

## • 肛肠疾病专题

## 不同引流方式应用于马蹄型肛周脓肿的效果差异

徐清, 石奇冲, 崔鹏

(淮安市第五人民医院肛肠外科, 江苏 淮安 223300)

**【摘要】目的** 根据马蹄型肛周脓肿患者术后创面愈合情况分析切开挂线与切开引流的应用效果。**方法** 回顾性分析淮安市第五人民医院 2019 年 8 月至 2023 年 8 月所收治的 61 例马蹄型肛周脓肿患者的临床资料, 依据不同的手术方法分为 A 组 (30 例, 应用切开引流术) 和 B 组 (31 例, 应用切开挂线术)。比较两组患者术后 7 d 的切口红肿程度、手术时间、术后恢复时间、术中出血量、创面愈合时间、瘢痕面积, 术后 7、14 d 的创面缩小率, 以及住院期间并发症的发生情况。**结果** B 组患者术后 7 d 的切口红肿程度比 A 组更轻 ( $P<0.05$ ); B 组患者手术时间、术后恢复时间均短于 A 组, 术中出血量少于 A 组 (均  $P<0.05$ ); B 组患者创面愈合时间短于 A 组, 瘢痕面积小于 A 组, 两组患者术后 14 d 创面缩小率均比术后 7 d 均更高, 且术后 7、14 d B 组患者创面缩小率均高于 A 组 (均  $P<0.05$ ); 相较于 A 组, B 组患者住院期间并发症总发生率更低 (均  $P<0.05$ )。**结论** 在对马蹄型肛周脓肿的治疗中, 应用切开挂线的治疗效果优于切开引流, 切开挂线更利于减少患者术中出血量, 缩短手术时间, 且可减轻术后红肿程度, 加快创面愈合, 安全性较高。

**【关键词】** 肛周脓肿; 马蹄型; 切开挂线; 切开引流; 创面愈合

**【中图分类号】** R657.1

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2096-3718.2024.11.0004.03

**DOI:** 10.3969/j.issn.2096-3718.2024.11.002

肛周脓肿是由于致病细菌感染肛管、直肠黏膜及周围组织而引发脓肿的肛肠科高发疾病, 马蹄型肛周脓肿是由坐骨直肠窝脓肿未能及时诊治发展所致, 该病好发于肛管直肠后位, 有着感染范围大、脓腔深等病理特点, 患者疼痛剧烈, 且大多伴有全身高热症状, 治疗难度相对较大, 若不采取及时有效的治疗, 患者可能会因严重感染而休克, 甚至死亡。临床多将手术治疗作为主要手段, 彻底引流是肛周脓肿手术的关键环节, 对于防止术后肛痿形成和术后复发具有重要意义。切开引流术是临床常用的治疗术式, 其操作简单, 通过切开脓肿部位后将局部脓液排出, 有效缓解患者痛苦, 但若彻底引流则需扩大切口, 创伤相对较大, 可在一定程度上影响患者术后恢复, 故临床仍需探寻一类效果更为全面的手术方案<sup>[1]</sup>。切开挂线术属于慢性切开, 通过使用橡皮筋起到充分引流的作用, 挂线的作用是达到缓慢切割的效果, 且可在实施脓肿引流的同时修复肛痿, 有效预防瘘管形成, 且对患者病变部位、周围组织造成的创伤相对较小, 可进一步促进患者术后恢复<sup>[2]</sup>。基于此, 此次研究旨在探讨切开挂线与切开引流治疗马蹄型肛周脓肿患者的临床效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 回顾性分析淮安市第五人民医院 2019 年 8 月至 2023 年 8 月所收治的 61 例马蹄型肛周脓肿患

