

· 临床论著 ·

切开疗法与拖线疗法治疗淋巴结核
窦道的临床效果比较靳汝辉¹ 黄子慧¹ 薛倩一¹ 朱永康²

摘要 **目的** 观察切开疗法与拖线疗法治疗淋巴结核窦道的临床疗效。**方法** 采用随机数字表法将 60 例淋巴结核窦道患者随机分为切开组(30 例)及拖线组(30 例)。局部窦道疮面的处理,切开组用切开疗法治疗,拖线组采用拖线疗法治疗,隔日换药 1 次。治疗前,治疗后第 14、28、42、56 天分别记录分泌物(形质、色泽、量)、腐肉(量、腐脱程度)、肉芽(色泽、量)、上皮组织(量)、窦道长度及疮周情况(皮色、肿胀程度)等局部体征指标,按轻重程度计分,统计各时间点体征指标总积分,评判其改善情况;术后第 56 天进行临床疗效评价;随访至术后 3 个月,观察窦道愈合时间及复发情况。**结果** 与治疗前比较,两组患者在术后第 14、28、42、56 天主要体征指标评分降低($P < 0.05$),且第 42、56 天切开组较拖线组降低更明显($P < 0.05$)。术后第 56 天切开组愈合率 100%(30/30),高于拖线组[86.67%(26/30)],差异有统计学意义($\chi^2 = 4.29, P < 0.05$)。随访 3 个月,切开组平均窦道愈合时间(35.20 ± 15.44)天,少于拖线组[平均窦道愈合时间(46.77 ± 15.90)天],差异有统计学意义($t = 2.86, P < 0.05$)。切开组复发率 6.67%(2/30)较拖线组[复发率 36.67%(11/30)]明显减少($\chi^2 = 7.95, P < 0.05$)。**结论** 在淋巴结核窦道的治疗中,切开疗法较拖线疗法具有愈合率高、愈合时间短、复发率少的优势。

关键词 切开疗法;拖线疗法;淋巴结核窦道

Comparative Study of Incision Operation Treatment and Thread-dragging Therapy on Tuberculous-Sinus JIN Ru-hui¹, HUANG Zi-hui¹, XUE Qian-yi¹, and ZHU Yong-kang² ¹ Department of Luoli, Nanjing Traditional Chinese and Western Medicine Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing (210014); ² Department of Surgery, Affiliated Hospital, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing (210029)

ABSTRACT **Objective** To observe the efficacy of incision operation treatment and thread-dragging therapy on tuberculous-sinus. **Methods** Totally 60 tuberculous-sinus patients were assigned to incision operation therapy (IOT) group (30 cases) and thread-dragging therapy (TDT) group (30 cases) according to random digit table. As for local sinus wound, patients in the IOT group received IOT, while those in the TDT group received TDT. The dressing was changed every other day. Local physical signs including excretion (shape, quality, color, amount), slough (amount and degree), granulation (color and amount), epithelium amount, length of sinus and tissues surrounding sinus (skin color, swelling degree) were observed and recorded before treatment, and at post-surgical 14, 28, 42, and 56 days. Scoring were counted by severity degrees. Total scores of physical signs were statistically calculated at each time point to assess the improvement. The overall efficacy evaluation was assessed at post-surgical 56 days. Patients were followed-up till the 3rd month after treatment. The sinus recovery time was observed and recurrence was statistically calculated. **Results** Compared with before treatment, scores of main physical signs decreased in all patients at post-surgical 14, 28, 42, and 56 days ($P < 0.05$). Besides,

基金项目:江苏省中医药科技项目(No. YB2017042);南京市科技计划资金资助项目(No. 201503051);江苏省“十二五”中医重点学科建设项目(No. 苏中医政[2013]30号);南京市名中医工作室(夏公旭)(No. 宁卫中医[2017]8号)

作者单位:1. 南京中医药大学附属南京市中西医结合医院瘰癧科(南京 210014);2. 南京中医药大学附属医院普外科(南京 210029)

通讯作者:朱永康, Tel: 025-85370740, E-mail: jinruhui@126.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20180910.286

better effect was shown in the IOT group at day 42 and 56 ($P < 0.05$). The markedly effective rate was 100% (30/30) in the IOT group, higher than that of the TDT group [86.67% (26/30); $\chi^2 = 4.29$, $P < 0.05$]. The average sinus recovery time was (35.20 ± 15.44) days in the IOT group, lower than that of the TDT group [(46.77 $\pm$ 15.90) days; $t = 2.86$, $P < 0.05$]. The recurrent rate was 6.67% (2/30) in the IOT group, obviously lower than that of the TDT group [36.67 (11/30); $\chi^2 = 7.95$, $P < 0.05$]. Conclusion IOT was superior to TDT in accelerating sinus healing, shortening healing time, and lessening recurrence of tuberculous-sinus patients.

