



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.12.031
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract4153.shtml

· 临床报道 ·

小切口外剥内扎部分缝合术治疗 III~IV 期环状混合痔 200 例

柳桂玉, 李福鹏, 王教学, 王晓芳, 张林新

(山东省高密市中医院 肛肠外科, 山东 高密 261500)

摘要

目的: 探讨小切口外剥内扎部分缝合术治疗环状混合痔的效果。

方法: 回顾性分析 2005 年—2011 年间采用小切口外剥内扎部分缝合术治疗 III~IV 期环状混合痔 200 例的临床资料。

结果: 200 例患者均治愈, 术后无肛门直肠狭窄, 无肛门失禁、出血、感染及明显皮赘形成等并发症, 随访 1~5 年无复发。

结论: 小切口外剥内扎部分缝合术治疗 III~IV 期环状混合痔, 切除彻底、不易复发、损伤小、愈合快、术后并发症少、不损伤肛门功能。 [中国普通外科杂志, 2014, 23(12):1736-1738]

关键词

痔 / 外科学; 环状混合痔; 小切口外剥内扎部分缝合

中图分类号: R657.1

2005 年—2011 年我院采用小切口外剥内扎部分缝合治疗 III~IV 期环状混合痔 200 例, 与以往外剥内扎术相比, 愈合时间明显缩短, 患者疼痛程

度明显下降, 复发率低, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

环状混合痔 200 例, 男 58 例, 女 142 例, 病程 3~30 年, 年龄 23~60 岁, 合并明显会阴下降患者被排除在外。诊断标准: 环状混合痔形态学改

收稿日期: 2013-11-12; 修订日期: 2014-06-16。

作者简介: 柳桂玉, 山东省高密市中医院主治医师, 主要从事肛肠疾病及治疗方面的研究。

通信作者: 柳桂玉, Email: liuguiyu01@sina.com

参考文献

- [1] 张品一, 张滨, 刘焱, 等. 甲状腺手术中喉返神经变异的临床研究 [J]. 中华普通外科杂志, 2013, 28(6):431-435.
- [2] 王磊, 岳军忠, 何志贤, 等. Zuckerkandl 结节与喉返神经位置关系的临床解剖学研究 [J]. 中华普通外科杂志, 2013, 28(2):100-103.
- [3] 吕斌, 陈波, 李鲁传, 等. 术中喉返神经监测在甲状腺再次手术中的应用 [J]. 中华普通外科杂志, 2012, 27(8):669-670.
- [4] 张平, 贺亮, 董文武, 等. 右侧非返性喉返神经的术前诊断及术中保护 [J]. 中华外科杂志, 2013, 51(9):854-855.
- [5] 曾繁余, 张显岚, 张帆, 等. 甲状腺腺叶切除术中喉返神经的保护 [J]. 中华普通外科杂志, 2012, 27(4):286-288.
- [6] 高明, 贾永胜. 甲状腺外科中喉返神经处理的若干问题 [J]. 中华普通外科杂志, 2012, 27(4):265-266.
- [7] 黄泽楠, 黄群爱, 刘宇, 等. 喉返神经实时监测与常规暴露甲状腺手术中的比较 [J]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2013, 7(2):570-574.
- [8] Ziv Gil, Snehal G Patel, 李平栋, 等. 甲状腺癌手术——Memorial Sloan-Kettering Cancer Center 经验 (一) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 46(9):787-791.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 陈泳, 单伟颖. 甲状腺手术中下位解剖喉返神经术式的临床效果分析 [J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(12):1733-1736. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.12.030
Cite this article as: CHEN Y, SHAN WY. Clinical outcome of technique of low level dissection of recurrent laryngeal nerve during thyroid surgery [J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(12):1733-1736. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.12.030

变为内痔、外痔上下贯通, 环绕肛周, 呈花瓣样, 痔与痔之间无正常皮肤, 内痔为 III~IV 期。

1.2 手术方法

采用腰麻或骶管麻醉, 患者取折刀位 (特殊患者也可用截石位), 牵拉臀部, 充分显露肛门, 扩肛, 痔疮复位, 半弧形肛门拉钩 (直 3.5 cm) 牵开肛门, 探查, 明确内痔、外痔的数目、分布, 计划好切口的大小、数目、部位。

