

等张吻合在 PPH 术中的临床运用

陈光华¹ 赵昂之² 刘建璞³

(1 江西中医学院 2008 级硕士研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006; 3 江西省永新县中医院 永新 343400)

关键词: 等张吻合; PPH; 临床运用

中图分类号: R 657.18

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.046

吻合器痔上黏膜环切术 (PPH) 是 1998 年意大利学者 Longo 设计的一种通过吻合器环形切除直肠下端黏膜来治疗 II、III、IV 度内痔及混合痔的手术方法。与传统手术方法相比, PPH 手术具有符合肛门部解剖生理、操作简单、手术时间短、术后疼痛少、病人恢复快等特点, 甚至可作“一日手术”使用, 但若处理不当, PPH 也会引起诸多的并发症。我院自引进该技术 5 年来, 发现在 PPH 手术过程中, 在拉紧荷包线旋紧吻合器前, 将圆形肛门扩张器 (CAD33) 先行拆除卸下, 然后再拉紧荷包线, 旋紧吻合器并击发, 术中出血率大大降低, 我们把这个吻合过程叫等张吻合。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 将 120 例病人随机分成治疗组和对照组。治疗组 60 例, 男 32 例, 女 28 例, 年龄 29~86 岁, 病史 1~20 年; 对照组 60 例, 男 30 例, 女 30 例, 年龄 25~85 岁, 病史 2~18 年。两组病例均为 II、III、IV 度痔疮, 均符合痔诊治暂行标准^[1], 均有间歇性大便带血和排便时内痔从肛门脱出。

1.2 治疗方法 治疗组术前先行清洁灌肠, 腰麻。病人取截石位, 常规皮肤黏膜消毒, 按要求安装好吻合器, 将 CAD33 涂抹石蜡油后缓慢塞入肛门内, 移去内栓后分别在 1、5、9 点处用 7 号丝线缝肛缘皮肤固定肛门扩张器, 在肛镜缝扎器 (PSA33) 帮助下,

生素 10 余天, 病情有所好转, 但半月前口腔开始出现白色斑点, 渐出现糜烂, 由门诊收入院, 自发病以来, 纳食差, 夜寐欠安, 大便三日一行, 小便正常。查体: 舌及下唇黏膜可见多处溃疡, 上覆白色腐物, 擦拭后出血, 舌质红, 苔薄黄中厚, 脉沉细。中医诊断: 狐惑病; 西医诊断: 阿扶他口腔溃疡。给予甘草泻心汤加减: 炙甘草 20g, 黄芩 10g, 黄连 6g, 党参 15g, 干姜 6g, 半夏 10g, 焦三仙各 10g, 藿香 15g, 佩兰 10g, 白术 12g, 射干 10g, 连翘 10g, 薄荷 6g, 大枣 10 枚。连服 7 剂, 同时给予冰硼散外敷, 服后口腔溃疡较前好转, 声音嘶哑减轻, 继服 14 剂, 溃疡面渐愈合。

3 讨论

古人认为狐惑病为伤寒之后, 余热未尽, 湿热

用单股不吸收滑线 2-0 普理灵线在齿线上 3~4cm 作直肠黏膜下荷包缝合, 一般需 4~6 针。置入圆形痔吻合器 (HCS33) 钉砧头于荷包缝合线上方, 收紧荷包线, 用带线器经吻合器侧孔拉出荷包线, 边拉紧荷包线, 边旋紧吻合器, 在吻合器旋至 CAD33 处时, 嘱助手拆除 CAD33 固定线, 将 CAD33 移出肛外, 再将吻合器旋至指示刻度处。当吻合器旋至肛缘时应以纹式止血钳绕吻合器在肛内划一圈, 以防肛缘皮赘落入吻合器内。另外, 如为女性患者, 收紧吻合器时应作阴道指检, 防止损伤直肠阴道间隔而造成直肠阴道瘘。打开保险开关, 击发吻合器后, 在关闭状态留置 30s, 旋开吻合器, 并缓慢取出吻合器, 检查吻合口, 如有出血, 用 4-0 快薇乔线缝合止血, 置入用溶化性止血纱布、凡士林纱布包裹的排气管, 术毕。如肛缘处有较大皮赘, 可一并切除。对照组其他步骤一样, 只是在击发吻合器后才拆除 CAD33。

1.3 结果 治疗组手术过程中发现搏动性出血 2 例, 对照组发现 23 例。且伴有外痔皮赘类似的病例在治疗组中消失更明显。

2 讨论

PPH 的原理是悬吊和断流, 其通过特制吻合器切除直肠壶腹与肛管之间的环状直肠黏膜脱垂带, 阻断动静脉吻合的终末枝, 减少黏膜下的血液量及邪毒内蕴所致。该患者伤寒之后应用了大量抗生素, 但余热未清, 湿热邪毒内蕴脾胃, 故见纳差; 湿邪胶滞黏腻, 故见大便不爽; 湿热循经上扰清窍, 故见夜寐不安; 蚀于咽喉则见口咽蚀烂、声音嘶哑。考虑患者不单纯为湿热邪毒内蕴, 长期应用抗生素类药物致脾胃虚寒, 寒热交错, 虚实夹杂。甘草泻心汤寒热共用, 苦辛并进, 攻补兼施, 方中重用甘草, 配以黄芩、黄连清热解毒; 辅以半夏、干姜苦辛温燥, 宣化内湿; 佐以党参、白术、大枣扶正安中; 射干、连翘、薄荷利咽; 焦三仙健脾开胃; 藿香、佩兰化湿; 诸药共奏清热化湿、扶正安中之功, 使湿热得去, 气血流畅而诸证自除。