KEYWORDS incision operation therapy; thread-dragging therapy; tuberculous-sinus

淋巴结核窦道是淋巴结核脓肿溃疡后最易出现的情况,因其病程缠绵、不易愈合,或愈后反复发作,严重影响患者工作生活,临床治疗难度较大,属于临床难愈性窦道类疾病的范畴。切开疗法与拖线疗法均是窦道类疾病常用的治疗方法,均有较好的治疗效果^[1,2]。笔者对两种外治方法在淋巴结核窦道的临床治疗效果进行比较,现将结果报道如下。

资料与方法

1 诊断标准 参照《结核性创面贾赤宇 2017 观点》^[3]拟定,即:(1)患者体表脓肿范围较大,质软,有波动感,破溃后流脓,和(或)兼杂败絮样物;(2)破溃后形成窦道,未与深层脏器相通;(3)窦道内坏死组织病理确诊为淋巴结核。

2 纳入标准 (1)符合诊断标准;(2)年龄 18 ~ 75 岁;(3)病程 ≥ 1 个月;(4)知情同意,并自愿受试,签署知情同意书。

3 排除标准 (1)合并有心、脑血管,肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,精神病患者,肿瘤或艾滋病患者;(2)经检查与体内脏器相通者;(3)合并严重感染,病情危重患者;(4)合并神经营养障碍者;(5)妊娠或哺乳期妇女,过敏体质者;(6)正在参加其他临床研究的受试者。

4 一般资料 60 例均为 2016 年 4 月—2017 年 12 月南京中医药大学附属南京市中西医结合医院住院患者。用 SPSS 19.0 统计软件生成随机数字表,按患者就诊顺序逐一打开随机信封,将切开组及拖线组按 1:1 比例随机分配入组,切开组 30 例,其中男性 17 例,女性 13 例;年龄 42 ~ 75 岁,平均(60.40 ± 12.26)岁,平均病程(3.57 ± 7.23)个月;拖线组 30 例,其中男性 16 例,女性 14 例;年龄 46 ~ 75 岁,平均(58.63 ± 9.14)岁,平均病程(3.82 ± 6.55)个月。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究已通过南京中医药大学附属南京市中西医结合医院伦理委员会批准(No. 宁中西医伦字[2016]5 号)。

5 治疗方法 切开组给予切开疗法治疗,具体操作:局部消毒后沿窦道外口取延长切口,以充分暴露瘰管 and 脓腔。注意以刮匙或组织剪充分搔刮修剪败絮样等坏死组织,以疮面少许新鲜渗血为度。部分未能清除的坏死组织,运用拔脓祛腐外用中药撒于坏死组织疮面(将药物填塞至每个窦道、脓腔)。如疮面渗血较多,可选用少许止血药撒于凡士林油纱条上填塞伤口以止血。检查手术区无明显出血点后,常规包扎固定。术后换药时清除疮面上的脓腐组织和敷料、早期用引流条引流,待脓腐脱净后,改用生肌收口外用中药至疮面愈合。术毕次日起换药 1 次,之后隔 1 ~ 2 天换药 1 次(视脓腐脱落及肉芽生长的情况而定)。拖线组给予拖线疗法治疗,即:局部消毒后以银质球头探针自破口处探入,如局部溃口暂时闭合可稍作切开。探明窦道远端,如两个相通溃口距离 5 cm 内者,直接将球头探针从另一溃口贯穿而出(如两溃口超过 5 cm,可在中间做一切口,分别拖线);若窦道只有一个外口者,则沿窦道长径方向做一切口,予以拖线。用银质球头探针将 10 股医用丝线(国产 7 号)引入管腔内,丝线两端打结,使之呈圆环状。根据管腔大小选择丝线股数。常规包扎固定。术毕次日起换药 1 次,之后隔天换药 1 次,运用祛腐药物撒于丝线上。换药时拭净疮面及丝线上的脓腐组织。待引流疮面及环形丝线上无明显脓性分泌物后,采用“分批撤线法”撤除丝线。撤线基本原则,每 2 天撤线 1 次。

6 观察指标及评定方法

6.1 临床疗效及评价标准 术后第 56 天作为疗效评价时点,参照《中医外科常见病诊疗指南》^[4]制定。分为治愈、显效、有效、无效 4 级。治愈:体征消失或基本消失,窦道疮面完全或基本愈合,积分减少 $> 95\%$;显效:体征改善明显改善,窦道疮面明显缩小局限,积分减少 $70\% \sim 95\%$;有效:体征有好转,窦道疮面及病灶缩小,积分减少 $30\% \sim 69\%$;无效:体征无明显改善,甚或加重,积分减少 $< 30\%$ 。愈显率($\%$) = (治愈例数 + 显效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

