

文章编号:1005-6947(2005)03-0237-02

· 技术改进 ·

# 改良开放术治疗高位肛瘘:附38例报告

刘征云

(广西玉林市卫生学校附属医院 外科, 广西 玉林 537000)

**摘要:**将38例高位肛瘘采用瘘管切除,保留括约肌,内口黏膜下移,创面开放引流进行治疗;结果示38例全部临床治愈,无肛门变形、失禁等并发症,随访0.5~1年无复发;提示用改良开放术治疗高位肛瘘是安全可行的,实用的。

**关键词:**肛瘘/外科学;引流

**中图分类号:**R635 **文献标识码:**C

肛瘘是肛肠外科常见多发病,治疗肛瘘行之有效的的方法是手术。1999~2003年,笔者应用改良开放术治疗高位肛瘘38例,取得显著疗效。现报告如下。

## 1 方法

### 1.1 术前准备

术前2d用1:5 000pp液坐浴,每天早晚各1次,同时口服肠道抗菌药。术前晚口服电解质洗肠液和/或清洁灌肠。

### 1.2 手术方法

1.2.1 麻醉 采用低位连续硬膜外麻醉,俯卧折刀位,0.1%新洁尔灭酊消毒肛管直肠。1:100 000肾上腺素普鲁卡因液浸润瘘管周围组织。

1.2.2 手术步骤 (1)扩肛,暴露肛

管,观察齿线部的肛窦,尤其是前后正中位的肛窦。用手触扪,了解内口及瘘管的走向,用美蓝与双氧水1:2液从外口注入,观察内口染色情况,以明确内口位置,用7号丝线8字缝闭外口(图1)。(2)以外口为中心作一直径约2cm的椭圆形切口,向外牵拉瘘管,用剪刀沿着瘘管管壁向内口方向作隧道式锐性分离,到达括约肌后,沿瘘管走向切开皮肤及皮下组织至内口处(不能切断括约肌),在内口处分离瘘管通过括约肌的部分,使瘘管游离贯通,经肛门把瘘管全部拉入肛内,于肛内距内口0.5cm处切除内口黏膜及炎性疤痕组织,连同整条瘘管一同移去(图2,3)。(3)仔细进行创面止血,用3%双氧水

和0.5%甲硝唑液冲洗创面,向上分离内口创面边缘的直肠黏膜及部分直肠壁,使之形成黏膜瓣,在无张力的情况下,把黏膜瓣拉下用2-0可吸收缝线全层间断缝合在暴露的括约肌上。缝合时,缝针必须通过瘘管移去后造成的缺损处,从而达到修补括约肌深部的缺损,使下移的黏膜直肠壁与括约肌之间不留死腔(图4)。(4)若有支管,支管短者,可连同主管一起剥除;支管长者,可在与主管汇集部切断,待切除主管后,再切开支管表面皮肤及皮下组织,进行支管的切除;也可以不切断支管,当剥除主管到达支管汇集部时即开始剥切支管,全部支管剥除后,再剥离切除主管及内口,这种情况本组有2例。创面彻底止血后敞开,用凡士林纱条填塞引流。

图1 明确内口位置及瘘管走向

图2 隧道式瘘管锐性切除

收稿日期:2004-04-28; 修订日期:2005-01-31。

作者简介:刘征云(1967-),男,广西博白人,广西玉林市卫生学校附属医院主治医师,主要从事大肠肛门病方面的研究。

通讯作者:刘征云 电话:0775-2820104, 13006950678(手机); E-mail:WXLiuy1413@126.com。

图3 把瘻管拉入肛内并从肛内切除瘻管和内口

图4 把黏膜瓣缝至暴露的括约肌上,肛外切口开放

### 1.3 术后处理

术后控制大便72h,常规应用抗生素3~5d,48h后撤除敷料,用1:5000PP液坐浴,便后必需坐浴。坐浴的同时教会患者把创面的分泌物洗干净,不用换药。饮食以高营养半流质为主,保持大便通畅。一般住院7~9d,门诊复查治疗。

