

70 例环状混合痔临床手术治疗体会

曹荣芳¹ 胡晓阳¹ 梁宏涛²

(1 江西省中医院 南昌 330006; 2 上海中医药大学龙华医院 上海 200032)

关键词: 环状混合痔; 分段齿形结扎; 断桥缝合; 消痔灵注射; 侧切扩肛

中图分类号: R 657.18

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0074-02

环状混合痔是肛肠科难治性疾病之一, 临床对其治疗以手术为主, 且手术方式多种多样。我科采用分段齿形结扎加断桥缝合、消痔灵注射、侧切扩肛治疗 70 例环状混合痔, 取得满意疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 病例为 2007 年 3 月~2008 年 3 月, 江西省中医院肛肠科住院环状混合痔患者 70 例。诊断标准符合 1995 国家中医药管理局颁布的《中华人民共和国中医行业标准》、《中医病症诊断疗效标准》。纳入标准: (1) 符合上述诊断标准; (2) 年龄 20~60 岁, 性别不限; (3) 5 年 < 病程 < 30 年。排除标准: (1) 患有下述疾病之一: 原有肛门部手术或外伤史、心脑血管病、血液病、糖尿病、恶性肿瘤、精神疾病; (2) 妊娠或哺乳期妇女。

1.2 手术治疗方法 术前准备: 所有患者于术前进行指诊检查, 并完善术前相关检查, 排除手术禁忌证。患者取右侧卧位, 常规用碘伏消毒腰俞穴及其周围皮肤, 取 1%利多卡因 20mL 注入腰俞穴, 行腰俞麻醉。待麻醉显效, 肛管松弛, 肛周痛觉消失后, 碘伏消毒肛周及肛管皮肤, 铺无菌洞巾。查清混合痔大小、数目及分布。选取较明显的痔核为一段之中心, 一般分三到五段, 段与段之间尽可能以痔体两侧自然凹陷处为界, 保留肛管皮桥和直肠黏膜桥。首先取直血管钳钳住一段外痔部分, 用剪刀沿外痔基底部剪开至齿线上 0.2~0.5cm 处, 取大弯血管钳沿切口方向钳夹内痔核基底部, 以 10 号丝线在大弯血管钳下结扎, 将剥离出的外痔与内痔 2/3 一起剪除, 修剪切口呈 V 字型以利引流。余段同法处理, 但要注意将各段痔核的下端和结扎的顶端上下错开结扎, 使上下创面错开成齿形, 不在同一个水平面上。对保留的外痔区将多余的皮瓣予以修整, 保留足够的皮桥作横行切除 (各段横行切口亦

应上下错开不在同一水平面), 然后用 4 号丝线行对口间断缝合皮桥。其次在结扎线的痔核基底部用 1:1 消痔灵液注射, 每次注射至痔核饱满隆起呈半透明为度。最后于膝胸位 3 点或 9 点距肛门 1.5cm 处作一 1cm 左右的放射状小切口, 左手食指置于肛内引导, 右手持大弯血管钳钝性分开皮肤、皮下组织、内括约肌至齿线处, 钳尖向齿线方向挑出外括约肌皮下部和内括约肌下部并切断, 扩肛至肛管可容纳 2 指。修剪创面至平整, 以 4 号线缝扎搏动出血点。术毕, 以凡士林油纱条填塞创面, 塔形敷料覆盖, 宽胶布固定。术后处理: 常规应用抗生素 5~7d, 酌情予以止血及对症支持治疗, 并每日以本科自制肛门洗剂坐浴, 九华膏药棉行肛门中换药。肛管缝线术后 1 周可予拆除。

1.3 疗效判定标准 参照 1995 国家中医药管理局颁布的《中华人民共和国中医行业标准》、《中医病症诊断疗效标准》。治愈: 症状及体征消失, 创口愈合; 好转: 症状及体征改善, 创口愈合; 未愈: 症状及体征无变化。肛门功能评价标准按 Hiltunen 标准。正常: 肛门对大便、肠液、肠气的控制均正常; 肛门部分失禁: 肛门对稀便、肠液、肠气不能控制, 或污染内裤; 肛门完全失禁: 肛门对成形大便不能控制。

2 结果

术后肛门疼痛 2 例, 占 2.8%; 术后肛门轻度水肿 1 例, 占 1.4%; 术后排尿困难 2 例, 占 2.8%; 无肛门狭窄及术后大出血。70 例均痊愈出院, 肛门功能均正常, 随诊 1 年无复发。

