

肛门括约肌切断术治疗多发混合痔 64 例总结

叶德强 曹涌

(江西省南昌市第九医院 南昌 330002)

摘要:目的:探讨一种合理的治疗多发混合痔的手术方法。方法:128 例多发混合痔随机分为治疗组(外剥内扎+括约肌切断术)64 例和对照组(单纯外剥内扎术)64 例。对其术后疼痛等 7 项指标进行比较研究。结果:通过临床观察、术后随访 6 个月~1 年,两组均一次性手术治愈,两组间疗效及伤口愈合时间差异无显著性($P>0.05$)。术后无大出血、肛门失禁等严重并发症,但治疗组术后伤口疼痛、创缘水肿、残留皮赘、肛门狭窄发生例数低于对照组,差异均有显著性($P<0.05$)。结论:肛门括约肌切断术简单、安全有效、并发症少、肛门外形美观,是一种较好的手术方法。

关键词:多发混合痔;肛门括约肌切断术;治疗

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.020

2008 年 2 月~2011 年 2 月我们采用外剥内扎加括约肌切断术治疗多发混合痔 64 例,并与单纯外剥内扎术 64 例进行比较,通过临床观察、术后随访,获得满意疗效。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例共 128 例,均为多发混合痔(单纯混合痔除外),均符合 2010 年中华医学会外科分会肛肠外科学组制定的《痔的诊断》。随机分为治疗组(外剥内扎+括约肌切断术)64 例和对照组(单纯外剥内扎术)64 例。两组病例基本情况相似($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

组别	n	男/女	年龄(岁)	病程(年)
治疗组	64	36/28	38.75±17.55	17.31±15.32
对照组	64	38/26	42.32±13.25	17.38±15.64

1.2 治疗方法 治疗组:外剥内扎+括约肌切断术,即行外剥内扎术后,左手食指伸入肛管内摸清括约肌间沟,探明内括约肌下缘和外括约肌皮下部,在截石位左后或右后位,剥离的外痔创面处作一放射状切口,长约 1.5 cm,用弯止血钳将内括约肌下缘 1.0 cm 挑起,并用刀自内向外切断内括约肌及外括约肌皮下部,修剪创缘,使切口呈“V”形,以利引流。注意:松解程度以自由通过 2 横指为度。术后以硝酸熏洗坐浴,每日便后换药至痊愈。对照组:行单纯外剥内扎术,术后处理与治疗组相同。

1.3 统计学方法 术后随访 6 个月~1 年,统计远期疗效。计量资料两组间比较采用 t 检验,计数资料两组间比较采用校正的 χ^2 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效判定标准 治愈:症状及体征消失,创口愈合,肛门外形及功能恢复正常,排便通畅,无血便,便后无痔脱出,肛门下坠感消失。好转:症状及体征改善,创口未愈,肛门外形基本正常,无明显便血,便后痔脱出,肛门下坠感减轻。无效:症状及体征均无变化。

2.2 疗效及并发症 两组均一次手术治愈,两组间

疗效及伤口愈合时间差异无显著性($P>0.05$)。术后无大出血、肛门失禁等严重并发症,但治疗组术后伤口疼痛、创缘水肿、残留皮赘、肛门狭窄发生例数少,差异均有显著性($P<0.05$)。见表 2。

组别	n	术后疼痛	大出血	创缘水肿	肛门狭窄	肛门失禁	伤口愈合时间(d)
治疗组	64	8	0	5	2	0	15±2.91
对照组	64	17*	0	33*	11*	0	14±3.98

注:治疗组与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

我国痔发病率在 46%左右^[1]。对于多发混合痔患者的治疗较为棘手,往往需手术治疗。但传统外剥内扎术切除不完善,术后肛门疼痛明显,术后并发症较多,文献报道肛门狭窄发病率为 1%,失禁为 2%^[2]。混合痔术后系开放性创口,常引发便后疼痛、术后创面渗出物增加,加之术后细菌感染,可使局部发生炎性水肿,进一步导致肛门剧痛。

肛门括约肌有扩约肛门的作用,因而在痔手术时怕切断括约肌而导致肛门失禁,不予切断^[3]。但由于内括约肌具有肠管环平滑肌收缩特性容易痉挛而引起术后痉挛性疼痛,或因手术瘢痕挛缩而致肛门狭窄,故肛门内括约肌持续性痉挛则是肛裂、肛门狭窄和内痔产生发展的主要因素之一。内括约肌大部分切断可彻底结束其持续性痉挛,肛管内压力下降,但仍能对抗腹内压的增加,维持肛门自制能力。因此,切断部分内括约肌不会导致肛门失禁。内括约肌切断术是治疗混合痔的有效术式之一,其目的有三:(1)解除内括约肌持续性痉挛,降低内括约肌的压力,使肛管静息压下降,恢复肛管皮肤的正常灌注,使疼痛缓解。(2)预防肛门狭窄,由于切除过多的肛管皮肤或滑动的皮肤与黏膜间产生横行瘢痕而致肛门狭窄。(3)减轻肛缘水肿,解除了内括约肌的肌痉挛,恢复了正常血液、淋巴的循环,减轻或避免了术后肛缘水肿及残留皮赘的发生,使肛门外形美观。

