

# 手术治疗婴幼儿肛周脓肿的临床研究

梁靖华<sup>1</sup> 苏红波<sup>1</sup> 孙兴伟<sup>1</sup> 贾彤<sup>2</sup> 李青<sup>3</sup> 景彦<sup>4</sup>

<sup>1</sup>陕西省西安市中医医院(陕西 西安 710021)

<sup>2</sup>汉中市中医医院(陕西 汉中 723000)

<sup>3</sup>汉中市人民医院(陕西 汉中 723000)

<sup>4</sup>汉中市3201医院(陕西 汉中 723000)

**摘要** 为探讨一种最佳的治疗婴幼儿肛周脓肿的方法,本研究对比一次性根治术和切开引流术治疗婴幼儿肛周脓肿的效果。选择2014年6月至2017年6月于西安市中医医院肛肠科行一次性根治术治疗的60例肛周脓肿婴幼儿(年龄6个月至3岁)作为观察组,选择同期于汉中市中医医院、汉中市人民医院、汉中市3201医院肛肠科行切开引流术治疗的60例肛周脓肿患儿作为对照组,对比2组总体疗效、创口愈合时间、术后并发症和生活质量。结果显示,1)观察组治愈59例(98.3%),无效1例;对照组治愈7例(11.7%),无效53例(其中脓肿复发24例,形成肛瘘29例)。观察组治愈率明显高于对照组, $\chi^2=91.04, P<0.05$ 。2)观察组创面愈合时间( $8.75\pm 1.43$ )d,对照组( $5.60\pm 1.20$ )d。观察组创面愈合时间长于对照组, $P<0.05$ 。3)术后第1天、第3天患儿生活质量评分,观察组低于对照组, $P<0.05$ ;术后第7天、第14天患儿生活质量评分,观察组高于对照组, $P<0.05$ 。结果表明,一次性根治术治疗年龄6个月至3岁的肛周脓肿患儿,虽创面愈合时间稍长,术后早期(1周内)生活质量偏低,但可一次性治愈,阻断疾病进展,使患者免受二次手术痛苦。此类患儿建议行一次性根治术。

**关键词** 婴幼儿;肛周脓肿;一次性根治术;切开引流术;效果

## Clinical Study on Infantile Perianal Abscess Treated with Surgery

LIANG Jing-hua<sup>1</sup>, SU Hong-bo<sup>1</sup>, SUN Xing-wei<sup>1</sup>, JIA Tong<sup>2</sup>, LI Qing<sup>3</sup>, JING Yan<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Xi'an City's Hospital of TCM, Xi'an, Shaanxi 710021

<sup>2</sup>Hanzhong City's Hospital of TCM, Hanzhong, Shaanxi 723000

<sup>3</sup>Hanzhong City's People's Hospital, Hanzhong, Shaanxi 723000

<sup>4</sup>3201 Hospital of Hanzhong City, Hanzhong, Shaanxi 723000

**Abstract** This study was to search for a optimum therapy for infantile perianal abscess through comparing the effects of primary radical procedure and incision & drainage procedure in the treatment of this disease, selected 60 infantile patients(aged from 6 months to 3 years old) who received primary radical procedure in Xi'an City's Hospital of TCM from June 2014 to June 2017yr. as observation group and selected 60 child patients who received incision & drainage procedure in Hanzhong City's TCM Hospital, People's Hospital and 3201 Hospital at same period as control group; then compared whole effect, wound healing time, postoperative complication and patient's quality of life between the two groups. As results, 1) the curative rate; there were 59 cases cured, 1 case non-response in observation group and 7 cases cured, 53 cases non-response (24 suffered from recurrence, 29 formed fistula in control group. The curative rate of the former(98.3%) was significantly higher than the latter(11.7%),  $\chi^2=91.04, P<0.05$ ; 2) the wound-surface healing time of observation group was longer than that of control group [ $(8.75\pm 1.43)$  d vs  $(5.60\pm 1.20)$  d,  $P<0.05$ ]; 3) on the 1st, 3rd day after surgery in patient's score on the quality of life observation group was lower than control group ( $P<0.05$ ), but on the 7th, 14th day after surgery observation group was higher than control group ( $P<0.05$ ). Results show that primary radical procedure for the infantile patients (6 months -3 years old) make wound-surface healing time a little longer and life quality of postoperative early stage (within 1 week) lower, but it can cure the disease at once and stop the progress of perianal abscess, preventing patients from the secondary operation pain and suffering. Therefore, such children patients would be suggested to receive primary radical procedure.

