(8):607-610.

[10]陈诗金,崔永刚.微创小切口挂线旷置术治疗高位肛瘘的临床分析[J].实用中西医结合临床,2013,13(3):86-87.

[11]钱海华,金黑鹰,张波.低位切开结合引流挂线治疗高位肛瘘和肛周脓肿疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2014,23(1):9-11.

作者简介:

郑晋东(1980.10-),男,汉族,山西晋城人,硕士研究生,副主任医师,研究方向为结直肠肛门外科。