

侧位内括约肌切断扩肛缝合术治疗陈旧性肛裂疗效观察

何德才¹ 赵自星²

(1 川北医学院附属医院 四川南充 637000; 2 成都中医药大学附属医院 四川成都 610072)

关键词 陈旧性肛裂 内括约肌切断术 指法扩肛术 外翻缝合术 紫草油纱条 疗效观察

中图分类号 R 657.1⁴

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)04-0027-02

1998 年以来,我们采用侧位内括约肌部分切断、扩肛、切口作褥式外翻缝合治疗陈旧性肛裂 100 例,与随机分组采用后位内括约肌切断术治疗的 100 例相对比,疗效明显优于对照组。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 陈旧性肛裂 200 例,男 107 例,女 93 例;年龄 14~68 岁;病程 1~19 年;肛裂部位:后正中位 98 例,前正中位 59 例,前后正中位均有 17 例,其他部位 26 例;并发哨兵痔 173 例,肛乳头肥大 82 例,皮下瘻 16 例,肛隐窝炎 47 例,肛周湿疹 6 例。上述病例按病人入院顺序随机分为 2 组,各组 100 例,A 组(治疗组)采用侧位内括约肌切断扩肛术,B 组(对照组)采用后位内括约肌切断术,2 组病例性别、年龄、病程、肛裂部位及并发症等方面无明显差异。

1.2 手术要点 A 组:截石位,腰俞穴麻醉。于 5 点或 7 点位距肛缘约 1.5 cm 处作 1 cm 长放射状切口,左手食指伸入肛内

摸清括约肌间沟作引导,右手用弯止血钳挑出部分内括约肌(不超过齿状线),用 2 把止血钳同时夹住挑出的内括约肌,自中间切断,切断内括约肌宽度为 1.0~1.5 cm。而后双手食指、中指伸入肛内,手腕相交,缓慢而持续用力扩肛,时间不少于 5 min。切口作褥式外翻缝合,对痔、肥大肛乳头及皮下瘻者一并处理。B 组:6 点位作梭形切口,上至齿状线,下至肛缘外 1.5 cm,切除裂口基底部溃疡瘢痕组织,切断部分内括约肌,切口开放,对痔、肥大肛乳头及皮下瘻者一并处理。A 组外翻缝合线于术后 3 天拆除,2 组病例术后均用紫草油纱条换药至痊愈。

2 结果

2.1 疗效评定标准^[1] 治愈:裂口愈合,症状消失;好转:裂口或创面缩小,症状改善;未愈:术后 1 月症状无改善,裂口无变化。

2.2 2 组疗效比较 200 例肛裂详细治疗结果见表 1、表 2。

门变形。

3 讨论

3.1 肛瘻是常见的肛门直肠疾病,是比较难治的病种之一,由于瘻管发生原因和部位复杂,治疗方法各异。肛瘻的理想治疗方法应该是既要根治疾病,又要保护肛门正常功能。因此在施行手术时,必须遵循其治疗原则,选择疗效最好、损伤最小的手术方式。传统的手术治疗方法治疗肛瘻采用肛瘻切开术、肛瘻切除术、肛瘻挂线术,或其两者并用,切口二期愈合。疗效确切,各具优点,但往往由于切口大,形状不规则,换药时病人痛苦大,存在创口愈合迟,少数甚至愈合迟缓,最终致肛管缺损,或肛门形态位置不同程度的变异,易致肛门变形等。针对类似问题,近来涌现了肛瘻切除植皮术、肛瘻内口切开术、肛瘻切除一期缝合术等治疗肛瘻。我们采用肛瘻切除一期缝合术治疗肛瘻,经过 35 例临床观察,认为此方法治疗低位肛瘻是较理想的,符合肛周解剖生理学特点,易于彻底治愈肛瘻,对组织损伤小,能更好地保护肛门皮肤完整性及肛门功能。术后疗程短,平均 10.5 d,明显优于传统的手术治疗方法,缩短了疗程,简化了护理,减轻了病人痛苦,减少了后遗症,降低了病人医疗费用,提高了社会效益。该法操作简便、安全可靠,适用于低位肛瘻,值得基层医院推广。由于用该法治疗高位肛瘻的病例少(本组只有 1 例),不敢妄言其疗效,有待与同行共同积累资料研讨。

