



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.09.030
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract4042.shtml

· 临床报道 ·

手术切开引流对肛周脓肿患者肛瘘形成的防治效果

谢永俊, 常家聪

(安徽医科大学第一临床学院 普通外科, 安徽 合肥 230031)

摘要

目的: 分析手术切开引流对肛周脓肿肛瘘形成的防治效果。

方法: 回顾性分析 2011 年 5 月 -2013 年 3 月期间收治的 86 例肛周脓肿患者的临床资料, 将其随机分成观察组和对照组两组, 观察组采用一次性手术切开引流挂线术, 对照组采用常规的脓肿切开引流术; 比较两组治疗后脓肿复发率与肛瘘形成情况。

结果: 观察组的脓肿复发率为 2.3%, 肛瘘形成率为 4.7%; 明显低于对照组的 16.3% 与 34.9%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组临床治疗总有效率为 100%, 对照组患者为 95.3%, 两组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

结论: 运用一次性手术切开引流挂线术治疗肛周脓肿, 治疗效果好且疗程短, 可有效避免肛瘘形成, 降低手术后脓肿复发率, 值得临床推广使用。 [中国普通外科杂志, 2014, 23(9):1299-1302]

关键词

肛腺肿瘤 / 外科学; 引流术 / 方法; 引流挂线术; 肛瘘 / 预防和控制

中图分类号: R657.1

肛周脓肿是临床常见的肛管直肠疾病, 脓肿溃烂或者切开引流之后常会形成肛瘘。脓肿是肛管直肠周围炎症的急性期表现, 肛瘘是其慢性期表现, 约占肛门脓肿患者的 95%~97%^[1]。常规的脓肿切开引流术, 不但会让患者异常痛苦, 还增加了医疗费用^[2]。我院近年来采用一次性手术切开引流挂线术治疗肛周脓肿患者, 疗效显著, 现临床报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取我院 2011 年 5 月—2013 年 3 月期间收治的 86 例肛周脓肿患者为研究对象, 所有患者均符合 2006 年人民卫生出版社出版的《丁氏肛肠病学》中的相关标准^[3], 肛周红肿热痛, 并且在红肿中央有明显的液化区, 肛周脓肿患者肛周皮肤红肿不明显, 但出现了寒战、高热、乏力及肛门疼痛等症状, 身体内白细胞、中性粒细胞总数明显升高。

排除: 肛周脓肿却未化脓的患者; 合并有严重的肝肾功能异常、心脑血管疾病患者; 有糖尿病病史以及凝血功能障碍患者及孕妇等。按照 86 例患者住院顺序的不同将其分成观察组和对照组两组, 每组各 43 例, 两组患者的一般资料表 1 所示, 一般资料比较无统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。分期手术治疗的患者: (1) 多处切断肛门外括约肌。在肛瘘治疗中, 切口一般以肛门为中心, 切口呈辐射状的切断瘘管表面的括约肌。在需要切断肛门外括约肌时, 必须横行切断外括约肌, 禁止斜行切断, 以免损伤过多的肌纤维。(2) 无限制地损伤肛管直肠环。肛管直肠环是维持肛门功能的最重要的肌肉复合体。如果没有限制地损伤它, 或不是正确地处理之, 将造成不可避免的肛门失禁。因此, 若瘘管穿越外括约肌深部以上而手术无法避免损伤肛管直肠环时, 不能轻易处理。除上述两种情况之外其余患者均适合采用一期手术。

表 1 两组患者一般资料比较 (n=43)

| 组别 | 男/女 (n) | 年龄 (岁) | 病程 (d) | 肛门周围 皮下脓肿 | 直肠后间 隙脓肿 | 坐骨直肠 窝脓肿 |
|-----|------------|-----------|-----------|--------------|-------------|-------------|
| 对照组 | 28/15 | 21~58 | 3~14 | 22 | 11 | 10 |
| 观察组 | 29/14 | 22~61 | 3~15 | 23 | 12 | 8 |
| P | >0.05 | >0.05 | >0.05 | >0.05 | >0.05 | >0.05 |