6.2 局部体征指标的改善情况 淋巴结核窦道以其局部体征为观察指标,重点观察局部窦道疮面的分泌物(形质、色泽、量)、腐肉(量、腐脱程度)、肉芽(色泽、量)、上皮组织(量)、窦道长短、创周(皮色、肿胀程度)等指标。按照各指标轻重程度分为 5 级,分别计 0、1、2、3、4 分(见表 1)。于治疗前、治疗后第 14、28、42、56 天各观察记录 1 次,统计各时间点体征指标总积分情况。

6.3 窦道愈合时间及复发情况 术后 3 个月作为随访终点,观察窦道愈合时间、统计复发情况,复发率(%)=复发例数/总例数×100%。

7 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件进行统计分析,计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内治疗不同时间比较采用 F 检验,组间同期比较采用 t 检验,等级资料用秩和检验,计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 两组病例完成情况 两组均完成治疗研究,无脱落及失访病例,无不良事件发生病例,全部病例进入数据统计分析。

2 两组临床疗效比较 切开组治愈 29 例,显效

1 例,愈显率 100% (30/30),显著优于拖线组[分别为 24、2 例及 86.67% (26/30)],差异有统计学意义($\chi^2 = 4.29, P < 0.05$)。

3 两组各时间点局部体征积分比较(表 2) 与本组治疗前比较,两组患者术后第 14、28、42、56 天,局部体征积分均明显下降($P < 0.01$);与拖线组比较,切开组治疗后第 42、56 天局部体征总积分下降更明显($P < 0.05$)。

4 两组淋巴结核窦道治愈时间及复发情况比较 切开组平均窦道愈合时间(35.20 ± 15.44)天,拖线组平均窦道愈合时间(46.77 ± 15.90)天,两组比较,切开组平均愈合时间较拖线组明显缩短($t = 2.86, P < 0.05$)。随访 3 个月,切开组复发率 6.67% (2/30)较拖线组[复发率 36.67% (11/30)]明显减少($\chi^2 = 7.95, P < 0.05$)。

讨 论

淋巴结核窦道属中医学“鼠瘻”等范畴,运用抽象比类的方法指出了窦道走形类似老鼠打洞,四通八达、走串不定的病变特点,为后世治疗该病之以内而消托,外而腐蚀的治则提供了方向。笔者临床上常用拔核拔管法、提脓祛腐法、止血平胬法、生肌收口法等外治原则。

表 1 主要体征积分量表

症状	体征	评分				
		0	1	2	3	4 分
分泌物	形质	无	黏稠	稠厚	清稀	稀薄如水
	色泽	无	色泽鲜明	黄白	黄浊	秽浊/绿黑
	量	无	少量	中量	大量	巨量
腐肉	量	无	小	中	大	大部分
	腐脱程度	无	轻度附着	中度附着	重度附着	严重附着
肉芽	色泽	愈合	红活	暗红	色淡/苍白	紫暗/灰暗
	量	完全	大部分	大	中	小
上皮组织	量	完全	大部分	大	中	小
窦道长短	愈合	<3 cm	3~5 cm	5~7 cm	>7 cm	
疮周	皮色	如常	微红	淡红	鲜红	紫暗
	肿胀程度	无	稍肿胀	轻度肿胀	肿胀明显	极度肿胀

注:分泌物量 5 级:分为无;少量:未浸透一块纱布(8 层);中量:浸透一块纱布(8 层);大量:浸透两块纱布(16 层);巨量:浸透两块纱布以上。腐肉量 5 级:以腐肉所占疮面面积为度,分为无;小($\leq 25\%$);中($26\% \sim 50\%$);大($51\% \sim 75\%$);大部分($> 75\%$)。腐脱程度 5 级:分为无;轻度附着:拉之易脱;中度附着:附着物稍紧密;重度附着:附着物密实;严重附着:附着物修除后反复出现。肉芽/上皮组织量 5 级:以肉芽/上皮组织所占疮面面积为度,分为完全(100%);大部分($\geq 75\%$);大($51\% \sim 75\%$);中($26\% \sim 50\%$);小($\leq 25\%$)。疮周肿胀程度 5 级:分为无;稍肿胀;轻度肿胀;皮纹尚存;肿胀明显;皮纹消失;极度肿胀:皮肤紧绷

