

保留括约肌闭合引流术治疗坐骨直肠窝脓肿的临床研究

湛建平¹ 胡晓阳² 魏祖龙¹

(1 江西省南昌市洪都中医院 南昌 330008; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:探讨保留括约肌闭合引流术治疗坐骨直肠窝脓肿的临床疗效。方法:将 16 例坐骨直肠窝脓肿患者随机分为两组,治疗组采用保留括约肌闭合引流术治疗,对照组采用经典的切开引流术,术后用雷夫诺尔纱条换药,形成肛瘘者再行肛瘘手术。两组患者痊愈后进行肛门功能、瘢痕面积和治疗时间的对照研究,并随访 6 个月观察疗效。结果:两组在痊愈后瘢痕面积及治疗时间上有统计学差异($P<0.05$)。结论:保留括约肌闭合引流术治疗坐骨直肠窝脓肿具有一定的优势,在治愈肛周脓肿的同时能保护肛门括约肌,并缩短治疗时间。

关键词:保留括约肌闭合引流术;坐骨直肠窝脓肿;临床研究

Abstract:Objective:To observe the effect of sphincter-retaining and closed drainage therapy on ischiorectal abscess. Method:16 Patients with ischiorectal abscess were randomly divided into the treatment group (8 cases) treated with sphincter-retaining and closed drainage therapy, and the control group (8 cases) treated with incision and drainage. Anal fistula was treated with operation. At the recovery time, the anal function, the scar area and treatment time were observed. All patients were followed up for 6 months to observe the curative effect. Results:Two groups of patients after cure, the scar area and duration of treatment had statistical difference ($P<0.05$). Conclusion: Sphincter-retaining and closed drainage therapy has proved to have the advantages of short treatment course and good function protecting effect for ischiorectal abscess.

Key words:Sphincter-retaining and closed drainage therapy; Ischiorectal abscess; Clinical research

中图分类号:R 657.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.006

肛周脓肿中医称之为“肛痈”,是急性的肛门直肠周围间隙感染,为肛肠科常见的需要手术处理的急症^[1]。坐骨直肠窝脓肿是肛提肌以下最深最大的脓肿,较为常见,占肛门直肠周围脓肿的 20%~25%^[2]。目前手术仍为治疗肛周脓肿的最有效方法。随着生活质量和健康意识的提高,患者对于手术质量的要求也逐渐提高,我院 2010 年至今采用保留括约肌闭合引流术治疗坐骨直肠窝脓肿,经 16 例临床对照观察证实该术式疗效满意,能较好地保护肛门功能。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 本组 16 例中男 10 例,女 6 例;年龄 16~65 岁,平均 33 岁;病程 2~15 d,平均 5.9 d;单侧坐骨直肠间隙脓肿 11 例,双侧蹄铁形坐骨直肠间隙脓肿 5 例。将上述病例随机分为治疗组(8 例)和对照组(8 例),两组性别、年龄、病程和脓肿类型均具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 治疗组 常规术前准备,用鞍麻,麻醉成功后用肛门镜小心探查肛管直肠,如发现明显内口,则以探针由肛内探入脓腔,如未见明显内口,则不作过多的探查。在肛缘 1.5 cm 外作一弧形切口,大小以能充分引流脓液为佳,用手指破坏脓腔内间隔,以避免遗留未处理的脓腔间隙。如脓腔已蔓延至对侧间隙,则对侧亦如上法作切口对脓腔进行对口引流。已探查清楚内口者撤除探针予橡皮筋挂浮线。脓腔予双氧水及生理盐水冲洗,脓腔处理干净后准备置管,置管深度依脓腔深度而定。引流管头

部剪成弧形,并依据置管深度在引流管前部剪一个或数个侧孔,马蹄形脓腔作对口引流者两侧均需置管引流。引流管由原切口置入,靠近切口一端,深度为引流管抵脓腔最高点回撤 0.5 cm 为宜,此管作为主管。为引流通畅,另作一辅管置入,引流管准备同前,只是较主管置入浅,只要深达脓腔即可。引流管靠近切口一端缝合固定,余下切口予间断缝合关闭,已挂浮线则将浮线靠近引流管放置,术毕。术后第 2 日始每日上、下午用生理盐水冲洗脓腔各 1 次。为方便患者活动,非冲洗时间,辅管可接引流袋,主管予折叠闭合。术后根据脓腔大小及患者脓腔堵塞程度,引流管留置 2~4 周,视脓腔生长情况逐步撤管。脓腔填满后,有浮线患者可予拆除浮线,不需紧线。

