

痛,两种方法相辅相成,使肩胛肌筋膜炎患者的治疗效果进一步增强,使患者的疼痛症状得到有效缓解,病程缩短,治疗效果更加彻底。

综上所述,经筋排刺法联合插法治疗肩胛肌筋膜炎临床疗效优于单纯经筋排刺法治疗,可以极大地改善患者日常活动、减轻压痛感,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] BENOIT B, LAFLAMME GY, LAFLAMME GH, et al. Long-term outcome of surgically-treated habitual patellar dislocation in children with coexistent patella alta. Minimum follow-up of 11 years[J]. J Bone Joint Surg Br, 2007, 89(9): 1172-1177.
- [2] 赵勇,方维,张宽,等. 肩胛肌筋膜炎致病因素的调查分析[J]. 中医正骨, 2014, 26(9): 33-35.
- [3] 赵勇,方维,闫安,等. 肩胛肌筋膜炎软组织张力与颈椎生理曲度改变相关性探讨[J]. 中国骨伤, 2014, 27(5): 376-378.
- [4] 刘春雨,赵勇. 赵勇从经筋论治肩胛肌筋膜炎疼痛经验[J]. 河南中医, 2017, 37(2): 224-226.
- [5] 龙欲镇,梁彦勤,黄有荣. 中医治疗项背肌筋膜炎概况[J]. 广西中医药大学学报, 2012, 15(3): 51-53.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第三辑)[S]. 1997: 134-135.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准:ZY/T001.1-94[S]. 南京:南京大学出版社, 1994: 212.
- [8] 木荣华,张瑞国,全晓彬. 针刀合手法治疗颈背部慢性肌筋膜炎[J]. 中医正骨, 2011, 23(2): 64, 66.
- [9] 赵勇,方维,闫安,等. 铍针治疗肩胛肌筋膜炎的病例对照研究[J]. 中国骨伤, 2014, 27(4): 291-294.
- [10] 陈静. 针灸推拿配合刺血拔罐治疗腰背肌筋膜炎疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2013, 29(2): 108-109.
- [11] 赵勇,郭振芳,董福慧. 经筋痹痛与软组织张力的相关性探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2003, 26(6): 85-86.
- [12] 赵勇,董福慧,张宽. 经筋痹痛的软组织力学变化分析与治疗思路[J]. 北京中医药, 2008, 27(9): 705-707.
- [13] 方维. 铍针治疗肩胛肌筋膜炎的临床研究[D]. 北京:中国中医科学院, 2014.
- [14] 王成哲. 谈插法在肩周炎推拿治疗中的应用[J]. 按摩与导引, 2004, 20(2): 30.
- [15] 孔令豪,祝木星. 侧位压腰法治疗髂腰肌损伤30例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(5): 94-96.
- [16] 刘瑜. 经筋排刺法治疗颈肩肌筋膜炎的临床观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学, 2018.
- [17] 陶云平,吴迪. 浅析排刺法为主治疗各种经筋病[J]. 天津中医学院学报, 2004, 23(4): 206-207.

(收稿日期 2023-08-04)

青枝方坐浴辅助经肛括约肌间切开术(TROPIS)治疗急重疑难性高位肛周脓肿的临床观察*

廖波¹ 彭位俊¹ 王小婉^{1△} 张楨^{1△} 王镇澜²

(1. 重庆市中医院, 重庆 400021; 2. 重庆大学附属三峡医院, 重庆 408099)

中图分类号:R266 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2024)01-0115-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2024.01.029

【摘要】 目的 观察青枝方坐浴辅助经肛括约肌间切开术(TROPIS)治疗急重疑难性高位肛周脓肿的临床疗效。方法 80例伴有脓毒症的高位肛周脓肿患者随机分为观察组与对照组各40例。观察组采用青枝方坐浴辅助TROPIS治疗,对照组采用主流术式切开挂线术联合高锰酸钾坐浴治疗。比较两组患者术中出血量、术后疼痛持续时间、创面愈合时间、住院时间、术后脓肿复发率、成瘻率及术后2个月、3个月肛门功能等情况。结果 观察组术中出血较对照组少,术后疼痛持续时间、创面愈合时间、住院时间均较对照组短($P<0.05$)。观察组在术后2个月、术后3个月的肛门失禁Wexner评分均低于对照组($P<0.05$)。两组患者术后3个月脓肿复发率及成瘻率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 青枝方坐浴辅助TROPIS治疗高位肛周脓肿效果确切,而且对肛门括约肌的损伤更小,术中出血少,术后疼痛轻,对肛门功能及肛门形态的保护更好,创面愈合快,住院时间短,值得临床应用推广。

