

腔内置管负压引流术与切开引流挂线术对高位肛周脓肿术后疼痛及康复的影响比较

刘旭升

(河南省息县中医院普外科 息县 464399)

摘要:目的:探讨对高位肛周脓肿行腔内置管负压引流术与切开引流挂线术治疗效果比较。方法:选取 2018 年 1 月~2020 年 2 月收治的高位肛周脓肿患者 90 例,按随机数字表法分为治疗组和对照组,各 45 例。治疗组行腔内置管负压引流治疗,对照组行切开引流挂线术治疗。对比两组围术期指标、术后并发症发生情况、恢复情况。结果:两组手术时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗组创面长度、住院时间、术中失血量、创面愈合时间、残留瘢痕面积、术后复发率、肛门功能评分、术后疼痛程度均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);术后,两组并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:高位肛周脓肿行腔内置管负压引流术治疗与切开引流挂线术安全性相当,但前者具有创伤小、出血少、瘢痕小、疼痛轻、住院时间短等优点,能够改善肛门功能。

关键词:高位肛周脓肿;切开引流挂线术;腔内置管负压引流术;肛门功能

中图分类号:R657.14

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.06.014

肛周脓肿是由于肛管直肠周围间隙急性慢性化脓感染所致,在肛肠科较为常见,剧烈疼痛为主要表现,对患者正常工作和生活造成严重影响。因高位肛周脓肿存在较大的脓腔,受纤维间隔影响被分成多个腔室,易诱发中毒性休克等,是肛周脓肿的治疗难点^[1-2]。切开引流挂线术的作用机理为异物刺激、慢性切割等,对肛周脓肿治疗能够一次性根治,是肛周脓肿治疗的有效术式,但部分患者术后易出现肛门功能失常、疼痛难忍等不良反应,影响病情恢复^[3-4]。腔内置管负压引流术切口小,能够改善局部血液供应,控制周围毛细血管壁的通透性,创面愈合速度较快,利于患者病情早日康复,逐渐应用于临床。本研究旨在分析高位肛周脓肿患者行腔内置管负压引流术与切开引流挂线术治疗效果,以期指导临床制定更适宜的治疗方式。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2018 年 1 月~2020 年 2 月收治的 90 例高位肛周脓肿患者,按随机数字表法分为治疗组和对照组,各 45 例。治疗组男 24 例,女 21 例;年龄 28~65 岁,平均(52.31±3.15)岁;病程 4~18 d,平均病程(10.14±1.98) d。对照组男 29 例,女 16 例;年龄 25~67 岁,平均(52.24±3.07)岁;病程 3~17 d,平均病程(10.09±1.90) d。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入组标准 纳入标准:符合高位肛周脓肿相关诊断标准^[5];年龄>18 岁;凝血功能正常;签署知情同意书。排除标准:免疫系统疾病;精神疾患;严重感染;合并恶性肿瘤;肝肾功能不全;肛门形态畸形;血液系统疾病。

1.3 治疗方法 两组手术由同一组医生操作,行硬膜外麻醉,术前直结肠腔内超声检查,明确脓肿与括约肌关系及其大小、位置。治疗组行腔内置管负压引流术,取侧卧位。(1)多间隙深部脓肿:在脓肿下方或波动最明显处在做一 2~3 cm 弧形切口,沿外括约肌操作;钝性分离脓腔至脓腔顶端,脓液引出,对脓腔内筋膜间隔分离,将坏死组织清除;食指探入肛内寻找内口,用 3%双氧水冲洗脓腔,切除内口炎性组织,虚挂橡皮筋,经切口置入双腔导尿管,确保其头端位于脓腔顶端 1 cm 位置,引流管置入、固定,与负压吸引器相连,将切口缝合,创面用无菌敷料覆盖。(2)骨盆直结肠间隙脓肿:做一放射状小切口于肿物波动最明显处,长度为 1~2 cm,钝性分离脓腔内纤维间隔,其余操作与多间隙深部脓肿相同。(3)高位括约肌间脓肿:于脓肿下方距肛缘约 2 cm 处作一弧形切口,长度为 2~3 cm 切口,沿外括约肌操作,脓腔用血管钳撑开,将脓液引出,清理坏死组织,其余操作同多间隙深部脓肿。对照组行切开引流挂线术,取截石位,于肛缘外侧脓肿波动最显著部位做一切口,呈放射状,保护肛门括约肌,插入血管钳,引出脓液。食指探入分离脓腔纤维隔,修剪切口,冲洗脓腔(3%双氧水),将探针经切口探入,经内口处穿出。打开脓腔,清除坏死组织,退出探针,引入橡皮筋,挂浮线,将脓壁和内口周围坏死组织清除,修剪创面,确认无出血点后,填塞凡士林纱条。术后两组均常规静脉滴注抗生素 3~5 d,隔日换药,创面切勿用力擦拭,便后坐浴。

1.4 观察指标 (1)对比两组手术时间、创面长度、住院时间、术中失血量等围术期指标。(2)对比两组残留瘢痕面积、肛门功能、创面愈合时间、术后 1 周

疼痛程度、术后 6 个月复发情况等术后恢复情况。肛门功能以 Wexner 便秘评分评估,包括病程、大便次数、排便困难、协助排便、排空、疼痛、排便时间、24 h 内排便失败次数等,按严重程度计 0~4 分,其中协助排便计 0~2 分,分值越高则肛门功能越差。(3)对比两组并发症发生情况,包括术后尿潴留、肛门坠胀、切口感染、创面渗血等。

