维普资讯 http://www.cqvip.com

18-19

7

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 3 期总第 23 期

直肠肛管周围脓肿 42 例手术治疗体会

四川省犍为县孝姑中心卫生院 叶超儒

(四川犍为,邮政编码 614405)

R657.150.5

提要 文章通过对肛管的组织解剖结构和直肠肛管周围脓肿的发病原因的分析,提出了采用脓肿切开引流加挂线法治疗直肠肛管脓肿的手术治疗方法。并采用此法治疗患者 42 例取得满意效果。文章还进一步讨论了直肠肛管周围脓肿的单纯切开引流法;脓肿切开引流加内外口间组织切断法;脓肿切开引流加挂线法等三种术式的优缺点。作者认为:采用脓肿切开引流加挂线法治疗直肠肛管周围脓肿具有手术操作简单快捷,出血少,对脓肿的一期治愈,预防其形成肛瘘有显著疗效。

关键词 直肠肛管周围脓肿;切开引流;挂线。

直肠肛管周围脓肿一旦有脓肿形成通常采用脓肿切开引流治疗,但约有 50%的患者将由此而形成为肛瘘[1],需行第二次手术治疗肛瘘。增加了患者痛苦和经济负担。近 3 年来,我院采用脓肿切开引流加挂线法治疗直肠肛管周围脓肿共 42 例,在一期治愈直肠肛管周围脓肿,预防其成为肛瘘上取得了满意效果,现总结报告如下:

一般资料:我院自 1994 年以来采用脓种切开引流加挂线治疗直肠肛管周围脓肿共 42 例。其中:女性 10 例,男性 32 例,年龄最小者 5 岁,年龄最大者 72 岁,发病后就诊最早者 48h,最迟者 8 天。本组有肛门部跳动性疼痛者 40 例,占 95.2%,有畏寒发烧者 39 例,占 92.6%,有大便里急后重者 30 例,占 70.2%,局部有红、肿、热、痛者 10 例,占 23.8%,有排尿困难者 2 例。本组均于术前穿刺证实脓肿形成。

手术方法:麻醉用骶管内麻醉或局麻,对年龄较小缺乏合作的患儿采用氯胺酮麻醉。对肛傍皮下脓肿采用放射状切口;对坐骨肛管脓肿采用前后方向弧形切口,大致与外括约肌纤维平行,且应在括约肌之外侧,距肛门至少 3cm,于波动感最明显处作切口 2cm±。切开皮肤后用血管钳戳入脓腔内放出脓液,排尽脓液后用双氧水冲洗脓腔,然后用一根软质易弯之探针,尾端缚上一根消毒的橡皮筋,将探针头从切口部伸入脓腔内探寻内口,一手食指伸入肛管内摸索探针头,将探针头自内口引至肛管弯曲探针,从肛门口挂出,切开内外口间的表面皮肤,把探针完全拉出肛门外,拉紧橡皮筋,使其嵌入皮肤切口内,用血管钳夹住,在血管钳下方用 7 号丝线双重结扎收紧的橡皮筋,然后移出血管钳结束手术。术后每次排便后用高锰酸钾温热水坐浴,常规给予对革兰氏阴性杆菌有效的抗生素,口服缓泻剂减轻排便时疼痛。

临床结果:本组 42 例患者,术后挂线脱落时间为 9~13 天,治愈时间为 10~15 天,平均 12.5 天,术后随访时间 3 月至 1 年,无一例术后形成肛瘘。

讨 论

一、直肠肛管周围脓肿的感染灶多来自肛腺感染[2],肛腺开口于肛隐窝,由于其开口向上,粪便易损伤或嵌入引起水肿,感染延及肛腺,由此而向周围的疏松结缔组织扩散而形成直肠肛管周围脓肿。

二、对直肠肛管脓肿常采用单纯切开引流法治疗,其术后需要定期更换引流物,由于肛门部神经末梢丰富,故痛苦较甚。而采用脓肿切开引流加挂线治疗,术后不需换药,大大减轻了患者痛苦。

三、直肠肛管周围脓肿采用单纯脓肿切开引流术治疗。通常有 50%的患者将成为肛瘘,将不可避免地需行二次手术治疗。采用脓肿切开引流加挂线疗法可以一期治愈,避免了肛瘘的形成和二次手术,大大缩短了病程,减轻了患者痛苦和经济负担。

四、直肠肛管周围脓肿采用脓肿切开引流加内外口间组织切断法,可以预防其成为肛瘘,但手术操作稍复杂,且会将肛门括约肌或多或少地一期切断,如因技术不熟练常会失败或由于肛括约肌过度损伤而致并发症[3]。采用此法治疗有手术操作较复杂,术中损伤组织较多和出血较多,术后患者同样面临定期换药之痛苦等诸多不足。而采用脓肿切开引流加挂线法治疗,则有手术操作简单,术中组织损伤小,出血少,由于挂线是利用其机械作用力,边切开边愈合,完全不必担心肛门括约肌过度损伤而致肛门失禁的并发症。两种方法相比较虽然都有预防其形成肛瘘之效,但挂线法却能克服切断法之诸多不足。

