

旷置疗法治疗肛周脓肿的研究进展

★ 甄曙光¹ 指导:谷云飞² (1. 南京中医药大学硕士研究生 南京 210029; 2. 江苏省中医院肛肠科 南京 210029)

关键词:肛周脓肿;旷置疗法;综述

中图分类号:R 266 文献标识码:A

肛周脓肿是肛肠科临床常见疾病,1958 年 Eisenhammer 根据肛腺解剖学的资料与 Parks 首先提出肛隐窝感染学说,并提出把肛门周围脓肿分为腺源性脓肿和非腺源性脓肿两种^[1],前者又称致瘘性脓肿。根据肛腺感染学说及肛门直肠周围解剖特点,肛周脓肿被认为是由于肛腺的非特异性感染所致,肛腺感染后通过内括约肌蔓延,向肛管直肠周围间隙扩散,形成相应间隙的脓肿^[2]。1979 年 Shafik 提出了中央间隙感染学说,补充并丰富了肛周脓肿的病因^[3]。肛周脓肿一经形成,很难自愈。肛周脓肿应被及时引流,缺乏波动感不是延迟治疗的原因^[4],要等待脓肿表面自行破溃,形成肛瘘,可能会招致炎症扩散和增加患者的痛苦。

1 肛周脓肿治疗方法的发展

传统的治疗方法是先单纯行脓肿切开引流术,使其手术后形成肛瘘,再二期行肛瘘手术,这样患者痛苦大,治疗时间长,费用高。故目前,大多采用一期手术方法治疗,这样可避免患者再次手术的痛苦。临床常用的一期治疗方法为切开实挂疗法,其原理是利用中医传统挂线疗法的慢性勒割作用^[5],或弹性收缩,以线代刀可在局部产生压迫性缺血性坏死而慢慢分离,在逐渐切开过程中,括约肌分离和组织修复可同时进行,使分离后的肌肉断端有附着点,就可缩小分离后的距离,减少功能障碍,药线或橡皮筋作为一种异物,可刺激局部产生炎症反应,引起纤维化,而使括约肌断端与周围组织粘连固定,同时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。虽然这种慢性切割可使肌肉断端不迅速分离,但毕竟将肌肉完全断离,或多或少会导致肌肉缺损,从而影响肛门括约功能。因此临床常见经实挂线治疗过的肛周脓肿患者,大多后遗有排气和

稀便不能很好地控制的现象,即轻度肛门失禁,患者十分痛苦^[6]。近年来许多临床医师逐渐尝试采用各种方法保留肛门括约肌以避免上述问题^[7],目前临床上尝试采用旷置疗法来治疗肛周脓肿,取得了很好的疗效。旷置疗法属于肛周脓肿一期治疗术,它是切开与虚挂线或置管引流的有机结合,旷置疗法可分为切开虚挂引流术和切开置管引流术。

2 旷置疗法的具体临床应用

2.1 切开虚挂引流术 即在治疗高位肛周脓肿时,将需挂线的脓腔和括约肌用线或橡皮筋挂入,但不收紧,仅利用线或橡皮筋的引流作用、异物刺激作用,充分引流脓腔和间隙炎症,当间隙和瘘管内肉芽填满后,抽去线或橡皮筋,不勒断括约肌,充分保证了括约肌的完整性,从而保证了肛门括约功能完好,舍弃了传统实挂线的慢性勒割作用。其具体操作为:在脓肿隆起最明显处作一长约 2 cm 的放射状切口,切开皮肤、皮下组织直至脓腔,分离纤维隔,排尽脓液,用刮匙搔刮脓腔内坏死组织,以中弯探入脓腔,食指在肛内应诊,初步确定内口后于内口相对应的肛缘处做一长约 3~4 cm 切口,切开皮肤、皮下组织及部分内括约肌,暴露中央间隙和内外括约肌间隙,充分引流内口处感染灶,以此切口作为主引流切口。自主切口以中弯探入脓腔达脓腔顶部,以双股橡皮筋自脓腔顶部穿出,将橡皮筋自直肠经肛门牵出,与主切口内橡皮筋另一端会合结扎,橡皮筋呈松弛状态,该橡皮筋即虚挂橡皮筋,日后不予紧线。视脓腔间隙的大小,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。虚挂橡皮筋须待橡皮筋所在间隙已基本闭合时,方可拆除。可先拆除一根,待间隙内肉芽生长,间隙将近闭合时再拆除另一根,以防过早拆除,而致间隙引流不畅成

为死腔。抽去橡皮筋前可通过看间隙内肉芽生长情况、转动橡皮筋时橡皮筋的松紧及活动程度,冲洗时间隙内液体流动的顺畅程度来判断脓腔间隙是否已基本闭合,抽去橡皮筋后冲洗间隙,一般第二天人造内口及引流处即能闭合^[8]。

