doi:10.11659/jjssx.01E017020

·临床研究·

切开挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿的疗效对比

任 玲,邢承忠,凌光烈 (中国医科大学附属第一医院肛肠外科,辽宁 沈阳 110001)

[摘 要] **目的** 探讨切开挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿的疗效差异。**方法** 将2015年6月至2016年6月在我科确诊患有肛周脓肿并首次行治疗的150例患者作为研究对象,根据手术方法将其分成观察组(75例)与对照组(75例),观察组接受切开挂线术治疗,对照组接受切开引流术治疗。观察对比2组患者总体治疗效果、手术时间、术后恢复时间、住院时间、住院费用、创面愈合时间及术后并发症等。**结果** 2组患者总体治疗效果差异无统计学意义($P>0.05$);观察组手术时间、术后恢复时间、住院时间、住院费用、创面愈合时间均明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者肛瘘发生、脓肿复发等并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 切开挂线术治疗肛周脓肿与切开引流术相比,临床效果更显著,术后并发症更少,脓肿复发率更低,可作为临床治疗肛周脓肿的首选方法。

[关键词] 切开挂线术;切开引流术;肛周脓肿;并发症

[中图分类号] R657.1+5 [文献标识码] A [收稿日期] 2017-01-09

Comparison of curative effect between incision-thread-drawing procedure and traditional incisional drainage for perianal abscess

REN ling, XING Cheng-zhong, LING Guang-lie (Department of Anorectal Surgery, the Affiliated First Hospital of China Medical University, Shenyang Liaoning 110001, China)

Abstract: Objective To explore the difference of the curative effect between incision-thread-drawing procedure and traditional incision drainage in the treatment of perianal abscess. **Methods** A total of 150 patients diagnosed with perianal abscess and treated at the first time from June 2015 to June 2016 in our department were selected as the research object in this experiment, who were divided into the observation group(75 cases) and control group(75 cases) according to the surgical method. Patients in the observation group were performed with incision-thread-drawing procedure, while the control group were treated by traditional incision drainage. The overall treatment effect, operation time, postoperative recovery time, hospital stay, hospital costs, wound healing time and postoperative complications between the two groups were observed and compared. **Results** The difference of the overall treatment effects between two groups were not statistically significant ($P>0.05$). The operation time, the postoperative recovery time, the hospitalization time and the cost, the time of wound healing of observation group were significantly better than the ones of the control group, the differences were statistically significant($P<0.05$). The recurrence

[通信作者] 邢承忠,E-mail:xcz1966@126.com

[17] Connolly MK, Bedrosian AS, Mallen-St Clair J, et al. In liver fibrosis, dendritic cells govern hepatic inflammation in mice via TNF-alpha[J]. J Clin Invest, 2009, 119(11): 3213-3225. doi:10.1172/JCI37581.

[18] Lemos DR, Babaeijandaghi F, Low M, et al. Nilotinib reduces muscle fibrosis in chronic muscle injury by promoting TNF-mediated apoptosis of fibro/adipogenic progenitors[J]. Nat Med, 2015, 21(7): 786-794. doi:10.1038/nm.3869.

[19] DiPietro LA. Angiogenesis and wound repair: when enough is enough[J]. J Leukoc Biol, 2016, 100(5): 979-984. doi:10.1189/jlb.4MR0316-102R.

[20] Ridiandries A, Bursill C, Tan J. Broad-spectrum inhibition of the cc-chemokine class improves wound healing and wound angiogenesis[J]. Int J Mol Sci, 2017, 18(1): 155. doi:10.3390/ijms18010155.

[21] Sing DC, Yue JK, Metz LN, et al. Obesity is an independent risk factor of early complications after revision spine surgery[J]. Spine, 2016, 41(10): E632-E640. doi:10.1097/BRS.0000000000001327.

[22] Segar AH, Urban JP, Fairbank JC, et al. The association between body mass index(bmi) and back or leg pain in patients with spinal conditions: results from the genodisc study[J]. Spine, 2016, 41(20): E1237-E1243. doi:10.1097/BRS.0000000000001606.

[23] 汤 华,聂水生,林坤波,等. 不同术式治疗创伤性腰椎滑脱48例临床研究[J]. 局解手术学杂志,2015,24(4):419-421. doi:10.11659/jjssx.07E014004.

