

文章编号:1005-6947(2007)09-0932-02

· 临床报道 ·

# 多普勒引导下结扎痔动脉治疗内痔疮 31 例

秦澎湃, 李英茹, 卢卫星

(北京市肛肠医院 肛肠外科, 北京 100032)

**摘要:**为探讨准确阻断痔动脉治疗痔疮的方法及效果,笔者采用多普勒仪引导下在齿线上方准确缝扎阻断痔动脉血流,同时固定痔上直肠黏膜的方法治疗内痔患者 31 例。随访 3 个月,27 例症状消失,3 例好转,1 例无效,无需要外科处理的并发症。提示该方法属微创手术,疼痛轻,恢复快,但适应证的选择、操作技巧需进一步探讨,远期效果需进一步观察。

[中国普通外科杂志,2007,16(9):932-933]

**关键词:**痔/外科学;痔动脉结扎;多普勒

**中图分类号:**R 657.18

**文献标识码:**B

1995 年 Morinaga 等<sup>[1]</sup>报道一种治疗痔疮的方法:利用多普勒引导定位,然后缝扎痔动脉治疗痔疮,不切除痔核,可减少痛苦及相应的并发症,在欧洲正逐渐受欢迎。我院 2005 年 4 月—2006 年 2 月使用痔动脉结扎超声多普勒

诊断仪,在直肠内寻找并结扎痔动脉治疗痔疮患者 31 例。创伤小,恢复快,并发症少,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组均为内痔患者,男 19 例,女 12 例;年龄 21~72 岁,病程 1~20 年,平均 4.9 年。其中 10 例住院,21 例门诊手术。初始因为经验少,均安排住院手术,后来则除高龄或体弱患者住院手术外,其余均为门诊手术。

**基金项目:**首都医学发展研究基金项目(2005-3133)。

**收稿日期:**2007-02-10; **修订日期:**2007-07-26。

**作者简介:**秦澎湃,男,江西铅山人,北京市肛肠医院(二龙路医院)副主任医师,主要从事肛肠疾患临床方面的研究。

**通讯作者:**秦澎湃 E-mail:qinpengpai@ellhospital.com

者体会行改良式肠外排列具有操作简单、易掌握及手术时间短的优点。肠排列的指征是:(1)小肠广泛性膜状粘连,或呈膜状粘连合并胼胝状粘连;(2)腹膜炎明显,腹腔内有脓性渗液,并有肠间脓肿。在进行肠排列过程中,要根据患者的体型决定小肠横向排列的长度。本组一般以腋中线为准,测腹腔的横径,排列的小肠横径应较其短 10cm,穿输液管时将相邻小肠提起,在小肠二级边缘血管分布的无血管区穿出,再穿下段;以此类推,一般从左侧开始,右侧结束。所有小肠穿毕,输液管从腋前线肋缘下和髂前上棘上缘穿出,以保证输液管在腹腔内呈弧线形;然后将小肠按顺序从上向下依次回纳腹腔排列整齐;再将二根输液管在体外打结,松紧度以小肠固定良好及无大的成角和张力为宜。

对近期反复多次手术,合并有肠间脓肿的病例,以及有多处肠切除或小肠修补的患者,为预防肠痿的发生及保证肠内营养,在破裂口的近端及远端分别造痿。近端可以减压,远端可以行肠内营养,因为肠痿患者应尽可能早期行完全肠内营养,有利于患者的营养支持及肠功能的恢复<sup>[7-8]</sup>。同时在吻合口附近放置多根引流管。发生肠痿者在其肠痿引流明显减少、腹膜炎症状消失,排除了引流不畅的可能之后即可进行肠内营养治疗,以促进肠道功能恢复及小肠黏膜上皮细胞修复。本组 5 例患者术后肠痿经 22~48d 肠内营养及综合治疗均获痊愈。笔者曾收治 1 例腹部外伤伤员,在外院 1 个月内进行了肠修补、肠梗阻、肠痿手术,转入我院时该患者已发生小肠痿合并腹腔巨大脓肿,经术前精心准备,在第 35 天进行第 4 次手术。术中予

