

浅谈基层医院肛周脓肿切开排脓一期根治术治疗效果分析

李新宇

(吉林省榆树市太安乡卫生院 130413)

摘要：目的：探究基层医院肛周脓肿切开排脓一期根治术疗效。方法：我院所于2020年5月至2022年4月收治40例患者，随机将其分为两组，即对照组和观察组，均为20例，分别行单纯脓肿切开引流术与一期根治术，对比两组患者的疗效。结果：观察组治疗有效率100.00%，高于对照组75.00% ($P < 0.05$)；观察组创面愈合时间 (16.23 ± 2.45) d，短于对照组 (22.15 ± 2.15) d ($P < 0.05$)；观察组疼痛评分 (2.01 ± 0.32) 分，低于对照组 (4.02 ± 0.56) 分 ($P < 0.05$)；观察组躯体功能 (85.63 ± 2.54) 分、心理功能 (84.69 ± 3.65) 分、社会功能 (85.74 ± 2.98) 分、物质状态 (83.55 ± 2.96) 分，高于对照组 (71.46 ± 2.38) 分、(72.55 ± 2.49) 分、(70.36 ± 3.04) 分、(72.48 ± 2.49) 分 ($P < 0.05$)；观察组并发症发生率5.00%，低于对照组30.00% ($P < 0.05$)。结论：在基层医院肛周脓肿患者中施行一期根治术，可获得较好疗效，不但可以大幅度降低患者的疼痛度，大幅度缩短患者的创面愈合时间，还可以大量减少患者的术后并发症情况，从而就此促使患者的预后生活质量得以全面改善，值得推广。

关键词：一期根治术；疼痛度；肛周脓肿；生活质量；单纯脓肿切开引流术

肛周脓肿是肛肠科非常常见的一种疾病所在，其致病机制在于肛隐窝内细菌大量繁殖，从而就此导致感染与脓肿现象的发生^[1]。该疾病在任何年龄段均可以发生，但相较于幼儿、少年、老年等年龄段，该疾病的常见发病群体为20-60岁人群。与此同时，该疾病在男性当中的发病率相较于其在女性当中的发病率要高出不少。临床依据脓肿的不同发病位置，将肛周脓肿分为多个类别，包括肛周皮下脓肿、括约肌间脓肿、坐骨直肠窝脓肿以及直肠黏膜下脓肿。伴随着该疾病的发生，患者会出现有较为明显的肛周持续性疼痛与肿胀感，从而就此影响到患者的坐位与行走。并且，在没有及时进行治疗的情况下，该疾病还可能致使患者出现有发热、寒战等

众多全身性症状表现^[2]。从而无论是对于患者的身心健康，还是对于患者的生活质量都将造成不小的伤害与影响。目前，临床对于该疾病的治疗，通常是以手术的方式来切开脓肿部位，并引出脓液，以此来帮助患者消除脓肿，改善症状。而传统的切开引流术效果并不甚理想，不少患者需要进行二次切开引流。为此，临床进行了深入研究，并针对性提出了一期根治术。本文将针对该术式的具体应用效果展开探究，报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

两组资料无明显差异 ($P > 0.05$)，可比。见表1。

表1 一般资料比较

资料	对照组 (n=20)	观察组 (n=20)	t/X ²	P
性别 (例)	男	12 (60.00)	0.265	0.632
	女	8 (40.00)		
年龄 (岁)	年龄区间	20-50	0.247	0.684
	平均年龄	40.25 ± 2.15		
病程 (d)	病程区间	2-13	0.224	0.721
	平均病程	7.85 ± 2.45		
脓肿位置 (例)	肛周皮下	6 (30.00)	0.207	0.752
	括约肌间	6 (30.00)		
	坐骨直肠窝	5 (25.00)		
	直肠黏膜下	3 (15.00)		

1.2 方法

观察组脓肿根治术治疗：侧卧位，骶管麻醉；于脓肿波动处放射状切开，引出脓液；一只手指伸入脓腔分离脓腔纤维间隔，另一手指伸入肛内做引导；将探针穿过脓腔；若内口在肛门直肠环下面，则彻底切开脓腔瘻道及内口，并彻底清理炎症组织；若内口在肛门直肠环上面，则穿入橡皮筋挂线术，凡士林纱条堵塞脓腔引流，术后4d牵拉橡皮筋使其脱落^[3]。

对照组单纯脓肿切开引流术：侧卧位，骶管麻醉；放射状切开脓肿；分离纤维间隔；冲洗脓腔；去除坏死及炎症组织；凡士林纱条堵塞脓腔引流^[4]。

1.3 观察指标

①临床疗效。②创面愈合时间。③治疗前后疼痛评分。④治疗前后生活质量评分。⑤并发症情况。

1.4 统计学分析

在spss22.0软件内分析处理实验数据，以 $P < 0.05$ 表示数据有统计学意义。

2. 结果

2.1 疗效比较

观察组治疗有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 疗效比较[n (%)]