[24] Puvanesarajah V, Shen FH, Cancienne JM, et al. Risk factors for revision surgery following primary adult spinal deformity surgery in patients 65 years and older[J]. J Neurosurg Spine, 2016, 25(4): 486-493. doi:10.3171/2016.2.SPINE151345.

[25] 曹正品,黄俊涛,苏士奎,等. 经伤椎椎弓根置钉短节段固定治疗胸腰椎骨折疗效观察[J]. 局解手术学杂志,2015,24(2):143-145. doi:10.11659/jjssx.09E014001.

(编辑:魏 源)

rates of anal fistula, abscess and other complications in patients of observation group were significantly lower than the ones of control group. The differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Compared with traditional incision drainage, the incision-thread-drawing procedure is more effective with less complications and lower recurrence rate, which should be the first choice for the treatment of perianal abscess.

Keywords: incision-thread-drawing procedure; traditional incision drainage; perianal abscess; compilcation

肛周脓肿是由于致病菌侵袭引起的肛管、直肠黏膜及周边组织的急性化脓性感染。该疾病一旦发生，必须采取必要措施，如果处理不当，很有可能引发中毒性休克，或者败血症，严重者甚至死亡 。临床上一般采用外科手术来对肛周脓肿进行治疗，目前常见的手术方式包括切开引流术和切开挂线术[1]。其手术目的在于保护括约肌的同时充分引流，通常根据脓肿的类型选择合适的手术方式[2-3]。切开引流术不主张一期根治术而采取二期手术[4]，即一期切开排脓，切口宜大，尽量引流通畅。该方式对肛门功能造成较大的损伤，且愈合时间长，易形成肛瘘，尤其是治疗高位多间隙肛周脓肿时，容易导致肛门失禁[5]。一旦术后发生肛瘘，意味着患者需要进行二次手术，但二次手术不仅病程长，而且还会增加患者痛苦，医疗费用也显著增加，对患者生活会造成严重影响。而切开挂线术将引流与肛瘘修复整合到一起完成，但有增加感染的风险。因此，临床治疗方式的选择存在争议。本文通过选取本院收治的 150 例肛周脓肿患者作为研究对象，对比 2 种手术的疗效，为临床肛周脓肿的治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料

将我院 2015 年 6 月至 2016 年 6 月收治的 150 例肛肠脓肿患者作为研究对象，其中男 80 例，女 70 例，年龄 24 ~ 60 岁，平均(37.61 ± 2.10)岁；病程 1 ~ 14 d，平均(7.62 ± 2.06)d。所有患者知情同意且签署同意书。按选择的手术方式将患者分成观察组(75 例)与对照组(75 例)。观察组采用切开挂线术治疗，对照组采用切开引流术治疗。观察组中直肠后间隙脓肿 20 例，高位马蹄形脓肿 16 例，坐骨直肠间隙脓肿 30 例，直肠黏膜下脓肿 9 例。对照组中直肠后间隙脓肿 21 例，高位马蹄形脓肿 15 例，坐骨直肠间隙脓肿 29 例，直肠黏膜下脓肿 10 例。2 组患者临床资料(性别、年龄、脓肿类型等)对比，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

2 组患者麻醉方式均采用腰麻，取截石位[6]。术前置尿管，常规碘伏消毒、铺巾。观察组手术方法：术者对患者实施探诊，将食指探入肛门，通过触摸来探明患者脓肿部位及其范围，特别注意探明原发内口是否存在。借助分叶镜或探针，察看患者的肛隐窝是否存在红肿、脓液溢出、硬结凹陷等，通过这些更利于判断脓肿内口的位置，同样找到患者脓肿波动最明显的位置，做一个弧形或放射状的切口，之后切开患者皮肤及其下组织，探明脓腔后进行分离，将脓液排尽，先后使用碘伏、双氧水、生理盐水清洗患者脓腔[7]。术者左手食指探入患者肛内，起到引导作用。与此同时，右手用探针沿切口基底位置向肛内一点点进行仔细探查，找到内口，选定脓腔最薄、最高点，并于该处齿线上方 1.2 cm 处穿出，穿过脓腔将探针拉出，使橡皮条两端逐渐合拢，进行结扎并挂线，创口同样用碘伏纱布完成包扎。术后患者静脉抗炎治疗连续 3 ~ 5 d，每日遵医嘱按时进行换药，至患者创面全完愈合为止。

