维普资讯 http://www.cqvip.com

而过分牵拉更易撕破毗邻静脉，形成恶性循环。其次，门静脉高压时，门静脉—腔静脉侧支循环开放，一旦发生出血，量大且不易止住。同时，新开放的侧支循环与曲张的胆道静脉可压迫、甚至阻塞胆管[2]，这也增加了手术的难度。另外，肝硬化病人的凝血功能低下也是发生大出血的原因之一。

本资料中，术中发生大出血者多为Ⅱ～Ⅲ级肝硬化病人，15例合并有急性胆囊炎的病人均有不同程度的出血，且该类病人发生肝衰、甚至多器官功能不全的可能性也较大。因此，对Ⅱ～Ⅲ级的肝硬化病人及肝硬化合并急性胆囊炎的病人实施手术治疗的危险性极高，如确需手术治疗者，应选择合理的、简单易行的手术方式，避免发生大出血是手术成功的关键。

[参考文献]

[1] Sheen IS, Liaw YF. The prevalence and incidence of cholecystolithiasis in patients with chronic liver diseases: A prospective study [J]. Hepatology, 1989, 9(4): 538－540.
[2] 张 黎，杨 镇. 门脉高压性胆道系统病变研究进展[J]. 肝胆外科杂志，2000，8(5)：393－394.

（编辑：文 灿）

一次手术治疗复杂肛周疾病376例临床分析

Clinical analysis of treating 376 cases with complex anal disease by one operation

梁德森，孟庆辉，刘 昶
（哈尔滨医科大学第一临床医学院普外科，黑龙江 哈尔滨 150086）

[关键词] 肛周疾病；手术
[中图分类号] R657.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)04－0275－02

自1999年5月至今我科采用一次手术治疗复杂肛门周围疾病376例，疗效满意，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

376例病人，男213例，女163例。环形混合痔248例、肛周脓肿74例、复杂肛瘘47例、肛裂合并混合痔17例。

1.2 治疗方法

1.2.1 各种混合痔 术前常规行肠道准备，手术采用鞍麻，左侧卧位，先行后位正中的括约肌部分切开，取粗丝线部分缝扎后位正中的外括约肌浅部，对于合并肛裂的患者此处缝扎应适当深些，以达治疗肛裂之目的。根据痔核数量、部位、形态及肛门外痔的关系，一般选择截石位3、7、11点的母痔核距齿状线上0.5～1.0 cm处行粗丝线缝扎，缝扎前须要潜行游离痔核以保证在各缝扎区之间均留有粘膜及皮肤，必要时皮肤和粘膜可用丝线间断缝合。缝扎后注射自制消痔液。肛管容许通过一横指余为宜，术毕用油纱卷压迫止血。术后隔日换药，每日坐浴，约2周后结扎线脱落痊愈。

1.2.2 肛周脓肿 在行脓肿切开引流的同时，小心探查感染之内口，一次挂线，预防脓肿切开后肛瘘形成。

1.2.3 复杂肛瘘 指存在多个内口或外口的肛瘘。手术麻醉满意后，联合应用美蓝及多根探子，确保找到每一个内口及外口，只有查找到所有的内口才能保证术后不会再次复发，然后联合应用切除、剔除、切开及挂线等方法以保证对每一个内口及窦道均能有效处理。术后均隔日换药，每日高锰酸钾坐浴，直至痊愈。

[收稿日期] 2003－08－11 [修回日期] 2003－09－20

2 结果

376例随访3年，无复发病例。除1例术后出现短暂肛门狭窄，经定期扩肛2月后痊愈外，未出现其它并发症。

3 讨论

对于环形痔，传统的切除或改良的环形痔切除易造成肛门的环形狭窄。本组病例采用后位部分切开括约肌，术中潜行分离，保留皮肤和粘膜，剥离血管团，修剪皮肤缘，缝合，完整保留肛管皮肤和粘膜，同时采用自制的消痔液，加速结扎痔核脱落的过程，有效的防止因手术造成无皮性的瘢痕狭窄和破坏触发区所致的大便失禁，避免传统环切后的环形狭窄，治愈率高，复发率低，并发症少。

肛周脓肿和肛瘘如今已被人视为一种疾病的两个不同阶段，二者互为因果[1]。因而在本组病例中，肛周脓肿的治疗着重注意了脓肿切开引流后肛瘘形成的预防，即确切寻见肛脓肿感染的内口，预防性的挂线治疗肛瘘的形成取得满意疗效。

对于存在多个内口或外口的复杂肛瘘，其手术治疗的重点在于找到所有的内口，避免遗漏。只有消灭了感染的内口来源，肛瘘才有可能获得有效的治愈，不再复发。我科利用自制肛瘘探子在美蓝的指示下均能有效寻见肛瘘内口，加以切开，对潜行的窦道完整或部分切除，联合挂线疗法切开内口，47例均获有效治疗，无复发病例。

[参考文献]

[1] 徐会明，宁新荣. 肛门直肠脓肿一期切开挂线防治肛瘘36例分析[J]. 山西临床医药杂志，2001，10(10)：771.

（编辑：兰阳军）