

改良外剥内扎术治疗环状混合痔 100 例疗效观察

邵学芹

(云南省德宏州农垦第二职工医院 德宏 678400)

关键词:环状混合痔;改良外剥内扎术;疗效观察

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)01-0026-02

2006 年我们采用分段结扎加内括约肌侧切术治疗环状混合痔 100 例,疗效满意。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 治疗组 50 例,男性 30 例,女性 20 例;年龄 22~81 岁;病程 1~30 年;伴发急性嵌顿 10 例,伴肛瘘 5 例。对照组 50 例,男性 28 例,女性 22 例;年龄 25~70 岁;病程 5~20 年;合并肛裂 3 例。

1.2 手术方法

1.2.1 治疗组 患者术前备皮,清洁灌肠,常规消毒,局部麻醉或骶麻,取侧卧位,消毒肛管,扩肛,将痔核充分暴露,观察痔核分叶分布情况,以痔的自然分界分 4~6 段。用齿形钳提出和牵开相邻两痔核,痔核较大者可注射 1:1 消痔灵液 0.5~1.0mL,选择从大到小的顺序处理内痔部分。大痔核用血管钳在齿状线上 0.3~0.5cm 处顺内痔底部钳夹,在钳下做一小切口,用 7 号丝线从钳下做“8”字贯穿缝扎,结扎线位于切口内,剪除痔体残端 2/3;小痔核用 7 号丝线双重结扎,尽量保留齿线组织,结扎内痔不能在同一平面,使结扎线头高的血管蒂于指间关节水平的指动脉向背侧发出的交通支。解剖研究证明指动脉背侧支的发出位置很多,变异少^[1]。指动脉背侧支之间有丰富的血管吻合,皮瓣血运丰富。指背动脉网由掌背动脉的终末支与指固有动脉的背侧支相互吻合构成。皮瓣血运由指固有动脉经背侧支到指背血管网供应,皮瓣的静脉回流是多因素共同作用的结果^[2],包括浅-深静脉干交通支和(或)穿静脉回流,故切取皮瓣时需携带不少于 0.5cm 宽的筋膜组织,远端静脉应尽可能与蒂部保持连续。

3.2 皮瓣的适应证问题 对于手指的近节或末节软组织缺损,采用邻指组织瓣,有时常因组织瓣切取困难,修复后容易挛缩;若采用腹、胸壁随意皮瓣修复,则有病程长、长期固定体位等不适,而且需二次手术断蒂,同时有皮瓣外观臃肿、感觉差、皮肤颜色不相称等缺点;掌背皮瓣修复质地较好,但手术对手背破坏较大,遗留手背较大的疤痕;指动脉逆向岛状皮瓣修复质地较好,但手术对手指破坏相对较大,需牺牲一侧的指动脉,而且外形相对臃肿;应用指动脉背侧支岛状皮瓣修复,则供、受区在同一手指,质地相近,厚薄适中,旋转修复创面容易,皮瓣面积合适,足够覆盖手指近中节或末节软组织缺损。故该皮瓣是修复手指软组织缺损较佳适应证。

3.3 指动脉背侧支岛状皮瓣的优缺点 优点:(1) 供血动脉尽管细小,但较为恒定,变异较少,构成岛状皮瓣便于应用;(2) 手术操作层次较浅,视野清晰,对供区外形、功能影响较小;(3) 皮瓣薄,弹性好,供、受区色泽、质地相似;(4) 不牺牲主干血管,创伤小^[3]。缺点:(1) 供区在暴露部位,手指近节或中节背侧留有显性疤痕;(2) 植皮区偶有轻度挛缩,颜色外观不佳;(3) 该皮瓣两点辨别觉为 8~10 mm,重建手指感觉差,

低错开,也可在钳夹时用手指探查肛管是否有紧箍感,来调整结扎位置的高低。齿线下肛管皮肤做放射状线形切口,切口尽量窄,上至齿线,下至外痔体外缘 0.5~1cm,相邻两切口间保留皮桥 1cm 以上,注意外痔切口的选择与结扎内痔相对应,对明显松弛的皮桥(术后易形成皮赘者)给予切断,修剪多余组织后吻合处理。同法处理其它痔核。处理完毕后选择截石位 5 点或 7 点做切口,用小弯钳由切口顺内括约肌外侧向上分离,当钳尖到达肛白线内括约肌下缘时,将内括约肌切断,然后置凡士林或紫草油纱条引流。修剪各外痔部分切口,使切口外缘尖端细而长。对伴发肛瘘患者一并将瘻管组织切除,对于急性嵌顿患者应立即手术,以迅速解除充血水肿情况。术后 24h 内控制大便,静滴抗生素 3~5d 预防感染,并常规坐浴、换药至伤口愈合。手术后注意休息,避免劳累。