3 讨论

环状混合痔是肛肠疾病中较为复杂、痛苦较大、术后并发症较多的疾病。传统的环状混合痔外剥内扎术, 若剥扎过多则具有损伤大、出血多、疼痛重、愈合时间长、术后肛门易狭窄、感觉性大便失禁等缺点; 若剥扎不足则肛门外观不平

固定可恢复肢体长度, 以利更好地重建胫骨关节面。对于关节面塌陷和骨缺损处需植骨以恢复关节面平整, 促进骨折更好地愈合。

对 II、III 型 Pilon 骨折, 特别是下端粉碎较甚者, 我们选用 AO 苜蓿叶钢板固定, 因为此钢板较薄, 易于塑形, 与胫管远端前侧或前内侧解剖相吻合, 占的空间较小, 给软组织造成的压力小, 而且钢板下方孔较多, 若放在前侧, 需剪去最后一孔, 以便钢板孔在远端多, 并防钢板超过关节面, 多孔便于选用不同的角度钻螺钉固定, 而此钢板使用的螺钉较其它解剖钢板的直径要小, 不易在操作中顶散骨块。

参考文献

[1]Ruedi TP,Allgower M.Frature of the lower and of the tibia into ankle joint[J].Injury,1969,1:92-99

[2]Mazur JM,Schwartz E,Simon SR.Ankle arthrodesis:long term follow up with gait analysis[J].J Bone Joint Surg(Am),1979,61:964

(收稿日期: 2008-08-12)

骨折的特点是胫骨远端具有典型的不同程度的压缩粉碎性骨折的表现, 累及关节面关节软骨的原发性损伤, 以及永久性关节面不平整导致不良的预后, 对于 II、III 型 Pilon 骨折常需手术治疗, 才能恢复关节面的平整。

小腿下端缺乏肌组织覆盖, 局部软组织较薄, 皮肤血供相对较差, Pilon 骨折多由高能量暴力引起, 不但骨折部位骨量容易丢失, 复位困难, 软组织损伤也较重, 手术并发症发生率高, 早期并发症包括伤口感染、皮肤坏死、表浅和深部感染, 晚期可能并发骨折延迟愈合、不愈合、畸形愈合、创伤性关节炎、关节僵硬、慢性骨髓炎等。因此手术时机选择非常重要, 开放性骨折应急诊手术, 闭合性骨折若无明显骨突顶压皮下, 组织水肿较重或出现水泡者, 我们均作临时固定, 待软组织肿胀减轻后, 再行手术治疗, 一般在受伤 7~14d 后进行。手术中两切口距离要大于 7cm, 尽量少游离切口间皮瓣保留血供, 避免出现皮肤缺血坏死。对腓骨的解剖复位和坚强内

三黄清热饮治疗乳腺增生 100 例体会

姚儒省

(江西省修水县义宁镇中心卫生院 修水 332400)

关键词:乳腺增生;三黄清热饮;中医药疗法

中图分类号:R 655.8

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0075-01

乳腺增生是临床常见病之一,自 2006 年 1 月~2008 年 1 月,我科以自拟三黄清热饮治疗乳腺增生病 50 例,并与乳核散结片治疗的 50 例作对照。现总结报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 100 例病人均为本院就诊病人,其中门诊病人 64 例,住院病人 36 例。年龄 16~55 岁,其中 20 岁以下 12 例,20~30 岁 21 例,31~40 岁 37 例,41~50 岁 24 例,50 岁以上 6 例;病程最短 14d,最长 9 年,2 年以上占 51%;左乳房发病 32 例,右乳房发病 36 例,双侧乳房同时发病 32 例。随机分为治疗组和对照组各 50 例。

1.2 诊断标准 以国家中医药管理局制定的《中医病证诊疗标准》中“乳腺增生病诊断及疗效评定标准”为依据:(1)有乳房肿块,且多数乳房有疼痛等症状,连续 3 个月不能缓解;(2)排除生理性乳房疾病,如经前乳房胀痛、青春期乳痛及仅有乳房痛而无肿块的乳痛证;(3)钼钯、B 超声像图等检测手段排除乳腺癌、乳腺纤维腺瘤等其他乳腺疾病。

1.3 治疗方法 治疗组服用三黄清热饮。方由当归 20g,红花 10g,川芎 10g,郁金 12g,香附 10g,延胡索 10g,黄连 10g,黄芩 10g,黄柏 10g,栀子 10g,夏枯草 6g 等组成。将药物先以冷水浸泡 30~60min,两煎取汁 300mL,然后浓缩至 250mL,每日 1 剂,1 个月为 1 个疗程,共 3 个疗程。对照组服用乳核散结片(国药准字 Z44020007),每次 2 片,每日 3 次,1 个月为 1 个疗程,共观察 3 个疗程。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照中国中医药学会外科学会乳腺病专题组制定的标准。临床治愈:肿块消失,乳痛消失,停药后 3 个月不复发;显效:肿块缩小 1/2,乳痛消失或减轻;无效:肿块不缩小或反而增大,肿块变硬或单乳痛缓解而肿块不缩小。

