

经肛括约肌间切开术合拖线引流术治疗肛周脓肿的临床研究

谢昌营¹ 林申奇^{2#} 梁卫春³ 肖慧荣¹ 胡律江¹

(1 江西中医药大学附属医院 南昌 330006; 2 江西中医药大学 南昌 330004;

3 江西省南昌市新建区人民医院 南昌 330100)

摘要:目的:观察经肛括约肌间切开术合拖线引流术治疗肛周脓肿的临床疗效。方法:将 2019 年 6 月~2020 年 6 月收治的 40 例括约肌间马蹄形肛周脓肿患者随机分为治疗组和对照组,每组 20 例。对照组采用肛周脓肿切开挂线术治疗,治疗组采用经肛括约肌间切开术合拖线引流术治疗。对比两组临床疗效、术后肛门功能评分、并发症评分、创面愈合时间及术后复发率。结果:治疗组总有效率为 95%,略优于对照组的 90%($P>0.05$);治疗组术后肛门疼痛、创面渗出物评分低于对照组,肛门功能评分优于对照组,创面愈合时间短于对照组,复发率低于对照组($P<0.05$)。结论:采用经肛括约肌间切开术合拖线引流术治疗括约肌间马蹄形肛周脓肿患者,疗效满意,具有恢复快、疼痛轻、渗出少、损伤小、复发率低等优点。

关键词:肛周脓肿;经肛括约肌间切开;拖线引流

中图分类号:R657.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.013

肛周脓肿是发生在肛门直肠周围间隙的急性化脓性感染,属于肛肠科的急症^[1]。传统手术方法创伤较大,愈合时间较长,容易损伤肛门功能^[2]。鉴于此,本研究采用经肛括约肌间切开术合拖线引流术治疗括约肌间马蹄形肛周脓肿,疗效显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取江西中医药大学附属医院肛肠科 2019 年 6 月~2020 年 6 月收治的肛周脓肿患者 40 例为研究对象,患者根据临床诊断及肛周磁共振检查确诊为括约肌间马蹄形肛周脓肿。采用随机数字表法,即列出流水号为 1~40 所对应的治疗分配表,按受试者就诊时间的先后随机将其分入对照组和治疗组,各 20 例。治疗组男 11 例,女 9 例;年龄 19~58 岁,平均(31.0±2.5)岁;病程 2~10 d,平均(4.0±0.9)d。对照组男 12 例,女 8 例;年龄 18~75 岁,平均(32.0±2.3)岁;病程 3~9 d,平均(4.0±0.8)d。经统计学分析,两组患者一般资料无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准及纳入标准 (1)诊断标准:参照《中医病证诊断疗效标准》中有关肛周脓肿的诊断标准^[3]。括约肌间马蹄形肛周脓肿是指内外括约肌间并双侧坐骨和骨盆直肠间隙脓肿。(2)纳入标准:符合上述诊断标准的括约肌间马蹄形肛周脓肿住院手术患者;年龄 18~70 周岁者;无明显手术禁忌证者。

1.3 治疗方法

1.3.1 术前准备 所有患者行肛周磁共振检查以明确内口位置及脓腔范围;术晨排净大便,不能排净大便者给予生理盐水 1 000 ml 清洁灌肠 1 次;腰麻取效后,手术取侧卧位,常规肛门直肠消毒,置无菌巾,碘伏棉球消毒直肠中下段。

1.3.2 对照组 采用切开挂线术治疗。手术操作及步骤:(1)在脓肿波动明显处切开排脓,用探针或小弯钳探通内口,电刀沿探针切开皮肤、皮下组织及部分内括约肌,弯止血钳从主切口探入,从其顶端探出,置入橡皮筋,将橡皮筋扎紧,10 号线固定橡皮筋的底端。(2)刮勺刮除腔内腐败组织,修剪创面成梭形,彻底止血,油纱条覆盖创面,适量敷料包扎。

