

拖线联合置管术治疗马蹄形伴直肠周围深部间隙肛周脓肿 34 例临床研究

董青军 易进 王琛 郭修田 曹永清 陆金根

(上海中医药大学附属龙华医院,上海 200032)

摘要 目的:观察拖线联合置管术治疗马蹄形伴直肠周围深部间隙肛周脓肿的有效性及安全性。方法:65 例马蹄形伴直肠周围深部间隙肛周脓肿患者,随机分为 2 组。治疗组 34 例采用拖线联合置管术,对照组 31 例采用切开引流术。观察并比较 2 组患者术后各时段疼痛、发热、渗出物情况评分,统计并比较住院时间和住院费用。结果:治疗组患者在术后 1、3、7 天疼痛,术后 1、3 天发热,术后 3、7 天渗出物情况评分均明显低于对照组($P<0.05$, $P<0.01$),治疗组住院时间及住院费用均明显低于对照组($P<0.01$)。结论:拖线联合置管术治疗马蹄形伴直肠周围深部间隙肛周脓肿具有术后并发症少、局部损伤小、患者痛苦少、外形保护好、创面愈合快、节省医疗资源等特点,且简单实用值得临床推广应用。

关键词 马蹄形肛周脓肿 直肠深部间隙 拖线置管术 药线引流 中西医结合疗法

中图分类号 R657.150.5 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2015)07-0046-03

马蹄形伴直肠周围深部间隙肛周脓肿是伴发坐骨直肠窝、骨盆直肠窝或直肠后深间隙等深部间隙的脓肿,病症相对较为隐匿,局部症状多不明显,临床上易误诊,延误病情,导致脓液扩散,甚至发生脓毒症、败血症等严重并发症。此类脓肿病变范围广,侵犯部位深,传统切开排脓术创伤大,并发症相对较多,严重影响着患者的生存质量。近年来,笔者以中医小切口和药线引流为基础,采用拖线联合置管术治疗马蹄形伴直肠周围深部间隙肛周脓肿取得了较好的效果,现报道如下。

1 临床资料

2013 年 1 月至 2014 年 3 月我院肛肠科门/急诊收治的患者 65 例,全部肛周超声或核磁确诊为马蹄形伴直肠周围深部间隙肛周脓肿,随机分为治疗组 34 例,对照组 31 例。治疗组男 27 例,女 7 例;平均年龄(51.30 ± 12.45)岁;平均病程(9.59 ± 6.50)d;全马蹄形脓肿 23 例,半马蹄形脓肿 11 例;伴有发热者 19 例,合并糖尿病者 9 例;首次发作者 22 例,反复发作者 12 例。对照组男 22 例,女 9 例;平均年龄(54.59 ± 11.35)岁;平均病程(8.78 ± 5.58)d;全马蹄形脓肿 17 例,半马蹄形脓肿 14 例;伴有发热者 21 例,合并糖尿病患者 13 例;首次发作者 24 例,反复发作者 7 例。2 组患

者一般情况无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 术前准备 术前患者均行血、尿、肝肾功能 and 心电图、空腹 B 超等检查排除手术禁忌。术前 1d 晚肛周备皮,口服润肠片 5 片,术前 1h 予开塞露灌肠清洁肠道。术前 30min 肌注巴曲亭减少出血,苯巴比妥镇静。全部患者均取截石位,腰部麻醉,常规手术区域消毒铺无菌巾。

2.2 手术方法

2.2.1 治疗组 采用拖线联合置管术。麻醉生效后,手术开始,于肛周脓肿波动最明显处手术刀做一放射状切口 A,引流脓液,止血钳钝性分离脓腔间隔,探查脓腔确定波及范围,于脓腔边缘处做切口 B(若 A 与 B 距离大于 5cm,则于 A 与 B 之间做切口 C),两切口之间拖医用丝线(具体股数依脓腔大小而定),多采用 10 股医用 7 号丝线。脓腔位置较深,部位达坐骨直肠窝、骨盆直肠窝或直肠后深间隙者,选用经改良的 T 管放置脓腔顶部引流(T 管型号依脓腔深浅、粗细而定),一般选用 18 号 T 管便于术后冲洗。肛缘用医用丝线缝扎固定,创面超声刀止血,塔形纱布包扎,留置导尿。