者的临床资料, 依据不同的手术方法分为 A 组 (30 例) 和 B 组 (31 例)。A 组患者年龄 25~60 岁, 平均  $(42.05 \pm 1.51)$  岁; 男性 17 例, 女性 13 例; 病程 1~15 d, 平均  $(7.32 \pm 0.24)$  d; 脓肿类型: 括约肌间脓肿 19 例, 坐骨直肠窝脓肿 11 例; BMI 19~24 kg/m<sup>2</sup>, 平均  $(21.26 \pm 1.06)$  kg/m<sup>2</sup>。B 组患者年龄 26~60 岁, 平均  $(41.83 \pm 1.43)$  岁; 男性 20 例, 女性 11 例; 病程 2~16 d, 平均  $(7.38 \pm 0.22)$  d; 脓肿类型: 括约肌间脓肿 22 例, 坐骨直肠窝脓肿 9 例; BMI 19~24 kg/m<sup>2</sup>, 平均  $(21.15 \pm 1.01)$  kg/m<sup>2</sup>。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 组间可比。纳入标准: (1)符合《肛周脓肿临床诊治中国专家共识》<sup>[3]</sup>中马蹄型肛周脓肿的诊断标准; (2)经临床检查结果确诊; (3)首次接受肛门手术等。排除标准: (1)临床资料缺失; (2)存在肛裂、血栓痔等相关疾病; (3)由外伤或特殊感染所致; (4)存在肛门失禁。淮安市第五人民医院医学伦理委员会批准本研究。

**1.2 手术方法** A 组患者接受切开引流术: 协助患者取截石位, 常规麻醉、消毒后在一次性使用肛门镜 (常州华森医疗器械股份有限公司, 型号:GMJ) 的辅助下确定脓肿部位的情况, 判断肛门隐窝有无溢脓、红肿等情况, 探查内口位置。于脓肿波动明显处作一 2 cm 左右的放射状或弧形切口 (注意切口长度需与脓肿大小相适应), 逐层切开皮肤、皮下组织, 充分扩大切口后分离间隔组织, 便

作者简介: 徐清, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 肛肠科相关疾病的诊疗。

于排出脓液；若患者脓肿深度较深，首先接受穿刺抽吸，并对脓腔部位进行标记，彻底清理腔内腐烂组织、脓液后冲洗脓腔，探查内口情况，若内口不明显则需利用探针（南通罗伯特医疗科技有限公司，型号：A08）于脓腔底部最薄弱处穿出，后沿探针将脓腔及切口间组织充分解开，清除坏死组织，清除满意后对伤口进行修剪，后止血、包扎。B 组患者接受切开挂线术：患者体位、麻醉、消毒措施、确定脓肿波动明显处，后续切开脓肿、脓液排出、脓腔清洗方式均同 A 组，完成后利用探针探查肛内情况，于内口最薄弱、最高点上方 1.2 cm 穿出脓腔，挂上橡皮筋并保持适度松紧，拉出探针，将橡皮筋两端合拢，进行结扎、挂线，常规止血包扎。两组患者术后均需使用抗生素预防感染，定期换药直至创面愈合，均观察至创面愈合。

**1.3 观察指标** (1)术后切口红肿程度：比较两组患者术后 7 d 的切口红肿程度<sup>[4]</sup>，包括 0 级（无肿痛）、1 级（轻度红肿）、2 级（明显红肿）、3 级（严重红肿且存在严重肿痛）。(2)围术期指标：记录并比较两组患者手术时间、术后恢复时间、术中出血量。其中术后恢复的评定标准：创面疼痛、分泌物等症状消失。(3)创面愈合情况：记录并比较两组患者的创面愈合时间、瘢痕面积，术后 7、14 d 的创面缩小率。创面及瘢痕面积均需采用卡尺（上海玉研科学仪器有限公司，型号：15 cm）进行测量，创面缩小率=[（初始创面面积－测定时创面面积）/ 初始创面面积]×100%。(4)并发症：记录并比较两组患者住院期间肛缘水肿、创面感染、肛门潮湿等并发症的发生情况，并发症总发生率=[（肛缘水肿 + 创面感染 + 肛门潮湿）例数] / 总例数 ×100%。

**1.4 统计学方法** 应用 SPSS 26.0 统计学软件分析数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，采用  $\chi^2$  检验，等级资料比较采

用秩和检验；计量资料均使用 S-W 法检验证实服从正态分布，以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，组间比较采用独立样本  $t$  检验，手术前后比较采用配对  $t$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

