

# 改良外剥内扎配合消痔灵注射治疗混合痔 52 例

聂明华

(江西省上高县锦江卫生院 上高 336400)

关键词:混合痔;外剥内扎;注射疗法;消痔灵

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.048

2008~2010 年, 我院采用改良外剥内扎加消痔灵注射术治疗混合痔 52 例, 取得了满意疗效。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 52 例中, 男 31 例, 女 21 例, 年龄 24~65 岁, 病程 1~28 年, 均有便秘史和便后滴血。环状混合痔 6 例, 多发性混合痔 46 例。

1.2 治疗方法 患者取截石位, 常规消毒铺巾, 骶麻或局部麻醉。扩肛, 先了解痔核分布情况。伸入肛门镜, 用 1%利多卡因与消痔灵配成 1:1 注射液, 行内痔区注射后, 再在内痔上 2 cm 的 3、7、11 点处直肠黏膜下层注射。用组织钳提起痔核组织, 由外向内做一梭形切口, 尽量多保留皮肤和黏膜, 皮下潜行剥离结缔组织和曲张静脉血管。至齿状线上 0.3 cm 处, 钳夹内痔痔核基底部, 用 4 号丝线双重结扎, 剪去结扎之痔核组织, 并剥除切口两侧皮桥下的血栓及曲张的血管团块, 剪开的黏膜用羊肠线间断缝合, 皮肤切口修剪平整, 留 1.0~1.5 cm 长切口

不缝合以利引流, 术后肛内塞入凡士林纱条卷, 塔形纱布包扎固定。

1.3 疗效判定标准 治愈:痔核脱出和出血等症状完全消失, 肛缘平整, 肛镜下见内痔痔核萎缩和消失。显效:痔核脱出和出血等症状完全消失, 肛缘皮桥轻度隆起, 肛镜下见结扎的内痔痔核消失, 注射的痔核萎缩  $\geq 50\%$ 。好转:痔核脱出和出血等症状较术前减轻, 注射的痔核萎缩  $< 50\%$ 。无效:痔核脱出和出血等症状较术前无明显改善, 注射的痔核萎缩  $< 25\%$ 。

1.4 疗效 本组治愈 42 例, 显效 7 例, 好转 3 例。疗程 10~22 d。术后随访 6 个月~1 年未见复发。

## 2 讨论

消痔灵是目前国际上最理想的血管和组织粘连硬化剂, 适用于各种内痔, 尤其是晚期内痔及由晚期内痔发展而成的静脉曲张性混合痔, 注入内痔后产生无菌性炎症栓塞, 从而达到收敛、止血、抑菌、使痔核硬化萎缩的目的<sup>[1]</sup>, 阻止内痔的复发和防

## 2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 治愈:局部出血、异物脱出、肛门坠胀等临床症状和体征全部消失。好转:临床症状明显减轻, 体征基本消失。无效:临床症状和体征均无改变。

2.2 治疗结果 见表 1。

组别	n	治愈	好转	无效	有效率(%)
治疗组	86	81	5	0	100
对照组	86	78	8	0	100

2.3 术后并发症及愈合时间 见表 2。在术后出现坠胀、疼痛、水肿、出血等并发症方面, 治疗组明显优于对照组, 但治疗组愈合时间比对照组长。

组别	n	坠胀	疼痛	水肿	出血	愈合时间(d)
治疗组	86	52	41	32	19	16.7 $\pm$ 5.00
对照组	86	67	53	49	33	13.3 $\pm$ 3.50

## 3 讨论

混合痔的治疗, 要求尽可能减少对肛周解剖及组织结构的破坏, 保护肛门功能, 减少术后出血、疼痛、水肿等并发症的发生。经临床研究证实, 我院采用肛肠综合治疗仪外痔钳夹术结合硬化剂内痔注

射术治疗混合痔, 可降低术后并发症的发生, 减少对肛门解剖结构的破坏, 保留了齿线。硬化剂注射内痔部分后, 可使其硬化、萎缩, 缩小了内痔及外痔部分, 同传统的外剥内扎术相比, 减小了手术创面, 降低了术后发生感染的几率, 也避免了结扎可能引起痔核脱落导致大出血的问题。HCPT 电钳的高频电容场的热源来自 HCPT 钳两极间的作用物本身, 局限性强, 术中出血少, 对周围组织无损伤, 明显降低水肿的发生; 不需要缝线, 避免了术后拆线的痛苦; 钳夹的组织呈梭形, 张力小, 降低了脱落后大出血的可能性。但是采用 HCPT 治疗后的创面要经过液化、脱落才能愈合, 所以愈合时间相对延长。总体来看, HCPT 外痔钳夹术结合硬化剂内痔注射术治疗混合痔比较安全可靠, 操作简单, 值得临床推广应用。

### 参考文献

[1] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 痔临床诊治指南(2006 版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 177-180  
 [2] 谢永俊. 枯痔油治疗内痔 150 例疗效分析 [J]. 实用中西医结合临床, 2010, 10(3): 53-54

(收稿日期: 2011-08-12)

# 硝酸洗剂在混合痔手术后的应用

涂飏

(江西省上高县中医院 上高 336400)

