

基于虚挂线理念的腔内悬吊挂线法治疗坐骨直肠窝脓肿 15 例临床研究

钱海华¹ 杨 光² 张荣枝²

(1.南京中医药大学第一附属医院,江苏南京 210029; 2.南京中医药大学,江苏南京 210023)

摘要 目的:观察腔内悬吊挂线法治疗坐骨直肠窝脓肿的疗效及术后并发症发生情况。方法:30 例坐骨直肠窝脓肿患者,随机分为治疗组和对照组各 15 例。在正确处理内口的情况下,治疗组采用齿状线上腔内悬吊挂线法,对照组采用齿状线上虚挂线法。结果:2 组的治愈率均为 100%;治疗组较对照组能缩短创面愈合时间、减轻术后疼痛程度及减少术后并发症。结论:腔内悬吊挂线法疗效确切,且能显著减轻术后患者的疼痛程度,较好地保护肛门功能,减少术后并发症的发生。

关键词 坐骨直肠窝脓肿 腔内悬吊挂线疗法 外科学

中图分类号 R657.150.5

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)07-0036-02

肛周脓肿分为低位脓肿和高位脓肿。坐骨直肠窝脓肿虽为低位脓肿,但由于其特殊的解剖结构,其脓腔可深达或超过外括约肌深部,该间隙的脓肿具有发病率和成瘘率均较高的特点。目前临床上对肛腺起源的坐骨直肠窝脓肿多采用一期根治术。近来,我们基于虚挂线理念设计了齿状线下切开,在齿状线上腔内悬吊挂线法治疗该类疾患,获得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为南京中医药大学第一附属医院住院手术患者,共 30 例,随机分为 2 组。治疗组 15 例:男 13 例,女 2 例;平均年龄(34.76±10.62)岁;平均病程(7.34±6.47)d。对照组 15 例:男 13 例,女 2 例;平均年龄(31.21±10.91)岁;平均病程(6.35±4.09)d。2 组患者一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断依据 参照人民军医出版社 1998 年 6 月出版的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》中关于肛周脓肿的诊断标准:(1)肛门烧灼痛或跳痛,排便或行走时加重,少数有排尿困难;(2)肛门周围有硬结或肿块,局部温度增高,压痛或有波动感,指诊内口明确;(3)可伴有恶寒、发热、全身不适等症状;(4)B 超可测及脓腔;(5)血白细胞及中性粒细胞计数增多。

1.3 纳入标准 符合诊断标准的单侧坐骨直肠间

隙脓肿,术中内口明确,脓腔深达外括约肌深部。

1.4 排除标准 (1)结核等特异性感染性脓肿;(2)肛周脓肿合并肛门大肠癌或直肠息肉;(3)肛周脓肿合并肠道感染性疾病;(4)肠道非特异性炎症合并肛周脓肿;(5)肛周脓肿曾手术治疗复发者;(6)妊娠妇女或 12 岁以下儿童;(7)合并心脑血管,肝肾和造血系统疾病等严重原发病。

2 治疗方法

2.1 治疗组 (1)常规行蛛网膜下腔阻滞或局部麻醉;(2)待肛管松弛后,消毒肛管,行肛门指诊,仔细探查有无新的阳性体征;(3)确定脓肿的范围,在脓肿隆起最明显处作一长约 2cm 的放射状切口,切开皮肤、皮下组织,直至脓腔,以食指伸入脓腔,彻底分离脓腔的纤维间隔,充分排脓。以圆头探针探入脓腔,食指在肛内应诊,仔细探查内口。初步确定内口后,于内口相对应的肛缘处做一长约 3~4cm 放射状切口,切开皮肤、皮下组织、部分内括约肌及内口,暴露中央间隙,以此切口作为主引流切口(对于内口位置在截石位 6 点的,则主切口的位置选择偏于 5 点或 7 点位)。自主切口以中弯探入脓腔达脓腔顶部,于脓腔顶部附近寻找最近的任何肌肉,适当游离,在肌肉上方钝性分离出橡皮筋粗细一孔,将单股橡皮筋穿过,呈松弛状,断端结扎。视脓腔范围的大小,可做多个放射状引流小切口,各引流切口与主切口间均以橡皮筋做对口引流。

基金项目:江苏省中医药局科研项目资助(LZ13028)