1.2.2 对照组 采用经典的切开引流术,术后用雷夫诺尔纱条换药。

1.3 评价标准 两组患者术后观察半年,切口愈合未复发者为治愈,形成肛瘘者按肛瘘处理,低位肛瘘予以切开术,高位肛瘘予以挂线术。肛瘘术后观察半年,切口愈合未复发者为痊愈。为了更好更客观地评估总疗效,我们还对相应观察指标进行量化,评定分值,包括肛门功能情况、愈合后瘢痕面积及治疗时间。

1.3.1 肛门功能计分 肛门功能正常:1 分;有正常的排便控制,但偶有少量粪便或粪液污染内裤:2 分;对固体、半固体大便可控制,但对液体大便无法控制:3 分;不能区别直肠内容物性状,排便控制完全丧失:4 分。

1.3.2 瘢痕面积记录方法 用透明薄膜直接均匀敷贴于瘢痕上,以极细记号笔描绘边缘,再将薄膜铺于心电图描记纸上,计算出具体数值,以 cm² 计算^[3]。

1.3.3 治疗时间 为脓肿手术到创面痊愈时间,形成肛瘘者为脓肿手术到脓腔缩小形成瘘管的时间 + 肛瘘手术到创面痊愈时间。

1.4 统计方法 采用 SPSS17.0 统计学软件进行分析,数据比较采用 *t* 检验,以 *P* < 0.05 为差异有显著性意义。

2 治疗结果

两组患者均治愈,治疗组 3 例 1 次治愈,5 例 2 次治愈,其中 1 例形成高位肛瘘;对照组均 2 次治愈,其中 2 例形成高位肛瘘。具体结果见表 1。经 *t* 检验,两组瘢痕面积和疗程有明显差异 (*P* < 0.05),治疗组优于对照组。本研究不足之处在于目前病例较少,还有待于进一步检验本方法疗效,且缺乏精确肛门功能检查手段,如肛门直肠测压检查,不能精确评价肛门功能。

表 1 两组患者痊愈时疗效对比 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	瘢痕面积(cm ²)	肛门功能评分(分)	疗程(d)
治疗组	8	1.61± 0.41	1.00± 0.00	36.75± 12.97
对照组	8	3.18± 0.94	1.13± 0.35	56.63± 9.05
P		<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

肛周脓肿中医称之为“肛痈”,是一种常见的急性肛门直肠周围间隙感染。坐骨直肠间隙位于肛门直肠两侧,为成对楔状腔隙,其容积 60~90 mL,是肛提肌下间隙中最大最重要的间隙。间隙的尖向上为盆膈下筋膜与闭孔筋膜的会合处,底为肛门三角区的皮肤和浅筋膜,外侧壁为坐骨结节、闭孔内肌及其筋膜,内侧壁为肛门外括约肌、肛提肌、尾骨肌及盆膈下筋膜,后壁为臀大肌和骶结节韧带,前壁为尿生殖膈。内外两侧壁的前后端均以锐角相接,形成前后两个隐窝,前隐窝位于肛提肌与尿生殖膈之间,后隐窝在尾骨肌、骶结节韧带和臀大肌之间。左右坐骨直肠间隙的内侧壁在后方相连续,借肛管后深间隙相交通。坐骨直肠间隙的前后径平均为 6~8 cm,宽 2~4 cm,深 6~8 cm。坐骨直肠间隙与皮下间隙直接交通,还可沿联合纵肌的中央腱纤维隔与中央间隙相通,通过纵肌外侧隔或括约肌间外侧隔或外括约肌浅部肌束间纤维与括约肌间间隙交通。此间隙还可向前延伸至尿生殖膈以上,向后内侧经肛管后深间隙与对侧坐骨直肠间隙相通^[4]。坐骨直肠窝脓肿是肛提肌以下最深最大的脓肿,较为常见,占肛门直肠周围脓肿的 20%~25%。初起时患者有比较模糊的肛门或直肠疼痛坠胀,但周身症状颇为

