

肛管直肠损伤 37 例诊治分析

张 刚, 伍万权, 余红东

[摘要] 目的:探讨肛管直肠损伤的诊断和治疗。**方法:**对 1999 年 1 月至 2009 年 1 月收治的 37 例肛管直肠损伤患者的病例资料进行回顾分析。**结果:**直肠损伤 29 例, 肛管损伤 8 例, 合并伤 26 例。37 例均行手术治疗, 单纯修补加局部引流 17 例, 修补加结肠造口 14 例, 单纯粪便转流加引流 6 例。36 例治愈, 1 例死亡。7 例术后发生并发症。**结论:**早期诊断, 合理应用修补、转流、引流三项措施, 控制感染和积极处理合并伤是提高治愈率、降低病死率的关键。

[关键词] 直肠/损伤; 肛管/损伤; 外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 657.12

[文献标识码] A

Diagnosis and treatment of 37 cases of anorectal injuries

ZHANG Gang, WU Wan-quan, YU Hong-dong

(Department of General Surgery, Xinhua Hospital of Xinhua Medical Group, Huainan Anhui 232052, China)

[Abstract] Objective: To investigate the diagnosis and treatment of anorectal injuries. **Methods:** The clinical data of 37 patients with anorectal injuries from Jan. 1999 to Jan. 2000 were analyzed. **Results:** Of the 37 patients, 29 had rectal injuries, 8 cases anal injuries and 26 cases presented combined injuries. All the cases received surgical therapy. Simple anorectal repair plus drainage was performed in 17 cases, anorectal repair plus sigmoid colostomy in 14 cases and colostomy for fecal diversion and drainage in 6 cases. Thirty-six of the 37 cases were cured and 1 died. Complications occurred in 7 cases. **Conclusions:** Early diagnosis, proper application of repair, fecal diversion and drainage, positive management of infection and associated injuries are essential to improve the cure rate and reduce the mortality of anorectal injuries.

[Key words] rectum/injuries; anal canal/injuries; surgical procedures, operative

肛管直肠紧贴盆腔骶骨凹, 有坚实的骨盆保护, 故损伤发生率较低, 占腹部外伤的 0.5% ~ 5.5%^[1]。由于肠内细菌多, 一旦出现损伤, 易发生感染, 且直肠周围间隙多, 血运差, 感染后易扩散。肛管直肠损伤时常合并其他器官损伤, 若处理不当, 可引起严重感染并发症, 甚至危及生命。1999 年 1 月至 2009 年 1 月, 我科共收治 37 例肛管直肠损伤患者, 现就其诊治作回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 28 例, 女 9 例; 年龄 13 ~ 74 岁。致伤原因: 车祸伤 15 例, 坠落伤 8 例, 锐器伤 6 例, 直肠异物伤 5 例, 医源性损伤 3 例(乙状结肠镜检查损伤)。损伤部位: 直肠 29 例, 其中腹膜内段直肠 14 例, 腹膜外直肠 15 例; 肛管 8 例。合并骨盆骨折 15 例, 小肠或结肠破裂 2 例, 肝或脾破裂 4 例, 膀胱破裂 3 例, 尿道损伤 5 例, 阴道损伤 1 例, 腹膜后血肿 10 例。便血或肛门流血 22 例, 腹痛 16 例, 腹膜刺激征 13 例, 肛门皮肤撕裂出血 8 例, 会阴部疼痛 17 例, 血尿 5 例, 休克 6 例。损伤程度按美国创伤协会器官损伤鉴定委员会 1990 年提出

的多个器官损伤程度分级^[2], I 级 6 例, II 级 16 例, III 级 10 例, IV 级 5 例。

1.2 诊断 根据受伤史、临床表现、伤道、肛门指诊及辅助检查等作出诊断。直肠指诊 37 例, 22 例有阳性发现(指套带血或触及肠道有缺损); 直肠镜检查 2 例, 均为阳性; B 超检查 37 例, 15 例发现腹水, 13 例盆腔腹膜后血肿。腹部 X 线片 20 例, 6 例有气腹征。

