

高位虚挂线法与保留皮桥切开根治术治疗高位肛周脓肿的临床疗效对比

师 源,师常成(四川省彭州市人民医院肛肠科 611930)

【摘要】 目的 比较高位虚挂线法与保留皮桥切开根治术治疗高位肛周脓肿的临床疗效。**方法** 将在该院 2013 年 6 月至 2014 年 6 月接受手术治疗的 60 例高位肛周脓肿患者分为高位虚挂线组和皮桥手术组,每组 30 例。皮桥手术组患者给予保留皮桥切开根治术治疗,高位虚挂线组患者给予高位虚挂线法治疗。比较两组患者的恢复时间、治疗前后的肛管静息压、最大收缩压、术后的疼痛评分、肛门括约肌功能评分和并发症发生率。**结果** 两组患者的手术时间差异无统计学意义($P>0.05$),高位虚挂线组创面愈合时间明显短于皮桥手术组($P<0.01$)。高位虚挂线组患者治疗前后肛管静息压、最大收缩压差异无统计学意义($P>0.05$),而皮桥手术组患者术后肛管静息压、最大收缩压明显降低($P<0.01$)。两组间术后肛管静息压、最大收缩压差异有统计学意义($P<0.01$)。高位虚挂线组患者术后的疼痛评分、肛门括约肌功能评分和并发症发生率明显低于皮桥手术组($P<0.05$)。**结论** 高位虚挂线法治疗高位肛周脓肿对患者损伤更小、恢复更快、并发症发生率更低,优于保留皮桥切开根治术治疗。

【关键词】 高位虚挂线法; 高位肛周脓肿; 保留皮桥切开根治术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.13.032 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)13-1893-02

Comparison of clinical effects of high virtual line method and skin bridge reserving radical resection in treatment of high perianal abscess SHI Yuan, SHI Chang-cheng (Department of Anorectology, Pengzhou Municipal People's Hospital, Pengzhou, Sichuan 611930, China)

【Abstract】 Objective To compare the clinical efficacy of high virtual line method and skin bridge reserving radical resection in the treatment of high perianal abscess. **Methods** 60 patients with high perianal abscess treated by operation in our hospital from June 2103 to June 2014 were divided into the skin bridge operation group and the high virtual line group, 30 cases in each group. The skin bridge operation group was treated with of the skin bridge reserving radical resection, while the high virtual line group was given the high virtual line therapy. The recovery time, anal tube resting pressure and maximum systolic blood pressure before and after treatment, postoperative pain score, anal sphincter function scores and the incidence of complications were compared between the two groups. **Results** There was no statistically significant difference in the operative time between the two groups ($P>0.05$), the wound healing time in the high virtual line group was significantly shorter than that in the skin bridge operation group ($P<0.01$). The anal tube resting pressure and maximal systolic pressure in the high virtual line group had no statistically significant difference between before and after treatment ($P>0.05$), while which in the skin bridge operation group were significantly decreased ($P<0.01$). The postoperative anal tube resting pressure and maximal systolic pressure had statistical difference between the two groups ($P<0.01$). The postoperative pain scores, anal sphincter function scores and the incidence of complications in the high virtual line group were significantly lower than those in the skin bridge operation group ($P<0.05$). **Conclusion** The high virtual line method in the treatment of high perianal abscess has less injury, faster recovery and lower occurrence rate of complications and is superior to skin bridge reserving radical resection.

【Key words】 high perianal abscess; high virtual line method; open radical resection preserving skin bridge

高位肛周脓肿是一种病灶位置位于肛提肌上部且距离肛缘 5~7 cm 的脓肿疾病,由于其病灶位于肛管直肠环以上,手术操作困难,是肛肠外科治疗中的难点^[1]。若未能对感染进行及时有效的控制便会有发生脓毒症及败血症的风险^[2]。抗菌药物治疗是治疗高位肛周脓肿的传统方法,但其无法有效阻止脓肿和脓液的形成,也无法防止脓腔的扩大^[3-4],手术治疗是高位肛周脓肿唯一有效的根治方法。切开挂线术是治疗肛周脓肿的传统外科手术治疗方方法^[5]。然而,其存在疗效不稳定、并发症较多和对患者肌肉神经功能损伤较大等缺陷^[6]。随着技术的不断成熟(如高位虚挂线法与保留皮桥切开),手术效果已得到了明显改善^[7]。但缺乏对于改造后的各种手术方式间