(收稿日期: 2010-05-27)

耳穴贴压预防肛肠疾病术后并发尿潴留的临床观察

肖慧荣 徐玲 安明伟 熊腊根 许金水 唐勇

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:耳穴贴压法;肛肠疾病;尿潴留

中图分类号:R 619.9

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.047

尿潴留是肛门直肠手术后最常见的并发症之一,其发生率高达 12%~52%^[1]。近年来,笔者采用耳穴贴压法预防肛肠术后尿潴留,疗效显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2008 年 1 月~2009 年 1 月在我科接受肛肠手术后的病例 300 例,随机分为两组。耳穴贴压组(治疗组)150 例,男性 76 例,女性 74 例,年龄 20~60 岁,平均(38.03±10.00)岁;对照组 150 例,男性 77 例,女性 73 例,年龄 21~60 岁,平均(38.92±9.47)岁。两组患者性别、年龄、疾病类型、手术切口、术中术后补液量均无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 手术前 1h,患者取坐位,暴露耳廓,选取患者双侧神门、皮质下、肛门、尿道,采用王不留行籽贴敷上述穴位,并按压所有穴位至局部产生胀痛的气感,嘱患者手术前及手术过程中每 15 分钟自行按压 1 次,手术后每 2 小时自行按压 1 次,每次 3~5min,以局部出现胀感为度,治疗持续 24h。

1.2.2 对照组 不给予上述治疗,仅给予常规心理诱导、耻骨上膀胱区按摩、听水声等物理治疗。

1.3 疗效观察

黏膜脱垂,同时完成切口后上提了肛垫,从而使痔核回缩至直肠内并逐渐萎缩,恢复肛管黏膜正常解剖,改善肛门的自制功能,降低肛管内压,调整内外括约肌的活动。但 PPH 也有诸多的并发症,术中出血就是其中最常见的一种。笔者在手术中发现,如果在击发吻合器前未拆除 CAD33,术中出血率明显增多,可能与 CAD33 在肛内形成一股向外向下的张力有关,吻合器在环状切除直肠黏膜脱垂带的同时要抗拒这股张力,钛钉很容易出现脱钉、钉合不全或吻合口对合不齐,因而术中出血的概率大为增加。且由于 CAD33 造成的压力,使我们在收紧荷包线拉入吻合器钉仓时,把更多的吻合器上直肠黏膜拉入吻合钉仓内,这在一定程度上影响了肛垫上提的效果。在 PPH 暂行规范修订^[2]中术中操作第 2 点

1.3.1 观察指标 记录术后首次排尿时间及尿量,并分别于术后 2、4、6、8h 记录患者的尿量。

1.3.2 疗效标准 术后 2~4h 内能自行排尽尿液为显效;4~8h 内能自行排尽尿液为有效;术后 8h 后尿液不能排出,小腹胀痛难忍,膀胱充盈呈半球形或能排出少量尿液,小腹胀痛不减,膀胱充盈呈半球形,为无效。

1.3.3 治疗结果 治疗组 150 例患者显效 120 例,有效 24 例,无效 6 例,总有效率为 96.0%;对照组 150 例患者显效 83 例,有效 42 例,无效 25 例,总有效率为 83.3%。两组总有效率比较, $P < 0.05$,具有显著性意义。两组无效者均给予导尿。见表 1。

表 1 治疗后两组患者导尿情况比较 例(%)

分组	n	导尿	未导尿
治疗组	150	6(4.0)	144(96.0)
对照组	150	25(16.7)*	125(83.3)

注:两组比较,* $P < 0.05$ 。

2 讨论

术后尿潴留作为肛肠手术后最常见的并发症之一,属中医“癃闭”的范畴。用耳穴贴压法预防术后尿潴留,是根据中医“治未病”的思想和中医针灸基础理论,突出中医未病先防的思想。中医针灸理论认为,耳与人体脏腑经络在生理、病理上存在密切的联系。五脏六腑之精气聚于耳,肾开窍于耳,经络系统中所有的经脉,或直接入耳,或间接入耳,十

也指出:“用圆形肛管扩肛器进行扩肛,在扩肛器引导下置入透明肛镜并固定。若脱垂的痔组织过多,宜用无创钳向肛管外牵拉以便于置入,固定后将牵出组织复位。应充分显露痔上黏膜。”为什么要固定后将牵出组织复位,就是考虑到由于 CAD33 的存在,在收紧荷包线入钉仓时不能把荷包下痔黏膜及黏膜下层拉入,最终影响肛垫的上提。因此,等张吻合有助于肛垫上提及术中并发症的减少,值得同道们在临床上推广。

参考文献

- [1] 杨新庆,王振军.修订痔诊治暂行标准会议纪要[J].中华外科杂志,2003,41(9):698
- [2] 中华医学会外科学会肛肠外科学组.痔上黏膜环状切除钉合术(PPH)暂行规范修订[J].中华胃肠外科杂志,2005,8(4):342

(收稿日期:2010-07-06)