

骨盆直肠间隙脓肿采取切开挂线术的疗效分析

刘宁 徐永强

(四川省宜宾市第二人民医院肛肠科 宜宾 644000)

摘要:目的:分析骨盆直肠间隙脓肿采取切开挂线术的疗效。方法:选取 2013 年 4 月~2016 年 4 月我院收治的 78 例骨盆直肠间隙脓肿患者为研究对象,随机分为研究组和对照组各 39 例。对照组给予常规切开引流术治疗,研究组实施切开挂线术治疗,比较两组临床疗效、术后 VAS 疼痛评分、术后肛瘘发生率及骨盆直肠间隙脓肿复发率。结果:研究组临床疗效显著高于对照组($P<0.05$);两组手术时间及医疗费用比较无显著差异($P>0.05$);研究组创面愈合时间及住院时间显著低于对照组($P<0.05$);研究组术后当日及术后 10 d 疼痛评分低于对照组($P<0.05$);术后 20 d 两组疼痛评分比较无显著差异($P>0.05$);研究组肛瘘发生率及骨盆直肠间隙脓肿复发率显著低于对照组($P<0.05$)。结论:骨盆直肠间隙脓肿应用切开挂线术治疗效果显著,可有效促进患者恢复,减轻术后疼痛,降低术后并发症发生及术后复发率。

关键词:骨盆直肠间隙脓肿;切开挂线术;切开引流术

中图分类号:R657.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.015

病原微生物在肠道内蓄积,可诱发肛腺脓肿或坐骨直肠窝脓肿,若不及时治疗,可上行透过肛提肌,直达骨盆直肠间隙,诱发骨盆直肠间隙脓肿。由于该解剖部位较深,感染空间充裕,细菌极易迅速繁殖,引发全身性的感染症状。治疗上以外科手术为优选方案。本研究应用切开挂线术治疗骨盆直肠间隙脓肿,取得良好临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 4 月~2016 年 4 月我院收治的 78 例骨盆直肠间隙脓肿患者为研究对象,随机分为研究组和对照组各 39 例。研究组:男 22 例,女 17 例;年龄 20~65 岁,平均年龄(45.2 ± 14.7)岁;病程 3~22 d,平均(8.4 ± 3.5) d。对照组:男 24 例,女 15 例;年龄 22~63 岁,平均年龄(44.7 ± 13.1)岁;病程 4~19 d,平均(7.9 ± 2.8) d。两组性别、年龄、病程等一般资料比较无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 经血常规、彩超及肠镜综合确诊为骨盆直肠间隙脓肿;出现程度不一的发热、肛周肿痛或坠胀;已签署知情同意书。

1.3 排除标准 合并其他肛肠疾病、急性肠梗阻、严重贫血、其他器官严重感染、肝肾功能不全、恶性肿瘤、妊娠及哺乳期妇女、精神类疾病。

1.4 方法

1.4.1 对照组 给予常规切开引流术治疗。骶管麻醉后,取截石位;于脓肿中心波动最明显处做一个弧形切口,切口需避开脓腔,首先将内部的脓汁充分排净,而后以双氧水及生理盐水交替对脓腔实施充分冲洗;若脓腔贯通了两侧坐骨直肠间隙,则应在距肛缘两侧 2.5 cm 处自前而后加作一避开坐骨结节的弧形切口,使所有切口底部互相连通;而后取球头探

针沿切口基底部向肛内谨慎探查,直至探针前端穿至肛外,探针沿切开内口与脓腔间组织分布走向,向肛窦上方延长切口,彻底将基底坏死组织切除,将切口加工成梭形,而后留置引流。

1.4.2 研究组 实施切开挂线术治疗。同样实施骶管麻醉,协助患者取能使脓肿位于后方/下方的侧卧位;用碘伏自外而内对肛周充分消毒,再对肛管内部消毒;向肛门内置入喇叭肛门镜,探寻感染病灶,一旦发现肛隐窝溢脓,即判定此处为脓肿内口;在脓肿中心波动最明显处,以肛门为中心实施长度不小于脓肿最大径的放射状梭形切口;先将戴上橡胶手套的手指探入脓腔,以手指充分分离脓腔内形成的炎性纤维,再取刮匙将脓腔内坏死组织全部清除;另一指也戴上橡胶手套,自脓腔起向原发病灶处探寻内口,将内口至外切口间的皮肤实施放射状切开;以 7 号线连接橡皮筋并系在球头探针上,引出探针及丝线,将橡皮筋收紧,内口两侧充分钳夹止血后也用 7 号丝线实施结扎;而后以双氧水及甲硝唑注射液对脓腔实施充分冲洗,以凡士林油纱条对腔体实施充分填塞,压迫止血,用敷料完成外固定。

1.5 观察指标及标准 比较两组治疗一般情况(包括手术时间、创面愈合时间、住院时间、医疗费);术后当天、术后 10 d 及术后 20 d 疼痛 VAS 评分^[1];两组术后肛瘘发生率及复发率。疗效标准^[2]:痊愈,患者肛周肿痛、坠胀、发热消失,脓肿破溃并彻底愈合,白细胞计数降至正常范围内;有效,患者肛周肿痛、坠胀、发热缓解,脓肿破溃且体积萎缩,白细胞计数降至接近正常或已正常;无效,患者肛周肿痛、坠胀、发热无明显改善,脓肿迁延不愈,白细胞计数仍然高于正常值。痊愈+有效=总有效。