【关键词】 高位肛周脓肿 经肛括约肌间切开术 青枝方 中药坐浴

* 基金项目:重庆市科卫联合医学科研项目(2022QNXM075);重庆市科研机构绩效激励引导专项(jxyn2021-2-14);重庆市科卫联合医学科研项目(2022MSXM163)

△通信作者

Clinical Study on the Treatment of Acute, Severe, and Difficult High Perianal Abscesses by Qingzhi Decoction Sitz Bath Assisted Transanal Sphincterotomy (TROPIS) Liao Bo, Peng Weijun, Wang Xiaowan, Zhang Zhen, Wang Zhenlan. Chongqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 400000, China.

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of Qingzhi Decoction sitz bath assisted transanal sphincterotomy (TROPIS) in the treatment of acute, severe, and difficult high perianal abscess. **Methods:** A total of 80 patients with high perianal abscess accompanied by sepsis were randomly divided into an observation group and a control group, with 40 cases in each group. The observation group was treated with Qingzhi Decoction sitz bath as an auxiliary treatment for TROPIS, while the control group was treated with mainstream surgical incision and thread-drawing surgery combined with potassium permanganate sitz bath. The intraoperative blood loss, postoperative pain duration, wound healing time, hospital stay, postoperative abscess recurrence rate, fistula formation rate, and anal function at 2 and 3 months after surgery between two groups were compared. **Results:** The observation group had less intraoperative bleeding compared with the control group, and the duration of postoperative pain, wound healing time, and hospitalization time were all shorter than those of the control group ($P < 0.05$). The Wexner scores of anal incontinence in the observation group were lower than those in the control group at 2 and 3 months after surgery ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference in the recurrence rate of abscess and anal fistula formation rate between the two groups of patients at 3 months after surgery ($P > 0.05$). **Conclusion:** Qingzhi Decoction sitz bath assisted TROPIS has a definite effect on the treatment of high perianal abscess, with less damage to the anal sphincter, less intraoperative bleeding, mild postoperative pain, better protection of anal function and morphology, fast wound healing, and short hospital stay, which is worthy of clinical application and promotion.

【Key words】 High perianal abscess; Transanal sphincterotomy; Qingzhi Decoction; TCM sitz bath

肛周脓肿是肛管以及直肠周围软组织发生的急性化脓性感染疾病,是肛肠科最常见的急症。其中高位肛周脓肿是指肛提肌平面及以上部位的软组织间隙受累,感染部位涉及骨盆直肠间隙、直肠后间隙及高位的肌间间隙等^[1-2]。因高位肛周间隙毗邻腹膜、直肠壁及骶前静脉丛等结构,位置较深,故出现脓毒症时间早、中毒症状重,严重者甚至继发坏死性筋膜炎等广泛软组织感染,治疗难度大。目前,手术引流是首选治疗方法^[3],但因高位肛周脓肿感染深在,主流术式经肛门外切口需要突破肛提肌,故易损伤肛门自控肌群、术后持续通畅引流难度大等弊端^[4],亟须改进。近年笔者采用青枝方坐浴辅助经肛括约肌间切开术(TROPIS)治疗此类伴有脓毒症的急重疑难性高位肛周脓肿,取得了满意的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)诊断标准:西医诊断标准参考《肛周脓肿临床诊治中国专家共识》^[5]拟定;中医诊断标准参考《中医外科学》^[6]拟定,辨证为火毒炽盛证。2)纳入标准:经病史和查体检查、直肠腔内超声、盆腔CT或盆腔磁共振成像检查确诊,脓肿位置在肛提肌以上,符合《肛周脓肿临床诊治中国专家共识》^[5]中高位肛周脓肿诊断标准;18岁≤年龄≤60岁;为首次发病;内口位于齿状线附近;T>38.5℃、WBC>15×10⁹/L、CRP>正常值2个标准差;对本研究知情并同意。3)排除标准:术前已接受过其他治疗者;已形成肛瘘者;合并克罗恩病、溃疡性结肠炎等炎症性肠病者;合并重要脏器功能

