

肛门外括约肌后侧方松解术合并切口延长在混合痔术中的临床运用

黄瑾涛¹ 曹立莉¹ 胡晓阳² 洪中华³ 叶志君³

(1 江西中医学院 2011 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医院附属医院 南昌 330006;
3 江西中医学院 2010 级研究生 南昌 330006)

关键词: 切口延长; 肛门外括约肌后侧方松解术; 混合痔

中图分类号: R 657.18

文献标识码: B

doi: 10.3969/j.issn.1671-4040.2013.02.023

混合痔是指同一方位的内外痔静脉丛曲张, 相互沟通吻合, 使内外痔部分形成一个整体^[1]。传统的手术方式为外剥内扎术, 但其术后的并发症较多, 尤以肛缘水肿、疼痛及肛门狭窄多见。我科自 2011 年 1~8 月采取肛门外括约肌后侧方松解术合并切口延长配合外剥内扎术治疗混合痔, 有效减轻了术后肛缘水肿、疼痛及肛门狭窄情况。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例患者 (经肛门指诊均有不同程度肛门紧缩感) 随机分为两组: 其中对照组 30 例, 男性 17 例, 女性 13 例, 年龄 21~57 岁, 病程 2~19 年, 伴便血 19 例, 伴脱出 11 例; 观察组 30 例, 男性 15 例, 女性 15 例, 年龄 25~64 岁, 病程 1.6~20 年, 伴便血 16 例, 伴脱出 14 例。所有患者均符合混

合痔的诊断, 入选病例均符合国家中医药管理局 1995 年发布的《中医肛肠科疾病诊断疗效标准》。两组病例年龄、性别、疾病程度等经统计学分析差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 (1) 完善入院相关检查, 如三大常规、血沉、肝炎系列及 HIV、PT 系列、梅毒抗体、生化等, 腹部 B 超、心电图、胸片等; 排除手术相关禁忌证。(2) 术晨予生理盐水清洁灌肠, 术前备皮, 并于术前半小时常规给予安定片 1 mg 口服, 以缓解术前焦虑及紧张。

1.2.2 手术方法 所有病人均采用侧卧位腰俞麻醉, 效果不佳加局部浸润麻醉, 待肛门松弛后, 以碘伏行常规肛内消毒后, 充分暴露肛门。观察组: 在肛

属本虚标实、虚实夹杂之证, 病因大多为气血不足、肝肾亏损、营卫虚弱, 复感风寒湿外邪, 使气血凝而不行, 经络壅阻不通, 风寒湿三邪凝滞于关节筋骨, 造成膝关节疼痛、屈伸不利。《素问·举痛论篇》曰: “经络流行不止, 环周不休, 寒气入经而稽迟, 泣而不行, 客于脉外则血少, 客于脉中则气不通, 故卒然而痛。”说明疼痛产生的最根本原因就是“不通则痛”, 痹证也是如此。针刺和艾灸自古以来就是治疗痹症的重要方法: 针刺能够疏通经络、调理气血运行使经脉气血调畅达到“通则不痛”的疗效; 现代医学研究发现, 针刺治疗该病有及时的良性调整作用, 可以改善局部血液循环和营养代谢, 促进炎症渗出的吸收, 调节局部微循环, 促进关节液分泌, 减轻膝关节上下两骨面的摩擦, 促使膝关节的机能恢复^[2]。灸法是借灸火的热力给人体以温热性刺激, 通过经络腧穴的作用达到治疗疾病的目的, 具有温经散寒、消瘀散结等作用; 隔姜灸是灸法的一种, 是指用姜把艾炷与施灸腧穴部位的皮肤隔开进行施灸, 生姜具有辛温发散的作用, 《本草纲目》中记载: “生姜, 辛, 温, 无毒, 生用发散。”故而隔姜灸能够温经通络散寒、活血化瘀止痛, 祛除凝滞在经络中的寒

邪瘀血, 使经络到达“通”的状态, 减少疼痛的病理条件, 从而起到止痛的效果。现代医学研究表明: 艾灸能改善局部微循环并减轻局部组织炎性渗出, 减轻关节间隙的摩擦和关节周围肌肉痉挛状况, 从而使膝关节的动态稳定性增强, 达到改善临床症状的作用。总的来讲, 通过针刺和隔姜灸共同产生的温经通络、散寒除湿、行气活血的作用, 去除了凝滞在经络中的寒邪瘀血, 使经络到达“通”的状态, 祛除或减少疼痛产生的病理条件, 起到止痛并改善膝关节功能的效果。

膝关节骨性关节炎在临床中难以治愈, 病情顽固, 近年来针灸疗法以其价格便宜、操作简单、即时镇痛、疗效显著的特点, 受到患者的广泛认可。

参考文献

[1] 倪家骧, 樊碧发, 薛富善. 临床疼痛治疗技术[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2003.4
[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.30
[3] 赵凤标, 崔岩. 小针刀联合玻璃酸钠关节腔内注射治疗膝关节骨性关节炎疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2009, 9(2): 56-57
[4] 武海东, 袁林. 温针灸膝三针穴配合透明质酸钠治疗膝骨性关节炎[J]. 基层医学论坛, 2012, 15(14): 14

(收稿日期: 2012-12-15)

