内口虚挂线术治疗高位肛周脓肿 31 例

陈教华[1] 胡晓阳[2]

（1 江西中医药大学 2014 级研究生 南昌 330006；2 江西省中医院 南昌 330006）

摘要：目的：探讨内口虚挂线术治疗高位肛周脓肿的临床效果。方法：将 2015 年 5 月 ~2015 年 8 月在江西省中医院手术治疗的高位肛周脓肿患者 62 例随机分为治疗组和对照组各 31 例，治疗组采用内口虚挂线术疗法，对照组采用内口实挂线疗法，统计两组患者的术后复发率、术后肛门疼痛评分及肛门括约肌功能评分。结果：治疗组与对照组在术后复发率方面差异无统计学意义，$P>0.05$；治疗组术后肛门疼痛评分及肛门括约肌功能评分与对照组相比，差异具有统计学意义，$P<0.05$。结论：内口虚挂线术治疗高位肛周脓肿在保护肛门功能、减轻术后疼痛方面优于内口实挂线术，是一种治疗高位肛周脓肿较为可行的术式。

关键词：高位肛周脓肿；内口虚挂线术；临床效果

中图分类号：R657.15 **文献标识码**：B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.04.035

肛周脓肿相当于中医学中的肛门周围痈疽，其发病原因一般是由于肛隐窝受到细菌感染，炎症经过肛腺导管或经淋巴管向肛管直肠各间隙蔓延而成。其分类方法有多种，有急性、慢性、低位、高位等，临床上以低位和高位分类法为主。发生在肛提肌以上的脓肿为高位，包括高位肌间脓肿、直肠后脓肿、骨盆直肠间隙脓肿、直肠黏膜下脓肿等。发生在肛提肌以下的脓肿为低位脓肿，包括皮下脓肿、低位肌间隙脓肿等。肛周脓肿的治疗方法有多种，其中以手术治疗为主。随着学术交流和患者对手术质量要求的提高，寻找最佳的治疗方案为当今的首要任务。笔者通过对不同术式的临床各项指标的分析总结，发现采用内口虚挂线术治疗高位肛周脓肿，效果较为满意。现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 5 月 ~2015 年 8 月在江西省中医院住院手术治疗的高位肛周脓肿患者 62 例，随机分为内口虚挂线组和内口实挂线组各 31 例。内口虚挂线手术组中男 23 例，女 8 例；年龄 17~60 岁，平均年龄（28.5± 19.8）岁；病程 2~16 d，平均病程（3.6± 4.5）d；其中高位肌间脓肿 10 例，直肠后脓肿 7 例，骨盆直肠间隙脓肿 8 例，直肠黏膜下脓肿 6 例。内口实挂线手术组中男 24 例，女 7 例；年龄 18~59 岁，平均年龄（29.1± 18.7）岁；病程 2.4~15 d，平均病程（4.1± 3.7）d；其中高位肌间脓肿 9 例，直肠后脓肿 7 例，骨盆直肠间隙脓肿 9 例，直肠黏膜下脓肿 6 例。两组患者在性别、年龄、病程、脓肿的发作部位等方面，差异无统计学意义，$P>0.05$，具有可比性。

1.2 纳入标准 （1）患者 MRI 检查脓腔部位在肛提肌以上；（2）未行肛周脓肿、肛瘘、痔疮等肛周手术；（3）自身体质良好，无全身重要脏器衰竭等疾病。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 所有患者均采用腰麻，麻醉成功后，采取侧卧位，肛周及肛内碘伏棉球常规消毒，右手示指在肛内齿线附近探及原发灶，明确脓肿范围，在脓肿最高处呈放射状切开脓腔，中弯钳及示指钝性分离脓腔的纤维间隔，引出脓液，予小弯钳自切口探入，示指在肛内齿线附近引导，初步仔细寻找内口，一般在齿线附近能触及凹陷的硬结，此即为内口，明确后在内口相对应的肛缘处作一放射状切口，切口长度及深度与脓腔范围相对应，电刀切开皮肤、皮下组织及硬化的组织，此切口即为主引流切口，修剪两边创面至引流通畅，10 号线结扎内口两端黏膜残端，刮勺搔刮清除坏死组织；圆头探针从内口向上探入脓腔顶部，示指在肛内引导，探针从脓腔顶部向肠腔刺破，此切口即为人造内口，圆头探针一端系双股橡皮筋，引出橡皮筋予虚挂线，不予紧线；再次予小弯钳从主引流口探入探查其余脓腔走向，结合术前磁共振明确脓腔范围及部位适当做小切口，并用单股橡皮筋对口引流；检查各创面无明显出血后，以凡士林纱条填塞各切口，无菌纱布及甲壳质包扎，宽胶布固定。

1.3.2 对照组 手术过程同治疗组，区别为人造内口挂实线。

1.3.3 术后处理 两组患者手术当天均禁止排便，清淡饮食，尽量卧床休息，避免剧烈运动，第 2 d 开始排便，便后予清热利湿，消肿止痛生肌的中成药熏洗坐浴，换药时清除脓腔内坏死组织及分泌物，必要时予双氧水冲洗脓腔，适当转动各橡皮筋，以红油膏纱条填塞引流。治疗组虚挂的橡皮筋，每天换药时适当转动，7~10 d 左右先拆除 1 根，2 周左右拆除另外 1 根；对照组实挂的橡皮筋，1 周后换药时适当牵拉和勒紧。

