

肛管直肠损伤 25 例诊治分析

洪维聪 胡耿东 王冲杰 朱杨挺
(浙江省慈溪市第二人民医院 慈溪 315315)

摘要:目的:探讨肛管直肠损伤的诊断和治疗方法。方法:回顾性总结 25 例肛管直肠损伤的致病原因、临床表现、损伤部位及治疗方法。结果:7 例出现并发症,盆腔感染 1 例,肛周伤口感染 4 例,外伤性肛门狭窄 1 例,腹部切口感染 1 例,经治疗后均痊愈。25 例均治愈,无死亡病例。结论:根据病史及临床表现详细分析,结合直肠指诊、肛门直肠镜检查等及时正确地早期诊断和早期清创、修补破损、粪便转流和充分引流,控制感染和积极处理合并伤是提高治愈率、降低病死率的关键。

关键词:肛管直肠损伤;诊断;治疗
中图分类号:R 657.12 **文献标识码:**B **文献编号:** 1671-4040(2007)04-0066-02

直肠肛管由于解剖上的特殊性以及生理上的特点,由各种原因引起的损伤,往往局部的感染易扩散到直肠肛管周围间隙及腹腔,如处理不当,可能发生严重的并发症,影响患者预后。我院 1995~2005 年共收治肛管直肠损伤 25 例,现就其临床表现特点和诊治情况报告如下:

1 临床资料

- 1.1 一般资料 本组男 17 例,女 8 例;年龄 16~65 岁,平均 38.9 岁。伤后 2h 内就诊 12 例,6h 内 11 例,超过 48 h 2 例。
- 1.2 损伤原因 刀及木棍刺伤 7 例,医源性损伤 1 例(乙状结肠镜检查),高处坠落锐器刺伤 7 例,车祸钝性撞击伤 7 例,三轮车刹车柄刺伤 3 例。
- 1.3 临床表现 肛门流血 25 例,腹膜炎 15 例,排尿困难 5 例,血尿 3 例,阴道流血 1 例,肛门皮肤裂伤 8 例。25 例肛门指检均有不同程度指套染血,其中直接接触及直肠穿孔破口处 10 例,破口与肛门距离在 6cm 以上 4 例,触及膀胱直肠相通 1 例,触及直肠阴道相通 1 例。腹腔穿刺 18 例,其中血性穿刺液 3 例,大便或混浊性穿刺液 6 例,穿刺阴性 9 例。
- 1.4 损伤部位及合并伤 部位在腹膜返折以上 11 例,腹膜返折以下 10 例,腹膜返折上、下同时损伤 4 例。合并骨盆骨折 4 例,尿道损伤 2 例,膀胱损伤 1 例,阴道损伤 1 例,脾破裂 3 例,腹膜后血肿 3 例,肛门括约肌部分断裂 7 例,失血性休克 10 例。
- 1.5 治疗方式及结果 本组 25 例均行手术治疗,其中腹膜返折以上直肠损伤的 15 例中,行单纯 I 期清创缝合 12 例,加经会阴直肠修补 3 例,乙状结肠造瘘 6 例;腹膜返折以下直肠损伤的 14 例中行会阴部彻底清创引流 14 例,同时行乙状结肠造瘘 6 例;所有病例常规骶前、肛旁间隙引流。肛门括约肌部分断裂 7 例,行清创缝合加置管引流,术后定期扩肛。膀胱、阴道损伤请专科协助处理,脾切除 3 例。7 例出现并发症,盆腔感染 1 例,肛周伤口感染 4 例,外伤性肛门狭窄 1 例,腹部切口感染 1 例,经治疗后均痊愈。25 例均治愈,无死亡病例。

2 讨论

肛管直肠是消化道的末端,紧贴盆腔骶骨凹,有坚实的骨盆保护,故损伤发病率较低。但直肠、肛管位置固定,肛周局部的创伤,特便是锐器伤又易引起其损伤。由于其解剖和生理上的特性,以下特点值得重视:(1)直肠内多有成形粪便,细菌含量高,每克粪便含大肠杆菌 1 010 个,厌氧菌 1 012 个,毒力大,损伤后粪便污染创面极易导致感染^[1]。(2)腹膜返

折以下,直肠及肛管周围为疏松脂肪结缔组织,周围组织结构间隙多,感染后不易局限,易向周围扩散。腹膜返折以上的损伤可致腹腔弥漫性腹膜炎,易致感染性休克。(3)由于直肠肛管解剖毗邻关系,常合并其它组织器官损伤。如骨盆骨折、尿道损伤、膀胱破裂、阴道撕裂,伤情复杂,早期易漏诊,处理困难。(4)处理欠妥可能影响肛门括约肌功能。有文献报道,直肠肛管损伤的延误诊断率可高达 50%,死亡率为 0~10%,并发症发生率为 10%~45%^[2,3]。

