

外科治疗精索静脉曲张 52 例

斯琴巴特尔

(内蒙古赤峰市克什克腾旗医院 克什克腾旗 025350)

关键词:精索静脉曲张;左麦氏切口;手术疗法

中图分类号: R697.24

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)05-0059-01

精索静脉曲张是泌尿外科常见疾病,以往的手术治疗常因其分支漏扎而复发。2002 年 4 月~2004 年 12 月,我们用左麦氏切口结扎精索静脉曲张 52 例,效果满意。报告如下:

1 临床资料

本组 52 例,年龄 18~56 岁;未婚 18 例,已婚 34 例;有症状者 36 例,不育者 8 例;精索静脉曲张 I 度 7 例, II 度 13 例, III 度 32 例。52 例全部随访,左阴囊内蚯蚓状团块消失 45 例,团块明显减轻 7 例,无 1 例复发。

2 手术方法

皮肤切口 4cm,左髂前上棘与脐连线之外 1/3 的交接点上,并与之相垂直,切口之 1/2 在连线上方,1/2 在连线下方。将腹膜斜肌腱膜沿其纤维方向切开,并将腹内斜肌和横肌作

钝性分开,用窄“S”拉钩将腹膜向中线拉开,即从腹膜后看到 1~2 条蓝色粗大的精索内静脉。游离切开此静脉,用 41 号线结扎两断端,不放引流,手术时间 20min 左右,术后观察 1~2d 可出院。

3 讨论

精索内静脉在内环处有许多条分支,具有输精管并行,常漏扎而复发。我们采取左侧麦氏切口于腹膜后行真正高位的精索内静脉结扎,在此该静脉多合并成 1 条,很容易寻找和操作。

通过本组 52 例治疗,我们认为本切口有手术简单、并发症少、复发率低、恢复快和费用少等优点,值得推广应用。

(收稿日期: 2005-05-15)

切开挂线并用治疗肛门狭窄 100 例

胡晓阳¹ 宗洪波²

(1 江西中医学院附属医院 南昌 330006; 2 江西中西医结合医院 南昌 330077)

关键词:肛门狭窄;手术疗法;切开;挂线疗法

中图分类号: R 657.1¹7

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)05-0059-01

临床上对于肛门狭窄的手术治疗方法通常采用切开与扩张术、肛管成型术与挂线术等,而我们则对肛门狭窄手术方法进行改良,采用切开与挂线并用治疗肛门狭窄取得了较满意的疗效。我们主要对痔瘘、直肠脱垂注射或结扎术后肛门狭窄,慢性或放射性肛管直肠炎、肛管直肠化学损伤引起的肛门狭窄进行改良手术方法治疗,术前经扩肛治疗 4 个月无好转者。

自 1995 年起我科采用切开挂线改良手术方法治疗肛门狭窄 100 例,疗效满意。诊断标准参照 1995 年国家中医药管理局规定的《中医病症诊断疗效标准·肛门直肠狭窄诊断标准》,术前病理检查除外癌性狭窄,术前肛门口径≤1.8cm。

手术方法:患者取侧卧位,常规消毒铺巾,局麻后直肠指诊明确狭窄部位,在狭窄中部纵形切开肛管瘢痕至正常组织,楔形切除两侧瘢痕组织,探针系丝线自切口上缘穿至狭窄上缘,穿过瘢痕组织基底部,包括部分内括约肌下缘,外括约肌下部,丝线一端系橡皮筋拉出,拉紧橡皮筋结扎。根据狭窄情况可几处同时挂线,术后适当应用抗生素预防感染,肛门坐浴、换药至挂线自然脱落,创面愈合。术后症状全部消失,排便通畅,食指能顺利通过原狭窄部位,肛门口径≥2.25cm。术后随访 1 年后均无复发,基本解除了排便困难,无肛门失禁等合并症及后遗症。疗效标准,参照 1995 年国家中

医药管理局制定的《中医病症诊断疗效标准·肛门直肠狭窄疗效标准》。

肛门狭窄的常见原因为先天畸形、炎症、损伤和肿瘤,狭窄形态分管状、环状、线状等,肛门狭窄临床表现为排便困难、肛门疼痛,指诊时通过肛管困难,有明显触痛,临床上以痔瘘、直肠脱垂注射或结扎术后肛门狭窄为常见。

中医挂线疗法治疗肛门狭窄主要是利用“线”的切割作用,适用于肛管的环状、镰状狭窄。可多部位分别挂线,以达到放射状切开狭窄部分,改善狭窄所致的排便困难。切开主要保证术后良好的创面引流以及在紧线或挂线脱落后创面能由深而浅的愈合,提高手术成功率。通过橡皮筋收缩对括约肌慢性切割有利于保护肛门括约肌功能,防止术后肛门失禁、肛门移位变形、术后出血等后遗症,挂线还能治疗肛门狭窄合并便秘症状。

总之,改良手术方法有以下优点: (1) 损伤小、出血小、痛苦轻、恢复快,适用于老年患者及体质偏差者,故也可用于门诊手术。(2) 术后早期有利于肛门扩张,促进排便,避免了创口感染及狭窄。(3) 术后无后遗症,不必担心损伤括约肌而引起大便失禁。(4) 更适合于肛管狭窄位置偏高,尤其直肠下端狭窄者。以上这些优点是其他手术方法治疗肛门狭窄不能达到的,我们在临床上对改良手术方法应给予大力推广。

(收稿日期: 2005-03-28)