

藏毛窦和藏毛囊肿 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/304/2021\\_2022\\_\\_E8\\_97\\_8F\\_E6\\_AF\\_9B\\_E7\\_AA\\_A6\\_E5\\_c22\\_304505.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E8_97_8F_E6_AF_9B_E7_AA_A6_E5_c22_304505.htm) 名称藏毛窦和藏毛囊肿

所属科室普通外科病因真正病因不详，有两种学说。(一)先天性由于髓管残留或骶尾缝发育畸形导致皮肤的包涵物。但与婴儿的中线位肛后浅凹部位很少找到藏毛疾病的前驱病变，而在成年人确多见。(二)后天性认为窦和囊肿是由于损伤、手术、异物刺激和慢性感染引起的肉芽肿疾病。近来证实由外倍进入的毛发是主要病因。臀间裂有负吸引作用，可使脱落的毛发向皮下穿透。裂内毛发过多过长，毛顶部有滤过和浸软毛肤作用，毛发穿入皮肤，形成短道，以后加深成窦，毛根脱落到窦内也可使毛干穿透，在发病过程中可见运动改变（图2），但只有一半病例可发现毛发，此病多见于多毛平、皮脂过度活动、臀间裂过深和臀部常受伤的病人。汽车司机骶尾部皮肤常受长期颠簸、损伤，可使皮脂腺组织和碎屑存积于囊内，引起炎症。美国陆军发生这种病较多，称为吉普病。常见的病菌有厌氧菌、葡萄球菌、链球菌和大肠杆菌。Rainsbury及Southan分析了静止的藏毛疾病，单个细菌不到半数，而厌氧菌占58%。希奇的是葡萄球菌不常见，多数需氧菌为革兰阴性细菌。图2 藏毛窦的形成及自然演变右图：沟内有一小窝，毛发逐渐穿入；右图：毛发穿入较多，由于继发炎症，最后皮肤窦道形成 临床表现藏毛囊肿如无继发感染常无症状，只是骶尾部突起，有的感觉骶尾部疼痛和肿胀。通常主要和首发症状是在骶尾部发生急性脓肿，局部有红、肿、热、痛等急性炎症特点。多自动突破流出脓汁或经外

科手术引流后炎症消退，少数引流口可以完全闭合，但多数表现为反复发作或经常流水而形成窦道或瘘管。藏毛窦静止期在骶尾部中线皮肤处可见不规则小孔，直径约1mm~1cm。四周皮肤红肿变硬，常有瘢痕，有的可见毛发。探针探查可探入3~4mm，有的可探入10cm，挤压时可排出稀淡臭液体。急性发作期有急性炎症表现，有触痛和红肿，排出较多脓性分泌物，有时发生脓肿和蜂窝组织炎。诊断藏毛窦和藏毛囊肿的主要诊断标志是骶尾部急性脓肿或有分泌的慢性窦道，局部有急性炎症表现，检查时在中线位见到藏毛腔，藏毛窦由症状和体征轻易诊断。鉴别诊断应与疖、肛瘘和肉芽肿鉴别。疖生长在皮肤，由皮肤突出，顶部呈黄色。痈有多个外孔，内有坏死组织。肛瘘的外口距\*\*\*近，瘘管行向\*\*\*，扪诊有索状物，肛管内有内口，有\*\*\*直肠脓中病史。而藏毛窦的走行方向，多向颅侧，很少向下（图3）。结核性肉芽肿与骨相连，X线检查可见骨质有破坏，身体其他部位有结核性病变。梅毒性肉芽肿有梅毒病史，梅毒血清反应阳性。