异常、凝血功能异常者。

1.2 临床资料 选取2021年11月至2022年10月,本院收治的高位肛周脓肿患者80例,并将其随机分为观察组与对照组各40例。观察组中男性30例,女性10例;年龄21~56岁,平均(35.68±6.57)岁;病程3~8 d,平均(4.38±1.49) d。对照组中男性29例,女性11例;年龄20~58岁,平均(33.47±7.35)岁;病程2~10 d,平均(4.56±1.52) d。两组在性别、年龄、病程等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 两组患者均采用骶管麻醉联合静脉麻醉。1)手术方法。(1)观察组:首先采用TROPIS,于括约肌间沟处做一弧形切口,切口长约1 cm,小弯血管钳钝性分离探入括约肌间,左手食指进入肛内作引导,小弯血管钳沿着括约肌间进入脓腔,撑开血管钳扩创引流。电刀自括约肌间沟切口处开始沿着血管钳放射状逐层切开黏膜及部分内括约肌至齿状线上0.5 cm,充分暴露括约肌间原发感染灶,刮匙彻底搔刮处理。再将切口向肛外延伸,并修剪切口边缘,使切口呈上窄下宽形状以利通畅引流,切口内放置引流管以促进引流。对于脓肿较大者或跨间隙脓肿,可在肛缘外脓肿突起处作辅助切口,刮匙刮除切口内坏死组织,辅助切口处放置引流管引流或在辅助切口与内口之间松弛挂线引流。(2)对照组:采用切开挂线术,于脓肿突起最明显处行放射状切口,充分排脓后用探针探明内口。沿探针切开内口至切口间组织及肛管直肠环以下部分括约肌,肛管直肠环部分用橡皮筋挂线治疗,术后定期紧线至橡皮筋脱落。2)术后处理。术后两组患者均予以

抗生素抗感染治疗3 d。(1)观察组:手术患者排便后予青枝方坐浴。方药组成:青蒿、栀子、煅石膏、白芷、醋延胡索、红花(专利保护,故未列出剂量),每剂煎汤约450 mL(3袋,由医院中药房统一熬制),用38~40℃温开水稀释至2 000 mL,将肛门创面全部浸入药液中坐浴,每日1次,每次15 min。坐浴后常规清洗创面换药,引流液清亮后拆除引流线或引流管,换药至创面愈合。(2)对照组:予高锰酸钾坐浴,将高锰酸钾与开水以1:5 000的比例配置成2 000 mL溶液,待水温降至40℃时坐浴,每日1次,每次15 min。坐浴完成后常规清洗创面换药,换药时每3天紧线1次,直至橡皮筋所挂括约肌被完全切断,换药至切口完全愈合。

1.4 观察指标 1)观察比较两组患者术中出血量、术后疼痛持续时间、创面愈合时间、住院时间等情况。疼痛采用数字等级评定量表(NRS),0分为无痛,10分为最痛,4分以下为轻度痛,4~7分为中度痛,7分以上为重度痛,疼痛持续时间为疼痛NRS评分≥4分以上的中重度疼痛累计天数。创面愈合时间为手术当天至创面上皮完全覆盖为止。2)肛门功能。两组患者分别于术后2个月、术后3个月进行随访,评价患者肛门功能情况,肛门功能采用Wexner评分进行评价,根据肛门对固体、液体、气体的控制力,是否需要卫生垫,有无生活方式改变进行评价,单项0~4分,分数越高表示肛门功能越差。3)脓肿及肛瘘。术后3个月随访,观察两组患者有无脓肿复发及肛瘘形成。

1.5 统计学处理 应用SPSS24.0统计软件。符合正态分布的计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以“ n 、%”表示,组间比较行 χ^2 检验;不符合正态分布的计量资料采用M(QL,QU)表示,比较采用Wil-coxon符号秩检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中出血量、术后疼痛持续时间、创面愈合时间、住院时间比较 见表1。两组在术中出血量、术后疼痛持续时间、创面愈合时间、住院时间比较,观察组明显优于对照组($P<0.05$)。

表1 两组术中出血量、术后疼痛持续时间、创面愈合时间及住院时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	术中出血量(mL)	术后疼痛持续时间(d)	创面愈合时间(d)	住院时间(d)
观察组	40	8.03±2.38 [△]	4.63±1.37 [△]	22.70±2.63 [△]	9.60±0.86 [△]
对照组	40	13.85±3.36	8.83±1.84	41.43±7.38	14.25±1.58