1.6 统计学方法 数据处理采用 SPSS 20.0 统计学

软件,计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 研究组治疗效果明显高于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较

组别	n	痊愈(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
研究组	39	29	8	2	37(94.87)*
对照组	39	12	18	9	30(76.92)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗一般情况比较 两组手术时间及医疗费比较无显著性差异, $P > 0.05$; 研究组创面愈合时间及住院时间显著低于对照组, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗一般情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	手术时间(min)	创面愈合时间(d)	住院时间(d)	医疗费(元)
研究组	39	28.6± 3.5	7.9± 1.2*	10.6± 0.9*	4 973.2± 563.1
对照组	39	27.1± 4.2	19.6± 3.7	23.4± 2.1	4 826.9± 422.7

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组 VAS 疼痛评分比较 研究组术后当日及术后 10 d 疼痛评分显著低于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$; 两组术后 20 d 疼痛评分无显著性差异, $P > 0.05$ 。见表 3。

表 3 两组 VAS 疼痛评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后当日	术后 10 d	术后 20 d
研究组	39	6.4± 1.5*	3.1± 0.6*	1.2± 0.5
对照组	39	8.7± 2.3	5.9± 2.8	2.1± 1.7

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.4 两组术后肛瘘发生率及复发率比较 研究组肛瘘发生率及骨盆直肠间隙脓肿复发率显著低于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 4。

表 4 两组术后肛瘘发生率及复发率比较[例(%)]

组别	n	肛瘘发生	脓肿复发
研究组	39	1(2.56)*	2(5.13)*
对照组	39	10(25.64)	14(35.90)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

临床上肛周脓肿发病率较高,一旦恶化为骨盆直肠间隙脓肿,病灶处大量细菌滋生,引发炎症反应,可对骶前神经造成病理性刺激,诱发腰骶部疼痛、排尿困难、肛周坠胀、发热等症状^[3]。同时,巨大的脓肿还可压迫直肠壁,导致直肠壁水肿,诱发排便困难。若不及时治疗,容易诱发全身性严重感染,导

致败血症的发生。

传统的切开引流术系在肛旁皮肤处切开并人工造口,持续将脓液引流至体外,待炎性物质排空后促进病灶管道和囊腔纤维化,最终治愈本病^[4]。该术式需将肛门内括约肌及肛提肌分开,深达直肠周围间隙以开辟引流路径,手术创伤显著,且术后因需长时间引流,反复换药,恢复缓慢,术后疼痛明显。更重要的是,通过手术人工制造了一个外瘘口,很可能对肛门括约肌造成损伤,术后遗留肛瘘症状风险大,甚至诱发永久性大便失禁,严重影响患者身心健康^[5]。

切开挂线术与切开引流术相比,具有如下临床优势:(1)该术式能够一期治愈,避免切开引流术患者肛瘘形成后再实施二次手术^[6-8],极大降低患者痛苦及医疗支出;(2)挂在直肠内的橡皮筋引流效果好,同时能够缓慢持续性地对肛门括约肌施加切开勒割力,避免切开引流术中粗暴地切开肛门括约肌;(3)对正常组织破坏小,术后疼痛小;(4)使脓腔自基底部发生愈合,术后瘢痕小,极大保障了患者术后肛门功能。

本研究结果显示,研究组临床疗效明显高于对照组,创面愈合时间、住院时间、术后当日及术后 10 d 疼痛评分显著低于对照组($P < 0.05$),且研究组术后肛瘘发生率及复发率也较对照组低。说明切开挂线术治疗骨盆直肠间隙脓肿可有效促进患者恢复,减轻术后疼痛,降低术后并发症及术后复发情况。综上所述,切开挂线术治疗骨盆直肠间隙脓肿疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1]刘美景.切开挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿临床分析[J].吉林医学,2013,34(23):4677-4678
[2]蔡颖畅.挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿的比较分析[J].中国医药指南,2013,11(22):491-492
[3]蒋进广,王猛,陈娟,等.改良 I 期切开挂线引流术治疗高位肛周脓肿 24 例疗效观察[J].结直肠肛门外科,2012,18(3):194-195
[4]王军.切开引流挂线术与单纯切开引流术治疗肛周脓肿的临床疗效研究[J].中国卫生产业,2013,8(5):3-4
[5]张学军,周延美.一期切开根治术治疗肛周脓肿 30 例临床观察[J].中国社区医师:医学专业,2013,15(2):70-71
[6]黄卫新.切开引流挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿的对比研究[J].黑龙江医学,2013,37(9):805-806
[7]赵高超.一期切开挂线术治疗肛周脓肿 120 例[J].中国现代普通外科进展,2012,15(11):909-910
[8]韩元和,樊志宽,胡二乐.切开引流挂线术治疗 63 例肛周脓肿临床体会[J].长治医学院学报,2012,26(4):268-269

(收稿日期: 2017-04-27)