

# 手术治疗肛周坏死性筋膜炎的最佳时间及对创面愈合、并发症的影响

冷大臣

(威宁自治县人民医院 普外科 553100)

**摘要:** 目的: 分析手术治疗肛周坏死性筋膜炎的最佳时间及对创面愈合、并发症的影响。方法: 选取我院 2020 年 1 月 - 2022 年 12 月收治的肛周坏死性筋膜炎患者 80 例作为研究对象, 随机技术法将其分为对照组和观察组, 每组各 40 例, 对照组在患者发病后 24h-72h 进行手术治疗, 观察组在患者发病后 24h 进行手术治疗, 比较两组患者临床指标, 肛门功能, 生活质量, 术后并发症发生率。结果: 两组患者手术时间与术中出血量无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 观察组患者创面愈合时间 ( $29.34 \pm 3.62$ )、体温恢复时间 ( $8.43 \pm 3.22$ )、清创次数 ( $1.98 \pm 1.52$ )、住院时间 ( $23.55 \pm 3.58$ ) 均较对照组缩短 ( $P < 0.05$ ); 治疗前两组患者肛门功能、生活质量评分均无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 治疗后观察组患者 ARP ( $8.16 \pm 1.58$ )、AMCP ( $10.11 \pm 1.54$ ) 均较对照组减小 ( $P < 0.05$ ), 生活质量评分较对照组显著升高 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 手术治疗肛周坏死性筋膜炎的最佳时间为 24h 内, 这个时间段能促进创面愈合, 减少并发症发生率, 值得推广。

**关键词:** 手术治疗; 肛周坏死性筋膜炎; 最佳时间; 创面愈合; 并发症

肛周坏死性筋膜炎是临床上较为少见的软组织感染性疾病, 该疾病起病急骤, 并且发展快, 患者往往数小时内会出现全身中毒性休克。临床研究表明<sup>[1]</sup>, 该疾病是由多种细菌导致的混合感染, 因此只对患者皮下组织和筋膜造成损害, 不会累及肌肉组织。患者还可表现出局部症状, 如: 以肛门为中心的片状红肿、疼痛, 逐渐进展为紫红色, 若不及时进行有效干预, 该疾病可在 24h 内波及整个臀部及肛周, 疼痛剧烈。当感觉神经被逐渐破坏后, 患者的剧烈疼痛感会逐渐被麻木和麻痹所代替, 这是该疾病的主要特征之一<sup>[2]</sup>。因此患者发病后要及时采取相应的急救措施, 临床常采用手术治疗来缓解患者的痛苦, 但对于手术治疗的最好时间<sup>[3]</sup>, 一直都是学者们讨论的重点。本文将对手术治疗肛周坏死性筋膜炎的最佳时间进行研究, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选取我院 2020 年 1 月 - 2022 年 12 月收治的肛周坏死性筋膜炎患者 80 例作为研究对象, 随机技术法将其分为对照组和观察组, 每组各 40 例。对照组: 男 22 例, 女 18 例, 年龄 24 ~ 71 岁, 平均 ( $49.52 \pm 1.27$ ) 岁; 病程 1 ~ 5d, 平均 ( $3.21 \pm 1.54$ ) d, 其中 I 型 26 例, II 型 14 例; 观察组: 男 24 例, 女 16 例, 年龄 23 ~ 74 岁, 平均 ( $49.66 \pm 1.33$ ) 岁; 病程 1 ~ 6d, 平均 ( $3.18 \pm 1.49$ ) d, 其中 I 型 28 例, II 型 12 例; 两组患者基本资料无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 可对比。

纳入标准: 1) 患者均符合肛周坏死性筋膜炎相关诊断标准<sup>[4]</sup>, 均有肛门及周围皮肤充血、水肿、皮温升高, 伴剧烈的疼痛<sup>[5]</sup>。2) 患者均具有手术指征; 3) 患者及其家属对本研究了解, 并自愿签字参与。

排除标准: 1) 患者发病前免疫系统已经异常; 2) 合并重要脏器严重损伤者; 3) 合并肛裂、肛周脓肿等其他肛门疾病; 4) 合并凝血功能、精神、认知等障碍者。