**Key Words** Infantile; Perianal abscess; Primary radical procedure; Incision & drainage procedure; Effect

肛周脓肿是指肛门直肠周围发生急性或慢性化脓性感染并形成的脓肿<sup>[1]</sup>,是婴幼儿肛周疾病的多发病、常见病。婴幼儿肛周脓肿的发病率在国内尚未见统计,据国外资料显示,婴幼儿肛周脓肿和肛瘘的发病率占0.5%~4.3%<sup>[2]</sup>。临床表现以肛周红肿、疼痛为主,严重时伴有发热等全身症状。患病后若不及时治疗,患者肛门功能会受到影响,或发生严重感染,甚至危及生命<sup>[3]</sup>。

为探讨一种最佳的治疗婴幼儿肛周脓肿的方法,本研究对比一次性根治术和切开引流术治疗婴幼儿肛周脓肿的效果,总结报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2014年6月至2017年6月于西安市中医医院肛肠科行一次性根治术治疗的60例肛周脓肿婴幼儿(年龄6个月至3岁)作为观察组,选择同期于汉中市中医医院、汉中市人民医院、汉中市3201医院肛肠科行切开引流术治疗的60例肛周脓肿患儿作为对照组。2组患儿均参照《ZYYXH-T322-341-2012 中医肛肠科常见病诊疗指南》<sup>[4]</sup>中相关标准确诊。观察组男48例,女12例,年龄6~35个月,病程5 d至5个月。对照组男51例,女9例;年龄6~36个月,病程4 d至5个月。2组患者性别、年龄及病程方面比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 治疗方法

1.2.1 手术方法:1)观察组采用一次性根治术治疗。在脓肿波动感最明显处做一切口,用弯钳分开脓腔,放出脓液,用探针从切口探入,由感染的内口探出。沿着探针方向,切开内外口间皮肤、肌肉,直达感染的肛腺处,深约0.3 cm。结扎并切除内口周围感染组织,用刮匙搔刮并用纱布条擦拭脓腔。先后用双氧水、生理盐水清洗创口。检查创口无出血后,创口及肛内放置凡士林纱条填塞,外用塔形纱布加压包扎,丁字带固定。术后每日消毒换药,直至创口愈合。2)对照组采用切开引流术治疗。在脓肿波动感最明显处切开,用弯钳分开脓腔,放出脓液。先后用双氧水、生理盐水冲洗脓腔。术后处理同观察组。

1.2.2 术后处理:1)给予二级护理,密切观察生命体征及有无呕吐、胃食管内反流、误吸等症状。2)术后禁饮禁食4 h后进流质饮食,1 d后根据其饮食特点改为普通饮食。3)术后静脉滴注抗生素2 d(2 d后若血象仍高,可适当继续静脉滴注抗生素)。4)每次排便后先用I号洗剂(西安市中医医院院内制剂,组方主要成分为槐花、地榆炭、马齿苋、苍术、黄柏、紫花地丁、蒲公英等,煎煮后装入压缩袋中备用,每

袋200 mL)冲洗肛门(每次1袋,加热水200 mL),然后熏洗(I号洗剂2袋,加热水400 mL)或焯渍5~10 min。5)每天常规换药2次,分别用双氧水、生理盐水冲洗创口,用III型安尔碘棉球消毒创口。外敷涂有膏药的纱布(早期用拔毒膏,后期用生肌九华膏,若创口水肿则用消肿膏,这3种药膏均为西安市中医医院院内制剂)。

