

# 外剥内扎术治疗混合痔 1 918 例临床分析

董晓明

(浙江省宁波市中医院 宁波 315010)

**摘要:**目的:观察混合痔外剥内扎术加消痔灵硬化注射代替部分痔区切除(限制性痔切除术)临床疗效。方法:回顾性总结该方  
法治疗混合痔 1 918 例临床资料。结果:临床治愈率 100%,痔核脱落时间平均 9.5d,创面愈合时间平均 25d,全部病例无明显肛  
门狭窄影响排便功能。结论:该术式操作简便,疗效好,加上术前正确合理地扩肛和术后部分患者必要的内括约肌切开术,可减少术  
后出血、疼痛、肛门水肿及肛门狭窄等并发症。

**关键词:**混合痔;外剥内扎术;手术疗法;分析

**中图分类号:**R 657.18

**文献标识码:**B

**文献编号:**1671-4040(2008)05-0030-02

混合痔外剥内扎术是治疗混合痔的经典术式,笔者对 1986 年来本院住院患者资料,作一回顾性总结。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 1 918 例病人(1986~2005 年住院患  
者),男 910 例,女 1 008 例,年龄 17~82 岁,35~65 岁占  
86.24%,病程 5~60 年,临床症状以便血、痔核脱出为主。其中  
环状混合痔 328 例,嵌顿 98 例,伴肛裂 135 例,乳头肥大 69  
例,息肉 15 例,妊娠患者 32 例,诊断均符合 1975 年全国肛  
肠学术会议制定的标准<sup>[1]</sup>。

1.2 治疗方法 采用混合痔外剥内扎术式,术前不清洁灌  
肠,左侧卧位,常规消毒铺巾,用复合麻醉液 20mL(0.75%布  
比卡因 5mL、2%利多卡因 5mL、0.9%氯化钠 10mL)作肛周  
3、9 点局麻,缓慢扩肛至四指,用大弯血管钳夹住内痔基底  
部,在钳下齿线上方用 7 号双股丝贯穿后先在内痔上方打一  
结,用组织钳提夹外痔皮肤作 V 型切开,沿基底部分离外痔  
组织,纯性游离皮肤,在齿线下方创面向内收拢使创面呈梭  
形至齿线上方后再结扎基底部,剪除结扎线上 0.5cm 的痔核  
残端,创面置以凡士林纱条外敷纱布包扎。对环状混合痔采  
用分段齿形结扎办法,按痔核黏膜自然凹陷分段后处理,结  
扎点上下交错避免在同一水平上,每个结扎区域留足黏膜皮  
桥(在 0.5cm 以上)。对病变不严重没引起症状的痔或较小的  
痔区适当地进行消痔灵硬化注射治疗。对环状混合痔、嵌顿  
性内痔及伴有肛裂者,术中在 5 点处作外括约肌皮下部及内  
括约肌下缘切开术,一般患者不作切开。术后全身静滴抗生  
素及止血剂 3d 左右,适当口服通便药物,24h 后开始排便,便  
后用高锰酸钾溶液坐浴,对术后水肿的用皮硝 50g 温水坐  
浴,每日用自制生肌玉红膏纱条换药。

## 2 结果

全部病例均治愈,症状消失,痔核消除。痔核脱落时间  
7~14d,平均 9.5d,创面愈合时间 18~28d,平均 25d。术后大出  
血(出血量 400mL 以上)8 例,术后疼痛需用麻醉性止痛剂  
205 例,术后肛缘水肿明显 302 例,需再次手术切除 125 例,  
术后尿潴溜需导尿 52 例,全部病例无明显肛门狭窄影响排  
便功能。

## 3 讨论

目前,混合痔手术治疗方法较多,多种改良的外剥内扎  
术目的均在消除痔的本身,只在防治术后并发症及保护肛门  
功能方面有一定的改变。随着肛垫下移学说的研究深入,PPH  
术解决了部分环状混合的问题,但远期疗效有待观察,目前  
也不能代替外剥内扎术,因此,混合痔的外剥内扎术仍是经

典的痔术式,其疗效确切,操作简单,但其主要并发症是出  
血、水肿、疼痛及创面愈合较慢。

3.1 术中切除痔核范围 从理论上讲,母痔区为痔疮的好发  
部位。但从临床上来看,一般 11 点痔疮比较多,有些在 7~9  
点,而且 5、2 点的也不少见,因此在手术上不一定要拘泥在  
所谓的母痔区。对环状混合痔应按痔核黏膜自然凹陷分段后  
处理,结扎的痔蒂点应上下错开,呈锯齿状,留下足够多的皮  
肤黏膜桥,一般在 0.5~1.0cm 以上,以防止肛门狭窄。有报告  
对大的痔核人为的分作二个小痔核结扎,易结扎,出血少,脱  
落时间短,术后疼痛轻<sup>[2]</sup>。对外痔的处理应纯性分离到齿线  
上,注意保护齿线区,在齿线下创面向内收拢呈梭形,剥离两  
侧的静脉团,然后切口向外延长有利引流。近年来,随着肛垫  
下移学说的研究深入,对肛垫的作用也越来越重视,痔疮的  
手术不是做得越干净越好。手术的目的是解除症状而不是消  
灭痔的本身,术中要保留那些病变不严重没引起症状的痔区  
(肛垫),而不是对母痔区的痔组织全部切除,可以用消痔灵  
硬化治疗代替。因此,有人提出了“限制性痔切除术”,认为符  
合现代微创医学的观点,在达到治疗目的的同时,尽可能减  
少手术创伤,保留相对正常组织<sup>[3]</sup>。