组别	例数	治愈	有效	无效	有效率
对照组	20	7 (35.00)	8 (40.00)	5 (25.00)	15 (75.00)
观察组	20	12 (60.00)	8 (40.00)	0 (0.00)	20 (100.00)
X ²					6.854
P					0.000

2.2 创面愈合时间比较

对照组创面愈合时间 (22.15 ± 2.15) d，观察组创面愈合时间 (16.23 ± 2.45) d，观察组创面愈合时间短于对照组 ($P < 0.05$)。

2.3 疼痛评分比较

治疗前, 对照组疼痛评分 (5.12 ± 0.75) 分, 观察组疼痛评分 (5.24 ± 0.69) 分, 两组评分差异小 ($P > 0.05$)。治疗后, 对照组疼痛评分 (4.02 ± 0.56) 分, 观察组疼痛评分 (2.01 ± 0.32) 分, 观察组疼痛评分低于对照组 ($P < 0.05$)。

2.4 生活质量评分比较

治疗前, 对照组躯体功能 (60.23 ± 2.15) 分、心理功能 (60.22 ± 2.54) 分、社会功能 (60.54 ± 2.16) 分、物质状态 (60.24 ± 2.18) 分, 观察组则分别为 (60.33 ± 1.98) 分、(60.27 ± 1.85) 分、(60.32 ± 1.77) 分、(60.29 ± 2.01) 分, 两组各项评分差异均较小 ($P > 0.05$)。治疗后, 对照组躯体功能 (71.46 ± 2.38) 分、心理功能 (72.55 ± 2.49) 分、社会功能 (70.36 ± 3.04) 分、物质状态 (72.48 ± 2.49) 分, 观察组则分别为 (85.63 ± 2.54) 分、(84.69 ± 3.65) 分、(85.74 ± 2.98) 分、(83.55 ± 2.96) 分, 观察组各项评分均高于对照组 ($P < 0.05$)。

2.5 并发症情况比较

对照组肛门失禁 3 例、肛瘘 2 例、肛门畸形 1 例, 共计 6 例, 占比 30.00%; 观察组仅有 1 例肛瘘, 占比 5.00%。观察组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。

3. 讨论

肛周脓肿作为常见的肛肠疾病所在, 对患者身心健康所造成的影响较大, 需尽早加以有效治疗。一期根治术在有效解决引流问题的同时也可有效解决根治问题, 可同时进行脓肿切口与原发病内口的治疗^[5]。从而有效帮助患者解决疼痛症状, 并避免二次手术, 应用效果良好。本研究显示, 两组创面愈合时间为 (22.15 ± 2.15) d 和 (16.23 ± 2.45) d, 观察组更短; 两组疼痛评分为 (4.02 ± 0.56) 分和 (2.01 ± 0.32) 分, 观察组更低; 两组各方面生活质量评分为 (71.46 ± 2.38) 分、(72.55 ± 2.49) 分、(70.36 ± 3.04) 分、(72.48 ± 2.49) 分和 (85.63 ± 2.54) 分、(84.69 ± 3.65) 分、(85.74 ± 2.98) 分、(83.55 ± 2.96) 分, 观察组均更高; 两组并发症发生率为 30.00% 和 5.00%, 观察组更低; 以及两组疗效为 75.00% 和 100.00%, 观察组更高。由此可以非常充分的说明, 一期根治术具有更为显著的临床治疗效果, 相比于单纯脓肿切开引流术能够尽早缩短患者的创面愈合时间, 尽可能降低患者疼痛度, 以及全面提升患者预后生活质量, 同时还具有更高的安全性, 不易诱发并发症。而通过研究与大量临床实践表明, 在肛周脓肿患者的临床治疗中, 一期根治术的施行能否取得理想疗效, 关键需要做好以下几点。(1) 准确选择手术时机。在以往的治疗观念中, 认为等到脓肿成熟的时候才是进行手术引流的最佳时机, 因为此时脓肿具有较大的波动性, 更有利于切开引流。但值得注意的是, 此时的病况发展较为严重, 术后的炎症控制效果将不太理想, 从而可能导致患者会在短时间内复发, 并需要再次入院进行切开引流^[6]。为此, 对于手术时机的选择并不是脓肿成熟时, 而是在脓肿形成时, 哪怕其脓肿未见成熟, 以及脓肿波动不够明显, 也需要尽早进行手术切开引流, 行一期根治术。(2) 准确找出脓肿内口。在肛周脓肿的临床治疗中, 尤其是在进行一期根治手术的时候, 准确找寻脓肿内口是至关重要的。一般可通过带钩的圆头探针来找寻, 其除了容易进入脓肿腔以外, 还可以有效发现脓液溢出口, 此口便认为是内口^[7]。只有在准确找出内口的情况下, 才能够针对性的、科学性的进行内口处理, 从而保障脓液彻底排出, 强化治疗效果。(3) 正确判断脓肿位置。即脓肿位置以提肛肌为界限而被判定为高位与低位脓肿。在一期根治术中, 高位与低位脓肿的处理方式有所不同, 其中高位脓肿多需要在术中多切口引流, 而低位脓肿则需要在不损伤患者周围组织的情况下完全

