

一次性根治术与常规切开引流术治疗肛周脓肿的应用比较分析

穆雪莲

(瓮安县中医医院 550400)

摘要: 目的: 就肛周脓肿在临床治疗中应用一次性根治术和常规切开引流术的疗效进行分析和比较。方法: 研讨对象选自本院收治(2019年10月至2022年2月)的肛周脓肿患者, 共计82例, 采用随机交叉轮流的方法分为参照组和分析组各41例。参照组选择常规切开引流术, 分析组选择一次性根治术, 就两组对象的临床治疗效果、术后疼痛情况以及术后3个月的恢复情况进行评定和比较。结果: 经统一评定, 分析组对象的临床治疗效果显著高于参照组, 总有效率为95.12% (39/41), 而参照组为80.49% (33/41), 组间对比明显, 经验证 $P<0.05$ 。术后经评定分析组对象的疼痛评分明显更优于参照组, 疼痛程度更低, 组间差异显著, 经验证 $P<0.05$ 。于手术结束3个月后统一评定两组对象的恢复情况, 分析组在评定中的表现显著更优于参照组, 存在统计学差异性, 经验证 $P<0.05$ 。术后3个月内分析组对象的并发症发生例数明显更少, 发生率为4.88 (2/41), 与参照组的19.51% (8/41)之间差异显著, 经验证 $P<0.05$ 。结论: 在肛周脓肿的临床治疗中选择一次性根治术相较于常规切开引流术可进一步提升临床疗效, 患者的恢复情况更为理想, 可避免因出现肛瘘等情况时进行二次手术治疗, 且术后痛感得到有效降低, 临床可借鉴和参考应用。

关键词: 一次性根治术; 常规切开引流术; 肛周脓肿; 临床疗效

引言

肛周脓肿在肛肠科中较为常见, 在肛肠类疾病中约占25%, 是发生于直肠肛管周围软组织或其间隙内的急、慢性化脓性感染性疾病, 随着病情的进展可发生脓肿破溃, 患者痛感剧烈, 甚至发生肛周坏死性筋膜炎现象, 多见于青壮年, 且男性更多于女性, 婴幼儿亦可见, 发病期间可对患者的正常生活造成严重影响^[1]。本次研究就以院内收治的肛周脓肿患者为例展开, 研究分析常规切开引流术与一次性根治术分别应用于肛周脓肿患者中的临床治疗效果, 对疼痛和恢复情况等进行比较, 以期为临床提供更多参考, 详细情况汇报如下。

1. 资料与方法

1.1 基础资料

研讨对象选自本院收治(2019年10月至2022年2月)的肛周脓肿患者, 共计82例, 采用随机交叉轮流的方法分为参照组和分析组各41例。本次研究参考本院伦理委员会的相关规定进行设计和实施, 研究方案已审核通过。参照组对象的年龄分布于10~65岁, 平均数为(35.62±6.71)岁; 男女患者各为27例和14例; 平均BMI指数为(21.05±1.18)kg/m²; 平均病程为(5.72±2.19)d; 其中31存在皮下脓肿、6例存在括约肌脓肿、4例为直肠后间隙脓肿, 同时有17例同时发生皮肤溃烂、13例发生腹泻。分析组对象的年龄分布于9~65岁, 平均数为(35.94±6.68)岁; 男女患者各为26例和15例; 平均BMI指数为(20.87±1.20)kg/m²; 平均病程为(5.91±2.12)d; 其中30存在皮下脓肿、7例存在括约肌脓肿、4例为直肠后间隙脓肿, 同时有16例同时发生皮肤溃烂、14例发生腹泻。两组对象的基础资料较为完善, 在统计学比较中未见到显著化差别, 具有对比基础, 经验证 $P>0.05$ 。

1.2 研究对象纳入与排除

纳入条件: 入院后均经临床检查, 包括B超、血液等常规检查, 最终确诊为肛周脓肿, 参考标准为《肛周脓肿临床诊治中国专家共识》; 患者及其监护人均经临床医护人员告知, 同意加入本次研究且已签字认可。排除标准: 患者存在合并病症, 如肠道炎性症状、其他脏器功能异常、恶性肿瘤、血液系统疾病等; 患者或其监护人知情后不同意加入本次研究。

1.3 治疗方法

本次研究参照组使用常规切开引流术, 术前叮嘱患者各类注意事项并备皮, 常规麻醉后采用截石位, 麻醉起效后, 在肛门镜下常规消毒肛管及肠腔, 于脓肿表现最为突出处行放射性切口, 逐一将皮肤组织切开使脓液充分排出, 对创面进行修剪, 确保引流通畅, 双氧水、生理盐水进行彻底冲洗创面, 常规消毒止血, 以凡士林纱条进行填塞并实施引流, 术后选择恰当的抗生素药物予以抗感染治疗。