## 2 临床资料与结果

本组38例均为高位肛瘻,其中单纯性26例,复杂性12例,全部符合1975年全国肛肠学术会议制定的诊断标准,男34例,女4例;年龄19~58岁,病程1~10年。外口距肛缘5~7cm。均为首次手术。

38例均一次手术治愈,治愈率100%,无肛门失禁、变形、狭窄等并发症和后遗症,伤口愈合时间12~33(平均20)d。随访0.5~1年未见复发。

## 3 讨论

高位肛瘻是指外括约肌深部以上的肛瘻,分为单纯性(只有一个瘻管)和复杂性(有多个瘻口和多个瘻管),临床上绝大多数肛瘻都属“腺源性肛瘻”<sup>[1]</sup>,是公认的外科领域内难治性疾病之一<sup>[2]</sup>。如果处理不当,可引起肛门的变形、狭窄、失禁、复发等并发症和后遗症,并可带来严重的后果。因此,治疗中既要达到根治,又要保全肛门正常功能,既要根治感染的来源——内口,又要保留完整的肛门括约肌。从1999年起,笔者在参考高野正博术式的基础上<sup>[3,4]</sup>,选择适合的高位肛瘻病例采用

改良开放术治疗,取得令人满意的效果。和高位肛瘻低切高挂的经典术式相比,改良开放术有如下的优点:(1)彻底切除原发感染灶——肛腺及周围炎性疤痕组织。(2)完整保留了肛门括约肌,避免了术后肛门失禁的严重并发症。(3)彻底切除瘻管的炎性肉芽组织,使健康的创面更易生长,缩短疗程。(4)创面开放引流,避免了切口深部的积液,有利原瘻管处的括约肌健康生长。(5)创面不用换药,减少患者痛苦和经济负担。

在施行改良开放术时应注意如下几个问题。

(1)手术的适应证 静止期肛瘻且纤维硬化明显的;只有一个内口;除肺结核、克隆病等特异性感染所致的肛瘻;全身营养状况良好。

(2)手术要领 第一,内口的确定和处理:肛瘻手术的成败关键是内口的正确定位和处理<sup>[5]</sup>,处理好内口是治愈肛瘻的前提条件。如果按上述方法仍未查找到内口,则在剥离瘻管接近肛门时,向外牵拉瘻管,即可见内口部位随瘻管向外而凹陷。此外还可采用B超、造影、MRI、索罗门定律等方法来确定。总之,查找内口的方法多种多样,应用时要结合具体的病例酌情选用。内口的处理方法亦是多种多样,有重叠修补法,原位皮瓣填塞内口法,直接缝合关闭内口法等,但笔者认为这些方法都在直肠内留下了创面,如有不妥,就会引起感染。因此,笔者借鉴了黏膜移位修补术<sup>[6]</sup>,分离内口黏膜时必须带有直肠

壁肌层,下移缝合时无张力,同时在缝合时必须把括约肌深部缺损缝闭。这样直肠黏膜的完整性得以恢复,肛内黏膜光滑完整无缝合创面,避免了从肛内引起感染的可能。第二,术中切除瘻管要彻底干净,从括约肌中分离瘻管时必须紧贴瘻管管壁,瘻管游离贯通后才拉入肛内,这样切除内口及疤痕组织时就不会损伤括约肌。第三,术前肠道准备一定要充分,这样能为减少术后污染和控制大便作准备。第四,创面要彻底止血,创口开放引流;术后48h撤除敷料即可起床活动。

### 参考文献:

- [1] 艾中立,钱群. 肛瘻复发的原因与对策[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2002,8(3):143-144.
- [2] 黄乃健. 高位肛瘻挂线器械的研制和临床应用[J]. 中国肛肠病杂志, 2001,21(5):8-10.
- [3] TaKano M. Anatomical fistulectomy[J]. J Jan Soc Coloproctol, 1992,45(1):41-43.
- [4] TaKano M. Extrasphincteric radical operation of deep, Complicated fistula [J]. J Jan Soc Coloproctol, 1985, 18(5):345-354.
- [5] 唐宗江. 肛瘻的诊断与治疗原则[J]. 中国实用外科杂志, 2001,21(11):647-649.
- [6] 喻德洪. 现代肛肠外科学[M]. 北京:人民军医出版社,1997. 211-219.