

● 报告与分析 ●

早期手术治疗急性嵌顿痔之我见

黄解申

(湖南省桂阳县中医院肛肠科 桂阳 424400)

关键词:嵌顿痔;早期手术

中图分类号:R 657.15

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)02-0044-01

1 临床资料

本组男 67 例,女 11 例;年龄 21~67 岁,以 33~52 岁者最多;致病因素为负重过劳 38 例,饮食辛辣、醇酒刺激之品 26 例,粪便干结努挣 14 例;主要表现为肛门部剧痛、痔核脱出、局部肿胀、排便困难、肛门肿物不能自行回纳。

2 手术方法

在局麻或骶麻下,病人取侧卧位,肛门部常规消毒,盖无菌孔巾,直肠内用 1%新洁尔灭液消毒;指检扩肛后,用组织钳提起痔核,然后用止血弯钳夹住内痔的基底部,如有外痔,应一同夹住,松开提起痔核的组织钳,在外痔部分,先作 V 字形切口,注意保留肛管皮瓣。用组织弯剪将 V 字形皮瓣下的外痔静脉丛剥离至齿线处,注意保留齿线处正常敏感区。止血弯钳尖端应斜向上多夹一些粘膜,避免内痔因粘膜松弛而术后脱出。在止血弯钳下内痔部分,用 10 号丝线结扎,不宜过松。剪去外痔和被结扎的部分内痔。用同样方法处理其它痔块,使肛缘皮肤呈开放性放射状切口。侧面和肛门内,放入凡士林纱条,外用塔形纱布压迫包扎,并用长条宽胶布固定。对肛管水肿和血栓形成者,可在病人截石位 3 点、7 点、11 点肛管区外侧,各作一个减压切口,然后用止血钳剥离血栓及曲张的静脉丛。切口延至肛缘外,以减压引流。若合并肛裂者,应在 6 点处由内向外切断内括约肌,切口延至肛缘外侧的皮肤浅表部。术后正常饮食和大便,但要保持大便软化。便后用芒硝加水 300mL 肛门坐浴,每次约 15~30min,用马应龙麝香痔疮膏换药至创面愈合。

3 治疗结果

经上法治疗后,全部治愈,无后遗症,无并发症。术后 2~4d 肛管水肿完全消退,7~10d 痔核脱落,创面渐愈合。住院时间为 11~16d,平均 13d。术后对 78 例随访 2 年,均无复发。

4 典型病例

雷某某,男,33 岁。1999 年 3 月 5 日初诊。因长途步行负重,宿痔感染加重,感肛内肿物脱出,不能回纳。经中药、肌注青霉素,以及封闭疗法,外用马

应龙麝香痔疮膏等均未见效。行本文术式 2d 后水肿完全消退,疼痛缓解,术后第 8 天痔核脱落,住院 12d 病愈出院,随访 2 年未见复发。

5 体会

嵌顿性内痔属常见病,多发病,本组患者都经中西药物坐浴、外敷药物、局部封闭等治疗无效而行本文术式。本组男性明显多于女性,与其大多有饮酒、过食辛辣、吸烟等刺激因素有关,也与其劳动强度大,使腹内压增高,肛门括约肌功能较强,易引起痉挛性收缩有关。病人多有痔核脱出肛外史,由于内痔经常脱出,压迫肛门组织,使静脉回流受阻,血管内瘀血,血栓形成,组织间隙压力增高,大量液体渗出,形成肛管水肿,肛门组织因血运障碍,组织内酸性代谢产物淤积刺激末梢神经而产生剧痛。疼痛使肛门括约肌痉挛,静脉回流更加受阻,痔核内血管水肿、渗出,晚期则由于动脉供血不足或衣裤摩擦,致表面粘膜糜烂、破溃,甚至发生坏死。对嵌顿痔或血栓形成绞窄的治疗,以往认为嵌顿痔核体积大,肛管水肿,手术易损伤肛管上皮,手术难度大,手术后并发症多,多主张保守治疗为主,待水肿消退,痔核复位后再行手术治疗。根据本组患者的治疗,我们认为嵌顿痔发生后手术越早越好,对痔粘膜部分糜烂、坏死者,也应积极施行手术治疗。实际上手术开始,在麻药的作用下,肛管水肿迅速消退,痔核缩小,仍可按外剥内扎术的方法进行,并不会损伤肛管上皮。当痔核表面粘膜完整时,虽有血栓,但炎症轻微。当痔核粘膜糜烂破溃时,虽有炎症,但深部组织、附近粘膜及外括约肌皮下部均无显著的炎症改变。因此嵌顿痔和血栓形成不会增加手术难度和手术后发生并发症,切除感染病灶是为了防止感染扩散,但术中必须注意,适当保留肛管直肠的粘膜和皮肤,以防术后肛门直肠狭窄。对肛管血栓形成和水肿者应作 3 个减压切口,剥离血栓和曲张的静脉丛。由于及时解除嵌顿,恢复正常的解剖位置,开放引流后,水肿很快消退。

(收稿日期:2002-11-04)