

多放射状小切口配合外剥内扎硬注术治疗环状混合痔 临床疗效观察

郑敬利

(四川省成都市誉美医院 成都 610075)

摘要:目的:观察和评价多放射状小切口配合外剥内扎硬注术治疗环状混合痔的临床疗效。方法:将 68 例环状混合痔患者随机分为治疗组 40 例,行多放射状小切口配合外剥内扎硬注术,对照组 28 例,行外剥内扎术。结果:治疗组痊愈 38 例(95.0%),显效 2 例(5.0%);对照组痊愈 25 例(89.3%),显效 3 例(10.7%);两组疗效差异无统计学意义($P>0.05$)。两组术后肛门疼痛、肛缘水肿、肛缘赘皮差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:多放射状小切口配合外剥内扎硬注术治疗环状混合痔疗效确切可靠、术后并发症较少较轻,值得临床推广运用。

关键词:环状混合痔;手术治疗;疗效观察

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.023

环状混合痔是肛肠科临床常见病,也是难治性疾病之一,手术是治疗的重要方法,手术时切除过多易致肛管狭窄、直肠黏膜外翻等后遗症,切除过少又不能有效消除症状体征、有较多赘皮残留,患者满意度不高。为此,我们从 2009 年起,采用多放射状小切口配合外剥内扎硬注术治疗环状混合痔,取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 68 例病人均为 2009 年 6 月~2010 年 7 月 我院肛肠科住院患者,符合中华医学会外科学分会肛肠外科学组制定的《痔临床诊治指南(草案)》^[1]拟定的诊断标准。治疗组 40 例,男 23 例,女 17 例;年龄最小 29 岁,最大 69 岁,平均 43.2 岁;病程 2~32 年。对照组 28 例,男 18 例,女 10 例;年龄最小 31 岁,最大 72 岁,平均年龄 44.3 岁;病程 3~29 年。两组一般资料差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 手术方法 所有病例术前作必要的全身及专科检查,术前备皮灌肠。术后仰卧 2 h,当天卧床休息,进软食或流质饮食 2 d,控制大便 2 d。预防性应用抗生素、止血药物 3 d。术后第一日晚睡前服用润肠通便药物,第一次排便后正常饮食。每日便后坐浴换药,观察伤口情况。

1.2.1 治疗组 行多放射状小切口配合外剥内扎中切开扩创术、Y-V 成形术等治疗肛管狭窄手术方式的补充,临床操作简单,通过切断肛管后侧的部分内括约肌,可不损伤外括约肌浅部,从而有效保持肛门自身括约功能,临床上主要适用于轻、中度肛管狭窄。但手术操作需要注意三点:(1)术后因内括约肌痉挛导致的狭窄只需要采用内括约肌部分切断松解术,配合术后扩肛,不行切口横行缝合;(2)手术时机选择不宜在术后伤口炎症期,待局部瘢痕增生形成后行手术治疗;(3)针对中度及以上肛管狭窄,单纯行后侧肛管纵切横缝不能扩大肛门口径时,可同时采用肛管前侧行纵切横缝,并配合术后扩肛,可取得满意临床疗效。

后正中切开扩创术^[2]、Y-V 成形术^[3]等,我科通过纵切横缝治疗混合痔术后肛管狭窄患者也取得显著疗效,通过切开肛管皮肤,切除瘢痕组织,切断部分内括约肌及外括约肌皮下部,解除括约肌瘢痕挛缩,并将肛缘外皮肤向内拉移与黏膜缝合,使纵形切口横行缝合,从而扩大肛门口径,解除狭窄。纵切横缝治疗术后肛管狭窄临床疗效明确,是肛门后正

参考文献

[1]张东铭.盆底与肛门病学[M].贵阳:贵州科技出版社,2000.485-494
[2]曹吉勋.中国痔瘡学[M].成都:四川科学技术出版社,1985.101
[3]吕小平,周旺伟.医源性肛管狭窄的预防及治疗[J].中国中西医结合外科杂志,2007,13(6):564-565
[4]陈凯,王素贞,裴锡玉.医源性肛管直肠狭窄 19 例分析[J].实用外科杂志,1990,10(11):604
[5]董耀林,刘克霞,李国栋.痔术后肛管直肠狭窄的治疗[J].中国中西医结合外科杂志,1998,4(1):42
[6]陈述政,章涛,方基兴,等.Y-V 皮瓣成形术治疗医源性直肠肛管狭窄[J].现代中西医结合杂志,2002,11(22):2 246-2 247

