

• 临床研究 •

改良一期根治术治疗肛周脓肿的临床效果分析

夏勇聪

长沙协盛医院普外科 410000

【摘要】目的 探讨改良一期根治术治疗肛周脓肿的临床效果。**方法** 回顾性分析 2018 年 3 月 1 日~2019 年 3 月 31 日我院收治的 110 例肛周脓肿患者的临床资料, 对照组 (n=55) 与观察组 (n=55) 分别采用切开排脓术和改良一期根治术治疗, 评估临床效果。**结果** 观察组治疗有效率 98.18%, 其中治愈 36 例、有效 18 例、无效 1 例; 对照组中, 无效 15 例, 总有效率 72.73%, 治愈和有效分别有 19 例、21 例。观察组患者的创面愈合时间短于对照组、VAS 评分低于对照组、SF-36 量表评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 肛周脓肿患者采用改良一期根治术治疗, 术后疼痛程度轻、创面愈合速度快, 治疗效果理想, 可予以推广。

【关键词】 肛周脓肿; 改良一期根治术; 切开排脓术**【中图分类号】** R657.15**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-3179 (2019) 03-054-02

肛周脓肿指的是肛管和直肠周围的软组织内或者周围间隙内出现脓肿以及急性化脓性感染^[1]。这是一种发病率较高的肛肠科疾病, 临床也叫做肛管直肠周围脓肿。患者主要表现为排便困难和肛门疼痛, 如果病灶破溃流脓, 还可能导致肛瘘, 对患者的日常工作和生活产生严重影响。为探讨有效的手术治疗方法, 本研究比较了切开排脓术和改良一期根治术在 110 例肛周脓肿患者中的应用效果, 现将研究情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

参与研究的 110 例肛周脓肿患者全部选自 2018 年 3 月 1 日~2019 年 3 月 31 日, 所有患者自愿签署知情同意书。对照组 55 例, 男性 42 例、女性 13 例; 年龄 23~57 岁, 平均年龄 (46.86±3.17) 岁; 病程 6~27d, 平均病程 (13.68±1.35)d; 低位肛周脓肿 37 例、高位肛周脓肿 18 例。观察组 55 例, 男性 40 例、女性 15 例; 年龄 21~55 岁, 平均年龄 (45.97±3.08) 岁; 病程 4~26d, 平均病程 (13.72±1.26)d; 低位肛周脓肿 35 例、高位肛周脓肿 20 例。两组患者的临床资料比较, 差异没有统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

切开排脓术: 术前灌肠, 术中采用局部麻醉, 取患者侧卧位, 常规消毒铺巾, 定位肛周脓肿波动或者红肿的最高点。根据肛周脓肿的特点和类型选择手术切口, 切开脓肿腔, 然后用止血钳分离其间隙, 将脓液排净, 彻底的搔刮脓肿腔内的坏死组织。创面先用双氧水, 然后再用生理盐水反复、彻底的冲洗。剪裁创面的皮肤, 扩大手术切口, 在脓肿腔内堵上凡士林油纱条, 放置引流管。

改良一期根治术: 取患者膀胱截石位或者侧卧位, 消毒, 局部麻醉, 通过 B 超检查结果和脓肿部位的术前诊断结果进行定位, 将放射状的切口作于肛周脓肿波动的最明显的部位, 用手指分离脓腔纤维隔, 促进排脓。在探针的引导下, 采用一次性切口引流低位脓肿, 切除肛窦的原发病灶, 使用双氧水或者甲硝唑注射液冲洗脓腔, 然后用碘伏纱条填塞脓腔, 技能型压迫止血。高位脓肿的患者采用双股橡皮筋虚挂线, 然后清除残留的坏死组织以及腐脓。以坏死组织的范围为依据, 作相应数量的直型或者放射状的小切口引流, 每个引流口和主切口之间使用橡皮筋进行对口引流。在确定没有活动性出血之后, 在创面填塞碘伏纱条, 然后使用无菌敷料进行加压包扎。

术后, 所有患者均遵医嘱应用抗生素, 在能够正常排便的情况下更换创口辅料。每次换药之前, 先用呋喃西林消毒创面, 再擦掉腐败的组织。同时保持引流的通畅, 避免出现假性愈合。

1.3 观察评定标准^[2]