2.2.2 对照组 采用切开术。麻醉生效后,手术开

基金项目:上海市浦东新区联合攻关项目(PW2013D-10);上海市市级医院适宜技术项目(SHDC12014201);十二五国家科技支撑计划(2015BAI04B00);上海市卫生和计划生育委员会中医药科研基金(2014LP087A);上海市科学技术委员会科研项目课题(13401903001)

始,于肛周脓肿波动最明显处手术刀做一放射状切口,引流脓液,止血钳钝性分离脓腔间隔,探查脓腔范围,脓腔边缘处可做切口(数目、大小依脓腔范围而定),防止形成袋脓,放置引流油纱条,以利引流通畅。直肠周围深部间隙脓腔钝性分离,超声刀修剪切口,创面止血,塔形纱布包扎,留置导尿。

2.3 术后处理 2组患者术后均静滴头孢呋辛 1.5g,2次/d;氨甲苯酸(PAMBA)0.2g,1次/d。青霉素过敏者静滴甲硝唑

100mL,2次/d。根据患者脓腔范围和全身症状确定静滴止血和抗炎药物时间,一般静滴3d。术后第2天起,2组患者痔疾洗剂坐浴熏洗后换药:治疗组患者予甲硝唑冲洗,呋喃西林消毒,转动拖线将脱腐药物带入脓腔,纱布外敷;对照组患者予深部脓腔甲硝唑冲洗,呋喃西林消毒,中性油纱布嵌塞创面引流,纱布外敷。2组患者均每日换药2次,并嘱多床边站立少卧床,便于脓液溢出。

2.4 拆线和撤管时间 撤管时间:撤管前行肛周超声复查,根据脓腔生长和肉芽填塞程度确定撤管时间,一般术后7~10d。撤管后,视脓腔的大小和深浅可考虑不同型号的药线(1#~5#)插入引流。拆除拖线时间:视创面分泌物质地、色泽、气味而定。分泌物颜色透明、质地清晰,肉芽组织新鲜时拆除拖线,一般拆除时间为10~14d,可考虑分批分次拆除拖线,拖线拆除后予纱袋每日坐压,压闭脓腔促进创面愈合。

3 疗效观察

3.1 临床观察指标 术后1、3、7d于换药前观察患者疼痛、发热及渗出情况,根据相应的积分标准评分,对比2组术式对患者的术后并发症的影响,具体评分标准如下:

疼痛,依据视觉模拟VAS量表标准:VAS评分0~2为0分;3~5为2分;6~8为4分;>8为6分。发热,以温度计测量口腔温度:无发热(<37.5℃)计0分;低热(37.5~38℃)计2分;中度发热(38.1~39℃)计4分;高热(>39℃)计6分。渗出,以渗出物透染纱布层数为标准:无,计0分;少量,未浸透一块纱布(8层)计2分;中量,浸透一块纱布(8层)计4分;大量,浸透2块纱布(16层)或以上计6分。

3.2 卫生经济学指标 观察2组患者住院时间、住院费用。

3.3 统计学方法 所有数据均采用SPSS15.0软件包进行分析,计量资料均以($\bar{x}\pm s$)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 术后并发症比较 见表1。两组患者在疼痛、发热、渗出等并发症方面比较,治疗组术后1、3、7d疼痛评分,术后1、3d发热评分,术后3、7d渗出物评分均明显低于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。

