

改良外剥内扎术治疗混合痔

沈建法

(浙江省桐乡市中医医院 桐乡 314500)

关键词:混合痔;外剥内扎术;硬化剂注射

中图分类号:R 657.17

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)06-0052-02

为提高混合痔的手术疗效,保持肛门的自然解剖状态及肛门肛管功能,减少术中术后出血及术后水肿疼痛、肛门狭窄、尿潴留、术后瘢痕形成的可能性,缩短创面愈合时间,我院自 2001 年 6 月~2005 年 8 月采用改良的外剥内扎术治疗混合痔 80 例,疗效满意。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 242 例,男性 148 例,女性 94 例;年龄 19~81 岁;病程 2 个月~30 年。临床诊断 I 期内痔 140 例,II 期内痔 80 例,III 期内痔 22 例;其中合并严重贫血 29 例、高血压者 24 例,拒绝手术者 18 例。

1.2 诊断标准^[1] I 期内痔:只在排便时出血,痔块不脱出于肛门外。II 期内痔:排便痔块脱出于肛门外,排便后能自行回纳。III 期内痔:痔块脱出于肛门外需用手辅助才可回纳。IV 期内痔:痔块长期在肛门外,不能回纳或回纳后又立即脱出。

2 治疗方法

2.1 药物配剂 消痔灵:2%利多卡因:注射用水 =2:1:1。

2.2 注射过程 本组病例均采用 1 次注射治疗痔核。病人取左侧卧位,不需麻醉。插入喇叭口肛门镜,用 0.5 %PVP 棉球消毒暴露好的痔区黏膜,在内痔上方 0.5cm 处用 6 号长针刺至黏膜下层(进针约 0.5cm),此时摆动针尖活动应无障碍,回抽无血后注入药液至痔核充盈、表面血管清晰(呈金鱼眼状态),每个痔核一般注射 2~4mL,注毕,抽出针头用干棉球压迫 2~3min,避免出血和药液外溢。其他痔核可继续上述方法注射,注射母痔一般顺序:左侧、右前、右后。注毕塞入太宁栓(复方角菜酸酯栓)1 枚。注射后仍有症状者,隔 1 周可重复注射治疗。如果痔块较多,也可分 2~3 次注射。

2.3 注射后处理 (1)注射后卧床留观 30min,无出血即可回家。24h 内避免剧烈活动和重体力劳动。(2)术后服头孢拉定、甲硝唑 3~5d。(3)禁烟酒及辛辣食物,保持大便通畅。嘱患者 24~36h 不解大便,第 2 天复诊,肛门镜下观察无出血坏死即告成功。以后每于便后塞太宁栓 1 枚,连续 1 周。若有表浅出血坏死者,则按术后换药处理。(4)注射后若有轻重不一的肛门坠胀和便意,为正常现象,有些注射后数日内可有少量便血和黏液,但可随着痔核硬化、萎缩而消失,一般无需处理。

2.4 注意事项 (1)向患者详细说明治疗的必要性,要患者知情同意并签字。(2)治疗前解便 1 次,便秘患者停用通便药。(3)常规行肛检,检查血常规,必要时行 PT、APTT 检查。(4)严格消毒操作,注药勿过深或过浅。(5)注射前位内痔时药量不宜过多,否则有尿道刺激症状,尤其是老年人。(6)严格掌握注射适应证,对血栓性外痔、炎性外痔及有发热腹泻、肛周炎症者禁用。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈:症状消失,痔核萎缩;好转:症状减轻,

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 80 例,男 61 例,女 19 例;年龄 28~71 岁,平均 49.1 岁;病程 2~40 年,平均 6 年;混合痔 1~2 个痔核者 39 例,3 个及以上者 31 例,环形混合痔者 10 例。

1.2 治疗方法 术前当天清晨清洁灌肠,排空大便,除单个痔明显缩小;无效:症状及痔的形态无变化。

3.2 近期疗效 本组病例一次注射后症状消失,肛肠检痔核消失 172 例,一次治愈率 71.07 %;注射后症状减轻,肛肠检痔核有明显缩小,经 1 周后重复治疗症状消失,肛肠检痔核消失 53 例,二次注射治愈率 21.90 %;17 例经注射后症状及痔核与治疗前变化不大,仅出血量减少,治疗无效占 7.02 %。近期疗效达到 92.98%。

