

改良式斜形切口治疗后正中型肛裂 68 例分析讨论

吴可 赵浩翔 秦兵芬 马丽明

(广西桂林市中西医结合院 桂林市肛肠病防治中心 541004)

[摘要] 目的 克服传统肛裂手术治疗不足,减少并发症,降低复发率。方法 切除肛裂病理组织后,予肛管内肛裂起点至肛缘 7 点或 5 点作一斜形切口并切开基底括约肌下缘,适当扩大修剪切口。结果 68 例肛裂患者均症状缓解,切口一期愈合,随访 3 个月无一例复发,无一例出现并发症。结论 改良式斜形切口治疗后正中型肛裂复发率低,并发症少,疗效佳。

[关键词] 改良式斜形切口;肛裂

我院 2006 年 10 月至 2008 年 2 月采用改良式斜形切口治疗后正中型肛裂 68 例,收到满意的效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 后正中型肛裂 68 例,男 32 例,女 36 例,年龄 18~55 岁,平均 40.5 岁。Ⅱ期肛裂 33 例(陈旧性型)Ⅲ期肛裂 35 例(合并哨兵痔或肛乳头肥大)。

1.2 治疗方法 常规消毒肛周局麻后适度扩肛,先完整切除肛裂病理组织,再以肛管内肛裂顶点为起点至肛缘截石位 7 点或 5 点作斜形切口并向外斜行延长切口,并在直视下切开部分内括约肌下缘及外括约肌皮下部,适当扩大斜切口修剪掉切除肛裂病理组织切口,两切口合二为一。使斜切口横截面成一个上宽下窄的倒三角形,利于切口引流,彻底止血后碘复沙条填塞切口,术毕,术后每日换药 1 次,至切口愈合。

1.3 结果 68 例采用改良式斜形切口治疗的后正中型肛裂,切口均一期愈合,随访 3 个月无复发。

2 讨论

肛裂是一种常见的肛门直肠病,肛裂是肛管或肛缘部分裂开,裂伤,肛裂大多数发生于肛管后正中,其原因:①解剖特点后中线部肛黏膜血流量较肛管其它部位血流量少^[1]。②排便时肛管后方所受压力将进一步加重后中线区肛黏膜缺血致裂口不易愈合。其手术方式有肛裂切除,括约肌扩张术,内括约肌切开术,闭合式部分内约肌切开术,肛门扩切术等,单纯肛裂切除复发率高,括约肌扩张术治疗,由于存在术后大便失禁及控制排便排气感觉异常等严重并发症,目前已废弃不用,肛管内括约肌切开术治

疗肛裂是经典的一种手术方式,从根本上缓解了内括约肌痉挛,使肛裂手术后的复发率大大的降低,传统术式是在肛管后正中线处纵形切开,但其术后肛管正中可能伴有钥匙孔样畸形的并发症^[1]。我科曾开展过直视下侧方内括约肌部分挑出切断术这类手术,但在实践中发现其侧方切口容易形成肛周脓肿或肛瘘等并发症。我们在临床行肛瘘手术中发现,在对内瘘口处肛 6 点外瘘口处肛缘 5 点或 7 点的肛瘘手术中将瘘管切除后,肛管至肛缘表成一斜形切口,未发现这种切口不愈合或愈合延迟及形成钥匙孔样畸形的并发症等情况,从中得到启发,我们将这种方式运用到肛裂的手术中,收到良好的效果。①我们采用改良式斜形切口,尽可能地避开后中线这一肛黏膜缺血区,切口位于肛管 6 点至肛缘 5 点或 7 点,其供血丰富有利于切口愈合。手术切除部分内括约肌后,缓解了括约肌痉挛,降低了肛管息压,增强肛裂切口局部微循环,改善缺血情况,向外延长切口并切开外括约肌皮下部至肛缘有利于切口引流。②肛管的扩张和肌纤维的撕裂可起到调节肛管的紧张度和保持良好的伸展度,使粪块排出顺畅无阻,排便时粪块的挤压扩张力与肛门的约束力平衡^[2]。当粪块的挤压扩张力增大时,肛门疼痛加剧,我们采用改良式斜形切口后使肛管周径增大,排便时粪块对肛管的挤压扩张力明显降低,肛门疼痛减轻。③从力学角度分析斜形切口较正中切口在排便时所受横向扩张力明显减低,其斜形切口所受的张力为后正中型切口所受张力在垂直斜切口方向的一个分力,术后排便时肛门疼痛较轻,利于切口组织修复。目前内括约肌切开术为公认的治疗慢性肛裂的金标准^[3]。④我们采用的改良术式符合该标准。手术为直视下操作,能精确切开部分内括约及外括约肌皮下部,避免了闭合式下侧方内括约肌切开手术,侧方

切口形成脓肿, 手术操作盲目的情况。及传统的肛裂手术方式, 术后有钥匙孔样征并发症, 在临床上值得推广。

参 考 文 献

[1] Marvin L. Corman 主编. COLON & RECTAL SURGERY[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 118-194.