2.1 诊断 直肠肛管不同部位损伤其临床表现、处理方法及预后各异。Robertson 等^[4]提出的分类法是:(1)腹膜返折以上的直肠损伤;(2)腹膜返折以下的直肠损伤;(3)肛提肌以下的肛门括约肌及周围皮肤损伤。多数肛管直肠损伤都较易诊断,局部有明显的外伤史、伤后肛周疼痛、便血是其主要表现,直肠指诊有血迹或触及破裂口即可确诊。尿内如有血液或粪便,尿由肛门流出,均提示同时有膀胱或尿道损伤。对腹腔内直肠损伤者由于成型粪便对腹膜的化学性刺激较小,腹膜炎体征较轻,有的腹腔外直肠损伤病例早期可能仅有肛周不适或疼痛,这些临床表现往往被其他严重并发伤的症状所掩盖,若不注意局部检查,易发生误诊或漏诊。为防止早期漏诊,我们认为,直肠指诊是最有价值的诊断方法,当直肠损伤发生后,直肠指诊时指套常有血污,可以了解直肠下段和肛管损伤情况,可扣及损伤的部位、破口的大小以及肛门括约肌的损伤程度。若指检阴性,又疑有直肠损伤,在病情许可时可行直肠、纤维乙状结肠镜检查,能了解损伤的部位、伤口的大小及深度。直肠指诊应在严格的无菌操作下进行,手指进入肛门动作应轻柔。本组直接接触及直肠穿孔破口处 7 例,1 例发现竹梢残留。直肠、纤维乙状结肠镜检查不仅可以明确损伤的部位、范围,并且可以取出残留异物,冲洗肠腔积粪,但应注意小心轻柔,勿加重损伤。疑有腹膜返折以上的直肠损伤时,应行腹腔穿刺,抽出粪性液体时有助诊断。必要时行 X 线检查,观察有无膈下游离气体、骨折及直肠异物。本组病例中 6 例腹腔穿刺抽出大便或混浊性液体。

2.2 治疗 绝大多数的肛管直肠损伤患者都需要手术处理,本组全部行了手术治疗。在有严重合并伤或休克时,应优先处理危及生命的伤情,再行肛管直肠损伤的手术治疗。肛管直肠损伤的处理原则为早期彻底清创,修补直肠肛管破损,转流性结肠造口及直肠周围间隙充分引流^[5]。治疗上应根据致伤物的类型、损伤的轻重、伤后时间的长短及损伤的部位来确定。

肾周尿囊肿的临床治疗体会

叶琼香

(安徽省宿松县人民医院 宿松 246500)

摘要:目的:探讨肾周尿囊肿的诊断方法及治疗措施,提高对该病的诊治水平。方法:对 5 例 6 人次(1 例 2 次住院)肾周尿囊肿的临床资料进行回顾性分析。结果:5 人次经 B 超、逆行肾盂造影、静脉肾盂造影、CT 检查。1 例第一次入院仅行 B 超及 CT 检查误诊为肾挫裂伤伴肾周血肿行保守治疗,第二次入院加行逆行肾盂造影、静脉肾盂造影确诊治愈出院。手术治疗 4 例:囊肿去顶术加瘘管切除 3 例,单纯囊肿去顶减压术 1 例;1 例经皮穿刺抽吸加囊内硬化剂注射治疗。术后随访 4 个月~5 年,囊肿无复发。结论:肾周尿囊肿经 B 超、静脉肾盂造影或逆行肾盂造影、CT 检查可明确诊断。早期发现且无输尿管梗阻者首选囊肿穿刺抽吸加囊内硬化剂注射治疗,有瘘管或有输尿管梗阻者宜手术治疗原发病,同时处理囊肿并切除瘘管。

关键词:肾周尿囊肿;手术疗法;穿刺抽吸;硬化剂;囊内注射

中图分类号:R692

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0067-02

肾周尿囊肿是肾损伤后的晚期并发症,容易延误诊断,进一步发展则因囊内压力增高压迫肾实质引起肾缺血,导致肾性高血压或肾功能受损、肾积水等并发症。2000~2006 年我科共收治 5 例 6 人次肾周尿囊肿,现报告如下:

1 临床资料

本组 5 例,男 1 例,女 4 例;年龄 27~55 岁,平均 38 岁;囊肿位于左侧 1 例,右侧 4 例。4 例有腰部外伤史,外伤后当时有血尿 3 例,分别于伤后 1d~3 年,因伤侧腰部酸胀、肿块来我院就诊;另 1 例受伤当天拟肾挫裂伤入院,入院后行保守治疗 2 周症状无加重出院,2 年后因上腹胀痛伴包块再次入院治疗,诊断肾周尿囊肿经手术治疗痊愈。1 例无外伤史者

