

是向上,但同时可有侧方扩散,仅在高度恶性或晚期直肠癌向上的淋巴管被癌栓阻塞时或肿瘤接近肛管、侵及齿状线、肛周皮肤时才会向下扩散,而且扩散范围较少大于 2 cm,其向下扩散的发生率低于 2%^[1]。因此,目前多认为直肠肿瘤远端切除 3 cm 正常肠管已属安全。文献报道表明保肛手术的复发率和 5 年生存率均不比 Miles 差。

2.2 适应证:①癌肿下缘距肛缘 5~7 cm,自肛门直肠环上缘切除直肠后,直肠肛侧切除距肿瘤下缘保证在 2 cm(高、中分化腺癌),或 3 cm(非高中分化腺癌)。②癌肿下缘距肛缘 4 cm 以上黏膜下癌(SM1 癌)或仅侵犯至直肠黏膜肌层高、中分化癌,直肠侧切除距癌肿下缘保证在 1 cm 以上。③肛提肌无癌肿浸润,癌肿周围能充分切净者。④无显著淋巴转移者。

2.3 手术要点:①严格遵守全系膜切除的原则,沿脏、壁层盆底筋膜之间隙锐性分离。保证脏层的完整性。②充分游离近端结肠,保证其有良好的血运,以达到无张力,无污染。③引流管自肛管后外侧引出,以免损伤经阴部管引出的神经血管,以保证远端

直肠肛管的血供和神经支配,并保证盆腔的充分引流。④直肠肛管的游离以保证直肠外翻肛门外为度,以免损伤远端肠管的血运。⑤盆腔腹膜不必关闭,并以大网膜充填覆盖,以免形成较大的疤痕限制肠管的运动造成术后的顽固性便秘。

2.4 优点:①保留了肛提肌部分的直肠(直肠反射性便意和排便动作)和肛管的移行上皮及齿线(肛管急性锐性便意)^[2],因而便保存了良好的排便功能。即使术后放化疗后,功能有所下降,经过锻炼,亦可基本恢复。②解决了盆腔狭窄、肥胖而致腹内吻合困难的问题,能够进行较低位的吻合。③双层吻合使吻合更确切,吻合口瘘的发生率更低。④经济实用有利于基层医院开展。

参 考 文 献

- 1 郁宝铭,沈耀群,李 铭,等.低位直肠癌外科治疗.中华外科杂志,1995,33(3):164-166.
- 2 刘宝善.直肠癌施行保留肛门括约肌手术的理论基础.中国实用外科杂志,1999,19(6):376-377.

(收稿日期:2005-05-25)

铜离子电化学治疗痔病的临床应用

西安市肛肠病医院 710001 贺向东 景慧玲 梁靖华

近年来,人们对痔的认识从本质上有了很大的改变,尤其是从病理生理角度不断的完善痔的本质和概念。这就给我们专业工作者提出了一个新的要求,尽可能地保护肛垫,提倡保守或者微创治疗,是对痔病治疗上的一个新的突破。尽管衬垫学说还不能完整地解释痔病的临床症状,但是该理论对痔病的治疗与预后提供了非常重要的探索思路。铜离子电化学治疗方法从微创角度来讲,无疑是一种痛苦小、并发症少、疗效显著的手段。因此,值得我们专业人员进一步地研究,并推广应用。

铜离子电化学疗法是建立在肛垫学说基础上,能够有效保护肛垫的治疗方法,其操作简单,创伤小(每次治疗仅有两个小针孔),疼痛轻,不仅不会破坏肛垫组织,而且符合现代医学的微创理论。它的主要治疗原理是通过微电流将铜离子导入痔核中,改变痔核局部的酸碱平衡,造成痔核内部 PH 值降低。同时导入组织中的铜离子与痔静脉丛血管内膜和血

管外的结缔组织充分结合,形成络合物,最终血管内部细胞发生变性,微血栓形成。从而促发了以浆细胞及淋巴细胞浸润为主的无菌性炎症,使血管逐渐闭塞,组织机化,最终形成组织纤维化,消除了黏膜下血管出血性病变,痔核萎缩粘连,制止了痔核的脱出。从治疗理论和临床观察来分析,该治疗方法可靠,治愈率高。

我科从 2004 年 6 月至 2005 年 8 月采用铜离子电化学治疗方法治疗内痔 I~III 期,混合痔 I~IV 期患者 260 例(混合痔患者需配合手术治疗),均取得满意的效果,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组患者共 260 例,其中男 152 例,女 108 例;年龄:20~49 岁 52 例,50~80 岁 208 例;内痔 I~III 期 96 例,混合痔 I~II 期 130 例,III~IV 期 34 例;有严重基础病并发症者 252 例(包括 2