### 1.2 方法

对照组: 患者 24h-72h 接受手术治疗, 患者入院后先进行抗感染、抗休克治疗。

表 1: 临床指标 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 分组  | 例数 | 手术时间 (min)   | 术中出血量 (ml)     | 创面愈合时间 (d)   | 体温恢复时间 (d)   | 清创次数 (次)    | 住院时间 (d)     |
|-----|----|--------------|----------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| 对照组 | 40 | 93.65 ± 6.88 | 158.49 ± 26.38 | 38.37 ± 4.58 | 13.59 ± 4.65 | 3.64 ± 1.76 | 29.67 ± 4.39 |
| 观察组 | 40 | 88.74 ± 6.57 | 154.27 ± 26.53 | 29.34 ± 3.62 | 8.43 ± 3.22  | 1.98 ± 1.52 | 23.55 ± 3.58 |
| t 值 | -  | 3.264        | 0.713          | 9.783        | 5.770        | 4.515       | 6.833        |
| P 值 | -  | 0.002        | 0.478          | 0.000        | 0.000        | 0.000       | 0.000        |

### 2.2 比较两组患者治疗前后肛门功能

治疗前两组患者肛门功能无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 治疗后观察

观察组: 患者 24h 之内进行手术治疗。

手术治疗的方式: 对患者进行腰俞穴麻醉。切开病灶, 在患者肛周护会阴处沿皮肤纹理方向切开、减压, 引流出大量坏死脓液, 取部分脓液及坏死组织送病理检测。对病灶处坏死组织进行彻底清除, 对于正常的神经及血管尽量保留, 对于深筋膜层的坏死组织, 采用大量稀释后的双氧水、庆大霉素、甲硝唑依次进行反复冲洗, 接着彻底清创后, 将创面进行充分暴露, 并引流。患者术后第 1d 每 4 ~ 6h 换药 1 次, 之后每天进行换药, 换药时查看创面情况, 并用甲硝唑进行冲洗创面, 将坏死组织彻底清除。术后患者均使用抗生素治疗, 监测患者生命体征, 加强营养支持, 纠正水、电解质紊乱及低蛋白血症, 同时定时检测患者肝、肾功能指标。

### 1.3 观察指标

(1) 观察两组患者临床指标, 包括手术时间、术中出血量、创面愈合时间、体温恢复时间、清创次数、住院时间等。

(2) 观察两组患者治疗前后肛门功能, 采用高分辨胃肠功能测定仪, 对患者肛管静息压 (ARP)、肛管最大收缩压 (AMCP) 进行评估。

(3) 观察患者治疗前后生活质量, 应用生活质量量表 (WHOQOL-BREF) 进行评估, 包含生理、心理、环境、社会等 4 个维度, 分值 0-100 分, 分值越高, 表示患者生活质量越好。

(4) 观察两组患者术后并发症的发生率, 常见的并发症有败血性休克、感染性休克、多器官功能衰竭、贫血、复杂性肛痿等。

### 1.4 统计学分析

用 SPSS20.0 分析数据, 计量资料 ( $\bar{x} \pm s$ )、计数资料行 t 检验、 $\chi^2$  检验对比。  $P < 0.05$  为差异显著。

## 2 结果

### 2.1 比较两组患者临床指标

两组患者手术时间与术中出血量无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 观察组患者创面愈合时间、体温恢复时间、清创次数、住院时间均较对照组缩短 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

组患者 ARP、AMCP 均较对照组减小 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2: 肛门功能 ( $\bar{x} \pm s$ , kPa)

| 分组  | 例数 | ARP          |             | AMCP         |              |
|-----|----|--------------|-------------|--------------|--------------|
|     |    | 治疗前          | 治疗后         | 治疗前          | 治疗后          |
| 对照组 | 40 | 10.36 ± 2.24 | 9.65 ± 1.73 | 12.15 ± 2.38 | 11.35 ± 1.29 |
| 观察组 | 40 | 10.41 ± 2.33 | 8.16 ± 1.58 | 12.22 ± 2.41 | 10.11 ± 1.54 |
| t 值 | -  | 0.098        | 4.022       | 0.131        | 3.904        |
| P 值 | -  | 0.922        | 0.000       | 0.896        | 0.000        |

