

# 组合术式防治环形混合痔术后肛门水肿的临床观察

贺应林<sup>1</sup> 韩玲<sup>2</sup> 指导:叶茂<sup>3</sup>

(1 江西中医学院 2010 级研究生 南昌 330006; 2 宜春学院美容医学院 江西宜春 336000; 3 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

**摘要:**目的:在确保肛门功能不受影响的前提下,观察组合术式预防环状混合痔术后肛门水肿的临床效果。方法:将患有环形混合痔患者 60 例随机均分为治疗组、对照组。治疗组采用组合术式(外剥内扎+延长远端减张切口+部分肛门内括约肌切断术+扩肛术)治疗,对照组给予单纯外剥内扎术治疗。结果:治疗组预防术后水肿有效率为 93.33%,对照组有效率为 76.67%,治疗组疗效明显优于对照组( $P<0.05$ )。结论:组合术式预防环状混合痔术后肛门水肿临床效果突出,值得推广。

**关键词:**组合术式;环状混合痔;肛门水肿

中图分类号:R 657.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.023

环状混合痔是痔瘘科疾病中一种常见病,属混合痔中临床症状表现相对较重的一种。由于痔核较多并且大,手术较为复杂,手术中的创伤会对人体造成一定影响,不可避免地会出现一系列术后并发症,如肛门水肿给病人造成肛门不适的痛苦。为了尽可能地避免术后并发症的发生,减轻病人痛苦,提高手术质量,我科采用组合术式预防环状混合痔术后肛门水肿。现介绍如下:

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 60 例患者均为本院环状混合痔住院病人,病程 3 个月~45 年,年龄 18~65 岁,随机分成两组。治疗组 30 例,女 17 例,男 13 例;年龄最小 20 岁,最大 64 岁;病程最长 43 年,最短 3 个月;其中环状混合痔伴外痔水肿者 6 例,伴内痔嵌顿者 8 例,伴结缔组织性者 9 例,伴静脉曲张性者 7 例。对照组 30 例,女 16 例,男 14 例;年龄最小 18 岁,最大 65 岁;病程最长 45 年,最短 4 个月;环状混合痔伴外痔水肿者 7 例,伴内痔嵌顿者 9 例,伴结缔组织性者 8 例,伴静脉曲张性者 6 例。两组患者在一般资料方面无显著差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入标准** (1)诊断符合中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中华中医药学会肛肠病专业委员会、中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会修订的《痔临床诊治指南(2006 版)》<sup>[1]</sup>; (2) 年作,留置尿管的护理要及时,以积极防止发生泌尿系感染。

总之,尿潴留作为肛肠病术后的常见并发症之一,其发生是多因素的,只有认识清楚其发生的各种原因,并采取积极的预防措施,可以有效减少尿潴留的发生,预防重于治疗。当发生尿潴留后进行及时有效的处理可以减轻患者的痛苦,提高肛肠病术后治疗效果,缩短患者的康复时间。

### 参考文献

[1]张东铭,王玉成.盆底与肛门病学[M].贵阳:贵州科技出版社,2004.

龄 18 岁以上; (3) 自愿参加并配合观察者; (4) 肝肾功能、血常规、尿常规、凝血功能等实验室检查均在正常范围内。

**1.3 排除标准** (1) 肛管直肠有占位性病变者; (2) 就诊时已使用其他影响水肿的药物者; (3) 妊娠及哺乳期妇女; (4) 有明显排便障碍者; (5) 有糖尿病史及凝血障碍者; (6) 有严重肝肾功能损害者; (7) 有心脏病频发室性心律失常者; (8) 其它妨碍观察的因素如拒绝参加并配合观察者等。

## 1.4 治疗方法

**1.4.1 术前准备** 两组患者均行肝肾功、血常规、尿常规、血糖、凝血功能、心电图、B 超等检查排除手术禁忌证。向患者及家属交代病情,并签订相关医疗文书。术前 1 d 口服氟哌酸作为术前预防感染,术前禁食 8 h,术前清洁灌肠。两组患者均采用腰骶穴麻醉<sup>[2]</sup>。

