

外剥内扎合剥离压迫粘连术治疗环状混合痔临床观察

方靖淞¹ 指导:胡晓阳²

(1 江西中医学院 2009 级研究生 南昌 330006;2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:探讨用新的术式治疗环状混合痔的临床价值,解决混合痔术后疼痛、出血、水肿、肛门狭窄等问题,确保术后肛门功能不受影响,肛缘美观。方法:60 例患者随机分为两组,改进术式(外剥内扎合剥离压迫粘连术)与传统外剥内扎术式疗效对照比较。结果:治疗组可减轻术后伤口疼痛、出血、排尿困难、创缘水肿,降低肛门狭窄的可能性,术后肛门功能不受影响。结论:外剥内扎合剥离压迫粘连术具有痛苦小、疗程短、后遗症少、复发率低、远期疗效好等优点。

关键词:环状混合痔;外剥内扎术;剥离压迫粘连法;临床观察

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.025

环状混合痔是肛肠科难治性疾病之一,手术难点在于既要一次性彻底治愈痔疾,使肛缘美观,又要最大限度地保护肛门功能,减少术后并发症的发生。我们用外剥内扎合剥离压迫粘连术治疗环状混合痔 30 例,取得满意效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 治疗组共 30 例,男 20 例,女 10 例,年龄 26~67 岁,病程 1~20 年,均为环状混合痔。选取 30 例同期在我科行传统外剥内扎手术患者作

为对照组,男 22 例,女 8 例,年龄 26~65 岁,病程 1~23 年,均为环状混合痔。两组术前均无需做特殊肠道准备,只需术前排空大便,在局麻下施术,两组患者年龄、病种及症状无明显差异,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用传统手术方法。(1)外痔剥离:外痔基底部做 V 形切口,彻底剥离静脉团,切口敞开。(2)内痔结扎:在基底部行 8 字贯穿结扎,结扎点应避免在同一水平面,保留肛管黏膜皮肤桥。(3)

毛细血管通透性增加的作用。白鲜皮、苦参清热除湿散风,表里双解。浮萍可透达表里,散风清热消肿,有收缩毛细血管及解热作用。僵蚕祛风解痉,祛顽固性风邪,治皮肤风疮。首乌、当归、生地养血以补其虚,防止风药伤阴,“治风先治血,血行风自灭”。当归与浮萍合,二药沟通表里,调和气血,相辅相成。柴胡、枳壳调节气机。桃仁、红花活血化瘀。气郁日久会化热,阴血不足导致阴虚内热,用丹皮、地骨皮清内热,与柴胡合可助其条达肝气。五味子、乌梅酸涩以收敛阴气,与祛风药一散一收,散中有收,收中有散。五味子有抗胆碱和增强肾上腺皮质功能作用;乌梅对蛋白质过敏及组织胺休克有对抗作用;两者都有“脱敏”的作用。龙骨、牡蛎具有调和阴阳、镇静安神之功,对于慢性湿疹常伴有心神被扰、心烦不安致夜卧难寝者有良好的疗效,而且两药含有丰富的钙盐,具有抗过敏作用。全方以养血祛风为主,注重气血的关系,清除湿热,调整阴阳。从临床疗效看,中药在改善症状和体征方面明显优于西药(P<0.01),从降低复发率看,中药也明显优于西药(P<0.05),说明中药治疗慢性湿疹不管是近期疗效还是远期疗效均优于西药。

表 1 两组治疗后的疗效评分 (X±S) 分

组别	n	皮损面积	角化苔癣化	瘙痒
治疗组	50	0.61± 0.73	0.22± 0.59	0.53± 0.27
对照组	48	1.38± 0.76	1.13± 0.26	0.85± 0.39
t		5.12	9.81	4.73
P		<0.01	<0.01	<0.01

3.4 两组临床疗效观察 见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	35	10	3	2	90.0*
对照组	48	14	9	17	8	47.9

注:与对照组比较,*P<0.05。

3.5 两组复发情况比较 6 个月后观察复发情况。治疗组 50 例,复发 5 例,复发率 10.0%;对照组 48 例,复发 19 例,复发率 39.6%。两组比较,治疗组远期疗效明显优于对照组(P<0.05)。