注:与对照组比较,△ $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组肛门功能比较 见表2。两组患者在术后2个月、术后3个月的肛门失禁Wexner评分比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表2 两组术后2个月、术后3个月肛门失禁Wexner评分比较[M(QL,QU)]

组别	n	术后2个月	术后3个月
观察组	40	0(0,0) [△]	0(0,0) [△]
对照组	40	2(0,3)	0.5(0,1)

2.3 两组术后脓肿复发率及成瘘率结果比较 见表3。术后3月随访,观察组脓肿复发2例,无成瘘患者。对照组脓肿复发1例,成瘘1例,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表3 两组脓肿复发率及成瘘情况比较[n (%)]

组别	n	脓肿复发	成瘘
观察组	40	2(5.00)	0(0)
对照组	40	1(2.50)	1(2.50)

3 讨论

高位肛周脓肿是肛肠科最多见的重症感染性疾病。手术引流是此病最主要且最关键的治疗手段,清除原发感染灶和持续彻底引流是手术成功的关键^[7]。因高位肛周脓肿位置高,波及肛直环甚至肛直环以上平面,手术中存在着保护肛门功能和通畅彻底引流的矛盾,这对矛盾一直困扰着肛肠外科医生,迫使手术医生在保护患者肛门括约肌群功能和提高疾病治愈率之间做出平衡和取舍。当前临床对于高位肛周脓肿患者多采用切开挂线术治疗,即对肛直环以下部分和内口采取直接切开,以达到敞开和引流脓腔的目的,对高位部分则采取挂线的方法,以线代刀,缓慢切割勒断肛直环,避免了直接切断肛直环造成的失禁风险^[8]。切开挂线术保证了高位肛周脓肿的治愈率,最大限度保护了肛门括约肌功能,但是此种手术方式创面深大,仍不可避免地切断了外括约肌皮下部和浅部,创面愈合后依然存在肛门形变和功能不良的风险^[9]。同时,术后换药存在紧线的操作,患者痛苦甚大,紧线时机的把握和紧线时间的长短对医生临床经验的要求也比较高,如操作不当,则手术有失败的可能^[10-11]。

肛周脓肿形成的主要原因是括约肌间肛腺的感染,肛腺感染向肛门直肠周围蔓延从而形成不同类型的肛周脓肿,而肛腺感染形成的脓肿蔓延播散的主要途径就是内外括约肌间隙^[12]。近年来的研究^[13]显示,肛管括约肌间后深间隙是脓液播散中极为重要的中转站,在更多的高位括约肌型、括约肌上型肛周感染中起着关键作用,这也提示临床医生除了彻底清除括约肌间原发感染肛腺及原发内口外,根除肛管括约肌间后深间隙继发病灶这一重要因素可能是进一步提高手术成功率的关键。2017年Garg将经肛入路直肠腔内引流的方式重新归纳总结,提出一种新的手术方式,即

TROPIS术^[14]。TROPIS手术仅切开部分内括约肌,无须切开外括约肌,此入路对外括约肌的损伤最小,因此对肛门功能影响很小。但TROPIS术经肛打开了括约肌间间隙,不仅破坏了原发感染灶感染的隐窝腺体,而且也敞开了相对封闭的肛管括约肌间后深间隙,从而使封闭的括约肌间间隙转化为开放性创面,同时做到了创面的持续开放和充分引流,实现了创面的二期愈合^[15]。

肛周脓肿属中医学“肛痈”范畴,多因感染、饮酒过度、疲劳过度、外感六淫、情志失调等引起湿热内生或火毒内蕴,下注肛门造成局部气血凝滞不畅,引发红肿疼痛,因此临床治疗应以活血化瘀消肿、清热解毒祛湿为主^[16]。青枝方^[17]是我科术后坐浴经验方,组方中青蒿、栀子共为君药,味苦、性寒,入血分;青蒿芳香透散,擅于清血分之郁热;栀子入三焦经,能清三焦之实火,有清热利湿,凉血解毒,消肿止痛之功。石膏甘、辛,煨用可敛疮生肌、止血;白芷辛温,有燥湿、消肿排脓、止痛、活血生肌的功效。延胡索性味辛苦温,活血化瘀止痛效果显著;红花主祛瘀止痛、活血通经之效。全方共取清热利湿解毒、行气消瘀止痛之功。本方中药物组成,现代药理提示有抑菌、抗炎止痛、改善循环、促进愈合等作用。