**1.4.2 手术方法** 两组患者均取截石位,常规消毒。治疗组采用组合术式: (1) 外剥内扎术<sup>[3]</sup>: 钳夹外痔顶部向外轻轻牵拉,暴露内痔,另取组织钳夹持内痔基底部,两钳合并提起,用手术剪在外痔两侧皮肤作“V”形切口,在皮下静脉丛与括约肌层之间剥离至齿线上 0.3~0.5 cm; 以 10 号丝线自夹持内痔的组织钳下方,行内痔根部结扎; 以同样方法剥离结扎其他痔核,注意各结扎点间须保留 0.5 cm 左右

664

[2]张任珣.综合治疗肛肠病术后尿潴留 54 例[J].河南中医,2011,36(9):1 049

[3]陈庆霞.开塞露灌肠治疗肛肠病术后尿潴留 56 例[J].中国肛肠病杂志,2001,21(11):14

[4]胡伯虎,李宁汉.实用痔瘘学[M].北京:科学技术文献出版社,1988. 273-122

[5]张元海.肛肠疾病术后尿潴留临床治疗体会[J].中国当代医药,2011,18(13):187-188

[6]谷林.耳穴中医理论基础初探[J].中国社区医师,2006,3(20):9-10

[7]晏江会,田振国.肛肠病术后尿潴留防治[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(5):144

(收稿日期: 2012-10-09)

的正常肛管黏膜皮桥。(2)延长远端减张切口<sup>[4]</sup>:方法是将外痔或混合痔外痔部分切(剥)后,在原切口远端再作放射状延长减张切口,一般 1~2 cm,深达皮下组织。(3)部分肛门内括约肌切断术<sup>[5]</sup>:在外剥内扎术基础上,注意保留痔核间肛管皮肤及黏膜桥为前提条件,选取肛门两侧任一创面(最好选截石位 5 点或 7 点),用弯钳由其下括约肌间沟处挑出内括约肌下缘并切断。(4)扩肛术<sup>[6]</sup>:术者以食指涂满石蜡油,先以一个食指轻柔地进入肛内按摩;患者适应后再进入第二个食指,向外作顺、逆时针按摩扩张;患者适应后,再进入双中指作同样轻柔按摩扩张,若患者能承受,可进入双无名指作同样动作,持续约 5 min 左右。若外痔切口对合良好且无出血则无需缝合,并检查创面有无明显出血,肛管以两横指能放入肛管内为度。术毕肛内置入凡士林纱条,塔纱压迫,宽胶布固定。对照组采用单纯外剥内扎术。

**1.4.3 术后处理** 术后 48 h 排便;静脉给予抗感染治疗 3 d,止血治疗 3 d;术后每日便后以肛门洗剂(院内制剂)坐浴,并用金黄膏、九华栓换药。嘱患者粗纤维饮食,注意保持大便通畅,术后大便不畅者给予复方黄柏液 100 mL+甲硝唑注射液 50 mL+生理盐水 50 mL 灌肠治疗,以促进粪便顺利排出,同时可减轻对术后创面的刺激;便后肛门坐浴水温不宜太烫,在 25℃ 左右。

## 2 疗效观察

**2.1 肛门水肿判定标准** 我院有关痔疮术后水肿的判定标准:Ⅰ度:创面稍有水肿,轻微坠胀不适感,肉芽不平整,对生活没有影响;Ⅱ度:创面明显水肿,且创面不平整,患者坠胀不适感较前者明显,对生活有影响;Ⅲ度:创面水肿严重,肛门皮桥明显肿胀、发亮,可伴血栓形成,轻触疼痛剧烈。

