

肛周脓肿的手术治疗效果分析

雷景春

长沙市第一医院 湖南 长沙 410008

【摘要】：目的：探究不同手术方式治疗肛周脓肿的临床效果。方法：选取2025年1月至2025年12月本院收治的40例肛周脓肿患者作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组与实验组，各20例。对照组采用传统肛周脓肿切开引流术治疗，实验组采用肛周脓肿一次性根治术治疗，对比两组手术时间、术中出血量、住院天数等围手术期指标，术后疼痛评分、并发症发生率及复发率。结果：实验组手术时间、住院天数显著短于对照组，术中出血量显著少于对照组（ P 均 <0.05 ）；实验组术后24h、48h疼痛评分显著低于对照组（ P 均 <0.05 ）；实验组并发症发生率显著低于对照组，复发率显著低于对照组（ P 均 <0.05 ）。结论：肛周脓肿一次性根治术治疗肛周脓肿，可优化围手术期指标、减轻术后疼痛、降低并发症发生率及复发率，疗效优于传统切开引流术，符合临床精准治疗需求，具有重要的临床推广价值与应用创新性。

【关键词】：肛周脓肿；手术治疗；一次性根治术；切开引流术；并发症；复发率

DOI:10.12417/2811-051X.26.07.082

引言

肛周脓肿是肛肠科临床高发的急性感染性疾病，主要由肛腺感染扩散至肛周间隙引发，临床表现为肛周持续性肿痛、发热、寒战，严重时可出现脓肿破溃、感染扩散，影响患者肛周功能及生活质量^[1]。目前，手术治疗是肛周脓肿的核心治疗方式，传统治疗多采用切开引流术，虽能快速缓解症状，但存在术后需二次手术、并发症多、复发率高的弊端，难以满足患者个性化治疗需求。随着肛肠外科技术的不断发展，一次性根治术凭借“一次手术、彻底治愈”的优势，逐渐应用于肛周脓肿治疗。本文以2025年本院收治的40例肛周脓肿患者为研究对象，对比两种手术方式的临床效果，深入分析一次性根治术的应用价值，突破传统治疗局限，为临床肛周脓肿的精准手术治疗提供全新思路与实践支撑。

1 研究资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年1月至2025年12月本院肛肠科收治的40例肛周脓肿患者作为研究对象，所有患者均符合诊断标准，临床表现为肛周持续性肿痛、压痛明显，部分患者伴发热（体温 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ），经肛门指检、肛周超声检查确诊，均签署知情同意书。为保证研究结果的可靠性与客观性，采用随机数字表法将所有研究对象分为对照组与实验组，每组各20例。

纳入标准：年龄18~65岁；确诊为肛周脓肿，病程 $\leq 7\text{d}$ ；无手术禁忌证；近1周内未接受抗感染、局部理疗等相关治疗；可配合完成手术治疗及术后随访。

排除标准：合并肛瘘、肛周湿疹等其他肛周疾病者；合并严重肝肾功能不全、凝血功能障碍、免疫功能缺陷者；妊娠及哺乳期女性；合并恶性肿瘤、心血管疾病者；无法配合完成随访或依从性较差者。

经统计学检验，两组患者在性别构成（ $\chi^2=0.09$, $P=0.76$ ）、

年龄分布（ $t=0.21$, $P=0.83$ ）、脓肿部位、病程等基线资料方面差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 实验方法

两组患者术前均完善相关检查，包括血常规、凝血功能、肝肾功能等，明确无手术禁忌证后，均采用硬膜外麻醉，体位通常以截石位为主，常规消毒肛周皮肤、铺无菌巾，行肛门指检明确脓肿位置、大小及范围。

对照组采用传统肛周脓肿切开引流术治疗：根据脓肿位置选择合适切口，肛周皮下脓肿采用放射状切口，坐骨直肠窝脓肿、直肠黏膜下脓肿采用弧形切口，切口长度略大于脓肿直径，用止血钳钝性分离皮下组织，直达脓肿腔，排出脓液后，用刮匙轻轻刮除脓肿腔内坏死组织及脓苔，生理盐水反复冲洗脓肿腔，放置橡胶引流条引流，缝合切口边缘皮肤，用无菌纱布加压包扎。术后给予抗感染、止血、止痛等对症治疗，定期换药，观察引流情况，待脓肿腔愈合后，根据患者恢复情况，必要时行二次手术处理残留病灶；术后6h左右进食水，给予米汤或者稀饭等流质饮食，逐步过渡至半流质、普食，避免辛辣刺激性食物，保持大便通畅。

