

·临床研究·

I 期手术切除小儿肛瘘 32 例

刘风英¹ 李贵信²

【摘要】 目的 总结 I 期瘘管切除缝合切口手术治疗小儿肛瘘的临床经验。方法 回顾性分析采用切除瘘管、I 期缝合切口治疗的 32 例肛瘘患儿病例资料。结果 I 期手术治愈 30 例,治愈率为 93.8%,2 例因切口感染近内口部位部分裂开,经换药治疗痊愈。2 例有缝线反应,予理疗后消失。全部病例随访 3 个月~1 年,无复发。结论 I 期切除缝合手术治疗小儿肛瘘痛苦小,疗程短,治愈率较高。

【关键词】 直肠瘘/外科学;缝合技术

小儿肛瘘是小儿肛肠外科常见疾病,手术是治疗肛瘘的主要方法,瘘道的完全切开和挂线疗法是行之有效的传统方法,但存在术后伤口疼痛重、愈合慢,病程长、肛门功能受损大的缺点。我院近 3 年来采用 I 期切除缝合手术治疗小儿肛瘘 32 例,疗效较好,现总结如下。

资料和方法

一、临床资料

本组 32 例,男 26 例,女 6 例。平均年龄 6.8 岁(1~12 岁)。27 例有婴幼儿期肛周肿痛史。25 例为瘘管位于肛门外括约肌深部以下的低位瘘,7 例为瘘管位于肛门外括约肌深部以上的高位瘘,均为无支管的单纯瘘。

二、手术指征

肛周结节反复破溃流水,发作频繁,药物治疗效果差,无肛门直肠畸形及其他合并症,肛瘘无明显感染征象。

三、手术方法

术前 3 d 开始使用头孢三代抗生素,术前 1 d 予流质饮食,术前晚及术日晨用温生理盐水清洁灌肠各 1 次,灌肠后用 10~20 ml 甲硝唑溶液保留灌肠。

采用氯胺酮静脉麻醉加局部麻醉或骶管麻醉,取侧卧位(瘘管所在身体一侧在下方),用手指扩肛后于直肠内置碘伏纱布,防止直肠内粪便污染术野;用探针探查寻找内口,沿探针钝锐交替游离至

内口,完整剔除瘘管,对位于括约肌间的瘘管应注意避免括约肌损伤;彻底电凝止血后用庆大霉素生理盐水冲洗伤口,用 3-0 可吸收肠线外翻缝合直肠黏膜层,1-0 或 2-0 可吸收线缝合肌层,3-0 可吸收线缝合皮下和皮肤。缝合时应对合齐整,无张力,不留死腔,术毕创面用碘仿纱条外敷,肛内置肛管减压排气,女性患儿留置导尿管 1 周。

四、术后处理

术后禁食 3~5 d,不禁水。静脉应用抗生素 1 周。伤口暴露,每日更换外用碘仿纱条,注意保持伤口清洁,排便后及时清洁消毒。

结 果

本组 I 期手术治愈 30 例,治愈率为 93.8%,2 例因切口轻度感染在近内口部裂开,经伤口换药痊愈。2 例出院后 3 个月内出现缝线反应,经理疗痊愈,无 1 例出现肛门功能障碍。全部病例随访 3 个月~1 年,患儿排便正常,无复发病例。

讨 论

小儿肛瘘多为后天获得^[1],多由小儿腹泻引起肛窦炎症,扩散为肛周脓肿,并反复发作致形成慢性窦道所致^[2]。由于新生儿期肛腺发育不全,机体免疫能力差,母体高雄激素水平的刺激以及呈漏斗状外形的肛隐窝容易积存粪屑等生理解剖因素等导致小儿发生肛窦感染的可能性大大增加^[3]。腹泻、大小便护理不当等外源性因素使细菌不断从肛瘘内口(感染的肛窦)进入,(下转第 48 页)

作者单位:1.山东省德州市联合医院小儿科(253000);2.山东省德州市人民医院肛肠科(253000)。

小儿急性胰腺炎诊断并不困难,临床医师对本病应有足够的认识。在急性腹痛发作伴上腹部压痛或左腰部叩击痛,腹膜刺激征伴有血性腹水,血、尿或腹水中胰酶升高,以及影像学检查胰腺有炎症改变,而排除其他急腹症者即可诊断本病^[2]。急性轻型胰腺炎和重型胰腺炎是本病发展的两个阶段,二者之间没有明显的界限。急性重型胰腺炎临床表现凶险,患儿发病后短时间内可出现严重的腹膜刺激征、腹水、肠麻痹、脱水和休克。因此,急性胰腺早期诊断,积极治疗是降低死亡率的重要环节。