**2.2 肛门水肿情况** 观察手术后第 3 天、第 7 天肛门水肿情况。7 d 后未见水肿的定性为术后预防水肿成功,即治愈。两组疗效见表 1。两组有效率对比,有较显著的差异( $P < 0.05$ )。单纯外剥内扎术 30 例,出现肛门水肿 7 例,肛门水肿率 23.33%,其中,术后第 3 天,Ⅰ度水肿 0 例,Ⅱ度水肿 1 例,Ⅲ度水肿 3 例;术后第 7 天,Ⅰ度水肿 1 例,Ⅱ度水肿 1 例,Ⅲ度水肿 1 例。采用组合术式 30 例,出现肛门水肿 2 例,肛门水肿率 6.67%,其中,术后第 3 天,Ⅰ度水肿 1 例,Ⅱ度水肿 0 例,Ⅲ度水肿 0 例;术后第 7 天,Ⅰ度水肿 0 例,Ⅱ度水肿 1 例,Ⅲ度水肿 0 例。

表 1 环状混合痔术后两组患者肛门水肿情况 例(%)

组别	n	3 d 水肿数	7 d 水肿数	治愈
治疗组	30	1(3.33)	1(3.33)	28(93.33)
对照组	30	4(13.33)	3(10.00)	23(76.67)

## 3 讨论

本研究结果显示,采用组合术式治疗环状混合痔,术后肛门水肿情况较为少见,说明手术彻底性是预防肛门水肿的最重要方法之一。而环状混合痔术后水肿是肛肠科临床常见并发症之一,由于手术切口较多,肛门水肿难以避免。环行混合痔术后肛门水肿,其中最重要的原因为局部组织损伤,血液循环障碍,血管痉挛,淋巴回流受阻所致,停留在组织间隙引起肛门水肿<sup>[6]</sup>。而术后肛门疼痛,又可刺激神经末梢引起内括约肌痉挛,加重水肿的产生。当然,在手术中若保留皮瓣过多、残留的静脉团或形成的血栓在术中未剥离干净及术后排尿困难、久蹲、腹泻等因素也可导致环行混合痔术后肛门水肿。从组合术式(外剥内扎术+远端延长切口+部分肛门内括约肌切断术+扩肛术)及术后肛门水肿情况分析来看,远端延长切口及扩肛术预防和减轻环状混合痔术后肛门水肿有显著作用,其作用原理可能是使肛门局部因循环通道被阻断而在局部停滞积聚的血液、淋巴液得以较快地分流和疏通,使局部组织血管的渗透压减低,有利于新的循环通道的重新再建立。环状混合痔剥扎术后,因相对结扎组织多、创面大等手术因素刺激,常常使内括约肌产生反射性痉挛,肛管压力增高,从而使穿过内括约肌直达肠黏膜下层、肛管内层、皮下的动静脉和相应的淋巴循环受阻,而产生肛门内括约肌的闸门关闭效应,成为环状混合痔剥扎术后肛门水肿的主要原因之一,切断部分肛门内括约肌可以从一定程度上缓解内括约肌产生反射性痉挛及其因痉挛而引起的术后水肿,但即使部分切断也不会影响它的肛门自制功能。而对肛门功能良好者,采用组合术式,不仅可以抵制肛门内括约肌的闸门关闭效应,减轻或消除环状混合痔剥扎术后肛门水肿,还可以在在一定程度上防止环状混合痔剥扎术后产生肛门狭窄。因此,对环状混合痔之肛门功能良好者,在行常规剥扎术同时,主张加行延长远端切口+部分肛门内括约肌切断术+扩肛术,这种组合术式预防环状混合痔术后肛门水肿临床效果突出,值得推广。

### 参考文献

- [1]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南(2006版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461-465
- [2]曹吉勋.中国痔瘡学[M].成都:四川科学技术出版社,1985.101-102
- [3]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,2006.116-134
- [4]段海涛,沈瑞子,阳建民,等.减张切口预防痔术后肛门水肿的临床观察[J].大肠肛门病外科杂志,2003,9(2):93-94
- [5]张振勇,张霓.挑断部分内括约肌对改善环状混合痔剥扎术后肛缘水肿、疼痛的观察[J].安徽中医学院学报,1999,19(6):43

(收稿日期:2012-10-09)