

挂线疗法在肛周脓肿治疗中的应用探讨

★ 孙芳 谢坚凤 (江苏省常州市中医院肛肠科 常州 213000)

关键词:肛周脓肿;挂线疗法;临床应用

中图分类号:R 657.1+5 **文献标识码:**B

挂线疗法是中医学的传统特色疗法。传统上只用于肛瘘的治疗。用挂线疗法治疗肛周脓肿,是该法治疗肛瘘的延伸,其目的是将肛周脓肿切开引流术和二期肛瘘切开挂线术简化为一次手术,以期避免二次手术和缩短疗程。自20世纪50年代曹吉勋等倡导肛周脓肿的一期根治术以来,挂线疗法越来越多地应用于肛周脓肿的治疗中,现将该疗法在肛周脓肿治疗中的应用介绍如下:

1 挂线疗法的作用

胡氏等^[1]把挂线疗法的作用归纳为以下四个方面:

(1)慢性勒割作用。以线代刀将需要切开的组织用线勒紧,通过紧线或弹性收缩,使局部产生压迫性缺血性坏死而慢慢分离组织。在组织逐渐分离的

过程中,括约肌分离和组织的纤维化固定会同时进行,使分离后的肌断端有附着支点,就可缩小分离后的距离,减轻肛门功能障碍。

(2)异物刺激作用。药线或橡皮筋作为一种异物,可刺激局部产生炎性反应,产生纤维化组织而使括约肌断端与周围组织粘连固定。

(3)引流作用。挂线作为固定在病灶深部的导线,具有良好的引流作用,可减轻感染。

(4)标志作用。挂线具有良好的标志作用,标明外口与内口的关系,为术中处理病灶、术后护理创面及分期切开已纤维化的括约肌提供准确的位置。

2 挂线的分类

2.1 切割挂线 该疗法是在切开排脓后,通过探针寻找内口,内口不明显者,一般在脓腔顶端与肠壁最

神经,改善微循环和胃肠功能,促进胃肠蠕动。

西医对本病多采用禁食、胃肠减压、灌肠、口服番泻叶等方法进行治疗,患者痛苦大,尤其是老年人易引起水、电解质紊乱,由于肠失传导,灌肠后灌肠液易潴留于肠内而加重腹胀腹痛。采用松节油点擦神阙穴操作简单,无痛苦,无并发症,易被患者接受。桃红四物汤配合松节油点擦神阙穴治疗胸腰椎骨折后腹胀见效快,疗效好,是一种值得推广的治疗方法。

参考文献

- [1]李国艳,庄巧华,付小云,等.老年骨折患者便秘的三种药物治疗效果比较[J].齐鲁护理杂志,2005,11(8):1 073-1 074.
- [2]中华人民共和国卫生部药典委员会.中华人民共和国药典[M].广州:广东科技出版社,1995:172.

(收稿日期:2008-05-27)

松节油为皮肤刺激药,能解除皮肤、肌肉及关节疼痛^[2]。中医学认为,神阙穴为经络之总枢,经气之江海,通过任、督、冲、带四脉而统属全身经络,联系五脏六腑。在正常情况下,任、督、冲、带经气相通,阴阳相济,调节各脏腑经络的正常生理活动。若各部气血阴阳发生病理改变,则通过刺激神阙穴调整任、督、冲、带的功能,可达到“阴平阳秘”的治疗目的。松节油刺激神阙穴,可疏通经络,通调水道,调和气血,调整胃肠气机,加快胃肠蠕动,促进排气排便。现代医学认为,脐窝深部为网膜和小肠,浅层有第十肋间神经的前皮支和腹壁浅动静脉吻合网,深层有腹壁上下动静脉支。脐窝在胚胎发育过程中为腹壁的最后闭合处,表皮角层最薄,且脐下无脂肪组织,皮肤筋膜直接相连,故敏感度高,渗透性强,通过速度快。利用脐部的特殊生理结构,通过松节油的刺激使血管扩张,血液循环加快,活化细胞,活跃

薄弱处穿出,并引入橡皮筋。将切口近肛缘端至齿线之间的皮肤、皮下组织切开,然后勒紧橡皮筋。一般 7~14 天后脱线。对于粘膜下肛瘘橡皮筋应自内口穿入,从脓腔顶端穿出并适度勒紧。谷氏^[2]认为该疗法的优点为:可一次手术治愈肛周脓肿,不后遗肛瘘。还可避免术后出血及肛门失禁。术后勿须每天放置引流纱布,较为适用于婴幼儿。孙氏等用此法治疗 218 例患者,一次治愈 213 例,治愈率 97.7%^[3]。杨氏等用挂线法治疗婴幼儿肛周脓肿 58 例,治愈率 100%,随访 1~10 年无复发及成瘘^[4]。赵氏用挂线法治疗直肠粘膜下脓肿 17 例,疗效满意^[5]。