显著,如头痛、倦怠,进而发热恶寒,随着炎症的增剧,症状逐渐加重,臀部大片红肿,明显触痛,患臀肿大患者行动不便,排便时剧烈疼痛,有时影响排尿。此型脓肿向皮肤穿破,形成弯曲肛瘘,有时向两侧蔓延形成蹄铁型肛瘘。目前,手术仍为治疗肛周脓肿的最有效方法。肛周脓肿手术方法可分为括约肌切断术式、保留括约肌术式和挂线术式,主要有:单纯切开引流术、放射状多切口引流术、保存括约肌一次根治术、内口缝合提脓化腐保存括约肌术、挂线引流术、切开挂线术和挂浮线术等^[5],还有:切挂花瓣样引流根治术^[6]、双套管引流术^[7]、隧道式拖线术^[8]、生物蛋白胶封堵术^[9]。目前临床流行肛周脓肿一次性根治术,对于位置较高的脓肿,术中不可避免损伤部分内外括约肌,虽不至于产生严重之肛门失禁,但术后遗留肛门锁眼样畸形,不能完全的气体控制,甚至溢液也不少见。另外,即使进行了肛周脓肿一次性根治术,也不能保证不形成肛瘘。虽然大便失禁并不危及生命,但它却是一种创伤性的而且通常会丧失功能的疾病。虽有报道认为超过 65 岁的人群中大便失禁的发病率仅为 1%左右,但实际上内裤被污染、排气失禁和排便不能控制可能是相当普遍的症状^[2]。随着对肛管解剖结构研究的逐渐深入及人们对高标准生活质量的追求,微创和保护肛门功能理应成为肛门手术必须遵循的准则,甚至为保持肛门功能而放弃治疗一些复杂性肛瘘,部分患者的“带瘘生存”是一种更积极的态度。

本研究的目的是运用保留括约肌闭合引流术,在治疗坐骨直肠窝脓肿时尽量不伤及括约肌,充分引流使脓腔缩小,形成低位的经括约肌肛瘘,为下一步的肛瘘治疗打下良好的基础,以保存肛门功能。同时由于对脓腔冲洗彻底,故有一部分患者还能一次性治愈,这是本方法的一大优势。保留括约肌闭合引流术倾向治疗一些位置高、范围大的肛周脓肿,包括肛提肌上脓肿和肛提肌下的坐骨直肠窝脓肿,因肛提肌上脓肿较为少见,为使研究结果客观具可比性,故本研究只纳入了坐骨直肠窝脓肿。由于坐骨直肠间隙的上界为肛提肌,而肛提肌呈穹窿状,一个严重的坐骨直肠窝脓肿其侵犯平面可超越肛提肌水平,故此类脓肿形成肛瘘一般较为复杂,待后期治疗容易造成内外括约肌的损伤,对肛门功能危害较大。据一组 367 例高位复杂性肛瘘术后病例资料统计,污粪和肛门控制不良的发生率是 45%(气体和液体的泄漏),其中 27%的患者需预防性使用衬垫,较严重的大便失禁发生率是 6.7%^[10]。所幸本研究之中的两组患者肛周脓肿均得到了及

肝郁痰凝型乳腺增生症中西医结合治疗疗效观察

郭佳 王剑平 曹娟 吴增安

(中国中医科学院望京医院 北京 100102)

摘要:目的:观察分析中成药合用(加味逍遥丸+小金胶囊)、西药(他莫昔芬)、心理疏导三种方法治疗肝郁痰凝型乳腺增生症的临床疗效。方法:将 120 例患者随机分为三组,每组 40 例:A 组中成药合用(加味逍遥丸+小金胶囊)治疗,B 组西药(他莫昔芬)治疗,C 组心理疏导治疗。治疗 21 d 后比较三组疗效。结果:根据乳房疼痛及乳腺结节大小的分级变化确定疗效。A 组总有效率为 92.5%,B 组总有效率为 77.5%,C 组总有效率为 57.5%。三组比较,P 值均 <0.01,差异有显著性差异。结论:中成药合用(加味逍遥丸+小金胶囊)治疗肝郁痰凝型乳腺增生症,比他莫昔芬、单纯心理疏导起效快,疗效显著,毒副作用少,值得临床推广应用。

关键词:乳腺增生症;肝郁痰凝型;加味逍遥丸;小金胶囊;他莫昔芬

Abstract:Objective:To observe and analyse the clinical effects of chinese medicine (modified Xiaoyao pill plus Xiaojin capsule), TAM and only psychological counseling in treating mammary gland hyperplasia type of Liver-qi stagnation and phlegm stagnation. Methods:120 Patients were randomly divided into 3 groups,40 cases in each group.Group A was treated by chinese medicine(modified Xiaoyao pill plus Xiaojin capsule),group B was treated by TAM and group C was offered psychological counseling.The therapeutic effects were compared in 3 groups.Result:According to the change of pain in the breast and the change of the structure and the size of mammary tubercules,the total effective rate of group A was 92.5%,group B was 77.5%,and group C was 57.5%.When compared among the three groups,P<0.01 respectively,showing that the differences were highly significant.Conclusion:Compared with TAM and only psychological counseling,chinese medicine (modified Xiaoyao pill plus Xiaojin capsule) has great advantages in treating mammary gland hyperplasia type of Liver-qi stagnation and phlegm stagnation,more effective and with less side effects.Therefore,chinese medicine (Modified Xiaoyao pill plus Xiaojin capsule) can be spreaded in treating mammary gland hyperplasia type of Live-qi stagnation and phlegm stagnation.