收稿日期: 2014-01-09; 修订日期: 2014-05-30。

作者简介: 谢永俊, 安徽医科大学第一临床学院硕士研究生, 主要从事肛肠外科方面的研究。

通信作者: 常家聪, Email: changjiacong@163.com

1.2 治疗方法

给予对照组采用常规的脓肿切开引流术,在脓肿波动明显位置行放射状切口或者弧形切口,其长度依据脓肿直径大小而定,切开患者皮肤与皮下组织,用食指检查脓腔并且分离脓腔间隔,待充分排脓之后采用双氧水、碘伏以及生理盐水冲洗脓腔,其创口填碘伏纱布引流并且包扎。手术后口服司帕沙星与灭滴灵 7 d,每天换药直至创面愈合。观察组采用一次性手术切开引流挂线术治疗,先运用静脉麻醉加局部麻醉,选取其截石位置,在会阴部位用碘伏消毒。再用食指深入肛内,明确患者具体的脓肿部位与范围,特别应注意观察肛内是否扪或者小凹硬结。半圆肛窥下观察肛隐窝位置是否出现红肿、凹陷硬结以及溢脓等来判断内口。在脓肿波动明显的位置进行放射状切口或者弧形切口,切口的长度主要由脓肿直径大小来定,当切开皮下组织后,用食指探查脓腔、分离出脓腔间隔,待充分排脓之后采用双氧水、碘伏以及生理盐水冲洗脓腔。然后用左手食指深入肛内引导,右手持末端并且绑一橡皮条银探针,顺着切口基底向着肛内放线检查,找出内口,在已经溃烂的内口或者脓腔最薄的位置穿出银探针,经过肛内拉出探针后使橡皮条两端合拢之后牵拉,在切口位置用 7 号丝线结扎橡皮条挂线。其创口填碘伏纱布引流并且包扎,手术后口服司帕沙星与灭滴灵 7 d,每天换药直至创面愈合。

1.3 观察指标

通过 3~6 个月的随访,观察患者肛周脓肿是否复发,术后是否形成肛瘘。同时对患者临床治疗效果判定标准进行制定:患者临床症状全部消失,病灶消失,同时其创面恢复效果良好,即为痊愈;患者临床症状有所消失,病灶基本上消失,则判定为好转;患者临床症状没有任何改善,病灶没有改善,甚至出现后遗症肛瘘,则为无效。

1.4 统计学处理

数据用 SPSS 16.0 统计学软件统计分析,所得计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 脓肿复发和肛瘘形成

观察组的脓肿复发率为 2.3%,肛瘘形成率为 4.7%;明显低于对照组的 16.3% 与 34.9%,两组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$) (表 2)。

表 2 两组脓肿复发与肛瘘形成情况比较 [$n=43, n(\%)$]

| 组别 | 脓肿复发 | 肛瘘形成 |
|----------|----------|-----------|
| 对照组 | 7 (16.3) | 15 (34.9) |
| 观察组 | 1 (2.3) | 2 (4.7) |
| <i>P</i> | 0.023 | 0.001 |

2.2 临床治疗效果

观察组临床治疗总有效率为 100%,对照组为 95.3%,两组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$) (表 3)。在随访的 6~15 个月内观察组无并发肛门失禁者,对照组有 3 例出现肛门失禁并发症。

表 3 两组患者的临床治疗效果对比 [$n=43, n(\%)$]

| 组别 | 痊愈 | 好转 | 无效 | 总有效 |
|----------|-----------|---------|---------|------------|
| 对照组 | 39 (90.7) | 2 (4.7) | 2 (4.7) | 41 (95.3) |
| 观察组 | 41 (95.3) | 2 (4.7) | 0 (0) | 43 (100.0) |
| <i>P</i> | — | — | <0.05 | <0.05 |

3 讨论

3.1 肛周脓肿疾病分析

肛周脓肿是肛门直肠周围脓肿的简称,是肛肠外科的一种常见疾病,其发病原因主要是由肛腺感染蔓延引起的,发病较急,且疾病发展速度较快,故一旦确诊需要立刻实施手术治疗^[4]。常规的治疗方法是切开脓肿引流,就是先切开脓肿引流排脓,待 2~3 个月形成肛瘘之后,再实施肛瘘切除或者挂线术治疗。常规的切开脓肿治疗,手术方式简单,虽然可解除患者一时之痛,但术后复发脓肿、后遗症肛瘘的发生概率较高,常常需要进行二次手术,这种治疗方法既增加了患者痛苦,同时又延长了治疗时间,增加了医疗费用。采用一次性手术切开引流挂线术,虽然该项手术的难度较大,但效果明显,大大缩短了疗程。该治疗方法通过切开脓肿位置的皮肤实施充分引流脓液,可以快速改善患者不良症状^[5-6]。通过挂线慢性切开引流,不会促使炎症进一步扩散,同时也非常利于肉芽组织从基底部生长。其次因内口切开瘢痕愈合,在 I 期就消除了原发病灶,缩减了形成肛瘘的概率。是否可以准确找出肛周脓肿的原发病灶以及合理处理内口是防止肛周脓肿术后形成肛瘘的关键所在^[7]。其中齿状线上方的肛隐窝是肛门直肠感染的根源,因此需在齿状线上的肛隐窝处寻找内口,正确找出内口的方法有:(1)肛内触诊,即在内口所在的齿状线上方,常会触及小硬结或者凹陷,或者明显压痛。(2)半圆肛