3.2 内括约肌切开问题 目前有很多报道在混合痔手术的  
同时,切开部分内括约肌,认为有利于解除内括约肌的持续  
性痉挛,可缓解术后疼痛、防止肛门狭窄及减轻术后肛门水  
肿<sup>[4]</sup>。笔者认为对一般的混合痔患者术前有效地扩肛能起到  
同样的作用,尤其对年老体弱的患者不适宜作内括约肌切  
开。对部分环状混合痔、嵌顿性混合痔及伴有肛裂的患者可  
同时切开外括约肌皮下部及部分内括约肌,部位宜选择在肛  
门后方 5 点位。术前局麻后,先用一指插入肛门作指检,然后  
二指扩肛,动作要轻柔,向 6、12 点缓慢用力,扩肛至四指后  
持续一会,避免突然暴力扩肛,引起肛门撕裂及大面积皮下  
出血。

3.3 术后出血 术后 24h 内出血与手术者的熟练程度有关,  
究其原因,主要是术中无结紧痔核,残端剪除过多致结扎  
线滑脱出血,本文有 4 例;其次是继发性出血,在 7~10d 痔核  
脱落阶段患者排便努挣,过早出院过度活动引起,本文中 2  
例;另 2 例是患者有严重的高血压及伴有肝硬化。均是在手  
术开始早几年出现,后来随着临床手术经验的不断丰富,没有  
出现过术后大出血。因此,痔术后大出血是完全可以避免的。

3.4 术后水肿 混合痔手术中破坏了患者回流的静脉及淋  
巴管易引起肛门水肿,尤其多见于环状混合痔及嵌顿痔。与  
术中痔血管团清除不彻底、外痔残留多、切口长度不够引流

# 不同剂量氟比洛芬酯复合芬太尼用于开胸术后 静脉镇痛的临床观察

周艳<sup>1</sup> 孔明健<sup>2</sup> 李达<sup>1</sup> 郑艳萍<sup>1</sup> 熊平<sup>1</sup>

(1 江西省南昌市第三医院 南昌 330009; 2 江苏省江阴市人民医院 江阴 214400)

**摘要:**目的:观察开胸手术患者术后不同剂量氟比洛芬酯联合芬太尼和芬太尼自控静脉镇痛效果、胸腔引流量及不良反应。方法:选择 90 例开胸患者,随机分为三组:A 组术后镇痛采用芬太尼 1.2mg;B 组术后镇痛采用氟比洛芬酯 100mg+ 芬太尼 0.6mg;C 组术后镇痛采用氟比洛芬酯 200mg+ 芬太尼 0.6mg。均用生理盐水稀释至 100mL。记录术后 4、8、24、48h 的镇痛评分(VAS)、镇静评分(RSS)、舒适度评分(BCS)、胸腔引流量和不良反应发生率。结果:术后各时间点,C 组和 A 组 VAS 评分无统计学差异( $P>0.05$ ),B 组 VAS 评分均显著高于 A、C 两组 ( $P<0.05$ ); 三种镇痛方案均提供满意的镇静, 术后 4h 点 A 组 RSS 评分高于 B、C 两组 ( $P<0.05$ ), 其余时间点三组间比较均无统计学差异( $P>0.05$ ); 术后各时间点,C 组 BCS 评分均高于 A、B 两组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), A 组 BCS 评分高于 B 组( $P<0.05$ )。术后 48h 胸腔引流量经统计无明显差异( $P>0.05$ ); B、C 两组不良反应发生率明显低于 A 组。结论:氟比洛芬酯 200mg 复合芬太尼 0.6mg 用于开胸患者术后镇痛效果良好, 镇静满意, 舒适持久, 不增加术后出血, 不良反应发生率较低。

**关键词:** 氟比洛芬酯; 芬太尼; 胸外科手术; 术后镇痛

**中图分类号:** R614.24

**文献标识码:** B

**文献编号:** 1671-4040(2008)05-0031-02

开胸手术的创伤给患者带来严重痛苦, 临床上常应用阿片类药物吗啡、芬太尼于胸科手术后镇痛, 但其恶心、呕吐、嗜睡、呼吸抑制等不良反应发生率高。氟比洛芬酯是一种新型、非甾体类静脉注射的靶向镇痛药, 目前在国外已经应用于术后镇痛。本研究观察不同剂量氟比洛芬酯复合芬太尼用于开胸术后静脉镇痛(PCA)的效果、胸腔引流量及不良反应, 现总结如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 90 例贲门或食道开胸手术, 年龄 41~65 岁, ASA 分级 I~II 级, 排除心肺功能异常、肝肾功能障碍、凝血功能异常、消化道溃疡及非甾体类镇痛药过敏者。随机分成三组, 三组镇痛方案: A 组: 芬太尼 1.2mg; B 组: 氟比洛芬酯 100mg+ 芬太尼 0.6mg; C 组: 氟比洛芬酯 200mg+ 芬太尼 0.6mg, 均用 0.9% 盐水稀释至 100mL。