Key words:Mammary gland hyperplasia;Liver-qi stagnation and phlegm stagnation;Modified Xiaoyao pill;Xiaojin capsules;TAM

中图分类号:R 655.8

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.007

乳腺增生症是育龄期女性常见的一种乳腺疾病,属于非炎症、非肿瘤性疾病,不同程度影响女性的生活。本研究对中成药合用、西药以及心理疏导三种治疗方法,在肝郁痰凝型乳腺增生症方面的疗效进行比较。现将结果报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2011 年 6 月~2012 年 6 月,在中国中医科学院望京医院外科门诊就诊病人 120 例,均为女性。患者随机编入治疗组(A 组)和对照组(B 组、C 组)各 40 例。A 组 40 例,年龄(32.36±10.94)岁,病程 3 个月~8 年;B 组 40 例,年龄(33.75±10.05)岁,病程 3 个月~10 年;C 组 40 例,年龄(31.96±11.15)岁,病程 3 个月~10 年;三组在年龄、婚姻、文化程度、收入情况及病程等方面无显著差异(P>0.05)。

1.2 诊断标准 参照 2002 年中华中医药学会外科学会乳腺病专业委员会的诊断标准制定。标准如

下:(1)症状与体征:乳房有不同程度的胀痛、刺痛和隐痛,可与月经、情绪变化有相关性,连续 3 个月或间断疼痛 3~6 个月不缓解;乳房发生单个或多个肿块,肿块可分散于整个乳房,与周围组织界限不清,推之可动,可能触痛,可随情绪及月经周期的变化而消长,部分患者可有乳头溢液或痒疹。(2)辅助检查:所有病例均经乳腺钼靶摄片、乳房超声检查及中医辨证,确诊为肝郁痰凝型乳腺增生症。

1.3 中医辨证分型标准 参照《中医外科学》^[1]的辨证分型,属于肝郁痰凝证:(1)多见于青壮年妇女,乳房肿块质韧不坚,胀痛或刺痛,随喜怒消长;(2)伴有胸闷胁胀,善郁易怒,失眠多梦,心烦口苦;(3)苔薄黄,脉弦滑。

1.4 治疗方法

1.4.1 A 组 中成药合用治疗组。用药:加味逍遥丸 6 g、bid、po+ 小金胶囊 1.2 g、bid、po。时间:自月经期第 7 天开始用药,7 d 为 1 个疗程,共 3 个疗程,

多中心对照研究[J].四川中医,2007,25(1):77

[6]张永生.切挂花瓣样引流根治肛周脓肿 52 例疗效观察[J].中国医药指南,2009,7(12):266-267

[7]冯志毅,邵得志,赵铭佳,等.高位肛周脓肿根治术后自制双套管引流效果观察[J].现代中西医结合杂志,2010,19(4):432

[8]林晖.隧道式拖线术治疗低位蹄铁型肛周脓肿的随机对照临床试验[J].中西医结合学报,2009,7(12):1 119

[9]赵英武,杨中权.生物蛋白胶二期封堵术治疗高位肛周脓肿的临床应用[J].结直肠肛门外科,2009,15(4): 267

[10]Jorge JMN,Wexner SD.Etiology and management of fecal incontinence[J].Dis Colon Rectum,1993,36(1):77-97

(收稿日期:2012-02-24)

参考文献

[1]何明清.肛肠科临床诊断治疗技术与手术失误防范处理[M].吉林:吉林电力出版社,2005.378
[2]Marvin L,Corman.结肠与直肠外科学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2009.244,306
[3]李敏,李锦秀.多济敷在肛瘘术后的临床应用[J].大肠肛门病外科杂志,2003,9(3):161
[4]张东铭.盆底与肛门病学[M].贵阳:贵州科技出版社,2000.67-68
[5]何德才,向锋,赵自星.切开双挂线引流术治高位后蹄铁型肛周脓肿