

肛瘻切除一期缝合术治疗肛瘻 35 例体会

洪来电¹ 李定¹ 叶妙满¹ 王学军¹ 徐建辉² 唐渊红²

(1 浙江省淳安县第一人民医院 淳安 311700; 2 浙江省淳安县大市镇卫生院 淳安 311713)

摘要 目的 探讨肛瘻手术治疗方法。方法 采用肛瘻切除一期缝合术治疗肛瘻 35 例,并与切开引流手术治疗肛瘻进行对比。结果 肛瘻切除一期缝合术治疗肛瘻均治愈,平均疗程 10.5d;切开引流手术治疗肛瘻均治愈,平均疗程 27.6d。结论 肛瘻切除一期缝合术治疗优于切开引流术治疗,具有创口愈合快、住院时间短、病人痛苦小、后遗症极少等优点。

关键词 肛瘻 切除术;一期缝合术

中图分类号 R 657.1⁺7

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)04-0026-02

1998 年 8 月~2003 年 12 月我们采用肛瘻切除一期缝合术治疗肛瘻 35 例,并与切开引流手术治疗肛瘻进行对比观察,门诊随访 6 个月~5 年,结果显示有效地缩短了疗程、避免了肛门变形发生等。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 (1) 肛瘻切除一期缝合术治疗组:男 25 例,女 10 例,共 35 例;年龄 10~64 岁;病程 2 个月~15 年;低位瘻(即内口在直肠环以下)34 例,高位瘻(即内口在直肠环以上)1 例。(2) 肛瘻切开引流手术治疗组:男 23 例,女 8 例,共 31 例;年龄 15~66 岁;病程 3 个月~13 年;低位瘻(即内口在直肠环以下)30 例,高位瘻(即内口在直肠环以上)1 例。

1.2 手术方法 (1) 肛瘻切除一期缝合术治疗组:术前 1d 常规口服全消化道灌洗液清洁肠道作肠道准备,手术日晨禁食,术前半小时静注抗生素 1 次,患者取俯卧位,5%PVP-I 消毒,铺无菌巾,骶管麻醉。先了解瘻管走向分布,采用软件探针轻轻从瘻管外口插入,细心探查瘻管的弯曲走向,从瘻管内口穿出后,将左食指探入肛管,将探针头拉出。在探针指引下切开瘻管外口、管道及内口。以刮匙搔扒管壁,切除内口组织、外口及部分周围组织,或提起外口,沿瘻管壁周围组织分离出至内口的完整瘻管并切除,清除内口组织。修剪切口边缘,彻底止血,以 5%PVP-I 冲洗。肛管内用两个零可吸收线将括约肌及脂肪组织作数层间断缝合,不留死腔,皮肤用 4 号丝线间断缝合,5%PVP-I 纱条内引流,5%PVP-I 纱布外敷创口适当加压固定。并予直肠内放入美施康定片 60mg 镇痛。

(2) 切开引流术治疗组:探针从肛瘻外口探入寻找内口,探查清楚后将主管及支管一切开,搔刮腐败组织和内口,在创口内放入 5%PVP-I 纱条引流及敷料包扎固定;对于高位肛瘻避免损伤肛管直肠环,采取低位部分予以切开,高位部分清除管内坏死组织后予以胶圈挂线,并予直肠内放入美施康定片 60mg 镇痛。

1.3 术后处理 (1) 肛瘻切除一期缝合术治疗组:术后控制排便 4~5d,应用抗生素和营养支持治疗 5~6d。术后 2d 拔肛管纱条,更换敷料,排便后清洁肛门,用 5%PVP-I 换药并肛内塞入太宁栓;7d 后拆皮肤丝线,拆线前不能坐浴。如观察到创口有感染,则及时拆开缝线引流、换药,直至创口愈合。(2) 切开引流术治疗组:术后均予抗生素抗感染和营养支持治疗,并在术后第 2 天起每天清晨排便 1 次,便后用温盐水坐浴 15~20min,洗净肛周和创面后给予换药,创口内用 5%PVP-I 纱条引流,到创面脓性物、坏死物干净后用烧伤湿润膏纱条引流,直至愈合。