五、采用脓肿切开引流加挂线法治疗。由于术中放尽了脓液,并用双氧水冲洗了脓腔,加之挂线后其橡皮筋对脓腔有较好的引流作用[4],是故不必担心脓腔引流不畅的问题。

六、本法能一期治愈直肠肛管周围脓肿,起到预防其成为肛瘘作用的关键在于术中准确找到原发病灶所在的内口。寻找内口时必须轻柔操作,以防造成假内口

维普资讯 http://www.cqvip.com

而遗漏原发病灶所在的真内口，达不到一期治疗之目的。寻找内口时可根据 Goodsall 氏规律[5]，细心探查。若寻找内口确有困难者，不可盲目行事，亦以先期单纯脓肿切开引流为妥。

参 考 文 献

1. 钱礼. 腹部外科学，上海：人民出版社 1973：416，416～417、418～419.
2. 裘法祖. 外科学，第 4 版，北京：人民卫生出版社 1995：505.
3. 钱礼. 腹部外科学，上海：人民出版社 1973：416，416～417、418～419.
4. 吕树森. 外科学，第 1 版，北京：人民卫生出版社 1986：313.
5. 钱礼. 腹部外科学，上海：人民出版社 1973：416，416～417、418～419.

（收稿日期：1997－03－20）

浅论手术后预防感染药物的正确使用

山东省淄博市山东铝业公司医院药剂科 刘玉梅 王宝珍

（山东淄博，邮政编码 255069）

提要 本文主要对手术后预防感染药物的不合理应用进行了分析，说明了预防感染药物效果不佳的原因，如临床细菌学诊断错误、药物选择不当，药物不能抵达病变部位以及配伍不当产生的拮抗作用，给药方法不当产生的耐药性和不良反应，指出了应用预防感染药物的注意事项。

关键词 手术后；预防感染药物；正确使用。

近年来，我国药学事业发展迅速，抗感染和预防感染的药物新品种、新剂型不断问世，给预防和抗感染治疗增加了有效的药物，使预防感染疾病基本得到控制。由于预防和抗感染药物的应用愈来愈广泛，我院在选择应用药物中出现了滥用药、乱用药以及配伍或给药方法不当等问题，导致了预防感染药物的治疗失败。如何合理应用抗感染药物，充分发挥药物作用，仍应值得探讨和关注的问题。

一、失败原因如下：①临床和细菌学的诊断错误：细菌培养和药敏试验是选择抗感染药物的科学依据，只有确定引起感染的致病菌，才能合理选择抗感染药物。如患败血病者，用头孢唑啉治疗 3 天后，效果不明显，经细菌培养为绿脓杆菌感染引起的败血症后，改用头孢噻亏钠治疗，3 天后收到了良好的效果。②预防和抗感染药物的选择不当：药物的选择，首先应了解药物的作用原理，以及引起感染的致病菌，如耐药物性金葡菌感染时，宜选用耐青霉素酶的半合成青要素。如绿脓杆菌引起的感染，宜选用广谱青霉素类，头孢菌素类或与氨基甙类药物合用，可收到良好的效果。③药物不能抵达病变部位：颅脑部手术后的病人在选用药物时，首先要考虑到透过脑屏障性能好的药物，当药物进入脑脊液中药物浓度高，持续时间长。如青霉素，氨苄青霉素可迅速抵达病变部位发挥作用。④药物配伍不当而产生拮抗作用：拮抗作用的产生，主要是药物配伍不当，如抑菌剂和杀菌剂合用，则出现拮抗作用。⑤用量不足是影响疗效的主要原因之一：如在治疗胆囊炎患者术前准备时，用环丙沙星 200mg，每日一次静滴，6 天后效果不理想，将环丙沙星剂量为 800mg，每日两次，4 天后有效率达 90%。用量及疗程不适当，不但达不到有效的治疗目的，反而产生耐药性。因此掌握用药剂量和疗程，可使药物保持有效的血药浓度，充分发挥作用，迅速达到治愈效果。细菌可对多种抗菌药物产生耐药性，应有计划的更换药物，尽量避免长期用药。预防耐药菌株和二重感染的发生。⑥给药方法不当：不合理的给药方法，不但达不到有效目的还可导致不良反应的产生。口服头孢菌素类宜饭前 0.5～1 小时，空腹吸收效果好，不会因食物干扰而影响吸收，降低疗效。静滴头孢菌素类宜将一次用量的药物溶于 50～100ml 溶剂中，历时 0.5～1 小时滴入静脉，药物在短时间内进入体内形成较高的血药浓度迅速发挥作用。如溶剂过多，滴速过慢，血液浓度不能迅速提高，不利于疗效的发挥。

二、合理应用预防和抗感染药物应注意的问题

①掌握药理作用，使其作用与引起感染的致病菌相适应。②选择适宜的剂量和疗程，确定合理的给药方案。③掌握用药指征，药物的不良反应，毒副反应及一些特殊情况下的用药，避免毒副反应给病人带来的痛苦。④了解药物的作用特点，做到合理配伍，达到安全有效的用药目的。

（收稿日期：1996－12－02）