本研究结果显示,与传统切开挂线术较大地敞开创面以及橡皮筋弹性收紧、慢性切割肌肉相比,由于TROPIS术式手术切口以及肛周损伤的有效控制,加上青枝方坐浴对局部有抗炎止痛作用,可有效改善局部微循环及促进肉芽组织生长,加速创面修复,因此观察组手术出血量、术后疼痛持续时间、住院时间、创面愈合时间较对照组更短。观察组患者肛门功能正常,没有括约功能不良表现,优于对照组,差异有统计学意义,与TROPIS从直肠腔内切开,且不会导致外括约肌的损伤密切相关,说明TROPIS术在保护肛门括约功能方面明显优于传统切开挂线术。此外,本研究还观察到TROPIS术后脓肿复发及成瘘率与传统切开挂线术比较,差异无统计学意义,说明TROPIS术临床疗效与以往获得专科医生共识的切开挂线术相当,具有确切的疗效。

综上,与高位肛周脓肿的传统治疗比较,青枝方坐浴辅助TROPIS治疗疗效确切,而且对肛门括约肌的损伤更小,术中出血少,术后疼痛轻,对肛门功能及肛门形态的保护更好,创面愈合快,住院时间短,符合当前

快速康复外科和功能保护外科理念,是治疗高位肛周脓肿的可靠方法。

参 考 文 献

- [1] 张立新. 如何掌握肛周脓肿治疗的方法[J]. 职业与健康, 2001, 17(3): 121-122.
- [2] 张斌成. 穿刺灌洗法治疗肛周脓肿68例的体会[J]. 实用医技杂志, 2012, 19(2): 124.
- [3] 宁洁. 中药熏蒸坐浴联合湿润烧伤膏在肛周脓肿切开引流术后创面中的应用效果分析[J]. 中国烧伤创疡杂志, 2022, 34(3): 217-220.
- [4] 郑伟琴, 颜景颖, 姜雨昕, 等. 小切口负压球引流术治疗高位肛周脓肿的研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(27): 3416-3417.
- [5] 中国医师协会肛肠医师分会指南工作委员会. 肛周脓肿临床诊治中国专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志, 2018, 21(4): 456-457.
- [6] 李曰庆. 中医外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 261.
- [7] 潘良富, 谷云飞. 一次性根治肛周高位脓肿218例[J]. 中国肛肠病杂志, 2000, 20(5): 3.
- [8] 李春雨, 聂敏, 梁健. 切开挂线术治疗肛周脓肿的疗效观察[J]. 中华全科医师杂志, 2006, 5(11): 675-677.
- [9] 吴荣发, 王坚, 王美容, 等. 肛瘘挂线术中两种术式的临床观察[J]. 中医临床研究, 2014, 6(31): 86-87.
- [10] 周来法, 林琳, 郭知学. 258例高位肛瘘切开挂线疗法治疗的体会[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2003, 9(4): 268-269.
- [11] 吴祚辉, 孔令韬. 高位复杂肛瘘紧线时机的临床研究[J]. 环球中医药, 2013, 6(S1): 134.
- [12] 赵军, 郭凤森. 一次性根治术治疗肛门脓肿疗效分析[J]. 中外医疗, 2009, 28(16): 50.
- [13] ZHANG H, ZHOU Z Y, HU B, et al. Clinical significance of 2 deep posterior perianal spaces to complex cryptoglandular fistulas[J]. Diseases of the Colon & Rectum, 2016, 59(8): 766-774.
- [14] 李璐, 王蓉, 陈玉根, 等. 肛瘘保留括约肌手术的发展与实践[J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26(6): 652-657.
- [15] 郑雪平, 郭高正, 樊志敏, 等. 基于括约肌间感染机制经肛括约肌间切开术治疗高位肛瘘临床研究[J]. 重庆医学, 2022, 51(1): 85-88, 92.
- [16] 姚文俊. 苦参汤加减熏洗联合保留括约肌脓肿切开术治疗肛周脓肿39例[J]. 中国肛肠病杂志, 2022, 42(9): 35-36.
- [17] 王小婉, 余自君, 陈才怀, 等. 青枝方坐浴在混合痔术后的应用价值观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(4): 684-686.

(收稿日期 2023-02-19)