切口: 小 V 形切口, 大小设计如图 1 所示, 等腰三角形近似痔疮截面图, BC 底边为痔疮的宽度, A、D 为高度, E、F 两点为切口部位, 根据痔疮的高度调节, 痔疮较平时, E、F 选三角形两边的中上 1/3, 痔疮较高时 E、F 选在 2 条边的中点, 剥除两侧的静脉丛, E、F 两点接近重合, V 形切口至齿线上方 0.5 cm 钳夹内痔及痔上黏膜, 钳夹的高度视直肠黏膜松弛的程度而定, 于齿线处缝合切口, 固定于肌层, 可缝合 1~2 针, 切口的数目不限, 最多切除 7 个痔疮。整形^[1]: III~IV 期环状混合痔, 肛缘处多有明显皮肤松弛或结缔组织外痔, 影响切口愈合及美观, 切口间的多余皮肤, 首先要剥除其下方的明显的曲张静脉, 然后根据松弛的程度, 行横断、缝合, 或楔形切除缝合, 既要切除多余的组织, 又要尽可能保留组织, 达到快速愈合, 又不能有明显的赘皮。术后 2 h 患者常规口服尼美舒利缓释剂 1~5 d, 2 次/d, 患者控制排便 2 d, 静脉滴注抗生素 3~5 d, 便后硝酸洗药温水坐浴, 7、14 d 指诊。

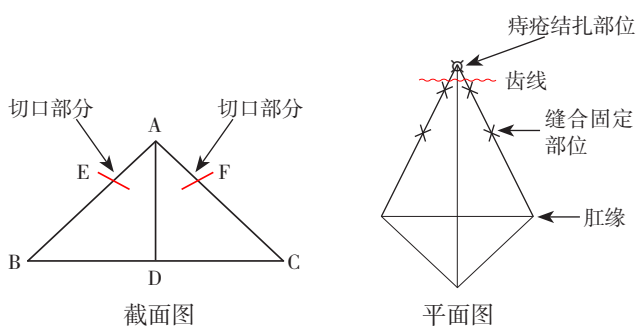


图 1 手术设计示意图

2 结果

2.1 手术及术后情况

手术平均时间 30 min, 术中出血 20~50 mL, 患者术中生命体征平稳, 无大出血及疼痛。200 例

患者中 25 例患者术后轻度水肿, 愈合后肛缘残存皮赘 <0.3 cm, 患者满意, 不需再处理。术后无大出血, 排便时手纸染血, 偶有滴血, 无喷射样出血。

2.2 疼痛程度

患者中 10 例术后 12 h 内应用杜冷丁 1 次, 其余患者常规口服尼美舒利缓释剂, 排便疼痛轻、休息、睡眠基本不受影响。

2.3 愈合情况

患者均痊愈, 愈合时间 13~25 d, 愈合时间 (17.17±2.17) d, 平均 17.17 d。随访 1~5 年, 无复发患者 (表 1)。愈合后无肛门狭窄者。早期 2 例女性患者术后出现控便能力减弱, 提肛锻炼半年后恢复, 考虑为扩肛过度所致。

表 1 200 例患者小切口外剥内扎部分缝合术后愈合情况

愈合时间(d)	n	构成比	累计构成比
13	5	2.50	2.50
14	7	3.50	6.00
15	30	15.00	21.00
16	34	17.00	38.00
17	50	25.00	63.00
18	36	18.00	81.00
19	19	9.50	90.50
20	5	2.50	93.00
21	4	2.00	95.00
22	4	2.00	97.00
23	1	0.50	97.50
24	2	1.00	98.50
25	3	1.50	100.00
合计	200	100.00	

