

- induced by α -Naphthylisothiocyanate and carbon tetrachloride[J]. Chin J Integr, 2009, 15(3): 204-209.
- [5] 吴祥瑞, 洪敏, 华永庆, 等. 茵陈蒿汤与肝细胞结合成分保肝作用研究[J]. 中药药理与临床, 2007, 23(5): 11-13.
- [6] 邓国防, 孙丽珍. 甲型肝炎 39 例疗效分析[J]. 实用肝脏病杂志, 2007, 10(5): 323-324.
- [7] 杜宏波, 李勇, 刘铁军, 等. 241 例急性病毒性肝炎患者临床特征及中医疗效观察[J]. 北京中医药, 2011, 30(11): 810-812.
- [8] 谭顺, 谭文婷, 刘明, 等. 176 例甲型肝炎临床特征分析[J]. 第三军医大学学报, 2010, 32(22): 2409-2412.
- (收稿日期: 2012-02-13)
(本文编辑: 秦楠)

中西医结合治疗Ⅲ期环形混合痔临床分析

宋立峰 周春和 申炜 郭兴芳 李志斌 田国辉 赵占强 李建锋

【摘要】 Ⅲ期环形混合痔是肛肠科的多发病和难治病之一。目前临床治疗以手术治疗为主, 多采用痔环切术和环形混合痔外剥内扎术。邯郸市中医院肛肠科采用肛门外括约肌侧切术、环形混合痔内缝扎外放射状“V”形剥离术, 同时用除湿活血汤坐浴治疗Ⅲ期环形混合痔, 通过中西医结合的疗法, 取得了显著的临床疗效。

【关键词】 Ⅲ期环形混合痔; 肛门外括约肌侧切术; 环形混合痔内缝扎外放射状“V”形剥离术; 除湿活血汤

【中图分类号】 R657.1+8 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.05.024

痔是中国医学最早记载的疾病之一,《内经》中提出痔是“筋脉横解”,是经脉气血淤滞而引起。混合痔指的是痔位于齿状线上下,表面同时被直肠黏膜和肛管皮肤所覆盖。环形混合痔是由多发性混合痔逐渐发展到绕肛门一周呈环形而形成,中医称为脱肛痔、花圈痔,这是痔疮发展的最后阶段,国家中医药管理局将其列为肛肠科 16 种难治病之一。Ⅲ期环形混合痔是肛肠科常见病多发病之一,其症状表现为便鲜血(便时出血、便后止血、色鲜红、滴或喷射状)、肛门肿块脱出、不能自行还纳,肛门不洁,瘙痒,流黏液,严重时痔核水肿,脱出嵌顿,疼痛剧烈,便血日久可呈贫血状。近年来国内外学者逐渐阐明了痔的本质:(1)肛内压增高;(2)肛垫的病理学肥大^[1]。

邯郸市中医院肛肠科采用肛门外括约肌侧切术、环形混合痔内缝扎外放射状“V”形剥离术,以及除湿活血汤坐浴治疗Ⅲ期环形混合痔,取得较好临床疗效。

1 治疗方法

1.1 肛门外括约肌侧切术

患者取左侧卧位,肛周备皮,采用局麻或骶麻,麻醉成功后,常规消毒铺巾,于膝胸位 12 点齿线外 0.5 cm 至肛缘做一长约 4 cm 纵行切口,切开皮肤,以弯钳钝性分离皮下组

织,暴露外括约肌皮下部及内括约肌皮下部,左手持弯钳从外括约肌下缘探入,右手伸入肛门做导引,使弯钳至齿线外 0.5 cm 处穿出,助手用两把直钳钳夹挑起的外括约肌皮下部,及部分内括约肌的两端,从两把直钳间切断,以大圆针 7 号线缝扎断端。修整切口边缘皮肤。

1.2 环形混合痔内缝扎外放射状“V”形剥离术

根据环形混合痔的形态和大小,按照痔体自然凹陷,两侧作为选择分段切断线,一般以 4~5 段为宜。在截石位 3、7、11 点母痔区,作为重点,设置切断线。切断线与肛管平行。以直钳提起一段混合痔高突部位,外痔部分别作“V”形放射状切口切除。“V”形切口尖端距肛缘 2.5~3 cm。暴露并保护肛门外括约肌下缘。沿内括约肌表面向上剥离并彻底去除皮下扩张静脉丛。至肛管时应当适当缩小手术切口,以减少肛管上皮损伤,分离至齿线上方约 0.5~1 cm,以弯钳钳夹被剥离的内痔基底部,钳夹不宜过深,以免损伤过多黏膜下组织。在钳下以 7 号或 10 号丝线做“8”字缝扎,留下较长的单根结扎线,以方便手术结束时,观察残段有无出血。及手术后结扎残段的脱落,依次分离余下环状混合痔各段。要根据痔核的排列位置,将痔核下端和结扎的顶端上下错开,不要在同一平面上,这样可以避免瘢痕挛缩引起的肛门狭窄。临近两痔核的结扎线之间要保留 2 mm 的间隔,作为黏膜桥以保存部分肛垫,避免肛门直肠狭窄的发生。结扎出血点,局部给予亚甲蓝 2 ml、1% 利多卡因 5 ml,点状注射。以右手食指、中指探查肛门,可容纳两指或一手指半为宜。下肛门排气管,给予止血纱条填塞伤口。无菌纱布加压包扎,丁字带固定,术毕^[2]。