2 结果

(1) 肛瘻切除一期缝合术治疗组:愈合时间 7~14d,平均疗程 10.5d,局部红肿 10 例,多于术后 1 周左右消退,无化脓性感染及出血;术后排尿困难 4 例,均经热敷、肌注新斯的明后排尿;门诊随访 6 个月~5 年,无 1 例发生复发,对肛门位置、形态及功能均无显著影响。(2) 切开引流术治疗组:愈合时间 24~40d,平均疗程 27.6d;术后排尿困难 6 例,均经留置导尿管后排尿;门诊随访 6 个月~5 年,未见复发,但换药过程中患者疼痛明显,术后大部分有不同程度的肛门漏气、漏液、

腺素作用,使支气管平滑肌松弛,并使血管收缩,有利于支气管粘膜肿胀的减轻;亦可直接作用于支气管平滑肌,使支气管平滑肌松弛;具有抗过敏作用,能阻止过敏介质释放;并且有抑制抗体的产生和抗菌、抗病毒作用。石膏辛寒清泄肺胃之热,与麻黄配伍相制为用,既宣肺又能泄热;杏仁助麻黄止咳平喘;甘草祛痰止咳,调和诸药,且具有抗炎、抗过敏的作用。以上配伍为麻杏石甘汤,具有抗 I 型变态反应作用。射干、紫菀、桔梗宣肺化痰止咳,且射干能溶解、中和组织胺,紫菀具有抗病毒作用;当归、赤芍活血祛瘀,使血活而痰化,赤芍还有抗炎、抗病毒作用。有研究报道,哮喘患者存在高凝状态,而当归、赤芍可改善微循环,防止血小板聚集,促进呼吸道局部炎症的吸收。上述诸药配伍具有抗病毒、抗菌、祛痰平

喘、抗过敏、抗血小板聚集、改善微循环的作用。以上 2 组病例在治疗前 EOS 计数均增高,治疗后均明显下降,2 组治疗前后 EOS 计数变化 $P<0.01$,而 2 组治疗后 EOS 计数比较 $P<0.05$,也说明小儿喘息样支气管炎与过敏质有关,中药具有明显的抗过敏作用。因此,中西医结合起协同作用,从而提高疗效。

参考文献

[1]吴瑞萍,胡亚美,江载芳,等.实用儿科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,1996.1 137~1 138
[2]诸福棠.实用儿科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2002.1 172
[3]袁承文.儿科诊断治疗学[M].北京:中国医药科技出版社,1994.267
[4]沈映君.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,1997.29~30

(收稿日期: 2004 - 03 - 01)

侧位内括约肌切断扩肛缝合术治疗陈旧性肛裂疗效观察

何德才¹ 赵自星²

(1 川北医学院附属医院 四川南充 637000; 2 成都中医药大学附属医院 四川成都 610072)

关键词 陈旧性肛裂 内括约肌切断术 指法扩肛术 外翻缝合术 紫草油纱条 疗效观察

中图分类号 R 657.1⁴

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)04-0027-02

1998 年以来,我们采用侧位内括约肌部分切断、扩肛、切口作褥式外翻缝合治疗陈旧性肛裂 100 例,与随机分组采用后位内括约肌切断术治疗的 100 例相对比,疗效明显优于对照组。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 陈旧性肛裂 200 例,男 107 例,女 93 例;年龄 14~68 岁;病程 1~19 年;肛裂部位:后正中位 98 例,前正中位 59 例,前后正中位均有 17 例,其他部位 26 例;并发哨兵痔 173 例,肛乳头肥大 82 例,皮下瘻 16 例,肛隐窝炎 47 例,肛周湿疹 6 例。上述病例按病人入院顺序随机分为 2 组,各组 100 例,A 组(治疗组)采用侧位内括约肌切断扩肛术,B 组(对照组)采用后位内括约肌切断术,2 组病例性别、年龄、病程、肛裂部位及并发症等方面无明显差异。

1.2 手术要点 A 组:截石位,腰俞穴麻醉。于 5 点或 7 点位距肛缘约 1.5 cm 处作 1 cm 长放射状切口,左手食指伸入肛内

摸清括约肌间沟作引导,右手用弯止血钳挑出部分内括约肌(不超过齿状线),用 2 把止血钳同时夹住挑出的内括约肌,自中间切断,切断内括约肌宽度为 1.0~1.5 cm。而后双手食指、中指伸入肛内,手腕相交,缓慢而持续用力扩肛,时间不少于 5 min。切口作褥式外翻缝合,对痔、肥大肛乳头及皮下瘻者一并处理。B 组:6 点位作梭形切口,上至齿状线,下至肛缘外 1.5 cm,切除裂口基底部溃疡瘢痕组织,切断部分内括约肌,切口开放,对痔、肥大肛乳头及皮下瘻者一并处理。A 组外翻缝合线于术后 3 天拆除,2 组病例术后均用紫草油纱条换药至痊愈。