3.2 正确找准内口是手术成败的关键。肛瘻是一种内穿直肠必须有管道,外穿皮肤必须有外口的化脓性疾病,一般肛瘻均有内口,大多数内口在肛窦部。肛瘻手术的成功关键是彻底清除感染的肛腺和肛窦,即正确找到内口^[1]。我们的经验是

在充分麻醉下,用肛门拉钩扩开肛门,可见一凹陷性硬结,硬结旁肿胀,发红,即为发炎的肛隐窝;探针探及最薄处穿出,此处多为内口。但切不可盲目乱穿造成假道而使手术失败。只有找到真正的内口才能把瘻管全部切除。

3.3 创面处理是手术成功的重要环节。创面出血不要结扎止血,以减少异物造成感染的机会。创面缝合一定要准确,对合要平整,要全层缝合,缝合时要达到创面的底部,一定不能残留死腔,以免造成创口内积血感染的机会。便后创面及时清洗,而后用 5%PVP-I 纱而覆盖,注意观察创口情况,发现有感染应及早处理。

3.4 术前肠道准备、术后控制大便及营养支持、抗生素应用也是保证手术成功的重要环节。我们在术前用全消化道灌洗的方法作肠道准备,既缩短了肠道准备时间,也利于术后控制大便;术后直肠内放入美施康定片是利用其在镇痛的同时有发生便秘的作用^[2],从而有助于术后控制大便;术后换药用太宁栓塞肛的目的是为受损或有炎症的粘膜提供一个较好的康复环境,同时其润滑作用易于粪便的排出,减轻肛门疼痛、出血、瘙痒等症状并有抗炎的作用^[3]。

参考文献

[1] 张东铭. 盆底与肛门病学 [M]. 贵阳: 贵州科技出版社, 2000.234~245
[2] 陈金星, 吕洋. 美施康定直肠给药治疗术后疼痛的临床观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2000, 6(2): 82
[3] 蒋朱明, 唐伟松, 曹金锋. 等. 直肠黏膜保护剂治疗痔急性发作的临床研究[J]. 中华外科杂志, 2001, 39(1): 53~55

(收稿日期: 2004-02-13)

自拟益气养阴汤治疗鼻咽癌放疗反应 30 例临床分析

陈黎莉 龙浩

(江西省肿瘤医院中西医结合科 南昌 330029)

关键词 :鼻咽癌放疗反应 中医药疗法 益气养阴汤

中图分类号 R 739.6

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0028-02

笔者采用中药治疗鼻咽癌放疗反应 30 例,并与 20 例对照组进行比较,现将疗效观察结果报告如下:

1 临床资料

本组病例均为 1996~2002 年期间我院住院患者,经病理学诊断为鼻咽癌,均接受放射治疗。治疗组 30 例,其中男性 22 例,女性 8 例;最大年龄 71 岁,最小年龄 16 岁,平均 47 岁;发病时间最长 3 年,最短 2 个月,平均 18 个月;卡氏评分,最高 90 分,最低 60 分,平均 76.35 分。对照组 20 例,其中男性 18 例,女性 2 例;最大年龄 50 岁,最小年龄 26 岁,平均 39 岁;发病时间最长 3 年,最短半年,平均 16 个月;卡氏评分最高 90 分,最低 60 分,平均 78.5 分。伴有颈部淋巴结肿大者,治疗组 12 例,对照组 4 例。

2 治疗方法

自拟益气养阴汤,方剂组成:黄芪 30g,党参 30g,南、北沙参各 10g,麦冬 15g,天花粉 10g,女贞子 10g, 丹参 15g,金银花 15g。在上述主方基础上,辨证施治,随症加减:口干便秘,选加大黄、桃仁、麻仁;夜寐不安,选加酸枣仁、煅龙牡、五

味子;食欲不振,选加茯苓、苡仁、白术、炒谷麦芽;鼻塞,选加辛夷花、苍耳子;低热盗汗,选加青蒿、凤凰衣、生地;头痛选加川芎、白芷、防风。放疗期间,每天服 1 剂,每剂煎 3 次,代茶饮用。服用最长者 4.5 个月,最短者 22d,平均服用 45 剂;对照组单纯放疗,未配合中药。

