

小切口保护肛垫加侧切术治疗环状痔 118 例

周运添, 林俊平

(广东省惠东县人民医院 普外科, 广东 惠东, 516300)

关键词: 小切口; 肛垫; 侧切术; 环状痔

中图分类号: R 657.1 文献标识码: A 文章编号: 1672-2353(2010)15-0148-01

环状痔包括Ⅲ、Ⅳ度环状内痔和环状混合痔, 是肛肠科疾病中常见但又是难治性疾病之一^[1]。探索一种既能彻底消除临床症状, 又能保护正常的肛管生理解剖结构的手术方式是目前治疗环状痔的研究方向, 2003年1月~2009年6月作者采用小切口保护肛垫加侧切术治疗环状痔 118 例, 取得了满意的临床疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

本组 118 例患者中男 69 例, 女 49 例。年龄 23~74 岁, 平均 48 岁, 病程 3~42 年, 平均 7.8 年。其中伴有肛裂 20 例, 合并肛门湿疹 6 例, 并慢性失血性贫血 3 例。

术前准备: 术前常规准备及清洁灌肠, 采用骶管麻醉, 取截石位。常规消毒铺无菌巾单, 扩肛、肛内括约肌充分松弛后查清内痔部位, 数量以及齿线上下肛管、肛缘的病变关系有无合并直肠黏膜松弛脱垂。设计手术切口。设计好痔核分段及保留皮桥黏膜桥的部位与数量, 一般保留 3~4 条肛管皮桥黏膜桥, 每条肛管皮桥的宽度不小于 0.5 cm。

小切口切剥外痔: 选择相对严重的痔体; 钳夹肛缘部分提起并向对侧牵拉, 充分暴露相应外痔, 用尖刀在外痔部分作狭长“V”型切口至肛缘^[2], 然后提起切除外痔部分, 在肛缘至齿线范围, 将相邻两痔体分叶间用剪刀向齿线方向剪入至正常皮肤黏膜外, 用组织钳提起切口皮缘下曲张静脉团, 用组织剪分别潜行剥离至平整, 用艾利丝钳提起并适当向外牵拉已切除外痔痔体以暴露内痔, 用组织钳呈柱状钳夹内痔突起处, 钳夹痔核上正常黏膜的 1 cm 处, 用 10 号丝线贯穿缝扎, 结扎点应尽量偏上, 后加强结扎一次。在结扎线外的 0.5 cm 处, 切除痔核残端。同法处理其他内外痔。

侧切术: 用左手食指伸入肛内, 扪清括约肌位置后, 在 7 点位距肛缘 1 cm 处放射状切口长约 1

cm, 用中弯血管钳由切口经括约肌间沟在皮下与内括约肌间向上分离至齿线, 退血管钳回括约肌间沟, 在内括约肌外侧分离至齿线, 向上向内用力, 将内括约肌挑出, 直视下切断, 缝合切口 1~2 针。作仔细检查创面有无活动性出血, 肛管狭窄及切口皮缘内、外翻情况。无异常后, 肛内填塞油纱条, 无菌纱布加压包扎, 以防渗血和水肿。

术后处理: 手术后控制排便 2 天, 半流质饮食, 2 天后恢复正常饮食; 适当应用对大肠杆菌和厌氧菌有效的抗生素; 尽量保持局部创面干洁, 有分泌物和排便后用 0.5% 安多福溶液擦净并常规换药, 0.5% 安多福纱布覆盖创面; 坚持便后用 1/5 000 P.P 热水坐浴, 每次 20~30 min, 及时清洁创面并更换敷料, 直至伤口愈合。

结果: 本组 118 例全部临床治愈。术后愈合时间 9~23 d, 平均 15 d。术后 3 月、6 月、1 年随访, 均未出现排便困难, 肛门外观平整, 指诊肛管收缩舒张功能正常, 未触及肛管紧缩环及肛门狭窄。

3 讨论

现代概念认为, 痔是直肠下端的唇状肉赘或称肛垫的病理性肥大^[3], 向外移位形成的团块。治疗原则是主要根据症状, 对于没有症状的痔即使很大也不一定是治疗指征, 反之, 痔虽小但有发生严重并发症的危险时, 则必须治疗。痔病的治疗方向正趋于微创性、生理性、科学性。治疗的重点在于保留正常的肛垫, 维持完善的肛管自制功能, 并要达到根除痔的临床症状的目的^[4]。

痔的产生是因为肛垫的静脉丛受诸多肛管高压因素的影响, 如静脉病理性扩张, 长期站立、便秘、妊娠、前列腺增生、门脉高压等, 静脉丛血液回流障碍, 淤滞及微血栓形成, 血管扩张融团形成痔病。Ⅲ、Ⅳ度内痔痔核极易脱出, 长期的内痔脱出

(下转第 158 面)

改善生存质量的作用^[4-7]。文献报告^[8]疼痛的缓解率在 85% 以上, 50% 的疼痛在放射治疗后的 1~2 周显示疗效, 与本组观察结果相似。本组常规分割和中分割放疗在疼痛缓解率上未见区别。但短疗程中、大分割照射可以尽快获得止痛效果, 对于病情相对较重、行动不便、及无望长期生存的患者带来了便利。临床实践中面临的晚期肿瘤患者, 病期、病情千差万别, 故应因人而异选择个体化的治疗方案, 副反应控制尤为重要。在一定剂量放疗使疼痛获得缓解之后, 追加多少剂量为最佳有待进一步的临床观察研究。总之, 肿瘤骨转移灶的姑息性放射治疗是止痛减症、提高生存质量的有效措施。

参考文献

[1] 孙燕. 临床肿瘤内科手册[M]. 北京: 人民卫生出版社,

1996: 52.