2 结果

2.1 疗效评定标准^[1] 治愈:裂口愈合,症状消失;好转:裂口或创面缩小,症状改善;未愈:术后 1 月症状无改善,裂口无变化。

2.2 2 组疗效比较 200 例肛裂详细治疗结果见表 1、表 2。

门变形。

3 讨论

3.1 肛瘻是常见的肛门直肠疾病,是比较难治的病种之一,由于瘻管发生原因和部位复杂,治疗方法各异。肛瘻的理想治疗方法应该是既要根治疾病,又要保护肛门正常功能。因此在施行手术时,必须遵循其治疗原则,选择疗效最好、损伤最小的手术方式。传统的手术治疗方法治疗肛瘻采用肛瘻切开术、肛瘻切除术、肛瘻挂线术,或其两者并用,切口二期愈合。疗效确切,各具优点,但往往由于切口大,形状不规则,换药时病人痛苦大,存在创口愈合迟,少数甚至愈合迟缓,最终致肛管缺损,或肛门形态位置不同程度的变异,易致肛门变形等。针对类似问题,近来涌现了肛瘻切除植皮术、肛瘻内口切开术、肛瘻切除一期缝合术等治疗肛瘻。我们采用肛瘻切除一期缝合术治疗肛瘻,经过 35 例临床观察,认为此方法治疗低位肛瘻是较理想的,符合肛周解剖生理学特点,易于彻底治愈肛瘻,对组织损伤小,能更好地保护肛门皮肤完整性及肛门功能。术后疗程短,平均 10.5 d,明显优于传统的手术治疗方法,缩短了疗程,简化了护理,减轻了病人痛苦,减少了后遗症,降低了病人医疗费用,提高了社会效益。该法操作简便、安全可靠,适用于低位肛瘻,值得基层医院推广。由于用该法治疗高位肛瘻的病例少(本组只有 1 例),不敢妄言其疗效,有待与同行共同积累资料研讨。

3.2 正确找准内口是手术成败的关键。肛瘻是一种内穿直肠必须有管道,外穿皮肤必须有外口的化脓性疾病,一般肛瘻均有内口,大多数内口在肛窦部。肛瘻手术的成功关键是彻底清除感染的肛腺和肛窦,即正确找到内口^[1]。我们的经验是

在充分麻醉下,用肛门拉钩扩开肛门,可见一凹陷性硬结,硬结旁肿胀,发红,即为发炎的肛隐窝;探针探及最薄处穿出,此处多为内口。但切不可盲目乱穿造成假道而使手术失败。只有找到真正的内口才能把瘻管全部切除。

3.3 创面处理是手术成功的重要环节。创面出血不要结扎止血,以减少异物造成感染的机会。创面缝合一定要准确,对合要平整,要全层缝合,缝合时要达到创面的底部,一定不能残留死腔,以免造成创口内积血感染的机会。便后创面及时清洗,而后用 5%PVP-I 纱而覆盖,注意观察创口情况,发现有感染应及早处理。

3.4 术前肠道准备、术后控制大便及营养支持、抗生素应用也是保证手术成功的重要环节。我们在术前用全消化道灌洗的方法作肠道准备,既缩短了肠道准备时间,也利于术后控制大便;术后直肠内放入美施康定片是利用其在镇痛的同时有发生便秘的作用^[2],从而有助于术后控制大便;术后换药用太宁栓塞肛的目的是为受损或有炎症的粘膜提供一个较好的康复环境,同时其润滑作用易于粪便的排出,减轻肛门疼痛、出血、瘙痒等症状并有抗炎的作用^[3]。

参考文献

[1] 张东铭. 盆底与肛门病学 [M]. 贵阳: 贵州科技出版社, 2000.234~245
[2] 陈金星, 吕洋. 美施康定直肠给药治疗术后疼痛的临床观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2000, 6(2): 82
[3] 蒋朱明, 唐伟松, 曹金锋. 等. 直肠黏膜保护剂治疗痔急性发作的临床研究[J]. 中华外科杂志, 2001, 39(1): 53~55

(收稿日期: 2004-02-13)