周内心脏搭桥术后、心梗、冠心病、高血压、糖尿病、中风等)。

1.2 治疗方法:我们采用北京计然电子科技有限公司生产的 BJGET-5302/MC 型铜离子电化学治疗仪,针型电极铜含量 99.9%,直径为 0.7 mm。患者取截石位,在鞍麻下(肛门更松弛,痔核显露充分)常规消毒铺巾,肛管直肠内用 0.1%的新洁尔灭消毒,钳夹痔核齿线下部分,向下牵拉显露痔核(内痔仍须钳夹痔核下极,向下牵拉显露痔核)。打开治疗仪,进入准备治疗状态,将铜针极呈 45°夹角向上刺入痔核 15 mm,启动手柄按钮,进入治疗状态,3 min 后,机器自动报警,此时,痔核呈暗红色,痔核较前缩小,针孔处呈灰绿色,均属正常情况。直径在 2 cm 以内的痔核,只需一次治疗即可;直径在 2.5 cm 以上的痔核,可选同一痔核的不同部位再做一次治疗,按以上操作方法(更换一个手柄),使较大的痔核有更多的铜离子导入,将会效果更佳。

1.3 结果:根据中华医学会肛肠组制定的全国统一标准,痊愈:痔核出血、脱出的症状消失,痔核消失或全部萎缩;好转:痔核出血、脱出的症状改善,痔核缩小或部分萎缩;未愈:症状和体征无变化。结果见表 1。

表 1 便血及脱出治疗结果(n, %)

症状	n	痊愈	好转	无效	总有效率
便血	247	247(100)	0(0)	0(0)	100
脱出	216	212(98.15)	4(1.85)	0(0)	100

本组患者 260 例,以出血、脱出为主要症状,出血 247 例,术后 4 d,出血症状消失;脱出 216 例,一次性治愈 212 例,占 98.15%;所有治疗的病例均无术后感染、肛门失禁、肛门狭窄、黏膜外翻等并发症,至今无 1 例复发。

2 讨论

痔的治疗方法繁多,目前国内多采用内扎外剥术,在肛管衬垫学说基础上研制的 PPH 治疗,肛肠的多种治疗仪等。治疗方法很多,可以说是各有利弊,但是,没有任何一种方法可以治疗一切痔病,也没有任何方法能称之为唯一最佳的方法。随着医学的发展以及对痔本质的研究,有的治疗方法逐渐被淘汰,新的符合痔本质的治疗方法不断地涌现,但是,不管采用何种方法,减少手术创伤,防止后遗症的发生,提高治愈率,是问题的关键所在。

值得注意的问题:

(1)感染:虽然本组患者没有 1 例感染,但预防

术后感染至关重要,治疗前的肠道准备、术后预防性的抗生素应用必不可少,抗生素应以抗厌氧菌类药物为首选。便后清洁换药,也是不可忽视的环节。为了减轻粪便对创面的摩擦,治疗后润肠通便药物的应该强调的。

(2)肛门水肿:在治疗Ⅲ、Ⅳ期混合痔术后,常有肛门水肿的发生,原因主要是,肛门静脉和淋巴回流受阻,金属离子及化学刺激所致。肛门直肠创伤激惹、肛管引流不畅、术后排便机械性的损伤,可采用肛门局部微波、超短波理疗或坐浴等措施。为防止术后水肿的发生,也可在术毕直肠内放置太宁、普济痔疮栓,或者口服动静脉吻合调节剂,如爱脉朗、消脱脂等。对较顽固的局部水肿,可考虑手术切除。

(3)混合痔脱出部分的治疗:对混合痔脱出部分痔核直径在 2 cm 以内的(痔静脉曲张明显,并非纤维痔脱垂),也可用该方法治疗。经临床观察,未发现感染和坏死的反应,痔静脉曲张形成,痔核纤维化良好。对直径在 2.5 cm 以上较大痔核的脱出部分,采用手术摘除为宜。总之,在Ⅲ、Ⅳ期混合痔的处理上,应用铜离子电化学治疗与手术相结合的方法,可以取得满意的疗效。

(4)痔核萎缩后的悬吊效应:笔者在治疗内痔、混合痔伴有脱出的病例中,仅用铜离子电化学治疗,术后对痔核脱出仍取得了满意的治疗效果,脱出症状消失,痔核萎缩良好。其原因有:①痔核内动静脉血管栓塞完全,导致痔核萎缩,脱出消失。②混合痔的齿状线上部分,治疗后萎缩纤维化,将外痔下垂部分向上牵拉提升,导致脱出症状消失或改善。

(5)纤维外痔的处理:纤维外痔是因外痔长期复发、感染、水肿所遗留的,痔核内为纤维结缔组织,不属于铜离子电化学治疗的范畴,应以手术切除为首选。

综上所述,在痔的治疗方法不断更新的今天,以痛苦小、治疗周期短、治愈率高、微创为主要目的的铜离子电化学治疗,它缩小了痔手术的禁忌证,扩大了痔手术的适应范围,尤其对年老体弱伴有严重并发症的患者,不失为一种理想的治疗方法。但是,因为该方法临床应用时间不长,对于它的远期疗效。仍需要同行研究观察。

参 考 文 献

1 张东铭·痔病·北京:人民卫生出版社,2004.6.
2 张民宝·铜离子电化学治疗仪治疗痔病的临床体会,大肠肛门病外科杂志,2005,11(3):226-227.
3 张东铭·痔与门脉高压·大肠肛门病外科杂志,2004,10(1):75-80.

(收稿日期:2005-07-26 修回日期:2005-10-20)