

【引文格式】王秀华,焦潜峰,许霞.甲侧缘挂线法治疗嵌甲性甲沟炎临床疗效观察[J].皮肤性病诊疗学杂志,2019,26(3):157-159. DOI:10.3969/j.issn.1674-8468.2019.03.007.

## · 经验交流 ·

# 甲侧缘挂线法治疗嵌甲性甲沟炎临床疗效观察

王秀华, 焦潜峰, 许霞

(兴化市皮肤病性病防治所,江苏 兴化 225700)

【摘要】目的:探讨甲侧缘挂线法治疗嵌甲性甲沟炎的方法及疗效。方法:用 1% 利多卡因于趾根处行阻滞麻醉,使用 4-0 幕丝线多股丝线打结固定,从患侧甲甲板下距趾甲游离端 3 mm、甲侧缘 2 mm 处穿透甲板并打结固定,术后使用温水泡脚,每天 2 次,每次 15 分钟,直到挂线点生长出甲床到达游离端后停止治疗,随访 8 周,观察治愈和复发情况。结果:56 例患者(共 60 趾)术后 1 周均无疼痛,停止治疗时,54 例(57 趾)治愈,治愈率达 95.0% (57/60)。随访结束时复发病例为 4 例(5 趾),复发率为 8.8% (5/57),治愈率为 86.7% (52/60)。结论:甲侧缘挂线法治疗嵌甲性甲沟炎方法简单,手术创面小,痛苦少,恢复快,复发率低,可在术后较短的时间内恢复正常工作生活,值得基层皮肤科门诊推广。

【关键词】嵌甲性甲沟炎; 挂线; 手术治疗

【中图分类号】R632.7 【文献标识码】B DOI:10.3969/j.issn.1674-8468.2019.03.007

甲沟炎是皮肤科门诊常见疾病,表现为指(趾)甲周组织发炎,甲沟潮红、肿胀,有时可伴炎性渗出及后期出现肉芽组织增生,通常由于修甲或职业性操作导致细菌、真菌等通过破损进入组织进一步繁殖而引起。若不能及时治疗,可形成脓性指头炎,甚至引起指(趾)骨骨髓炎<sup>[1-2]</sup>。甲沟炎根据指(趾)甲感染情况常分为 4 期,当发展至趾甲变形、甲板平面低、侧甲襞慢性炎症以及周围软组织增生,可形成炎性肉芽肿,分开甲周组织不能显露侧甲缘时又可称为嵌甲性甲沟炎<sup>[3]</sup>。目前国内对该病的治疗方法主要是根据病情采用保守治疗和手术治疗。保守治疗常使用外用药物,炎症明显时合并口服药物,但效果不够理想,治疗停止后复发率高;手术治疗常使用单纯拔甲术和甲沟重建术,手术创伤大,有明显出血、术后疼痛明显,愈合较慢,影响日常生活和工作,不易被患者所接受。本研究使用甲侧缘挂线法治疗嵌甲性甲沟炎 56 例,出血少,恢复快,复发率低,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

患者来自于 2016 年 1 月-2018 年 6 月在我院门诊确诊的嵌甲性甲沟炎者,共 56 例(60 趾),其中男 27 例,女 29 例;年龄 12~60 岁,平均(22.68±2.11)岁;病程 5 周~2 年,平均(4.50±0.19)个月;同时并发真菌感染者 3 例;双侧嵌甲 4 例(8 趾)。确诊标准:趾甲的侧缘嵌入甲边的软组织,导致甲周边组织充血、水肿、疼痛,反复感染,可形成慢性炎症,或者并发肉芽肿<sup>[4]</sup>。排除病例:①嵌甲性甲沟炎伴明显脓肿者;②甲沟炎Ⅳ期伴甲板面积有明显缩小者;③慢性骨髓炎及其他骨骼病变者;④瘢痕性体质者;⑤有凝血功能障碍、有出血倾向、糖尿病血糖控制不良(空腹血糖≥10 mmol/L)、心肾功能不全不能实施手术者。治疗前先与患者沟通,告知治疗风险及预后。患者均签署知情同意书。