对照组手术方法：选取患者脓肿波动最明显之处，术者依据脓肿大小作弧形或放射状切口，随之将患者皮肤及其下组织切开，探查清楚整个脓腔内部情况，并进行分离，将其中的脓液充分排尽，对脓腔进行彻底清洗，先后使用碘伏、双氧水、生理盐水进行冲洗，创口处用碘伏纱布完成引流，并实施包扎[8]。术后患者静脉抗炎治疗连续 3 ~ 5 d，每日遵医嘱按时进行换药，至患者创面全完愈合为止。

1.3 疗效评估

1.3.1 疗效观察指标 观察对比 2 组患者手术情况(手术时间、术后恢复时间、住院时间、住院费用、创面愈合时间)、并发症(肛瘘发生、脓肿复发、肛门失禁)[9]。

1.3.2 疗效判定标准 参照《中华人民共和国中医药行业标准中医肛肠科病证诊断疗效标准》(1995)肛周脓肿疗效标准[10]，拟定标准如下：症状及体征消失，伤口愈合为痊愈；症状及体征消失，病灶或伤口缩小为显效；症状及体征改善，病灶或伤口缩小为有效；症状及体征均无变化为无效。显愈率计算公式为：显愈率 =(痊愈 + 显效)/总例数 × 100% 。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 16.0 统计学软件处理本次数据，各参

数用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料比较(符合正态分布,方差齐)用 t 检验,计数资料的比较用 χ^2 检验,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者手术情况

观察组患者手术时间、术后恢复时间、住院时间、住院费用、创面愈合时间均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 2组患者手术临床效果对比($\bar{x} \pm s$,$n=75$)

组别	手术时间(min)	术后恢复(d)	住院时间(d)	住院费用(元)	创面愈合(d)
观察组	12.1±2.6	22.5±2.0	3.6±1.2	3 090.9±195.9	20.3±2.6
对照组	17.8±3.2	27.5±0.6	6.5±2.3	3 202.1±170.8	28.4±3.7
P	0.028 1	0.010 5	0.002 9	0.036 8	0.015 8

2.2 总疗效比较

观察组显愈率为96%,对照组显愈率为92%,2组间资料采取四格表确切概率法统计,2组术式显愈率差异无统计学意义($P=0.069\ 3$),见表2。

表2 2组患者总疗效比较[$n=75$,例(%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	显愈
观察组	60(80.0)	12(16.0)	3(4.0)	0(0)	72(96.0)
对照组	51(68.0)	18(24.0)	6(8.0)	0(0)	69(92.0)

2.3 患者术后并发症对比

观察组患者肛瘘发生、脓肿复发等并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P=0.049\ 2$),见表3。

表3 2组患者术后并发症对比($n=75$)

组别	肛门失禁[例(%)]	肛瘘发生[例(%)]	脓肿复发[例(%)]	并发症发生率(%)
观察组	0(0)	3(4.0)	1(1.3)	5.3*
对照组	0(0)	6(8.0)	4(5.3)	13.3

*:与对照组比较,$P<0.05$

3 讨论

肛周脓肿是指由于致病菌侵袭引起的肛管、直肠黏膜及周边组织急性化脓感染形成的脓肿。肛周脓肿常见的致病菌为大肠杆菌、链球菌、金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌等,偶尔可见结核杆菌或厌氧性细菌,常为多种致病菌混合感染[11]。该病发病急且疼痛强烈,彻底清除感染原发病灶是治疗肛周脓肿的关键[12]。