2.3 比较两组患者治疗前后生活质量

治疗前两组患者生活质量无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 治疗后观察组患者生活质量评分较对照组显著升高 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3: 生活质量 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 分组  | 例数 | 生理           |              | 心理           |              | 环境           |              | 社会           |              |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|     |    | 治疗前          | 治疗后          | 治疗前          | 治疗后          | 治疗前          | 治疗后          | 治疗前          | 治疗后          |
| 对照组 | 40 | 61.24 ± 5.62 | 68.75 ± 4.33 | 62.34 ± 5.41 | 68.49 ± 4.55 | 63.54 ± 4.83 | 71.28 ± 5.27 | 62.34 ± 5.26 | 72.51 ± 6.32 |
| 观察组 | 40 | 61.19 ± 5.58 | 74.65 ± 4.16 | 62.29 ± 5.38 | 73.86 ± 4.27 | 63.47 ± 4.78 | 76.88 ± 5.64 | 62.39 ± 5.31 | 78.53 ± 6.57 |
| t 值 | -  | 0.040        | 6.214        | 0.041        | 5.443        | 0.065        | 4.588        | 0.042        | 4.176        |
| P 值 | -  | 0.968        | 0.000        | 0.967        | 0.000        | 0.948        | 0.000        | 0.966        | 0.000        |

2.4 比较两组患者术后并发症的发生率

观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4: 并发症的发生率 n (%)

| 分组               | 例数 | 败血性休克    | 感染性休克    | 多器官功能衰竭  | 贫血        | 复杂性肛瘘    | 合计         |
|------------------|----|----------|----------|----------|-----------|----------|------------|
| 对照组              | 40 | 2 (5.00) | 1 (2.50) | 2 (5.00) | 4 (10.00) | 2 (5.00) | 11 (17.50) |
| 观察组              | 40 | 0 (0)    | 0 (0)    | 0 (0)    | 1 (2.50)  | 1 (2.50) | 2 (2.50)   |
| X <sup>2</sup> 值 | -  | -        | -        | -        | -         | -        | 7.440      |
| P 值              | -  | -        | -        | -        | -         | -        | 0.006      |

3 讨论

临床研究表示, 肛周坏死性筋膜炎是由多种细菌的混合感染, 其中包括溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌及革兰阴性厌氧菌等, 而厌氧菌是致病菌中最主要的一种。随着临床菌群培养技术的发展, 证实该疾病是由厌氧菌和需氧菌共同作用的结果, 使患者表现为全身及局部组织免疫功能受损。该疾病起病急, 早期局部体征比较隐匿, 常不引起患者注意, 24h 内病情进展快速, 可累及整个肢体。临床对于该疾病的治疗方式主要以手术治疗为主<sup>[6]</sup>, 患者发病后, 要及时去医院接受治疗。若本病治疗及时, 患者可以转危为安, 甚至痊愈; 若治疗不及时, 患者常会并发败血性休克或者多器官功能衰竭, 最终导致死亡, 因此选择最佳的治疗时间非常重要。

治疗的关键是发病早期进行手术治疗, 彻底切除坏死的筋膜等组织, 在病灶部位沿着皮肤纹理方向切多条切口, 使创面充分暴露, 然后进行引流<sup>[7]</sup>。并用过氧化氢、庆大霉素等溶液进行彻底冲洗, 使伤口组织氧化还原电位差升高, 形成不利于厌氧菌繁殖的环境, 以控制感染的继续蔓延和扩散<sup>[8]</sup>。然后用浸有抗生素药液的纱条湿敷, 术后第 1d 每 4~6h 换药 1 次。换药时需探查是否有皮肤、皮下组织与深筋膜分离情况的存在, 以决定是否要进一步扩大引流。

