

PPH 联合消痔灵直肠周围注射治疗女性直肠黏膜内脱垂

白静¹ 石志强¹ 王旭涛² 指导:李东平³

(1 成都中医药大学 2007 级研究生 四川成都 610075;2 成都中医药大学 2003 级七年制本硕连读 四川成都 610075;3 成都中医药大学附属医院 四川成都 610072)

关键词:消痔灵;痔上黏膜环切钉合术;直肠黏膜内脱垂

中图分类号:R 657.19

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)06-0062-02

直肠黏膜内脱垂以女性患者多见,轻者表现为部分黏膜脱垂,重者呈环形脱垂甚至内套叠,其中重度直肠黏膜内脱垂患者,常常伴有便秘(出口梗阻型便秘)。我们观察的这 16 例直肠黏膜内脱垂患者均有排便不畅或肛门坠胀等症状,均采用痔上黏膜环切钉合术(PPH)联合消痔灵直肠周围注射治疗,近期取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 16 例患者均为 2007~2008 年成都中医药大学附属医院肛肠科住院女性患者,年龄 38~66 岁,全部病例均有排便不畅及排便困难等症状,其中 11 例伴有肛门坠胀感。所有病例术前均经排粪造影证实有直肠黏膜内脱垂。

1.2 器械 本组病例均采用美国强生公司生产的吻合器,包括 33mm 吻合器、持线器、肛管扩张器、肛肠缝扎器、带线器。

1.3 治疗方法 术前常规清洁灌肠,采用腰俞穴麻醉或肛周局麻,病人取截石位。手术步骤如下:

1.3.1 黏膜环切吻合 (1)采用美国强生公司生产的圆形痔吻合器,导入肛管扩张器进行扩肛,在扩肛器引导下置入透明肛肠镜并固定。(2)在肛肠镜缝扎器显露下,在齿线上 3~5 cm 作双荷包或单荷包缝合。(3)旋开圆形痔吻合器至最大位置,导入吻合器并使其钉头深入至荷包线的上端,收紧荷包缝线并打结。用带线器将缝线的尾端从吻合器的侧孔中拉出,将拖至吻合器外的缝线打结。(4)适度牵拉荷包缝合线,旋紧吻合器。并配合阴道指诊,确认阴道壁完整后击发吻合器,击发后保持吻合器处于闭合状态 30s,旋开吻合器,并从肛管中移出。(5)通过肛肠镜缝扎器检查吻合口,如有出血,可行跨越吻合口的“8”字缝合。(6)检查无活动性出血。

1.3.2 直肠周围注射 肛周重新消毒,抽取消痔灵

液并 1:1 盐水稀释,长针头经肛门两侧及后侧刺入并注入骨盆直肠间隙及直肠后间隙,总量 30~40mL。

1.4 术后处理 (1)卧床休息 2~3h,一级护理,流质饮食,控制大便 2~3d。(2)术后予抗生素抗感染、止血、止痛等对症治疗。(3)术后第 2 天予聚乙二醇 4000(福松),每晚睡前服 10g,大便干结难下者予开塞露 10mL 以助排便。(4)便后予聚维酮碘(艾利克)坐浴后熊珍膏换药。

1.5 结果 全部病例手术后排便困难、肛门坠胀等症状均有不同程度改善甚至消失。随访 3~18 个月治愈 16 例,无复发,总有效率为 100%。16 例手术病人切除的组织宽度均在 4cm 左右,黏膜完整呈环状,手术时间平均 40min,平均住院日 10d。所有患者均未发生直肠壁内及周围脓肿、肛门失禁、吻合口狭窄等并发症。

2 讨论

直肠黏膜内脱垂是指直肠黏膜层套叠入远端直肠腔或肛管内而未脱出肛门的一种功能性疾病,是出口梗阻型便秘中较常见类型。其病因与解剖因素、盆底组织软弱、长期腹内压增加等有关,其发生机理尚不完全明了。

以前治疗女性直肠黏膜内脱垂,国内多采用以注射疗法为主的综合治疗。1998 年 Longo 发明了 PPH 术治疗重度内痔脱垂并应用于临床,效果满意。我们在行大量 PPH 治疗重度内痔脱垂的基础上,尝试采用 PPH 技术结合直肠周围注射治疗女性直肠黏膜内脱垂。其理论依据是在齿线上方环形切除直肠下端黏膜及黏膜下层,切除了排便时脱垂的直肠黏膜,增强了直肠黏膜的张力,加上术后由于炎症反应及吻合钉异物刺激,使吻合口周围的黏膜组织产生瘢痕性固定,加强了直肠壁张力,尤其是

引邪外出,可镇痛抗炎、消肿,并可促进皮损区的干燥,更有利于创面的血痂凝结。另外对局部感染较重年老体弱患者可输注抗生素或涂抹莫匹罗星药膏,如疼痛剧烈影响休息亦可暂予镇痛、安眠剂。

(收稿日期: 2009-07-01)

经脉阻滞所致。治当以三棱针刺络穴位拔罐法开泄排毒,让邪毒有出路,使其尽出,不再走窜。在拔出大量瘀血汁沫后,能迅速泻热排毒,气血畅达,通则不痛,并能够显著缩短病程,应用 TDP 活血化瘀治疗可促进结痂形成,同时艾条温和灸能以热引热,