### 1.3 观察指标

1.3.1 总体疗效:创面愈合良好,无肛瘘形成,随访期内无复发,为治愈。形成肛瘘,或局部再次形成肛周脓肿,为无效。随访时间为1年。

1.3.2 创面愈合时间:从手术之日起至创面完全愈合所需时间。

1.3.3 术后并发症:记录术后发生出血、创口感染、肛门失禁的病例数。1)出血。无:无出血;少:少量出血浸染敷料;较多:浸透1块敷料;多:浸透超过1块敷料。2)创口感染。创口局部红肿,或组织坏死,或伴有全身的炎症反应。3)肛门失禁。正常:肛门对干便、稀便、气体的控制均正常;轻度失禁:肛门不能控制气体,但能控制干便和稀便;中度失禁:肛门不能控制气体和稀便,但能控制干便;完全失禁:肛门不能控制气体、稀便和干便。

1.3.4 安全性:分1~4级。1级:安全,无任何不良反应;2级:比较安全,有不良反应,不需作任何处理,可自行消失;3级:有安全问题,经处理后消失;4级:因不良反应中止试验。

1.3.5 生活质量:按照我科设计的婴幼儿肛肠疾病术后生活质量评分表(表1)评价术后第1、3、7、14天患儿生活质量。

表1 婴幼儿肛肠疾病术后生活质量评分表(6个月至3岁)

项目	表现	评分
肛门失禁及肛周污染情况	完全失禁	0
	肛周经常有粪便溢出,稀便时失禁	1
	肛周经常有粪便溢出	2
	肛周偶尔有粪便溢出	3
	无	4
玩耍情况	无法自行玩耍	0
	偶尔不能玩耍	1
	正常	2
饮食	受限制	0
	偶尔受限制	1
	无受限	2
与同伴交往	受限制	0
	偶尔受限制	1
	无受限	2
因排便问题而苦恼	有	0
	偶尔有	1
	无	2

注:调查患儿家属,优(9~12分),良(5~8分),差(0~4分)。

1.4 统计学方法 数据使用 SPSS21.0 统计软件进行处理。正态分布的计量资料以均数±标准差表示,比较采用  $t$  检验。等级资料比较采用秩和检验。 $P \leq 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 总体疗效 观察组治愈 59 例(98.3%),无效 1 例;对照组治愈 7 例(11.7%),无效 53 例(其中脓肿复发 24 例,形成肛瘘 29 例)。观察组治愈率明显高于对照组, $\chi^2 = 91.04$ ,  $P < 0.05$ 。2 组治愈患者随访 1 年均未见复发。

2.2 创面愈合时间 观察组创面愈合时间为 5~12 d,平均(8.75±1.43)d;对照组 4~7 d,平均(5.60±1.20)d。观察组创面愈合时间长于对照组, $t = 13.07$ ,  $P < 0.05$ 。

2.3 术后并发症 2 组患儿术后出血情况比较差异无统计学意义, $Z = -1.57$ ,  $P = 0.12 > 0.05$ (表 2)。2 组术后均未出现创口感染及肛门失禁的病例。

表 2 2 组患儿术后出血情况比较(例,%)

组别	例数	无出血	出血量少	出血量较多	出血量多
观察组	60	12	34	14	0
对照组	60	15	39	6	0

2.4 生活质量 术后第 1 天、第 3 天患儿生活质量评分,观察组低于对照组, $P < 0.05$ ;术后第 7 天、第 14 天患儿生活质量评分,观察组高于对照组, $P < 0.05$ (表 3)。说明术后早期切开引流术较一次性根治术患儿生活质量高,1 周后一期根治术后患者生活质量逐渐恢复,接近正常。

表 3 2 组患儿术后不同时间生活质量评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	第 1 天	第 3 天	第 7 天	第 14 天
观察组	60	3.84±0.89	6.31±0.58	8.79±0.86	10.24±0.75
对照组	60	5.76±0.95	6.84±0.75	8.42±0.73	9.64±0.68
$t$ 值		-11.42	-4.33	2.54	4.59
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.5 安全性 治疗过程中,2 组患儿均未发生不良反应。