切开引流, 并将切口上延, 尽可能避免患者在术后出现有大便失禁的情况^[8]。(4) 积极做好术后的换药与清洁。对于高位脓肿, 或者是创面比较大的脓肿, 需要在术后积极地进行清洁, 保持干净卫生。如每天早晚使用生理盐水对其进行冲洗, 在此过程中, 如果患者创面的分泌物较多, 则可以使用双氧水进行冲洗。而在每次冲洗完毕后, 需要使用纱条换药, 并需要注意纱条不能填充的太紧, 以防对创面的愈合产生干扰。以及在术后的 15d, 需要逐渐减少纱条数量, 从而就此防止患者在术后出现有肛瘘的并发症。而对于低位脓肿, 或者是创面比较小的简单脓肿, 在有效清洁与科学换药的同时, 需要严密观察, 以防止其出现假性愈合^[9]。并需要在创面愈合过程中及时修剪多余生长的肉芽组织, 从而尽可能的缩短创面愈合时间。(5) 充分做好术后并发症的预防。首先, 对于肛周畸形这一术后并发症的预防, 需要在一期根治术的进行过程中充分契合患者实际情况而合理做手术切口, 其原则就在于脓肿越多、切口越大。其次, 对于肛门狭窄这一术后并发症的预防, 需要在一期根治手术后仔细观察患者肛周情况, 若出现有狭窄问题及时进行扩肛处理。然后, 对于肛门失禁这一术后并发症的预防, 需要在一期根治术过程中使用双股橡皮筋挂线, 以提升患者肛门自控能力^[10]。最后, 患者在一期根治术后, 需要加强对肛门的锻炼, 以及注意避免辛辣、刺激性饮食。如此, 充分做好以上关键点, 便可以确保一期根治术的顺利进行, 并促使患者获得更为理想的临床治疗效果。

综上所述, 在基层医院肛周脓肿患者中施行一期根治术, 可获得较好疗效, 降低患者疼痛度, 缩短患者创面愈合时间, 减少患者术后并发症, 及改善患者预后生活质量, 值得推广。

参考文献:

- [1] 朱小艳, 周海东, 景岚. 一期根治术与切开引流术治疗高位多间隙肛周脓肿对照研究[J]. 中国临床医生杂志, 2019, 47(03): 321-323.
- [2] 张琳, 胡立群, 黄莉. 肛周脓肿患者实施脓肿切除根治术与切开引流术治疗的临床效果对比分析[J]. 中医临床研究, 2021, 13(27): 75-76.
- [3] 余红涛. I 期根治术治疗对高位多间隙肛周脓肿患者肛肠动力学及脓肿复发率的影响[J]. 中外医学研究, 2021, 19(17): 137-139.
- [4] 王心吉, 张保田, 曾卫平, 李建国, 涂佳敏, 郭德华, 徐兵. 一期根治术与切开引流术对高位多间隙肛周脓肿的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2021, 16(13): 107-109.
- [5] 鞠玉林, 马琳, 张欣. 切开引流术与一期根治术对肛周脓肿患儿肛门功能及炎症因子的意义研究[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(07): 57-59.
- [6] 韦用兰, 汪桐. 探讨不同肛周脓肿患者的手术治疗效果研究及主要病原菌和耐药性分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2021, 26(03): 356-360.
- [7] 陶永仁. 分析肛周脓肿患者分别接受一次性肛周脓肿根治术、单纯切开引流术的临床价值[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(12): 49+51.
- [8] 熊在平. 用一次性肛周脓肿根治术和改良式分期肛周脓肿根治术治疗低位肛周脓肿的效果对比[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(09): 105-107.
- [9] 陈新刚, 钟强, 黄忠威. 一期根治术对高位多间隙肛周脓肿患者肛肠动力学及 Wexner 评分的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2020, 31(01): 68-70.
- [10] 陈敏远, 郑晨果, 陈邦飞. 一期根治术对肛周脓肿患儿肛门功能及术后血清血管内皮生长因子、炎症因子的影响[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(22): 5185-5188.