

文章编号:1005-6947(2008)11-1157-02

· 临床报道 ·

痔上黏膜悬吊注扎外剥术治疗混合痔合并 直肠黏膜内脱垂

张波, 冯群法, 张玲

(河南省泌阳县人民医院 普通外科, 河南 泌阳 463700)

摘要:目的 探讨痔上黏膜悬吊注扎外剥术治疗混合痔合并直肠黏膜内脱垂的可行性。方法 将40例混合痔合并直肠黏膜内脱垂分为治疗组,对照组各20例,治疗组采用保留肛垫痔上黏膜悬吊注扎内注外剥术,对照组采用传统内扎外剥术。结果 治疗组在术后疼痛、愈合时间、术后出血、肛门水肿等方面均优于对照组($P < 0.05$),术后随访1~2年均无肛门狭窄及大便失禁等后遗症。结论 痔上黏膜悬吊注扎外剥术能使肛垫及直肠黏膜上移,可减少术后并发症的发生,缩短创口愈合时间,达到治疗目的。

[中国普通外科杂志,2008,17(11):1157-1158]

关键词: 痔/外科学; 直肠黏膜; 直肠脱垂; 手术后并发症/预防与控制

中图分类号: R 657.1

文献标识码: B

混合痔合并直肠黏膜内脱垂的治疗比较棘手,用传统的治疗方法费时、易出血、创口愈合时间长,且肛门狭窄、控便能力下降等并发症时有所见^[1]。近年来比较推崇的吻合器痔上黏膜环切术(PPH),由于其费用高,在基层难以普遍推广。笔者采用痔上黏膜悬吊注扎外剥术治疗混合痔合并直肠黏膜内脱垂20例,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择2005年3月—2006年12月我科收治的Ⅲ°、Ⅳ°混合痔合并直肠黏膜内脱垂患者40例,随机分为治疗组和对照组各20例。40例均符合中华医学会外科分会肛肠外科制定的《痔诊治暂行标准》^[2]。

1.2 分组

1.2.1 治疗组 男13例,女7例;年龄29~67(平均49.2)岁。Ⅲ°痔11例,Ⅳ°痔9例,其中6例伴有肛裂,4例伴有肛乳头肥大。

1.2.2 对照组 男12例,女8例;年龄26~66(平均47.8)岁。Ⅲ°痔13例,Ⅳ°痔7例。其中4例伴有肛裂,5例伴有肛乳头肥大。

患者病史2~30年(平均13.9)年。两组患

者在性别、年龄、病程、临床类型差异无显著性。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组术前1h清洁灌肠1次 采用左侧屈膝卧位,骶管麻醉,常规消毒铺巾,手法扩肛后置入肛窥镜直肠腔内消毒,显露痔核及痔上黏膜,确定痔核数目、具体位置及内脱垂的程度,设定治疗方案^[1]。第一步,行内痔注射:采用1:1的消痔灵注射液均匀的注射于每个母痔区痔核内2~6 mL,使痔核黏膜隆起呈灰白色^[3]。第二步,行痔上黏膜悬吊:在齿状线上2.5~3.0 cm用组织钳夹持痔上黏膜并向外牵拉,再将另一把组织钳夹住齿状线上1.0 cm左右的痔核组织,两钳之间应在同一纵轴线上,再用大弯钳平行夹持痔上黏膜组织和部分内痔组织,用7号线“8”字贯穿结扎,并切除结扎线上方的痔上黏膜和部分内痔组织,留置标志线。各结扎处之间应保留1 cm左右黏膜桥,结扎不应在同一平面,对于融合成团块或半环状较大痔核,可人为的将其分成2~3等份,各自分段结扎并保留残端0.5~0.8 cm。在每个切口上缘与下缘用3-0肠线或1-0吸收线沿直肠黏膜下层行“U”型悬吊缝合。第三步,处理外痔:将注扎悬吊的痔上黏膜和部分痔核残端回复肛内后肛垫自然上移,依据外痔体形选择放射状或“V”形切口,切除部分较明显的皮赘并剥离静脉曲张团,保留齿线,修整皮瓣,力求肛管皮肤平整美观^[4]。

1.3.2 对照组 术前准备同治疗组,采用传统的外剥内扎术(Milligan—Morgan术)^[5]进行操作,在外痔基底部做“V”型切口,沿肛括肌钝锐交替

收稿日期:2007-07-09; 修订日期:2008-09-22。

作者简介:张波,男,河南省泌阳县人民医院主治医师,主要从事肛肠专业方面的研究。

通讯作者:张波 E-mail:A102217@163.com

剥离静脉丛及结缔组织至齿线上 0.5 cm,在痔核根部用 7 号线结扎,切除痔核 2/3 组织保留部分残端并彻底止血。对黏膜和皮桥脱垂过长的做横断部分切除缝合使创面平整,同法切除其它痔核,但不能超过 3 处。在两组中有合并肛乳头肥大,肛裂的一并切除。

1.4 术后处理

两组均于术后控制排便 1~2 d,给予流质或半流质饮食,常规抗菌药消炎止血 1~2 d,内服润肠通便药,外敷本院自制一痔灵软膏,换药至创面愈合。

1.5 统计学处理

运用 SPSS10.0 医学统计软件,计数资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,采用 χ^2 检测。