分析组对象选择一次性根治术行治疗, 常规硬膜外麻醉, 术中取截石位。麻醉起效后, 在肛门镜下常规消毒肛管及肠腔, 观察脓肿的发生范围及具体位置等, 于肛缘外侧脓肿表现最为突出处且与内口形成对应处行放射性切口, 将脓肿间隔去除, 使脓液得以充分排出。在探针的协助下仔细确认内口部位, 随后在探针的指引下将7号丝线2根引入并从内口处穿出, 将脓肿内口和外部切口之间的皮肤组织切开, 让内口和脓肿部位得以充分暴露, 并将一根丝线结扎, 另一根丝线作浮线, 形成挂线治疗, 修剪肛缘皮肤, 确保引流通畅; 手术后同样需要选择恰当的抗生素类药物进行抗感染治疗。

两组对象于手术后均采用相同的辅助治疗, 选择中药熏洗每日二次治疗, 由五倍子、金银花、当归、虎杖、紫花地丁、红花、黄连、苦参、川芎、蒲公英、三七、黄柏、冰片等制成, 每日1剂, 煎制1000mL, 每次500ml于早晚各熏洗1次, 具有清热解毒和燥湿生肌以及消肿止痛等功效; 每日二次换药以预防感染。出院后仍需跟踪随访, 定期复诊, 周期为3个月至半年。

1.4 评定指标

本次研究中主要评比以下指标: ①临床疗效。已痊愈代表流脓、皮肤溃破等临床表症已经消失, 患者的肛周皮肤状态已恢复且肛门功能正常; 治疗有效代表肛周皮肤状态已明显好转且肛门功能基本正常, 患者的排便困难、肛周疼痛等临床表症已经得到大幅度缓解; 治疗无效则说明以上标准均未达到, 患者的症状并未得到明显缓解。总有效占比=(痊愈+有效)例数/总例数×100%。②疼痛评定。两组对象均于术后第3d进行疼痛评估, 评定为0级代表无明显痛感; I级代表轻微疼痛, 但对患者的睡眠以及正常生活均不构成影响; II级代表中度疼痛, 患者时常可感受到明显痛感, 对其睡眠以

及正常生活造成影响，需镇痛药物干预；Ⅲ级代表重度疼痛，患者的疼痛感极为明显且剧烈，使得患者存在入眠困难等，必须采用镇痛治疗。③于患者手术前以及出院后3个月时对其肛周功能恢复情况进行评估，肛周功能指标包括肛管静息压与最大收缩压，所有患者均采用同一型号肛肠测压仪器进行检测；同时用Wexner评分体系评估两组对象的肛门失禁情况，分值为0~20分，最低分0分代表不存在失禁现象，20分则代表完全失禁。④跟踪记录两组患者术后3个月内的并发症发生情况，主要包括肛门失禁、肛门漏液和肛瘘以及感染，核算每组的发生例数以及发生率。

1.5 统计学处理

研究中统一使用权威软件SPSS 23.0版处理相关数据资料，基础资料和评分等用计量($\bar{x} \pm s$)展示，以t进行验证，发生率等用计数(n, %)展示，以 χ^2 进行验证，如P<0.05则视为对比具有统计学差异性。

2. 结果

2.1 评比两组对象的临床疗效

经统一评定，分析组对象的临床治疗效果显著高于参照组，总有效率为95.12% (39/41)，而参照组为80.49% (33/41)，组间对比明显，经验证P<0.05。详见表1内容。

表1：评比两组对象的临床疗效 (n, %)

组别	例数	已痊愈	治疗有效	治疗无效	总有效占比
分析组	41	26 (63.41)	13 (31.71)	2 (4.88)	39 (95.12)
参照组	41	18 (43.90)	15 (36.59)	8 (19.51)	33 (80.49)
χ^2 值					5.891
P值					<0.05

2.2 评比两组对象术后的疼痛情况

术后经评定分析组对象的疼痛评分明显更优于参照组，疼痛程度更低，组间差异显著，经验证P<0.05。详见表2内容。

表2：评比两组对象术后的疼痛情况 (n, %)

组别	例数	I 级轻微疼			II 级中度疼			III 级重度疼		
		0 级无痛	痛	痛	痛	痛	痛	痛	痛	痛
分析组	41	18 (43.90)	15 (36.59)	5 (12.20)	3 (7.32)					
参照组	41	8 (19.51)	14 (34.15)	13 (31.71)	6 (14.63)					
Z值			7.426							
P值			<0.05							