急性胰腺炎的治疗包括非手术治疗和手术治疗。对非手术治疗后病情无好转或持续恶化的病例,手术治疗非常重要。从本组经验来看,胆道疾患的胆源性胰腺炎,因有胆囊或胆管器质性病变或机械性梗阻,非手术治疗效果差,因此,应采取积极手术治疗。手术的目的是清除坏死感染的组织和充分引流,防止大量炎症介质进入血流导致其他组织器官受损,胰腺坏死组织清除术的原则是:①尽量保存有活力的胰腺组织;②手术操作要仔细,即要尽量

清除胰腺和胰腺外坏死组织,又要尽量减少术中 and 术后出血;③引流通畅,要保证术后腹膜坏死组织和渗出最大限度的排出和引流^[3]。对手术时机的选择上许多学者有不同的观点。我们认为,如有下列指征应尽早手术:①胆源性胰腺炎胆道梗阻不缓解或加重;②出现弥漫性腹膜炎;③CT 发现胰腺有脓肿、坏死;④无法排除其他威胁生命的急腹症时^[4]。

参 考 文 献

- 1 褚先秋. 小儿急性胰腺炎的临床特点与实验研究[J]. 中华小儿外科杂志, 2003, 24(1): 54.
- 2 吴梓梁, 主编. 临床儿科学[M]. 广州: 广州出版社, 1998. 1650.
- 3 雷若庆, 张圣道. 胰腺坏死感染的手术指征时机和方式选择[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 12(3): 34.
- 4 陈洁. 小儿急性胰腺炎的诊断和非手术治疗[J]. 小儿急救医学, 2003, 10(6): 349.

(上接第 43 页)

造成慢性感染, 形成迁延不愈的肛瘘。

小儿肛瘘在治疗上不仅要求疗效好, 复发率低, 而且对小儿控便、排便能力也有较高的要求。虽然部分肛瘘可以自愈, 但大部分患儿都需要手术治疗。传统的窦道切开和挂线疗法愈合时间长, 一般约需 4 周左右, 且术后伤口疼痛较重, 小儿配合能力差, 也给治疗和护理带来一定的困难。

我院采用 I 期切除瘘管、缝合切口的手术方式治疗肛瘘, 该手术具有创伤小, 操作简单易行, 痛苦小, 复发率低, 肛门控便能力良好, 疗程短的优点, 但可能发生切口感染。我们在工作中体会到只要严格掌握手术指征(对无明显感染的单纯肛瘘可采用该手术方法), 完善围手术期处理, 手术时操作细致即可以有效地减少切口感染的发生。手术中还应注意以下要点: ①术前积极控制感染, 清洁肠道; ②仔细探查瘘管走行和内口, 完整切除瘘管, 对于瘘管粗大、瘢痕组织较多者宜尽量减少周围健康组织特别是肌肉组织的损伤; ③缝合前手术创面彻底止血和冲洗, 以减少上皮细胞碎片的存在, 从

而减少异物感染的机会^[4]; ④手术缝合紧密, 分层对合齐整, 避免留死腔, 重视括约肌修补对瘘管复发的影响, 可采取分层缝合的方法, 加强对括约肌的修补, 使创面缝合紧密; ⑤术后控制肛门排便 5~7 d, 加强伤口护理, 及时清除肛内分泌物。

参 考 文 献

- 1 刘宇, 陈雨历. 瘘管切除直肠粘膜下拖出覆盖瘘内口治疗小儿单纯性肛瘘 [J]. 临床小儿外科杂志, 2003, 2 (6): 147.
- 2 孙琳, 王燕霞. 小儿肛瘘的好发部位和原因探讨 [J]. 临床外科杂志, 1994, 2 (6): 306-307.
- 3 张东铭, 主编. 盆底与肛门病学[M]. 贵州科学技术出版社, 2000. 448-469.
- 4 李正, 王慧贞, 吉士俊. 小儿实用外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 957.

I 期手术切除小儿肛瘘32例

作者: 刘凤英, 李贵信
作者单位: 刘凤英(山东省德州市联合医院小儿科, 253000), 李贵信(山东省德州市人民医院肛肠科, 253000)
刊名: 临床小儿外科杂志 
英文刊名: JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY
年, 卷(期): 2007, 6(3)
被引用次数: 1次

参考文献(4条)

1. 李正;王慧贞;吉士俊 小儿实用外科学 2001
2. 张东铭 盆底与肛门病学 2000
3. 孙琳;王燕霞 小儿肛瘘的好发部位和原因探讨 1994(06)
4. 刘宇;陈雨历 瘻管切除直肠粘膜下拖出覆盖瘻内口治疗小儿单纯性肛瘻[期刊论文]-临床小儿外科杂志 2003(06)

引证文献(1条)

1. 付树华 直肠内修补缝扎治疗女婴直肠前庭瘻9例[期刊论文]-结直肠肛门外科 2009(2)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200703019.aspx

授权使用: 黔南民族师范学院(gnnzsfxy), 授权号: eb6de71d-f341-4a88-9124-9ed40112c745

下载时间: 2011年4月29日