

肛管直肠异物嵌顿 26 例临床诊治体会

覃安强, 杨昌谋^①

(右江民族医学院附属医院肛肠科, 广西 百色 533000 E-mail: qaqhb@163.com)

摘要: **目的** 通过对肛管直肠异物嵌顿不同类型的划分及诊治方法的临床研究, 总结该类疾病的诊治经验。 **方法** 收集 2000~2014 年间右江民族医学院附属医院肛肠科收治的肛管直肠异物患者 26 例, 对患者的诊治经过进行回顾性分析。 **结果** 本组 26 例病例中, 10 例门诊治疗后恢复好, 16 例住院手术治疗, 术后住院 3~7 d, 所有患者均康复出院。 **结论** 根据肛管直肠异物嵌顿的不同, 选择合适的治疗手段, 是顺利将异物取出, 减少并发症、提高治愈率的关键。

关键词: 肛管; 直肠; 异物; 嵌顿

中图分类号: R657.1

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2015)03-0408-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.03.025

肛门直肠内异物嵌顿是少见的肛肠科疾病, 临床发病率低, 大多通过明显的病史可以确诊^[1], 但异物的大小、种类各有不同, 且多为急诊病例, 如果处理不及时, 则可能出现严重的并发症, 故应引起临床重视。笔者通过对 10 余年来在我院就诊的 26 例肛管直肠异物嵌顿的患者进行个体化分组治疗, 现将结果总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2000~2014 年间我科收治的肛管直肠异物患者 26 例, 其中男性 20 例, 女性 6 例; 年龄 6~70 岁, 平均 40 岁, 病程 1 h~2 d。异物的种类有碎骨、鱼刺 7 例, 牙签 1 例, 西瓜子 3 例, 卷成筒状百元钞票 1 例, 沙石 2 例, 铁钉 1 例, 假牙 3 例, 树枝 1 例, 其余 7 例全部为男性肛源性异物嵌顿(异物有黄瓜、胡萝卜、玻璃注射器活塞、塑料瓶等)。异物最长的 16 cm, 直径最大 5 cm。主要症状: 腹痛、腹胀、肛门疼痛及坠胀感、出血及排便困难等。

1.2 治疗方法 ①非手术治疗组: 口服清肠剂, 如: 甘露醇、硫酸镁、聚乙二醇电解质散等或者使用开塞露、石蜡油等从肛门逆行灌肠将异物排出, 或扩肛后直接用手指或者镊子取出。②手术治疗组: 麻醉后肛门直肠充分松弛, 在肛门镜下探查, 了解肛内异物的走向、性质及数目, 镜下钳取出异物。以上病例, 异物取出后均给予适当的药物抗炎治疗及保护肠黏膜治疗。

2 结果

本组 26 例病例中, 10 例门诊治疗后恢复好, 16 例住院手术治疗, 术后住院 3~7 d, 所有患者均康复出院。

3 讨论

3.1 肛管直肠异物的分类和诱因 本病总共有 5 个种类: ①口源性异物; ②内源性异物; ③外伤性异物; ④肛源性异物; ⑤迁移性异物。对肛肠科医师而言, 最常见的为肛源性及口源性^[2]。故本文重点探讨这两类异物的诊治体会。肛源性异物的类型很多, 分析异物从肛门进入的途径可能有: ①为了减轻肛门直肠的不适症状或追求性快感而自慰插入后无法拔出; ②医源诊断和治疗器械(肛温计、灌肠管等); ③遭受恶意攻击损伤; ④无法预料的意外事件。一般而言, 绝大多数口源

性异物是一些没有消化吸收的骨头碎渣、小鱼刺或者牙签等等在直肠壶腹处聚积形成, 或者是由于异物嵌入直肠壁后无法自行排出所致。李凯等^[3]指出: 绝大多数口源性异物在 4~5 d 之内可经肛门排出。但如果进入直肠的异物周径 ≥ 5 cm, 长度 ≥ 12 cm, 带有钩、刺、多棱角或者达到一定的数量, 则机体很难排出。

3.2 诊断和检查 首先是仔细问诊。本病与常规疾病诊断不同的是大部分肛源性异物的患者由于隐私而不愿意如实提供病史, 所以此类患者在询问病史时应该为医患双方一对一进行, 避免无关人员在场, 同时, 我们应该做到保护及尊重患者的隐私, 这样患者才能对我们产生信任感, 从而无所保留地向我们提供出真正的致病因素。但有时候, 对于口源性异物, 患者绝大多数为误食或不良的生活饮食习惯所致, 患者本身有可能并不清楚是这些饮食习惯导致此类疾病, 因此, 患者无法主动提供确切的可能诱因。因此, 在患者就诊时, 医师应通过仔细询问患者病史及饮食习惯, 嘱其回忆近期摄入的食物, 对肛门直肠异物疾病的诊断以及进一步判断异物可能的类型有确诊的意义。本病临床检查手段以直肠指检为首选, 对于不能明确诊断的病人, 可以选择对其进行肛门镜检查, 而如果通过上述两种方法均无法满意判断又或是需要更进一步地明确所嵌顿异物的种类和所处位置的一些病例, 可选择行下腹部 X 线片、下腹部 CT 等检查, 也有助于我们的诊断和制定所要采取的治疗方案。

3.3 治疗 基础治疗, 首先要交代患者在患病期间尽可能以休息为主, 避免剧烈运动, 对于精神紧张的病人或幼童可给予适当的言语安慰, 必要时甚至可以采取药物镇静。原则上来说, 对于非手术治疗病例, 导泻剂并非是需要马上使用的, 因为使用导泻剂后, 肠蠕动增强, 其可能的后果是会使异物嵌顿更深, 或引起出血、肠穿孔等一系列并发症^[4]。对于无梗阻症状的口源性肛管直肠异物患者, 我们可以通过反复灌肠, 必要时手工分次取出。本组 10 例患者经上述治疗而痊愈。