1.4 观察指标及评价标准 比较两组的术后复发率和术后疼痛评分、肛门括约肌功能（下转第 80 页）

抗菌治疗原则中讲到通常需要用较大剂量，对于肾功能减退患者头孢哌酮舒巴坦常用剂量为 3 g，q8h 或 q6h，所以 3 g 的日给药剂量恐怕不足。

由于患者 2 前 2 次痰培养示多耐药鲍曼不动杆菌，后两次示泛耐药鲍曼不动杆菌，根据《中国鲍曼不动杆菌感染诊治与防控专家共识》[8]，对于泛耐药鲍曼不动杆菌感染常需联合用药，常用采用两药联合方案，甚至三药联合方案。结合患者的病情此时联合用药较为合适。

3 小结

重症社区获得性肺炎的致病菌，常见的除革兰阴性杆菌外，还有阳性球菌，以及非典型病原体。对于病情难以控制的重症患者，要重视对非典型病原体的覆盖。临床药师结合患者临床表现与治疗进程，分析相关证据，提醒临床医师在初始经验性方案制定时要包含针对非典型病原体的抗菌药物。对于微生物结果的采用，除了充分考虑药敏的结果外，还要充分评估患者病情，临床体征变化，制定最适合该患者的药物治疗方案。在给药方案制定后，在确保有效的疗程同时，及时把握降阶梯治疗时机。在患者的治疗中，也考虑到了重症患者的高额费用支出可能对治疗预后的影响，在有效控制感染的前提下，为患者降低治疗费用，也是临床药师协助临床、以患者为中心的药学监护价值体现之一。

参考文献

[1]中华医学会呼吸病学分会.社区获得性肺炎诊断与治疗指南[J].中华结核和呼吸杂志,2006,29(10):651-655
[2]中华医学会呼吸病学分会感染学组.成人肺炎支原体肺炎诊治专家共识[J].中华结核和呼吸杂志,2010,33(9):643-645
[3]刘杨,张泓,叶信予,等.2005-2008 年上海分离肺炎支原体对抗菌药物的敏感性及对大环内酯类的耐药机制研究[J].中华微生物学和免疫学杂志,2009,29(12):1110-1113
[4]中华人民共和国卫生部医政司,卫生部合理用药专家委员会.国家抗微生物治疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2012.97
[5]陆再英,钟南山.内科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.115
[6]汪复,朱德妹,胡付品,等.2009 年中国 CHINET 细菌耐药性监测[J].中国感染与化疗杂志,2010,10(5):325-334
[7]中华医学会呼吸病学分会感染学组.甲氧西林耐药的金黄色葡萄球菌肺炎诊治与预防专家共识[J].中华结核和呼吸杂志,2012,35(10):734-738
[8]陈佰义,何礼贤,胡必杰,等.中国鲍曼不动杆菌感染诊治与防控专家共识[J].中国医药科学,2012,2(8):3-9

（收稿日期：2016-02-06）

（上接第 63 页）评分。肛门括约肌功能依据 Wexner 评分法[1]进行评估；疼痛评分依据视觉模拟评分法（VAS）测定。

1.5 统计学处理 数据处理采用 SPSS19.0 统计软件，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。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者均顺利完成手术，追踪随访 5 个月，治疗组有 1 例复发，复发率 3.2%；对照组有 1 例手术后失去联系，1 例复发，复发率 3.3%，差异无统计学意义，$P>0.05$；两组的术后肛门疼痛评分及肛门括约肌功能评分的差异具有统计学意义，$P<0.05$。见表 1。

表 1 两组患者术后疗效对比（分，$\bar{x} \pm s$）

组别	n	疼痛评分	肛门括约肌功能评分
治疗组	31	1.7± 0.7	0.7± 0.8
对照组	31	2.8± 0.9	1.4± 1.5
P		<0.05	<0.05

3 讨论

高位肛周脓肿发病部位较高，腔隙大，临床表现为发病急，全身感染症状较重，局部症状相对较轻，但若不及时治疗容易破溃形成肛瘘，甚至并发脓毒血症，继续侵犯患者的其他器官和组织，因此，一旦确诊应该积极治疗[2]。手术是最有效的治疗方法，高位肛周脓肿的手术方式有多种，如分期手术治疗、多窗口引流、隧道式拖线术[3]、切开挂线对口引流、双套管引流术等[4]。临床中大都采用肛周脓肿一次性根治术，但手术过程中损伤组织较多，复发率高，肛门失禁、漏液等并发症较多，随着患者对手术要求的提高，保护肛门括约肌是目前提倡的基本原则。

本研究中运用主引流口切开结合内口虚挂术以保护内括约肌。挂线疗法是中医特色疗法，分为虚挂和实挂两种，其作用有以线代刀慢性切割、引流、刺激肉芽组织生长等作用。虚挂和实挂采用的作用机理不同，虚挂主要采用其引流和刺激肉芽组织生长的作用，实挂主要采用其勒紧组织，使其缺血坏死，缓慢切割的作用，但因其橡皮筋呈勒紧状态，故患者术后肛门下坠感及疼痛感较治疗组明显。虽然采用缓慢切割方法可适度保护肛门功能，防止严重肛门失禁发生，但轻度肛门失禁仍不可避免[5]。综上所述，采用内口虚挂线法治疗高位肛周脓肿，对患者肛门功能损伤更小，术后疼痛更轻，术后复发率更低，优势明显。

参考文献

[1]Jorge JM,Wexner SD.Etiology and management of fecal incontinence[J].Dis Colon Rectum,1993,36(1):77-97
[2]李万华.切开挂线对口引流术治疗肛周脓肿的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2015,8(15):115-116
[3]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):1119-1122
[4]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):432-433
[5]钱海华.论实挂与虚挂[J].江苏中医药,2006,27(8):8

（收稿日期：2016-03-14）