**1.2 麻醉方法** 患者入室后常规监测 ECG、SPO<sub>2</sub>。麻醉诱导: 芬太尼 3~5μg/kg、丙泊酚 1~2mg/kg、罗库溴铵 0.6~1.0mg/kg, 气管插管成功后接麻醉机机械通气, 术中用 2.0%~3.0% 七氟醚维持麻醉, 间断注入罗库溴铵和芬太尼。手术结束, 患者清醒后拔出气管导管送入外科监护室。

**1.3 术后镇痛方法** 采用上海博创医疗设备有限公司 BCDB 系列一次性使用电子镇痛输注泵, PCIA 设置为: 背景剂量 2mL/h, 负荷量 5mL, 单次 PCA 剂量 2mL, 锁定时间 10min。

**1.4 观察指标** (1) 记录术后 4、8、24、48h 疼痛评分(视觉模拟), 肛门引流条张力过高、排便困难努挣有关。因此术中正确地操作, 术前扩肛及术后适当地内括约肌切开是防止术后水肿的关键, 还应注意保持术后第 1 次排便通畅。出现水肿后, 笔者一般用中药皮硝 50g 温水坐浴, 口服地奥司明片, 多数经过治疗及痔核脱落后水肿消失, 但本文中也有 125 例需要再次手术来修剪创面。

**3.5 术后疼痛** 术后疼痛是本术式的一大难题, 术后 24h 切口疼痛最剧烈, 痛的程度与手术切除范围、肛缘水肿、排便困难、括约肌痉挛及病人的耐受能力有关。术中要尽可能避免外痔创面的结扎, 创面一定要剥离至齿线上再结扎, 术后通

拟评分 VAS 法)、镇静评分(Ramesay RSS 法), 以舒适评分(布氏评分 BCS 法)判断患者的满意程度。(2) 监测患者的生命体征: SBP、DBP、HR、RR、SPO<sub>2</sub> 等。(3) 记录术后不同时间胸腔引流量。(4) 记录术后不良反应发生率。VAS 评分: 0 分为无痛; 1~3 分为轻度疼痛; 4~6 分为中度疼痛; 7~9 分为重度疼痛; 10 分为剧烈疼痛; <3 分为良好, 3~4 分为基本满意, ≥5 分为差。RSS 评分: 1 分为清醒、烦躁; 2 分为安静合作; 3 分为嗜睡, 能听从指令; 4 分为睡眠状态, 可唤醒; 5 分为呼吸反应迟钝; 6 分为深睡状态, 不可唤醒; 其中 2~4 分为镇静满意, 5~6 分为镇静过度。BCS 评分: 0 分为持续疼痛; 1 分为安静时无痛; 2 分为深呼吸或翻身时疼痛, 其他时间无痛; 3 分为呼吸时亦无痛; 4 分为咳嗽时亦无痛。

**1.5 统计分析** 所有数据用 SPSS12.0 统计软件进行处理, 计量资料以均数± 标准差 ( $\bar{X} \pm S$ ) 表示, 采用单因素方差分析; 计数资料采用  $\chi^2$  检验,  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 镇痛、镇静、舒适度比较** 镇痛比较: 术后各时间点, C 组和 A 组 VAS 评分无统计学差异 ( $P>0.05$ ); B 组 VAS 评分均显著高于 A、C 两组 ( $P<0.05$ )。镇静比较: 三种镇痛方案均提供满意的镇静, 术后 4h 点 A 组 RSS 评分高于 B、C 两组 ( $P<0.05$ ), 其余时间点三组间比较均无统计学差异 ( $P>0.05$ )。舒适度比较: 术后各时间点, C 组 BCS 评分均高于 A、B 两组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ); A 组 BCS 评分高于 B 组 ( $P<0.05$ )。见表 1。

过按摩肛门使结扎的痔核回纳有利减轻术后疼痛。

## 参考文献

[1] 王净净. 中医临床病证诊断疗效标准[S]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993. 361-362  
[2] 李志询. 混合痔 II、III 期内痔大痔核分块结扎术的临床观察[J]. 中华现代外科学杂志, 2006, 3 (2): 179  
[3] 杨新庆. 痔的外科治疗进展[J]. 中国现代手术学杂志, 2003, 7 (3): 169  
[4] 李春雨. 外剥内扎加括约肌切断术治疗环形混合痔临床观察[J]. 结直肠肛门外科, 2006, 12 (3): 172

(收稿日期: 2008-04-14)