临床传统处理方法为急性期单纯切开引流,待脓肿排尽如果肛瘘形成后行二期肛瘘手术,但是这种治疗方式的缺陷在于术后极易复发并形成肛瘘,患者痛苦较大[13]。切开挂线术与切开引流术相比有很大不同,其前身是肛瘘挂线法,就是一种将引流术与肛瘘修复术进行整合的手术[14-15]。该术式治疗机制包括:①通过切开脓肿处皮肤充分引流,可显著改善临床症状;②通过挂线慢性切开、引流,炎症不会扩散,且利于肉芽组织从基底部生长;③因内口切开瘢痕愈合,Ⅰ期消除原发感染灶,减少肛瘘形成的概率[16]。术中能否准确找到内口及处理内口是该项手术的关键步骤。正确寻找内口方法有:①触诊法,在内口所在的齿状线上,往往可触及小硬结或凹陷,或明显压痛;②分页肛门镜法,对内口已破溃或触诊无法找到内口者,可用分页肛门镜找到原发感染内口;③探针法,对内口未破溃患者,肛门镜下发现红肿肛窦,可用探针探查确定内口;若探针不能探通,可在肛周脓肿切开引流后,以食指探入脓腔,探针沿食指尖最薄弱处肛窦穿出。

找到内口后进行挂线治疗实际是一种慢性"切开"和牢固持久的对口引流过程,不会发生感染与炎症扩散等情况,有异物刺激、标记、引流、切割等作用。因挂线的紧缩,逐渐扩大内口和引流通道,内口虽然继续受到感染,但保证了引流的通畅性,因此炎症不会扩散,利于肉芽组织从基底部生长。因挂线的紧缩刺激肛门括约肌和周围组织粘连,边勒开边修复,不致使括约肌急剧离断,故无出血和肛门失禁的危险,最后勒开内口而脱线,不会造成假性愈合,消除原发感染内口,失去了形成肛瘘的基础[17]。脓肿组织一旦坏死,随线就会自行脱落,大大提升了脓肿清除率,从而降低复发率。

本次研究术前均做了探诊,术者对脓肿的确切位置进行有效了解,且术后都做了伤口包扎及临床防感染进一步处理。同时,切开挂线术中,由于挂线促使括约肌粘连,有效阻止其收缩,一定程度上降低了大便失禁率,亦可发挥内外引流兼顾的作用,使引流更加充分彻底,加速肉芽组织生成[18-20]。在应用切开挂线术治疗肛周脓肿的过程当中,术中一定要明确脓肿部位及其范围,特别注意探明原发内口是否存在[21]。借助分叶镜,察看患者的肛隐窝是否存在红肿、脓液溢出、硬结凹陷等,通过这些更利于判断脓肿内口的位置;引流切口必须足够大,原则上和脓肿直径等长,保证切口引流通畅,利于创面愈合,还可充分暴露术野,便于探查发现内口。术后换药也应给予高度重视,换药时需清洁切口,保证引流通畅,注意引流条需到达脓腔底部,防止切口粘连,避免畸形愈合,利于防止瘘管形成。

本次研究选取150例肛周脓肿患者作为对象,分

别实施切开挂线术和切开引流术治疗。本次结果显示,接受切开挂线术治疗的患者临床效果明显优于切开引流术组的患者,从上述所得数据也不难看出,观察组手术时间、术后恢复时间、住院时间、住院费用、创面愈合时间等方面均低于对照组,可以在一定程度上证明切开引流术的疗效。另外,从术后并发症来看,观察组并发症发生率仅为6.67%,充分证明切开挂线术治疗方法的安全性高。

综上所述,切开挂线术治疗肛周脓肿的临床效果更显著,术后并发症更少,脓肿复发率更低,帮助患者节省了二次住院的治疗费用,有效减轻了患者痛苦,具有临床推广价值。

[参考文献]

[1] 丁曙晴,丁义江. 肛周脓肿和肛瘘诊治策略—解读美国和德国指南[J]. 中华胃肠外科杂志,2012,15(12):1224 - 1226. doi:10.3760/cma. j. issn. 1671 - 0274. 2012. 12. 006.

[2] 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. doi:10. 3969/j. issn. 1004 - 0412. 2013. 23. 026.

[3] 董林波. 对比切开挂线与切开引流术治疗肛周脓肿的疗效[J]. 临床医药文献杂志,2015,2(26):5409 - 5410.

[4] 王 浩,谷云飞. 肛周脓肿一期治疗的术式探讨[J]. 局解手术学杂志,2010,19(4):342 - 343. doi:10. 3969/j. issn. 1672 - 5042. 2010. 04. 055.

