

低位肛瘘切除一期缝合的疗效观察

张孔晖 张金华

(福建省福州市第二医院 福州 350007)

关键词: 低位肛瘘; 切除缝合; 疗效观察

中图分类号: R 657.16

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.044

2007~2011 年本院对 126 例低位肛瘘患者采取切除一期缝合疗法和切除敞开引流疗法的疗效进行比较。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2007~2011 年对 126 例低位肛瘘

线片, 用模板在 X 线片上测量预计植入假体的大小、颈的长短及股骨矩截骨的部位。术前牵引: 对陈旧性股骨颈骨折患者可以降低术中难度。术前完善各项常规检查, 积极治疗内科疾患, 发现问题及时纠正, 降低手术风险, 减少术后并发症的出现。

1.3 手术方法 患者侧卧位, 患侧在上, 对侧下肢置于伸直位。取后外侧切口, 切口长 8~10 cm, 逐层分离, 切开臀大肌筋膜, 钝性分离臀大肌纤维, 不刻意显露坐骨神经, 显露并切断外旋肌群, 显露关节囊并切开, 使关节脱位。在小转子上 1.0~1.5 cm 至股骨颈与大粗隆交界处进行截骨, 垂直切断股骨颈, 将头取出。牵开周围软组织, 显露髋臼, 在髋臼壁的上、后缘分别各打一根粗的斯氏针, 保护周围组织, 便于对髋臼进行操作。切除孟唇、圆韧带、髋臼横韧带及周边增生的骨组织。用髋臼锉修整髋臼。将髋部充分屈曲、内收、内旋, 屈膝并使胫骨垂直于地面, 使股骨截面充分暴露, 直视下进行扩髓。术中均采用生物型人工关节假体。将假体试模安放好后复位检查并拍照 X 片, 确定位置满意后适当冲洗髋臼和髓腔, 将假体的髋臼置于外展 40°~45°, 前倾 10°~15°。人工股骨头柄的横径与股骨颈断面的长径要一致, 以保持股骨头 10°~15° 前倾角。充分固定后, 放置引流管, 彻底冲洗创面, 修补外旋肌群, 逐层关闭切口。术后均按常规处理。

1.4 结果 本组 36 例均顺利完成手术, 术后随访 3~6 个月, Harris 评分 92 分, 功能优良率为 94%。术中出血量 320~680 mL, 平均 380 mL; 手术时间 130~180 min, 平均 160 min; 术后 24 h 引流量 100~140 mL, 平均引流量 110 mL; 住院天数 12~16 d, 平均住院 14 d; 术后 3~8 d 可在帮助下下床活动, 有 1 例术后出现前脱位, 成功闭合复位。

2 讨论

人工全髋关节置换有多个手术切口可选择, 传

患者进行手术治疗, 其中男 82 例, 女 44 例; 年龄 18~71 岁, 平均 40.5 岁; 病程 2~13 年, 平均 2.8 年; 其中低位单纯性肛瘘 98 例, 低位复杂性肛瘘 28 例。126 例按入院先后分为两组, 切除一期缝合组 60 例, 切开引流组 66 例, 两组在性别、年龄、病程上统手术入路为充分暴露, 往往创伤较大, 自 Berger^[1]首次报道小切口技术以后, 国内外相继开展此技术, 但切口的具体方法及大小各不相同。

通过本组 36 例患者的治疗及术后随访, 微创全髋置换术有以下优点: (1) 切口小, 瘢痕形成小, 外观较美, 易于广大患者接受, 特别是女性患者。本组平均切口长度为 8.9 cm, 常规手术切口长 16~20 cm。(2) 手术创伤小, 出血少, 局部软组织剥离少, 减少了手术的创伤。手术野的有效减小, 软组织剥离的减少是减少出血、减轻术后疼痛和术后关节功能迅速恢复的主要原因^[2]。另外出血量的减少可减小全身各系统的应激反应, 降低手术风险。(3) 术后恢复快, 缩短住院时间, 软组织剥离少, 髋关节周围软组织张力无明显降低, 可减少术后脱位概率, 缩短卧床时间, 有利于关节功能的恢复, 减少卧床并发症。(4) 此切口可随机延长, 对于个别患者小切口难以完成的手术可适当向两端延长切口。

虽然微创全髋关节置换术在临床中疗效很好, 但是治疗过程中须注意以下几点: (1) 选择合适的病例。小切口显露可应用于大多数初次行全髋关节置换术的患者, 但不能应用于有以下情况的患者: 有残留内置物, 需要通过较长的切口取出者; 先天性髋关节脱位需作转子下截骨者; 陈旧性骨折并关节僵硬者; 翻修手术; 特别肥胖者。(2) 要有良好的技术、团队以及合适的手术器械。(3) 术后康复要求合理, 循序渐进。综上所述, 进行微创全髋关节置换术时, 注意相关事项, 该术式对大多数患者而言是安全有效的, 可在临床上进一步推广。

参考文献

[1] Berger RA. Total hip arthroplasty using the minimally invasive two-incision approach[J]. Clin Orthop, 2003, 417: 232
[2] 郭传友, 段以祥, 于珂, 等. 小切口人工全髋置换术[J]. 中国矫形外科杂志, 2004, 12(14): 1 063

