

· 临床研究 ·

术前扩肛预防嵌顿痔术后肛门狭窄的临床研究

何春花¹, 梁靖华^{2*}

(1. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712046; 2. 西安市中医医院, 陕西 西安 710016)

摘要:目的 验证术前四指扩肛对预防嵌顿痔术后肛门狭窄的疗效, 推广四指扩肛术在肛肠病术前的应用, 降低医源性肛门狭窄的发生率。方法 选取 80 例嵌顿痔患者, 随机分成两组, 实验组采用四指扩肛联合外剥内扎术, 对照组单纯采用外剥内扎术, 对两组患者术后第 15 天肛管狭窄评分、肛管静息压进行比较研究。术后 3 个月后随访, 评价肛门功能。结果 实验组术后肛管狭窄评分(0.5±0.88), 对照组评分(0.95±1.20), $P<0.05$; 实验组术后肛管静息压(6.42±0.88), 对照组(8.50±0.77), $P<0.05$ 。结论 术前四指扩肛干预在预防嵌顿痔术后肛门狭窄中疗效明确。

关键词: 四指扩肛; 嵌顿痔; 肛门狭窄

中图分类号: R574.8

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2017.99.064

本文引用格式: 何春花, 梁靖华. 术前扩肛预防嵌顿痔术后肛门狭窄的临床研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(99): 136-137.

0 引言

近年肛门狭窄发病增长迅速。医源性肛门狭窄占全部直肠肛门狭窄的 44%^[1], 痔瘁术后肛门狭窄多见, 术后肛门狭窄患者排便困难费力, 疼痛剧烈, 难以耐受, 给患者带来极大痛苦。本研究选取 80 例嵌顿痔, 随机分成两组, 两组都行外剥内扎术治疗, 实验组行术前四指扩肛干预, 术前、术后 15 天对两组进行肛管静息压测定和肛管狭窄评分, 行临床对比研究, 现将结果分析报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

于 2016 年 10 月至 2017 年 10 月期间, 选取西安市中医医院肛肠二病区嵌顿痔住院患者 80 例, 嵌顿痔诊断标准参照《痔临床诊治指南(2006 版)》^[2]。患者在年龄、痔瘁脱出程度及营养状况无统计学差异, 随机分成两组。实验组采用术前四指扩肛联合外剥内扎术, 对照组单纯采用外剥内扎术治疗嵌顿痔。

1.2 方法

1.2.1 术前准备

完善血常规、肝肾功能、电解质、输血九项、胸片、心电图、肠镜、B 超等术前检查, 排除手术禁忌症及肛肠其他疾病, 告知患者病情并签署知情同意书。术前禁食 4 小时, 禁饮 2 小时, 术区备皮, 大肠水疗仪清洁肠道。抗生素皮试, 术前 30 分钟给予有效抗生素静脉滴注。

1.2.2 手术方法

实验组: ①术前准备: 硬腰联合麻醉, 截石位, 安尔碘大棉球肛周 5cm 及肛内消毒 3 次, 铺巾。②术前扩肛: 按揉肛周肌肉, 首先双手食指反向交叉深入肛内, 以刚柔并济旋劲之力由 1 点(11 点)向 5 点(7 点)方向并向外牵拉, 缓慢探入双侧中指与食指共同施力, 指力作用于 6 点时, 稍稍加力, 钝性扩断外括约肌皮下部及内括约肌下部表层, 以麻醉状态下肛内轻松容纳四指而无明显裹指感为扩肛成功。③外剥内扎: 将脱出内痔及对应外痔分段处理, 自然分段一般为 4-7 段, 以弯钳钳夹每段部分痔核, 用另一把直钳钳夹外痔外缘, 提起双钳, 将外痔皮肤剪出小角度(15°左右)V 形切口, 提拉直钳, 剥离外痔 1/2 到 2/3 不等, 每个外痔切口及内痔结扎点应保留 0.5cm 的皮桥及黏膜桥^[3], 若皮桥下有明显曲张静脉团, 予以剥离剔除, 可减轻术后创面水肿及复发。用另一把大弯钳钳夹该段的内痔基底及剥离的外痔, 10 号丝线缝扎痔核, 呈蘑菇状剪除三分之二缝扎痔核。同法处理各段痔核, 剥离外痔及钳夹内外痔时尽量保证结扎痔核不在同一高度。④手术收尾: 以亚甲蓝及灭菌注射用水 1:5 比例伞状注射肛周皮下组织以长效止痛。生理盐水冲洗创面后, 油砂纳肛, 辅料包扎, 丁字带固定。对照组: 术前不进行四指