(收稿日期:2010-11-25)

硬注术。(1)患者取侧卧位,常规消毒骶尾部,采用腰俞穴麻醉,麻醉成功后转截石位,消毒并铺无菌巾,消毒肛管及直肠下段,适当扩肛约 2 min,尽量充分显露痔核,观察痔核分布、严重程度,设计手术方案。结合痔核及之间的自然分界,合理设计切口的位置、宽度、数目,一般可分 3~4 个区域行外剥内扎硬注术,多选 3、7、11 点位母痔区,另据病情在外痔区行放射状小切口。(2)先用血管钳逐一于齿线上约 0.5 cm 处钳夹痔区黏膜并拖出肛外,分别在痔区黏膜下层注入 1:1 消痔灵注射液,至黏膜肿胀隆起、表面发白见清晰血管纹理。(3)在痔核明显区域的外痔部分做“V”形切口至齿线,牵起痔块,剥离外痔静脉丛及血栓,齿线以上切口内收,直至齿线上 0.5 cm 处,使切口整体呈梭形或梭形,用血管钳钳夹游离皮瓣和其上对应的内痔痔核的基底部,钳夹时注意对合外痔切口,使之平整呈放射状或线状,于钳下在内痔基底部用 2-0 带针丝线行“8”字贯穿缝扎,适当剪除结扎线远端的痔残端,并清除切口两侧皮下曲张的静脉丛。同法处理其他点位混合痔。(4)在相邻外剥术口之间的外痔部分行放射状或梭形小切口,潜行剥离两侧皮肤并予清除其下及切口内的曲张静脉丛和血栓,并适当延长切口至肛缘外约 1 cm。放射状小切口可据实际情况作一个或多个,既可减少外剥切口过大,又可充分减压、剥除外剥切口外皮肤下的曲张静脉丛和血栓。

1.2.2 对照组 行外剥内扎术。操作同治疗组的(1)、(3)。

1.3 术后并发症观察指标 参照《中医临床病证诊断疗效标准》中的术后反应观测标准^[2]拟定。(1)肛门疼痛:Ⅰ度:肛门疼痛较轻,可以忍受,不必处理。Ⅱ度:肛门疼痛,无明显的痛苦表情,服用一般的止痛药即可缓解。Ⅲ度:肛门疼痛较重,表情痛苦,需用杜冷丁类药物方能止痛。(2)术后便血:Ⅰ度:便后手纸带血、粪便外带少量血。Ⅱ度:大便时排出较多的血液和血块,无明显的心悸、头晕等休克症状,经一般处理可以止血。Ⅲ度:术后大量出血,伴有出血性休克,需缝扎止血及特殊处理。(3)肛缘水肿:参照卢敏对混合痔术后肛缘水肿评价标准拟定^[3]。轻度:切口周围组织轻度隆起,范围较小,皮纹存在,触痛较轻,尚可忍受,对生活及睡眠基本无影响。重度:切口周围组织重度隆起,范围较大,崩急高突,皮色光亮,疼痛明显,难以忍受,严重影响睡眠与生活。(4)肛缘赘皮:术后仍有肛缘赘皮残留,常有异物感,可影响肛门卫生清洁。

1.4 疗效判定标准 根据 1994 年《中华人民共和

国中医药行业标准》^[4]拟定。痊愈:临床症状和痔消失或基本消失。显效:临床症状明显改善,痔明显缩小。有效:临床症状改善,检查见痔有缩小。无效:临床症状及痔无变化。

