

藏毛窦疾病治疗分析

黄 韬

(上海市第八人民医院普通外科,上海 200235)

摘要:目的 探讨藏毛窦疾病的诊断和治疗方法。方法 回顾性研究 2001 年 1 月~2015 年 12 月收治的 42 例经历手术的藏毛窦疾病患者临床资料。结果 42 例藏毛窦疾病患者均反复发作骶尾部感染,仅 14 例在瘻口内发现毛发。42 例均经手术治疗,术后病理为异物炎性肉芽肿,随访时间 3~9 年,均无复发。结论 藏毛窦疾病容易误诊,手术彻底切除是预防复发的关键。

关键词:藏毛窦;诊断;治疗

中图分类号:R635

文献标识码:B

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2018.11.063

文章编号:1006-1959(2018)11-0187-02

Treatment of Pilonidal Sinus Disease

HUANG Tao

(Department of General Surgery,the Eighth People's Hospital of Shanghai,Shanghai 200235,China)

Abstract:Objective To explore the diagnosis and treatment of pilonidal sinus disease.Methods The clinical data of 42 cases of pilonidal sinus disease undergoing surgery were retrospectively studied from January 2001 to December 2015.Results All 42 cases of pilonidal sinus disease had recurrent epistaxis,and only 14 cases found hair in the fistula.All the 42 cases were treated by surgery.The postoperative pathology was foreign body granuloma.The follow-up time was 3 to 9 years and no recurrence was found.Conclusion Pilonidal sinus disease is easily misdiagnosed.Thorough resection is the key to preventing recurrence.

Key words:Pilonidal sinus;Diagnosis;Treatment

1830 年 Herbert Mayo 首先描述藏毛窦这一疾病的症状、表现及治疗。1880 年 Hodges 正式定名,Pilonidal Sinus。pilus 即 hair,毛发;midal 即 nest,“巢”的意思。本病临床上较罕见,最常见于骶尾部背侧正中中线区域,存在于皮肤上含有毛发的窦道,内藏毛发是其特征,表现为骶尾部感染,红、肿、热、痛,继而局限为脓肿,穿破后形成窦道或暂时愈合。终又穿破,反复发作,多见于肥胖和毛发浓密的男性。本文回顾性分析 2001 年 1 月~2015 年 2 月收治的 42 例手术患者临床资料,对藏毛窦疾病各种治疗方法进行探讨,改进手术方式,彻底切除病灶预防疾病复发。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2001 年 1 月~2015 年 12 月上海市第八人民医院共收治藏毛窦疾病 42 例,均为男性。年龄 16~51 岁,平均年龄(32.81±11.63)岁。病程 3 个月~4 年,平均病程(1.91±2.50)年。6 例合并糖尿病,使用药物控制血糖。本组 42 例中 39 例均因骶尾部反复脓肿形成窦道就诊,27 例曾因误诊而行切开引流术或窦道切除术,共手术 35 次。42 例患者骶椎后正中处见窦口,29 例有 1 个外口,12 例有 2 个外口,1 例有 3 个外口。38 例窦口有脓液溢出。42 例均未见窦道通至肛内,无内口发现,排除肛瘻。

1.2 辅助检查 42 例患者行骶尾骨 X 线摄片或 MRI,未发现尾骨缺损。39 例行直肠腔内超声检查,声像图显示由皮肤窦口见一条较短的低回声管道,向下通到骶尾部皮下,变成一个不规则形状的低回声区域,无明显包膜,与周围边界不清。其中 26 例见到少量液性暗区,提示有脓液存在。窦道走行方向 26 例自窦口向颅侧延伸,延伸长度约 2.0~4.5cm;12 例窦道向颅侧、肛门两个方向延伸,向肛门侧延伸长度约 0.9~1.2 cm,向颅侧延伸长度为 1.8~3.0 cm。1 例窦道向颅侧、肛门、旁侧 3 个方向延伸,向肛门侧延伸长度约 1.8 cm,向颅侧延伸长度为 3.8 cm,向旁侧延伸长度为 2.1 cm。

1.5 方法 42 位患者行不对称切除皮内缝合术,一期切除缝合。具体手术:术前,将臀部尽向中线并拢,在臀部皮肤接触处用标记笔画出。展开臀部,实线所圈出区域即为术中皮瓣游离区。术中:经瘻口注入美蓝 1~2 ml,探条探入。沿探条周围 2.0 cm 取梭行切口,切开皮肤,不切入美蓝组织。手指可触摸到硬结之纤维囊壁及周围肉芽肿,距质硬组织至少 2 cm 以上。全层切除包括窦口在内的慢性炎性增生肿块,深至骶尾筋膜,完整切除病变组织。手术过程中注意保护筋膜,肛门括约肌及直肠壁。切除后生理盐水冲洗创面。游离皮瓣,范围至术前标记线下。皮瓣为厚皮瓣,深度至筋膜。查无活动性出血后,一期缝合切口,全层缝合皮下脂肪及皮肤,拉平臀沟。切口内分别放置