4 讨论

慢性湿疹可因急性、亚急性湿疹反复发作不愈而转为慢性,亦可一开始即呈慢性炎症,患部皮肤表现为浸润、肥厚、色素沉着、表面粗糙以及不同程度的苔藓化。西医常用抗组胺类药物治疗,如盐酸西替利嗪、扑尔敏、赛庚啶等。有拮抗组胺作用,还有抑制变态反应相关的多种炎症介质的释放而起到较广泛的抗炎作用。但随着使用时间延长疗效逐渐降低,且易形成依赖^[2]。中医认为慢性湿疹由于湿热缠绵所致,热邪易耗伤阴血,导致血虚风燥,湿邪易阻滞气机,气滞形成血瘀,笔者认为慢性湿疹多为血虚风燥夹瘀。自拟养血散风汤是针对这个病机而设定的,方中荆芥、防风去皮里膜外之风,现代研究发现两者有抑制组织胺释放、抗乙酰胆碱及抑制

参考文献
[1]周英芹,於如军.他扎罗汀乳膏联合丙酸氯倍他索霜治疗慢性湿疹的疗效观察[J].皮肤病与性病,2010,32(2):25
[2]喻国华.平敏煎配合中药外洗治疗慢性湿疹 50 例[J].四川中医,2010,28(2):107-108

(收稿日期:2011-02-04)

适当延长其外围的创面,保持引流通畅^[1]。

1.2.2 治疗组 改进手术方法。(1)内痔部分处理:以痔的自然分界线为准,分别在各内痔基底部用弯止血钳沿直肠纵轴方向钳夹内痔,弯钳距内痔基底部以黏膜松紧适度为宜,结扎痔体间保留 0.5 cm 黏膜桥,避开齿线处,约在齿线上 0.5 cm 处钳夹内痔;行钳下 8 字贯穿结扎。(2)外痔部分处理:分段在外痔基底部做 V 形切口,切口敞开,引流通畅,保留的皮桥若有隆起增生者,剥离皮下静脉团及血栓,再用 4 号针线压迫粘连,赘皮较长者修剪缝合,以皮桥平整而无张力为度。(3)适当延长其外围的创面,保持引流通畅。

1.3 术后处理 术后暂忌辛辣,普食,预防性应用抗生素 3~5 d,便后用肛门洗剂(本院自制中药)熏洗坐浴,每日清创换药,术后 3~5 d 拆除缝合丝线,内痔结扎线 5~7 d 自行脱落,拆线前换药用安尔碘消毒,甲硝唑纱条换药,肛纳九华膏棉条,拆线后用九华膏棉条纳肛、生肌玉红膏换药至创面愈合。

1.4 统计学方法 计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效判断 以肛门术后疼痛、伤口出血、边缘水肿、排便困难、伤口愈合时间及肛门功能等方面综合评价疗效。

2.1.1 术后疼痛评价方法 采用 VAS 法,即以 10 cm 标尺,由患者根据疼痛程度自我选择,0 为不痛,10 为极度疼痛。

2.1.2 伤口出血评价方法 不出血 0 分,便纸染血 1 分,滴血 10 滴以下 2 分,10 滴以上 3 分,喷射状 4 分。

2.1.3 伤口边缘水肿情况评价 创缘光滑无水肿 0 分;创缘轻度水肿,创面肉芽平整 1 分;创缘轻度水肿,肉芽不平整 2 分;水肿明显,创面不平整 3 分;严重水肿并伴血栓形成 4 分。

2.1.4 伤口愈合时间判断 排便时无肛门疼痛及出血,肛门伤口完全愈合,被覆表皮,创面平整。

2.1.5 肛门功能评价方法 肛门指检顺利,无肛门狭窄及松弛,无肛门排便失禁,无肛门气体液体失禁。

2.2 临床疗效 两组患者均一次治愈,无显著差异。

2.3 术后并发症 治疗组疼痛 5 例,疼痛程度评分 1~2 分;便后出血 2 例,出血程度评分 1 分;术区水肿 2 例,水肿程度评分 1 分;术后 24 h 排尿困难 3 例,均给予针灸疗法后自行排尿。对照组疼痛 10

