

消痔灵注射结合外剥内扎术治疗混合痔 60 例

★ 黄璇 李建生 (福建中医学院附属第二人民医院 福州 350003)

关键词:混合痔;消痔灵;外剥;内扎

中图分类号:R 657.1⁺8 文献标识码:B

对我院肛肠科 2005 年 5 月~2008 年 5 月住院病人中随机选取手术治疗混合痔 120 例进行观察,发现外剥内扎结合消痔灵注射术治疗混合痔效果满意,现报告如下。

1 临床资料

120 例随机分 2 组,其中治疗组 60 例,男 27 例,女 33 例;年龄 21~72 岁,平均 45.3 岁;病程 1~30 年,平均 7.6 年。治疗组 60 例,男 24 例,女 36 例,年龄 30~69 岁,平均 46.9 岁;病程 0.5~25 年,平均 8.2 年。2 组在性别、年龄、病程等方面无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

同时进行病原菌检查,一旦明确病原菌性质,可再调整治疗措施,以免耽误治疗。而中医在病原菌未明确前,即有良好的控制疾病发展作用,可尽早予以清热解毒中药进行干涉治疗。

(3)在药物应用上,强调抗生素早期、大量应用,并辅以中药整体调节,提高自身免疫力。并且认为治疗本病不能过分依赖抗生素,搞“单打一”。应同时从增加人体抵抗力、处理原发感染灶和应用抗菌药物 3 个方向同时着手,才能收到确切疗效。

(4)手术切开引流时,应注意分开脓腔内纤维间隔,尽可能清除坏死组织。术中脓液可能污染切口,术中要注意保护,避免不必要的感染扩散。在一次性彻底清除脓液和坏死组织的基础上,可依据脓腔的特征用中药纱条开放引流或放置引流管进行闭式引流加脓腔冲洗,使脓腔壁继续坏死脱落的组织碎屑及炎性渗出物及时排出体外,保持引流通畅,促进创面净化和肉芽组织新生,加速脓腔的闭合。

(5)重视中医“未病先防,既病防变”思想在诊

2.1 术前准备 患者完善术前检查,术前清洁灌肠,排空大便。

2.2 手术方法 患者均取侧卧位,常规消毒肛周及肛管,局麻,用肛门镜查看痔核数目、大小、部位。

治疗组:在肛肠直视下于母痔区及其它子痔区按四步注射法于粘膜下层注射 1:1 消痔灵(消痔灵 10 mL+2%利多卡因 5 mL+注射用水 5 mL),刺入后针尖能向左右移动即证明在粘膜下层,如刺入太深,进入粘膜肌层,针尖不易左右移动,应将针尖拔出少许,注射后粘膜明显隆起,呈淡白色,微血管清晰可见,表示注射在粘膜下层,然后,用食指按摩注射部位使药物充分扩散,防止术后形成硬结^[1]。

治急性转移性脓肿中的作用。中医理论认为在疾病的发生、发展及其转归的过程中,正邪的交争结果是其关键所在。因此,中医强调“治未病”:注重调养身体,提高正气抗邪能力,防止病邪侵害;并根据疾病的发生发展规律及其传变途径,做到早期诊断,有效治疗,防止其传变。现代医学也认为健全疾病的预防机制对疾病的发生发展有一定的延缓治疗作用。而对于急性转移性脓肿之类感染性疾病,能够及时做好全身及局部病灶的控制处理,对疾病的治疗及其良好转归尤其重要。

综上所述,对于急性转移性脓肿的治疗,我们认为应该:(1)尽早明确诊断,积极消灭致病菌。(2)及时引流感染灶,防止其进一步传变。(3)重视中医药在治疗本病中的作用。在此方案的指引下,我们在临床中对于本病的治疗,取得了良好的疗效。

参考文献

[1] 吴阶平,裘法祖.黄家泗外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2006:83.

(收稿日期:2009-03-05 责任编辑:秦小珑)

注入总量约 20 ~ 30 mL。内痔较小者作单纯注射,不需结扎;内痔较大者,内痔注射第一、二步后,用弯钳钳夹内痔,用 10 号丝线行痔核根部 8 字贯穿结扎。外痔部分做梭形切口,钝性剥离皮下静脉团,留置足够的皮桥。止血后,太宁栓纳肛,纱布加压包扎。

对照组:单独采用外剥内扎术。

2.3 术后处理 患者术后当日控制大便,予静脉滴注抗炎止血 3 天。次日开始局部坐浴,局部消毒,太宁栓纳肛,纱布覆盖固定,每日 1 次。

2.4 观察指标 (1)2 组患者术后分别于 2、7、14 天观察创口出血、疼痛情况,按 4 级评分法对出血、疼痛程度记分。创口出血:0 分:无;2 分:手纸染血或不出血;4 分:便时滴血量少;6 分:便时滴血、射血,量多。创口疼痛:0 分:无;2 分:不适但不需口服止痛药;4 分:不能忍受需口服止痛药;6 分:不能忍受需肌肉注射止痛药。(2)2 组患者创面愈合时间、治愈率、复发情况。