本术式在彻底清除原发感染源的同时,对内口以上的深部脓腔采用橡皮筋虚挂引流,与传统的挂线疗法相比,我们不紧线勒断肛肠环,仅利用了传统挂线术的异物刺激作用、引流作用和标志作用而舍弃了其慢性勒割作用,通过橡皮筋充分引流脓腔内分泌物的同时刺激创口内肉芽生长,使脓腔间隙逐渐闭合^[9]。挂线的引流作用,可以使脓腔渗出顺线引出,并可使创面从基底部愈合,外部切口无过早闭合,避免了形成假性愈合的隐患。故国外学者将挂线又称为“泄液线”^[10,11]。实践证明本法操作简便易行,肛门功能保护好,病人痛苦小,疗效可靠,有临床使用价值。

2.2 切开置管引流术 即对内口进行处理后,在脓腔顶端置管,以实现彻底引流。具体操作步骤为:通过指诊寻找原始感染病灶(内口),在与内口相应的肛缘外脓肿上做放射状切口,排尽脓液。用食指探查脓腔,分离纤维隔,再用探针探通内口。脓道经过肛门外括约肌深部以下者,予一次切开内口;脓道经过肛门外括约肌深部以上者低位部分(肛门外括约肌深部下缘以下部分)切开,高位部分可结合虚挂线,同时彻底清除内口附近的感染坏死组织,使切口引流通畅。进一步探查脓腔,对蔓延至坐骨直肠间隙顶部或直肠后间隙等深部的脓腔做充分搔刮、冲洗后,置入橡胶导尿管达脓腔顶部后固定。术后每日常规换药,并通过导尿管冲洗脓腔,每隔数日,将引流导尿管稍向外移位后固定,直至脓腔缩小、变浅,深度小于2 cm时,拆除引流导尿管。也可将置管接引流袋或负压吸引器。

置管引流疗法是基于中医药捻引流法治疗窦道的原理,《医门补要》中在对肛周脓肿切开或火针烙开后,主张“内插药捻,外贴膏药”。置管即是中医药捻的变形和改进。本法是在彻底清除内口和脓腔内的坏死组织等感染源后,再在一般换药难及的深部脓腔内置入橡胶导尿管。该导尿管可起三种作用:(1)持续引流作用,保证了脓腔的引流通畅。(2)冲洗作用,保证了每日排便后进入脓腔的粪渣得以及时清除。(3)异物刺激作用,可促进肉芽组织生长,加速脓腔闭合。从而达到提高深部肛周脓肿治愈率,减少复发的目的^[12]。

3 旷置疗法的应用要点

3.1 内口的确定 肛周脓肿手术的原则是充分引流,正确寻找并处理内口,彻底清除原发感染病灶、感染的肛窦、肛腺及导管是手术成败的关键^[13]。所谓内口,亦即肛周脓肿的原发感染病灶,位于齿线上的肛隐窝则是肛门直肠感染的发源地^[14]。肛周脓肿大部分无明显内口,且因其多为急性炎症性病变,探查不当易造成假性内口。确定内口的方法有许多,常用的有^[15]:(1)若患者肛内有脓液排出,则证明内口已破溃,可通过探针探查确定,即为原发内口。(2)若内口未溃,不能探通,应以左手食指在肛内做指引,寻找指针间的最高点之薄弱处,此多为原发内口。(3)若探查确无明显内口,则左手食指探入脓腔最顶端,探针沿食指尖前方最薄处粘膜下穿出。在寻找内口时动作要稳准轻柔,挂线要与内口在同一方向或超过已溃的原发内口之粘膜穿出。切忌粗暴、盲目乱探,以免造成假道。另外,在内口确定的问题上,还可以根据肛管后部肛隐窝分布多且易感染的特点以及Goodsall定律^[16],对于高位的、合并多个间隙感染的脓肿,应首先从肛管后部寻找内口。

3.2 保证引流的通畅 临床上治疗涉及坐骨直肠间隙顶部或直肠后间隙等深部肛周脓肿时发现,即使准确彻底清除了内口,仍有许多复发或迁延不愈的病例,多是由于在深部间隙内留有死腔并积存了粪渣、坏死组织等感染物质而又引流不畅的缘故^[17],而旷置疗法不论是切开虚挂引流术,还是置管引流术,都很好地解决了这个问题,虚挂橡皮筋和置管都实现了对高位脓腔的通畅引流,避免了肛周组织因大面积损伤、愈合期延长、瘢痕面积过大影响了肛门正常功能,甚者造成肛门移位、漏粪、肛周湿疹等后遗症给患者带来的痛苦。

4 旷置疗法的展望

微创化是目前国际外科界的发展趋势之一,对于肛周脓肿的治疗逐渐告别了以往“深挖宽凿”的时代,旷置疗法最大限度地保护了括约肌,避免了脓肿二次切瘻及实挂疗法需多次紧线之苦,切口较传统手术小,又可以实现彻底引流,愈合时间相对缩短,符合外科治疗的微创趋势,具有广阔的发展前景。

参考文献

- [1] Eisenhammer S, Reilly JC. The anorectal fistulous abscess and fistula [J]. Dis Colon Rectum, 1966, 9: 91.
- [2] Sabiston DC. Textbook of Surgery: the Biological Basis of Modern Surgery Practice [M]. 15th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1997: 1 039.