窥检查,针对已经破溃且肛内溢脓的患者,可以采用半圆肛窥来找出原发感染内口。(3) 探针检查,针对内口没有完全破溃,并且在肛窥视下发现红肿深大的肛窦,可以用探针检查确定内口,如果探针未探通,可以在肛周脓肿切开引流之后,用食指深入浓腔,探针顺着食指指尖最薄弱的位置肛窦穿出^[8-9]。(4) 在寻找切口的过程中需要耐心、动作轻柔,切忌使用暴力,以有效预防假内口形成。一般内口位置处在齿线平面位置,按照 Goodsall 定律采用探针可很容易找出内口,同时还能够辅以注射美蓝来找出内口。脓肿病灶处于肛门横线的前方,且其内口在直对切口的肛窦上,脓肿病灶位于肛门横线后方,其内口一般在肛管后正中中线肛窦上。

3.2 如何避免肛痿形成

采用超声检查非常有利于术前全面了解肛周脓肿情况,选择合适的手术切口与手术进路,进而避免损伤括约肌从而影响肛门功能。引流切口比较大,理论上需要和脓肿直径保持同种长度,才能保证伤口引流顺畅,利于创面愈合,同时又可以充分暴露术野,以便探查时发现内口。在手术后换药时更应该加倍重视,换药能够清洁切口、确保引流通畅,尤其注意引流需要到达脓腔底部,以有效预防切口粘连,避免畸形愈合,预防痿管形成。实施该手术后患者需要侧卧睡觉,在术后第3天就可吃些流食,术后第15天嘱咐患者多吃蔬菜水果、尽量少吸烟饮酒,并定时锻炼身体,确保肛门清洁。患者每天坐浴之后需要清理其浓腔,这可以有效预防感染、避免肛痿形成^[10]。通常而言肛周脓肿分为(1) 非痿管性脓肿,这和肛窦没有关系,主要是指不后遗肛痿患者。(2) 痿管性脓肿,这主要是指肛窦肛腺感染导致最终后遗肛痿的患者。在实施一次性手术切开引流挂线术时,先要准确找出内口,然后切除正确处理是治疗的重点。在手术中填塞脓肿的凡士林纱布时更要注意紧度,不必过早拔除,一般在手术后2~3 d 拔除,以支撑浓腔壁,促使浓腔不再形成分隔。当挂线会后使用慢性切割,保证括约肌或者直肠环和周围组织产生相对应的炎性粘连,以防引发括约肌或者直肠急剧收缩,大便失禁等,于是同时还能起到连续内外引流的功效^[11]。挂线是把脓肿切口到肛门之间的皮肤切开,能避免术后肛周皮肤由于缺血而产生的剧痛。患者排便之后用热盐水坐浴,如果挂线松弛需要收紧1~2次,约脱线10 d 左右为宜。待脱线之后根据患者伤口愈合情况,在坐浴后换药,换药时需要将盐水纱布

填至创口,确保创缘皮肤不过早愈合,创面愈合合理应从深到浅愈合。

3.3 对症治疗

临床上肛周脓肿、肛窦炎、肛痿属于三种不同的疾病,需采用不同的方法治疗,比如:治疗肛窦炎常常采用抗生素、热敷及坐浴等非手术方法治疗,患者炎症能够暂且消退,但却容易复发,一旦治疗不当就很有可能再发展成为脓肿,直至肛周脓肿时,可积极采用脓肿切开引流方法,过一段时间炎症消退之后,很多患者就会形成痿管。而形成痿管之后,炎症的反复发作常常令患者苦恼不堪,为了彻底根治必须再次实行痿管切除术,这样一来不但增加患者痛苦,同时还会增加医疗费用。根据梁天伟等^[12]研究认为:实质上这三种疾病是同一种疾病发展过程中的三个不同环节,各个环节之间必然存在着一定的因果联系,具体病理演变情况可以表述为:肛窦炎→肛周脓肿→肛痿,其中肛窦炎又可以称为肛腺炎,肛腺从开始发炎到尚未发展成肛周脓肿时就需要患者特别注意,固然从发炎直至化脓这一过程患者的症状不像肛周脓肿那般明显,但如果化脓后不及时妥善治疗,就较容易破溃至周围组织,导致化脓范围扩大而形成肛周脓肿。本次研究观察组使用一次性手术切开引流挂线术治疗,可以对发炎或者化脓的肛腺、肛腺导管以及周围的管状纤维组织彻底清除,并且创口敞开,可进行充分引流。研究表明:观察组的脓肿复发率为2.3%,肛痿形成率为4.7%;明显低于对照组的16.3%与34.9%,两组间差异具有统计学意义($P<0.05$)。充分说明了采用一次性手术切开引流挂线术治疗肛周脓肿、预防肛痿形成的良好效果。

总之,运用一次性手术切开引流挂线术治疗肛周脓肿,治疗效果好且疗程短,可有效避免肛痿形成,降低手术后脓肿复发率,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] Ohana G, Salem L, Arich A, et al. Development of epidural abscess following surgical drainage of perianal abscess: report of a case[J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(3):392-394.
- [2] Buddicom E, Jamieson A, Beasley S, et al. Perianal abscess in children: aiming for optimal management[J]. ANZ J Surg, 2012, 82(1/2):60-62.
- [3] 丁义江. 丁氏肛肠病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:35.
- [4] 张文兵. 仙方活命饮配合手术引流与外科手术治疗肛周脓肿的疗效比较[J]. 中国普通外科杂志, 2012, 21(8):1045-1046.