2.3 评比两组对象术后的肛周功能恢复情况

于手术结束3个月后统一评定两组对象的恢复情况，分析组在评定中的表现显著更优于参照组，存在统计学差异性，经验证P<0.05。详见表3内容。

表3：评比两组对象术后的肛周功能恢复情况 ($\bar{x} \pm s$, n=41)

组别	肛管静息压 (kPa)		肛管最大收缩压 (kPa)		Wexner 总评分	
	术前	术后3个月	术前	术后3个月	术前	术后3个月
分析组	7.90±1.12	7.42±1.11	20.77±2.64	19.86±2.19	1.52±0.49	3.11±0.67
参照组	7.58±1.07	6.89±1.05	20.25±3.02	17.53±2.04	1.50±0.51	4.02±0.57
t值	0.027	3.279	0.031	3.563	0.018	3.874
P值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 比较两组对象的术后并发症情况

术后3个月内分析组对象的并发症发生例数明显更少，发生率为4.88(2/41)，其中肛门失禁和肛门漏液分别发生1例，与参照组的19.51% (8/41)之间差异显著，参照组中发生感染1例、肛瘘3例、肛门失禁1例、肛门漏液3例，发生肛瘘及其他严重情况者选择二次手术治疗。经验证P<0.05且 $\chi^2=4.685$ 。

3. 讨论

肛周脓肿的诱因较为复杂，目前主要认为与肛腺发生阻塞导致的感染有关，或因患者粪便中携带的病原菌残留于该部位而引发感染，且与其自身体内的性激素指标、生活饮食情况以及自身免疫力等也存在较大关联，该疾病可引发剧烈疼痛感，使患者的正常生活遭遇较大影响^[2-3]。据统计肛周脓肿在男性中发病率更高，男性约为女性的4倍，有学者认为男性的雄性激素水平较高，因此肛腺增长速度更快，若自身免疫力存在一定下降，则诱发阻塞和继发感染的概率也会随之增高，最终发展为肛周脓肿^[4]。以往治疗中多选择常规切开引流术，对缓解患者的疼痛感具有较明显的疗效，可使脓液充分排出和引流，但并不涉及内口处理，因此术后易形成肛瘘等现象，仍需再行手术治疗。该手术中一旦发生直肠环损伤，则有可能引发肛门失禁，轻度情况下通过休养调整或可恢复，但重度失禁则需采取括约肌修复治疗^[5-6]。目前一次性根治术在临床中受到更多认可，实施后患者以及医师的认可度更高，还可使残腔现象得到更好控制，术后患者的体感更为良好，减少应激反应可进一步帮助其快速康复^[7]。

本研究结果显示：分析组对象的临床治疗效果显著高于参照组，总有效率为95.12% (39/41)，而参照组为80.49% (33/41)，组间对比明显，经验证P<0.05。术后经评定分析组对象的疼痛评分明显更优于参照组，疼痛程度更低，组间差异显著，经验证P<0.05。于手术结束3个月后统一评定两组对象的恢复情况，分析组在评定中的表现显著更优于参照组，存在统计学差异性，经验证P<0.05。术后3个月内分析组对象的并发症发生例数明显更少，发生率为4.88(2/41)，与参照组的19.51% (8/41)之间差异显著，经验证P<0.05。由此可见，在肛周脓肿的临床治疗中选择一次性根治术相较于常规切开引流术可进一步提升临床疗效，患者的恢复情况更为理想，可避免因出现肛瘘等情况时进行二次手术治疗，且术后痛感得到有效降低，临床可借鉴和参考应用。

参考文献：

- [1]王勇,刘水萍,钟剑涛,等.一期根治术治疗肛周脓肿52例疗效探讨[J].中国现代药物应用,2019,13(14):47-48.
- [2]张怡莎.肛周脓肿患者的病原菌分布及耐药性分析[J].中国肛肠病杂志,2019,39(12):19-20.
- [3]鲁林源,曹永清.肛周脓肿的国内外临床研究进展[J].现代医学,2018,46(11):1317-1320.
- [4]孙留生,李爱云,凌艳霞,等.一次性根治术治疗肛周脓肿疾病的临床应用优势分析[J].中外医疗,2016,35(21):40-42.
- [5]王雨媛.一期根治术联合中药熏洗治疗肛周脓肿48例疗效观察[J].中国肛肠病杂志,2019,39(12):23-24.
- [6]王猛,王贵玉.2016年版美国结直肠外科医师学会《肛周脓肿、肛瘘和直肠阴道瘘治疗指南》解读[J].中国实用外科杂志,2017,37(2):162-165.
- [7]范新宇,方锡才,丁美胜,等.雌、雄激素对肛周脓肿发病影响的探讨[J].中国肛肠病杂志,2018,38(4):41-43.