1.5 统计方法 统计软件采用 SPSS16.0。计量资料呈正态分布且方差齐时,组间比较采用 *t* 检验;如不呈正态分布或方差不齐则用秩和检验。计数资料采用 χ^2 检验或 Fisher's 确切概率法。 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组痊愈 38 例(95.0%),显效 2 例(5.0%),疗程(16.33 ± 2.18) d;对照组痊愈 25 例(89.3%),显效 3 例(10.7%),疗程(18.29 ± 2.63) d。两组近期临床疗效、疗程均无显著性差异($P>0.05$)。

2.2 两组术后主要并发症情况 见表 1。

表 1 两组术后并发症比较 例										
组别	n	肛门疼痛			术后便血			肛缘水肿		
		Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度	无	轻度	重度
治疗组	40	22	13	5	17	1	0	21	16	3
对照组	28	8	14	6	13	2	0	8	14	6
P 值		<0.05			>0.05			<0.05		

3 讨论

环状混合痔临床常表现为程度不同的内痔脱出,肛缘外痔静脉丛曲张或皮赘,可伴有便血、溢液、瘙痒、嵌顿等症状。目前手术治疗的主要术式有外剥内扎术及 PPH 术等,传统外剥内扎术后常残留有肛缘皮赘,患者会产生治疗不彻底的心理,有时还需再次手术修剪皮赘;PPH 术主要适用于环状内痔或环状混合痔以内痔为主者,但费用较高。与传统外剥内扎术相比,多放射状小切口配合外剥内扎硬注术治疗环状混合痔,两组近期临床疗效、疗程均无显著性差异,但在术后疼痛、水肿、皮赘残留方面差异有统计学意义。该术式在相邻外剥术口之间的外痔部分行放射状或梭形小切口能较合理地切除多余结缔组织皮赘,避免外剥切口过宽;同时多放射状小切口可有效减压、更方便更彻底剥除外痔曲张的静脉丛,故可有效减轻术后肛缘水肿,加之可减小外痔部分切口宽度,也可不同程度地减轻术后肛门疼痛。临床观察表明,多放射状小切口配合外剥内扎硬注术治疗环状混合痔具有疗效可靠、操作简便、术后并发症轻等优点,是治疗环状混合痔比较理想的术式,值得临床推广应用。

笔者体会,治疗环状混合痔应注意以下几点:(1)注意观察痔核的分布及大小,仔细设计结扎点、切除位置及范围。(2)内痔结扎点要呈齿形分布,因环状混合痔患者痔核反复脱出多伴有直肠黏膜松

腰俞穴麻醉复合小剂量丙泊酚静脉麻醉在 PPH 术中的应用

黄德铨¹ 侯艳梅² 许璟² 袁可² 廖波² 琚晓²

(1 成都中医药大学附属医院 四川成都 610072; 2 成都中医药大学 四川成都 610075)

摘要:目的:通过对比观察腰俞穴麻醉复合小剂量丙泊酚静脉麻醉和腰俞穴麻醉在 PPH 术中的应用,探讨腰俞穴麻醉复合小剂量丙泊酚静脉麻醉在 PPH 术中的可行性与优越性。方法:将 128 例痔患者随机分到试验组(腰俞穴麻醉复合小剂量丙泊酚静脉麻醉组)和对照组(腰俞穴麻醉组),观察两组患者术中疼痛、肛门松弛程度、牵拉反射、术中紧张程度,并记录患者在吻合器击发前后的生命体征。结果:两组在术中疼痛、牵拉反射、术中紧张程度方面有显著性差异($P<0.05$),在肛门松弛程度方面没有显著性差异($P>0.05$)。结论:腰俞穴麻醉复合小剂量丙泊酚静脉麻醉运用于 PPH 术中是安全有效的,优于单纯使用腰俞穴麻醉。