手术治疗, 采用肛周局部浸润麻醉或腰麻、硬膜外麻醉后松弛肛管, 在肛门镜下探查, 了解肛内异物的走

(下转第 418 页)

① 通讯作者

- [2] Marchie A, Kumar A, Catre M. A modified surgical technique for reconstruction of an acute acromioclavicular joint dislocation[J]. *Int J Shoulder Surg*, 2009, 3(3):66-68.
- [3] Shin SJ, Yun YH, Yoo JD. Coracoclavicular ligament reconstruction for acromioclavicular dislocation using 2 suture anchors and coracoacromial ligament transfer[J]. *Am J Sports Med*, 2009, 37(2):346-351.
- [4] 蔡兵, 于沈敏, 林文, 等. 锁骨钩锁定钢板结合锚钉修补喙锁韧带治疗 Tossy III 型肩锁关节脱位[J]. *创伤外科杂志*, 2014, 16(6):500-502.
- [5] 恽常军, 钱文杰, 朱小国. 双 Endobutton 技术治疗急性 Tossy III 型肩锁关节脱位[J]. *中国骨与关节损伤杂志*, 2014, 29(7):712-713.
- [6] Karlsson J, Arnarson H, Sigurjonsson K. Acromioclavicular dislocations treated by coracoacromial ligament transfer[J]. *Arch Orthop Trauma Surg*, 1986, 106(1):8-11.
- [7] Zvijac JE, Popkin CA, Botto-Van BA. Salvage procedure for chronic acromioclavicular dislocation subsequent to overzealous distal clavicle resection[J]. *Orthopedics*, 2008, 31(12).
- [8] 李学涛. 两种手术方法治疗新鲜 Tossy III 型肩锁关节脱位疗效分析[D]. 乌鲁木齐:新疆医科大学, 2012:1-12.
- [9] 韩纲, 梁雨田, 唐佩福, 等. AO 锁骨钩钢板治疗 Tossy III 型肩锁关节脱位的随访研究[J]. *中华创伤骨科杂志*, 2006, 8(2):123-126.
- [10] 伍松涛. 双 Endobutton 钢板治疗 33 例 Tossy III 型肩锁关节脱位的疗效观察[J]. *中国医药导刊*, 2013, 15(2):266-267.

收稿日期:2015-01-20;修回日期:2015-05-20

(上接第 408 页)

向、性质及数目,我们可以在掌握了异物的种类后,视情况采取不同的措施将异物钳出体外。如对于部分刺入直肠壁的异物,未穿透肠壁的可在肛门镜下用血管钳,逆向拔出,局部直肠黏膜下有小脓肿可顺便挤压出来。对于一些肠道包裹得较好的圆柱状异物,会因为近心端形成负压,而不能拔出,此时切记不要强行拔出,以免损伤直肠,建议取小号吸痰管,经润滑后沿肠壁小心穿过并超越异物,套上 50 ml 注射器经抽吸无血及异物后向吸痰管内注入空气,一般经注入 150 ml 空气后,异物可缓慢向肛门方向拔动,在此过程中,如果再次出现拔不动的情况,可第二次向肠腔内注入空气,如此反复,我们就可以将异物安全地从直肠内取出。异物被从体内取出后,我们应该短期使用抗菌药物以预防直肠感染病例的发生,疗程为 1~2 d 即可。向海军等^[5]建议患者每次解大便后使用 1:5 000 高锰酸钾溶液坐盆,这样就可以做到预防感染及肛周脓肿的形成,但患者对高锰酸钾溶液配制浓度不易控制,如浓度过高,易引起皮肤灼伤,出于此考虑,我们对于经济条件较好的患者,可使用金玄痔科熏洗散坐盆后再使用复方角菜酸酯栓肛内换药,而对于异物嵌顿较

久,病情比较重的患者,尚可以每晚睡前使用 0.5% 甲硝唑注射液保留灌肠治疗。

总之,肛管直肠异物嵌顿患者是肛肠科的急诊病例,对于大多数病例而言,及时到肛肠科门诊救治可获得临床痊愈,若延误治疗,久之可导致肛周脓肿、肠梗阻、腹膜炎甚至腹腔直肠内穿孔、中毒性休克等^[6]。因此,肛肠科医师应灵活掌握其诊断及治疗方式,处理要及时、准确、细致,避免并发症的发生。

参考文献:

- [1] 赵光荣,赵蓓,粟仲锐. 食源性直肠异物误诊一例[J]. *海南医学*, 2014, 25(2):291-292.
- [2] 韩立久. 直肠异物 3 例[J]. *河北医药*, 2010, 32(12):1663.
- [3] 李凯,朴慧权. 直肠异物 21 例发病原因及诊疗经验总结[J]. *中国医学工程*, 2011, 19(10):132.
- [4] 林俊平,杨为民,吕璋,等. 直肠损伤临床特点和手术疗效分析[J]. *结直肠肛门外科*, 2006, 12(1):41-44.
- [5] 向海军,雷绍斌,龚德英. 肛管直肠异物 29 例临床分析[J]. *中华全科医学*, 2011, 9(6):882-883.
- [6] 蔡碧波,张振勇,张霓. 肛管直肠异物嵌顿的诊治体会[J]. *实用医学杂志*, 2013, 29(7):1147-1149.

收稿日期:2015-03-12;修回日期:2015-03-30