本次研究结果显示, 两组患者手术时间与术中出血量无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 观察组患者创面愈合时间 ( $29.34 \pm 3.62$ )、体温恢复时间 ( $8.43 \pm 3.22$ )、清创次数 ( $1.98 \pm 1.52$ )、住院时间 ( $23.55 \pm 3.58$ ) 均较对照组缩短 ( $P < 0.05$ ); 治疗前两组患者肛门功能、生活质量评分均无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 治疗后观察组患者 ARP ( $8.16 \pm 1.58$ )、AMCP ( $10.11 \pm 1.54$ ) 均较对照组减小 ( $P < 0.05$ ), 生理 ( $74.65 \pm 4.16$ )、心理 ( $73.86 \pm 4.27$ )、环境 ( $76.88 \pm 5.64$ )、社会 ( $78.53 \pm 6.57$ ) 评分较对照组显著升高 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 可见观察组的治疗时间最佳, 效果更加显著。

患者发病后 24h 进行手术治疗, 效果更加显著, 因为该疾病发展迅速, 24h 就可累及全身, 因此, 尽早进行手术治疗, 将大量脓液进行引流, 彻底清除坏死组织, 并进行引流, 将病灶进行彻底的清除、冲洗, 才能将细菌清除干净, 避免患者术后复发感染<sup>[9]</sup>。在

进行手术治疗的过程中, 要严格规范操作, 防止患者发生二次感染。术前要严格控制患者血糖, 避免术后创面愈合过于缓慢, 引发并发症。术后必须及时应用抗生素, 应适给予抗厌氧菌药物, 并给予全身药物支持, 增加患者免疫力, 促进其术后康复<sup>[10]</sup>。

综上所述, 手术治疗肛周坏死性筋膜炎的最佳时间是 24h 内, 能有效促进创面愈合, 减少并发症的发生率, 提高患者生活质量, 值得推广。

参考文献:

- [1] 练纯朴, 岳维成, 易彩文, 等. 早期手术联合负压综合治疗肛周坏死性筋膜炎的术后恢复情况分析[J]. 中国医学创新, 2021, 18(18): 110-115.
  - [2] 刘远成, 张劲远, 李永海, 等. 肛周坏死性筋膜炎患者 4 种血液生化指标对疾病预后的预测[J]. 医学研究生学报, 2020, 33(2): 164-168.
  - [3] 胡智亮, 毛龙飞, 李春伟. 手术联合消肿止痛方局部坐浴治疗肛周坏死性筋膜炎 13 例[J]. 中医研究, 2020, 33(12): 21-24.
  - [4] 萧绮莉, 吴烟华, 苏玉环, 等. 肛周坏死性筋膜炎 8 例临床分析[J]. 中国现代手术学杂志, 2021, 25(1): 40-45.
  - [5] 连淑萍, 苏燕红, 马坊, 等. 不同手术治疗时间对肛周坏死性筋膜炎临床效果的影响[J]. 中外医学研究, 2020, 18(14): 126-128.
  - [6] 李花玉, 武庆花. 清解消炎汤冲洗联合负压封闭引流术治疗肛周坏死性筋膜炎的临床观察[J]. 中国中医急症, 2021, 30(10): 1776-1778.
  - [7] 刘刚. 负压封闭引流技术联合清创术对肛周坏死性筋膜炎患者肛门功能的影响[J]. 当代医学, 2021, 27(22): 161-163.
  - [8] 古斌, 张林. 改良负压封闭引流技术对肛周坏死性筋膜炎的治疗效果[J]. 中外医学研究, 2021, 19(22): 191-193.
  - [9] 孙壮, 杨宇慎, 李静慧, 等. 纳米银对肛周坏死性筋膜炎术后创面愈合的临床疗效及机制研究[J]. 国际医药卫生导报, 2021, 27(10): 1459-1463.
  - [10] 范雷涛, 孙源, 杨宏光, 等. 9 例肛周会阴部坏死性筋膜炎的诊治和疗效分析[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2020, 27(10): 1301-1304.
- 作者简介: 冷大臣 (1986-10), 男, 彝族, 贵州六盘水, 主治医师, 本科。