

基于虚挂线理论的腔内悬吊挂线法治疗瘻管性脓肿 15 例临床研究

包翔 钱海华

(南京中医药大学附属医院, 江苏南京 210029)

摘要 目的:观察基于虚挂线理论的腔内悬吊挂线法治疗瘻管性脓肿伴高位盲腔的临床疗效。方法:选取 30 例患者,随机分为治疗组与对照组各 15 例。在正确处理内口的前提下,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实挂线法。观察并比较 2 组患者治愈率、复发率、创面愈合时间及术后尿潴留情况、术后疼痛程度、肛门功能情况。结果:2 组痊愈率均为 100%;治疗组复发率低于对照组;治疗组较对照组能显著缩短创面愈合时间,减轻术后尿潴留情况,缓解术后疼痛及保护肛门功能。结论:基于虚挂线理论的腔内悬吊挂线法治疗瘻管性脓肿疗效确切且复发率低,在缩短创面愈合时间、减轻术后尿潴留情况、缓解术后疼痛及肛门功能保护等方面较实挂线法具有明显优势,符合脓肿的微创化治疗理念,值得临床推广应用。

关键词 瘻管性脓肿 虚挂线法 腔内悬吊挂线法

中图分类号 R657.160.5

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)12-0034-03

瘻管性脓肿为肛瘻的急性阶段,是由肛周脓肿切开排脓或者自行破溃后形成肛瘻,加之反复感染或引流不畅继发新的炎症而形成。本病经过反复感染,所形成的脓腔多深大,走向弯曲,临床处理颇为棘手。为此,我们在临床中基于虚挂线理论设计了齿状线下切开,齿状线上腔内悬吊法治疗该病的治疗方案,取得较好的效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为南京中医药大学附属医院肛肠科住院患者,共 30 例,随机分为 2 组。治疗组 15 例:男 14 例,女 1 例;平均年龄 (32.25 ± 9.34) 岁;平均病程 (20.14 ± 5.37) d。对照组 15 例:男 13 例,女 2 例;平均年龄 (31.33 ± 11.23) 岁;平均病程 (23.34 ± 5.07) d。2 组患者一般资料比较无显著性差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 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 (1)瘻管性脓肿合并高位盲腔;(2)

年龄 18~65 周岁之间,性别不限;(3)肛门既往无手术病史;(4)术前肛门形态及功能正常者。

1.4 排除标准 (1)瘻管性脓肿合并高位盲腔因结核、克罗恩病等特异性感染所致;(2)年龄在 18 周岁以下或 65 周岁以上者,或为妊娠期、哺乳期妇女;(3)肛瘻曾手术治疗复发者;(4)肛瘻合并结直肠癌、直肠息肉、溃疡性结肠炎等肛肠疾病者;(5)合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发疾病以及精神病患者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 在完善术前准备后,手术步骤如下:(1)行蛛网膜下腔阻滞,麻醉满意后,取俯卧折刀位,消毒,铺单;(2)行肛门指诊,仔细探查有无新的阳性体征;(3)于脓肿波动最明显处作一长约 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,分离脓腔的纤维间隔,充分排脓。再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,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

基金项目:江苏省中医药局科技专项资助项目(LZ13028)

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。

术后处理步骤如下:(1)保持大便通畅;(2)注意局部清洁,予以中药煎剂坐浴熏洗;(3)预防感染;(4)以 0.5%甲硝唑溶液冲洗换药,以橡皮筋为标志冲洗腔隙,保持腔隙的通畅,并转动橡皮筋以便腔隙内分泌物的引流;(5)拆除橡皮筋的时机:在腔隙内基本填满肉芽,腔隙冲洗压力较大或橡皮筋转动时感觉较紧时,拆除橡皮筋。

2.2 对照组 术前准备和一般手术步骤与治疗组相同,其不同之处为:手术采用传统的齿状线下切开、齿状线上实挂线法。对于高位盲腔,于腔隙顶端穿入肠壁造一人工内口,双股橡皮筋穿过,钳下结扎。术后处理第 1~4 条同治疗组,实挂线法需在术后分次紧线,约 1 周紧线 1 次,直至橡皮筋将肌肉挂断。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察 2 组治愈率、复发率、创面愈合时间、术后尿潴留情况、术后疼痛程度及肛门功能情况。