3.3 远期疗效 本组病例有 175 例进行 2 年以上随访复查,原注射部位未见复发为远期治愈,随访率 72.31%。

4 讨论

内痔注射法已有百年历史,是目前治疗 I、II 期内痔的常用方法,它对初期小型内痔,有萎缩痊愈的功能,对于 III 期较大的内痔,除能起到止血作用外,还能使痔核缩小,减轻患者痛苦。该方法操作简单,安全有效,无明显痛苦,不需住院,费用低廉,乐为患者接受,在基层及乡村医院也容易推广。

内痔注射是将药液注入痔核黏膜层,引起轻度化学性炎症反应,使结缔组织增生,阻塞曲张痔静脉,使痔核硬化萎缩或坏死脱落,达到治愈目的。用于内痔的药物很多,根据药物对痔组织产生的不同作用,通常可分为坏死剂和硬化剂,但坏死剂常发生广泛组织坏死、感染,引起大出血,目前基本不用。消痔灵注射液的主要组成是中药五倍子和明矾,是一种硬化剂,痔核被注射后并不是枯死脱落,而是硬化、萎缩、消失,因此注射后出血和感染等并发症是很少的。五倍子其性酸而收涩,主要成分是鞣酸,有明显的收敛、抗渗出、抑菌作用。明矾收敛涩肠,其主要成分是硫酸钾铝,在水溶液中铝离子对注射局部有较强的抗炎作用,并可形成异物胶原纤维化,这种纤维化组织可包绕痔内的静脉及小动脉,使血管腔变细、闭塞,消除、减轻痔静脉的扩张和充血,使痔体发生萎缩,而且由于纤维化形成可以使已松弛的黏膜、黏膜下层与直肠壁肌层起到粘连固定作用,增强痔组织的支持和固定作用,从而清除痔核的脱出症状。另外,消痔灵注射可使痔组织血流减少,并不是阻断痔组织的血流,其纤维化的完成也是在痔组织有血供的前提下,因此,在治疗过程中,痔组织内的血流始终存在,这与坏死疗法不同^[2]。

参考文献

[1]吴在德.外科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2000. 567
[2]陆金根.痔病百问[M].上海:上海科学技术出版社,1996. 42~45
(收稿日期:2007-06-15)

自拟通淋汤治疗非淋菌性尿道炎 96 例疗效观察

寿仁国

(浙江省诸暨市中医院 诸暨 311800)

关键词:非淋菌性尿道炎;通淋汤;中医药疗法

中图分类号:R 695.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)06-0053-02

随着人们观念的开放和某些西方国家腐朽生活的影响,近年来性传播疾病(STD)在我国发病率逐年增加,1998 年淋病为首位,近年呈下降趋势,而非淋菌性尿道炎(NGU)的感染率逐年上升^[1]。解脲支原体(UU)和沙眼衣原体(CT)是非淋菌性尿道炎发病的主要病原体,用西药治疗,有些患者耐药性很强,副作用很大,疗效欠佳。笔者于 2003 年 1 月~2006 年 1 月间用自拟中药通淋汤治疗非淋菌性尿道炎 96 例,取范围较局限者采用局部扇形浸润麻醉外,余均采用骶麻,以防止局麻易引起的局部肿胀与痔核相混淆而影响手术的治疗效果。患者取俯卧半膝胸位或截石位,常规消毒、铺巾。用足量的液体石蜡把脱出之内痔向肛内推揉,使之尽可能复位,先做肛内指检排除肛管、直肠及其它疾病后,指法扩肛,使肛门松弛,直肠指诊结合肛门镜检查,查清痔核部位、数目、大小及肛管内外病变关系,注意有无合并血栓、水肿及糜烂。在插入肛镜下嘱病人做排便动作,随着病人的用力内痔组织将随镜脱出至肛外,充分暴露痔组织。内痔区在齿线上 0.5cm 处用弯止血钳平行于肠管将痔核夹住,远端基底部黏膜下剪开少许,钳下以 7 号丝线行 8 字贯穿结扎,剪去部分结扎痔组织,注意保留足够的残端,以免结扎线滑脱。同法处理其他较大痔核,每个根部结扎点应上下错开呈齿形,使其不在同一水平面上,以减少肛管张力。用组织钳提起结扎痔核残端,于其近端基底部黏膜下注射 1:1 消痔灵注射液 2~4 mL。未结扎的其他内痔核酌情给予单纯消痔灵黏膜下注射。外痔区可根据外痔大小、部位、病理分型情况,选择性在齿线下 0.5cm 处切除,并尽量注意保留肛管皮肤切除结缔组织。于外痔中央作与肛门呈放射的切口,牵开两切缘向两侧潜行剥离,切除外痔静脉丛和多余的皮肤,使切缘对合整齐成线形。对于病变广泛的环形混合痔,依痔核数目的多少设计 4~5 个区域的切口,操作首先从痔核较大、脱出较重的部位开始,分别依上法处理其内外部分痔组织,各切口间要留有皮桥,其宽度至少 0.3cm。创面彻底止血,肛内塞太宁栓及消炎痛栓各 1 枚,肛管内外置油纱条,外敷塔形纱布加压固定。对较大的环形痔,肛管内可保留排气管,以便术后观察有无内出血和防止肠胀气。术后予普食,应用抗生素,术后第 1 天开始每次排便后用 5%硫酸镁或 1:5 000 PP 粉水坐浴,创面换药每日至少 1 次,有皮桥缝线者,术后 4~6d 拆除。所有患者术后随访半年以上。