门的后侧方(1 点或 11 点位)做一长约 3 cm 放射状切口,用弯血管钳穿过括约肌皮下部及部分内括约肌的下缘(距肛缘约 1.5 cm)后挑断切开,以能容纳两指通过。用直钳夹住外痔痔核下缘,沿直钳底部作一“V”字形切口,沿切口两侧剥离痔体并向肛内游离,同时两侧切口内收,切口达齿线上约 0.3 cm,向外牵拉剥离组织并轻轻提起,充分暴露内痔痔核,用弯血管钳沿切口向肛管方向钳夹痔底部,10 号丝线结扎痔体,剪去多余游离组织,保留长约 1 cm 残端,将切口向外延长 0.5~1 cm,修剪切口两侧皮缘,剥离皮下曲张的静脉丛和结缔组织,使切口呈放射状梭形,修整创缘;同法切扎其余痔核,充分止血;术毕予以凡士林纱条包裹橡胶引流管填塞肛内,塔形纱布加压包扎固定。对照组:采用传统环状混合痔外剥内扎法,用止血钳夹住痔体组织,由外向内做一“V”型切口,沿切口两侧剥离组织并向肛内游离,两侧切口向内收,达齿线上缘约 0.3 cm,用弯血管钳钳夹痔底部,10 号丝线结扎,剪去多余游离组织,保留长约 1 cm 残端,修整创缘,充分止血,橡胶管外裹凡士林纱条纳肛,塔形纱布加压包扎固定。

1.2.3 术后处理 两组术后均予抗炎、止血及对症治疗,每日予九华膏创面换药。

2 疗效观察

2.1 观测指标 (1)创缘水肿:术后 3 d 创缘出现水肿;(2) 肛门狭窄:指术后 1 年出现肛门缩小变窄,大便解出不畅,不能顺利容纳食指通过;(3) 肛门疼痛:采用数字评分法(NRS),积分标准参照 11 点数字评分法(NRS-11):此法要病人用 0~10 这 11 个数字描述疼痛强度,0 为无痛,0~3 为轻痛,3~7 为中痛,>7 为重痛,10 为剧烈疼痛。

2.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》制定^[2]。治愈:症状及体征均消失,无肛缘水肿及肛门狭窄,创面愈合;好转:症状及体征均改善,可见肛缘水肿、肛门狭窄,创面愈合;未愈:症状及体征均无变化,术后仍有便血及脱出。

2.3 治疗结果 疗效比较见表 1,治疗前后疼痛值比较见表 2。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)				
组别	创缘水肿	肛门狭窄	平均愈合时间(d)	治愈
观察组	2(6.7)	0	13.5	28(93.3)
对照组	8(26.7)*	2(6.7)*	19.7*	20(66.7)*

注:两组比较,*P<0.05。

表 2 两组治疗前后疼痛值比较 (X±S) 分		
组别	治疗前疼痛值	治疗后疼痛值
观察组	7.30± 1.32	2.76± 1.07
对照组	7.27± 1.36	5.17± 1.46

注:经 t 检验,两组治疗前疼痛值比较无统计学意义(P>0.05),两组治疗前后疼痛值比较有统计学意义(P<0.05)。

3 讨论

传统的混合痔手术术式相对单纯,术后并发症较多,尤以肛缘水肿、疼痛和肛门狭窄多见。我们在外剥内扎的基础上配合肛内括约肌后侧方松解术合并切口延长治疗混合痔,取得了较好的效果。通过分析,该术式优势在于:(1)术中先行肛内内括约肌后侧方松解术^[3]:可使肛门得到良好松弛,充暴露肛门,利于术中充分操作;可缓解肛内括约肌痉挛产生的局部循环障碍,使创口血运通畅,利于创面的生长;亦可预防术后肛门狭窄的发生。(2)通过对内括约肌的松解亦可减轻术后由于肛内括约肌的持续痉挛及组织缺血而致的疼痛。(3)通过对外痔部分切口的延长,使创缘淋巴和静脉回流不畅瘀滞所致的组织液通过远端的交通支而被重吸收,使创缘的压力得以减轻,静脉及淋巴得以充分地引流,减少水肿的发生。手术操作要点:(1)术中注意结扎的痔核不要在同一水平面,向肛内剥离组织时注意切口应向内收,勿使结扎的组织太多,防止术后肛内瘢痕挛缩所致的肛门狭窄;(2) 注意切口不宜过长,行挑断的组织不宜过深过多,挑断前可先行止血钳反复夹闭需挑断组织后离断,可减少出血;(3)术中避免组织的过度钳夹造成组织水肿,影响皮桥存活。

本研究结果显示,该术式可有效减少术后水肿的发生,伤口疼痛小,有效缩短创面愈合的时间,1 年随访无肛门狭窄及明显不适,大便解出通畅;该术式具有并发症少、住院周期短、治愈率高、效果明显、操作较简单等优点,值得临床推广应用。

参考文献

[1]李曰庆.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社,2002.236
[2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.132-133
[3]黄尊显,郑培凤.肛内后方减压预防混合痔术后肛内水肿和狭窄[J].山东医药,2007,47(6):70

(收稿日期:2013-01-08)



欢迎广告惠顾! 欢迎投稿! 欢迎订阅!