扩肛, 其余部分同实验组。

1.2.3 术后处理

术后禁饮食 6 小时, 6-24 小时半流食, 24 小时后普食, 连续静滴有效抗生素及止血药 2 天(包括手术当天), 根据第三日血常规结果及患者创面出血情况决定是否继续用药。每天换药 1 次, 以安尔碘棉球消毒创面, 初期用消肿膏(院内制剂), 后期用九华膏(院内制剂)外敷创面, 纱布固定。中药洗剂(院内制剂)早晚各坐浴 1 次。

1.3 疗效观察及方法

1.3.1 观察时间

术前 1 天、术后 15 天。术后 3 个月随访, 评定患者肛门狭窄程度。

1.3.2 观察指标

①排便困难及排便时疼痛程度; ②肛门指检情况; ③肛管直肠压力测定: 肛管静息压。

1.3.3 疗效评价标准

①肛门狭窄程度^[4]: 0 分(无): 肛门能顺利通过食指, 排便顺畅, 无疼痛不适感。2 分(轻): 肛门可勉强通过食指, 排便较顺畅, 无明显疼痛。4 分(中): 肛门只能通过食指首节, 排便较困难费力, 感觉肛门疼痛。6 分(重): 肛门只能通过小指, 排便困难费力, 肛门疼痛明显。②肛管直肠压力测定。

1.4 统计方法

临床观察并收集数据, 所有数据均采用软件 SPSS 17.0 进行统计学分析。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表达, 组间比较采用两样本 t 检验。 $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术前两组肛门狭窄评分及肛管直肠压力测定数据无统计学差异($P<0.05$), 术后 15 天实验组肛门狭窄评分明显低于对照组(见表 1), 差异有统计学意义($P<0.05$); 实验组肛管静息压低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 实验组更接近于正常平均值(肛管静息压: 4.0-9.3kPa)。

表 1 肛管狭窄评分($\bar{x} \pm s$)

	实验组		对照组	
	术前	术后	术前	术后
肛管狭窄评分	5.25 ± 1.28	0.5 ± 0.88 *	5.2 ± 1.00	0.95 ± 1.20 *

注: 与对照组比较, * $P<0.05$ 。

表 2 肛管静息压($\bar{x} \pm s$)

	实验组		对照组	
	术前	术后	术前	术后
肛管静息压	14.62 ± 0.90	6.42 ± 0.88 *	14.80 ± 0.73	8.50 ± 0.77 *

注: 与对照组比较, * $P<0.05$ 。

2.2 术后 3 个月随访, 实验组 40 例无肛门狭窄, 对照组有 2 例中度肛门狭窄, 3 例轻度狭窄。实验组在预防肛门狭窄远期疗效明显优于对照组。

3 讨论

嵌顿痔形成是由于肛周静脉及淋巴回流受阻, 同时痔核形成又会刺激肛门括约肌, 使肛门持续痉挛, 进一步加重静脉及淋巴回流障碍, 形成恶性循环。痔核肿大嵌顿并非炎症刺激, 手术是可行的, 也是必要的, 首先必须解除痔核嵌顿及括约肌痉挛。手术难度较大, 肛门狭窄是术后主要并发症, 主要表现排便困难, 大便变细, 肛门长期疼痛明显, 难以耐受, 给患者带来极大痛苦。

肛门狭窄是一种病理性改变, 导致肛门狭窄的原因有炎症刺激、直肠肛门肿瘤、肛门皮肤及黏膜损伤。痔疮术后肛门狭窄的原因^[5]主要是在大面积的破坏了肛管皮肤及直肠黏膜, 没有保留必要的皮桥及黏膜桥, 同时在疼痛刺激下, 内括约肌持续痉挛, 肛管紧缩变小, 致使在创面愈合过程中, 皮肤和黏膜大片瘢痕形成, 肛管在持续紧缩狭窄的状态下受瘢痕限制导致弹性减弱, 甚至完全失去伸缩性。扩肛是预防和治疗手术后肛门狭窄的基本方法^[6], 许晓东^[7]混合痔术前扩肛 192 例, 全部治愈, 无 1 例并发术后肛门狭窄, 随访半年无复发。我们在该研究中实验组采用术前扩肛联合外剥内扎术预防术后肛门狭窄, 有以下几个优势: ①术前扩肛可以及