2 结果

治疗组及对照组 20 例均 1 次治愈。治疗组近期治愈率、复发率、创面愈合时间、肛门水肿肛门狭窄、术后出血、排尿、疼痛情况均优于对照组(均 $P < 0.05 \sim P < 0.01$)(表 1)。

表 1 两组疗效及并发症情况

项目	治疗组	对照组	P 值
近期治愈率	95.0% (19/20)	80.0% (16/20)	<0.01
复发率	0.0% (0/20)	10.0% (2/20)	<0.05
创面愈合时间	18 ± 4.0	24 ± 3.0	<0.01
肛门水肿	5.0% (1/20)	20.0% (4/20)	<0.01
肛门狭窄	0.0% (0/20)	10.0% (2/20)	<0.01
术后出血	0.0% (0/20)	5.0% (1/20)	<0.05
排尿困难	5.0% (1/20)	20.0% (4/20)	<0.05
疼痛轻度	70.0% (14/20)	35.0% (7/20)	<0.01
疼痛中度	30.0% (6/20)	40.0% (8/20)	<0.05
疼痛重度	0.0% (0/20)	25.0% (5/20)	<0.01

3 讨论

对痔的治疗,目前已由过去的以消除痔核为目的,改为消除症状为首要目的,在方法上由过去尽可能地在解剖学上将痔完整切除,改为通过手术或其它方法将脱垂的肛垫复位,并尽可能的保留肛垫的结构,以达到术后不影响或尽可能地少影响精细控便能力的目的^[1,3]。以往治疗混合痔合并直肠黏膜内脱垂术式,无论是传统的外剥内扎术(Milligan—Morgan 术)还是环切术,均存在术后肛门水肿大便出血、排尿困难、术后疼痛剧烈、肛门狭窄、创面愈合时间较长等缺点。与传统术式相比,吻合器痔上黏膜环切术(PPH)具有不损伤肛垫组织,创伤小、恢复快、并发症少等优点,适用于Ⅲ°、Ⅳ°内痔,特别是内痔伴有黏膜内脱

垂。但 PPH 费用高,也存在术后出血、下坠,远期疗效还不确定等问题^[3]。国内学者认为,PPH 对病理性肛垫无任何处理,而传统痔切除术将病理肛垫组织完全切除^[4],因此,探索一种既可彻底消除症状,减少术后并发症,又能恢复肛管的正常结构的手术方式是当前治疗混合痔合并直肠黏膜内脱垂的研究方向。

本文结果显示,痔上黏膜注扎悬吊术较传统手术方法有以下优点:(1)采用齿线上方直肠黏膜借“Y”形沟分割成右前、右后、左中三区,用消痔灵注射来固定肛垫及直肠黏膜组织,阻断了母痔区的血液供应也对脱垂的肛垫复位起到一定的作用。(2)悬吊结扎痔上黏膜,将下垂的直肠黏膜及部分内痔组织残端进行缝扎悬吊,能使肛垫及部分直肠黏膜上移,恢复其正常的解剖位置,同时也阻断了痔曲张的动静脉血管,使其痔核萎缩消失^[4],达到了断流和悬吊的双重效果,有效地减少了术后并发症的发生和复发的可能性。(3)通过对痔上黏膜悬吊注扎术,肛垫上提后外痔明显缩小或消失,对部分较大的外痔采用小切口以最大限度地保持了肛垫组织完整性,也避免了肛门狭窄,感觉异常的发生^[5]。

本术式应注意:(1)使用硬化剂注射时不可过深、过量,每个注射区用量在 2~6 mL,否则易出现局部黏膜组织坏死感染引起大出血或肛门狭窄等严重并发症。(2)术中应视痔核脱垂程度来决定悬吊结扎的高度。悬吊注扎的痔核一般不要超过 3 处,以防止肛门狭窄。(3)切除外痔时,尽量将皮下的曲张静脉团或血栓切除,以免发生肛门水肿或血肿,加重术后肛门疼痛。(4)老年体弱或肛门松弛者应保护好内括约肌以防肛门失禁。本术式有效地保护肛垫和齿状线,对肛门直肠黏膜损伤小,从而保护了肛门功能的完整性,避免和减少了并发症的发生,提高了手术的治愈率。

参考文献:

- [1] 陈志康,陈子华,伍斌,等.自动胶圈套扎法与传统手术切除治疗Ⅲ期内痔肠比较分析[J].中国普通外科杂志,2007,16(4):402-403.
- [2] 杨新庆,王振军.修订痔诊治暂行标准会议纪要[J].中华外科杂志,2003,41(9):698-699.
- [3] 林晖,孙健,杨文宏,等.保留肛垫痔上黏膜结扎外剥术治疗环状混合痔的临床观察[J].中国肛肠杂志,2006,26(11):12-13.
- [4] 熊亚星,李慈春.外剥内扎断桥缝合术治疗重度环状痔[J].中国普通外科杂志,2004,13(7):559-560.
- [5] 汪东文,宋军,许其稳,等.直肠下端黏膜环形切除、肛垫悬吊术与外剥内扎术的疗效比较[J].中国普通外科杂志,2004,13(9):705-716.