腹腔镜下套圈法治疗输卵管间质部妊娠分析

汪利群 黄欧平

(江西省妇幼保健院 南昌 330006)

关键词: 输卵管间质部妊娠; 腹腔镜; 套圈法

中图分类号: R 713.8

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)06-0063-01

输卵管间质部妊娠虽然比较少见,但是后果较严重,其结局几乎全为输卵管妊娠破裂,输卵管间质部为通入宫角的肌壁内部分,周围肌层较厚,因此容易发生破裂。由于输卵管间质部妊娠破裂出血多,其破裂犹如子宫破裂,是危险性最大的一种,一般不做保守性治疗,传统的治疗常常是一边抗休克,一边开腹行子宫角部切除或切除子宫。由于开腹手术创伤大、恢复慢,腹腔镜技术开展以来,输卵管间质部妊娠多用腹腔镜手术,取得良好疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院 2004 年 10 月~2008 年 10 月期间住院经彩超证实为输卵管间质部妊娠的患者 20 例,均应用腹腔镜下套圈法手术治疗。年龄 18~31 岁,平均 24.8 岁,停经 47~85d,经产妇 8 例,未生育妇女 12 例,有人流史 18 例,有盆腔炎 6 例,有节育环 3 例,有腹部手术史 2 例,不规则阴道流血 16 例,腹痛 15 例。所有患者停经后腹痛或阴道出血,妇科检查和 B 超提示宫角部有凸起的包块, β -HCG 增高,临床诊断为子宫角部妊娠。

1.2 方法 所有病例均在全麻气管插管下手术。使用 Storze 公司生产的电视腹腔镜系统,气腹压力设定为 14mmHg,取脐轮下缘切口,用两把巾钳上提皮肤,切开皮肤筋膜,用 10mm 的穿刺鞘穿刺入腹腔,置入腹腔镜检查盆腔,然后在直视下分别置入 5mm 和 10mm 穿刺鞘,放入手术器械,手术于妊娠组织排出前用内套圈套扎,于妊娠基底部收紧套圈,在妊娠物排出前后起止血带作用同时关闭子宫角部,在排出妊娠物的同时保持套圈基底部的张力,一边取妊娠物,一边收紧套圈。在妊娠物彻底清除干净后,再次将套圈收紧,紧闭子宫角。

直肠前壁的张力,解决了部分女性存在直肠前突的问题。消痔灵是中药明矾、五倍子等提炼而成,具有收敛、固脱作用。消痔灵注射到两侧骨盆直肠间隙及直肠后间隙,通过无菌性炎症引起局部纤维化,一方面可使直肠与侧韧带粘连,另一方面又可使松弛变弱的直肠侧韧带因纤维化而得到加强,这样就牵拉固定了直肠,既恢复了直肠的正常解剖位置,又使注射区直肠壁与周围产生粘连框架而固定,有

2 结果

20 例病例中 19 例在电视腹腔镜下完成手术,无手术并发症,手术成功率 95%。18 例病例未破裂,有 2 例破裂,盆腔有积血,其中 1 例套扎组织部分滑脱,镜下缝合止血成功;另 1 例患者妊娠包块约 7cm $\times$ 6cm $\times$ 5cm,术中因套扎线滑脱,创面活动性出血,无法再行套扎,镜下止血失败而中转开腹行患侧宫角部切除术。术后随访 β -HCG 下降明显,无 1 例发生持续性宫外孕。

3 讨论

3.1 适应证 输卵管间质部妊娠血运丰富,且包块较大,腹腔镜下手术治疗有一定的困难,主要体现在术中止血困难。近年来,随着腹腔镜器械的不断改进,腹腔镜手术操作技术的不断提高,越来越多的临床医师不断地尝试在腹腔镜下完成输卵管间质部妊娠的手术治疗。

3.2 手术的技巧 (1)术中套扎时应尽可能套扎到妊娠病灶的基底部,尽可能将妊娠病灶清除干净,必要时在宫角部注射甲氨喋呤。(2)手术成功的关键取决于医生对妊娠病灶局部情况的判断及熟练的内镜技术。20 例病例中,有 2 例破裂,盆腔有积血,其中 1 例套扎组织部分滑脱,镜下缝合止血成功,所以要求内镜医生要有熟练的镜下缝合技术,才能遇乱不惊。

3.3 套圈法的优点 腹腔镜手术治疗输卵管间质部妊娠是采用单极及双极电凝及镜下缝合技术,可以有效地控制出血。我们认为套圈法治疗输卵管间质部妊娠简化了手术操作,缩短了手术时间,减少了手术出血,而且简单易学,适合基层医院开展。

腹腔镜手术具有创伤小、恢复(下转第 65 页)

效地防止直肠黏膜内脱垂。消痔灵液注入两侧骨盆直肠间隙及直肠后间隙,还可使直肠与前筋膜粘连固定,类似直肠与骶骨部缝合固定术,这样就使直肠与周围组织得到固定,还复原位。

该术式操作简单,经多次随访,临床疗效肯定。但更远期的治疗效果有待进一步观察,其理论依据也有待进一步研究。

(收稿日期: 2009-06-30)