1.2.2 对照组 体位、消毒及麻醉同前,用手术剪在外痔两侧皮肤作 V 型切口,剥离至齿状线上约 0.3cm 处,用组织钳钳夹内痔底部,用 7 号丝线行 8 字贯穿缝合结扎,使结扎线头不在同一平面,剪除结扎痔体残端 2/3,修剪外痔部分,因此,不适合修复手指掌侧皮肤缺损,特别是重建指腹。

3.4 术中注意事项 (1) 因皮瓣的供血动脉为微小动脉,术中可同时切取宽 0.5~1 cm 的筋膜蒂。此皮瓣逆向切取供血时,术中应注意保护指动脉关节支血管,故皮瓣蒂部设计时一般切取至指间关节以近约 0.3 cm 左右,以该处为旋转点。(2) 需注意蒂部切口的缝合,术中切取皮瓣时将皮瓣的远端设计成三角尖皮蒂,移位时嵌入蒂部可减少皮肤缝合张力,有利于皮瓣的供血及静脉回流。(3) 切取范围不要超过指间关节横纹,否则会引起术后关节功能障碍^[4]。(4) 皮瓣游离后,应将皮瓣放于原位,放松止血带观察血运时,皮瓣于 3~5 min 内充血。如将皮瓣转移至受区,因蒂部翻转血管受压,加之血管纤细,往往需 15~20 min 皮瓣方能充血,影响手术进程。

指动脉背侧支岛状皮瓣,具有操作简单、不损伤指固有动脉及神经、旋转弧大、成功率高、住院时间短、患者痛苦小等优点,是修复手指尤其是手指近中节掌侧皮肤缺损较为理想的方法。

参考文献

[1] Bene MD, Petrolati M, Raimondi P, et al. Reverse dorsal digital island flap[J]. *Plast Reconstr Surg*, 1994, 93: 552-557

[2] Masquelet AC, Valenti P. Dorsocommissural flaps Apropos of a clinical case[J]. *Ann Chir Plast Esthet*, 1994, 39: 287-289

[3] Bakhach J, Martin D, Baudet J. Ulnar parametacarpal flap. Experience with 10 clinical cases[J]. *Ann Chir Plast Esthet*, 1996, 41: 269-276

[4] 侯春林. 筋膜皮瓣与筋膜蒂组织瓣[M]. 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2000. 12-14

[5] Massimo DB, Maurizio P, Piero R, et al. Reverse dorsal digital island flap[J]. *Plast Reconst Surg*, 1994, 93: 552-557

(收稿日期: 2007-08-01)

不同肾上腺素浓度张力性浸润对腭裂手术中止血效果的评价

郑璞 周昌龙

(浙江省宁波市医疗中心李惠利医院 宁波 315000)

摘要:目的:探讨不同肾上腺素浓度的张力性浸润对腭裂术中出血的影响。方法:选取 2~3 岁的患儿,随机分为三组:即 0.5% 利多卡因组(对照组),1/10 万肾上腺素组,1/20 万肾上腺素组。观察术中的出血量、心率和血压的变化,张力性浸润有效时间。结果:术中的出血量:对照组(62.7±3.23)mL,1/10 万肾上腺素组(37.3±2.33)mL,1/20 万肾上腺素组(46.7±2.61)mL,各组之间比较具有统计学差别($P<0.01$, $P<0.05$)。含有肾上腺素两组对心率的影响无统计学差别($P>0.05$),心率增加 20~45 次/min;对血压变化的影响,无统计学的差别,血压升高平均为 9.75mmHg。对照组张力性浸润有效时间为 15~20min,平均为 17.5min;1/10 万肾上腺素组为 40~60min,平均为 45min;1/20 万肾上腺素组为 25~50min,平均为 30min;各组相比均有统计学意义($P<0.05$)。结论:局部张力性浸润是腭裂术中止血的基础,在注射液中加入肾上腺素能有效地延长张力性浸润有效时间。

关键词:肾上腺素;腭裂;出血;张力性浸润

中图分类号:R622

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)01-0027-02

腭裂手术复杂、损伤大,若处理不当易造成术中及术后出血,术中的出血远大于术后出血,尤其是幼儿期的患者,而以往过多地关注于腭裂术后出血的处理。腭裂术中出血,除了与年龄、手术方式、手术技巧、术中的全身用药和麻醉医师对血压及心率的控制外,最主要的是局部张力性浸润注射产生的止血效果。为了探讨不同浓度的肾上腺素对腭裂术中的止血效果,我们进行了以下的临床观测:

1 临床资料

1.1 病例的选取标准 (1)血液生化、出凝血时间检测正常和乙肝表面抗原阴性。(2)深Ⅱ度腭裂,无耳鼻喉疾患,无急性炎症,腺样体无异常。(3)发育状况好,无营养不良者。(4)2~3 岁年龄段的幼儿,不分性别。

1.2 病例分组 当符合条件者入院时,按随机数字表进行分组,共分为三组,每组 10 例,即:对照组张力性浸润液为 0.5% 的利多卡因,试验组分别为加入了 1/10 万和 1/20 万肾上腺素的 0.5% 利多卡因。

同法处理其它痔核。合并肛裂患者行肛裂扩创术。术后处理同上。

2 治疗结果

按 1994 年国家中医病症诊断疗效标准^[1],两组患者均一次性治愈。治疗组平均治愈天数(16.5±3.2)d,对照组为(19.2±4.1)d,治疗组治愈天数明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组术后并发症情况见表 1。治疗组在术后尿潴留、肛门水肿、术后疼痛及肛门狭窄等并发症方面明显低于对照组($P<0.05$),有统计学意义。

表 1 两组治疗后并发症情况 例

组别	出血		尿潴留	肛门水肿	疼痛			肛门狭窄
	原发性	继发性			轻度	中度	重度	
治疗组	0	0	2	2	28	22	0	0
对照组	0	1	7	5	12	31	7	8

3 讨论

两组病例均可一次性切除全部混合痔,但传统外剥内扎术在治疗的同时也破坏性地切除了齿状线、移行区组织,所以手术后常常会出现一些并发症。为此我们结合自己的临床经验,在传统外剥内扎术的基础上加以改进,我们认为分段结扎加内括约肌侧切治疗环状混合痔主要有以下优点:(1)尽可能地保留了齿状线,齿状线不仅是一重要的解剖标志,而且对排便生理具有极其重要的意义,若手术中切除齿线组

1.3 术式的选择 由同一手术小组进行手术,对所有的患者采用“M”形双瓣法,手术方式和手术习惯不变,术中除了采用张力性浸润外,不采用其它药物和电凝止血。

1.4 检测方法 手术中麻醉深度在三期 1 级,不采用降压麻醉措施,由麻醉医师记录出血的时段及不同手术时段的出血量,观察各组止血的有效作用时间,记录血压、心率的变化。术中配置两台吸引器,一台用于吸取术中的出血,一台用于术前和手术结束时的消毒液、口鼻腔分泌物和冲洗液的抽吸。术后将术中抽吸的血液放入量筒,记录出血量。

2 结果

2.1 术中出血量 三组的平均出血量为:对照组(62.7±3.23)mL,1/10 万肾上腺素组(37.3±2.33)mL,1/20 万肾上腺素组(46.7±2.61)mL,对照组与试验组之间有统计学意义($P<0.01$),不同剂量试验组之间比较有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 术中心率变化 试验组张力性浸润后,心率增加在 5~10min 内变化最为明显,心率增加 20~45 次/min,平均 30

次/min。齿状线以下肛管皮肤采用线形放射状切口,肛管上皮组织破坏少,有效避免后遗症的发生。肛管上皮为排便排气的高度敏感区,对排便的控制及其便的辨认起很大作用,如果肛管上皮损伤或缺损过多可导致感觉敏感度下降,引起肛门渗液,也可导致瘢痕增生,引起肛门狭窄^[2]。(3)在齿线上结扎内痔并通过 8 字缝合,使内痔黏膜在固定的同时达到上提的目的,起到悬吊的作用,从而纠正下移的肛垫,使之不再下移和脱垂。(4)在保留齿状线基础上配合内括约肌侧切,有效地扩大肛管内径,既防止术后肛门狭窄,也解除了内括约肌的痉挛,在创口周围的肌肉受到外来因素刺激后不至于发生强烈收缩而产生剧痛,特别是对嵌顿型痔核,内括约肌切断后,不但解除了内括约肌痉挛,而且还恢复血液、淋巴液的循环,减轻和避免了术后伤口水肿的发生。

通过两组的对比观察,改良外剥内扎术较传统外剥内扎术具有创口小、疼痛轻、并发症少、愈合快、精细控便功能不受影响等优点,是一种较为理想的治疗环状混合痔的术式。

参考文献

- [1]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.132
- [2]张东铭.肛管移行区[J].中国肛肠病杂志,1999,19(5):23

(收稿日期:2007-08-15)