表1 治疗组与对照组术后各时段疼痛、发热、渗出情况比较 分

组别	疼痛			发热			渗出物		
	术后1d	术后3d	术后7d	术后1d	术后3d	术后7d	术后1d	术后3d	术后7d
治疗组	3.19±1.27	2.96±1.16	3.41±1.22	0.96±1.29	0.15±0.53	0.07±0.38	4.81±1.00	3.41±1.08	2.67±0.96
对照组	4.23±1.31	3.92±1.44	4.62±1.10	1.85±2.11	0.62±1.24	0.15±0.54	5.23±0.99	5.54±0.86	4.15±1.12
P值	0.0024	0.0050	0.0002	0.0352	0.0390	0.2695	0.0675	0.0000	0.0000

3.4.2 卫生经济学指标比较 见表2。治疗组住院时间、住院费用均明显低于对照组($P<0.01$)。

表2 治疗组与对照组卫生经济学指标比较

组别	住院时间(d)	住院费用(元)
治疗组	16.87±3.83	7445.45±609.37
对照组	22.36±2.95	8421.73±566.78
P值	0.001	0.00001

4 讨论

肛周脓肿是肛管直肠周围软组织内或其间隙发生的急性化脓性感染,发病急、变化快、疼痛剧烈,同时可伴有高热、恶寒、全身不适等症状,被认为是常见的肛肠科急症。马蹄形伴直肠周围深部间隙肛周脓肿是伴发坐骨直肠窝、骨盆直肠窝或直肠后深间隙等深部间隙,属于肛周脓肿疾病中症状最严重,处理起来最为棘手的一类病症,处理不当可迅速引发全身症状,甚至危及患者生命。目前,马蹄形伴直肠周围深部间隙肛周脓肿国内外公认的治疗方法是手术治疗,手术方式很多,主要有肛周脓肿切开引流术、挂线术、负压引流术等,但都各有不足。

肛周脓肿切开引流术是肛周脓肿的一种最常见的手术方式,主要适用于浅部脓肿。对于马蹄形伴直肠周围深部间隙的脓肿采用多切口的切开引流术,往往存在组织损伤大,深部腔隙脓液引流不畅,术后并发症多的局限。此外如深部腔隙脓液出不畅者需再次手术,增加了身体和精神的负担。

肛周脓肿一期切开挂线术适用于肛门直肠深部腔隙且内口明确的脓肿,一次切开挂线可避免多次手术给患者带来的痛苦,但此术式对肛管直肠环损伤相对较大,且马蹄形伴深部间隙脓肿往往内口不明显,强制实施一期挂线术,临床结果有待商榷,同时增加了患者不必要的痛苦和手术损伤。目前业内对于此类脓肿的治疗,多考虑先切开排脓再行肛瘘手术。

肛周脓肿负压引流术为浅表创面和深部创面的一种引流方法,20世纪90年代临床推广应用,其

(下转第50页)

三诊:药后患儿未见尿床,面色稍红润,食欲渐复,二便正常,上方去粉葛、荷叶加扁豆,继服7剂。水煎服日1剂。其后随访半年未见复发。

按:陈教授认为该患儿因先天禀赋不足,久病迁延未愈,脾肾阳气亏虚,下元虚寒,温煦失职,膀胱开阖无权而引起遗尿。初诊之方为缩泉丸合补中益气汤。缩泉丸方源于《妇人良方》,由益智仁、乌药、山药组成。益智仁辛温暖肾,缩小便;乌药辛温,调气散寒,能除膀胱肾间冷气;山药健脾补肾,固摄精气。三药合用,补肾固精缩尿。杜仲、桑螵蛸、肉桂温肾助阳,祛下元虚寒,而达“治病求本”之旨;善补阳者必于阴中求阳,故配伍酒萸肉滋阴补肾填精;菟丝子为助阳益精之品,与前药同用治疗遗尿;补中益气汤中取炙黄芪、茯苓、白术、炙甘草、当归、陈皮、柴胡、葛根之味,旨在提升健脾益气功效,盖后天之气以扶先天也。陈教授认为肺为水之上源,麻黄可宣达肺气,使之治节有度,则行水功能正常,从而达到控制遗尿的目的。麻黄所含生物碱,具有兴

