

吻合器痔上黏膜环切术在痔治疗中的合理应用

秦军 姚清深 陈春媚

(广西玉林市红十字会医院普外二区, 玉林市 537000)

【摘要】 目的 总结吻合器痔上黏膜环切术(PPH)在痔治疗中的应用经验,探讨合理应用 PPH 在痔治疗中的安全性和临床应用价值。方法 本组Ⅲ度内痔 20 例,Ⅳ度内痔 4 例,环状混合痔 30 例。均用国产痔疮环状切除吻合器行 PPH,对痔块脱出较严重者联合传统痔切除术。结果 53 例 PPH 吻合一次成功,1 例 PPH 吻合失败改行手工吻合完成手术。单纯 PPH 10 例,PPH 联合传统痔切除术(MM)44 例。手术时间平均 55 min,术中失血量平均 95.6 mL,平均住院 6.9 d。术中出血 34 例(63.0%),术后出血 1 例,尿潴留 42 例(77.8%),肛门疼痛 44 例(81.5%),治疗后均好转。54 例肛门痔块消失,痔症状能有效控制,随访 3~6 个月无严重并发症。结论 PPH 在痔治疗中合理应用安全、可行,能更有效地控制痔的症状;国产 PPH 吻合器性能可靠。

【关键词】 痔;吻合器;痔上黏膜环切术

【中图分类号】 R 657.8 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2009)05-0533-02

痔是最常见的肛肠疾病。痔的病因尚未完全明确,治疗上遵循三个原则:①无症状的痔无需治疗;②有症状的痔重在减轻或消除症状,而非根治;③以保守治疗为主。对于Ⅲ、Ⅳ度内痔和环状混合痔,基于肛垫下移学说的吻合器痔上黏膜环切术(PPH),与传统手术比较具有疼痛轻、手术时间短、病情恢复快等优点,得到部分学者的支持。我院 2007 年 1 月至 2008 年 4 月使用国产重复使用 PPH 吻合器治疗痔 54 例,效果满意,总结分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 54 例患者,男 36 例,女 18 例。年龄 23~61 岁(平均 37.9 岁)。病程 5~19 年(平均 8 年)。临床分期:Ⅲ度内痔 20 例,Ⅳ度内痔 4 例,环状混合痔 30 例。所有患者均未接受过传统手术或局部硬化剂注射治疗。

1.2 手术器械 本组使用的 PPH 手术器械由上海器械集团有限公司手术器械厂生产,包括吻合器、组件、肛管扩张器、肛肠缝扎器、荷包缝合针和带线器。吻合器是应用双排交叉排列的钛钉进行吻合。手术器械可重复使用,组件及辅件一次性使用。

1.3 手术方法 术前进行严格的肠道准备。手术采用腰麻或骶麻,取膀胱截石位,常规用碘伏消毒会阴部皮肤和直肠腔。扩肛至可容三指 1~2 min,置入透明的环形肛管扩张器并于 12 点及 6 点处皮缘缝扎固定各 1 针。取出内芯,置入肛肠缝扎器,于齿状线上方 3~4.5 cm,用 7 号丝线顺时针在黏膜下行荷包缝合 2 圈,第一圈进针从 3 点处开始,每二圈从 9 点处开始。将吻合器已安装了刀垫的抵钉座插入中心杆上的弹性连接夹,张开到最大限度,经肛管扩张器将吻合器导入并使其抵钉座深入荷包缝合线的上端,收紧缝线并打结。用带线器经痔吻合器左右侧孔将缝线拉出并牵引。顺时针旋转吻合器的调节螺杆,向手柄方向牵引双荷包缝线,将痔上黏膜层拖入吻合器头部内。继续收拢吻合器至保险杆自动打开并到达适宜击发位置后击发,保持吻合器处于闭合状态约 30 s 后松开。逆时针旋转吻合器使其退出,检查吻合口是否出血。术后肛

管内填塞凡士林纱布压迫 12 h 以上。术后当天给予静脉补液和抗生素,次日起开始进半流质饮食,静脉滴注抗生素 2~3 d,观察饮食正常及每日大便 1 次或以上,连续 3 d 无肛门出血方准予出院,门诊定期随访。