- [2] 张王峰, 叶常青, 袁梦晖, 等. 89 氯化铯放疗辐射对肿瘤骨转移患者血象的影响[J]. 华南国防医学杂志, 2010, 24(3): 193.
- [3] 任庆兰, 吴永志, 陈晓品, 等. 唑来膦酸联合单次或多次分割放疗治疗转移性骨痛的临床分析[J]. 第三军医大学学报, 2008, 30(2): 176.
- [4] 申文江. 骨转移瘤[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 1994, 3(1): 62.
- [5] 程剑, 石春梅, 王强. 转移性骨肿瘤的放射治疗与临床分析[J]. 中外医疗, 2009, 28(16): 73.
- [6] 侯晓荣, 张福泉, 孙帅, 等. 169 例骨转移放疗后近期止痛效果的临床分析[J]. 中国疼痛医学杂志, 2007, 13(2): 73.
- [7] 乌晓礼, 张保祯, 索志敏. 放射疗法对骨转移癌止痛疗效的观察[J]. 2010, 9(2): 140.
- [8] 殷蔚伯. 肿瘤放射治疗学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007: 1195.

(上接第 148 面)

易导致肛门括约肌松弛, 收缩无力致脱出的内痔回缩困难; 而内痔长期反复脱出, 受肛门或内裤等外界机械摩擦刺激, 常引起组织增生、水肿膨大而使其还纳更加困难, 形成恶性循环, 发展后多成混合痔, 并不断加重最后形成重度痔病, 特别是 III、IV 度环状痔常与大便习惯不良互为因果, 伴发盆底松弛综合症或盆底痉挛综合症。国内学者在肛垫理论的指导下, 对痔的传统手术方法作了大量的改进, 但目前环状痔的治疗中, 仍存在着保留肛垫和根除症状的矛盾^[5]。我们在临床工作中, 对传统外剥内扎手术进行改进, 采用小切口保护肛垫, 切侧切术治疗环状痔, 有效地避免传统外剥内扎手术术后漏液漏气、创面大、创缘水肿及括约肌痉挛等并发症。

该技术式外痔的处理贯彻小切口、肛门整形, 恢复肛门外观的平整度, 同时尽量减少齿线损伤的原则^[6]。采用肛缘外狭长“V”型切口, 潜行剥离皮下曲张静脉团或血栓, 此种切口不但可以达到明显减少肛周、肛管皮肤的破坏、减少术后水肿, 缩短愈合时间及术后瘢痕狭窄, 也可有效减少齿线的损伤, 使术后直肠肛管的生理功能更接近正常。侧方内括约肌切断术, 可使肛管扩张, 降低肛管压力, 缓解内括约肌痉挛。将微创整形及侧方内括约肌切断术原则引入肛肠手术中可达到满意

的临床疗效^[7-9]。内痔处理采用弯钳钳夹内痔最为突起的部分而不是整个突起的基底部, 尽量保留两侧尚未被损害的肛垫。钳夹时根据内痔脱垂的程度可一并钳夹突起内痔上方的正常直肠黏膜 1~2 cm, 使整个钳夹范围呈柱状, 沿柱状上 1/3 处进针, “8”字缝扎, 加强上提力量。

参考文献

- [1] Thomson W H F. The nature of hemorrhoids[J]. Br J Surg, 1975, 62(7): 542.
- [2] 周冷, 钟安朴, 胡勇. 外剥内扎和横切纵缝加侧切术在环状痔中的应用[J]. 结直肠肛门外科, 2009, 15(4): 261.
- [3] 张东铭. 痔的现代概念及其解剖生理学基础[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2000, 6(1): 57.
- [4] 赵权, 庞文斌. 环状混合痔的手术治疗进展[J]. 中国现代医药杂志, 2008, 10(12): 136.
- [5] 高枫. 肛垫的研究进展对痔治疗的影响[J]. 中国现代手术学杂志, 2003, 7(3): 144.
- [6] 陶启冬, 李彪. 分段小切口加外括约肌部分离断一次性治疗环状痔的体会(附 21 例报告)[J]. 结直肠肛门外科, 2008, 14(3): 190.
- [7] 赵宝林, 刘涛, 付向英. 分段结扎加内括约肌松解术治疗环状痔 195 例[J]. 实用中医药杂志, 2009, 11: 757.
- [8] 陈亮, 李国峰, 江海宴. 内扎外剥保留齿线治疗混合痔的临床研究[J]. 中国肛肠病杂志, 2004, 24(3): 24.
- [9] 张英, 刘桂英, 刘红丽. 保留齿线术式治疗混合痔 200 例[J]. 中国肛肠病杂志, 2004, 24(11): 23.