表 2 两组各时间点局部体征积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	体征积分				
		治疗前	术后 14 天	28 天	42 天	56 天
切开	30	85.73 ± 7.56	63.81 ± 36.31 *	39.91 ± 6.85 *	11.55 ± 2.70 * [△]	4.82 ± 1.66 * [△]
拖线	30	93.91 ± 7.48	68.00 ± 5.80 *	46.73 ± 4.94 *	25.45 ± 5.34 *	12.64 ± 4.30 *

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与拖线组同期比较,[△] $P < 0.05$

局部外治法是治疗淋巴结核窦道的主要方法,也是缩短疗程提高疗效的突破点。“切开疗法”、“拖线疗法”是具有中医外科特色的临床治疗窦道类疾病的常见方法。切开疗法是运用手术刀具切开窦道管腔,手术范围广,具有能充分暴露和便于清除病灶的优势。拖线疗法是依现代“微创”的治疗理念,融合挂线疗法、药捻疗法的基础上演变而来,具有创伤小、最大限度保护局部功能的优势,尤其治疗复杂性肛瘘、浆细胞性乳腺炎等疾病优势明显^[5]。

本次研究发现,在淋巴结核窦道的局部治疗中,切开疗法治疗淋巴结核窦道应注意:(1)术前可结合超声、CT 及 MRI 检查,了解窦道、空腔及脓肿的走形、深度及范围。(2)换药时,需密切观察疮面的脓腐组织、脓液清稀稠厚及肉芽生长情况。若疮面兼杂败絮样物、干酪样坏死组织,可手术剪修除、刮匙搔刮,及时清除坏死物,同时配合拔毒丹、复方五凤草液、回阳生肌散等药以祛腐生肌,为疮面加快愈合创造有利条件。若疮面肉芽不鲜(色白质脆外翻),须考虑脓毒未清、腐肉未净,避免过早使用生肌敛疮收口之品,造成闭门留寇、假性愈合而复发^[6]。若窦道狭窄而细长见脓水清稀而难以排除,可配合药线引流,使坏死组织附着于药线而出,同时达到探查窦道深浅、引流通畅之目的。如疮面脓水将近或腐脱新生时,见肉芽新鲜致密,毛糙如缸边,渗液黏稠如丝,可配合生肌收口药掺敷于疮面,加速疮口愈合。(3)换药一段时间,如果腐肉已尽,疮口不敛,或发现伤口周围外观饱满,挤压有脓水、败絮样物、干酪样等坏死组织溢出,又须探查是否有隐藏窦道,宜边祛腐边生肌药,以免拖延病程。(4)若疮面窦道未见明显脓腐组织时,可配合垫棉压迫法以达到减少袋脓、促进皮肉黏合而治愈的目的。

切开疗法较拖线疗法更有优势,其主要原因可能有:(1)淋巴结核窦道常发生于颈部、腋下、腹股沟等体

表部位,窦道一旦形成,体表暗红色皮肤很难保存下来,故拖线疗法的保护局部皮肤及患处功能的优势不存在;(2)淋巴结核窦道、脓腔为多枚淋巴结核融合形成寒性脓肿,侵犯周围不同层面组织而产生,常多处并存,之间有多层窦道相连,呈哑铃状,切开疗法能充分暴露疮面,寻找潜在的窦道和脓腔,及时处理,故该病治疗仍需以切开扩创为主,拖线疗法仅可作为辅助手段^[7];(3)该病常伴随败絮样、干酪样坏死物,病灶一般集中在神经及大血管链(如颈内静脉链),如未充分暴露疮面,极容易损伤大血管引起大出血,风险较大。而拖线疗法难以放置到深层病灶,较难清除深层坏死组织,易假性愈合,造成闭门留寇之虞,故在淋巴结核窦道的治疗中,则应慎重选择。

利益冲突:无。

参 考 文 献

- [1] 阙华发,唐汉钧,王云飞,等.拖线技术、垫棉法治疗难愈性窦道类疾病的临床研究[J].中医外治杂志,2012,21(6):5-7.
- [2] 宗华,秦杰,李红春,等.颈部淋巴结核伴脓肿形成95例临床分析[J].中国感染与化疗杂志,2018,18(1):22-25.
- [3] 贾赤宇主编.结核性创面贾赤宇2017观点[M].北京:科学技术文献出版社,2017:12-15.
- [4] 中华中医药学会.中医外科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012:20-25.
- [5] 董俊凤,何春梅.拖线疗法在中医外科中的临床应用[J].辽宁中医杂志,2016,43(2):430-431.
- [6] 黄子慧.五凤草液外用治结核性窦道83例[J].江西中医药,2008,39(5):38-39.
- [7] 陈红凤主编.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:43-44.

(收稿:2018-06-03 在线:2018-10-29)

责任编辑:段碧芳

英文责编:张晶晶