

# 切开对口引流挂线术联合中药坐浴治疗高位肛周脓肿的临床效果

於海红

(河北省张家口市万全区医院肛肠科 河北张家口 076250)

**摘要:** 目的探究切开对口引流挂线术联合中药坐浴治疗高位肛周脓肿的临床效果。方法本次研究抽取 2021 年 5 月-2022 年 8 月我院治疗高位肛周脓肿患者 72 例,按信封法分为实验组(n=36)与对照组(n=36),对照组采用切开对口引流挂线术治疗,实验组采用切开对口引流挂线术+中药坐浴治疗,以对比两组方法治疗效果及复发率、两组患者体征及恢复情况、两组患者肛肠压力及括约肌、两组患者临床相关评分作为观察指标。结果两组患者采取不同的方法治疗,对比发现实验组患者的治疗效果(显效+有效占 94.44%)优于对照组(显效+有效占 83.33%),复发率 2.78% 低于对照组 18.89%,两组患者在治疗后实验组肛门水肿、肉芽组织生长情况较对照组改善较佳,创口缩小率高于对照组,腐肉脱落时间低于对照组,治疗后实验组患者的直肠静息压低于对照组,肛管舒张压高于对照组,括约肌最大耐受阈值高于对照组,两组患者治疗前 3 项评分比较无可比性,治疗后实验组患者生活质量评分高于对照组,Wexner 评分和疼痛评分低于对照组(P<0.05)。结论在临床中高位肛周脓肿患者采取切开对口引流挂线术联合中药坐浴治疗,改善患者体征,增强患者肛门功能恢复,降低患者病情复发的概率,具有推广价值。

**关键词:** 切开对口引流挂线术; 中药坐浴; 高位肛周脓肿; 临床效果

肛周脓肿是指直肠肛门周围的脓肿,患者可在肛周发现肿块,有疼痛感,出现食欲不振、大便秘结等现象<sup>[1]</sup>。好发于 20-40 岁人群,男性多于女性,男性比女性发病率高受体型、饮食习惯等因素影响<sup>[2]</sup>。主要累及肛门、直肠肌肉等,部分患者病情可累及阴道或膀胱,患者发病部位不同症状不同<sup>[3]</sup>。临床可通过双合诊、肛门镜检查等方法进行诊断,临床可通过切开对口引流挂线术对患者进行治疗,以避免患者病情发展,预防肛痿形成为治疗原则,充分引流清除腐败组织<sup>[4]</sup>。加强患者的治疗效果,联合中药坐浴治疗,改善患者肛肠压力,减少患者复发。此次研究选取我院 2021 年 5 月-2022 年 8 月我院治疗高位肛周脓肿患者 72 例,旨在讨论应用切开对口引流挂线术联合中药坐浴治疗高位肛周脓肿的临床效果,现详细报道此次研究结果:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

回顾分析将我院 2021 年 5 月-2022 年 8 月我院治疗高位肛周脓肿患者 72 例列入研究,患者通过信封法分成实验组患者 36 例和对照组患者 36 例,此次对照研究中患者均为高位肛周脓肿患者。实验组男性 22 例,女性 14 例,年龄均值(34.53±2.52)岁,高位肛周脓肿时间(5.27±1.51)d,所有患者中直肠后脓肿患者 12 例,直肠粘膜下脓肿 14 例,骨盆直肠窝脓肿 10 例,对照组中男性 24 例,女性 12 例,年龄均值(34.28±2.69)岁,高位肛周脓肿时间(5.32±1.48)d,所有患者中直肠后脓肿患者 12 例,直肠粘膜下脓肿 15 例,骨盆直肠窝脓肿 9 例。本次研究经相关医学伦理委员会审核并同意,纳入规则:(1)患者经医生判断可以采取切开对口引流挂线术;(2)患者对治疗的中药成分无过敏现象;(3)患者自愿参加;(4)患者对治疗方案认可且配合度较高;(5)患者无肛门失禁,消化系统疾病;(6)患者临床资料完整;(7)脓肿距肛门 4cm 以内。排除规则:(1)妊娠期或哺乳期患者;(2)患者存在血液系统疾病;(3)患者肛门周围存在皮肤病;(4)患者存在严重的全身性疾病;(5)患者身体不耐受手术,凝血功能异常;(6)患者存在精神系统疾病;(7)患者采取其他方法治疗。两组临床资料经分析可用于研究(P>0.05)。

