

· 临床经验 ·

小切口序贯挂线引流治疗白血病化疗后肛门周围感染 18 例

姚卫建, 谭康华, 程国宝, 曹 赣

[摘要] 目的 探讨白血病患者化疗后肛门周围感染行肛肠科常规手术的安全性及可行性。方法 2009 年 7 月-2014 年 7 月收治 18 例白血病化疗后肛周脓肿或肛瘘患者, 采用小切口序贯挂线引流术, 遵循早期、引流、序贯、根治手术治疗原则, 诱导化疗期早期小切口引流, 虚挂线引流, 待治疗缓解后再行切开挂线紧线。结果 16 例白血病化疗后肛周脓肿或肛瘘患者治愈, 2 例病理诊断白血病细胞浸润患者好转, 无严重并发症, 其肛门功能良好。结论 白血病化疗后肛门周围感染可以采用常规手术治疗。

[关键词] 小切口; 序贯挂线; 白血病; 肛门周围感染

[中图分类号] R733.7; R657.1 **[文献标志码]** B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2016.01.027

急慢性白血病患者应用化疗药物后最常见的并发症是感染, 部分有脓毒血症, 其中肛周感染 12%^[1]、28.57%^[2]。我科自 2009 年 7 月-2014 年 7 月, 先后收治了 18 例白血病化疗后肛周脓肿或肛瘘患者, 采用小切口序贯挂线引流术治疗, 疗效满意, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 本组 18 例, 女 6 例, 男 12 例, 年龄 19~65 岁, 病程 1 周~1 年。白血病分类: 急性粒细胞白血病 8 例, 急性淋巴细胞白血病 5 例, 慢性粒细胞白血病 3 例, 慢性淋巴细胞白血病 2 例, 所有患者均接受 1 个疗程以上的诱导化疗。化疗前均无肛瘘或肛周脓肿史, 化疗后急性肛门低位脓肿 2 例、高位脓肿 6 例, 低位肛瘘 2 例, 高位肛瘘 8 例, 其中 1 例为全马蹄形肛瘘。术前直肠腔内 B 超检查, 脓肿的液性暗区 8 例, 内口位置明显 12 例, 内口处直肠黏膜回声的连续性中断, 内口不明显 6 例。肛周脓肿及肛瘘诊断标准参照肛肠病学诊断标准判定^[3]。

1.2 手术方法 患者取侧卧位, 常规消毒。采用硬脊膜外阻滞麻醉或骶管麻醉, 指诊及探针检查明确脓肿或瘘管走向及与括约肌的关系。肛提肌下的低位脓肿或低位肛瘘做放射状小切口, 充分搔刮硬结及腐烂组织至齿线处, 做到根治, 如高位肛瘘采取切开挂线引流术, 齿线下切开, 齿线上内口橡皮

筋分次紧线^[4]; 骨髓严重抑制状态时脓肿宜局麻下急诊多处小切口开窗引流, 支管间虚挂双橡皮筋分次拆除; 内口处虚挂双橡皮筋, 分次拆除至单根, 可保留较长时间, 待缓解化疗病情稳定后, 限期行肛瘘切开紧线手术, 齿线下切开瘘管管壁, 内口橡皮筋分次紧线, 如支管与主管道相通者, 对口引流, 以双层橡皮筋松弛挂入固定不紧线, 拆除采用分次递减撤线。

1.3 术后处理 ①一般用抗生素 5~7 d, 抗感染治疗至体温正常; ②术后温水熏蒸、坐浴, 每天常规理疗、换药 1~2 次, 换药至创口正常。

2 结果

2 例病理诊断证实白血病细胞浸润患者好转, 术后有肛门潮湿。1 例为全马蹄形肛瘘分二次手术, 疗程 5 个月, 其余 15 例术后 40~60 d 全部愈合。术前症状消失, 术后直肠腔内 B 超检查正常。随诊 2 年无复发, 无锁眼畸形, 其肛门功能良好, 90 d 肛管直肠测压, 肛管静息压和肛管收缩压均正常。

3 讨论

肛门周围感染诱发因素: ①局部疾病: 肛裂、痔、肛门外伤、产后会阴伤合并感染、直肠炎、直肠肿瘤破溃、外伤感染等; ②全身性疾病: 糖尿病、白血病、再生障碍性贫血、溃疡性结肠炎、克隆病、结核病等。我们收集病例均为白血病患者, 易并发院内感染^[5], 而其发生肛门周围感染主要原因为长期慢性消耗及白血病细胞浸润、扩散可致机体抵抗力下降, 这是发生感染的主要原因之一; 大剂量化疗后骨髓受到抑制, 中性粒细胞减少, 同时由于免疫

作者单位: 225400 江苏泰兴, 江苏泰兴市人民医院肛肠科

通讯作者: 谭康华, E-mail: ywj112211@163.com

引用格式: 姚卫建, 谭康华, 程国宝, 等. 小切口序贯挂线引流治疗白血病化疗后肛门周围感染 18 例[J]. 东南国防医药, 2016, 18(1): 84-85.