1.3.3 治疗组 采用经肛括约肌间切开术合拖线引流术治疗。手术操作及步骤:(1)切开排脓。在括约肌间附近作一弧形切口,食指钝性分离脓腔隔,弯止血钳探入至脓腔顶端探出,电刀沿着弯止血钳切开脓腔组织至其顶端,电刀彻底止血,刮除脓腔内腐败组织。修剪创缘至引流通畅。(2)拖线引流。探针从主切口探入,从两侧相应的脓腔组织探出,分别作一梭形切口,在主切口及一侧切口之间置入 5~10 根 10 号线以引流,同法处理另一侧脓腔。(3)彻底创面止血,油纱条覆盖创面,适量敷料包扎。

1.3.4 术后创面处理 术后第 2 天给予两组患者肛门洗剂熏洗 1 次后换药,每天换药 1 次。治疗组患者主切口用甲硝唑氯化钠注射液清洗后,将拖线拉出,擦去拖线上的脓腐组织,油纱条外敷创面;对照组予以稀碘伏冲洗,油纱条外敷创面。

1.4 观察指标 (1)临床疗效。参考《中医病证诊断疗效标准》制定肛周脓肿的疗效评定标准,30 d 后根据创口愈合情况判断临床疗效。治愈:伤口愈合,临床症状消失;有效:病灶或伤口缩小,临床症状改善;无效:临床症状及体征均无变化。(2)术后肛门功能评分。术后第 6 周和第 8 周以复查或电话回访形式进行评价,肛门功能评分采用 Wexner 评分法,肛门失禁的严重程度用分值高低来区分,0 分为正常,20

通信作者:林申奇, E-mail: 181276342@qq.com

分为完全性肛门失禁。(3)术后并发症评分。观察术后 1 d、8 d、15 d、23 d 肛门疼痛、创面渗出物评分。肛门疼痛:术后肛门疼痛情况采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)评价。无:无痛,计 0 分;轻度疼痛:不影响睡眠,计 0~3 分;中度疼痛:轻度影响睡眠,计 4~6 分;重度疼痛:疼痛剧烈导致从睡眠中痛醒或不能睡眠,计 7~10 分。创面渗出物评分:15 分,超大量分泌物,渗出多,12 h 8 块及以上敷料被局部浸透;10 分,大量分泌物,12 h 4 块及以上敷料被局部浸透;5 分,中等分泌物,12 h 3 块敷料被局部浸透;0 分,少量分泌物,12 h 2 块及 2 块以下被局部浸透。(4)对比两组创面愈合时间:观察创面完全上皮化愈合所需天数。(5)复发率:3 个月后,常规肛检和肛周磁共振检查以明确是否复发和形成肛瘘。

1.5 统计学方法 所有数据均采用 SPSS19.0 统计学软件进行分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组总有效率为 95%,略优于对照组的 90%,但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	治愈(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
对照组	20	14	4	2	90
治疗组	20	15	4	1	95

2.2 两组术后肛门功能评分比较 治疗组术后第 6 周、第 8 周肛门功能评分低于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后肛门功能评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	第 6 周	第 8 周
对照组	20	8.0 ± 0.6	6.0 ± 0.2
治疗组	20	2.0 ± 0.3	1.0 ± 0.1

2.3 两组并发症评分比较 治疗组术后肛门疼痛、创面渗出物评分低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组并发症评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	肛门疼痛				创面渗出物			
		术后 1 d	术后 8 d	术后 15 d	术后 23 d	术后 1 d	术后 8 d	术后 15 d	术后 23 d
对照组	20	8.0 ± 0.3	7.0 ± 0.1	6.0 ± 0.2	5.0 ± 0.1	14.0 ± 0.3	12.0 ± 0.4	9.0 ± 0.1	6.0 ± 0.5
治疗组	20	3.0 ± 0.1	2.0 ± 0.3	1.0 ± 0.4	1.0 ± 0.3	9.0 ± 0.3	7.0 ± 0.4	3.0 ± 0.1	1.0 ± 0.5

2.4 两组创面愈合时间比较 治疗组创面愈合时间为 (29.0 ± 1.2) d,短于对照组的 (41.0 ± 3.5) d,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.5 两组复发率比较 3 个月后随访,治疗组复发率 5%,明显低于对照组的 15%,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

括约肌间脓肿经肛管或直肠前后浅深间隙扩散至双侧坐骨或骨盆直肠间隙而形成马蹄形括约肌间肛周脓肿,该病占肛周脓肿发生率的 15%^[4]。切开引流术是肛周脓肿治疗的主要方法,但术后脓肿复发及瘘管形成率较高^[5]。