的比较。因此,探讨合适的手术方式对治疗高位肛周脓肿具有重要意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2013 年 6 月至 2014 年 6 月收治的行手术治疗的肛周脓肿患者 60 例,将其随机分为高位虚挂线组和皮桥手术组,每组 30 例。高位虚挂线组患者中男 17 例,女 13 例;年龄 16~65 岁,平均(41.3±13.0)岁;病程为 2~14 d,平均(5.9±2.1)d;坐骨直肠间隙脓肿 8 例,直肠后间隙脓肿 8 例,骨盆直肠间隙脓肿 5 例,高位马蹄形脓肿 4 例,直肠黏膜下脓肿 2 例,高位括约肌间隙脓肿 3 例。皮桥手术组患者中男 20 例,女 10 例;年龄 17~64 岁,平均(40.4±12.3)岁;病

程为 2~15 d,平均(6.4±2.7)d;坐骨直肠间隙脓肿 10 例,直肠后间隙脓肿 7 例,骨盆直肠间隙脓肿 5 例,高位马蹄形脓肿 3 例,直肠黏膜下脓肿 4 例,高位括约肌间隙脓肿 1 例。两组经本院伦理学会批准,所有患者或其家属均签署了知情同意书。两组患者在一般资料方面的比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 皮桥手术组患者采用保留皮桥切开根治术治疗,高位虚挂线组患者采用高位虚挂线法治疗。

1.2.1 高位虚挂线法 珠网膜下腔阻滞麻醉后确定脓肿位置,切开脓腔,食指伸入脓腔分离纤维间隔后排脓。探针探入脓腔后行肛内指诊。于内口相对应肛缘处做一个约 3 cm 的放射状切口,并以此作为主引流切口。使用中弯血管钳于主引流切口探入脓腔至顶部并穿透脓腔顶部以及肠壁至肠腔,以双股橡皮筋虚挂线,不紧线。可依据脓腔范围,做多个放射状引流小切口。彻底清创以保证引流通畅。停止出血后,用凡士林纱条填塞引流口后包扎。

1.2.2 保留皮桥切开根治术 麻醉取截石位,消毒肛管直肠以及肛周皮肤。通过肛门指诊确认脓肿浸润范围及内口位置,于距肛缘约 2 cm 处肛缘 6 点钟方向作一放射状切口排脓,以手指分离脓腔间隔,放出约 120 mL 脓液后,分别于肛缘的 2、4、9、11 点钟作 4 个 5 cm 左右的放射状切口,去除坏死组织,保留肛缘皮肤,于 6 点钟方向处探查内口,内口未穿过肛直环的患者直接切开内口,若内口穿过肛管直肠环则使用 10 号线从外口处穿过内口挂线,切开挂线表面处皮肤和皮下组织后结

扎,于 2、11 点钟方向作两处切口旋转胶条引流,当创面分泌物减少时将引流条去除,换药时以浓度为 0.2% 的甲硝唑溶液冲洗创面,术后 15 d 行剖线术。若出现皮桥和皮下组织愈合不良,可行切开引流,使其愈合。

1.3 观察指标 比较两组患者的恢复时间、治疗前后的肛管静息压、最大收缩压、术后的疼痛评分、肛门括约肌功能评分和并发症发生率。疼痛评分依据视觉模拟评分法(VAS)测定。肛门括约肌功能依据 Wexner 评分法进行^[8]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行处理,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料以率表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者均切口痊愈出院,患者 1 年内均无复发。

2.1 两组患者恢复时间比较 高位虚挂线组患者的手术时间(1.7±0.8)h 与皮桥手术组(2.0±0.6)h 比较,差异无统计学意义($t=-1.643, P>0.05$),高位虚挂线组的创面愈合时间(19.8±4.5)h 明显短于皮桥手术组的(28.7±5.7)h($t=-6.712, P<0.01$)。

2.2 两组患者治疗前后肛管静息压、最大收缩压比较 高位虚挂线组患者治疗前后肛管静息压、最大收缩压比较,差异无统计学意义($P>0.05$),而皮桥手术组患者术后肛管静息压、最大收缩压明显降低($P<0.01$)。两组间术后肛管静息压、最大收缩压比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后肛管静息压、最大收缩压比较($\bar{x}\pm s$, kPa)

组别	<i>n</i>	肛管静息压				肛管最大收缩压			
		治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
高位虚挂线组	30	12.9±1.6	12.5±1.4	1.031	>0.05	21.7±2.4	20.9±2.6	1.238	>0.05
皮桥手术组	30	13.4±1.1	9.6±1.7	10.279	<0.01	21.5±1.5	16.5±1.3	13.797	<0.01
<i>t</i>		-1.410	7.213	—	—	0.387	8.291	—	—
<i>P</i>		>0.05	<0.01	—	—	>0.05	<0.01	—	—