### 1.2 治疗方法

常规局部消毒铺巾后,用 1% 利多卡因于趾根处行阻滞麻醉,使用 4-0 幕丝线(W501)沿包

装内板绕线 6~8 圈,打结固定线圈,麻醉后,如果甲沟有肉芽组织,先切除肉芽组织,压迫止血后,对患侧甲角下方甲床稍作游离,用无齿整形镊撬开患趾甲侧边缘,选好挂线点(距趾甲游离端 3 mm,距甲侧缘 2 mm),用事前准备好的带针线圈从甲下穿透甲板,拉紧穿过挂线点的丝线,使线结位于甲板下。修剪甲侧缘的成股丝线(外露 2 cm左右),选最外侧的两根丝线和穿透甲板的丝线打结固定,常规无菌敷料包扎。术后 3 天常规换药。术后第 4 天开始使用温水泡脚(2 周内使用 1:8 000 高锰酸钾溶液,2 周后不再加入高锰酸钾粉),每天 2 次,每次 15 分钟,水温控制在 42℃左右(并发真菌感染者温水泡脚后使用环吡酮胺乳膏涂于患处,每日 2 次,连用 2 周)。术后每月复诊 1 次,直到挂线点生长出甲床到达游离端停止温水泡脚。随访 8 周,观察治疗效果。

1.3 疗效评价

在停止治疗及随访结束时观察治疗效果及复发情况。疗效判断标准:治愈:甲沟生长完整度良好,甲沟干燥,无红肿、化脓,日常工作生活中患趾无疼痛;无效:停止治疗时,患者甲沟部仍有红肿、化脓,或者有炎性肉芽形成,出现疼痛并影响日常工作生活。治愈率 = 治愈趾数/总治疗趾数 × 100%;无效率 = 治疗无效趾数/总治疗趾数 × 100%。疼痛根据患者主诉归纳为有、无两类。

复发判断标准:停止治疗时,达到治愈标准,

但随访期间,甲沟部又出现红肿、化脓,或者有炎性肉芽形成,出现疼痛并影响日常工作生活。复发率 = 复发趾数/停止治疗时治愈趾数 × 100%。

2 结果

56 例患者(共 60 趾)治疗后 3 天有 54 例(共 57 趾)疼痛感消失。术后 1 周,所有患者均诉无疼痛。停止治疗时:54 例(57 趾)治愈,治愈率达 95.0%(57/60);2 例(3 趾)无效,无效率为 5.0%(3/60)。至随访结束时:有 4 例患者(共 5 趾)复发,复发率为 8.8%(5/57);50 例(共 52 趾)治愈,治愈率达 86.7%(52/60)。详见表 1。图 1A~1C 分别为治愈患者术前、术后及随访结束时照片,可见随访结束后,甲沟干燥,无红肿、化脓。

治疗中,1 例患者术后次日感到趾甲下明显异物感,未予任何处理,数日后症状消失。其余患者皆未见明显不良反应。

表 1 甲侧缘挂线法治疗嵌甲性甲沟炎患者治疗效果 趾  
Tab.1 Efficacy of thread-hanging therapy for ingrown nail paronychia Toe

评价指标	术后 3 天	术后 1 周	停止治疗	随访结束
治疗效果				
治愈	-	-	57	52
无效	-	-	3	8
疼痛评价				
无疼痛	57	60	57	52
有疼痛	3	0	3	8

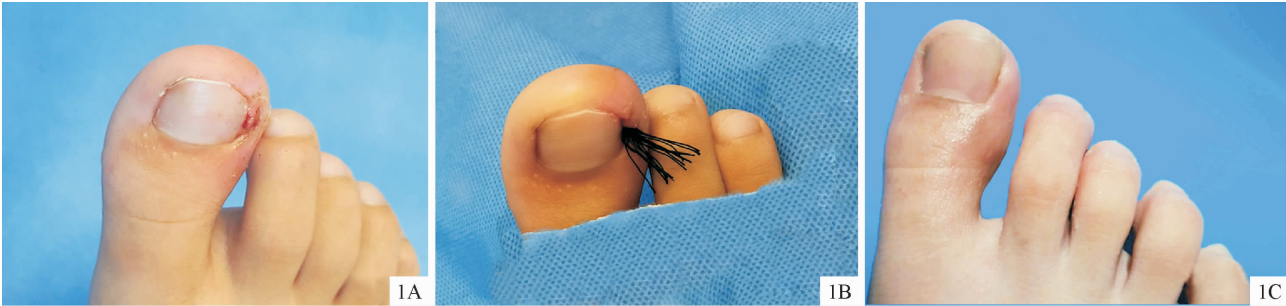


图 1 甲侧缘挂线法治疗嵌甲性甲沟炎患者前后 1A:术前;1B:术后;1C:随访结束后

Fig.1 The clinical pictures of ingrown nail paronychia before and after treatment with thread-hanging therapy. 1A:Pre-operation; 1B:Postoperation; 1C:At the end of follow-up.