作者单位:056001 邯郸市中医院肛肠科

作者简介:宋立峰(1975-),本科,副主任中医师。研究方向:中医挂线疗法治疗高位复杂性肛瘘的研究。E-mail: hdsf2008@163.com

1.3 除湿活血汤坐浴法

药物组成:苍术 30 g、黄柏 15 g、赤芍 10 g、丹皮 10 g、大黄 10 g、当归 15 g、野菊花 15 g、芒硝 60 g、地榆 30 g、白蔹 15 g、红花 10 g、川乌 10 g、草乌 10 g。由邯郸市中医院煎药室煎制。每剂煎取 400 ml, 做成 2 袋。每次用 200 ml 药液加 1500 ml 温开水(水温约 35 ~ 40℃), 便后坐浴 15 ~ 30 分钟, 1 ~ 2 次/天, 坐浴后常规换药治疗。

2 讨论

环形混合痔的手术难度在于既要保留足够的肛门皮桥及黏膜桥的同时又不残留痔组织, 又要防止肛门狭窄的出现。目前, 环形混合痔手术方法比较多。外剥内扎术(Milligan-Morgan 手术)是治疗环形混合痔比较经典的术式, 但是术后的疼痛水肿和愈合时间长。直肠末段、肛管和肛缘神经纤维丰富, 手术常可引起术后疼痛, 并增加尿潴留的发生率。环状混合痔外剥内扎术由于结扎了较多的黏膜及肛管皮肤, 容易造成术后肛门狭窄, 术后出血等并发症。痔环切术也比较常用, 但由于损伤过多的肛管皮肤和神经, 容易引起黏膜外翻, 感觉迟钝, 局部疼痛等症。

混合痔手术改进目的是更加符合生理, 减轻或消除症状的同时, 减少患者痛苦, 缩短术后住院时间, 减少术后可能出现的并发症^[3]。邯郸市中医院肛肠科采用肛门内括约肌侧切术加环形混合痔内缝扎外放射状“V”形剥离术, 既保留了必要的肛门皮肤和黏膜, 维护正常的肛门排便反射, 又避免了术后肛管直肠狭窄, 肛缘水肿。复方亚甲蓝长效镇痛剂的使用, 可以解除患者排便时的疼痛恐惧, 保持大便成形, 避免肛管狭窄。

环形混合痔手术中要把握好括约肌切断的尺度, 盲目的松解肛门括约肌会导致肛门括约肌松弛, 影响远期疗效。切断肛门括约肌要适当, 以扩肛时自由通过术中中食二指或一指半为宜, 既能防止肛门狭窄, 又能解除肛门失禁之虑。肛门松弛及年大体弱者要减少切口数及括约肌的松解程度。也可以做多切口松解, 并考虑切口的对称性, 使肛门松解受

力均衡, 尽可能减少肛门偏斜、畸形的发生。

在剥除痔核的过程中应注意对齿状线部的保护。齿状线区是高度特化的感觉神经末组织带, 是排便运动的诱发区。对齿状线区的损伤会影响便意感, 造成术后便秘、溢液、肛门坠胀等不适感。

肛肠病术后坐浴普遍采用 1 : 5000 高锰酸钾溶液, 即可清洁创面、预防感染, 又通过温热作用缓解局部肌肉紧张血管痉挛。但对肛门切口水肿、疼痛、渗血等并发症的防治效果并不理想, 甚至有报道长时间高锰酸钾坐浴会刺激切口, 可加重痔术后切口疼痛、水肿^[4]。

混合痔术后患者采用除湿活血汤坐浴, 清热解毒、化瘀止痛、凉血止血的功效。方中苍术、黄柏燥湿, 芒硝有清热、泻下、消肿止痛之功效, 大黄、野菊花、地榆、白蔹清热解毒, 赤芍、丹皮、当归、红花凉血化瘀消肿, 川乌、草乌理气止痛。诸药合用, 共奏清热解毒、化瘀止痛、凉血止血的功效。适度的水温(35 ~ 40℃)可有效缓解括约肌的痉挛, 减轻局部疼痛。温浴又可热、药协同, 药得热助直达病所。现代药理研究, 方中的草本药物对大肠杆菌、粪球菌等多种细菌有抑制作用。术后坐浴换药是患者恢复过程中的重要环节, 换药原则清洁彻底、分离创面、避免粘连, 及时发现问题及时处理。予消炎生肌纱条外用。嘱患者术后禁食肥甘辛辣刺激食物。

参 考 文 献

- [1] 胡伯虎. 大肠肛门病治疗学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004: 270-272.
- [2] 荣文舟. 肛肠病手术技巧[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2008: 76-77.
- [3] 赵宝明. 正确掌握经典痔切除手术[J]. 中国临床医生, 2005, 33(4): 6-10.
- [4] 宁余音, 姜红, 范威燕, 等. 不同坐浴时间对痔术后切口影响的临床研究[J]. 中华护理杂志, 2006, 41(6): 494-497.

(收稿日期: 2011-12-20)

(本文编辑: 秦楠)

· 信息之窗 ·

本刊对来稿中缩略语的有关要求

在摘要及正文中首次出现缩略语时应注明全称。缩略语应尽量少用, 以免影响阅读的流畅性, 不超过 4 个汉字的名词不使用缩略语。已被公知公认的缩略语可以直接使用, 如 DNA、RNA、HBsAg、PCR 等。尚未被公知公认的缩略语以及原词过长、在文中多次出现者, 若为中文可于文中第一次出现时写出全称, 在圆括号内写出缩略语; 若为外文可于文中第一次出现时写出中文全称, 在圆括号内写出外文全称及其缩略语。例如: 流行性脑脊髓膜炎(流脑), 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(obstructive sleep apnea syndrome, OSAS)。全文缩略语以 5 个以下为宜。