2 结果

54 例均行 PPH,其中 53 例吻合一次成功,1 例吻合失败改行手工吻合完成手术,原因为将抵钉座的刀垫反向安装(刀垫槽安装方向必需向内)。单纯 PPH 10 例(多为 PPH 开展初期病例),PPH 联合传统痔切除术(MM)44 例。手术时间平均 55 min;54 例均肛门痔块消失;术后平均住院 6.9 d。切除直肠黏膜标本宽度 2.0~3.5 cm。病理检查提示切除组织为(直肠)黏膜及黏膜下层肠壁。本组病例术中吻合口有搏动性出血 34 例(63.0%),均在直视下缝扎止血。术后继发性出血 1 例,行再次手术缝扎止血。术中失血量约 20~150 mL(平均 95.6 mL)。术后发生尿潴留 42 例(77.8%),经导尿或留置尿管后好转;肛门疼痛 44 例(81.5%),予对症治疗好转;间断性大便带血 29 例(53.7%),术后静脉滴注止血药物治疗 2~3 d 后消失。患者术后随访 1~3 个月,无术后复发、肛门失禁、肛周感染、肛周脓肿、吻合口狭窄及排便困难病例。

3 讨论

传统的Ⅲ度、Ⅳ度内痔、环状痔的主要治疗方法是手术,手术方法以外剥内扎术为主,但手术后多见肛门疼痛、肛门水肿、出血、尿潴留等并发症,患者痛苦大,恢复时间长^[1]。PPH 是 Longo 根据肛垫下移学说所创新的手术术式,其原理是通过特制的吻合器在痔的上方环形切除,直肠壁的黏膜和黏膜下层组织原则上不切除;对于痔块较大、严重脱垂的环状痔可同时切除痔的上半部分^[2]。邓达治等^[3]对 PPH 与传统组术后观察显示,PPH 组术后疼痛轻,手术时间及住院时间明显少于传统手术组,应用止痛药物的次数明显减少,肛门狭窄和肛门失禁发生率几乎为零。PPH 组与传统手术组相比有明显的优势,更加符合人体生理,既能减轻或消除术前症状,又能减少术后肛门疼痛,缩短术后住院时间,故可以在门诊手术室开展。但也存在不足,PPH 术其吻合器为一次性使用,故其手术

作者简介:秦军(1971~),男,本科,主治医师,研究方向:肝胆外科、整形外科。

费用较传统组高。本组 54 例为了弥补此种不足,均采用国产吻合器,仅增加约三百余元的一次性吻合器组件的成本,且不必涉及刘玲所说的医疗诚信缺失的问题^[4]。国产吻合器行 PPH 治疗痔的性能可靠、安全。

PPH 最大的优点是在缺少神经的直肠黏膜处操作,不像传统手术在皮肤上操作那么疼痛。PPH 手术用于轻度痔很合适,而用于治疗重度痔,一是容易术中、术后出血,本组术中吻合口有搏动性出血 34 例(63.0%),均在直视下缝扎止血,这样可能妨碍了钉子的自行脱落;二是痔大了用 PPH 手术做不干净,术后肛门痔块回缩不满意,患者对手术疗效不满意率高。所以本组大部分病例(44 例,81.5%)均行 PPH 联合传统痔切除术,术后肛门痔块消失,术后患者满意度较高。为避免以上并发症,在手术操作中应重视荷包缝合的质量以及吻合口的检查,本组后期部分病例加以应用。谭红等^[5]的处理方法,收到良效,即在荷包缝合完毕应将手指伸入直肠内,轻拉缝线,检查是否有遗漏;在吻合完毕,应仔细检查吻合口,若有活动性出血,应缝扎止血。PPH 的合理应用能更有效地控制痔的症状,PPH 和 MM 的联合应用对痔的病因治疗可以达到最大化,对痔的治疗宜采用个体化的治疗方案,曹传军等^[6]认为,从患者的经济及对手术的要求各方面综合考虑,就重度脱垂环状痔、以内痔为主的环状混合痔及单纯脱垂性内痔应选择 PPH 手术,外痔为主的混合痔、术后痔残留或恢复不全及从远期疗效上看则应选择 MM 手术。

对 PPH 仍存在不同的声音。李绍堂等^[7]认为,PPH 理论上存在缺陷,适应证有待探讨,远期疗效不确定,PPH 是一种问世不久、不成熟的技术,不能盲目单纯地使用 PPH 治疗内痔。要严格掌握它的适应证,应根据患者的具体情况使用 PPH,同时根据循证医学的原则,确定个体化的治疗方案(联合手术治疗或改进术式治疗)来提高疗效,降低并发症和防止复发。本组 1 例吻合失败改行手工吻合完成手术,原因是将抵钉