有右肾盂结石行体外冲击波碎石治疗术史。入院诊断:肾挫裂伤肾周血肿 1 人次,肾周尿囊肿 5 例。6 人次均行 B 超检查,示伤肾周围液性暗区,行 IVU 检查 5 例,3 例伤肾不显影;行逆行肾盂造影(RPG)检查 3 例,均见造影剂漏至肾周囊肿并见有瘘管;行 CT 检查 2 例,见肾周低密度积液,CT 值 -3~-10HU,注射造影剂后囊肿不强化。本组 4 例行开放手术:囊肿去顶加瘘管切除 3 例,其中 1 例同时行右肾盂切开取石,单纯囊肿去顶 1 例。结果手术 4 例见囊壁厚 2~4 mm,术中均经静脉注射靛胭脂,3 例术中均见瘘管。另 1 例经皮穿刺抽吸囊液 360mL 后,注入无水酒精 90mL,保留 15min 后吸出。术后愈合均良好,无手术死亡与术后并发症。4 例手术病例术后

2.2.1 腹膜返折以上的直肠损伤 应尽早剖腹探查,修补破损。单纯的较轻的肠壁损伤或肠道经充分准备的医源性直肠损伤,腹腔污染不严重以及损伤时间在 4~6h 以内者,及时发现后修补肠壁,腹腔冲洗加骶前间隙充分引流,可不必行结肠造口。笔者认为有下列情况之一者应行粪便转流:(1)损伤时间 >6h;(2)直肠损伤严重(肠管裂伤超过其周径的 50%);(3)腹腔污染严重;(4)合并有严重腹内其他脏器伤;(5)合并有骨盆骨折或膀胱、尿道、阴道损伤;(6)年龄 >60 岁,全身情况较差者(伴有营养不良、糖尿病等疾病);(7)伴有休克者。主要手术方式为直肠创口清创修补,乙状结肠造口,造口远端肠管抗生素冲洗及骶前间隙引流。若中下段直肠严重损伤,可行损伤肠段切除,做 Hartmann 手术。本组腹膜返折以上的直肠损伤 15 例,12 例行经腹直肠 I 期修补(其中 1 例为肠镜检查时穿孔),其中 6 例加行结肠造口(2 例就诊时间超过 48h)及远端直肠冲洗,术后创口 I 期愈合 14 例,有 1 例发生盆腔感染。

2.2.2 腹膜返折以下的直肠损伤 尽可能在充分麻醉和扩肛的情况下,修补直肠破口,以便局部止血和减轻直肠周围间隙的污染。损伤距肛门 6cm 以上者,因解剖困难,手术创伤大,不必勉强修补,但直肠周围间隙引流一定要通畅,另加近端结肠造口。合并周围脏器损伤时,应同时修补损伤脏器,修补后常规行直肠周围间隙引流术。本组腹膜返折以下直肠损伤的 14 例均行会阴部彻底清创引流,同时行乙状结肠造瘘 6 例(破口与肛门距离在 6cm 以上 4 例)。

2.2.3 肛管损伤 肛提肌以下的肛管损伤,多为表浅开放性

撕裂伤。若损伤发现及时、创口小、污染轻,经肛行创口修补,局部引流。若合并肛门括约肌损伤,彻底清创后,用可吸收线将括约肌断端按层次 I 期缝合,局部橡皮片引流,若创面污染重,并血肿感染,先清创充分引流,术后每日可用 1:5 000 高锰酸钾液坐浴,术后感染可拆除缝线,伤口敞开引流,3~6 个月行 II 期修补。

2.2.4 抗感染治疗 术后感染是肛管直肠损伤的严重并发症之一。肛管直肠是细菌集聚处,大肠内有 20 多种需氧菌,50 多种厌氧菌,故损伤后易发生感染,且易蔓延。因此,我们认为伤后应尽早使用抗生素,伤后 6h 内处在污染阶段时应用抗生素效果更佳。对损伤超过 6h 入院的患者应在处理局部损伤的同时,术前、术中全身应用抗生素。由于肛管直肠内的细菌种类繁多,所以,我们主张选用第三代头孢类抗生素(如头孢曲松钠)以及甲硝唑等防治感染。同时采用高蛋白、高热量、高维生素饮食,促进伤者恢复。本组患者经上述方法治疗后,未发生严重的感染。

参考文献

[1]蔡海,孟荣贵,黄士勇.肛管直肠损伤 37 例治疗分析[J].中国中西医结合外科杂志,2002, 8 (6):411~412
[2]田洪裕,林建江,张宏志.直肠肛管损伤的特点及诊治[J].中华创伤杂志,2004, 20 (4):253
[3]Morken JJ, Kraatz JJ, Balcos EG, et al.Civilian rectal trauma: a changing perspective[J].Surgery, 1999, 126: 693~698
[4]Robertson HD, Ray JE, Ferrari BT, et al.Management of rectal trauma[J].Surg Gynecol Obstet, 1982, 154:161~164
[5]曹志宇,蒲永东,何建苗.外伤性直肠肛管损伤的诊治体会[J].创伤外科杂志,2003, 5 (6):455

(收稿日期:2007-01-11)