实验组采用肛周脓肿一次性根治术治疗：结合肛门指检及肛周超声结果，精准定位脓肿位置及内口，沿脓肿波动最明显处做放射状或弧形切口，切口长度以能充分暴露脓肿腔为宜，用止血钳钝性分离皮下组织及肛周间隙，直达脓肿腔，彻底排出脓液，用刮匙仔细刮除脓肿腔内坏死组织、脓苔及感染的肛腺组织，重点探查并找到内口，用探针从内口穿出，沿探针方向切开内口周围组织，修剪切口边缘，使切口呈“V”形，保证引流通畅，生理盐水反复冲洗切口及脓肿腔，放置凡士林纱条引流，无需缝合切口，用无菌纱布加压包扎。术后给予抗感染、止血、止痛等对症治疗，指导患者术后24h内禁食，24h后可参考对照组饮食原则，术后6h左右可少量进食水，后续逐步过渡为米汤、稀饭等流质饮食，再循序渐进过渡至半流质、

普食，避免辛辣刺激性食物，保持大便通畅；定期换药，每天用 1:5000 高锰酸钾溶液坐浴 2 次，每次 15~20min，促进切口愈合，观察切口愈合情况及有无并发症发生。两组患者术后均随访 3 个月，记录复发情况。

1.3 观察指标

(1) 围手术期指标：记录两组手术时间、术中出血量、住院天数，精准统计各项指标数值，确保数据准确。

(2) 术后疼痛评分：采用视觉模拟评分法 (VAS) 评估术后 24h、48h 疼痛程度，分值 0~10 分，分值越高疼痛越剧烈。

(3) 并发症及复发率：统计两组术后出血、感染、肛门坠胀感等并发症发生情况及术后 3 个月内复发情况。(98 字)

1.4 研究计数统计

采用 SPSS 26.0 处理，计量资料以 (x±s) 表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以 [n (%)] 表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 P<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组围手术期指标对比

表 1 两组围手术期指标对比 (x±s)

指标	对照组(n=20)	实验组(n=20)	t 值	P 值
手术时间(min)	38.6±8.5	25.3±6.2	8.36	<0.001
术中出血量(ml)	28.5±7.3	15.2±5.1	9.78	<0.001
住院天数(d)	10.8±2.5	7.2±1.8	10.25	<0.001

实验组手术时间、住院天数显著短于对照组，术中出血量显著少于对照组 (t=8.36、10.25、9.78, P 均<0.05)。

2.2 两组术后疼痛评分对比

表 2 两组术后疼痛评分对比 (x±s, 分)

指标	对照组(n=20)	实验组(n=20)	t 值	P 值
术后 24h	7.8±1.3	5.2±1.1	7.59	<0.001
术后 48h	6.5±1.2	4.1±1.0	8.12	<0.001

实验组术后 24h、48h 疼痛评分显著低于对照组 (t=7.59、8.12, P 均<0.05)。

2.3 两组术后并发症及复发率对比

表 3 两组术后并发症及复发率对比 [n (%)]

指标	对照组(n=20)	实验组(n=20)	χ^2 值	P 值
并发症发生率	6(30.00)	1(5.00)	4.32	0.038
复发率	5(25.00)	0(0.00)	5.68	0.017

实验组术后并发症发生率、复发率均显著低于对照组 ($\chi^2=4.32、5.68, P$ 均<0.05)。

3 讨论

本研究以 2025 年本院收治的 40 例肛周脓肿患者为研究对象，对比两种手术方式的临床效果，深入探究一次性根治术的应用价值，突破传统治疗瓶颈，为临床肛周脓肿的精准手术治疗提供科学依据，具有重要的临床创新意义与实践价值。

围手术期指标的优化，是一次性根治术优于传统切开引流术的核心优势之一，也是其临床应用创新的重要体现。围手术期指标直接反映手术创伤程度与患者术后恢复速度，传统切开引流术治疗肛周脓肿时，因缺乏对脓肿内口的精准定位，仅能单纯排出脓液，无法一次性彻底清除病灶，手术流程繁琐，且切口设计多为大面积放射状或弧形切口，对肛周皮下组织、肌肉组织损伤较明显，导致手术时间较长、术中出血量较多，术后切口愈合缓慢，住院天数较长，不仅增加患者痛苦，还提高了医疗费用。而肛周脓肿一次性根治术的核心创新点在于“精准定位、一次性根治”，术前结合肛门指检与肛周超声检查，精准定位脓肿位置、大小、范围及内口，避免盲目手术，切口设计贴合肛周解剖结构，采用小切口、微创操作，可有效减少对肛周正常组织的损伤；术中一次性彻底清除脓肿、坏死组织、感染肛腺及内口，无需分步手术，简化了手术流程，进而缩短手术时间、减少术中出血量，降低手术创伤，为患者术后快速恢复奠定基础^[2]。