2.4 典型病例

患者 1 男, 52 岁。肛门肿物反复脱出伴便血 3 年, 加重 7 d (图 2)。

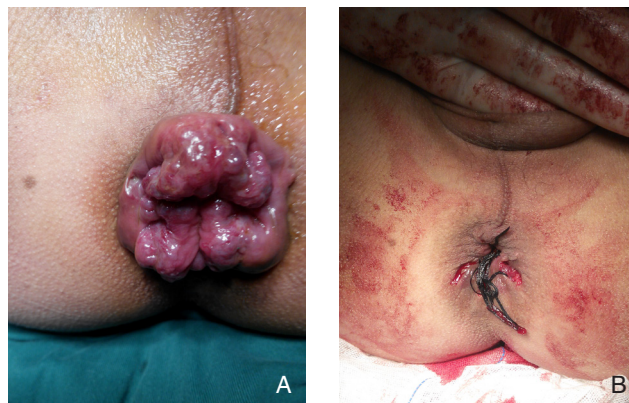


图 2 患者 1 A: 术前; B: 术后, 麻醉肛门松弛状态

患者 2 男, 45 岁。肛门肿物反复脱出伴便血 10 余年, 加重伴疼痛 5 d。(图 3)。



图 3 患者 2 A: 术前; B: 术后, 麻醉肛门松弛状态

3 讨论

目前治疗环状混合痔手术方法有传统的外剥内扎术、环切术、Parks 痔切除术^[2]、PPH 等术式, 均存在创面大、痛苦大、肛门狭窄、黏膜脱垂、切除不彻底易复发、残留外痔等不足。本术式主要参考 Parks 痔切除术

本术式的优点: (1) 手术切除彻底, 复发率低。由于本术式要求切口小, 切除肛门皮肤少, 所以可以尽可能多的切除痔疮而不必担心肛门狭窄。(2) 愈合时间短。由于切口小, 皮肤对合, 愈合时间明显缩短, 平均 17.17 d, 与以往传统术式相比(23 d), 明显缩短。(3) 避免肛门狭窄, 本术式尽可能多的保留了肛门皮肤, 无肛门狭窄者。(4) 疼痛程度明显减轻。本术式切口小, 麻醉过后创面几不可见, 最大程度上保护肛门皮肤, 封闭创面, 避免裸露括约肌引起的痉挛性剧痛。愈合快也减少了疼痛持续的时间。(5) 肛门水肿、皮赘发生率明显减少。本术式尽可能剥离曲张的静脉丛, 采用整形方法, 切除多余的皮肤, 发生肿胀和皮赘的几率明显降低。

本术式注意要点: (1) 要有全局观, 手术前要清楚痔的部位、数量、大小、脱垂的程度。(2) 切

口大小设计根据痔疮的大小、痔疮的数目做相应的调整, 拉钩支撑肛门的情况下创面两侧皮肤要接近, 不要过大的创面, 术后引流是否通畅, 关键和切口的长度相关。(3) 切口要部分缝合 1~2 针, 很关键, 既可以使切口两侧皮肤更好的对合, 又能固定皮肤使其不再脱垂。(4) 剥离皮下曲张静脉丛要彻底, 可以避免术后肛缘水肿及皮赘的形成。(5) 切口间肛缘皮肤整形, 若多处相连皮桥横断, 要避免在同一平面, 可预防瘢痕性狭窄。(6) 手术体位推荐折刀位, 有利于痔疮的复位, 作切口时能更准确。(7) 女性已生育患者扩肛勿过度, 可引起控便能力减弱。

小切口外剥内扎部分缝合加整形治疗 III~IV 期环状混合痔, 最大可能保留正常的肛管组织, 同时使齿状线复位并部分缝合固定, 肛管组织的形态部位保持正常, 从而最大可能的保护了肛门的功能。同时采用整形方法, 使肛门的外形恢复平整, 不仅有利于局部的清洁, 还满足了患者对肛门外形的美观的心理需求^[3]。

参考文献

- [1] 郑勇. 分段齿形结扎加皮桥整形术治疗环状混合痔[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2011, 18(3):327-328.
- [2] Marvin L Corman, 吕厚山. 结肠与直肠外科学[M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006:162-164.
- [3] 聂伟健, 李峨, 智建文, 等. 对环状混合痔手术前后肛门外观评价的调查研究[J]. 中医学报, 2011, 26(2):143-144.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 柳桂玉, 李福鹏, 王教学, 等. 小切口外剥内扎部分缝合术治疗 III~IV 期环状混合痔 200 例[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(12):1736-1738. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.12.031
Cite this article as: LIU GY, LI FP, WANG JX, et al. A small incision for external dissection and internal ligation of hemorrhoids plus anoplasty in treatment of 300 cases of stages III-IV circumferential mixed hemorrhoids[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(12):1736-1738. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.12.031