3.2 疗效评定标准 按照 1994 年国家中医药管理局颁布实施的《中医病证诊断疗效标准》评定。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 临床疗效 2 组治疗后均痊愈,痊愈率均为 100%,组间比较无显著性差异 ($P > 0.05$),2 组疗效相当。

3.4.2 创面愈合时间 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	13	24	16.54±3.23 [▲]
对照组	15	16	32	25.12±2.95

注:与对照组比较,▲ $P < 0.05$ 。

3.4.3 尿潴留情况 见表 2。

表 2 治疗组与对照组治疗后尿潴留情况比较 例

组别	例数	I 度	II 度	III 度	IV 度	积分
治疗组	15	11	3	1	0	5 [▲]
对照组	15	5	5	2	3	18

注:与对照组比较,▲ $P < 0.05$ 。

3.4.4 术后患者疼痛程度 参照 VAS 评分比较,分值愈高,疼痛程度愈重。结果见表 3。

表 3 治疗组与对照组治疗后患者疼痛积分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	例数	术后 3d	术后 7d
治疗组	15	2.78±1.01 [▲]	1.68±0.72 [▲]
对照组	15	4.53±1.12	3.07±0.34

注:与对照组比较,▲ $P < 0.05$ 。

3.4.5 肛门失禁发生情况 参照 Wexner 评分进行比较^[1],分值愈高,肛门功能愈差。结果见表 4。

表 4 治疗组与对照组治疗前后肛门失禁情况比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	例数	Wexner 评分	
		术前	术后
治疗组	15	0.45±1.16	0.58±1.01 [▲]
对照组	15	0.59±1.02	1.30±1.16 [*]

注:与同组术前比较,* $P < 0.05$;与对照组术后比较,▲ $P < 0.05$ 。

3.4.6 复发情况 术后随访 3 个月,治疗组无复发,对照组 15 例中有 2 例复发,治疗组复发率低于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

实挂线法源于中医学,是治疗肛瘘的重要术式,能较好地解决治愈率与肛门功能保护两相矛盾的问题。瘻管性脓肿为肛瘘的急性阶段,同样适用于该手术方法。慢性勒割括约肌与纤维化瘢痕修复同步进行,堪称经典,但是作为一种括约肌切开术式,慢性勒割及异物刺激作用只是使分离后肌肉断端有附着点,缩小了分离后的距离,但毕竟由于切开了肌肉,破坏了肛门括约肌的完整性,肛门功能必然会受到不同程度的影响。而且紧线多不是一次完成的,分次紧线的时机及程度也是难点,多是根据个人经验而定,如紧线过早过多,则切割作用过强,断端尚未修复,可能会形成局部凹陷、缺损,这是导致肛门失禁、移位等并发症的主要原因之一。但如果紧线过晚,力度太小,则切割作用较弱,延缓了伤口愈合的时间,也给病人带来了巨大的痛苦。

虚挂线法,舍弃了慢性勒割作用,多用于低位切口间的引流及异物刺激,或用于标记切口,以便日后手术。国内外虽有临床报道应用于高位腔隙中,但大多治愈率较低,临床医生较为谨慎,未被广泛使用。笔者于 2004 年首先提出虚挂线法应用于高位腔隙中^[2],并经前期临床研究证实可行性,在“十一五”国家支撑计划资助下规范了该手术方法,应用于基层医院,疗效颇佳。但是对于为穿透肠壁的高位盲腔,行直肠壁造口挂线,在抽去橡皮筋后,仍有造成肠痿之虞。

本研究中所应用的腔内悬吊挂线法,对于高位盲腔,不穿透肠壁,避免了肠痿发生的可能。本法的治愈率与传统的实挂线法相当,未见复发,证实了该手术方法的可行性,且在减轻术后尿潴留、缓解术后疼痛、缩短创面愈合时间及减少肛门功能损伤方面都具有明显优势。该手术方法的操作要点在于:(1)

以“痰”为中心防治肿瘤复发转移的理论及临床探讨

陈华圣

(扬州大学医学院,江苏扬州 225001)