2 结果

37 例均行手术治疗, 一期单纯修补加局部引流 17 例(腹膜内段 4 例, 腹膜外 8 例, 肛管 5 例), 肛管、直肠修补加乙状结肠造口 14 例, 单纯粪便转流加清创引流 6 例。合并伤给予相应的处理。36 例治愈, 1 例死于感染性休克。7 例术后发生并发症, 其中肛门直肠周围间隙感染 2 例, 经置管引流后痊愈; 4 例切口感染, 经换药后治愈; 1 例肠痿, 经腹腔引流管持续负压吸引及间断冲洗, 1 个月后愈合。

3 讨论

3.1 诊断 肛管直肠损伤按损伤部位分为(1)腹膜反折以上的损伤; 主要表现为腹痛、腹胀及腹膜炎体征, 诊治不困难。需要引起重视的是闭合性直肠损伤早期症状不明显, 由于直肠内容物干结不易流

[收稿日期] 2009-10-14

[作者单位] 新华医疗集团新华医院 普外科, 安徽 淮南 232052

[作者简介] 张 刚(1975-), 男, 主治医师。

入腹腔,穿孔后腹膜刺激症状可不明显,或被其他损伤器官的症状所掩盖。本组 1 例车祸伤,早期无腹痛,观察 24 h 后出现下腹痛。(2)腹膜反折以下、提肌以上损伤:其诊治常较困难,因其周围为疏松结缔组织,局部感染严重且很快向周围间隙扩散,形成直肠周围蜂窝组织炎、脓肿等,严重者致败血症及感染性休克,甚至死亡。本组 1 例患者臀部被犁耙扎伤,在当地医院行局部清创缝合,损伤后 3 天转我科才手术,结果发生感染性休克死亡。因此,肛管直肠损伤早期诊断极为重要,我们认为有如下情况时,应考虑肛管直肠损伤可能:会阴部、骶尾部、下腹部或近肛门的臀部外伤史,特别是出现骨盆骨折或膀胱、尿道、阴道损伤者;便血或肛门流血,肛门坠胀或里急后重;创口有粪便或气体溢出;肛门溢尿,尿中有气体或阴道溢粪;有腹膜刺激症,腹腔穿刺抽出粪性浑浊液或血性液体,涂片镜下查见脓球;常规行直肠指诊,如发现有血染、触及裂口或异物时,则考虑有损伤;辅助检查,X 线检查见膈下游离气体或直肠异物,骨盆 X 线片或 CT 检查发现骨折断端刺向直肠或膀胱,直肠周围积气,B 超提示腹水或盆腔腹膜后血肿等情况时,应考虑到直肠损伤的可能。(3)肛提肌以下的直肠、肛管、肛门括约肌及周围皮肤损伤:多为表浅的开放性损伤,主要表现为肛门流血及皮肤撕裂伤,诊治亦不困难。

3.2 治疗 本组全部行手术治疗。有合并伤时,应按损伤控制外科技术原则,先救命,后治伤^[3]。优先处理危及生命的损伤,积极抗休克治疗,再行肛管直肠损伤手术治疗。Ogilvil 提出的结肠造口术、有效的清创修补、粪便转流和彻底引流四步法是处理直肠肛管损伤的经典模式,但对于不同类型的直肠肛管损伤侧重点有所不同。(1)腹膜反折以上的损伤:应尽早剖腹探查,无血运障碍的肠壁挫伤或血肿,非全层肠壁裂伤或全层裂伤 < 1/2 肠周径,腹腔污染不严重,损伤时间 < 6 h 者可行一期清创修补,腹腔充分冲洗后放置有效的引流,而不必行粪便转流。对于接近盆底腹膜的直肠损伤可在术中把盆底腹膜提高,使直肠损伤处位于腹膜外,因一旦发生肠瘘,可减少腹腔感染的机会。对于全层裂伤 > 1/2 肠周径,多发性直肠挫裂伤,损伤时间 > 6 h,腹腔污染严重,合并有严重腹内其他器官伤、骨盆骨折、膀胱、尿道或阴道损伤,年龄 > 60 岁,全身情况较差,伴有休克者,修补后应加做近端结肠造口,彻底转流粪便。对严重的直肠损伤,肠管有可能坏死死者,可切除损伤肠段,行 Hartmann 手术,留待二期吻合。本组腹膜反折以上的直肠损伤有 14 例,4 例行一期修补,8 例加行近端结肠造口,2 例因直肠多发性挫裂伤合并直肠系膜血肿,有肠坏死危险,行直肠部分切