### 1.2 方法

对照组采用切开对口引流挂线术治疗:观察明确患者脓肿具体位置与范围,制定具体手术方案,术前协助患者灌肠,对患者进行麻醉,观察患者麻醉后反应,根据脓肿部位确定切口长度及方向,减少肛周组织损伤,在括约肌下方进行挂线结扎,对脓肿进行引流,确保引流通畅,彻底清除病灶后对创面进行止血,术后防止患者出现感染,保持创面清洁卫生,通过硝喹类抗生素预防治疗。

实验组采用切开对口引流挂线术+中药坐浴治疗:引流术与对照组相同,患者术后恢复较好,可在 24h 后采取坐浴,坐浴时注意水温避免烫伤,中药坐浴选择金银花、五倍子、延胡索、赤芍、白芷、黄芩和当归各 15g。将药物小火熬煮充分析出药性,当水温降到 40 度左右进行坐浴,每天 2-3 次,每次坐浴时间控制在 20 分钟左右,坐浴结束后及时擦干保持干燥,叮嘱在坐浴前需排净大便,放松肛门括约肌,注意保暖问题,保证坐浴效果,若患者出现过敏现象及时停止,查明过敏原。

### 1.3 观察指标

以对比两组方法治疗效果及复发率、两组患者体征及恢复情况、两组患者肛肠压力及括约肌、两组患者临床相关评分作为观察指标。

(1)从患者术后创面愈合、渗液,患者疼痛变化,复发情况等比较两组的疗效,记录两组患者复发情况。

(2)比较两组患者肛门水肿、肉芽组织生长情况,记录两组患者创口缩小率和腐肉脱落时间。

(3)比较两组患者直肠静息压、肛管舒张压、括约肌最大耐受阈值。

(4)记录两组患者治疗前后的 SF-36 评分、Wexner 评分(主要评估患者排便情况,满分为 20 分)和疼痛评分。

### 1.4 统计学分析

本次研究采用 SPSS22.0 进行分析处理。[n(%)]用以描述所有的计数资料,结果采取卡方。(x±s)用以描述所有计量资料,结果采用 t, P<0.05 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 对比两组方法治疗效果及复发率

两组患者采取不同的方法治疗,对比发现实验组患者的治疗效

果(显效+有效占 94.44%) 优于对照组(显效+有效占 83.33%), 复发率 2.78% 低于对照组 18.89% (P<0.05)。详情见表 1。

表 1 比较两组方法治疗效果及复发率[n (%) ]

组别	n	显效	有效	无效	有效率	复发率
实验组	36	21 (58.33)	13 (36.11)	2 (5.56)	34 (94.44)	1 (2.78)
对照组	36	12 (33.33)	18 (50.00)	6 (16.67)	30 (83.33)	5 (18.89)
$\chi^2$					2.242	2.986
P					<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者体征及恢复情况

两组患者在治疗后实验组肛门水肿、肉芽组织生长情况较对照组改善较佳, 创口缩小率高于对照组, 腐肉脱落时间低于对照组 (P<0.05)。详情见表 2。

表 2 比较两组患者体征及恢复情况 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	肛门水肿	肉芽组织生长	创口缩小率 (%)	腐肉脱落时间 (d)
实验组	36	0.82 ± 0.24	1.21 ± 0.43	80.21 ± 2.49	5.46 ± 1.03
对照组	36	1.64 ± 0.58	1.65 ± 0.62	63.48 ± 3.57	8.26 ± 1.31
t		3.328	2.216	24.743	12.216
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 对比两组患者肛肠压力及括约肌

治疗后实验组患者的直肠静息压低于对照组, 肛管舒张压高于对照组, 括约肌最大耐受阈值高于对照组 (P<0.05)。详情见表 3。

表 3 两组患者肛肠压力及括约肌比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	直肠静息压 (mmHg)		肛管舒张压 (KPa)		括约肌最大耐受阈值 (mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	36	18.38 ± 2.34	10.52 ± 1.41	32.32 ± 8.34	29.84 ± 7.49	152.32 ± 7.53	205.32 ± 6.54
		18.24 ± 2.18	14.15 ± 1.29	32.48 ± 8.16	26.35 ± 6.58	152.32 ± 7.24	184.32 ± 5.56
t		0.228	11.216	0.086	2.152	0.069	14.714
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 对比两组患者临床相关评分

两组患者治疗前 3 项评分比较无可比性, 治疗后实验组患者生活质量评分高于对照组, Wexner 评分和疼痛评分低于对照组 (P<0.05)。详情见表 4。

表 4 对比两组患者临床相关评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	生活质量评分		Wexner 评分		疼痛评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	36	75.48 ± 2.94	91.26 ± 2.35	5.25 ± 1.36	6.35 ± 1.94	7.43 ± 1.14	3.96 ± 0.25
		75.13 ± 2.51	88.49 ± 2.34	5.54 ± 1.74	7.48 ± 2.28	7.84 ± 1.43	4.31 ± 0.22
t		0.491	4.472	0.417	2.410	0.458	16.287
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

