

改良术式治疗复杂性肛瘘临床观察

胡晓阳 赵昂之

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:复杂性肛瘘;挂线疗法;改良术式;临床观察

中图分类号:R 657.16

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)05-0035-02

复杂性肛瘘由于病变范围广,管道多弯曲复杂,常有支管、深部死腔,在治疗上难度较大,故有难治性肛瘘之称。若手术方法选择不当,不仅会引起肛门失禁、肛门畸形,甚至经久不愈。多年来的临床实践已证明,挂线疗法对复杂性肛瘘的治疗是行之有效的,并已被普遍接受,但术后肛门畸形、黏膜下移不可避免。若创口引流不畅或创口皮缘过早会合形成假道、肉芽过度生长高出皮面均会影响创面愈合。我科自 2002~2005 年采用改良术式治疗复杂性肛瘘,取得了较满意的效果。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 参照 1972 年中华全国肛肠外科会议制订的“肛瘘统一标准分类法”,确诊为复杂性肛瘘(高位、低位)200 例,病程均为 3 个月~22 年。治疗组 100 例,男性 71 例,女性 29 例;年龄 19~60 岁,平均 40 岁;其中高位复杂性肛瘘 60 例,低位复杂性肛瘘 40 例。对照组 100 例,男性 70 例,女性 30 例;年龄 18~63 岁,平均 40.5 岁;其中高位复杂性肛瘘 55 例,低位复杂性肛瘘 45 例。2 组资料经统计学处理,无显著统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 局麻或腰俞麻醉后,以直肠指诊、探针、美蓝着色等方法查清内口、主管及支管的走向、数目和位置。(1)术者右手持球形探针从外口穿入,通过管道至内口探出,并以此探针为标志,在内口相对应的外口边缘作一弧形切口,逐层分离管道组织,在内口处切断管道,弯头血管钳两把分别钳夹内口的两边黏膜组织,7 号丝线“8”字形贯穿结扎之,修切肛外创面呈勺状开放,留置标志线;(2)对同一内口、两条不同的管道,需结扎两条管道间的黏膜组织;对不同内口的两条或两条以上管道的肛瘘患者应在切开内口的基础上,

3.2 内固定方式选择 本组 90 例中 60 例用钢板内固定,占 66.7%,且该固定方式无出现松动、畸形、骨不连及钢板两端再骨折等并发症。我们认为钢板特别适用于:(1)粉碎性骨折,钢板起桥梁作用;(2)骨缺损植骨术;(3)锁骨远端骨折,因锁骨远端呈弧形,克氏针无法适应其弧度作固定。克氏针适用于中段单纯性骨折,以横断者较优,但稳定性较差,如为斜形骨折或存在单一较大碎骨片之粉碎性骨折,可在钢丝配合下使用,而单纯钢丝捆扎只适用于长斜形无碎骨片之骨折。

3.3 术中注意事项 (1)注意作骨膜下剥离及掌握好操作深度,勿伤及锁骨后血管、神经、胸膜等重要组织;(2)钢板常需预弯,以适应锁骨表面弧度,达到解剖复位目的,钢板常置于较平坦之锁骨前上方;(3)克氏针穿透近侧骨皮质是针向内

分别在其管道两边斜形结扎两边组织,内口与内口之间应保留一部分组织,防止人为狭窄环形成;(3)距肛缘 10cm 以上的瘘道在剥离切除管道后,在距肛缘 2cm 处分界远端创面搔刮清除管壁硬结及腐肉组织后,可以缝合关闭,近端瘘管创面则开放引流;(4)对涉及外括约肌深部和耻骨直肠肌以上的管道及齿线上方肌间管道,以两把小弯曲血管钳在内口以下分别钳夹,钳间切开内口,内口切开后,并用 3-0 肠线纵形将切口上缘黏膜下移缝合关闭内口,同时结扎多余黏膜组织。术后以 0.5% 甲硝唑液消毒创面,藻酸钙创口敷料与中性油纱布固定压迫止血,术毕。术后控制排便 1~2d,常规运用抗生素,便后换药用生理盐水冲洗创面,术后 3d 内用生肌玉红膏外敷,其后用白玉膏至创面痊愈。