奋中枢神经系统作用,可消除疲劳,加强大脑皮质调节作用。二诊患儿舌尖稍红,加一味黄芩以清热,荷叶醒脾升阳。三诊加扁豆以健脾和胃,如此则下元得固,肾气充足,脾阳得复,从而温煦膀胱,固摄有权,开阖有度而获痊愈。

参考文献

- [1] 黄俊景,蒋瑾瑾,周霖.儿童再发性腹痛研究进展.中华临床医师杂志(电子版),2012(12):3372
- [2] 马融,胡思源.儿科疾病中医药临床研究技术要点.北京:中国医药科技出版社,2012(3):97
- [3] 施畅人,胡思源,魏建平.陈宝义教授治疗慢性荨麻疹经验.长春中医药大学学报,2012(3):425

第一作者:韩海琳(1988—),女,硕士研究生,主要研究方向为中医儿科。

通讯作者:刘虹,教授,硕士研究生导师。
13920977901@163.com

收稿日期:2015-03-10

编辑:傅如海

(上接第47页)

原理是利用生物半透膜覆盖创面引起局部的负压。临床上多作为一种辅助疗法,多需配合其他术式来完成。同时,对于肛周大范围、多腔隙的深部脓肿,存在操作困难,引流不充分的缺点。

近年来,我院一直致力于肛周疾病的微创化治疗工作,在马蹄形伴直肠周围深部间隙肛周脓肿的治疗方面积累了丰富的经验。浅部马蹄形部分采用小切口、多切口,两切口之间拖以医用丝线的拖线术,避免直接切开脓腔组织,减少了局部损伤,具有微创和充分引流的特点。同时,通过拖线将脱腐药粉带入脓腔,能加速脓腔坏死组织的脱落,促进创面愈合。直肠周围深部间隙部分运用置管方法,只需切开小口将橡胶引流管放置至脓腔顶端,减少了对深部组织的损伤;同时对深部腔隙的引流通畅,脓腐组织排出充分,术后换药冲洗局部刺激小,痛苦小。前期的临床实践表明拖线联合置管术治疗此类疾病取得了较好的临床效果。

本研究结果表明,拖线联合置管术治疗马蹄形伴直肠周围深部肛周脓肿在应对术后并发症方面具有减轻患者痛苦、降低感染发热发生、减少伤口的炎性渗出的特点。说明拖线联合置管术局部损伤小,痛苦轻;引流通畅,局部炎症消退快,全身症状减轻迅速;脱腐快,引流畅,炎症渗出少。同时,治疗组的住院时间和住院费用明显少于对照组,这是由于创面损伤小,术后恢复快,患者经济负担轻,较好

地节省医疗资源。全部观察病例术后随访3个月未发现肛门功能障碍。但本研究尚存在样本量小、术后随访时间较短的不足,在今后的临床过程中尚需加大样本量,延长随访时间,从而客观公正地评价拖线联合置管术治疗马蹄形伴直肠周围深部间隙肛周脓肿的有效性及安全性。

参考文献

- [1] 徐伟祥,曹永清.实用中医肛肠病学.上海:上海科学技术出版社,2014:118
- [2] 董青军,何春梅,张静喆,等.小切口置管加药线引流术治疗马蹄形肛周脓肿的回顾性分析.上海中医药杂志,2011,45(12):66
- [3] 陆金根,阙华发,陈红凤,等.拖线疗法治疗难愈性窦瘘的优势.中西医结合学报,2008,10(6):991
- [4] 曹永清,王琛,潘一滨,等.置管引流术治疗高位肛瘘21例临床分析及若干问题探索.上海中医药大学学报,2010,9(24):36
- [5] 王琛,陆金根.垫绵压迫法在肛肠疾病的应用.世界中西医结合杂志,2013,8(1):79

第一作者:董青军(1980—),男,医学硕士,主治医师,研究方向:肛肠疾病的基础及临床研究。

通讯作者:陆金根,主任医师,教授。qingjundong6@163.com

收稿日期:2015-01-05

编辑:吴宁