## 3 讨论

婴幼儿发病的病理特点为发病急、进展快,不管任何疾病,均需尽快采取治疗措施,以阻断病情进展。婴幼儿患肛周脓肿后若不及时治疗,脓液波及周围间隙,脓肿范围会扩大,脓肿破溃后形成肛瘘,并且局部感染灶还会影响肛周肌肉组织及神经等的生长,造成肛门功能异常。婴幼儿肛周脓肿的发病机制目前尚不清楚,可能与肛门周围发育异常、细菌感染、免疫力低下、性激素影响等因素有关,分析如下:1)婴幼儿骶骨的弯曲度不能支持直肠处于正常位,腹压增大或者排便时肛门容易外翻,细菌侵入,引起肛腺感染,导致肛周脓肿。2)在胚胎发育过程中,肛膜与后肠发生了异常融合,形成了具有异常肛隐窝的不规则齿状线<sup>[1]</sup>,这种肛隐窝易积存粪渣,导致肛隐窝炎症、肛腺感染,从而形成肛周脓肿。3)肛腺的发育和分泌受性激素影响,雄性激素异常增高可使腺体异常增生。当肛腺分泌液排出不畅时,局部化脓,即会形成肛周脓肿<sup>[5]</sup>。

有学者认为,婴幼儿肛周脓肿有自愈倾向,应在患儿 3 岁以后行肛周脓肿或者肛瘘手术,但究竟自愈率是多少没有报道。根据近几年对婴幼儿肛周脓肿的文献研究及临床研究,笔者认为,年龄在 6 个月以上的婴幼儿肛周脓肿患者应尽早行一次性根治

术,原因如下:1)6 个月以上的婴幼儿血中免疫球蛋白 A(immunoglobulin A, IgA)的含量逐渐接近成人,免疫力也逐渐增强,肠道免疫功能开始健全,可以耐受手术治疗<sup>[6]</sup>。2)由于婴幼儿肛周肌肤娇嫩、肌肉疏松,所以大部分婴幼儿肛周脓肿为低位肛周脓肿,若不及时治疗,该病反复发作会导致病情加重,会对肛门功能产生影响,甚至发展为全身中毒感染,威胁患儿生命。3)肛周感染灶持续存在,会对患儿肛门功能及生活质量产生严重不良影响。4)临床研究发现,6 个月以上的婴幼儿肛周脓肿患者行一次性根治术的治愈率高于切开引流术,且无肛门失禁、不良反应等病例发生。

本研究未将年龄在 6 个月以内的肛周脓肿患儿纳入研究范围,原因如下:1)6 个月内婴儿免疫力差,生理机能不完善,容易并发其他疾病,如感冒、腹泻、肺炎等,影响疗效指标的观察。2)6 个月内婴儿对病房的条件要求较高,温度、湿度、消毒、光照等均需适宜,医院现有条件难以满足要求。3)患儿不易配合医护人员,常规检查及输液难度较大。4)麻醉风险较高。

一次性根治术治疗婴幼儿肛周脓肿的注意事项:1)小儿肛周组织疏松,极易产生假性瘘管,因此用探针探查内口时,动作应轻柔。2)尽量彻底切除感染肛腺,避免残留肛腺组织而复发。3)小儿创面生长快,手术时应保证创面开口相对较大,术后换药

要遵循“由内至外、由深至浅”的原则,防止形成假性愈合。4)婴幼儿肛周脓肿位置较低、范围局限,一般不建议行挂线术。

综上所述,一次性根治术治疗年龄6个月至3岁的肛周脓肿患儿,虽创面愈合时间稍长,术后早期(1周内)生活质量偏低,但可一次性治愈,阻断疾病进展,使患者免受二次手术痛苦。此类患儿建议行一次性根治术。

#### 参 考 文 献

- [1] 安阿玥.肛肠病学[M].北京:人民卫生出版社,2015:303.  
[2] Inoue M, Sugito K, Ikeda T, et al. Long-term results of

seton placement for fistula-in-ano in infants[J]. J Gastrointest Surg, 2014, 18(3):580-583.

