

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,于术前半小时内留置尿管。

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

康妇消炎栓治疗盆腔积液或盆腔炎性包块效果观察

齐应开¹ 万承联²

(1 江西省军区门诊部 南昌 330006; 2 江西省妇幼保健院 南昌 330006)

关键词: 盆腔积液; 盆腔炎性包块; 康妇消炎栓

中图分类号: R 711.33

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.043

盆腔炎包括子宫炎、输卵管卵巢炎、盆腔结缔组织炎及盆腔腹膜炎,多以慢性为主,为妇女常见病之一。患者常以下腹部坠痛、腰骶部疼痛为主,月经期前后、性生活及劳累后多见,病情较复杂,经抗炎治疗后易复发。我院门诊部自 2009 年 1 月~2010 年 12 月采用康妇消炎栓治疗盆腔积液或盆腔包块,疗效明显。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 80 例盆腔炎患者均为我院门诊病人,临床症状、体征及 B 超诊断均符合盆腔炎的诊断,年龄 21~55 (41.56± 9.78) 岁,病程 3 个月~4.5 年 (1.68± 0.89) 年。B 超检查见盆腔积液或盆腔包块,并伴有下腹部坠痛、腰骶部胀痛、月经不调、白带增多等症状,妇检时均有宫旁及附件压痛。随机分为两组,两组患者的年龄、病程、病情程度均无显著性差异,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组静脉滴注左氧氟沙星加甲硝唑,1 周为 1 个疗程。治疗组用中成药康妇消炎栓,患者每晚排空大便,肛周洗净后,取蹲位,戴上一次性手套,用一手的食指或中指将栓剂沿肛门送入直肠 10~15 cm 后,取仰卧位将臀部稍抬高平躺半小时以上。每晚 1 次,1 周为 1 个疗程。治疗 2 个疗程后复查 B 超统计疗效。

1.3 疗效评定标准^[1] 痊愈:治疗 2 周后患者的临床症状及局部体征消失;妇检:宫旁及宫旁组织软,无压痛;B 超检查盆腔积液消失或盆腔包块消失,单或双侧附件形态正常,边缘光滑;停药 4~6 周复查 B 超无复发。好转:患者的临床症状及局部体征明显好转或近消失;B 超检查盆腔积液消失,炎性包块较治疗前缩小 1/2 以上;单或双侧附件稍增粗,边缘尚光滑。无效:临床症状及体征无明显减轻,B 超检查注射及肛门紧缩术,术后予以抗炎、口服补中益气汤及对症治疗,术后第 3 天排便,便时直肠未再脱出,住院 13 d 伤口痊愈,随访至今未再复发。

3 讨论

直肠脱垂多由于营养不良、身体虚弱、中气不足而发病,反复脱出久之使肛提肌、骨盆底部肌群及肛门松弛而加重病情。笔者用 1:1 消痔灵硬化剂于脱垂之直肠黏膜与肌层间作柱状加点状注射,使

盆腔炎性包块及渗出液较治疗前均有不同程度地缩小。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件,进行 χ^2 检验。

2 结果

治疗组痊愈 16 例,有效 20 例,无效 4 例,总有效率 90%;对照组痊愈 9 例,有效 21 例,无效 10 例,总有效率 75%;两组总有效率比较有显著性差异 ($\chi^2=7.98, P<0.05$)。两组治疗前后检查肝、肾功能均无明显改变。

3 讨论

慢性盆腔炎多由急性期延误治疗或治疗不彻底病情迁延而致,输卵管、卵巢、宫旁结缔组织及盆腔发生炎性改变,局部出现水肿、炎性渗出及包裹性积液,使神经纤维受到刺激、激惹和压迫,以致患者产生一系列临床症状和局部体征,当遇到行经期盆腔充血或劳累后使下腹部坠胀、腰骶部疼痛等临床症状加重,如不及时治疗,病程迁延导致一系列后遗症,如不孕症、异位妊娠、输卵管积水或脓肿、盆腔的炎性积液。由于渗出液的沉淀、粘连、包裹形成包裹性积液称盆腔炎性包块,因包块周围血管较少,影响血液循环,由于受病变部位解剖生理特点的限制,一般抗生素药物不易到达局部,而影响治疗效果。本对照组总有效率为 75%,治愈率仅为 22% (9/40),说明单纯抗菌治疗盆腔炎或盆腔包块虽有一定疗效,但治愈率低。由于女性盆腔静脉丛密集,肠黏膜血管丰富且管壁薄,与盆腔器官相邻,使康妇消炎栓药物的有效成分易通过局部淋巴循环或渗透直接作用于盆腔组织,增加组织对药物的吸收,使药物的作用充分发挥,促进炎症的吸收,松解周围组织粘连,并能避免抗生素对胃肠道的刺激,其产生无菌性炎症,组织萎缩,形成纤维化粘连而固定直肠不外脱;肛门紧缩术加强了在肛门括约肌松弛的情况下肛门括约肌及肛管对直肠的支持作用;口服中药补中益气汤可达到补中益气、升阳举陷作用。笔者应用硬化剂注射、肛门紧缩及口服中药治疗直肠脱垂简单、创伤小、疗效佳,适用于基层医院。

(收稿日期: 2011-02-12)