在马蹄形肛周脓肿中,绝大部分脓肿经括约肌间隙向两侧播散^[6],因此经括约肌间入路治疗马蹄形肛周脓肿是目前主流的手术方式。Grag^[7]归纳总结前人经验,提出了经肛括约肌间切开术(TROPIS),切开内括约肌至脓腔顶端,不损伤外括约肌。Teoule 等^[8]采用 TROPIS 手术治疗高位脓肿,治愈率达 94.5%,可以明显降低术后并发症。

马蹄形肛周脓肿存在多个肛周间隙的感染,传统一次性切开存在组织损伤多、恢复慢等缺点。拖

线引流术是基于“顾式外科”的隧道式拖线术,借助中医学“腐脱新生、药线引流、挂线疗法”理论,术中 将脓腔充分清除,利用丝线引流,达到以“以线为刀”的效果^[9]。该术式具有可降低复发率和减少并发症等优点^[10]。

经肛括约肌间切开术合拖线引流术治疗括约肌间马蹄形肛周脓肿体现了中西医结合的优势,具有以下优点:(1)经肛括约肌间切开术切开内括约肌,显露括约肌间隙,解决了肛周脓肿感染源和传播途径的问题;(2)拖线引流术发扬中医理论,减少了多切口或大切口对组织的损伤,解决了肛周脓肿多间隙感染的问题。

本研究结果显示,治疗组总有效率为 95%,略优于对照组的 90%,但差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗组术后肛门疼痛、创面渗出物评分低于对照组,肛门功能评分优于对照组,创面愈合时间短于对照组,复发率低于对照组 ($P < 0.05$)。综上所述,采用经肛括约肌间切开术合拖线引流术治疗括约肌间马蹄形肛周脓肿临床效果满意,具有恢复快、疼痛轻、渗出少、损伤小、复发率低等优点,是治疗肛周脓肿更加新颖、有效、实用的方法。(下转第 79 页)

2.2 两组肾功能指标对比 术前两组血 Cys-C、NGAL 水平对比,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 12 h RLIP 组血 Cys-C、NGAL 水平同术前对比,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 12 h PCNL 组血 Cys-C、NGAL 水平较术前明显升高($P<0.05$),术后 12 h 血 Cys-C、NGAL 水平 RLIP 组低于 PCNL 组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组肾功能指标对比($\mu\text{g/L}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	Cys-C		NGAL	
		术前	术后 12 h	术前	术后 12 h
RLIP 组	59	501.72±78.35	507.24±79.95*	3.48±0.51	3.64±0.55*
PCNL 组	59	498.24±79.29	636.57±86.43*	3.36±0.54	4.57±0.93*
t		0.240	8.437	1.241	6.612
P		0.811	<0.001	0.217	<0.001

注:与同组术前对比,* $P<0.05$;术后 12 h 与 PCNL 组比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组并发症发生情况比较 术后 RLIP 组出现发热 1 例,尿路感染 1 例,并发症总发生率为 3.39% (2/59);PCNL 组出现发热 6 例,尿路感染 4 例,并发症总发生率为 16.95% (10/59);RLIP 组并发症总发生率低于 PCNL 组($\chi^2=5.937$, $P=0.015$)。

3 讨论

肾盂结石为临床泌尿外科常见疾病,我国为肾结石高发区域,青壮年男性是多发群体,其病因较为复杂,与饮食结构及成分、机体代谢异常等多种因素相关,腹胀、血尿、腰腹部绞痛是肾盂结石患者主要临床表现,严重影响患者生活质量^[3-4]。

PCNL 为临床针对肾盂单发结石患者常用治疗手段,但由于术中通道需通过肾皮质,易对其产生一定损伤,进而会对肾功能造成一定影响^[5]。与 PCNL 治疗肾盂单发结石患者相比,RLIP 具有以下几点优势:(1)术中仅需切开肾盂,取石后放置输尿管支架管,进而避免对肾实质造成损伤,可有效保护患者肾脏功能。本研究结果显示,术后 12 h RLIP 组血 Cys-C、NGAL 水平同术前对比,差异无统计学意义($P>0.05$),而 PCNL 组血 Cys-C、NGAL 水平较术

