

# 脓肿切开挂线引流法治疗小儿肛周脓肿 77 例疗效观察

陈朝晖<sup>1</sup> 张瑞芳<sup>1</sup> 陈 林<sup>1</sup> 陈红霞<sup>1</sup> 代述东<sup>2</sup>

**【摘要】 目的** 探讨脓肿切开、挂线引流法治疗小儿肛周脓肿的疗效及安全性。**方法** 对 77 例小儿肛周脓肿采取脓肿切开、内口挂线引流法进行治疗。**结果** 77 例患儿一期治愈 71 例,6 例形成肛瘘或再次形成脓肿,经切开挂线引流后痊愈,治愈率 92.2%。随访 0.5 ~ 1 年,无肛门畸形、便失禁等发生。平均住院时间 7.5 d,痊愈时间 17.5 d。**结论** 脓肿切开挂线引流法治疗小儿肛周脓肿疗效确切,复发率低,对小儿肛门功能有较好的保护作用。

**【关键词】** 肛门;脓肿;挂线法;治疗结果;儿童

肛周脓肿是较常见的小儿肛肠疾病,患儿起病急,局部症状重,未及时处理或处理欠当,易病情加重或迁延不愈,增加患儿痛苦。作者自 2007 年 1 月至 2011 年 6 月采取脓肿切开挂线引流法治疗 77 例小儿肛周脓肿,疗效满意,现报道如下。

## 资料与方法

### 一、临床资料

77 例患儿中,男 49,女 28 例,年龄 5 d 至 12 岁。其中 0 ~ 6 个月 31 例,6 个月至 1 岁 16 例,1 ~ 7 岁 16 例,7 ~ 12 岁 14 例,病程 2 ~ 7 d。患儿肛门局部均可见大小不等的红肿包块,截石位肛周脓肿位于前侧 19 例,后侧 24 例,右侧 18 例,左侧 16 例。患儿白细胞总数及中性粒细胞比值均增高,其中 35 例伴不同程度体温升高,18 例有稀便或腹泻病史。

### 二、治疗方法

均行一次性根治手术。采取局麻或全身麻醉,患儿取膀胱截石位,用碘伏消毒术区及肛门直肠下端,于脓肿最高处做放射状切口,用小血管钳钝性分离脓腔,排尽脓液,刮匙轻柔搔刮脓腔壁,尽可能祛除脓腔内坏死组织。用质软银质探针自脓腔内向直肠肛窦方向探查,寻找感染源即内口(内口多在对位齿状线肛隐窝处),切开内外口之间的皮肤,在内外口之间用单根橡皮筋挂线引流,不需太勒紧橡

皮筋,一般以橡皮筋在术后 7 ~ 10 d 左右勒断内外口间所挂组织为宜。如脓腔范围较大,可于主引流口旁做 1 ~ 2 个放射状辅助引流小切口,各引流切口与主切口之间以细橡皮条做对口引流,待脓腔变浅、分泌物减少时撤除橡皮条。用双氧水冲洗脓腔,油纱条填塞创面,塔形纱布包扎。术后根据脓液培养及药敏试验结果选用抗生素治疗,每次大便后用 1 : 100 稀释碘伏液冲洗肛门部创面,创口局部用烧伤湿润膏油纱条换药,直至痊愈。

## 结 果

77 例患儿中,治愈 71 例,治愈率 92.2%,好转 8 例。6 例形成肛瘘或再次形成脓肿经切开挂线引流后痊愈;随访 0.5 ~ 1 年,无肛门畸形、便失禁等发生。平均住院时间 7.5 d,痊愈时间 17.5 d。

## 讨 论

肛周脓肿多发生在 3 岁以下幼儿,新生儿及 3 个月以内婴儿多见,男性占 80%<sup>[1]</sup>。引起小儿肛周脓肿的原因包括:①局部解剖结构:新生儿或小儿肛管相对较短,肛门括约肌较松弛,齿状线处黏膜及肛窦易外翻受磨擦、破损、感染而形成脓肿。本组 0 ~ 1 岁患儿占 61%。②小儿生理特点:小儿尤其是婴幼儿大便欠规律,干结或多次稀便时,易致肛隐窝部位损伤而引起局部感染。③护理不当:婴幼儿肛周皮肤娇嫩,大小便后未及时清洁,易诱发感染而形成脓肿。