- [3] 林芝芳.1例婴幼儿肛周脓肿致感染中毒性休克的护理[J].中国生育健康杂志,2013,19(3):266-268.  
[4] 中华中医药学会.ZYYXH-T322-341-2012 中医肛肠科常见病诊疗指南[S].北京:中国中医药出版社,2012:7.  
[5] 梁 珣.雄性激素在婴儿肛周脓肿发病中的作用及机制探讨[D].重庆:重庆医科大学,2013.  
[6] 顾绍栋,强红家.小儿肛瘘和肛周脓肿 153 例临床分析[J].河南外科学杂志,2014,20(6):95.

(收稿日期:2017-11-15)

## 肛门重度狭窄 1 例

徐 征 张 敏 郑 帆 唐 建 曾 锐

四川省德阳市人民医院肛肠科(四川 德阳 618000)

患者男,71岁。因“排便困难半年,加重1周”于2017年2月26日入院。患者半年前无明显诱因出现排便困难,以成形大便时为甚,排便费力,偶有便中带血,无腹胀腹痛等症,该症状进行性加重,经常服用番泻叶等泻药方可排出粪便,未行就医。入院前1周症状加重,必须服用泻药稀释粪便后方可排出,伴腹胀不适,由下级医院转入我院胃肠外科治疗。既往体健,无遗传病及家族史。专科检查:腹平软,未见异常蠕动波,无腹壁静脉曲张,无压痛及反跳痛。肛门指检:肛缘肤色正常、质硬,肛门狭窄,仅能通过12号导尿管。入院诊断:肛门重度狭窄。入院完善相关检查,全腹部增强CT:所扫胃肠道未见异常。患者及家属不愿行腹壁造瘘术,转入肛肠科。追问病史,患者30年前曾在当地行痔手术(术名不详),术后出现大便变细,约小指粗,因从未出现过排便困难,故未做检查、治疗。于术前取肛缘组织活检,检查结果示增生之纤维组织及肌组织。在全麻下行瘢痕部分切除松解术、内括约肌侧切术、肛门成形术和瘢痕注射术。术中发现整个肛缘环形瘢痕,完全无弹性,口径约0.5 cm×0.5 cm大,小指无法通过。于5点位切开瘢痕,见左侧瘢痕较厚,约2 cm×1.5 cm,右侧较薄,约1.2 cm×0.8 cm,切除部分2~5点位瘢痕,见瘢痕侵及外括约肌皮下部及部分内括约肌组织,于5点位松解部分内括约肌,顺时针游离10~7点位肛缘皮肤及肛管黏膜,用可吸收线做环形缝合,术中检查肛门可容大号肛门镜顺利通过。术毕,整个切口注射曲安奈德40 mg予以封

闭。术中取组织送检,检查结果示增生之纤维组织及肌组织。术后予以局部换药治疗40余天,切口痊愈。术后第10天,为预防瘢痕形成,再行曲安奈德40 mg注射液封闭。3个月后复查,患者述排便通畅,肛门可顺利通过两指,手术切口无明显瘢痕结节,肛门能自主收缩,有一定控便能力。

**讨论:**对于严重肛门狭窄,应先排除直肠、肛管增生物后,再行手术治疗。该患者应为30年前因行痔手术,造成肛门瘢痕挛缩而致肛门狭窄。但因手术方法不详细,不知瘢痕是因药物注射造成,还是手术创面较大所致,所以术中切除部分瘢痕组织后,为预防术后瘢痕形成,术毕在切口边缘注射曲安奈德。曲安奈德能通过抑制瘢痕内成纤维增殖和胶原合成,增加胶原酶的产生,减少胶原酶抑制剂的产生,从而引起胶原超微结构的改变,使胶原纤维按顺序排列;其还能使胶原结节降解,促使瘢痕成熟<sup>[1,2]</sup>。这是非手术治疗瘢痕的一种方法,对于瘢痕增生期的治疗效果不错。本例患者治疗方法恰当有效,可供临床参考。

#### 参 考 文 献

- [1] 宋 岚,田 英,张彩平,等.曲安奈德抑制成纤维细胞的实验研究[J].美国中华临床医学杂志,2003,5(2):137-138.  
[2] 范东良,刘庆丰.曲安奈德抑制增生性瘢痕成纤维细胞增殖的初步研究[J].广西医科大学学报,2007,24(1):70-72.

(收稿日期:2017-12-02)