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.09.031
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract4043.shtml

· 临床报道 ·

老年经腹直肠癌手术应用快速康复外科的临床研究

张茂申¹, 慕丽华², 孙志俭¹, 于承涛¹, 张宪祥¹, 高源¹, 胡继霖¹, 刘世松¹, 卢云¹

(青岛大学医学院附属医院黄岛院区 1. 普通外科 2. 介入医学科, 山东 青岛 266555)

摘要

目的: 探讨快速康复外科(FTS)在老年直肠癌患者围手术期的临床效果。

方法: 将78例老年直肠癌患者随机分成FTS组和对照组, 比较两组术后排气(便)时间、住院时间及费用、并发症发生率、以及白细胞(WBC)、白蛋白(ALB)、C反应蛋白(CRP)等临床指标。

结果: FTS组患者术后排气(便)时间、术后住院时间、费用明显少于对照组(均 $P<0.05$), 而术后并发症的发生并未增加($P>0.05$), FTS组患者术后第1, 3天WBC、CRP低于对照组, 而ALB明显高于对照组(均 $P<0.05$)。

结论: 在老年直肠癌切除术中应用FTS在保证不增加并发症的前提下, 可促进肠道功能更快恢复, 减轻应激及炎性反应, 加快术后康复。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(9):1302-1304]

关键词

直肠肿瘤; 快速康复外科; 老年人

中图分类号: R735.3

直肠癌是我国最常见的恶性肿瘤之一, 特别是老年直肠癌患者明显增多, 且因其多数伴有其他重要脏器或系统疾病, 致术后恢复慢, 术后并发症率高。而快速康复外科(fast-track surgery, FTS)是指在围手术期综合应用各项有效措施, 减

轻围手术期患者的生理及心理应激反应, 提高术后营养状况, 减少并发症, 以加速患者的术后康复, 缩短住院时间的一种新理念^[1]。现就我院针对老年直肠癌患者开展快速康复相关工作做一总结, 报告如下。

收稿日期: 2013-05-06; 修订日期: 2013-11-30。

作者简介: 张茂申, 青岛大学医学院附属医院黄岛院区
主治医师, 主要从事普通外科方面的研究。

通信作者: 卢云, Email: cloudyluen@126.com

1 临床资料

1.1 一般资料

2010年7月—2012年9月, 青岛大学医学院

- [5] Ezer SS, Oğuzkurt P, Ince E, et al. Perianal abscess and fistula-in-ano in children: aetiology, management and outcome[J]. J Paediatr Child Health, 2010, 46(3):92-95.
- [6] 刘金华, 陈彦, 孙静, 等. 切开对口引流挂线术治疗蹄铁型肛周脓肿52例[J]. 陕西中医, 2010, 31(11):1496-1497.
- [7] 李秀萍. 中西医结合切开挂线与单纯切开挂线治疗肛周脓肿60例的对照观察[J]. 浙江创伤外科, 2011, 16(2):183-184.
- [8] Hamadani A, Haigh PI, Liu IL, et al. Who is at risk for developing chronic anal fistula or recurrent anal sepsis after initial perianal abscess?[J]. Dis Colon Rectum, 2009, 52(2):217-221.
- [9] 罗永. 开窗置管引流加挂线术一次性根治肛周脓肿: 附214例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2011, 20(10):1146-1148.
- [10] 吕宗正, 王建明. 肛周脓肿不衍生肛瘘的一次性根治手术[J]. 山

东医学高等专科学校学报, 2010, 32(4):283-284.

[11] 李庆恩, 李春英. 一次性切开引流挂线法治疗肛周脓肿对照观察[J]. 黑龙江医药科学, 2013, 36(4):65.

[12] 梁天伟, 卢永刚, 韦义伦, 等. 一次性根治手术治疗肛周脓肿57例[J]. 中国现代普通外科进展, 2010, 13(11):890-891.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 谢永俊, 常家聪. 手术切开引流对肛周脓肿患者肛瘘形成的防治效果[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(9):1299-1302. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.09.030

Cite this article as: XIE YJ, CHANG JC. Open surgical drainage for perianal abscess: effect on prevention and treatment of anal fistula formation[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(9):1299-1302. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.09.030