2.2 治疗结果 见表 1。

2.3 止痛效果 服用三黄清热饮 3~6 剂即可止痛。治疗组有效率为 98%,对照组有效率为 50%,经统计学处理, $P<0.01$,有显著意义。

表 1 两组综合疗效比较 例					
	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	50	29	20	1	98
对照组	50	10	15	25	50

2.4 肿块消失情况 100 例治疗前后均作 B 超检查,治疗组 50 例有乳房肿块,49 例治疗后消失或者明显缩小,有效率为 98%;对照组 50 例,治疗后 25 例消失或缩小,有效率为 50%。经统计学处理, $P<0.01$,有显著性差异。

2.5 不良反应 治疗组 50 例均未发现不良反应。

3 病案举例

患者,女,38 岁,双乳房包块肿胀 9 年,加重 8 个月,2005 年 6 月 22 日初诊。双乳房有大小不等条索状肿块,无规律性胀痛,与月经周期无关。2004 年 5 月 16 日曾手术切除右外上象限一包块,病理诊断:乳腺增生,部分导管扩张,并呈大汗腺样化生。B 超显示:右乳房肿块 2 处,分别为 5cm×10cm×10cm、3cm×2cm×1cm;左乳房肿块 2 处,分别为 3cm×3cm×1cm、2cm×2cm×0.5cm;低回声光团。舌质红,苔黄厚,脉象弦数。诊断:中医为乳癖(火热型);西医为乳腺增生病(双侧)。连服三黄清热饮 15d,肿块明显缩小,胀痛消失;又隔日 1 剂,连续服 15d,肿块消失。B 超检查示:乳腺小叶炎性包块消失,临床治愈,随访 1 年未复发。

4 讨论

乳腺增生病属中医学“乳癖”范畴,是妇女常见病,尤以 30~40 岁妇女为多见,近几年来发病年龄范围扩大,最小有 17 岁,最大到 70 岁。中医学认为本病系因肝郁痰凝、冲任失调所致,临床上常以疏肝解郁、化痰散结、调理冲任论治。我们在多年临床观察中发现,大多数乳腺增生病病人乳房肿块肿胀疼痛,不与皮肤粘连,肿块处皮肤灼热,舌苔黄厚,脉弦数,辨证多为火热型。笔者根据“五志过极,皆可化火”的理论,确立活血理气、清热泻火的治疗原则。方中当归、红花、川芎活血化瘀;延胡索、郁金、香附理气疏肝;黄连、黄芩、黄柏、栀子、夏枯草清热泻火,药理实验结果也表明,本方具有抗炎、消肿、镇痛及抑制肉芽肿的作用。

(收稿日期:2008-08-27)

整,多余的皮瓣易水肿,且易复发。所以其手术治疗既要提高疗效,减少复发,又要保护肛门功能,减少各类并发症。我们采用分段齿形结扎,避免了肛门瘢痕环形挛缩所致的肛门狭窄。断桥缝合使肛门外观平整,局部血液循环、淋巴回流通畅,明显减少术后水肿、疼痛等并发症,利于伤口的生长和恢复,明显缩短病程。但注意横形切口尽量在肛缘外施行,间桥的两断端要将静脉组织剥离到肌层,缝合松紧适宜,对合整齐,且缝合时一定需要连带部分肌层。消痔灵液注射,使该区组织因无菌性炎症而硬化萎缩,达到上提肛垫的作用,同时由于阻断了痔上动脉,防止痔术后复发,降低术后大出血的

发生。注意消痔灵注射点亦应相互错开如齿形,不在同一平面,以免瘢痕环形挛缩致直肠狭窄。内括约肌侧切使肛门口径增大,又能使痉挛的括约肌处于良好松弛状态,故可避免肛门狭窄的发生。但年老体弱或伴有肛门松弛的患者,则不宜同时施行侧切扩肛术,以免发生肛门失禁。手指扩肛时以自由通过 2 指为度,若无限地扩大,可导致应激性大便失禁或肛门失禁。术后肛门洗剂坐浴可消炎、止痒,九华膏行肛门中换药可消炎生肌。

总之,对于复杂的环状混合痔,临床上一定要具体问题具体分析,在保证肛门功能的前提下兼顾彻底治疗。

(收稿日期:2008-04-23)