图3 藏毛窦的走行方向注：93%窦出皮肤窝向颅侧走行；7%可向下方四周走行。

治疗(一)非手术疗法骶尾部窝不需要治疗，因仅在骶尾关节，骶骨下部和尾骨尖部有一凹陷，无任何症状，临床上无重要性。骶尾部藏毛窦和骶尾部肿如发生感染，应行抗炎治疗，保持局部清洁，如再现脓肿，应切开引流。但骶尾部皮肤和皮下组织较厚较硬，早期无明显表现，炎症常向四周组织蔓延引起蜂窝炎。深部组织坏死，应早期切开引流。硬化疗法是向窦道内注入腐蚀药物，破坏窦内和囊内上皮，使囊腔和窦道闭合。自1960年有人应用酚溶液注射疗法，但应用者不多，因为应用的是纯酚溶液，疼痛剧烈

，后改用80%浓度，并在全麻下进行；窦内注入胶状物，以保护四周皮肤。Hegge(1987)用80%酚溶液1~5ml缓慢注入到窦内，约需15min，缓慢注射可防止并发症发生，如皮肤烧伤、脂肪坏死或严重疼痛。此法可每4~6周重复1次，约半数病人可仅1次注射后痊愈，12%需注射5次或更多。43例随访年以上，仅3例(6%)复发。Stansby(1989)在全身麻醉下，向窦内注入80%酚溶液，保留1min，刮除窦道，反复3次，治疗104例中4例发生无菌脓肿，1例蜂病窝组织炎，无其他并发症。与手术切除的65例比较，治疗率；切除的是86%，酚注射是75%；随访平均8月(3月~4年)，切除者10例复发注射的12例复发。

(二)手术疗法手术是主要的治疗方法，但有炎症时则禁忌，应俟炎症消退后再行手术。手术方法有下列几种：

1. 切除一期缝合 手术切除全部病变组织、游离肌肉和皮肤，完全缝合伤口，使一期愈合。为了消除深的臀间裂及其负压力，减少伤口裂开、血肿和脓肿，可行Z形成术(图1)。适用于囊肿和中线上的小型无感染的窦道，复发率0%~37%，优点是愈合时间短，臀间裂内形成的瘢痕柔软活动，在瘢痕和骶骨之间有软组织，可耐受损伤。图1 在藏毛窦处作椭圆形切口左图：在藏毛窦处作椭圆形切口；中图：全层皮瓣分离及移位；右图：皮肤缝合
2. 切除部分缝合 切除病变组织，伤口两侧皮肤与骶骨筋膜缝合，使大部伤口一期愈合，中间一部分伤口由肉芽组织愈合。适用于有很多窦口和窦道的病例，效果与切除一期缝合相同，但愈合时间较长。
3. 切除伤口开放次期缝合 适用于严重感染的病例和一期缝合发生感染伤口切开引流的病例。
4. 切除伤口开放 适用于伤口过大不能缝合和手术复发的病例。手术简单，但愈合期长，形成的瘢痕广泛

，只有一薄层上皮，粘于骶骨，如有损伤，瘢痕轻易破裂。

5.袋形缝合术 切除窦道壁表面部分和上盖皮肤，用肠线或可吸收的人造缝线创口以促进愈合。仔细的术后护理，常可看到满足的结果。多用于不能切除病例或复发性藏毛窦。(三)各种多种治疗的结果Keighley(1993)曾分析文献上对7种治疗方法的复发率： 仅开放治疗为7%~24%； 切除及开放为0%~22%； 切除及袋形缝合为7%~13%； 切除及一期缝合为1%~46%； 切除及Z形整形为0%~10%； 切除及菱形皮瓣为3%~5%； 切除及分层皮移植为0%~5%。预防及预后

癌肿发生于藏毛窦少见，Phipshen(1981)复习文献仅有32例。病变多为分化良好鳞状细胞癌。伤口改变应引起疑有癌变，如溃疡易破，生长很快、出轿及霉菌样边缘。广泛切除应首选。由于伤口广泛应用用植皮或皮瓣治疗。腹股淋巴结肿大应作活检以除外有否转移，若有转移则预后不佳，文献报告5年生存率为51%。复发率点50%。在初诊时发现腹股淋巴结有转移占14%。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)