3 疗效观察

治疗组有效(顺利完成放疗,未间断)30 例,无效(间断 3d 以上,不能如期完成放疗)0 例;对照组分别 15、5 例。前者总有效率 100%,后者 75%。经统计学处理, $P<0.01$,2 组间比较差异有显著性意义。

4 讨论

中医学无鼻咽癌病名,但类似鼻咽癌症状的描述散见“鼻衄”、“鼻渊”、“石上疽”、“真头痛”^[2]。鼻咽癌治疗首选放疗。放疗期间,口咽、鼻咽、鼻腔、副鼻窦内粘膜放射 40Gy 后,血管壁变薄,通透性增强,可出现粘膜水肿或充血,甚至形成溃疡。腮腺照射 2Gy 后,即可发生腮腺肿胀,当照射 40Gy 后,唾液分泌明显减少,组织学上有实质细胞增生变

与传统的后位内括约肌切断术比较具有疗程短、治愈率高等优点。

该术式特点是:(1)采用侧位手术,目的是减轻后正中位(Minor 三角)最大创伤,尽量避开该部位的乏血管区,避免了后位供血不良,愈合迟缓,以及后位手术形成锁孔样畸形的弊端。(2)在直视下挑出内括约肌切断,并控制切断范围不超过 2cm,这样既解除了内括约肌的痉挛,又保证了术后肛门括约肌功能的完整性。(3)切口作褥式外翻缝合,止血充分,避免了术后切口处血肿的发生。(4)外翻缝合,引流充分,减少了大便对创面的摩擦,降低了感染率,同时减轻了术后疼痛,缩短了愈合时间。(5)术后指法扩肛,可将手术中未分离彻底的病理性纤维组织断离,保证了手术效果,同时使内括约肌充分松弛,提高了远期疗效。

本术式既有效解除内括约肌痉挛,又保证了术后肛门括约肌功能的完整性,且具有术中出血少、痛苦小、感染机会少、疗程短等优点,是目前治疗陈旧性肛裂的理想术式,值得临床推广应用。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.132
[2]张东铭.肛裂的现代概念[J].大肠肛门病外科杂志,2001,7(4):3
[3]Pitt J,B80 oulos PB.Chemical sphincterotomy for anal fissures [J].Colorectal Dis,1999,1(1):2~8

(收稿日期 2004 - 04 - 19)



表 1 2 组术后指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	疼痛缓解时间/d	感染	复发	溃疡愈合时间/d	肛门控制功能障碍
治疗组	0.85 $\pm$ 0.40 [▲]	0 [△]	2 [△]	9.51 $\pm$ 0.47 [▲]	0 [▲]
对照组	2.53 $\pm$ 0.57	0	3	13.23 $\pm$ 0.38	4

注:与对照组比较,▲ $P<0.05$,△ $P>0.05$ 。

表 2 2 组疗效比较

组别	治愈	好转	未愈	治愈率(%)
治疗组	100 [▲]	0	0	100
对照组	85	13	2	85

注:与对照组比较,▲ $P<0.05$ 。

从表 1、2 中可以看出,2 组术后感染和复发率差异无统计学意义($P>0.05$),而 2 组在疼痛缓解时间、溃疡愈合时间、肛门控制功能障碍、治愈率方面比较差异均有显著统计学意义($P<0.05$),治疗组明显优于对照组。

3 讨论

现代概念^[2]认为肛裂的本质是缺血性溃疡,是内括约肌痉挛诱发肛管后供血不足,日久难以愈合而成溃疡。内括约肌痉挛是肛裂的病因而不是结果,如何解除内括约肌痉挛是治疗肛裂的关键。国外报道用硝酸甘油膏(GTN)局部外用和肉毒素(BT)局部注射具有暂时性降低内括约肌张力,从而促进肛裂愈合的作用,称为化学性括约肌切开术^[3]。但该方法副作用大,疗程长,复发率高。故手术治疗仍是慢性肛裂治疗的理想选择。根据肛门解剖学特点,我们自行设计了侧位部分内括约肌切断、扩肛、切口作褥式外翻缝合治疗陈旧性肛裂,