1.2.2 对照组 麻醉、体位、美蓝染色同上,沿瘘管方向垂直切开瘘管皮肤、皮下组织、肌肉,至内口扩创或至直肠环上,探针探至内口,挂橡皮筋扎紧(根据内口数目,橡皮筋或紧或松),切除瘘管,并适当扩创,使之呈勺状开放,其余支管一次全部切开扩创引流,充分止血,敷料固定包扎,术后处理同治疗组。

2 疗效观察

2.1 疗效判定 痊愈:症状与体征消失,肛瘘内外口完全闭合,开放创面完全修复;随访半年无复发。未愈:症状与体征无变化,内外口未闭合,管道内仍有分泌物溢出或术后随访复发。

2.2 结果 见表 1~3。治疗组与对照组有效率无显著差异,但在平均创面愈合时间方面,2 组有显著差异($P<0.05$)。2 组术后均未出现不完全性或完全性肛门失禁,但其他的术后并发症如术后便血、溢液、肛管变形、并发痔病方面治疗组明显少于对照组。

移的原因之一,术中应避免,以防伤及胸腔脏器,针尾折弯有利于防止内外滑移及术后针尖痛;(4)对锁骨远端骨折,钢板固定时应将 1 螺钉固定在远侧骨折端,另 1 螺钉固定在肩峰,近侧 2 螺钉固定在骨折近端,术后三角巾悬吊患肢于胸前 3 周。

综上所述,锁骨骨折内固定效果确切,固定可靠,住院时间短,痛苦少,术后 3d 可作不同程度活动。患侧肢体早期活动对患肢周围关节早期恢复是有益的,对多发伤者内固定术后方便了护理开展。本组资料显示,锁骨骨折切开复位内固定可以达到良好复位,牢固固定,对骨折愈合提供了良好条件,避免了外固定给患者带来的痛苦及并发症。

(收稿日期:2006-03-14)

音乐氧疗改善气管切开并胃造瘘患者 C-STAI 及相关危险因素的观察

李霁怡¹ 彭素璇²

(1 广州医学院第一附属医院 广东广州 510120; 2 广东省广州市老人病院 广州 510120)

关键词: 音乐; 氧疗; 气管切开; 胃造瘘; 焦虑; 心理护理

中图分类号: R 473.73

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0036-02

气管切开并胃造瘘是神经系统疾病危重症的一种有创性抢救手段,在神经内科并不少见。因为患者与医护人员无法准确沟通,而且由于呼吸、进食方式的明显改变使患者短期内往往难以适应,从而诱发患者严重的心理及生理状态紊乱,不利于基础疾病的恢复和气管套管的拔除。我们在加强常规及气道护理的基础上,施以音乐治疗——一种能影响患者心理状态的护理手段,从心理护理的角度探讨了改善此类患者焦虑情绪以及相关危险因素指标的临床意义。同时配合氧疗,使患者在轻松的环境下休息更加舒适。近年来的研究表明^[1],适当的音乐治疗能明显缓解由于日常医护带来的焦虑,但是很少见到有研究进一步探讨这种影响与生理指标变化的关系。本文旨在观察音乐氧疗在改善中国人状态特性焦虑量表(C-STAI)的有效性基础上,随着舒适行为的增加,是否

有相关危险因素生理指标,特别是胃液 pH 值的改善。

1 对象与方法

1.1 对象 2001 年 1 月~2005 年 1 月,在广州医学院第一附属医院神经内科和广州市老人病院住院的 94 例气管切开并已行胃造瘘术患者。本组男 57 例,女 37 例;年龄 29~75 岁,平均 49 岁。入选病例包括:脑卒中后气管分泌物淤积、重症肌无力危象辅助呼吸治疗、格林-巴利综合征等。入选标准:清醒,有听力,能按照示意回答问题,生命体征稳定。按照抽签随机取样法,将患者分配至 30min 音乐治疗组和对照组,每组 47 例,2 组患者的基本情况以及临床特征差异无显著性意义,见表 1。