中药改善心肌重塑的研究进展

★ 余锐 指导:尚孝堂 王大英 (上海中医药大学附属普陀医院心内科硕士研究生 上海 200062)

摘要:通过对国内外中药改善心肌重塑的机制文献总结,归纳中药单药及有效成分、中医复方通过对神经内分泌系统影响、血流动力学改变、细胞因子的影响和心肌胶原的改建等机制。

关键词:心肌重塑;中药

中图分类号:R 254.22*2 **文献标识码:**A

心肌重塑通常是指心室几何构型的改变,包括心肌细胞形态和间质结构的改变,是远期发生心脏性死亡和心力衰竭的最重要的危险因素。心脏压力负荷过重,心肌缺血缺氧等原因都可导致心肌重塑的发生。心肌重塑是由于心肌损伤后由基因组表达改变引起分子、细胞和间质的改变,表现为白细胞介素、基质金属蛋白酶和生长因子等表达增加引起梗死区心肌细胞拉长,非梗死区心肌细胞肥大、凋亡,纤维母细胞增殖、细胞外基质产生、I型和Ⅲ型胶原聚集,从而纤维细胞增生和间质纤维化。而心肌梗死后心肌重塑最主要的形态学改变为梗死区膨展、心室肥厚和心室总体扩张。在心肌重塑的发生发展过程中,肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)起着关键性作用^[1],尤其是血管紧张素Ⅱ及其受体起了核心的作用^[2,3]。近年来中药在改善心肌重塑方面的研究也屡见报道,对其机制也有了更深入的认识,

本文试就近年中药改善心肌重塑方面研究略作总结。

1 单药及有效成分的研究

1.1 红景天 血流动力学的改变、胶原蛋白沉积、神经内分泌改变和细胞因子参与了心肌的重塑,因此,逆转这些过程可以改善心肌重塑。黄颖等^[4]发现红景天通过对老年大鼠心房利钠肽(ANP)-mRNA表达增加,从而抑制心脏内分泌功能而抑制心肌老化,也证明了通过抑制神经内分泌作用而改善心肌重塑。在心肌重塑过程中,一些细胞因子参与其中,红景天对心肌缺血再灌注损伤造成的大鼠血中肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-6(IL-6)明显降低($P < 0.01$),从而保护心肌,改善心肌重塑^[5]。说明红景天通过改变血流动力学、抑制胶原蛋白沉积和神经内分泌作用及细胞因子的作用而抑制心肌重塑,保护心肌。

- [3] Shafik A. A new concept of the anatomy of anal sphincter mechanism and the physiology of defaecation. *Colo-proctology*, 1990; 12(6): 369.
- [4] Marvin L. Corman 吕厚山主译. COLON & RECTEL SURGERY 人民卫生出版社, 2006. 206.
- [5] 胡伯虎. 实用痔瘡学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1988: 213-295.
- [6] 钱海华. 论实挂与虚挂[J]. 江苏中医药, 2006, 27(8): 8.
- [7] 张东铭. 大肠肛门局部解剖与手术学[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1998: 170.
- [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] 张玉镇. 切开挂线术中加中药坐浴治疗肛周脓肿 65 例[J]. 河南中医, 2004, 24(11): 48.
- [10] 应文辉. 结直肠疾病[M]. 昆明: 云南大学出版社, 1991: 209.
- [11] Adams F. On fistulate. The genuine works of Hippocrates translated from the Greek with a preliminary discourse and annotation[J]. New

York: William Wood, 1849.

- [12] 谷云飞, 潘良富, 杨柏林. 一次切开药捻式置管引流法治疗肛周脓肿 26 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2000, (6): 419.
- [13] 黄乃健. 中国肛肠病学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1996. 724.
- [14] DE LORENZI D. Anorectal abscess and fistula[J]. *Ther Umsch*, 1997, 54(4): 197-201.
- [15] 李春雨, 聂敏, 丁林. 一次性切开挂线法治疗肛门后位马蹄形脓肿 86 例[J]. 中国肛肠病杂志, 2000, 20(5): 20-21.
- [16] Goodsall DH. Anorectal fistula. In: Goodsall DH, Miles WE, eds. *Diseases of the anus and rectum* [M]. part I. London: Longmans, Green & Co, 1900: 92.
- [17] 潘良富, 谷云飞, 朱秉宜. 一次性根治肛周高位脓肿 218 例[J]. 中国肛肠病杂志, 2000, 20(5): 10.

(收稿日期: 2008-03-28)