分离粘连,引流脓肿,肠外排列,空肠造痿,盲肠造痿,腹腔引流,早期行全肠外营养,后期行肠内营养。术后 60d 痊愈出院,随访 4 年,患者营养状况良好,恢复劳动能力。

笔者认为,改良肠外排列是操作简单、疗效可靠的方法;通过手术可以将粘连的无规律的杂乱变为有规律的排管状粘连,使肠内容物无障碍地顺利通过,避免肠梗阻的再发。本方法尤其适用于复发性肠梗阻患者,可以减轻其痛苦,减少再次手术的风险。

## 参考文献:

- [1] 周振理,殷铭,李伟,等. 小肠内置管排列术治疗肠梗阻 35 例分析[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(8): 490-491.
- [2] 熊国祥,蒋基令,文振友,等. Forleys 导尿管行肠系膜固定小肠排列术治疗粘连性肠梗阻[J]. 南华大学学报·医学版, 2001, 29(5): 487-498.
- [3] 孟征宇,关克勤. 结核性粘连性肠梗阻 116 例手术报告[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(10): 798-799.
- [4] 陈国卫,刘玉村. 肠梗阻的手术适应证和剖腹探查[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(7): 398-400.
- [5] 王元和,陆灿平. 肠梗阻手术时机的选择[J]. 中国实用外科杂志, 2000, 8(8): 458-459.
- [6] 任建安,黎介寿. 肠衰竭的认识与进展[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(1): 37-38.
- [7] 胡俊波,杨传永,严群,等. 小肠内固定空肠造口术治疗和预防粘连性肠梗阻[J]. 世界华人消化杂志, 2005, 13(3): 426-427.
- [8] 任建安,黎介寿. 肠痿治疗的现状及发展趋势[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(1): 32-33.

按照2004年中华医学会外科学分会肛肠外科学组《痔临床诊治指南(草案)》分类法<sup>[2]</sup>,31例内痔中属Ⅰ度6例,Ⅱ度15例,Ⅲ度8例,Ⅳ度2例。术前询问出血时间,出血量,脱出时间、程度,治疗经过,并行肛门镜检查,血常规、出凝血时间、生化检查,60岁以上者行心电图检查。

## 1.2 方法

1.2.1 器械 手术使用的设备为痔动脉结扎超声多普勒诊断仪(HAL-Doppler II型,AMI公司),频率为8.2 MHz。

1.2.2 术前准备 术前6 h禁食,4 h禁水,术前2 h甘油灌肠剂110 mL灌肠。

1.2.3 麻醉 21例手术在1%利多卡因局部浸润麻醉下施行,10例在骶麻下手术。

1.2.4 手术方法 左侧卧位。常规消毒铺巾。Doppler探头经肛门镜插入直肠,在齿线上方2~3 cm直肠内旋转探头寻找动脉,听到动脉搏动声即可确定,找到动脉后用2-0可吸收缝线“8”字缝合,然后旋转肛门镜寻找下1条动脉。旋转1圈后肛门镜退后0.5 cm重复1遍,保证缝线距离齿线至少0.5 cm。在痔核脱出的痔核部位上方另加1~2针“8”字缝合固定直肠黏膜;有肛外小皮赘者同时剪除。

## 1.3 术后处理

术后按需要给予止痛药,口服止痛药(曲马多或泰勒宁)。口服或静脉注射克林霉素或利福星抗菌3 d。术后记录止痛药物使用情况,副反应(尿潴留、疼痛等不适),并发症(狭窄、肛瘘、不能自制等)。在术后3 d,1个月,3个月进行随访。

## 2 结果

### 2.1 手术发现

在Doppler仪的引导下,每例发现并结扎4~8条动脉。患者均治疗1次。手术时间为30~50 min。

### 2.2 手术并发症

本组无尿潴留、狭窄、肛瘘、失禁病例;1例术后1周大便后手纸有血,局部使用止血药物后1周消失;4例患者术后2~3 d诉肛门每日数次痉挛性疼痛,持续数分钟自行缓解。5例手术当日使用止痛药,其中2例使用3 d,1例持续疼痛用药1周,复查时拆线1针后缓解;1例术后便秘,使用甘油灌肠剂治疗1周缓解。