排除标准:胃癌、胃溃疡、胃炎、反流性食管炎等胃部疾病患者,近 2 周内使用过制酸剂、胃动力药或非甾体类抗

表 1 2 组疗效比较 例

组别	n	治愈	未愈	总有效率(%)
治疗组	100	98	2	98
对照组	100	98	2	98

表 2 2 组平均创面愈合时间比较 ($\bar{X} \pm S$) d

组别	n	平均创面愈合时间
治疗组	100	28± 1.5
对照组	100	42± 2.5

表 3 2 组术后并发症比较 例(%)

组别	n	便血	溢液	肛门失禁	肛管变形	并发症
治疗组	100	0	3(3.0)	0	3(3.0)	0
对照组	100	3(3.0)	6(6.0)	0	10(10)	10(10)

3 讨论

肛瘘是由于肛腺感染而引起的特殊病变,90%的肛瘘是因肛门直肠感染脓肿破溃形成窦道,一般较难自愈,均需手术治疗,手术是治疗肛瘘唯一可靠而有效的方法,其原因在于内口和原发病灶的存在。因此,只有彻底地清除内口与原发病灶,才是治愈肛瘘的关键。故一般性肛瘘的治疗原则为针对肛腺感染是肛瘘形成的主要原因,彻底切除感染的肛隐窝、肛腺导管和肛腺,同时应保护肛门括约肌及正常肛门机能。手术力求不严重损伤肛门括约肌,以免造成肛门失禁,但对高、低位复杂性肛瘘术后肛门畸形在所难免,复杂性肛瘘的多个切口及肛门的多次手术,均有可能使肛门瘢痕挛缩形成凹陷或错落不一的畸形,有时尚影响肛门的完整闭合。预防的方法只有强调术者在术中操作应精细灵巧,既注重保护肛门的生理功能,又注意术后不失肛门的正常形态。

结扎疗法是古老的痔疗方法,将结扎疗法运用于肛瘘手术,正是对原有疗法的进一步补充。在处理内口的同时,可以对潜在的、弯曲型的肛腺导管一并结扎切除,有效避免创

面间隙假愈、肛腺残留而引发的复发,此外还可使术中出血机会大大减少。将切断的肌端粘连固定,对保护肛门括约肌功能起到了一定的作用。防止肛垫下移,固定切端直肠黏膜,对肛瘘手术后的创面进行整形,对防止肛门畸形等有着积极的实用意义。

复杂性肛瘘的主要发病原因是因肛腺感染,细菌经外括约肌皮下部向外或直接向外扩散,引起肛周、坐骨直肠窝、骨盆直肠窝、直肠后及高位肌间脓肿,溃后成瘘,因此,内口一般在肛窦部位,只不过瘘道穿过括约肌深部程度不同而已。我们对复杂性肛瘘主灶一次性切开,对高于直肠环上方、穿越括约肌深部的瘘管首先用血管钳分离钳夹、切开、缝合关闭引流,不留死腔,同时结扎内口处黏膜组织,彻底处理内口,并通过线的结扎所产生的异物刺激作用,使括约肌周围产生皮炎性反应,进一步使局部组织纤维化,将肌端粘连固定,对保护肛门括约肌功能也起到一定的作用。本术式对术后换药嵌塞引流条要求并不严格,只要保持创面清洁,减少分泌物刺激,防止厌氧菌感染即可,一般结扎线脱落时间为 7~10d,结扎线脱落说明内口基本愈合,肛外创面经过普通坐浴,保持创面干燥即能治愈。

由此可见,改良术式即内口切开双侧结扎法是治疗复杂性肛瘘的合理术式,本法与单纯切挂术相比,并不影响治愈率,其能充分避免括约肌的损伤,又能直观地彻底清除病灶,疗程短,复发率低,防止术后黏膜下移,有效地防止了肛瘘术后并发症的可能性,手术操作简便、安全、有效,特别适用痔瘘同病的同期治疗。

(收稿日期: 2006-05-26)