肛周脓肿是一种常见的肛肠疾病, 常见发病部位在肛周附近,

若脓肿位于直肠深处治疗难度较高, 临床根据部位可分马蹄形脓肿、直肠黏膜下脓肿等<sup>[5]</sup>。患者患病后睡眠、日常生活均有影响, 可能引起肛门直肠瘘、脓毒血症休克等并发症<sup>[6]</sup>。高位肛周脓肿位置相较较深, 临床发病率较低, 患者肛周变硬不明显, 以直肠或盆腔发热坠胀为主<sup>[7]</sup>。临床不可采取切开手术, 对肛门功能影响较大, 临床多采用挂线术引流, 分次解决提高患者预后。切开对口引流挂线术帮助患者彻底清除病灶, 保证患者术后肛门功能完整性, 对患者肛周组织损伤较小, 方便术后对伤口的观察, 为后续护理减轻困难。高位肛周脓肿位置偏高, 手术较为复杂, 在治疗时出现感染问题较高, 需要缩短术后恢复时间, 降低患者复发率<sup>[8]</sup>。中药坐浴可以使药物直接作用患者炎症部位, 缓解患者疼痛, 促进血液循环, 促进患者大便通畅, 有利于患者排除脓血, 帮助患者创面愈合, 两种方法相结合促进患者创面愈合, 增加患者治疗效果。

根据此次研究两组患者采取不同的方法治疗结果发现, 高位肛周脓肿患者采取切开对口引流挂线术联合中药坐浴治疗效果较佳, 对比发现实验组患者的治疗效果(显效+有效占 94.44%) 优于对照组(显效+有效占 83.33%), 复发率 2.78% 低于对照组 18.89%, 两组患者在治疗后实验组肛门水肿、肉芽组织生长情况较对照组改善较佳, 创口缩小率高于对照组, 腐肉脱落时间低于对照组, 治疗后实验组患者的直肠静息压低于对照组, 肛管舒张压高于对照组, 括约肌最大耐受阈值高于对照组, 两组患者治疗前 3 项评分比较无可比性, 治疗后实验组患者生活质量评分高于对照组, Wexner 评分和疼痛评分低于对照组 (P<0.05)。

总而言之, 在临床中高位肛周脓肿患者采取切开对口引流挂线术联合中药坐浴治疗有积极作用, 有效缓解患者术后疼痛, 改善患者的肛门功能, 减少患者的恢复时间, 值得临床应用推广。

参考文献:

[1] 肖明根, 钟永福, 周育望. 肛泰软膏联合红外线照射治疗对肛周脓肿患者切开挂线术后疼痛、创面愈合及排便功能的影响[J]. 中国当代医药, 2022, 29(18): 55-58. [2] 杨关, 蔡曼. 肛旁置管冲洗联合负压引流术对高位多间隙肛周脓肿患者肛门功能及血清炎症因子水平的影响[J]. 医学理论与实践, 2022, 35(2): 273-274. [3] 倪佳敏, 施爱萍, 徐玲, 等. rh-bFGF 对肛周脓肿患者术后创面菌群、创面渗出和肉芽生长情况的影响[J]. 分子诊断与治疗杂志, 2022, 14(4): 705-708. [4] 蒋文峰, 马凯, 谭琳玲, 等. VSD 疗法对高位肛周脓肿患者血清 IL-1 $\alpha$ 、VEGF 及 SOD 水平的影响[J]. 分子诊断与治疗杂志, 2022, 14(8): 1411-1414. [5] 尤明辉, 宗晶晶, 王伟, 等. CXCR4、IL-22 表达与肛周脓肿病理因素的关系及预测术后转归的价值[J]. 局解手术学杂志, 2022, 31(2): 143-148. [6] 龙祯, 刘德武, 蔡志远, 等. 生肌玉红膏联合百克瑞纱布创面敷料对肛周脓肿术后创口恢复的疗效观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2022, 42(3): 41-43. [7] 师晨松, 刘秀妃, 许建成, 等. 肛周脓肿术后应用痛痒消洗剂熏洗坐浴对创面愈合、肛门功能和血清炎症因子影响的临床研究[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(7): 1362-1365, 1384. [8] 王跃成, 赵纪波, 信梦辰. 消痈汤熏洗合三间隙引流术对急性肛周脓肿疗效及血清 IL-6、IL-8、IL-10 及 TNF- $\alpha$  水平的影响[J]. 中国中医急症, 2022, 31(2): 342-344.