2.2 对照组 术前准备和一般手术步骤与治疗组相同。不同之处为采用传统的齿状线下切开、齿状线上挂线法,使橡皮筋呈松弛状态,不紧线。

2.3 术后处理 2组术后均行每日坐浴治疗,换药时以甲硝唑氯化钠冲洗各间隙和切口,换药时将所挂橡皮筋在腔隙内转动以防扭曲或粘连等,并以黄连油纱条填入脓腔间隙,以保护切口,充分引流。外口与入口外口及主切口之间对口引流橡皮筋,视间隙肉芽生长情况 7~8d 即可逐步拆除。对于以肌肉为支点虚挂之橡皮筋,一般于 7d 左右拆除;而对贯穿肛肠环及肠壁之虚挂橡皮筋,一般在 14d 左右拆除,术后可适当应用抗生素及中药清热解毒剂等,以控制炎症,促进伤口愈合。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察治疗前后的症状、体征变化,疼痛程度,创面愈合状况以及肛门括约功能的状态等。

3.2 疗效评定标准 按照国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》制定。痊愈:临床症状及体征均消失,伤口愈合;显效:症状改善,病灶或伤口缩小;未愈:症状及体征均无变化。

3.3 统计学方法 统计分析采用 SPSS16.0 软件处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 2组治疗后均痊愈,痊愈率均为 100%,2组间比较无统计学差异 ($P > 0.05$),表明 2组疗效相当。

3.4.2 2组创面愈合时间比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组治疗后创面愈合时间比较($\bar{x} \pm s$) d

组别	例数	最短时间	最长时间	平均时间
治疗组	15	12	26	17.54±2.23 [▲]
对照组	15	15	29	24.03±3.45

注:▲与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组术后患者创面疼痛程度比较 见表 2。

表 2 治疗组与对照组治疗后术后创口疼痛程度比较 例(%)

组别	例数	I 度	II 度	III 度
治疗组	15	10(66.67) [▲]	5(33.33) [▲]	0(0)
对照组	15	4(26.67)	11(73.33)	0(0)

注:与对照组比较,▲ $P < 0.05$ 。

3.4.4 2组肛门括约肌功能情况比较 治疗组 15 例,治疗后均未出现漏气漏液及肛管锁眼畸形;对照组 15 例中,出现漏气漏液 4 例,肛管锁眼畸形 1 例。组间比较,具有显著性差异 ($P < 0.05$),表明治疗组术后肛门功能无明显损伤,并发症明显少于对照组。

4 讨论

肛管直肠周围脓肿原因较多,最常见的是起源于肛腺的非特异性感染。目前治疗原则即是在切开排脓的同时找到并处理原发病灶,视脓腔位置的高低及与括约肌的关系,选择采用一并切开或挂线,达到一期治愈的目的。挂线疗法治疗肛周脓肿,是挂线疗法治疗肛瘘的延伸,其目的是将肛周脓肿切开排脓术和二期的肛瘘切开挂线术简化为一次手术,以期避免两次手术和缩短疗程。但是肛周脓肿深部脓腔挂线要求齿线以上至脓腔顶部最深处实施挂线,继而逐步紧线,慢性勒开,我们暂称其为“深挂线法”。临床实践中发现,对一些脓腔很深的肛周脓肿,挂线至最深处,病人痛苦很大,挂线脱落后疤痕缺损较严重,术中操作也十分困难。

笔者揣摩外科引流管引流作用之经验并设想,肛周脓肿治疗是以正确处理内口为前提,此为治疗的关键,因而采用齿线上纵向挂线而不紧线,充分利用其引流刺激作用,待脓腔肉芽长满后分次抽去橡皮筋,临床收效明显。在此基础上,笔者于 2004 年首先提出“虚挂线引流”这一概念^[1]。在此后的十一五科技支撑计划中,将虚挂线治疗规范化运用于手术治疗中,对于盲端脓腔,在挂线时会穿透肠壁,虽然临床尚未发现严重并发症,毕竟有肠瘘之虞。进而从微创化考虑,提出了基于虚挂线法理念的不穿透肠壁的脓腔腔内悬吊挂线法,这一方法不仅保持了传统挂线疗法的优点,又顺应现代外科微创化的趋势,同时有近年来的临床实践基础支撑。在理论上具有科学性、先进性和创新性;在临床中且已初具实践性和可行性。但由于观察病例少,随访时间短,尚需通过临床研究进一步规范,并与现行术式进行比较,可望为临床提供一种治愈率高、功能保护好,兼具中医特色的新疗法。

综上所述,基于虚挂线法理念的腔内悬吊挂线法治疗该类疾患,具有治愈率高,功能保护好,较大程度减轻病人痛苦的优点,有利于该疗法的推广,尤其是基层医院的应用,同时也可与时俱进地发展中医肛肠学科作出一些有益的探索。

5 参考文献

[1] 钱海华,于丽杰.高位虚挂引流法在高位肛瘘手术中的应用体会.吉林中医药,2004,24(11):35

第一作者:钱海华(1965-),男,医学博士,主任中医师,研究方向:肛肠病微创化治疗。haihuaqian@126.com

收稿日期:2014-03-05

编辑:王沁凯 岐 轩