外切内扎皮桥整形治疗环形混合痔 76 例

吴良生[1] 肖慧荣[2]

（1 江西省峡江县中医院 峡江 331400；2 江西省中医院 南昌 330006）

关键词：环形混合痔；外切内扎；皮桥整形

中图分类号：R 657.18 **文献标识码**：B **文献编号**：1671-4040(2009)02-0059-02

痔疮是常见多发病，环形混合痔则是痔疮中最为严重的一种，其手术治疗难度较大，若处理不当，术后易致 较多并发症。笔者采用外切内扎皮桥整形术治疗环形混合痔 76 例，疗效满意。现总结如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 76 例患者中，男性 46 例，女性 30 例；年龄 23~68 岁，平均 45 岁；病程 6 个月 ~23 年，平均 4.5 年，均为环形混合痔。便时或便后痔核脱出 76 例，有出血者 56 例，伴排便困难 34 例。

1.2 手术方法 腰俞麻，侧卧位，肛周及肛管常规清毒，铺无菌孔巾，扩肛，辨清痔核数目、大小、位置。首先处理母痔区混合痔，组织钳提起外痔核顶部，于基底部“V”形剪开皮肤，钝性或锐性切离外痔、皮下静脉丛至齿线下约 0.5cm 处，切口内收，使切口成梭形，继续切离外痔及内痔痔核至齿线上的 0.3cm，用中弯止血钳于内痔基底部纵形钳夹，10 号线贯穿结扎内痔基底部，剪除外痔及部分内痔，外痔皮肤切口向远端延长 0.5cm 左右，修剪创面平整，创面敞开，不予缝合，以利引流。同法处理其他母痔区及子痔区混合痔，但在相邻切口间应至少保留 1cm 左右皮桥，若皮桥隆起或冗长，在皮桥外痔位置横形切除一小部分皮桥，剥离皮下血栓或静脉丛，使皮桥平整无张力，再予 1 号线对拢缝合皮桥远近断端。一般可选 4~6 个手术区域行外切内扎，若肛门肛管较紧，可行侧方内括约肌部分切断术，以肛管内能容两指为度。创面仔细止血，查无活动性出血，肛内置凡士林纱布条，外以塔形敷料覆盖，宽胶“丁”字固定。

1.3 术后处理 术后按开放创面护理，抗炎治疗 5~7d；排便后予肛门洗剂坐浴，并予九华膏换药；术后注意皮桥有无水肿及成活情况，并针对具体情况予相应处理。术后 6d 左右拆除皮桥缝线。

计学意义（$P>0.05$），试验组间各时点相比差异也无统计学意义，见表 2。

表 2 各组 VAS 评分结果 （$\bar{X}\pm S$）分

	对照组	吗啡组	芬太尼组	氯诺昔康组
2h	0.71± 1.00	0.67± 1.03	0.65± 1.02	0.64± 1.05
4h	4.23± 1.85	1.27± 1.14△	1.74± 1.05△	1.72± 1.08△
8h	5.87± 1.19	2.78± 1.40△	2.04± 1.30△	1.86± 1.23#
12h	4.73± 1.25	1.67± 1.04#	1.62± 1.03#	1.29± 1.26#
24h	2.42± 1.01	1.03± 1.06	0.98± 1.03	0.83± 1.04

注：与对照组相比，△$P<0.05$，#$P<0.01$。

2.2 不良反应 对照组、吗啡组各有 1 例患者发生短暂的尿潴留，芬太尼组、氯诺昔康组均未出现明显的不良反应。

3 讨论

关节镜下行膝关节手术术后镇痛现在开展越来越普遍，充分镇痛能使患者早期活动、早期康复，减少住院日数，使患者对膝关节镜检查及治疗的接受度越来越高，从而在一定程度上促进膝关节手术技术的发展。

既往有研究表明，实验动物慢性关节炎症的关节囊内阿片受体的密度显著增高[1]，临床上亦有类似发现，这就为关节镜术后关节腔内使用小剂量阿片药物镇痛提供理论依据。1991 年，stein[2]首先报道在膝关节镜术后关节内注入吗啡有止痛作用，本试验表明关节镜术后关节内注射 1mg 吗啡取得了良好止痛作用，且副作用少。芬太尼是人工合成的阿片类镇痛药，其镇痛效力是吗啡的 100 倍，本试验结果也表明向关节腔内注入芬太尼 10μg 可达到满意的镇痛效果，亦未见明显副作用。手术创伤可以诱导关节内环氧化酶 Cox-2 的活性，引起炎症反应，滑膜组织产生并释放前列腺素 E，敏化外周疼痛感受器，造成局部痛觉过敏，氯诺昔康可有效抑制 Cox-2 的活性及前列腺素的合成，能够明显减轻滑膜炎[3]，本试验关节腔内注入氯诺昔康 6mg 取得了良好的镇痛效果。

总之，关节腔内注射小剂量镇痛药物均取得良好的止痛效果，且少有全身副作用，对于膝关节镜术后患者是一种较合适的镇痛方法。

参考文献

[1]DeHaven-Hudkins DL,Dolle RE.Peripherally restricted opioid agonists asnovel analgesic agents [J].Curr Pham Des,2004,10:743-757

[2]Stein C,Comisel K,Haimerl E,et al.Analgesic effect ofintra-articular morphine affer arthroscopic knee surgery[J].N Engl J Med,1991,325:1 123

[3]Gairaj NM. Cox-2 inhibitors celecoxib and parecoxib:Valuable options for posloperative pain mangemement [J].Curr Top Med chem,2007,7(3):235-249