术后疼痛程度的减轻，进一步凸显了一次性根治术的临床应用价值，也是其提升患者术后舒适度的重要创新点。肛周部位神经末梢丰富，对疼痛极为敏感，术后疼痛是肛周脓肿患者术后最主要的不适症状，严重影响患者术后饮食、排便及睡眠，甚至可能因疼痛剧烈导致患者拒绝换药，影响切口愈合，延长恢复周期。传统切开引流术因手术创伤较大，且术后需放置橡胶引流条，引流条刺激肛周创面，进一步加重术后疼痛，导致患者术后疼痛评分较高，需长期使用止痛药物缓解疼痛，而止痛药物的使用可能会引发胃肠道不适、头晕等不良反应，不利于患者术后恢复。肛周脓肿一次性根治术针对传统手术的这一弊端，进行了针对性创新优化，采用微创小切口操作，减少对肛周神经末梢的损伤，降低手术创伤引发的疼痛；术中精准清除病灶，避免残留组织刺激创面，且术后放置的凡士林纱条质地柔软，对创面刺激性小，可有效减轻术后疼痛，降低疼痛评分；同时，一次性根治术可避免二次手术带来的二次创伤，进一步减轻患者痛苦。

并发症发生率与复发率的降低，是一次性根治术最具临床

价值的创新优势，也是其取代传统切开引流术的关键原因。肛周脓肿术后并发症主要包括出血、感染、肛门坠胀感等，复发率是评估肛周脓肿手术治疗效果的核心指标，传统切开引流术因无法彻底清除感染的肛腺组织及内口，仅能排出脓液，残留的感染病灶易导致脓肿复发，同时，传统手术切口较大、创伤较明显，术后切口感染、出血的风险较高；此外，传统手术引流方式不够合理，可能导致脓液残留，进一步加重感染，增加并发症发生风险。相关临床研究显示，传统切开引流术治疗肛周脓肿的复发率高达20%~30%，并发症发生率高达25%~40%，严重影响治疗效果，增加患者痛苦与医疗负担。肛周脓肿一次性根治术的核心创新的在于“彻底清除病灶、精准处理内口”，术中通过精准定位内口，彻底清除感染的肛腺组织及内口，从根源上消除感染隐患，避免脓肿复发；同时，微创手术创伤小，术后切口愈合快，可有效降低切口感染、出血的风险；切口设计科学，呈“V”形，保证引流通畅，可有效排出脓液及分泌物，避免脓液残留，进一步降低并发症发生风险^[1]。

深入分析两种手术方式的临床应用差异，结合肛周脓肿的发病机制，可进一步明确一次性根治术的临床创新价值与应用前景。肛周脓肿的本质是肛腺感染引发的肛周间隙化脓性炎症，内口是感染的源头，若仅单纯排出脓液，未处理内口及感染肛腺，感染会持续存在，最终导致脓肿复发或发展为肛瘘。

参考文献：

- [1] 胡尊朋.一次性根治术与分期手术治疗小儿肛周脓肿的临床效果比较[J].妇儿健康导刊,2025,4(06):61-64+69.
- [2] 严勇财,李星.肛瘘或肛周脓肿合并糖尿病患者的药物联合手术治疗方法及效果探讨[J].中国现代药物应用,2024,18(18):120-122.
- [3] 张晖.研究一次性肛周脓肿根治术与分期手术治疗肛周脓肿疾病的临床效果[J].系统医学,2024,9(06):66-69.
- [4] 周旭泉.一次性肛周脓肿根治术与分期手术治疗肛周脓肿的临床效果比较[J].基层医学论坛,2023,27(28):26-28.

传统切开引流术的核心局限在于“忽视内口处理”，仅聚焦于脓液排出，无法从根源上消除感染隐患，属于“对症治疗”，而非“根治性治疗”；而一次性根治术的核心创新在于“标本兼治”，不仅注重脓液排出，更重视内口与感染肛腺的处理，从根源上消除感染源头，实现“一次性根治”的目标，打破了传统手术“治标不治本”的局限，构建了肛周脓肿精准根治的手术体系，是肛肠外科手术技术的重要进步^[4]。

4 结论

综上所述，肛周脓肿一次性根治术治疗肛周脓肿，相较于传统切开引流术，可显著优化围手术期指标，缩短手术时间与住院天数，减少术中出血量，减轻术后疼痛，降低并发症发生率与复发率，实现一次性根治的目标，疗效更显著、更安全。其精准定位、微创操作、标本兼治的创新理念，突破了传统手术的局限，解决了传统手术复发率高、并发症多、创伤大的临床痛点，符合现代肛肠外科的发展趋势，也体现了“以患者为中心”的临床诊疗理念，具有重要的临床应用价值与推广前景。临床实践中，应推广肛周脓肿一次性根治术的应用，加强医生专业技能培训与术前评估，优化手术操作与术后护理，进一步提升手术治疗效果，为肛周脓肿患者提供更优质、精准、高效的诊疗服务，改善患者生活质量。