抑制剂的应用,化疗药物引起消化道黏膜的损害和肠道菌群向血液易位,增加感染的危险性^[6];化疗药物本身对黏膜细胞有抑制损伤作用,细菌易通过受损部位而导致感染的深入,肛门周围感染发生的早期在肛门直肠周围某一间隙,感染没有得到控制,感染迅速侵犯相邻间隙,或通过肌肉间隙向其他间隙播散;患者卧床活动少,加上化疗后消化道反应,易产生便秘肛裂;部分患者肛门周围感染后因全血细胞减少,拒绝早期手术,化疗期间反复发作加重;少数患者白血病细胞也可直接浸润损伤肛管肛腺及括约肌,引起坏死感染,本组出现 2 例。急性白血病发病时可有多器官浸润,以肝脾最为常见,但也有一些不典型的表现,临床上需注意^[7]。总之,多方面诱因导致白血病患者肛门周围感染发生率高发,并形成肛周脓肿、败血症等严重情况,常形成肛瘘。白血病化疗后肛门周围感染特点是:早期常伴有高热,脓肿发病急,脓肿不规则、范围大、易形成空洞、腔深,坏死硬结多,部分患者每次化疗后反复发作,形成多弯曲,继发支管、深部死腔、内口不易辨认。

白血病诱导缓解期肛周脓肿早期引流必须通畅,肛提肌下的低位脓肿做放射状小切口,脓肿通过充分的切开引流,合理的治疗完全可以治愈,不形成肛瘘,本组有 2 例。对肛门周围感染面积大的脓肿,骨髓严重抑制状态时,为避免肛周脓肿扩散,败血症,宜急诊多处小切口引流和虚挂双重橡皮筋。虚挂线引流,属非勒割性挂线,仅利用橡皮筋的异物刺激作用和引流作用,肛周间隙充分引流,橡皮筋作为病灶深部的“泄液线”,术后良好的引流可减轻感染,避免残余脓腔,可保留虚挂线较长时间,等待根治手术时机,全身情况改善后,再行肛瘘手术根治。目前保守治疗无法取得良好的疗效,手术是治愈肛瘘最有效的方法^[8]。肛瘘根治的治疗原则:①准确寻找和处理内口;②切除和清除全部瘘管;③合理处理好肛门括约肌;④创口引流通畅。内口不愈,肛瘘不愈,内口位于肛腺开口可以直接切开;如内口位于齿线以上,形成高位肛瘘,应用挂线疗法。应用其慢性勒割作用、异物刺激作用、引流作用、标志作用。处理肛瘘主管,运用橡皮筋机械性钝性切割,减少白血病患者黏膜出血,保护肛门括约肌功能。内挂线再次紧线的时间较非白血病患者时间长,一般 15~20 d,主要因患者创面愈合慢,过早紧线肛门功能易下降。管腔虚挂线拆除需注意时机,待创口局部炎症反应引起纤维化及肉芽

生长至引流间隙填满后抽去。可采用递减撤线,当对口引流间隙稍大于橡皮筋直径,难以扯动时先拆除一根,一般 10~15 d,无脓性物或坏死组织,拆除另一根。拆除后采用垫棉加压法,管腔的组织粘连闭合。管腔橡皮筋抽去后,瘘管能愈合,不会造成括约肌外瘘管。本组 16 例全部治愈。如无肿瘤、结核、炎性肠病,肠瘘管壁上皮化或瘘管部异物残留等,管状瘘有 40%~60%甚至更高的自行愈合率,多数都在瘘管发生后 1 个月内愈合。2 例病理诊断证实白血病细胞浸润患者好转,术后有肛门潮湿,与白血病细胞浸润损伤肛门括约肌有关。

我们体会白血病患者化疗后肛门周围感染病变发展快,常常短期内出现一系列全身代谢和内分泌改变,带来了严重后果。术中和术后出血及出血后继发再感染、术后切口愈合慢,这在一定程度上造成是否应该手术治疗的问题,但在药物抗感染治疗效果不佳和临床表现进行性恶化或反复发作影响白血病诱导化疗周期时,应结合监测的血液学指标,多次行直肠腔内 B 超检查,肛周脓肿一旦形成,必须把握手术时机,遵循早期、引流、序贯、根治这一手术治疗原则,早期以放射状小切口,创面小,内口虚挂线引流,减少手术时间和术中创伤,尽量精细微创操作;可挂线生存,强调引流,限期再行切开挂线紧线术;后期强调分次紧线,一定要反复检测其血液学指标,结合患者全身情况,必要时延长治疗周期,在可行的情况下强调根治。

【参考文献】

- [1] 汉英,白晓川.恶性血液病并脓毒症 100 例临床及病原学分析[J].宁夏医科大学学报,2012,34(6):622-625.
- [2] 姜国胜,张庚,任维聘.恶性血液病患者并发肛周感染的临床观察[J].中华医院感染学杂志,2012,22(19):4213-4214.
- [3] 王业皇,吴燕兰.复杂性肛瘘的治疗难点[J].临床外科杂志,2015,23(4):248-250.
- [4] 姚卫建,谭康华,唐建红,等.切开挂线加虚线引流治疗鱼刺外伤性肛瘘 12 例[J].岭南现代临床外科,2012,12(5):302-304.
- [5] 汤华,樊春风,刘泽法,等.恶性血液病患者医院感染临床分析[J].实用临床医药杂志,2012,16(1):105-107.
- [6] 孔兴美,李国宏.恶性血液病患者医院感染的研究进展[J].现代医药卫生,2014,30(11):1665-1667.
- [7] 周岩,章海涛,唐政.以急性肾损伤为首表现的急性淋巴细胞白血病 2 例(附文献复习)[J].东南国防医药,2008,10(5):321-325.
- [8] 袁和学,曾宪东,殷志韬,等.复杂性肛瘘的治疗进展[J].中国临床医生,2014,42(2):17-20.

(收稿日期:2015-10-27;修回日期:2015-11-19)

(本文编辑:黄攸生)