①疗效判定标准: 治愈: 病灶彻底清除; 肛周浓重、发热、疼痛等临床症状完全消失; 创面完全愈合。有效: 病灶清除; 临床症状明显改善。无效: 病灶依然存在; 各项临床症状没有明显减轻。总有效率 = 治愈率 + 有效率。②通过视觉模拟评分法 (VAS) 评估患者的术后疼痛程度, 评分区间 0~10 分, 分别表示无痛和剧烈疼痛, 评分越低说明疼痛越轻。③通过简明健康状况量表 (SF-36) 评估术后 1 个月患者的生活质量, 包括情感功能、生理机能、社会功能、心理状况等维度。满分 100 分, 评分越高说明生活质量越好。④比较创面愈合时间。

1.4 统计学方法

本研究应用 SPSS19.0 统计学软件进行处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较

观察组、对照组的治療有效率分别为 98.18%、72.73%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 1 所示。

表 1: 两组患者的临床疗效比较 (n, %)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率
观察组	55	36 (65.45)	18 (32.73)	1 (1.82)	98.18%
对照组	55	19 (34.55)	21 (38.18)	15 (27.27)	72.73%
χ^2					6.48
P					< 0.05

2.2 两组患者的相关指标比较

表 2: 两组患者的相关指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	VAS 评分 (分)	SF-36 评分 (分)	创面愈合时间 (d)
观察组	55	3.98±1.06	90.25±1.76	15.28±2.07
对照组	55	7.74±1.29	80.34±2.18	22.03±2.68
t		10.7692	12.3758	11.6439
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05

观察组患者的 VAS 评分、SF-36 评分和创面愈合时间三项指标均显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$),

如表 2 所示。

3 讨论

肛周脓肿是一种发病率较高的肛肠科疾病,而且容易复发和出现各类并发症,切开排脓术是传统治疗方法,但临床疗效一般,而且需要经过 2~3 个月形成肛瘘之后再处理内口以及瘘管^[3],患者还要再次承受痛苦。改良一期根治术的优势是,在解决脓肿引流的同时,又能根治脓肿,实现了原发病切口与脓肿切口的同步治疗,能迅速减轻患者的痛苦。

本次研究结果显示:观察组患者的治疗有效率为 98.18%,显著高于对照组 72.73%;同时,观察组的 VAS 评分、SF-36 评分比对照组更高;创面愈合速度比对照组更快,差异具有统计学意义($P < 0.05$),足以说明改良一期根治术的临床价值。但术中需要注意以下几点:①内口位置的寻找:根据 Goodsall 定律^[4],在齿状腺的平面,同时结合肛诊检查、隐窝沟检查、亚甲蓝注射等措施定位内口,避免暴力操作,以免造成人为的假口,或者导致内口遗漏。②术后换药:在能够正常排便后,告知患者坚持排便,1 次/d;先清洗创口再换药,同时检查引流是否通畅、橡皮筋的松紧程度等。对

症处理,避免引流不畅、假性愈合、创口粘连等问题。③如果患者合并高血压和糖尿病等疾病,术前应积极控制血压和血糖,在成功控制好病情后再采取手术治疗^[5]。

综上所述:肛周脓肿患者采用改良一期根治术的治疗效果要显著优于传统切开排脓术,能够减轻患者的身心痛苦,促进术后康复,建议临床推广。

参考文献:

- [1] 刘绪轩. 探讨改良一期根治术治疗肛周脓肿的临床效果[J]. 中国保健营养, 2017, 27(21):135-136.
- [2] 车健. 一次性根治术联合中药熏洗治疗肛周脓肿[J]. 健康前沿, 2019, 28(4):215.
- [3] 黎成刚. 用一次性肛周脓肿根治术治疗肛周脓肿的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2019, 17(4):27-29.
- [4] 张新. 益气养血汤联合痔炎冲洗灵治疗肛周脓肿合并糖尿病患者切开对口引流挂线术后创面愈合的影响[J]. 陕西中医, 2019, 40(3):368-370.
- [5] 廖超, 陈科. 对比分析一次性肛周脓肿根治术与单纯切开引流术治疗肛周脓肿的临床效果[J]. 健康必读, 2018, (33):267.