前明显升高($P<0.05$),术后 12 h 血 Cys-C、NGAL 水平 RLIP 组低于 PCNL 组($P<0.05$)。由此可见,RLIP 治疗肾盂单发结石患者更能有效保护肾脏功能。(2)术中可依照结石位置、大小等情况适当将切口延长,促使结石充分显露,更利于观察肾盂内结石残留情况,在取石后对可疑残留小结石以生理盐水反复冲洗,进而有效减少结石残留,提高结石清除效果。本研究结果显示,RLIP 组术后 1 周、4 周结石清除率较 PCNL 组高($P<0.05$)。说明 RLIP 治疗肾盂单发结石患者能有效清除结石。(3)术中建立 CO_2 气腹,可有效避免反流现象发生,进而预防大量细菌进入血液,从而减少并发症发生。本研究结果显示,RLIP 组并发症总发生率为 3.39%,低于 PCNL 组的 16.95% ($P<0.05$)。说明 RLIP 治疗肾盂单发结石患者在减少并发症发生方面更具优势,安全性更高。本研究结果显示,RLIP 组手术时间长于 PCNL 组($P<0.05$),分析原因可能与手术操作步骤相对较多、较为繁琐有关。RLIP 时需注意,RLIP 治疗效果易受到不同术者技术影响,学习曲线相对较长,对术者要求较高。

参考文献

- [1]廖国栋,俞蔚文,章越龙,等.超微经皮肾镜和输尿管软镜在治疗肾结石中的感染控制及疗效的对比研究[J].中华医院感染学杂志,2017,27(11):2543-2546.
- [2]廖高源,骆华.经输尿管建立不同通道结合钬激光治疗较大肾盂结石的疗效观察[J].中国性科学,2019,28(3):41-44.
- [3]周进,王康儿,李臻,等.后腹腔镜肾盂切开取石术对肾盂单发结石的疗效及安全性分析[J].中国内镜杂志,2019,25(4):43-48.
- [4]毕学成,刘久敏,蒲小勇,等.后腹腔镜肾盂切开取石术和经皮肾镜取石术治疗肾盂结石的疗效比较[J].中华泌尿外科杂志,2017,38(2):92-94.
- [5]蒲小勇,刘久敏,毕学成,等.腹腔镜肾盂切开取石术与经皮肾镜碎石取石术在大于 2.5 cm 肾盂结石处理中的临床效果比较[J].南方医科大学学报,2017,37(2):251-255.

(收稿日期:2020-09-20)

(上接第 32 页)

参考文献

- [1]韩林,孙登群.肛周脓肿诊治的相关临床进展[J].中外医学研究,2020,18(32):180-182.
- [2]皇甫少华,江滨,丁义江,等.括约肌间入路内口挂线加脓腔对口引流术治疗马蹄形肛周脓肿 24 例[J].世界华人消化杂志,2016,24(7):1128-1133.
- [3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:332.
- [4]Rosen SA,Colquhoun P,Efron J,et al.Horseshoe abscesses and fistulas:how are we doing?[J].Surg Innov,2006,13(1):17-21.
- [5]Mocanu V,Dang JT,Ladak F,et al.Antibiotic use in prevention of anal fistulas following incision and drainage of anorectal abscesses:A systematic review and meta-analysis [J].Am J Surg,2019,217(5):

910-917.

- [6]姜朋朋,周东风.肛周脓肿的病因学浅析[J].临床普外科电子杂志,2017,5(3):40-46.
- [7]Grag P.Transanal opening of intersphincteric space (TROPIS) -a new procedure to treat high complex anal fistula [J].Int J Surg,2017,40:130-134.
- [8]Téoule P,Seyfried S,Joos A,et al.Management of retrorectal supralelevator abscess-results of a large cohort [J].Int J Colorectal Dis,2018,33(11):1589-1594.
- [9]世界中医药学会联合会肛肠病专业委员会.肛瘘拖线疗法临床实践指南(2019)[J].结直肠肛门外科,2020,26(1):1-4.
- [10]郭锦.隧道式拖线术对高位后马蹄形肛周脓肿的疗效及 Wexner 量表积分的影响[J].社区医学杂志,2018,16(2):33-34.

(收稿日期:2021-02-07)