皮片引流。术后预防性使用抗生素 48 h, 伤口创面加压包扎。

2 结果

2.1 病理 术中仅 14 例患者在窦管内发现毛发。病理学诊断: 异物炎性肉芽肿。

2.2 愈后 切口一期缝合且无并发症者 40 例, 住院天数 8~19 d, 平均住院(11.62±2.91)d。切口引流皮片于术后 2~3 d 拔除。

2.3 并发症 1 例感染者于术后 7 d 出现局部切口裂开, 反复换药, 于 3 周后愈合。1 例切口张力高, 拆线后局部裂开。换药, 1 周后愈合。

2.4 随访 随访 3~9 年, 平均随访(6.91±2.02)年, 无复发。

3 讨论

藏毛窦疾病是一种少见疾病。短管道随即上皮化, 形成刺入性窦道。毛发自毛囊脱落后, 被皮化短管道产生的引力吸入, 发展为吸入性窦道。毛发侵入皮下脂肪内成为异物继发感染, 形成脓肿。这就是 Karydak 提出病因三要素: 松动的毛发; 导致毛发进入的吸力; 皮肤的损伤^[1]。窦道内藏毛发是其特征, 但不是唯一标准。窦道内找不到毛发的因素很多: 毛发随脓液自行排出; 毛发在以往治疗中取出; 毛发过于细小被忽略。

藏毛窦疾病在国内因少见而易被误诊。通常表现为骶尾部反复脓肿, 形成窦道。应与疖肿、结核性肉芽肿、肛瘘鉴别。疖肿的误诊率最高, 门诊时容易忽略。因此对于骶尾部背侧正中中线区域的病灶要尤其重视, 扪及周围有无条索样感觉。必要时可用细针探索有无窦道。结核性肉芽肿与骨相连, X 线检查可见骨质破坏, 身体其他部位有结核病变, 相对容易鉴别。与肛瘘较难鉴别。但藏毛疾病所致窦口多在臀沟处, 窦道的走行方向多向头侧, 很少向下朝向肛管。肛管内没有内口, 常不能触及典型的条索样的肿块, 这是主要的区别。现今应用直肠腔内超声为术前鉴别诊断提供了依据。在超声下肛瘘与藏毛窦疾病都可以显示为低回声区域。藏毛窦疾病的病灶局限于皮下, 纵向深度较肛瘘浅。肛瘘的低回声管道向肛门延伸并与肛管直肠腔内相通; 而藏毛窦疾病虽然也有的向肛门延伸的窦道, 但末端仍距肛管直肠较远。且窦道多趋于侧。肛瘘均有内口, 而藏毛窦疾病无内口。

术前检查中的窦道造影。由于窦道短或有多个皮肤破口, 效果不佳, 已经弃用。在超声科协助下开

展了直肠腔内 B 超诊断。B 超无创伤痛苦, 还可自外口插入细探针作引导。超声探头距病灶部位近, 清晰了解窦道走向及长度。对术前规划切除范围意义重大, 现已经是术前必行的检查。

对于感染静止期的窦道, 手术是主要的治疗手段。手术方式的选择应根据窦道的分布及有无感染决定。有急性感染, 应先行抗感染治疗。感染病灶局限, 完整切除病灶, 一期缝合。不主张使用切开刮除窦道方法, 手术不彻底, 复发率高。一期缝合切口优点是愈合快, 瘢痕组织少。缺点是肛门区张力高, 伤口有裂开风险^[2]。裂开后, 创面接近肛门区, 继发感染增多。

为减小伤口张力, 避免伤口裂开, 也有人行 Z 形成术或行袋形缝合术, 即切除窦道壁表面部分和皮肤, 创缘皮肤与窦道残腔做间断缝合, 疗效也不理想。Azab 报道通过切除窦道后皮瓣移植整形方法治疗, 但由于皮瓣易发生感染或坏死, 而使手术失败。使用 Limberg 皮瓣, 旋转皮瓣带来新鲜的皮下组织, 填充软组织缺损。使转位后转移角度和转移张力减少, 抬高臀沟, 替换中线瘢痕。但手术创伤大, 并发症多。

本组患者采用改良的不对称切除(Karydak 术式)全层缝合术取得了良好疗效。依据腔内超声较精确地规划手术区域; 做一个纵行偏心的梭形切口不过中线; 游离皮下组织, 健侧臀部皮瓣游离要足够且为厚皮瓣; 完整切除病灶。不可吸收的聚丙烯张力缝线一期全层缝合皮下脂肪及皮肤, 拉平臀沟; 皮肤钉疏松对合皮肤。缝合后中线被牵拉偏离 2.0 cm。术后在切口内放置皮片, 引流 2 d。手术操作简单, 从减少并发症和降低复发率的角度来治疗藏毛窦疾病。切口不过中线有助于术后抬高后正中沟, 消除局部产生的吸力。

术后臀沟及正中沟区域的定期脱毛是防止藏毛窦疾病复发的关键。无损伤的脱毛剂脱毛, 1 次/2 周。去除复发主因, 避免皮肤损伤, 加之保持局部清洁干燥, 起到良好的预防效果。

参考文献:

- [1] 江守军, 赵勇, 王森. 一期切除缝合术与皮瓣转移术治疗藏毛窦临床分析[J]. 中国医师进修杂志, 2016, 0(8): 718-720.
- [2] 侯孝涛, 邵万金, 陈玉根. 藏毛窦转移皮瓣技术研究进展[J]. 中华普通外科杂志, 2014, 29(5): 406-408.

收稿日期: 2017-10-25; 修回日期: 2018-3-10

编辑/李桦