例,疼痛程度评分 5~7 分;便后出血 5 例,出血程度评分 1~2 分;术区水肿 7 例,水肿程度评分 1~2 分;术后 24 h 排尿困难 6 例,术后 72 h 排便困难 2 例。术区水肿经热敏灸局部灸疗,配合中药坐浴后 5~7 d 消退,2 例术后排便困难给灌肠后消除。

2.4 肛门功能 肛门狭窄治疗组无,对照组 1 例;肛门潮湿感治疗组无,对照组 3 例。

3 讨论

痔是直肠下段病理性肥大的肛垫,而肛垫是由 Treitz 肌、血管和结缔组织组成的正常结构,肛垫的功能与人精细控便有关,协助括约肌保证肛门的正常闭合,维持排便自制^[2]。肛周皮肤与外括约肌皮下部之间的结缔组织通常称为肛门皱皮肤,由联合纵肌的终末部纤维组成。肛管壁内感受器分布在从齿线上 10~15 cm 下至肛缘皮肤,上皮内感觉神经末梢极为丰富,例如触觉、痛觉、冷觉、压觉、张力觉、磨擦觉等,肛管不同区域的神经末梢密度是不一致的,约 2/3 的感受器在齿线与括约肌间沟之间的肛管上皮,这些感受器有精细的辨别觉,有助于肛门自制。

外剥内扎术是治疗混合痔的主要术式,但术后疼痛、出血、创口愈合较慢以及组织损伤过大,容易引起水肿,是一个急待解决的问题。手术以减轻对肛缘、肛管皮肤、直肠黏膜的损伤及恢复肛缘生理特征为发展方向。改进术式较好地保护了肛管上皮及肛垫组织,避免术后肛门狭窄的发生。研究发现肛门口径的变化与痔核切除数量有关。在处理外痔时,沿隆起外痔做 V 形切口,保留适当皮桥,剥离皮桥下较明显静脉团后,用 4 号针线压迫粘连,愈后不留瘢痕,保留了肛门皱皮肤,无肛门瘢痕挛缩引起的肛门狭窄。内外痔分开手术,保留了齿线,不破坏肛管的感觉功能,齿线为肛管的重要解剖及功能结构,齿线缺损后引起排便反射感觉器破损,可发生不同程度的感觉性肛门失禁(温觉、排便、排气感觉丧失)。

本术式有以下优点:(1)肛管损伤较小,术后疼痛轻、出血少。(2)压迫粘连后的肛缘外观平整,无明显瘢痕,愈合时间快,无后遗症。(3)无肛门狭窄及感觉性肛门失禁,有效地保护了肛门功能。操作注意事项:(1)结扎内痔时,痔体不宜过度牵拉,应处于自然无张力状态,痔体应 8 字结扎,防止滑脱及痔体坏死不全而出血。(2)外痔切口不能紧贴外痔基底部,切口内侧缘修剪时不破坏齿线,切口两侧缘保留足够皮肤,对合时应在无张力的情况下全层缝合,缝合时不宜穿透括约肌层。(3)间断缝合时

平肝降逆法治疗单纯肛裂 105 例临床观察

周孜 徐修江 徐海滨 徐炎内 刘冬生 王建军

(江西省湖口县中医院 湖口 332500)

关键词:肛裂;平肝降逆;临床观察

中图分类号:R 657.14

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.026

肛裂,中医又称裂痔,是一种常见的肛管疾病,其发病率在肛肠疾病中占 20%^[1],往往给患者的工作与生活带来较大的痛苦。近年来,我们采用平肝降逆法治疗单纯肛裂 105 例,并与口服槐角丸加高锰酸钾溶液坐浴治疗 95 例进行对比观察。现将结果报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例均为门诊病人,并随机分为治疗组和对照组。治疗组 105 例,男 50 例,女 55 例;年龄最小 4 岁,最大 78 岁,其中 4~20 岁 19 例,21~30 岁 38 例,31~40 岁 24 例,41~50 岁 14 例,50 岁以上 10 例;病程 10 d 以内 31 例,30 d 以内 46 例,60 d 以内 13 例,60 d 以上 15 例。对照组 95 例,男 54 例,女 41 例;年龄最小 7 岁,最大 63 岁,6~20 岁 14 例,21~30 岁 33 例,31~40 岁 26 例,41~50 岁 15 例,50 岁以上 7 例;病程 10 d 以内 28 例,30 d 以内 30 例,60 d 以内 19 例,60 d 以上 18 例。