3 讨论

大多嵌甲性甲沟炎治疗方法见效慢且复发率

高<sup>[5]</sup>。由于大部分患者存在趾甲修剪不当、穿鞋不适、甲沟破溃后细菌感染、足部多汗甲沟浸渍感染等情况,所以单纯手术拔甲治疗后易反复发

作<sup>[6]</sup>。彭上晋<sup>[7]</sup>、李小强等<sup>[8]</sup>使用纱条填塞法治疗嵌甲性甲沟炎皆取得了较为满意的治疗效果。受其启发,我们使用多股丝线挂于甲板下既有引流作用,又存在填塞效果。治疗原理是通过从甲侧缘到甲板下的多股丝线治疗增加局部引流<sup>[7]</sup>,通过丝线可以引流出炎性分泌物,用温水泡脚<sup>[9]</sup>可以清洁创面,减轻炎症反应,又可以促进患趾血液循环,增强局部抵抗力,同时高锰酸钾溶液对炎症部分也有冲洗作用。另外由于挂线治疗减少了甲沟软组织与甲侧缘在甲沟部再次挤压,有效地保护了甲沟皮肤的完整度,也能避免趾甲侧缘尖端对甲沟的破坏,待趾甲边缘远端长出甲沟,甲侧缘对甲沟的破坏性卡压就完全解除了。同时,对患者的教育也格外重要。患者治疗后应保持良好的修甲习惯,避免过度修剪,修平剪齐趾甲边缘,不留残端;穿鞋适脚,不宜过紧过挤;保持甲沟部位清洁、减少外伤、避免细菌和真菌感染等等,可以避免嵌甲性甲沟炎的复发<sup>[7]</sup>。

本观察中,56例嵌甲性甲沟炎患者使用甲侧缘挂线法治疗,治愈率达86.7%,复发率仅为8.8%。治疗停止时2例患者无效,原因可能是患趾甲侧缘不平,所挂丝线不能有效分离甲沟软组织与甲侧缘的摩擦挤压,只暂时性引流出炎性分泌物,减轻炎症反应,短期后又复发。随访结束后有4例患者复发,可能与患者生活习惯和修甲习惯有关,也可能与先天性趾甲异型有关<sup>[10]</sup>。治疗方法中,手术麻醉方式选用于趾根处行阻滞麻醉是基于两点考虑:①局部浸润麻醉加重患趾水肿,不利于甲侧缘的暴露,增加手术难度;②局部浸润麻醉可以加重患趾远端水肿,影响血供,不利于术后恢复。但双侧趾根部行阻滞麻醉时,可能会损伤双侧趾间血管出现趾部缺血性坏死,应当注意动作轻柔以及注射前的回抽。

本研究入选病例中剔除了甲沟炎Ⅳ期伴甲板面积明显缩小的患者,因为该期患者甲面积明显缩小,甲板变硬,可塑性差,挂线治疗产生不了引

流和填塞的作用,因此不建议采用本治疗方法。研究还剔除了糖尿病血糖控制不良者(空腹血糖 $\geq 10$  mmol/L),主要是防止术后愈合不良、继发术后感染。所有患者治疗过程中皆未见因丝线而引起的继发感染。

综上,甲侧缘挂线法治疗嵌甲性甲沟炎方法简单,手术创面小,痛苦少,恢复快,复发率低,可在术后较短的时间内恢复正常工作生活,值得基层皮肤科门诊推广。

#### [参考文献]

- [1] 王仕清,冯永安,谢颖硕,等.交叉弹力钢丝治疗甲沟炎的临床疗效[J].实用手外科杂志,2016,30(2):152-153.
- [2] 刘继源.甲沟炎不同手术方法临床疗效比较[J].医学理论与实践,2017,30(19):2895-2897.
- [3] 孙海军,兰登哲,张培培,等.甲沟炎临床治疗方法研究现状[J].实用手外科杂志,2015,29(1):74-75.
- [4] 张建新,朱菁锋,黎志镨,等.探讨改良式嵌甲切除术治疗嵌甲甲沟炎的临床疗效[J].泰山医学院学报,2017,38(2):213-214.
- [5] 胡启翔,孙英杰,郝朝辉.嵌甲性甲沟炎的治疗[J].中国美容医学,2013,22(24):2355-2357.
- [6] 吴健.皮下组织条填塞法治疗顽固性嵌甲型甲沟炎的研究[J].心理医生,2018,24(25):128-129.
- [7] 彭上晋.嵌甲性甲沟炎的治疗分析:附62例报告[J].中国临床医学,2015,22(4):553-555.
- [8] 李小强.甲下分离引流治疗拇趾嵌甲性甲沟炎临床分析[J].浙江临床医学,2019,21(2):245-246.
- [9] 吴志华.皮肤科治疗学[M].3版.北京:科学出版社,2016:619.
- [10] 刘雄飞,郝超,邹忠桃.甲板及甲基质部分切除甲沟成形术治疗嵌甲性甲沟炎的疗效观察[J].医学临床研究,2015,32(12):2470-2471.

[收稿日期] 2019-03-11

[修回日期] 2019-05-24