关键词:腰俞穴麻醉;丙泊酚;PPH 术

中图分类号:R 614.24

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.024

1998 年 Longo 根据肛垫下移学说提出对痔的治疗采用吻合器痔上黏膜环切钉合术(procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)以来^[1],由于 PPH 术具有术后疼痛轻、恢复快、疗效确切及复发率低等优点,于 2001 年引进中国,已迅速得到认同并推广开来,成为临床治疗重度Ⅲ、Ⅳ度痔的常规手术之一^[2]。临床上广泛将腰俞穴麻醉应用于 PPH 手术,取得了满意的效果,但是在术中常常会伴随牵拉反射等,引起患者的紧张情绪和不适感。我们通过大量的临床观察发现,PPH 术中操作所致的牵拉反射是单纯腰俞穴麻醉所不能阻滞的。故我科将腰俞穴麻醉复合小剂量丙泊酚静脉麻醉的方法应用于 PPH 手术中。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 本研究病例共 128 例,均为 2009 年 9 月~2010 年 9 月本院肛肠科收治的符合痔的诊断标准^[3]并且具备 PPH 手术指征的住院病人。将 128 例随机分为两组,试验组(腰俞穴麻醉复合小剂量丙泊酚静脉麻醉组)和对照组(腰俞穴麻醉组)各 64 例,两组在性别、年龄、病程、病情分度上无统计学差异,具有可比性。

1.2 麻醉方法 术前常规询问病史,无呼吸道疾病及严重的心、脑、肝、肾等系统疾病,术前常规备皮灌肠,试验组要求术前禁饮禁食 6 h,入室监测 BP、HR、SPO₂,建立静脉通道。对照组采用腰俞穴麻醉,患者取侧卧位,屈髋屈膝,暴露骶尾部,确定腰俞穴,在行贯穿缝扎时应于内痔基底部顶端进针,这样可起到悬吊作用。(3)放射状小切口可据实际情况作一个或多个,既可减少外剥切口过大,又可充分减压、剥除外剥切口外皮肤下的曲张静脉丛。(4)行外剥内扎术时先处理痔核明显严重的区域。(5)术中注意充分保留皮肤黏膜桥,宽度应在 0.5 cm 以上。(6)术后排便过早、大便干结及时间较长会增加肛门水肿的发生几率和程度,控便、便前服用通便

后,碘伏常规消毒骶尾部皮肤,2%利多卡因 15 mL+灭菌注射用水 5 mL,于穿刺点处先注一皮丘,继之垂直刺入,抵达骶尾韧带时有一阻力,通过阻力后有一落空感,感到落空感即终止进针。穿刺成功后,固定好针头,回抽无血、推药时阻力适当、局部亦无隆起时,即可缓慢注药,每推药 5 mL 回抽一次。麻醉过程密切观察患者有无意识变化等不良反应。利多卡因用量可根据情况酌情加减。试验组在对照组的基础上,麻醉显效后取截石位,面罩给氧,当手术操作进行到荷包缝合的时候开始静脉推注丙泊酚 1.0~1.5 mg/kg,患者进入熟睡状态后,开始吻合器操作,酌情追加丙泊酚 10~30 mg,PPH 击发完毕标本切除后即不再追加给药。分别记录两组患者在吻合前后血压和心率的变化。腰俞穴麻醉由我科医生完成,静脉麻醉由我院麻醉科医生完成。

1.3 观察指标及症状评分标准 (1)术中疼痛:采用国际上通用的视觉模拟评分法 (visual analogue scale,VAS)。0 为无痛,10 代表难以忍受的剧烈疼痛。根据病人标出的位置评分,将观察指标设定为无痛(0~2 分)、轻度疼痛(3~5 分)、中度疼痛(6~8 分)、重度疼痛(9~10 分)4 个等级。(2)肛门松弛程度:0 分:松弛满意,能充分暴露手术操作视野;2 分:松弛一般,手术操作过程中有肌肉紧张感;4 分:松弛欠佳,加用局麻后方可顺利进行手术操作;6 分:未松弛,患者仍可自主收缩肛门,影响手术操作。(3)牵拉反射:0 分:无牵拉反射;2 分:轻微牵拉发射,小

药物可有效减轻术后水肿。

参考文献

[1]中华医学会外科学分会肛肠外科学组.痔临床诊治指南(草案)[J].中华胃肠外科杂志,2004,7(5):415-416

[2]王净净,龙俊杰.中医临床病证诊断疗效标准[M].长沙:湖南科学技术出版社,1993.359-362

[3]卢敏.混合痔术后肛缘水肿防治体会[J].中国现代普通外科进展,2009,12(4):363-364

[4]国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准[S].南京:南京大学出版社,1994.132