2.2 长期引流挂线 对于克罗恩病、结核病和艾滋病等原因引起的肛周脓肿。手术后常遇到创面不易愈合及脓肿易反复发作。因此是否采用积极的手术治疗被临床专科医生争论多年。目前大多数学者较为推荐的治疗方式是采用简单的引流术替代积极的手术治疗。挂线引流成为此类脓肿患者的最佳选择。此时的挂线,时间为 3~6 个月,通过长期充分的引流,使得局部炎症消散,脓肿不会进一步蔓延。在原发病得到有效控制后,拆除橡皮筋,脓肿常不需手术治疗而痊愈,或一直保持在静止。Makowiec 用挂线法治疗溃疡性结肠炎引起的肛周脓肿 33 例,平均挂线 92 天,平均随访 19.5 个月,24 例(73%)拆线后脓肿无复发^[6]。

2.3 短期引流挂线 对于范围较广的肛周脓肿,如马蹄形脓肿,为了保证充分的引流,可按脓肿的范围在肛门括约肌外侧作多个放射状引流切口,各引流切口间挂线,一般两切口间的距离为 3~4 cm。李氏^[7]采用橡皮条对口引流治疗马蹄形肛周脓肿 21 例,全部痊愈,平均疗程 25 天,无并发症及后遗症,随访均无后遗肛瘘及肛门失禁。另外,钱氏^[8]使用高位挂线引流保留括约肌治疗高位脓肿。术中切开内括约肌下端,开放肌间隙,处理内口,由内口至脓腔顶端挂线,但不进行勒割。利用挂线的引流及异物刺激作用,待脓腔肉芽填充,脓腔小至挂线转动。阻力较大时拆除挂线。成功治疗高位脓肿 39 例,疗效满意,随访 1 年,无复发及成瘘,无明显肛门功能损伤。

3 使用挂线疗法的注意事项

3.1 谨慎选用切割挂线 Hamalainen 等使用单纯的切开引流术治疗急性肛周脓肿 170 例,术后平均随访 99 个月,有 47% 的病人发展成肛瘘或脓肿复

发。即有一半以上的病人无需接受进一步的瘘管手术^[9]。并且使用切割挂线会引起患者术后轻度的肛门功能障碍。Ibister 使用切割挂线治疗肛瘘 47 例,术后有 9.5% 的患者出现了明显的肛门漏气现象^[10]。尤其是对于提肛上脓肿,其感染源可能来自盆腔脏器的感染,如阑尾炎、输卵管炎、憩室炎等。此类脓肿,可采用置管引流的方式对脓腔进行充分的引流并配合抗感染治疗。应避免盲目挂线切割引起的肛门括约肌的损伤^[11]。

3.2 掌握紧线时机 对于位置低,或腔隙小的脓肿,通过挂线慢性切割以防肛门失禁者,术中即可紧线。而对于部分位置深,脓腔较大的脓肿,术中应暂不紧线,通过挂线的引流和异物刺激作用,待 2 周后组织炎症消退,肉芽生长,腔隙缩小,再完成慢性切割作用。每次紧线不宜过多,如脱线太早,组织切开过快,不能随线修复,会影响术后肛门括约功能,且不利于顶部腔隙的引流。

4 结论

现已证明挂线疗法治疗肛管直肠周围脓肿是成功有效的。尤其是挂线引流治疗与 Crohn 病有关的肛周脓肿病人具有重要作用。

参考文献

- [1] 胡伯虎. 实用痔瘡学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1988; 213-295.
- [2] 谷云飞. 挂线疗法在肛周脓肿治疗中的临床应用[J]. 江苏中医药, 2006, 27(8): 7.
- [3] 孙义锋, 杨玉贵, 郭万霞, 等. 一期切开挂线术在肛管直肠周围脓肿治疗中的应用[J]. 临床消化病杂志, 2005, 17(6): 301.
- [4] 杨俊蓬, 张煜. 切开挂线治疗婴幼儿肛周脓肿 58 例[J]. 泸州医学院学报, 2004, (2): 149.
- [5] 赵义瑞, 刘伟光. 挂线法治疗直肠粘膜下脓肿及直肠粘膜下瘘 28 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2002, 8(4): 297.
- [6] Makowiec F. Perianal abscess in Crohn's disease[J]. Dis Colon Rectum, 1997, (40): 443-450.
- [7] 李敏. 橡皮条对口引流治疗马蹄形肛周脓肿 21 例[J]. 四川医学, 2002, 23(2): 99.
- [8] 钱海华. 保护肛肠环治疗高位脓肿 39 例临床观察[J]. 长春中医药大学学报, 2003, 19(4): 31.
- [9] Hamalainen K-PJ, Sainio AP. Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses[J]. Dis Colon Rectum, 1998, (41): 1 357-1 362.
- [10] Ibister WH, Al Sanea N. The cutting seton; an experience at King Faisal Specialist Hospital[J]. Dis Colon Rectum, 2001, (44): 722-727.
- [11] Willimas. Surgery of the anus rectum and colon[M]. 第 2 版. 科学出版社, 2003: 475-476.

(收稿日期: 2008-04-01)