(上接第 52 页)

根治性全直肠系膜切除术是中低位直肠癌手术治疗的金标准,具体来说可以分为腹会阴联合直肠癌切除术、低位前切除术和远端切除近端造瘘术等,但是对于部分患者,肿瘤已经侵及粘膜,所以不论采取开腹手术还是微创手术都会给患者的机体造成直接伤害,甚至还会在手术结束后引起较为严重的并发症。因此这部分患者目前最适合的手术方式为局部切除术,其中经肛门局部切除术是最常见的,这种术式的操作较为简单,术后恢复快,并发症发病率低,远期疗效和根治术相当^[3]。本文分别讨论了经肛门切除术和结合内镜切割吻合器切除术这 2 种术式,后者在近几年当中的普及范围更大,也比较容易让患者接受。

选取的患者在分组时没有年龄和性别上的差异,因此不具备异质性,结果较为真实可信,数据显示采用不同术式的患者在术中出血量、术后住院天数和并发症的发病率以及发病

程度等多方面都存在明显差异,说明经肛门切除术有着更为理想的疗效,临床安全性更高,应用前景更加广阔,而与内镜切割吻合器相结合则能最大限度降低出血量,提升患者的生活质量,适合术前进行评估和术后密切随访,值得大力推广。

参考文献:

- [1] 张斌, 刘泉龙, 赵玉涓, 等. 腹腔镜低位直肠癌部分、次全和完全经括约肌间切除术式的肿瘤学结果及肛门功能比较[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(08):904-909.
- [2] 张志鹏, 姚宏伟, 陈宁, 等. 腹腔镜辅助经肛门全直肠系膜切除术治疗中低位直肠癌的临床疗效[J]. 中华消化外科杂志, 2017, 16(7):695-700.
- [3] 叶颖江. 对“腹腔镜辅助经肛门全直肠系膜切除术治疗中低位直肠癌的临床疗效”的点评:腹腔镜辅助经肛门全直肠系膜切除术是有前景的手术[J]. 中华消化外科杂志, 2017, 16(7):702-702.

(上接第 53 页)

由于缺少营养而发生脱落过程,不仅可实现迅速止血目的,同时对患者产生不良反应小,有助于保留患者生育能力。观察组治疗总有效率高于对照组著($P < 0.05$);观察组阴道出血量、住院时间等指标改善情况均显著优于对照组($P < 0.05$)。说明采用子宫动脉化疗栓塞术可明显该改善患者病情,降低阴道出血量,缩短治疗时间。对其原因进行分析:剖宫产后瘢痕妊娠部位集中于峡部、宫颈部位等,不再适宜开展子宫全切手术。子宫动脉化疗栓塞术在子宫动脉造影基础上使用明胶海绵迅速阻断子宫动脉,并通过置入导管给予甲氨蝶呤。其中甲氨蝶呤药物可致使滋养叶细胞活性丧失,进而减少大出血;明胶海绵颗粒仅对子宫动脉末梢小动脉发挥栓塞作用,不会引发子宫组织缺血坏死^[6]。通过以上栓塞术可及时清除处理病灶区域,有效改善与控制患者出血情况;且该方式能够依据患者实际病灶情况、有生育要求等开展瘢痕修补手术、子宫全切手术等,进一步提高手术治疗效果,促进患者康复进程。

综上所述,采用子宫动脉化疗栓塞术治疗剖宫产子宫瘢痕妊娠,效果良好,孩子的推广。

参考文献:

- [1] 张伟, 侯保萍, 徐红丽, 等. 子宫动脉化疗栓塞术治疗剖宫产子宫瘢痕妊娠的疗效[J]. 中国介入影像与治疗学, 2017, 14(1):13-17.
- [2] 王秦芳, 全亚红. 子宫动脉栓塞术治疗剖宫产子宫瘢痕妊娠的临床疗效及影响因素研究[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(5):133-134.
- [3] 刘森, 王淑英. 子宫动脉化疗栓塞在剖宫产切口瘢痕妊娠中的应用研究[J]. 中国医药指南, 2017, 15(2):64-65.
- [4] 许欢, 张莉, 程建云. 子宫动脉栓塞介入治疗剖宫产子宫切口瘢痕妊娠患者的疗效观察[J]. 医学临床研究, 2017, 34(1):89-91.
- [5] 王远航, 韩宇宁, 刘佳, 等. 子宫动脉栓塞术后经阴道与经宫腔镜治疗外生型剖宫产瘢痕妊娠临床疗效分析[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(6):1086-1089.
- [6] 王浩, 王贤芳, 施宝美, 等. 子宫动脉化疗栓塞术结合宫腔镜腹腔镜治疗剖宫产瘢痕妊娠疗效分析[J]. 浙江临床医学, 2018, 20(3):499-500.