注:—表示无数据。

2.3 两组患者治疗后疼痛评分、肛门括约肌功能评分比较 高位虚挂线组患者术后的疼痛评分(1.8±0.6)分和肛门括约肌功能评分(0.6±0.9)分均明显低于皮桥手术组的(2.9±0.8)分和(1.4±1.6)分,差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.4 两组患者并发症发生率比较 高位虚挂线组患者并发症发生率明显低于皮桥手术组,差异有统计学意义($\chi^2=4.356, P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	脓肿复发	肛瘘形成	术后漏液	总计
高位虚挂线	30	2(6.7)	1(3.3)	1(3.3)	4(13.3)
皮桥手术组	30	4(13.3)	4(13.3)	3(10.0)	11(36.7)

3 讨论

目前对于高位肛周囊肿的治疗方法主要包括分期手术治疗(脓肿期单纯切开排脓治疗,待形成肛瘘后再行肛瘘手术)和一期根治治疗^[9]。分期手术治疗不仅增加了患者的就医时间、经济负担,也大大增加了患者的痛苦^[10]。一期根治治疗虽然缩短了治疗时间但有可能损伤患者肛门括约肌功能,限制其应

用^[11]。随着手术技术的发展,一期根治治疗的术式得到了长足的发展,新的手术术式如高位虚挂线法和保留皮桥切开根治术不仅具有良好的治疗效果,其对患者的肛门组织和神经损伤也较小^[12]。为比较两种术式的优劣,作者对比分析了两种手术治疗方案的临床效果。

本研究结果显示,高位虚挂线组和皮桥手术组患者的手术时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示两种方法手术难度接近,但高位虚挂线组患者的愈合时间明显短于皮桥手术组,差异有统计学意义($P<0.05$)。其原因是高位虚挂线组术式对脓肿周围组织的伤害较少,因此恢复较快。高位虚挂线组患者的手术前后肛管静息压、最大收缩压比较,差异无统计学意义($P>0.05$),而皮桥手术组患者术后肛管静息压、最大收缩压明显低于高位虚挂线组和治疗前。提示,高位虚挂线组患者的肛门组织受损较少而皮桥手术组患者受损较多。而比较两组患者的疼痛积分和肛门功能评分的结果也同样证实了这一差异。其原因可能是,皮桥手术组采用的保留皮桥切开根治术切开的内括约肌和外括约肌范围较大,造成了术后肛管静息压的改变,而虚挂线发紧切断部分内括约肌和外括约肌的皮下部分,对于肛门的影响较小,没有勒断齿线(下转第 1897 页)

织的损伤,同时还能阻断血凝块释放的多种活性物质,减轻 HICH 引起的大脑损害,有利于神经功能的恢复,减轻患者的痛苦,改善 HICH 患者的生存质量。

护理干预就是护理人员在常规护理的基础上针对患者的思想、情绪、饮食及作息等情况进行综合护理干预,帮助患者康复,有研究表明,有效的护理干预可以避免以往护理方法的延后性与被动性,减少意外突发医疗事故发生,体现了人性化护理,提高了临床护理质量,也增强了相关护理人员的工作责任心,拉近医患之间的距离,使护患关系更为和谐,减少医疗纠纷。同时,临床护理人员需要细心、积极地观察患者的病情,需要护理人员做出独立思考与防范措施。在此过程中体现了护理人员的自身价值,调动了临床护理人员的工作积极性,提高了护理人员独立思考与钻研临床工作的能力。建立了和谐互信的护患关系,有利于提高医院的声誉和利益。

综上所述,优质护理干预可以明显提高 MIHD 手术治疗效果,提高患者生活能力,使患者获得有效治疗,在临床上具有重要意义。

参考文献

[1] 苏娅,王绚璇,吴恩. 社区优质护理干预对老年高血压患者的疗效分析[J]. 现代预防医学, 2011, 38(11): 2060-2061.

[2] Safain M, Roguski M, Antoniou A, et al. A single center's experience with the bedside subdural evacuating port system: a useful alternative to traditional methods for chronic subdural hematoma evacuation[J]. J Neurosurg, 2013, 118(3): 694-700.

[3] 符俊骐,史克珊. 高血压脑出血外科治疗现状及进展[J]. 海南医学, 2012, 23(9): 116-118.

[4] Morgan T, Zuccarello M, Narayan R, et al. Preliminary findings of the minimally-invasive surgery plus rtPA for intracerebral hemorrhage evacuation (MISTIE) clinical trial[M].

Cerebral Hemorrhage, 2008; 147-151.