**2.1 两组患者术后切口红肿程度比较** 两组患者术后 7 d 的切口红肿程度比较，B 组更轻，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患者术后切口红肿程度比较 [例 (%)]					
组别	例数	0 级	1 级	2 级	3 级
A 组	30	12(40.00)	10(33.33)	6(20.00)	2(6.67)
B 组	31	24(77.42)	5(16.13)	2(6.45)	0(0.00)
Z 值				3.043	
P 值				<0.05	

**2.2 两组患者围术期指标比较** B 组患者手术时间、术后恢复时间均短于 A 组，术中出血量少于 A 组，差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者围术期指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )				
组别	例数	手术时间 (min)	术后恢复时间 (d)	术中出血量 (mL)
A 组	30	16.28 ± 3.04	16.44 ± 1.67	18.08 ± 2.66
B 组	31	13.30 ± 2.30	10.23 ± 1.55	10.30 ± 1.02
t 值		4.327	15.060	15.176
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

**2.3 两组患者创面愈合情况比较** B 组患者创面愈合时间短于 A 组，瘢痕面积小于 A 组，两组患者术后 14 d 创面缩小率均比术后 7 d 均更高，且术后 7、14 d B 组患者创面缩小率均高于 A 组，差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ )，见表 3。

**2.4 两组患者住院期间并发症发生情况比较** 两组患者住院期间并发症总发生率比较，B 组更低，差异有统计学意义 (均  $P < 0.05$ )，见表 4。

表 3 两组患者创面愈合情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )					
组别	例数	创面愈合时间 (d)	瘢痕面积 (cm <sup>2</sup> )	创面缩小率 (%)	
				术后 7 d	术后 14 d
A 组	30	25.83 ± 3.14	2.54 ± 0.40	25.10 ± 3.39	56.64 ± 5.36*
B 组	31	22.04 ± 2.11	1.60 ± 0.31	31.08 ± 4.06	67.91 ± 6.61*
t 值		5.550	10.279	6.234	7.300
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注：与术后 7 d 比，\* $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者住院期间并发症发生情况比较 [例 (%)]					
组别	例数	肛缘水肿	创面感染	肛门潮湿	总发生
A 组	30	3(10.00)	2(6.67)	3(10.00)	8(26.67)
B 组	31	0(0.00)	0(0.00)	1(3.23)	1(3.23)
$\chi^2$ 值					4.927
P 值					<0.05

### 3 讨论

肛周脓肿属于起病较急的感染性疾病,发病迅速,发病后多可导致患者出现不同程度的疼痛,患者的日常生活、工作均可遭受到负面影响。马蹄型肛周脓肿是其中一类较为复杂和严重的肛周脓肿类型,好发于肛隐窝附近,病变范围广、位置深,炎症多可侵袭肛管后深间隙及双侧坐骨直肠窝,现临床认为该疾病是因肠道细菌经肛隐窝感染所致<sup>[5]</sup>。若不及时处理马蹄型肛周脓肿,严重的患者可能出现败血症、中毒性休克,威胁患者生命安全。手术治疗被认为是控制马蹄型肛周脓肿患者病情进展的主要方式,主要通过手术方式排出脓液,确保脓腔缩小而缓解病情。切开引流术是较为常用的术式,其虽可通过排出脓液来改善患者相关症状,但若不处理内口,疾病易复发,且该手术方式较易发生切开引流不畅,影响治疗效果<sup>[6]</sup>。

切开挂线术是利用橡皮筋的机械性压迫对病变部位缓慢进行割勒处理,可以避免肛周脓肿周围炎症加剧,有利于肉芽组织生长,加快创面愈合;此外,在将脓肿腔内脓液充分排出后可敞开内口及脓腔,正确处理感染肛腺,达到根治效果<sup>[7]</sup>。本研究中,B组患者术后7d的切口红肿程度比A组更轻,手术时间、术后恢复时间均短于A组,术中出血量少于A组,这表示切开挂线治疗马蹄型肛周脓肿可有效减少患者术中出血量,缩短手术时间,更利于减轻其术后红肿程度,促进病情恢复。分析其原因为,切开引流术仅可在急性期进行单纯切开引流操作,以此排出脓液,但在实施过程中多需切断肛管直肠环,存在一定的操作风险,较易对患者肛门括约肌功能造成损伤,术后恢复进程随之减慢<sup>[8]</sup>。切开挂线术可整合脓液引流、肛瘘修复,且随着挂线紧缩,脓腔内口、引流通道的逐步扩大,从而保证脓液引流通畅、持续,进而达到彻底引流的目的,虽然内口继续感染,但引流通常不会导致炎症的扩散,同时防止术中对周围组织造成非必要的损伤,操作简便性较强,故整体手术时间相对较短,且可减少术中出血量,避免炎症进一步向周围扩散,有助于病灶局部肉芽组织生长,促进患者术后恢复<sup>[9-10]</sup>。