### 2.3 疗效

31例痔疮术后均消失,1例在1个月后脱出复发,再行外剥内扎术后治愈。3例术前有脱出和出血史者,2~5个月内出现不同程度脱出,但未出血。

## 3 讨论

痔的近代概念是:肛垫病理性肥大即痔。正常肛垫三叶状排列,协助括约肌保证肛门的正常闭合,在便秘和排便用力摒气、肛内压增高、肛垫内压增高、肛垫下移等情况下肥大或下移而成痔。

通过减少痔疮动脉的血流,降低肛垫压力来治疗痔疮的尝试由来已久。开始是利用手指触摸来确定痔动脉,然后缝扎,也有人直接在痔核上方盲缝。

1995年Morinaga等<sup>[3]</sup>开始在多普勒引导下寻找痔动脉,直接缝扎治疗痔疮。其可能作用机制有:(1)结扎动脉血管后,减少进入肛垫的血液,降低肛垫压力;(2)结扎后,局部引起慢性炎症,产生组织纤维化,使黏膜和黏膜下

层粘连固定;(3)结扎对脱垂的肛垫起到直接悬吊、复位作用;(4)可能由于肛垫的张力降低和复位,创造条件促进结缔组织再生,从而促进痔疮的收缩<sup>[4-7]</sup>。

我院在Morinaga技术基础上增加“8字”缝合,希望能增加悬吊程度和固定效果。短期效果较好,长期效果尚需观察。

本组结果显示本法对内痔合并出血的效果良好,对脱出的疗效尚不肯定。笔者认为适应证选择以Ⅰ,Ⅱ度和Ⅲ度内痔较好,其中Ⅲ度内痔如果反复脱出病程长、有明显机化则应慎重,在患者不愿意或不适合其他治疗时,可以作为一种选择,但应进一步观察此类患者的疗效。Ⅳ度一般不适合,但在高龄患者如其他治疗方法不适合时可以考虑,以减轻症状。

该方法对体位无特殊要求,膀胱截石位、折刀位均可,本组采用左侧卧位,操作方便,在年轻女性可以减少羞涩感。

任何能够提供良好止痛及肛门松弛的麻醉均可以选用。国外有使用表面麻醉的,本组多数选用局麻,大多效果很好,但在遇到黏膜下出血需要止血或者其它问题需要更大的视野时,局麻疼痛明显,而采用骶麻则麻醉效果好。

缝扎在齿线上1~3 cm处进行,如遇出血视野不清时注意不要缝在齿线上,以免术后疼痛。

大多数在多普勒引导下可以找到6~8条动脉分支,直接缝扎即可,但个别患者经多普勒探测到的动脉达10条以上,笔者在操作中选取最明显的6~8条结扎,效果很好。

从阻断动脉角度上说,缝针深度应结扎动脉粘黏膜下动脉为度,考虑到对黏膜的固定作用,应将黏膜缝合固定在肌层上,虽在某些患者术后有阵发性痉挛性疼痛,但程度轻,持续时间短。

## 参考文献:

- [1] Hardy A, Chan CL, Cohen CR. The surgical management of haemorrhoids - a review [J]. *Dig Surg*, 2005, 22 (1-2): 26-33.
- [2] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组. 痔临床诊治指南(草案) [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2004, 7(5): 415-416.
- [3] Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter [J]. *Am J Gastroenterol*, 1995, 90 (4): 610-613.
- [4] 李胜龙,尹廷宝,杨俊明,等. 痔上黏膜环切钉合术治疗重度痔 [J]. *中国普通外科杂志*, 2006, 15 (9): 689-692.
- [5] Tagariello C, Dal Monte PP, Sarago M. Doppler-guided transanal haemorrhoidal dearterialisation [J]. *Chir Ital*, 2004, 56 (5): 693-697.
- [6] Bursics A, Morvay K, Kupcsulik P, et al. Comparison of early and 1-year follow-up results of conventional hemorrhoidectomy and hemorrhoidal artery ligation: a randomized study [J]. *Int J Colorectal Dis*, 2004, 19 (2): 176-180.
- [7] Scheyer M, Antoniotti E, Rollinger G, et al. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation [J]. *Am J Surg*, 2006, 191 (1): 89-93.