1.5 统计学方法 应用 SPSS21.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 *t* 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 两组围术期指标比较 两组手术时间比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗组创面长度、住院时间、术中失血量低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组围术期指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	手术时间 (min)	创面长度 (cm)	术中失血量 (ml)	住院时间 (d)
对照组	45	30.26± 7.65	6.68± 1.67	20.10± 5.48	13.54± 4.07
治疗组	45	32.78± 7.14	4.31± 0.79	12.31± 4.26	10.23± 3.24
<i>t</i>		1.616	8.606	7.529	4.268
<i>P</i>		0.110	0.000	0.000	0.000

2.2 两组术后恢复情况比较 术后治疗组复发率为 6.67% (3/45), 低于对照组的 26.67% (12/45), 差异有统计学意义 ($\chi^2=6.480, P=0.011$);治疗组创面愈合时间、残留瘢痕面积、肛门功能、术后疼痛程度均优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后恢复情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	残留瘢痕面积 (cm ²)	创面愈合时间 (d)	肛门功能 (分)	术后疼痛程度 (分)
对照组	45	7.78± 0.89	14.41± 4.07	1.32± 0.24	4.75± 1.58
治疗组	45	5.17± 0.62	10.31± 3.24	0.71± 0.19	3.26± 1.14
<i>t</i>		16.142	5.287	13.368	5.130
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组并发症发生情况比较 治疗组术后出现肛门坠胀 3 例,尿潴留 1 例,切口感染 1 例,并发症发生率为 11.11% (5/45);对照组术后出现肛门坠胀 4 例,尿潴留 1 例,切口感染 4 例,创面渗血 1 例,并发症发生率为 22.22% (10/45), 差异无统计学意义 ($\chi^2=2.000, P=0.157$)。

3 讨论

切开引流挂线术是临床治疗肛周脓肿的有效术式,能够将内口周围坏死组织彻底清除,改善临床症状,减轻患者痛苦^[6]。但因术后存在较大创面,肛门内外括约肌完整性会受到不同程度破坏,影响肛门

功能恢复^[7-8]。因高位肛周脓肿侵犯范围大、位置深,治疗难度相对较大,因此需寻求一种在根治脓肿的基础上改善患者肛门功能且疼痛轻微的术式。

本研究结果显示,治疗组术后并发症发生率和手术时间与对照组比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗组创面长度、术中失血量、住院时间、术后复发率、疼痛程度、残留瘢痕面积、肛门功能评分、创面愈合时间均优于对照组 ($P < 0.05$)。这表明腔内置管负压引流术治疗具有出血少、瘢痕小、创伤小、疼痛轻、住院时间短等优点,治疗高位肛周脓肿效果较好,能够改善肛门功能。腔内置管负压引流术中是按照脓肿类型、部位选择手术入路,取括约肌外或括约肌内实施手术,能够防止损伤括约肌,促进术后肛门功能恢复;术中腔内置管流管不会受到体位、时间限制,可充分排出各处坏死组织和渗出液,避免腔管堵塞,减少炎性分泌物,为创面愈合提供有利条件,还能实现各腔室的有效引流,减少肛痿、肛周脓肿复发等情况发生。腔内置管负压引流术还能够改善局部血供,抑制菌群生长;引流管会对创面形成刺激而产生渗液,能够对创面坏死组织发挥清除作用,利于脓腔闭合、肉芽生长,加快创面愈合速度^[9-10]。

综上所述,与切开引流挂线术治疗相比,腔内置管负压引流术高位肛周脓肿创伤相对较小,能够减少失血量,疼痛程度相对较轻,减小术后瘢痕面积,且利于改善肛门功能,缩短术后住院时间。

参考文献

[1]葛强,韦兰,田颖.直肠腔内超声引导下高位括约肌间肛周脓肿改良切开置管引流术对括约肌的保护效果[J].中国临床研究,2019,32(5):589-592,596.
 [2]张仁豹.切开挂线术与切开引流术治疗高位马蹄型肛周脓肿的临床分析[J].山西医药杂志,2017,46(8):918-920.
 [3]孙小君,张颖,汪小璿,等.封闭负压引流术联合康复新液治疗高位肛周脓肿疗效观察[J].中国中医急症,2017,26(10):1831-1833.
 [4]黄仁燕,郑德,徐菲,等.经直肠超声引导下穿刺置管引流治疗高位肛周脓肿的临床观察[J].第二军医大学学报,2018,39(11):1230-1234.
 [5]宋顺心.美国结直肠外科医师学会肛周脓肿、肛痿和直肠阴道瘘临床诊治指南[J].中华胃肠外科杂志,2017,20(12):1437-1439.
 [6]杨军,沈文龙.内口清除肌间置管对口引流术治疗高位肛周脓肿 68 例临床观察[J].结直肠肛门外科,2017,23(3):390-392.
 [7]尹璐,梁宏涛,姚一博,等.置管引流联合负压吸引治疗高位复杂性肛痿的临床效果研究[J].结直肠肛门外科,2019,25(1):13-18.
 [8]刘纪锋,姚健,王顺和,等.保留肛窦微创置管冲洗引流治疗肛周脓肿的可行性研究[J].西部医学,2017,29(7):970-973,981.
 [9]王传思,谢瀚祥,姚磊,等.高位肛周脓肿患者负压封闭引流前后血清 TGF- β 、EGF 水平变化及意义[J].山东医药,2018,58(42):80-82.
 [10]张宸,林晖,孙健,等.超声引导下置管引流术治疗高位肛周脓肿对照临床观察研究[J].中国中西医结合外科杂志,2019,25(5):683-687.