1.2 诊断标准 参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[2]确定:(1)排便疼痛明显,便后疼痛可加剧,常有便秘及少量便血,好发于肛门前后正中部位;(2)肛管皮肤浅表纵裂,创缘整齐,基底新鲜,色红,触痛明显,创面富于弹性,多见于 I 期肛裂;(3)有反复发作史,创缘不规则,增厚,弹性差,溃疡基底紫红色或有脓性分泌物,多见于 II 期肛裂;(4)溃疡边缘发硬,基底色紫红,有脓性分泌

物,上端邻近肛窦处肛乳头肥大,创缘下有哨兵痔,或皮下瘘管形成,多见于 III 期肛裂。

本组病例分期如下:治疗组:男 I 期肛裂 23 例,II 期肛裂 18 例,III 期肛裂 9 例;女 I 期肛裂 28 例,II 期肛裂 20 例,III 期肛裂 7 例。对照组:男 I 期肛裂 29 例,II 期肛裂 19 例,III 期肛裂 6 例;女 I 期肛裂 18 例,II 期肛裂 15 例,III 期肛裂 8 例。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用平肝降逆法治疗,药用赭石 30 g,大黄 5 g,肉桂 5 g,白芍 10 g,加清水约 350 mL,煮沸后去渣取汁口服,每日 1 剂,7 d 为 1 个疗程,1 个疗程结束后评定疗效。

2.2 对照组 予槐角丸(国药准字 Z41020694)口服,每次 6 g,每天 2 次;另用 1:5 000 高锰酸钾溶液 2 500 mL 熏洗坐浴,后外用马应龙麝香痔疮膏(国药准字 Z42021920)涂于裂口部位,每日 2 次,7 d 为 1 个疗程,1 个疗程结束后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》的肛裂疗效标准^[2]:治愈,症状及体征消失,裂口或创面愈合;显效,症状及体征基本消失,裂口或创面愈合 70%以上;有效,症状及体征明显改善,裂口或创面愈合 30%以上;无效,症状和体征未见改善,裂口或创面未见变化。

3.2 治疗结果 见表 1、表 2。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)

疾病分期	治疗组						对照组					
	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
I 期肛裂	51	48(94.12)	3(5.88)	0	0	100***	47	9(19.15)	21(44.68)	11(23.40)	6(12.76)	87.23*
II 期肛裂	38	27(71.05)	6(15.79)	4(10.53)	1(2.63)	97.37***	34	7(20.59)	6(17.65)	12(35.29)	9(26.47)	73.53
III 期肛裂	16	2(12.50)	3(18.75)	5(31.25)	6(37.50)	62.50	14	2(14.28)	4(28.57)	3(21.43)	5(35.71)	64.28

注:与 III 期肛裂比较,*P<0.05,**P<0.01;与对照组比较,*P<0.05。

表 2 两组临床症状改善状况比较 例

症状	治疗组						对照组					
	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
疼痛	98	85	13	0	0	100*	84	41	20	9	14	83.33
出血	84	67	11	4	2	97.62*	87	33	16	22	16	81.61
便秘	73	57	8	5	3	95.89*	69	26	11	19	13	81.16

注:与对照组比较,*P<0.05。

不留无效腔,对剥离静脉团有出血时,应彻底止血,避免术后切口感染。(4)术后应用抗生素 3~5 d,预防感染,便后肛门洗剂坐浴,清创换药,防止感染。

综上所述,外剥内扎合剥离压迫粘连术治疗环状混合痔与传统的外剥内扎术相比优势明显,是肛

肠科治疗环状混合痔的新方向,值得推广应用。

参考文献

[1]陆金根.中西医结合肛肠病学[M].北京:中国中医药出版社,2009.171-172
[2]张东铭.大肠肛门局部解剖与手术学[M].合肥:安徽科学技术出版社,2001.65-70

(收稿日期:2011-02-12)