（收稿日期：2008-12-29）

双肺同期大容量灌洗的麻醉处理

罗江波

（江西省胸科医院　南昌 330008）

摘要：目的：探讨对双肺同期大容量灌洗的麻醉处理方案及注意事项。方法：选择尘肺患者 20 例，行双肺同期大容量灌洗术，以咪唑安定、舒芬太尼、维库溴铵、异丙酚等联合麻醉，监测患者生命体征，计算灌洗量、引流量及残留量，判断手术和麻醉效果。结果：患者生命体征平稳，未出现渗漏、低氧血症及支气管痉挛，引流顺利，残留量少。结论：该麻醉方法在双肺同期大容量灌洗术中切实可行，有利于手术的顺利进行。

关键词：双肺大容量灌洗；麻醉

中图分类号：R 614.2　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2009)02-0060-02

煤工尘肺（CWP）是一种严重危害人体健康的职业病。我院自 2006 年以来对 CWP 患者行双肺同期大容量灌洗（SMDWLL），取得了较好的临床疗效，而术中麻醉处理对手术的顺利进行具有关键性作用。现就麻醉处理总结报道如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　CWP 患者 20 例，均系男性，为我院 2006 年 4 月 ~2007 年 4 月的门诊和住院病人，年龄 30~54 岁，肺功能测定基本正常或轻度减退，肺活量（VC）、最大通气量（MVV）占预计值 80%，第 1 秒时间肺活量（FEV_1）达到预计值 70%，弥散功能大于预计值 70%，血气分析 PaO_2>10kPa，肺部无活动性结核病灶及感染，无肺大泡和重度肺气肿，心、肝、肾、血液系统无严重功能障碍。

1.2　麻醉方法与监测　患者入室后取平卧位，开放静脉，监测 ECG、HR、SPO_2、$ETCO_2$、BP 等，静脉注射咪唑安定 2.5mg、舒芬太尼 10~20μg、维库溴铵 0.1~0.15mg/kg、异丙酚 1.5~2mg/kg 后插入 F37 或 F39 左侧双腔支气管导管（DLT），定位正确、分隔满意后测定左右肺气道压后开始灌洗，术中予异丙酚 4~12mg/（kg•h）、舒芬太尼 10~20μg/h 持续静脉泵注，间断静注维库溴铵维持麻醉，术中监测动脉血气，术毕患者意识清醒、各项反射恢复、自主呼吸潮气量达 6~8mL/kg、生命体征平稳后拔管返回 ICU。

1.3　灌洗方法及通气管理　本组 20 例均先灌洗容量较大的右肺。每侧肺灌洗次数≤12 次，每次于 1~2min 内灌入 37℃生理盐水 1 000~2 000mL，引流 2~4min，并于第 3、6、9 次灌洗过程中进行加压通气（气道压 <4kPa），吸痰管负压吸引。通气肺行单肺通气，VT 8~10mL/kg，R 12~14 次 /min，FiO_2=1.0，气道压 1.5~2.5kPa，$PaCO_2$ 35~45mmHg，两肺灌洗间隔时间 50~90min。

2　结果

本组患者中 10 例使用 F37 号 DLT，10 例使用 F39 号 DLT，11 例采用听诊法结合吸痰管法定位，9 例使用纤维光导支气管镜（FOB）定位，全组未出现渗漏、低氧血症、支气管痉挛。有 1 例患者第 3 次至第 5 次引流液呈淡红色，可能因吸痰管吸引损伤支气管黏膜所致，未处理自愈。20 例患者的灌洗次数、灌洗总量、引流总量及残留量见表 1。

表 1　双肺同期大容量灌洗数据　（$\overline{X}\pm S$）

肺叶	灌洗次数	灌洗总量(L)	引流总量(L)	残留量(L)
右肺	11± 1.0	15.7± 2.31	15.4± 2.34	0.28± 0.256
左肺	11± 1.1	14.9± 2.70	14.6± 2.76	0.32± 0.209

1.4　结果　本组 76 例，全部治愈，平均住院 10d。术后 60 例疼痛轻可以忍受，未予止痛药。16 例有中等程度疼痛，给予口服曲马多缓释片，均能缓解；术后 5 例排尿困难，3 例予生物反馈、膀胱热敷、按摩后可自行排尿，2 例行导尿处理。术后排大便困难者 7 例，予开塞露塞肛或口服聚乙二醇粉以润肠通便，大便得解。术后一般 7~10d，结扎线脱落，无 1 例大出血，仅少许滴血，均自愈；术后无大便失禁及外痔残留或炎性水肿，皮桥均成活；术后创面愈合时间 16~22d，平均 18d，肛门愈合创面平整，功能正常。

2　讨论

环形混合痔传统术式为外剥内扎，其治疗效果肯定，复发率亦低，但术后肛门疼痛时间长，且易产生肛门狭窄及肛门感觉性失禁等并发症。笔者采用外切内扎加皮桥整形术，较好地解决了以上问题：本术式中尽可能多地保留了肛管皮肤、齿线结构及肛垫组织，因肛垫组织及齿线结构对维持正常的排便反射有重要意义，故术后不会产生感觉性失禁及肛管狭窄；皮桥的保留，减少了末梢神经的暴露，故术后疼痛较轻；术中行部分内括约肌侧切，减少了肛门痉挛性疼痛，不易致局部微循环障碍，故皮桥不水肿，易成活；术后予以抗炎、肛门洗剂坐浴、九华膏换药，防止创面感染，促进了创面愈合。因此，外切内扎皮桥整形是治疗环形混合痔的一种很好的手术方法。

（收稿日期：2009-01-12）