

吻合器痔上黏膜环切术治疗重度环状混合痔 38 例

张孔晖 张金华

(福建省福州市第二医院 福州 350007)

关键词: 重度环状混合痔; 吻合器痔上黏膜环切术 (PPH); 并发症

中图分类号: R 657.8

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.041

吻合器痔上黏膜环切术 (procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH) 由意大利学者 Longo 在 1998 年首先提出并使用, 通过直肠下端黏膜及黏膜下层组织环形切除治疗 III、IV 期脱垂痔。我院近年来采用 PPH 治疗重度环状混合痔 38 例, 取得满意疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 38 例均为我院肛肠科 2009 年 10 月~2011 年 1 月住院患者, 其中男 23 例, 女 15 例; 年龄 28~67 岁, 平均 44.7 岁; 病程 6 个月~15 年, 平均 3.5 年; 均符合 2002 年中华医学会外科学分会肛肠外科学组讨论制定的《痔诊治暂行标准》^[1]。

1.2 手术器械 采用江苏省常州市康迪医用吻合器有限公司生产的圆形吻合器 (33.5 mm) 及其附件。荷包线采用“2-0”或“3-0”普里灵双头针带线, 止血线采用“3-0”薇乔可吸收线。

1.3 手术方法 口服甘露醇行肠道准备, 腰麻或硬膜外麻醉下取膀胱截石体位, 常规消毒铺巾。常规用碘伏消毒会阴部皮肤和肠腔, 用肛管扩张器内芯及手指进行充分扩肛。置入肛管扩张器, 并用 7 号丝线固定, 通过肛镜缝扎器, 在齿线上方 2~3 cm 处, 自 3 点处入针用 2-0 普里灵线开始顺时针沿直肠黏膜层及下层缝合 1 周, 再从 8 点位至 10 点位顺时针缝合三分之一圈, 做为牵引线。将吻合器开到最大限度, 将其头端插入荷包缝线的上方, 收紧缝线并打结, 用带线器经吻合器侧孔将缝线拉出, 向手柄方向用力牵拉结扎线, 使被缝合结扎的黏膜及黏膜下组织置入吻合器头部的空腔中, 同时收紧吻合器打开保险装置后击发, 女性患者在击发前常规阴道指诊检查, 以防切除过深损伤阴道壁, 引起术后直肠阴道瘘。取出吻合器, 认真检查吻合口部位是否有出血, 对于活动性出血, 局部用 3-0 可吸收线 8 字缝合止血。术后观察肛门有无出血, 必要时给予止痛剂, 给予静脉补液和抗生素, 术后 6 h 开始进半流质饮食, 次日塞太宁栓保护肛管直肠黏膜以缓解肛门部不适, 保持大便通畅, 防止腹泻, 以利伤口恢复。术后 5 d 左右出院。

2 结果

2.1 术后效果 38 例患者脱出肛门外的痔组织均全部回缩, 手术效果显著。切除的组织均完整成圈, 宽度均匀者 27 例, 成楔形不均者 11 例, 宽度 1.5~3.5 cm, 平均 2.5 cm。切除组织多限于黏膜和黏膜下层。

2.2 并发症及处理 疼痛为术后最主要的并发症, 多发生于手术当天, 予以止痛剂后, 疼痛明显改善, 多数患者次日无需使用止痛剂。有 1 例患者疼痛明显, 使用止痛剂 1 周, 可能和手术吻合口较靠近齿线有关。本组均无术后大出血发生。26 例术后 1~5 d 内有少量便血, 均自愈。此外, 23 例术后出现下腹胀痛不适、肛门内坠胀、会阴部烧灼等症状, 1~3 d 后显著改善。

2.3 随访 38 例均得到随访, 随访 2 周~18 个月, 无痔复发及痔脱出发生, 无大便失禁、排便困难发生, 未发现有肛门狭窄者。效果较为理想。

3 讨论

随着人们对肛管、直肠解剖生理研究的深入, 对痔的概念也有了进一步认识。目前认为, 肛垫是由肛管内黏膜、血管、纤维支持结构共同构成的正常解剖结构, 起着维持肛门自制的功能^[2]。内痔是肛垫病理性肥大或下移的结果, 基于痔的现代理论, 纠正肛垫下移, 恢复肛管黏膜正常解剖结构, 是治疗重度痔的有效方法。

PPH 通过吻合器环形切除齿状上部分直肠黏膜和黏膜下组织, 并同时完成远近端吻合, 可缩短松弛的直肠黏膜, 使脱垂的肛垫重新恢复到解剖位置, 从而消除痔核脱垂的基本症状^[3]。由于不破坏肛垫, 保留了肛管黏膜层, 恢复了肛门的自制排便功能, 避免了术后肛门狭窄、失禁及精细控便障碍等的发生。同时, 由于切断了黏膜下层供应痔的直肠上动脉和直肠中动脉的分支, 使逐渐萎缩, 从而减轻了粪块对黏膜的创伤性摩擦所致的出血。该手术创面 (吻合口) 在距齿线上 2 cm 左右, 为感觉不敏感的直肠黏膜, 所以术后疼痛轻。

综上所述, PPH 是在近代痔病理论基础上, 借助吻合器, 使得手术操作比传统手术更安全、有效,

柱状加点状注射配合肛门紧缩术治疗直肠脱垂

雷雨 李凌琳

(四川省攀枝花市中西医结合医院 攀枝花 617000)