[5] Markle-reid M, Browne G, Gafni A. Nurse-led health promotion interventions improve quality of Life in frail older home care clients: lessons learned from three randomized trials in Ontario, Canada[J]. J Eval Clin Pract, 2013, 19(1): 118-131.

[6] 周长梅. 社区优质护理干预对老年高血压患者的效果观察[J]. 河南医学研究, 2014, 23(1): 133-134.

[7] 宋桂丽, 黄文娟. 优质护理干预对高血压患者的护理效果[J]. 中国医药指南, 2013, 30(30): 224-225.

[8] Orakcioglu B, Beynon C, Bösel J, et al. Minimally invasive endoscopic surgery for treatment of spontaneous intracerebral hematomas: a single-center analysis[J]. Neurocritical Care, 2014, 21(3): 407-416.

[9] 朱志兰, 何伟华, 华琴. 老年压疮护理与治疗方法探讨[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(9): 1137-1138.

[10] 周开明. 脑出血患者常见并发症的护理[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(17): 2152-2153.

[11] Wu G, Wang L, Liu J, et al. Minimally invasive procedures reduced the damages to motor function in patients with thalamic hematoma: observed by motor evoked potential and diffusion tensor imaging[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2013, 22(3): 232-240.

[12] Cho MY, Min ES, Hur MH, et al. Effects of aromatherapy on the anxiety, vital signs, and sleep quality of percutaneous coronary intervention patients in intensive care units[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2013, 12(6): 381381.

[13] 杨学霞. 优质护理干预对提高护理质量和住院患者满意度的意义分析[J]. 四川医学, 2013, 11(11): 1805-1806.

(收稿日期: 2015-01-25 修回日期: 2015-03-10)

(上接第 1894 页)

上的内括约肌,最大限度地保留了肛门肌肉收缩能力。高位虚挂线组患者的术后并发症发生率明显低于皮桥手术组,其原因是高位肛周脓肿的并发症发生与肛门组织的损伤密切相关^[13]。由于高位虚挂线组患者的肛门组织损伤较小,因此其并发症发生率较低。

综上所述,使用高位虚挂线法治疗高位肛周脓肿的对患者损伤更小、患者恢复更快、并发症发生率更低,优于保留皮桥切开根治术治疗。

参考文献

[1] Peng KT, Hsieh MC, Hsu WH, et al. Anterior ilioinguinal incision for drainage of high-located perianal abscess[J]. Tech Coloproctol, 2013, 17(4): 455-458.

[2] Nelson RL, Abcarian H. Epidemiology, incidence and prevalence of fistula in ano[M]. Anal Fistula, Springer New York, 2014: 1-3.

[3] 叶龙生. 高位肛周脓肿单纯应用抗菌药物延误治疗 2 例[J]. 中国肛肠病杂志, 2013, 12(4): 18.

[4] 易秉强, 王振军, 杨新庆. 解读肛周脓肿和肛瘘治疗指南[J]. 中国临床医生, 2008, 36(8): 77-79.

[5] 赵高超. 一期切开挂线术治疗肛周脓肿 120 例[J]. 中国

现代普通外科进展, 2012, 15(11): 909-910.

[6] 吴炯, 王振宜, 孙建华, 等. 肛周脓肿的外科治疗[J]. 世界华人消化杂志, 2013, 21(34): 3842-3847.

[7] 张强, 陆金根, 曹永清. 肛周脓肿的手术治疗进展[J]. 中西医结合学报, 2009, 7(12): 1104-1107.

[8] Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence[J]. Dis Colon Rectum, 1993, 36(1): 77-97.

[9] Ommer A, Herold A, Berg E, et al. German S3 guideline: anal abscess[J]. Int J Colorectal Dis, 2012, 27(6): 831-837.

[10] 程涛, 蒋清平, 郭景泉, 等. 一期手术与分期手术治疗肛周脓肿的疗效比较[J]. 中国肛肠病杂志, 2013, 10(4): 46-48.

[11] 徐靖, 李宏. 手术治疗肛周脓肿预防肛瘘生成的体会 (附 192 例报告)[J]. 中国医刊, 2012, 47(11): 77.

[12] 穆云, 王顺和, 王玉, 等. 肛周脓肿术式高位虚挂线组与进展[J]. 中医临床, 2012, 4(23): 121-122.

[13] 祝秀华, 李阳, 尹全芳, 等. 肛周脓肿术后循证护理应用探讨[J]. 中外健康文摘, 2011, 8(8): 130-121.

(收稿日期: 2015-01-25 修回日期: 2015-03-10)