时松懈痔核嵌顿, 钝性扩断部分内外括约肌, 解除括约肌的持续痉挛, 延伸肛管皮肤, 解除了单纯外剥内扎术后创面愈合过程中的肛管紧缩状态。②术中在处理外痔时切口采用小角度“V”形切口, 保留必要的皮桥及黏膜桥; 内痔结扎时位置高低错落, 避开同一高度, 有效预防术后并发症。在该项临床研究中, 实验组 40 例无一例发生肛门狭窄, 与对照组比较, 疗效显著。

参考文献

- [1] 张有生. 肛肠科医源性疾病 [J]. 中国肛肠病杂志, 2001, 21(5): 33.
- [2] 文小军, 廖毅, 陈胜贤. 持续渐进式扩肛法预防环状混合痔术后肛门狭窄的临床研究 [J]. 右江民族医学院学报, 2016, 38(5): 501-503.
- [3] 栗喜然. 外剥内扎加侧切扩肛术治疗环状混合痔 46 例 [J]. 湖南中医杂志, 2009, 25(4): 73-74.
- [4] 郑少康. 早起应用单指扩肛术预防环状混合痔术后肛门狭窄 103 例报告 [J]. 大肠肛门病外科杂志, 2005, 11(4): 293-294.
- [5] 郑少康. 早起应用单指扩肛术预防环状混合痔术后肛门狭窄 103 例报告 [J]. 大肠肛门病外科杂志, 2005, 11(4): 293-294.
- [6] 郑若, 胡明, 庄福祥, 曾晓玲. 外科治疗医源性肛门狭窄 26 例临床分析 [J]. 中国误诊学杂志, 2008, 5, 24: 6003-6004.
- [7] 许晓东. 扩肛术结合传统手术在痔科的临床应用 [J]. 辽宁中医杂志, 1998, 25(5): 214.

(上接第 134 页)

患病类型不同但均采取相同手术方案治疗, 经治疗后研究组临床疗效更突出、术后副作用控制更好 ($P < 0.05$)。将鼻泪管支架植入术应用于该病症临床治疗中, 有利于患者术后恢复; 从手术操作来讲其需要人工泪管插管进行辅助支撑, 能够改善患者鼻泪道狭窄情况, 对于改善患者临床症状提高临床疗效具有重要作用。单纯性泪道阻塞性疾病患者应用该手术治疗效果更好主要是患者患病过程中其泪囊部位并没有出现任何炎症情况, 应用鼻泪管插管植入即可达到预期临床治疗效果; 但是慢性泪囊炎病症不同, 该病症临床症状更明显, 经临床检查发现患者的泪囊部位存在不同程度炎症反应, 应用该手术能够起到扩张患者鼻腔狭窄情况, 促进其通畅, 但是对于病灶点的细菌及炎症反应不能起到杀菌作用, 导致其临

床效果不如意。

综上所述, 单纯性泪道阻塞性疾病患者应用鼻泪管插管术无论临床疗效还是预后质量均更好, 应用价值突出。

参考文献

- [1] 齐新刚, 杨炜, 蔡新雨, 等. 改良后双泪小管硅胶管环形泪道插管术治疗 65 例泪道阻塞性疾病的疗效 [J]. 求医问药 (学术版), 2012, 10(11): 808-809.
- [2] 吴爱红, 张保松. 泪道激光联合置管术治疗泪道阻塞性疾病的疗效观察 [J]. 国际眼科杂志, 2013, 13(8): 1697-1698.
- [3] 李红霞, 崔巍. 人工鼻泪管支架植入术治疗鼻泪管阻塞性疾病的疗效 [J]. 内蒙古医学杂志, 2016, 48(6): 695-697.

(上接第 135 页)

- [2] 邓玉洁, 陈晓辉, 林学德, 等. 胃高度恶性神经内分泌肿瘤的临床病理特征及预后分析 [J]. 肿瘤防治研究, 2014, 41(10): 1093-1097.
- [3] 罗国德, 曹永宽, 张林, 等. PPH 治疗直肠中低位神经内分泌瘤的临床分析 [J]. 西北国防医学杂志, 2014, 35(05): 472-473.

- [4] 赵伟, 仝玲玲. 胃肠道神经内分泌肿瘤预后的影响因素及干预对策 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(18): 14-17.
- [5] 温静, 卢忠生, 杨竞, 等. 胃肠道神经内分泌瘤内镜下治疗切缘残留的相关因素分析 [J]. 解放军医学院学报, 2014, 35(02): 105-110.