3 治疗结果

见表 1、2。

表 1 2 组术后出血比较

例

组别	n	术后第 2 天					术后第 7 天					术后第 14 天				
		0 分	2 分	4 分	6 分		0 分	2 分	4 分	6 分		0 分	2 分	4 分	6 分	
治疗组	60	0	34	22	4		0	40	20	0		19	38	13	0	
对照组	60	0	14	34	12		0	24	36	0		9	29	22	0	

注:经秩和检验,术后第 2 天 $P < 0.05$,术后第 7 天 $P < 0.05$,术后第 14 天 $P < 0.05$,差异显著,治疗组术后出血明显少于对照组。

表 2 2 组术后疼痛比较

例

组别	n	术后第 2 天					术后第 7 天					术后第 14 天				
		0 分	2 分	4 分	6 分		0 分	2 分	4 分	6 分		0 分	2 分	4 分	6 分	
治疗组	60	0	32	24	4		0	37	23	0		28	27	5	0	
对照组	60	0	12	42	6		0	21	39	0		12	31	17	0	

注:经秩和检验,术后第 2 天 $P < 0.05$,术后第 7 天 $P < 0.05$,术后第 14 天 $P < 0.05$,差异显著,治疗组术后疼痛明显少于对照组。

治疗组 60 例,痊愈(症状消失,痔核消失)60 例,好转(症状改善,痔核缩小)0 例,复发 0 例,治愈率 100%;对照组相应为 57、3、1 例,95%。2 组患者创面愈合时间、治愈率、复发情况,经 t 检验, $P < 0.05$,均有显著差异。治疗组与对照组比较,术后痊愈时间短,治愈率 100%,无复发。

4 讨论

传统的外剥内扎术是治疗混合痔常规、有效的治疗方法。但外剥内扎法也有其缺点:对于有多个

内痔和多个外痔如环状混合痔,或混合痔内痔大小不等,外痔也大小不等,使用单纯外剥内扎法一次性手术常常因为创口多,疼痛明显,愈合时间久,增加了患者痛苦。

消痔灵由五倍子、明矾等组成。消痔灵注射对内痔有很好的疗效,注射后对痔血管具有收缩作用,使痔核萎缩;直接对痔血管产生栓塞,注射后血管壁内产生无菌性炎症,注射局部产生轻中度纤维化,加速痔核脱落,减少术后出血;注射后痔间质纤维化使痔粘膜层、粘膜下层和肌层粘连,也使松弛的 Parks 韧带产生粘连固定,从而肛垫上提,防止了痔核脱出。

注射、外剥内扎法在临床应用上优点能互相补充,使手术效果更佳。应用外剥内扎法对较大痔核有比较好的疗效,且能对混合痔的内、外痔部分同时进行处理。而注射与外剥内扎法二者结合,小的痔核仅注射即可,大的内痔在注射的基础上,再行以痔核结扎,外痔剥离切除,达到了一次性彻底治疗,又可预防痔核脱落时的大出血,具有术后出血少、疗程短,远期疗效理想的优点,所以是治疗混合痔较好的方法。

注射和结扎术的体会及操作技巧:(1)对需要结扎的内痔核,可单纯注射痔上动脉区或行第一、二步注射即可,痔核内注射对内扎外剥无意义,而且硬化后的痔核可能更不易脱落;(2)伴有直肠粘膜松弛、内脱垂的,手术时可在直肠粘膜上选择 1 ~ 2 个平面、分 4 ~ 6 个点注射(总量约 6 ~ 10 mL),对直肠粘膜内脱垂引起的便秘、肛门坠胀等症状有很好的疗效;(3)我们根据经验总结注药量如下:二期内痔主要表现为 3 个母痔的约 10 ~ 15 mL;三期内痔,无明显外痔,3 个母痔,总量 20 ~ 25 mL;环状混合痔、静脉曲张性混合痔 20 ~ 30 mL;一般情况,最大用量不超过 30 mL。(4)注射药液分布要均匀,不要固定在一个部位注药,注药要深浅合适,否则易引起硬结和坏死;(5)注射药物时,男性病人防止将药液注射到前列腺,女性病人避免将药液注射到阴道中;(6)剥离外痔时,注意保留皮桥至少 0.5 cm;(7)1 次手术最好不要结扎 3 个以上的痔核。

(收稿日期:2008-11-20 责任编辑:周茂福)

欢 迎 投 稿 ! 欢 迎 订 阅 !