临床报道

肛垫缝扎固定术治疗痔病 36 例

周峰¹ 张永安¹ 张旗¹ 翟敏¹ 徐慧磊¹ 孙琼¹ 指导:孙建华²

(1 上海市浦东新区中医医院,上海市浦东新区绣川路 340 号,201200; 2 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)

关键词 痔病;肛垫缝扎固定术

近年来,随着人们对痔的本质及痔的发生机制研究的不断深入,痔的治疗理念和方法均发生了很大的变化。痔的治疗目的是解除症状,而非消除痔体,主张在手术中尽可能保留肛门组织。我们基于肛垫下移学说,结合临床实践,提出了肛垫缝扎固定术治疗痔病。2008 年 1 月-2009 年 5 月我们在本院行肛垫缝扎固定术治疗 36 例痔病患者,现将观察结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组资料从 2008 年 1 月-2009 年 5 月,把符合本术式适应症,且自愿接受该方法的住院痔病患者,纳入观察对象。本组病例 36 例,其中男 11 例,女 25 例;年龄最小 21 岁,最大 89 岁,平均年龄 55.0 岁;病程 1~25 年不等,平均病程 8 年;内痔 12 例,其中Ⅱ度内痔 5 例,Ⅲ度内痔 7 例;混合痔 24 例,其中环状混合痔 19 例;有出血症状的 29 例,有脱出症状的 36 例。

1.2 纳入标准 诊断标准^[1]参照 2006 年 7 月中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中华中医药学会肛肠病专业委员会、中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会修订的《痔临床诊治指南(草案)》进行诊断。

1.3 治疗方法

1.3.1 术前准备 完善常规术前检查,如血常规、尿常规、肝肾功能、凝血四项、心电图等检查;术前 6h 禁食禁饮;术前备皮、清洁灌肠;术前 30min 肌注地西洋注射液 10mg 镇静;术前 30min 静滴抗生素预防感染。

1.3.2 体位与麻醉 根据患者年龄体质等情况取截石位或侧卧位,采用腰椎麻醉或局部麻醉。

1.3.3 手术方法 麻醉起效后,用 0.5% 的碘伏常规消毒手术部位皮肤、肛管及直肠下端,铺置无菌巾单。指检并扩肛至两指,清晰显露肛管上方的齿状线、内痔痔核及直肠黏膜,将脱垂痔核还纳肛内,在肛门牵开器

暴露下,用 2-0 号可吸收肠线在齿线上 0.2cm 处于肛垫(内痔痔核)两侧进针,从肛管远端向近端(从下向上)纵行贯穿 8 字缝扎 2 针(每进针必须消毒),深达肛垫下支撑组织(黏膜下层及肌层)。视痔核大小可缝扎 2~3 处,间距为 0.2cm。(缝合 3、7、11 点肛垫组织)。缝合完毕用肛门牵开器检查缝合位置、有无黏膜撕裂及出血。缝扎后视外痔大小做适当剥离切除。创面予凡士林纱条填塞外以纱布塔形固定,手术完毕。

1.3.4 术后处理 术后预防性应用抗生素、止血药 3 天;术后当天卧床休息,6h 后予半流质饮食;术后控制排便 24~48h;术毕次日每日早晚或便后常规换药;换药前配合中医特色熏洗坐浴法治疗;出现并发症及时对症处理。

1.4 临床观察指标

1.4.1 综合疗效评定 疗效判定标准参照 1994 年中国中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》。1)治愈:症状及体征消失,创口愈合。即肛门功能恢复正常,排便通畅,无便血,便后无脱出,肛门下坠感消失。2)好转:症状及体征改善,创口未愈。即肛门外形基本正常,无明显便血、便后痔脱出,肛门下坠感减轻。3)未愈:症状、体征均无变化。

1.4.2 临床症状体征观察 从痔脱垂、便血、疼痛、水肿、肛门坠胀等项目观察术后临床症状体征改善情况。所有治疗病例均随访观察。随访记录术前、出院、出院后 30 天的疗效指标分值。

1.4.3 术后早期并发症临床观察 术后第 1d、2d、3d、7d、12d 等时间节点观察患者疼痛、出血、水肿、排便情况、肛门坠胀、肛门狭窄、肛门失禁等并发症发生情况。

1.4.4 体温、血象情况 观察术后患者体温、血象情况,有无继发感染发生。

2 结果

12 例内痔患者单纯缝扎固定肛垫,肛周没有切口。24 例混合痔患者齿线上缝合固定 3 处肛垫组织,

外痔部分作切口剥离切除。5例单纯混合痔患者外痔做1~2处减压切口,19例环状混合痔患者外痔做3~4处减压切口。

2.1 疗效 本组36例,治愈33例,占91.67%;有效3例,占8.33%。本组病例,经本法治疗后,仅有1例在第7天时有大便带血,其他患者均未发生出血。本组术前有出血症状的29例,经手术治疗后,28例出血症状消失。出血的症状消失率达到96.55%。有脱出症状的31例,经手术治疗后,27例脱出症状消失,4例脱出症状明显改善。脱出症状消失率达到87.1%。36例住院患者平均住院天数8.5天。