2 结果

本组病例全部治愈,均无术后大出血、肛周感染、肛门狭窄或肛门失禁。部分患者有短时间的尿潴留、创周水肿及排便困难等,经理疗、坐浴等相应对症处理后均缓解。

3 讨论

本术式的改良处即是在常规外痔切除、内痔结扎的基础

得满意效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 治疗组和对照组共 186 例,均为性病门诊男性患者,按门诊首诊时间,单日就诊者为治疗组,双日就诊者为对照组,2 组病人病程均为半年~3 年。治疗组共 96 例,病程半年~1 年 66 人,1~2 年 22 人,2~3 年 8 人;年龄为 21~61 岁,平均年龄 26.8 岁。对照组 90 例,其中半年~1 年 65 人,1~2 年在结扎内痔基底注射硬化剂,注重保留齿线及肛管皮肤,酌情给予内括约肌松解。为避免术后痔残端出血,在痔基底部以 7 号丝线 8 字缝扎,切除痔时应在结扎线上保留足够的残端,以免结扎线滑脱出血,此外,在结扎内痔组织时如果内痔根部宽大,应分束结扎。还可以采用结扎与注射联合应用,可用 1:1 的消痔灵于分段结扎的痔组织间内痔点状注射,结扎残端上黏膜松弛明显者亦可点状注射。硬化注射造成无菌炎症使组织相互粘连,有将发生病理改变的肛垫上提的作用,注射法可避免过多结扎^[2]。

外剥内扎术应从痔核较重的部位开始,使手术由难而易,便于术中保留皮桥及方便操作。操作时遵循肛门整形原则,在剥除痔组织的前提下尽量保留肛管皮肤,恢复肛门正常解剖及自然状态。同时因齿线区对排便生理具有极其重要意义,是肛门反射中重要的感受装置,不破坏齿线敏感区可以防止术后引起排便感觉及排便运动异常^[3]。

环行混合痔切口在 3 处以上者应常规行内括约肌松解,从切除外痔创面处挑出部分内括约肌并切断,以肛门顺利通过两指为度,以防术后肛门狭窄;同时避免了因伤口疼痛刺激等引起的内括约肌痉挛,致使静脉血液及淋巴液回流障碍而引发肛缘水肿^[4]。环状痔分段切除时,由于皮下静脉曲张,肛周皮肤高于正常,在摘除静脉团后,皮桥往往呈弓形隆起,此时可在弓形中间剪断,剪除多余部分,两断端缝合,缝合需要深及皮下基底组织以保证血运。

术后坐浴和保持大便通畅非常重要,被结扎的痔组织因缺血坏死,第 2 天始可用 5%硫酸镁或 1:5 000 PP 液或中药制剂坐浴^[5],清洗肛门,清洁创面,以防坏死组织引起局部炎症而致肛门疼痛、水肿、全身发热等不良反应。此外,坐浴能促进血液循环,使创面清洁创口愈合快。

参考文献

[1]Accarpio G, Ballari F, Puglisi R, et al. Outpatient treatment of hemorrhoids with a combined technique: results in 7850 cases[J].Tech Coloproctol,2002, 6(3): 195~196
[2]杨立民,张宏伟,石丽,等.外剥内扎内注保留齿状线治疗混合痔 230 例[J].四川中医,2006,24(4): 77
[3]侯岩.改良外剥内扎术治疗混合痔 201 例临床分析[J].临床医药实践杂志,2006,15(2): 157
[4]毛剑.混合痔及术后并发症的治疗近况[J].现代中医药,2004,24(3): 59