治疗上首选手术治疗。目前对小儿肛周脓肿的

保守治疗尚存在争议,传统观点认为,脓肿未形成时可用抗生素联合局部用药保守治疗。由于绝大部分肛周脓肿是由于肛窦肛腺感染、蔓延至肛门直肠周围间隙而形成,因此,作者主张凡脓肿形成均应积极手术治疗,并提倡一次性根治,即在切开脓腔引流的同时清除引起脓肿的感染肛腺即内口,避免形成肛瘘而需二次手术。最近美国结直肠医师协会强调,肛周脓肿的治疗应权衡括约肌切断的程度、术后治愈和功能损伤程度<sup>[3]</sup>。肛周脓肿一次性手术治疗的核心是:①彻底处理内口,达到一次性根治的目的;②操作相对简单;③疗程短;④最大限度保护肛门外形及功能,减少并发症。目前仍主张分期手术,急性期切开脓腔引流,3~6 个月后进行二期肛瘘手术;其缺点是疗程长,增加患儿痛苦及经济负担。作者设计的脓肿切开挂线引流一次性根治方法借鉴了传统中医学“橡皮筋挂线法”缓慢切割肌束,避免了一次切断致肛门失禁,利用其良好的引流作用,也避免了换药分开创面所致剧痛,尤其适合小儿。贾贺宽等<sup>[4]</sup>研究表明一次性根治术治疗小儿肛周脓肿疗效良好。Francis Serour 等<sup>[5]</sup>回顾性分析了 77 例肛周脓肿的治疗经过,也肯定了脓肿一期切开根治术的治疗效果。

术中应注意以下几点:①小儿肛周脓肿脓腔位

置常表浅,内口与脓腔之间距离短,操作应轻柔。②主张行单根橡皮筋挂线处理内口,可避免直接切开括约肌,导致肛门功能损伤,起保护括约肌作用。③小儿皮肤愈合能力较强,采用挂线可以有效防止皮肤切口的假愈合,防止发生肛瘘。④肛周部位敏感,小儿换药不容易配合,采用挂线方法可以减少局部换药的疼痛,方便换药。挂线不宜太紧,一般以术后 7~10 d 左右橡皮筋挂断肌肉组织为度<sup>[3]</sup>。⑤应勤换药,特别是大便后应及时清洗并换药。

## 参考文献

- 1 张东铭. 盆底与肛门病学[M]. 贵阳:贵州科技出版社, 2000:594.
- 2 查鸿博,杨光. 一次性根治术治疗小儿肛周脓肿 46 例临床分析[J]. 中国基层医药,2007,14(11):1806-1807.
- 3 Whiteford MH, Kilkenny J, Hyman N, et al. Practice parameters for the Treatment of Perianal Abscess and Fistula-in-Ano (Revised) [J]. Dis Colon Rectum, 2005, 48(7):1337.
- 4 贾贺宽,贾莉,董海波. 小儿肛周脓肿根治术 38 例疗效观察[J]. 第四军医大学学报,2007,28(19):1759.
- 5 Francis Serour, Eli Som ekh, Arkadi Gorenstein. Perianal abscesses and fistula-inano in infants: a different entity [J]. Dis Colon Rectum, 2005, 2(48):359-364.

(上接第 336 页)

为 8~12 周<sup>[4]</sup>。Bahram MA<sup>[5]</sup>行延迟性阑尾切除时间为 4~6 周。本组 26 例患儿行延迟性阑尾切除术的手术时间提前到 1 个月,无明显并发症。

我们认为:①阑尾脓肿期间要有正规的保守治疗,即合理使用抗生素,抗生素使用时间要足够长,一般 1~3 周,平均 2 周左右。出院标准达到如前所述。正确的保守治疗可以确保腹腔炎症治愈,减轻腹腔粘连,以利后期手术顺利进行。②手术分离要根据粘连情况具体对待:阑尾脓肿治愈 1 个月后腹腔粘连较 3~6 月后严重。但我们研究发现,本组 26 例中,23 例阑尾与周围网膜,后腹膜,腹壁存在明显粘连,而与肠管并无致密粘连,当提起阑尾时可见阑尾与周围组织存在明显界限,其粘连多为膜状纤维组织,使用电凝较易分离,手术切除阑尾并不难。2 例阑尾与肠管粘连致密,阑尾头端无法提起,不易暴露,但粘连多以头端与肠管粘连明显,而阑尾根部与肠管间粘连不重,仍有界限可见,此时,可以于阑尾根部轻柔分离,逆行切除阑尾,再轻柔分离阑尾系膜,分离时尽可能靠近阑尾进行,只要仔细分离,仍

可行阑尾切除术。对于阑尾脓肿治愈后 1 个月复发者,只要病史不超过 72 h,亦可行阑尾切除术。④对于腹腔广泛粘连者,应及时中转进腹行阑尾切除术,不可强行腹腔镜手术。

## 参考文献

- 1 吕成超,黄河. 儿童慢性阑尾炎腹腔镜治疗 28 例临床分析[J]. 临床小儿外科杂志,2011,10(2):121-122.
- 2 单振潮,杜勇,等. 儿童阑尾脓肿消散后是否行延迟性阑尾切除术探讨[J]. 宁夏医学院学报,2002,24(5):341-342.
- 3 王柯,金先庆,等. 318 例小儿阑尾脓肿的临床治疗分析[J]. 重庆医学, 2010,39(17):2323-2324.
- 4 Jay L, Grosfeld, James A. O' Neill, Jr, Eric W, Fonkalsrmd, et al. Pediatric Surgery[M]. 6th ed. Mosby, Inc, 2006, 1509.
- 5 M. A Bahram. Evaluation of early surgical management of complicated appendicitis by appendicular mass[J]. International Journal of Surgery, 2011, 9:101-103.