座的刀垫反向安装(刀垫槽安装方向必需向内)。术中吻合口有搏动性出血 34 例(63.0%),均在直视下缝扎止血。术后继发性出血 1 例,行再次手术缝扎止血。术后发生尿潴留 42 例(77.8%),经导尿或留置尿管后好转;肛门疼痛 44 例(81.5%),予对症治疗好转;间断性大便带血 29 例(53.7%),术后静脉滴注止血药物治疗 2~3 d 后消失。PPH 虽有较多的并发症,但经过合理的治疗,未给患者造成严重的损害,PPH 仍是安全可靠的。

总之,尽管 PPH 为Ⅲ、Ⅳ度内痔和环状混合痔的治疗提供了一种简单、安全可靠、痛苦小的手术方法,但其应是对原有痔治疗方法的一种补充,而不是替代。由于其本身的特点,应当加强手术适应证的合理选择和并发症的预防,使其达到应有的治疗效果,才能更有效地控制痔的症状。

参 考 文 献

- [1] 杨 治,陆青松,张光军. 国产肛痔吻合器在 PPH 中的运用[J]. 结直肠肛门外科,2007,13(1):40-41.
- [2] 陈 英. PPH 与 Milligan - Morgan 法治疗混合痔 200 例[J]. 中国普外基础与临床杂志,2008,15(8):613-614.
- [3] 邓达治,王卫星,黄顺荣,等. PPH 术与 Milligan 术治疗重度痔疮疗效比较分析[J]. 中国医学文摘老年医学,2006,15(3):135-136.
- [4] 刘 玲. 从 PPH 手术看医疗诚信缺失[J]. 医院管理论坛,2008,25(6):22-23.
- [5] 谭 红,郑金坚. 吻合器痔上黏膜环切术与外剥内扎术治疗环形混合痔的临床观察[J]. 微创医学,2007,2(2):108-109.
- [6] 曹传军,郝 俊,董功航,等. PPH 与外剥内扎术的对比观察[J]. 实用全科医学,2008,6(2):122-123.
- [7] 李绍堂,曹 波. 对 PPH 治疗内痔的再探讨[J]. 中国现代普通外科进展,2007,10(2):171-172.

(收稿日期:2009-06-01 修回日期:2009-07-31)

腹腔镜下全膀胱切除术治疗局限性浸润性膀胱癌 11 例报告

陈 光 谢广静 吴明贵 沈 思 王 刚

(广西医科大学第四附属医院泌尿外科,柳州市 545005)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜下全膀胱切除的手术方法及临床效果。方法 对 11 例浸润性膀胱癌患者,于腹腔镜下行全膀胱切除术,前列腺切除或子宫次全切除。经腹壁造口取出切除物,行回肠或去带乙状结肠原位新膀胱术。结果 11 例手术成功,腹腔镜手术时间 220~280 min,开放原位新膀胱术时间 230~300 min。手术出血量 200~800 mL,输浓缩红细胞 0~4 个单位。术后 4~5 d 恢复饮食,3 周拔除输尿管支架管,4 周拔除尿管,患者白天可完全控制排尿,4 例夜间有尿失禁。术后病理证实 11 例均为浸润性膀胱癌,肌层有不同程度浸润,膀胱外组织切缘及局部淋巴结未见肿瘤细胞浸润。11 例均未发生手术并发症。结论 腹腔镜下膀胱根治切除术创伤小、出血少、恢复快,是全膀胱切除术的一种很有前景的方法。

【关键词】 膀胱肿瘤;腹腔镜术;全膀胱切除术;下尿路重建

【中图分类号】 R 737.14 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2009)05-0534-03

膀胱全切除术是治疗局限性浸润性膀胱癌的有效治疗方法,随着腹腔镜技术不断完善,泌尿外科医生们在利用腹腔镜进行膀胱全切除及下尿路重建方面进行了积极的探索^[1]。我

院自 2005 年 3 月至 2008 年 10 月对 11 例浸润性膀胱癌行腹腔镜膀胱根治性切除术,取得较好的临床疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者共 11 例。男 10 例,女 1 例。年龄

作者简介:陈光(1964~),男,大专,副主任医师,研究方向:泌尿男科,擅长微创泌尿外科各种手术。