除 + Hartmann 术。术后发生切口感染 2 例,经换药后治愈。1 例发生肠瘘,经腹腔引流管持续负压吸引和间断冲洗后愈合。(2)腹膜反折以下、肛提肌以上的损伤:对于受伤时间短,局部污染轻者,可以行一期清创修补加创周置管引流。距肛门 6 cm 以上的直肠损伤,经肛门修补困难,刘剑等^[4]认为可经腹打开腹膜反折显露、修补裂口。创周置管关闭盆底腹膜,引流管从右下腹经腹膜外戳孔引出,不行乙状结肠造口。若受伤时间长,局部污染重或伴有骨盆骨折、膀胱、尿道或阴道损伤者,修补后应加做乙状结肠造口,彻底转流粪便。若直肠的破损修补困难,Burch 等^[5]认为不必勉强修补,而梁磊等^[6]认为应尽量减少直肠损伤创面,以防术后直肠内肉芽组织过度增生,导致术后直肠狭窄甚至闭塞。本组腹膜外损伤 15 例,8 例行一期清创修补加创周引流,4 例加做乙状结肠造口,3 例修补困难,仅行乙状结肠造口和创周引流。术后发生切口感染 2 例,经换药后治愈。2 例发生直肠周围间隙感染,经置管冲洗引流后治愈。(3)肛提肌以下的损伤:如创口小,无直肠周围间隙污染者,清创后用可吸收线缝合修补,放置引流。如损伤污染严重,或并发血肿感染者,则行局部清创引流加乙状结肠造口,待创口愈合后评定直肠肛管功能后行 2 期手术。本组 8 例,5 例行一期清创修补加局部引流,3 例肛门括约肌损伤污染严重,行单纯乙状结肠造口和局部清创引流,6 个月后进行二期手术修复肛门括约肌,均恢复良好。

3.3 术后处理 早期联合应用广谱高效抗菌及抗厌氧菌药物;确保引流通畅;营养支持治疗,待肛门排气后进流质,控制排便;肛门处行修补术者术后要定期扩肛,加强功能锻炼,以防肛门狭窄;行乙状结肠造口者,加强造口护理,3 个月后还纳造口;肛门括约肌损伤一期未修补者,6 个月后进行二期手术修复^[1]。

【参 考 文 献】

- [1] 艾中立,钱群. 直肠肛管损伤的诊治原则[J]. 临床外科杂志, 2001,9(4):199-200.
- [2] Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA, et al. Organ injury scaling, II: Pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum [J]. J Trauma, 1990,30(11):1427-1429.
- [3] 同柏刚,徐世伟,万忠庚,等. 损伤控制外科技术在严重创伤急救中的应用[J]. 创伤外科杂志,2007,9(2):106-108.
- [4] 刘剑,张贵阳,徐永健. 肛管直肠损伤 18 例诊治分析[J]. 浙江创伤外科,2006,11(2):126-127.
- [5] Burch JM, Feliciano DV, Mattox KL. Colostomy and drainage for civilian rectal injuries: Is that all? [J]. Ann Surg, 1989,209(5): 600-611.
- [6] 梁磊,乔唐,徐永健. 肛管直肠损伤 16 例临床分析[J]. 结直肠肛门外科,2007,13(5):313-314.