关键词: 硝酸洗剂; 混合痔; 手术后

中图分类号: R 657.18

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.049

自 2009 年 10 月~2011 年 4 月, 我院对 95 例混合痔患者行外剥内扎术后应用中药硝酸洗剂熏洗, 以促进创口愈合, 减轻术后肛门疼痛、水肿等, 取得满意效果。现总结报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 95 例均为我院肛肠科手术治疗的混合痔患者, 其中男 63 例, 女 32 例, 年龄 22~70 岁, 病程 6 个月~20 年。均有便秘史或排便困难、便后出血, 结缔组织性混合痔 12 例, 静脉曲张性混合痔 83 例, 其中肛缘水肿合并嵌顿者 18 例, 混合痔并大出血者 5 例。

## 1.2 治疗方法

1.2.1 手术治疗 全部患者均采取外剥内扎手术, 但手术切除内扎一般不超过三个痔核; 外痔部位纵形切开皮肤后, 在剥离切除曲张的静脉纤维团组织后, 切口皮肤修剪整齐, 一次性间断缝合, 避免留下过大的瘢痕, 加速切口愈合<sup>[1]</sup>。

1.2.2 中药熏洗治疗 采用硝酸洗剂熏洗治疗。药物组成: 朴硝 25 g、硼砂 15 g、明矾 10 g。用法: 每次 50 g (1 袋), 1 d 2 次, 便后和晚睡前, 用开水 500~1 000 mL 冲化, 先熏后洗, 共 15 min 即可, 熏洗后常规换药, 7 d 为 1 个疗程, 1 个疗程后评价疗效。

1.3 疗效判定标准 疗效分显效、有效和无效。显效指患者创口疼痛症状消失, 创口完全愈合; 有效指患者创口疼痛症状改善, 创口基本愈合; 无效指患者创口疼痛未减轻, 创口未愈合。

1.4 结果 本组 95 例患者中, 显效 60 例, 有效 32 例, 无效 3 例, 总有效率为 96.8%。

止痔核脱落时出血。改良外剥内扎术, 手术时尽量多保留肛缘皮肤和黏膜, 使切口呈梭形, 并将切口从上到下用肠线间断缝合 2~3 针, 留 1.0~1.5 cm 长切口, 不缝扎以便引流。剥扎混合痔一般不超过 3 处。如超过 3 个以上痔块时, 可在肛后部的外痔切口内挑出部分内括约肌和外括约肌皮下部, 并予以切断, 仔细止血, 且结扎点不应在同一平面上, 在每一个切口中间要保留健康黏膜和皮桥 0.5~1.0 cm,

## 2 讨论

随着人们生活水平的提高、工作压力的增大、和许多(嗜烟、酗酒)不良的生活方式使痔的发病率逐年增高。痔手术后易出现肛缘水肿、出血、疼痛、感染等并发症, 加重了患者痛苦, 如何减少术后并发症, 减轻病人痛苦, 是每一位肛肠医生必须认真处理好的问题。现代医学研究认为, 组织修复创口愈合的基本过程大致分为 3 个阶段: (1) 炎症反应, 溶解、清除坏死组织和渗出物; (2) 结缔组织细胞和血管内皮细胞游动, 增殖, 形成肉芽组织; (3) 新生结缔组织基质沉积和新生组织改建。这些过程是重叠进行的, 感染细菌的入侵是影响创口愈合的重要因素<sup>[2]</sup>。我院自 2009 年 10 月份以来, 采用中药硝酸洗剂熏洗, 就是利用这三味中药可杀菌、止血、消肿、收敛、止腐生肌等功效而设计的治疗方案。朴硝即硫酸钠, 并夹杂微量 NaCl, 可消肿止痛。硼砂即四硼酸钠, 性凉, 味甘, 具有清热解毒、去垢防腐的功效, 溶液为碱性, 10% 溶液对大肠埃希菌、铜绿假单胞菌、炭疽杆菌、福氏与志贺痢疾杆菌、伤寒杆菌、变形杆菌、葡萄球菌、白色念球菌等有抑制作用<sup>[3]</sup>。明矾即硫酸钾铝, 性味酸、寒, 归肺、肝、脾、胃、大肠经; 功效解毒杀虫, 燥湿止痒, 止血止泻, 清热消痰<sup>[4]</sup>。三药混合对痔手术后可能出现的并发症防治可发挥更好的疗效, 本院治疗 95 例患者, 其中只有 3 例无效, 原因是 3 例环状混合痔患者手术时合并水肿严重, 未能大部分切除混合痔, 只做了三处剥扎, 造成术后继续水肿, 切口疼痛明显, 但连续使用硝酸洗剂熏洗 2 周后, 疼痛水肿消失, 3 个月后可行二

以防肛门狭窄<sup>[2]</sup>。经临床观察, 采用改良外剥内扎加消痔灵注射治疗混合痔, 手术方法简单, 出血少, 痔核萎缩迅速, 创口愈合快, 复发率低, 收到满意效果, 此方法值得基层医院推广、使用。

### 参考文献

- [1] 李辅明, 邹振明, 邹振培, 等. 李氏肛肠病治疗学[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2009.55
- [2] 张有生, 李春雨. 实用肛肠外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009.149-150

(收稿日期: 2011-06-24)