2.2 术后早期并发症 12例内痔患者术后仅发生1例中度肛门疼痛。其余均无明显肛门疼痛。24例混合痔患者中1例在术后第2天出现肛门疼痛、发热、外周血象示白细胞升高、肛门指检局部黏膜下有明显压痛,经应用抗菌药物治疗后,在术后第5天症状消失。其余患者均未出现发热及血象异常。36例患者,均在术后第1~3天内排便,均无排便困难等肛门功能障碍,也无小便异常;36例患者术后16例偶有便后手纸染血,均无继发性大出血发生;7例术后肛缘水肿发生,经药膏外敷对症治疗7天后均水肿消退;3例患者术后第3~5天便后偶有肛门坠胀,第7天后肛门坠胀消失。术后随访1~14个月,亦均未出现排便困难,未发生肛门狭窄、肛门失禁及黏膜外翻等并发症,门诊复诊肛门外观平整,肛指检查肛门收缩力正常范围,未触及肛管束带形成。

3 讨论

1975年Thomson^[2]提出肛垫下移理论并逐渐为人们认可。对于痔的外科治疗,认识也趋于一致。近年来,随着人们对痔的本质及痔发生机制研究的不断深入,痔的治疗理念和方法均发生了很大的变化。在手术方法上由过去的尽可能彻底地在解剖学上将痔切除,改为手术中尽可能保留肛垫的结构,以达到术后不影响或尽可能少地影响精细控便能力的目的^[3]。中华医学会外科学会肛肠外科组于2002年9月对痔治疗原则进行了新的界定:“治疗的目的在于减轻、消除主要症状,最大限度的保护肛门生理功能”^[4]。痔的治疗目的是解除症状,而非消除痔体;主张在手术中尽可能保留肛门组织。

基于肛垫下移学说,我们提出肛垫缝扎固定术治疗痔病。侧重于将脱垂肥大之肛垫回复原位,并用可吸收肠线将其支持组织 Parks 韧带和 Treits 肌缝扎固定,从而达到治疗修复的目的,因其对肛垫组织不做切除处理而直接对肛垫组织进行固定,从而使其恢复正

常功能,达到治疗目的,从而最大限度减小因痔切除而带来的痛苦与并发症。

肛垫缝扎固定术的作用机理主要有以下几个方面:1)缝合结扎2~3处肛垫组织后,阻断进入肛垫组织(内痔)内的血液。这样,痔核将会萎缩,同时出血也将消失。2)缝合结扎2~3处肛垫组织后,可能将直肠黏膜直接缝合固定在黏膜下层及肌层,阻止了肛垫的下移,对脱垂的肛垫起固定、复位作用。3)缝合结扎2~3处肛垫组织,局部引起慢性炎症,从而产生组织纤维化,使黏膜和黏膜下层粘连固定,痔萎缩消失。同时由于缝合结扎肛垫组织,对肛门组织没有损伤破坏,完全保存了肛垫组织,故术后早期并发症反应及对术后肛门功能的影响明显减少。

本组资料表明,肛垫缝扎固定术具有手术操作简便、微创,疗效确切,术中术后并发症少的优势,此手术对患者的损伤极小,缩短了治愈时间,与传统结扎疗法相比,其术后并发症明显减少,住院天数短,显示了明显的优势。肛垫缝扎固定术后痔疮的血供减少程度,肛管压力、肛垫压力的变化目前未见报道。是否术后有侧支循环建立,以及对痔病的远期疗效也有待进一步研究。

参考文献

- [1] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会肛肠病专业委员会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-463.
- [2] Thomson WHF. The nature of haemorrhoids. Br J Surg, 1975, 62(5): 542-552.
- [3] 傅传刚. 痔手术治疗的术式演变. 中国实用外科杂志, 2001, 21(11): 686-688.
- [4] 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). 中华胃肠外科杂志, 2004, 7(5): 415-416.

(2009-11-30 收稿)

投稿须知:撰写文章三要素

一篇文章主要从以下三方面衡量。这也是撰写文章的基本要求。

1. 内容: 1)有说服力,即材料典型,具有代表性,比较新颖。2)论点或命题正确。3)用词和数据正确,前后无矛盾。

2. 结构: 1)主题明确,中心突出。2)条理清晰,层次分明。

3. 文理: 1)概念、判断、推理要合乎逻辑。2)语法、修辞、标点运用恰当,即符合语法。