由于切开引流术无法彻底引流脓液,后期多需进行二次手术,且其对括约肌内感染物的清除效果欠佳,患者并发症发生风险相对较高,不利于术后创面愈合<sup>[11]</sup>。切开挂线术属于一类慢性勒割过程,可通过挂线紧缩促使患者肛门括约肌与周围组织产生粘连,勒割的同时进行修复,彻底消除原发感染内口,最终完全勒开而脱线,以此提高愈合效果,促进创面恢复<sup>[12]</sup>。另外,该术式主要切开部分病灶组织,并对部分组织进行挂线,可有效缩小创口,由于挂线的紧缩刺激使肛门括约肌与周围组织发生粘连,边勒开边修复,可避免因括约肌急剧离断而导致的出血、肛门

失禁等风险,在促进患者康复进程的同时降低并发症的发生风险<sup>[13]</sup>。本研究结果显示,B组患者的创面愈合时间短于A组,瘢痕面积小于A组,术后7、14d的创面缩小率均高于A组,住院期间B组患者的并发症总发生率低于A组,这表示马蹄型肛周脓肿采用切开挂线术治疗可有效促进患者术后创面愈合,有着较高的安全性。

综上,在对马蹄型肛周脓肿的治疗中,应用切开挂线的治疗效果优于切开引流,切开挂线更利于减少患者术中出血量,缩短手术时间,且可减轻术后红肿程度,加快创面愈合速度,安全性较高。但本研究属于回顾性分析,且所选样本数量较少,未对患者进行随访,研究结果存在一定的局限性,后续应完善上述内容进行深入探讨。

### 参考文献

- [1] 李闪,李飞.切开引流挂线术与单纯切开引流术对肛周脓肿患者的临床效果对比[J].河南医学研究,2020,29(36):6762-6764.
- [2] 谭震,秦澎湃,田磊.切开挂线与切开引流对高位马蹄型肛周脓肿的疗效及对患者VAS评分和并发症的影响[J].河北医学,2021,27(5):810-814.
- [3] 中国医师协会肛肠医师分会指南工作委员会.肛周脓肿临床诊治中国专家共识[J].中华胃肠外科杂志,2018,21(4):456-457.
- [4] 张君锋,王振彪,焦霞,等.切开后对口引流挂线术联合中药坐浴治疗高位肛周脓肿临床观察[J].河北医学,2016,22(3):497-500.
- [5] 肖莉,张天佑,何涛.隧道式拖线引流术与切开挂线引流术治疗马蹄型肛周脓肿的疗效及安全性对比研究[J].川北医学院学报,2021,36(5):632-635.
- [6] 冷天.切开引流挂线术与单纯切开引流术治疗肛周脓肿的效果比较[J].中国实用医药,2022,17(8):22-25.
- [7] 高桂云,宋维民,米园园,等.一次性根治术与常规切开引流术治疗肛周脓肿的临床效果比较[J].山东医药,2021,61(35):79-82.
- [8] 黄林.一次性手术切开引流挂线术治疗肛周脓肿的疗效和预后[J].黑龙江医药,2019,32(1):172-174.
- [9] 李鼎宁,薛清清,郑玉金,等.经括约肌间隙引流术与低位切开高位挂线术治疗高位肌间后马蹄型肛周脓肿的临床对照研究[J].中国肛肠病杂志,2023,43(6):15-17.
- [10] 刘旭升.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[J].实用中西医结合临床,2021,21(6):29-30.
- [11] 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.
- [12] 王文达.一次性切开挂线根治术在肛周脓肿患者中的应用[J].中国药物与临床,2021,21(11):1861-1863.
- [13] 门孝华.切开挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿的临床效果评价[J].中国实用医药,2021,16(1):85-86.