[5] Steele SR, Kumar R, Feingold DL, et al. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano[J]. Dis Colon Rectum,2011,54(12):1465 - 1474.

[6] 刘 贺. PPH 联合外痔切除术治疗环状混合痔并发症的防治[J]. 结直肠肛门外科,2013,19(1):22 - 24. doi:10. 3969/j. issn. 1009 - 8771. 2013. 01. 008.

[7] 王湘涛. 切开引流术与切开挂线术治疗肛周脓肿的临床效果观察[J]. 现代诊断与治疗,2014,25(6):1383 - 1384.

[8] Mo B, He Q, Ma J. Study on the effect of hyperbaric oxygen therapy on the wound healing and the related serum indexes of rectal abscess patients after surgery[J]. J Hainan Med Univer(English Edition),2016,22(14):67 - 69.

[9] Babic RR. Diagnostic possibilities of the native roent genogram of abdomen[J]. Acta Medica Medianae,2001,40(6):55 - 62.

[10] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准中医肛肠科病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1995:128.

[11] 张稳存. 中西医结合治疗肛周脓肿的临床疗效[J]. 陕西中医,2015,36(10):1395. doi:10. 3969/j. issn. 1000 - 7369. 2015. 10. 069.

[12] 王玉虎,郑 强. 改良一期根治术治疗肛周脓肿的临床效果分析[J]. 中国医药,2015,10(7):1012 - 1014. doi:10. 3760/cma. j. issn. 1673 - 4777. 2015. 07. 025.

[13] 王建方,杨国山,牟东成,等. 一次性肛周脓肿根治术与传统分期治疗 106 例肛周脓肿效果对比[J]. 中国医药导报,2013,10(27):51 - 53. doi:10. 3969/j. issn. 1673 - 7210. 2013. 27. 018.

[14] 周海祥. 切开引流术与切开挂线术治疗肛周脓肿的效果对比分析[J]. 吉林医学,2014,35(11):2285 - 2286.

[15] 陈 琴,王晓锋,李华山. 挂线疗法治疗肛管直肠周围脓肿的应用进展[J]. 世界华人消化杂志,2013,21(1):82 - 86.

[16] 李 强,房洁渝. 切开挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿比较[J]. 中外医学研究,2011,9(27):19 - 20. doi:10. 3969/j. issn. 1674 - 6805. 2011. 27. 010.

[17] 刘 冰,李 磊. 肛周脓肿切开挂线术 40 例分析[J]. 中国现代药物应用,2013,7(19):53 - 54. doi:10. 3969/j. issn. 1673 - 9523. 2013. 19. 039.

[18] 粟艳琴. 切开引流加挂线术与切开引流术在肛周脓肿治疗中的疗效比较[J]. 当代医学,2015,21(4):73 - 74. doi:10. 3969/j. issn. 1009 - 4393. 2015. 4. 049.

[19] 张光友,谢碧勇,张 丹. 中医挂线疗法治疗肛肠病 90 例[J]. 中国中医药现代远程教育,2013,11(12):16. doi:10. 3969/j. issn. 1672 - 2779. 2013. 12. 008.

[20] 陶 昕. 切开引流挂线术治疗高位肛周脓肿 32 例疗效观察[J]. 当代医学,2013,19(31):64 - 65. doi:10. 3969/j. issn. 1009 - 4393. 2013. 31. 046.

[21] 刘 明,李 慧. 两种方法治疗肛周脓肿疗效评价[J]. 中国当代医药,2009,16(15):183 - 184. doi:10. 3969/j. issn. 1674 - 4721. 2009. 15. 109.

(编辑:周小林)

5 月 30 日将迎来我国首个“全国科技工作者日”

经国务院批复自 2017 年起,将每年 5 月 30 日设立为“全国科技工作者日”,这是我国继护士节、教师节、记者节之后第四个全国行业性节日!“全国科技工作者日”的设立有助于将社会的目光聚焦到科技上来,增强全社会的科技意识,营造尊重知识、尊重人才的社会氛围,提升科技工作者的自豪感和责任感,是全国 8100 万科技工作者的福音。2017 年 5 月 30 日首个全国科技工作者日以“创新争先”为主题,中国科协、科技部、各级地方科协将负责组织科技工作者日活动的实施。