(收稿日期: 2012-05-03)

四磨汤口服液治疗小儿功能性消化不良 65 例疗效分析

吴广宇

(贵州省织金县妇幼保健院 织金 552100)

关键词:功能性消化不良;小儿;四磨汤

中图分类号:R 574.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.045

功能性消化不良 (Functional dyspepsia, FD)是临床上常见的一种胃肠病,其发病率高,占内科患者总数的 2%~3%,占胃肠病患者总数的 20%~30%^[1]。功能性消化不良亦是小儿常见的胃肠道疾病之一,我科应用四磨汤口服液治疗小儿功能性消化不良,疗效确切,方便经济。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 回顾我科 2009 年 5 月~2011 年 10 月治疗的 65 例功能性消化不良患儿,其中男 26 例,女 39 例;年龄 3~12 岁,平均 5.9 岁;病程 2 个月~1.8 年,平均 1.4 年。治疗期间停用其他治疗。+++++无统计学意义。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 缝合组术前 1 d 半流饮食,晚上泡服番泻叶 15 g,术晨清洁灌肠。引流组术前半流饮食,术晨开塞露 40 mL 灌肠。

1.2.2 手术方法 两组均采用局部麻醉。缝合组:由瘘管外口注入美蓝溶液,确定内口位置,探入探针,沿肛瘘外口皮肤作梭形切口,用组织钳夹住并提起瘘道的外口,用手术剪沿瘘道硬索表面切开肛管皮肤及皮下组织,将瘘管完整的剥离直到内口,切除整个肛瘘的内外口和瘘道及周围的瘢痕组织。止血后,双氧水、碘伏冲洗伤口,强生 4-0 快薇乔可吸收线缝合创口至齿线下 0.5 cm,全层连续锁边缝合不留死腔,肛缘外创面 4 号丝线褥式缝合,伤口盖纱布。术后半流饮食 2 d,控制排便,常规静滴抗生素,微波照射,术后每日换药。术后 1 周拆除丝线。引流组:与缝合组同法确定内口,沿探针方向切开全部瘘管,将腐败组织清除干净,双氧水、碘伏冲洗伤口,创面以凡士林纱布填塞,纱布覆盖伤口。术后伤口每日换药。

1.3 结果 两组治愈率均为 100%。缝合组 59 例 7~9 d 拆线出院,1 例创口轻度感染,21 d 内痊愈。引流组 66 例 15~35 d 痊愈。两组均无 1 例复发。愈合时间缝合组(9.2± 5.2) d,引流组(20.5± 10.2) d,缝合组创面愈合时间明显短于引流组(P<0.05)。肛门变形:缝合组无,引流组 18 例。

1.2 诊断标准 参照 2000 年国际专家小组制定的“罗马标准”^[2]:在过去的 12 个月内,有顽固的或反复发作的上腹部正中疼痛或不适,这些症状至少持续 12 周,但不一定连续;通过内镜证实没有明显的器质性疾病可以解释症状;也没有明显的迹象表明,消化不良可以通过排便缓解或同大便的频度或形状的变化有关。

1.3 疗效判断标准^[3] 显效:腹痛、腹胀、嗝气、厌食等症状基本消失,食欲正常;有效:上述症状减轻或改善;无效:用药前后患者症状无明显变化。

1.4 治疗方法 在明确诊断后,给予四磨汤口服液

2 讨论

低位肛瘘采用切除一期缝合,疗程短,痛苦小,较好地保持了肛门的外形与功能,疗效确切,但术后易发生感染而导致手术失败。故目前多数肛肠科医师对低位肛瘘多采取传统的切除敞开引流,手术切口开放,疗效确切,但疗程较长,愈合慢,术后瘢痕收缩可引起肛门变形,严重时妨碍肛门的功能。我院在治疗中注意以下几点,使缝合术的成功率明显提高:(1)术前肠道准备充分,以防止其内容物污染切口^[4]。(2)瘘管及周围的瘢痕组织要剥离干净,严格消毒,术中切口修剪完毕缝合前要用双氧水、碘伏洗伤口。(3)使用美国强生快薇乔 4-0 可吸收线,快薇乔-可吸收线可在 14 d 内被人体吸收,避免长期线头残留引发伤口感染及复发,提高缝合技巧,关闭好内口,应用连续锁边缝合,创面缝合时不能留有死腔,黏膜及皮肤应对合整齐,使肛门创口术后平整,瘢痕组织少,外形无外翻及内陷,缝合完后紧贴缝合处覆盖一碘伏纱布,对防止细菌侵入伤口有意义^[5]。(4)术后控制排便,术后 48 h 创口表面即被重新上皮化,48 h 后排便,细菌不易侵入创口内。(5)严格掌握适应证,感染明显、有较多的脓液及坏死组织时不宜用本术式^[6]。

参考文献

[1]刘天威,张根福.低位单纯肛瘘一期切除缝合 27 例[J].大肠肛门病外科杂志,2001,7(2):27
[2]Marvin L.Corman.结肠与直肠外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.834-835
[3]张东铭.大肠肛门局部解剖与手术学[M].合肥:安徽科学技术出版社,2006.265-266

(收稿日期:2012-02-24)