摘要 肿瘤的复发转移与“虚、痰、毒、瘀”等病理因素有关,中医痰的致病特点与恶性肿瘤复发转移特性具有高度相似性,以“痰”为中心防治肿瘤复发转移,从形成痰的脏腑和主要病因以及情绪、饮食等因素进行中医药干预,值得关注与研究。

关键词 恶性肿瘤 复发与转移 中医病机 痰 中医药疗法

中图分类号 R273 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)12-0036-03

转移是恶性肿瘤临床治疗失败的主要原因。中医药在“已病防变”的思想指导下,在防治肿瘤复发转移方面确有独到之处。多年来的临床研究发现,肿瘤患者包括术后、放化疗后患者大多表现为脾胃气虚,脾失健运,生湿聚痰,结为瘤块。“凡人身上中下有块者多是痰也”,“痰之为物,流动不测,故其为害,上至巅顶,下至涌泉……”。癌瘤之“痰”为患,既有重浊、凝滞易阻塞成块的特点,这与肿瘤的发生或复发相似;又有流动不定,随气升降,无处不到的特点,这

与肿瘤的侵袭和转移特性相似。笔者在二十余年临床实践中,尝试以“痰”为中心防治肿瘤复发转移,取得了一定的效果,并得到实验研究的佐证^[1]。

1 转移病机——虚痰毒瘀,痰为中心

中医学界一般认为肿瘤的复发转移与“虚、痰、毒、瘀”等病理因素有关,由于痰的致病特点与恶性肿瘤转移特性高度相似,且与其他诸病理因素密切相关,因而以“痰”为中心是防治肿瘤复发转移的重要途径。

基金项目:江苏省高校自然科学研究项目(06KJB360131)

正确处理内口:对于腺源性感染的瘘管性脓肿而言,肛瘘的原发灶就是感染的肛隐窝即内口,故正确处理内口是治愈的前提与关键。内口的确定在术前可通过指诊、镜检、CT、MRI 等方法,术中通过美兰、探针,结合索罗门定律以及临床医师丰富的手术经验。(2)腔内挂线:对于未穿透肠壁的高位盲端腔隙,钝性破坏瘘管壁,扩大支管支腔,视情况游离部分肌肉,进行悬挂引流,不穿透肠壁,最大程度地保护肛管直肠解剖的完整性。(3)钝性游离部分肌肉:钝性损伤轻微而可逆,将手术创伤减至最小。(4)采用虚挂线法:松弛挂线而不紧线,保护了肛门功能,减轻患者分次紧线的痛苦,也减少了医生的操作。(5)保持创面引流通畅:瘘管性脓肿脓腔多深大,走形弯曲,但为了最大程度地保护肛门功能而未将肛门括约肌充分打开,虽然虚挂橡皮筋进行引流,但如果切口设计不佳,或术后冲洗不到位,非常容易发生引流不畅,成为复发的根源。低位部分的切口应选择在能使感染间隙充分引流的地方,一般在其正下方;齿状线以上的盲腔适当钝性扩创扩大管腔,虚挂橡皮筋

充分引流。(6)术后换药:及时清除坏死组织,保持创口引流通畅和促进肉芽组织的生长,使创面尽快地愈合。冲洗时转动橡皮筋以利冲洗到位及感知腔隙大小。(7)拆除橡皮筋的时机:腔隙内基本填满肉芽,腔隙冲洗压力较大或橡皮筋转动感觉较紧时,即可拆除橡皮筋,一般约需 7d,最长不超过 14d。

综上所述,本研究应用的基于虚挂线的腔内悬吊挂线法治疗伴高位盲腔的瘘管性脓肿,疗效确切及具有明显优势,正是顺应了肛肠外科微创化发展趋势,且操作简单,价格低廉,值得临床推广应用。

5 参考文献

- [1] 丁义江,丁曙晴,王业皇,等.丁氏痔科学.北京:人民卫生出版社,2006:160
 - [2] 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:包翔(1989-),男,硕士研究生,中医外科学专业。
通讯作者:钱海华,haihuaqian@126.com

收稿日期:2014-07-14

编辑:王沁凯 岐 轩