[2] 王秋霖, 李建兵. 肛裂病因学中有关力学原理的探讨[J]. 中国肛肠病杂志, 1990, 10(3): 14.

[3] 王振宜. 开放式和闭合式侧方内肛切手术治疗存发性肛裂的前瞻性随机对照实情作研究[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(12): 726.

[收稿日期: 2008-09-23]

肛周脓肿合并糖尿病 22 例临床分析

杨向东¹ 陈小朝² 赵向东² 岳朝池²

(1 成都肛肠专科医院/中国西部 PPH 培训中心 610015; 2 成都中医药大学研究生)

本文对我院 2006 年至 2008 年收治的 22 例肛周脓肿合并糖尿病的患者做简要分析, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 共收治患者 22 例, 其中男 16 例, 女 6 例, 年龄 39~71 岁, 平均 49.2 岁。入院就明确诊断有糖尿病患者 15 例, 7 例为入院后检查确诊。依据 WHO1999 年推荐标准空腹血糖 7.0 mmol/L。

1.2 治疗方法 所有病例均短期应用胰岛素治疗, 病情稳定后改口服降糖药物维持治疗或继续应用胰岛素, 将血糖控制在 7.0~9.0 mmol/L, 保持病情稳定, 同时应用第三代头孢菌素或喹诺酮类抗生素联合甲硝唑抗感染。在应用抗生素治疗基础上, 22 例患者均行脓肿一次性根治术, 此外还要注意纠正水电解质紊乱及酸碱失衡, 支持治疗以及纠正心功能等对症治疗。

1.3 结果 22 例患者均痊愈出院, 随访 6 个月, 无 1 例复发。

2 讨论

文献报道, 糖尿病继发感染的几率是 46.8%。但继发肛周感染的的数据目前尚无确切统计。肛周脓肿合并糖尿病的特点: (1) 肛肠科医师往往对有典型“三多一少”症状的糖尿病或有明确糖尿病史者有足够的重视, 而对既无症状也无病史的糖尿病易漏诊, 以 2 型、老年患者多见, 且血糖控制不佳。(2) 起病较隐匿, 发热、畏寒多见, 常有排便不适、肛周疼痛、大便中可带有脓血。(3) 易诱发酮症酸中

毒、败血症等严重情况, 使病情更为复杂。(4) 及时手术治疗是治疗本病的关键。根据糖尿病及肛周脓肿的病情, 合理选择手术方法。一次性手术时, 清除内口要彻底, 切口引流要通畅, 但不可盲目挤压, 以免感染扩散而致邪毒内陷, 发生脓毒败血症。(5) 2 型糖尿病患者合并感染处于应激状态, 应首选胰岛素控制血糖。血糖控制到多少, 更有利于切口的愈合, 目前尚无报道, 我们的原则是尽量将血糖控制到接近正常水平。应用胰岛素可以较快地控制血糖, 口服降糖药不宜选用。(6) 中药应用术后早期根据患者体质及病情选用补益气血及透脓之法, 以扶助正气、托毒外出, 避免毒邪内陷, 可选用托里解毒汤、透脓散等方加减, 后期则以健脾益气生肌为法, 可用生肌汤加减。(7) 手术治疗的目的是迅速地引流脓液, 以缓解症状, 防止病情进一步扩散导致败血症等的发生。有学者研究, 外科手术与糖尿病的关系时指出, 脓肿切开引流反而使糖尿病明显改善。抗生素的应用最好根据脓液的药敏实验结果, 同时应早期、足量、时间要比平时长一些。若在药敏报告出来以前用药, 可根据经验判断, 一般肛周脓肿感染常见菌为革兰氏阴性杆菌, 故可用第三代头孢类或喹诺酮类抗生素, 若合并厌氧菌感染, 则加用甲硝唑。加强营养支持, 纠正低蛋白血症及贫血, 可予少量多次输注红细胞悬液、人体白蛋白、氨基酸等措施提高机体的免疫力, 有利于炎症的消退和吸收, 促进患者早日康复。

[收稿日期: 2008-07-08]