术中注意事项:(1)切断括约肌时,必须将外括

舒乐宝洗剂合微波理疗促进混合痔术后创面愈合的临床观察

冯群虎¹ 冯桂成² 林鸿成¹

(1 广东省深圳市罗湖中医院 深圳 518001; 2 陕西中医学院 2010 级硕士研究生 咸阳 712046)

摘要:目的:观察舒乐宝洗剂配合微波理疗促进混合痔术后创面愈合的临床疗效。方法:将 78 例痔术后患者随机分为两组,治疗组 39 例采用舒乐宝洗剂熏洗配合微波理疗综合治疗,对照组 39 例采用传统高锰酸钾液熏洗配合微波理疗综合治疗。结果:治疗组愈合时间明显短于对照组($P < 0.01$);治疗组疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论:舒乐宝洗剂配合微波理疗综合治疗可显著促进痔术后创面愈合。

关键词:舒乐宝洗剂;微波理疗;痔术后

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.021

痔是一种常见病、多发病,是直肠末端黏膜下和肛管部痔静脉丛曲张而成的柔软静脉团。根据痔疮发生部位可分为内痔、外痔和混合痔。古有“十人九痔”之说,说明痔疮的发病率较高。据国内资料统计表明^[1],痔病占肛肠疾病的 87.25%。其主要特点是脱出、疼痛或便血,易反复发作,并随年龄增加,其发病率逐渐增加,男女患病率基本相等。在身体没有不适时可以选择“带痔”生活,但是当出现便血、疼痛、肿物脱出、瘙痒等症状时,将会影响身体健康、工作、学习和生活。因此人们对痔疮的治疗比较重视。由于肛门部位解剖结构和生理功能的特殊性,痔术后创面愈合迟缓,给患者造成极大的痛苦,也影响患者的生活质量。因此,促进创面愈合成为目前肛肠专科研究的重点。我科室现采用舒乐宝洗剂配合微波理疗综合治疗,取得良好效果。现将方法介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2011 年 5 月~2012 年 5 月我院肛肠科收治的痔疮术后病人 78 例,男 32 例,女 46 例;年龄 18~64 岁,平均年龄 38.7 岁。采用随机数字表将其随机分为两组:治疗组 39 例,其中男性 19 例,女性 20 例,年龄 19~64 岁,平均 39.3 岁,病程 2 个月~10 年,平均 3.2 年;对照组 39 例,其中男性 13 例,女性 26 例,年龄 18~63 岁,平均 38.1 岁,病

约肌皮下部和内括约肌皮下部完全切断,尤其切断内括约肌长度要适当,一般长不超过 1.0~1.5 cm,厚不超过 0.5 cm,既解除了内括约肌的痉挛,又保证了术后肛门括约肌的完整性,达到松解之目的。(2)手指括肛时以自由通过 2 横指为度,若无限扩大,可致应激性大便失禁或肛门失禁。(3)年老体弱或肛门松弛者慎用或不宜切断括约肌。(4)修剪切口应呈“V”字形,保持引流通畅,防止术后切口感染或肛缘水肿。(5)必须在食指引导直视下缘并切断,但不能超过齿状线,否则容易损伤对侧肠壁。

程 3 个月~13 年,平均 5.1 年。经统计学分析,两组在性别、年龄、病程、混合痔术后开放创面的面积及深度方面均无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照 1994 年国家中医药管理局制定的《中华人民共和国中医药行业标准》中关于混合痔的诊断依据^[2]:(1)便血及肛门部肿物,可有肛门坠胀、异物感或疼痛;(2)可伴有局部分泌物或瘙痒;(3)肛管内齿线上下同一方位出现肿物(齿线下亦可为赘皮)。

1.3 排除标准 (1)患有急慢性腹泻或肛周湿疹等肛周皮肤病者;(2)合并其他肛门疾病者;(3)妊娠及哺乳期妇女;(4)患有心脑血管、糖尿病、恶性肿瘤、血液病、尿毒症、黄疸、微量元素缺乏等疾病的混合痔术后患者;(5)对本方药物成分有过敏史者;(6)合并其他妨碍观察的因素者。

1.4 治疗方法

1.4.1 治疗组 微波治疗:采用天津海东科技发展有限公司生产的多功能微波治疗仪。使用方法:患者取左侧卧位,屈膝,用圆形探头照射病变区,功率为 15 W,探头距离病变组织一般为 3~5 cm,以病人感到舒适为宜,每日 2 次,每次 30 min,7 d 为 1 个疗程。(2)舒乐宝洗剂熏洗:方剂为蒲公英 30 g,野菊花 20 g,黄柏 20 g,苦参 20 g,车前草 10 g,土茯苓 10 g,丹参 10 g。加水 2 000 mL,浸泡 20 min,用武火

通过临床观察,切断肛门括约肌具有减轻疼痛、防止肛门狭窄、无肛缘水肿、无排便困难、切口愈合快等优点。总之,肛门括约肌切断术是一种操作简单、安全有效、并发症少的手术,值得临床应用。

参考文献

[1]史兆岐,宋光瑞,胡伯虎.中国大肠肛门病学[M].郑州:河南科技出版社,1985.631
[2]Macrae HM,McLeod RS.Comparison of hemorrhoidal treatment modalities.A meta-analysis[J].Dis Colon Rectum,1995,38(7):687-694
[3]穆云,姚健,王顺和,等.内痔段错落式结扎、肛缘多形性组合切口术治疗环状混合痔的临床观察[J].结直肠肛门外科,2011,17(4):213

(收稿日期:2012-09-26)