关键词:柱状;点状;硬化注射;肛门紧缩术;直肠脱垂

中图分类号:R 657.19

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.042

笔者自 1987 年以来采用精制消痔灵行直肠黏膜下柱状加点状硬化注射,配合肛门紧缩术治疗直肠脱垂,结果一次治愈 29 例,占 93.5%,其中 2 例于术后 3~6 个月因大便秘结发生直肠黏膜轻度脱出,再次用消痔灵在直肠黏膜下行柱状注射后痊愈。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 31 例,其中男 9 例,女 22 例;年龄 19~61 岁,平均年龄为 42.7 岁;病史最长者 39 年,最短者 5.5 年;脱出肛门直肠最小者 6.5 cm× 4.8 cm,最大者 24 cm× 16 cm。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 (1)常规检查患者全身情况、直肠脱出长度及肛门松弛情况、肛门括约肌功能。(2)化验血、尿、便三大常规及肝功、肾功、血糖、出凝血时间(2002 年起改为凝血酶原时间),并做心电图、X 线胸片、B 超等检查。(3)术前 3 d 开始进流质饮食,12 h 禁食,4 h 禁水;术前 3 d 做肠道准备,给予庆大霉素 16 万单位每日一次口服,甲硝唑 0.4 g 每日三次口服。术前晚用番泻叶 20 g 泡服,术晨用温盐水行清洁灌肠,并做好会阴部及肛周皮肤准备,于术前半小时留置尿管。

1.2.2 手术步骤 (1)腰俞麻醉成功后,嘱患者取头低截石位卧于手术台,稍加腹压使直肠脱出肛外,碘伏常规消毒术野,甲硝唑液清洗直肠黏膜后,用 1%利多卡因与精制消痔灵配成 1:1 消痔灵硬化剂,以 7 号注射长针头分别在 2、6、9 点位脱出的直肠肌层下柱状均匀注入各 10 mL,再于各柱状注射间黏膜下做点状硬化注射,各注射点距离相互交错,每点注射 1:1 消痔灵硬化剂 0.2 mL,总量为 10 mL,注射完毕,将脱出黏膜完全复位后,再于 3、7、11 点距肛缘 1.5 cm 处分别刺入直肠黏膜与肌层之间,从脱垂的最高点由内向外柱状均匀注入 1:1 消痔灵硬化剂各 10 mL。(2)于 6 点位肛缘至齿线处

PPH 具有手术时间短、术后疼痛轻、恢复快、保留肛垫、无肛门狭窄、无肛门失禁、并发症少等优点,随访结果提示近期疗效肯定,值得临床推广使用。

“V”型切开皮肤、皮下并切断部分内外括约肌,7 号丝线将皮肤、皮下、内外括约肌断端行间断全层缝合 3~4 针,使肛门能容纳两指,其直径约 3 cm。术毕用塔形纱布压迫包扎。

1.2.3 术后处理 (1)一般治疗:嘱患者适当卧床休息避免剧烈活动。术后前 3 d 流质饮食,控制大便 2~3 d,3 d 后给予普食,但应忌饮酒和食辛辣燥食物,多吃粗纤维蔬菜及水果,保持大便通畅软化,最好每日排便一次,肛门缝合线根据情况 5~7 d 拆除。(2)预防感染:给予头孢类加喹诺酮或甲硝唑静滴,每日一次,连用 5 d。(3)中医中药:补中益气汤(加减)连用 10 d,每日 1 剂,早中晚分服;每次便后即服枯朴促愈汤(我科院内中药制剂)坐浴 15~20 min,再给予速效痔疮膏局部换药。

2 结果

2.1 疗效 本组全部治愈,其中一次性治疗成功 29 例,占 93.5%,两次硬化剂加强柱状注射 2 例,住院天数 10~22 d,平均为 12.5 d。术后随访,1 例在术后 86 d、1 例在术后 6 个月因大便秘结发生直肠黏膜轻度脱出,均及时予以消痔灵硬化剂黏膜下柱状注射后痊愈,其中 1 例稀便时控制功能欠佳,其余均无复发。

2.2 典型病例 患者,女,75 岁,因直肠反复脱出 39 年伴大便不完全失禁 3 年就诊。患者系经产妇,孕 7 产 5,于 39 年前产第三胎后开始出现排便时直肠脱出,始如鸡蛋大小,便后用手轻托可还纳,以后因怀孕生产次数增加而致直肠脱出加剧,3 年前出现行走、咳嗽、稍使重力即脱出,且经常有稀大便自行溢出。查体:下蹲位稍加腹压直肠及部分乙状结肠即从肛门口脱出,约 24 cm× 16 cm,呈球状,黏膜呈暗红色,肛指检查肛门可轻松容纳四指,括约肌明显松弛,收缩无力。诊断为重度直肠脱垂。入院后行术前常规检查,确定无手术禁忌证,经术前准备后,在腰俞麻醉下行直肠黏膜下柱状加点状硬化剂

科杂志,2003,41(9):699

[2]张东铭.痔的现代概念[J].中华胃肠外科杂志,2001,4(1):58

[3]姚礼庆,钟芸诗.吻合器上黏膜钉合术[J].中华外科杂志,2005,43(23):1 497-1 499

(收稿日期:2011-02-12)

参考文献

[1]中华医学会外科学分会肛肠外科学组.痔诊治暂行标准[J].中华外