

补破损膀胱,保留尿管1周治愈。本组术后复发1例,再次腹腔镜手术时,发现为直疝三角区补片覆盖面不够,没有超过中线,行腹腔内网片覆盖法痊愈。

参 考 文 献

[1] 蔡小勇,卢榜裕.腹腔镜腹股沟疝修补的历史、现状及展望[J]. 微创医学,2007,2(2):122-124.

[2] 刘晓文.老年腹股沟疝的特点与治疗体会[J].实用医学杂志,2005,21(16):1828-1829.

[3] Gilbert AI, Graham MF, Voigt WJ. A bilayer patch device for inguinal

hernia repair[J]. Hernia, 1999, 3(3):161-166.

[4] Winslow ER, Quasebarth M, Brunt LM. Perioperative outcomes and complications of open vs laparoscopic extraperitoneal inguinal hernia repair in a mature surgical practice[J]. Surg Endosc, 2004, 18(2): 221-227.

[5] Amudha SP, Julie B, Smith WC, et al. A review of chronic pain after inguinal herniorrhaphy[J]. Clinical Journal of Pain, 2003, 19(1): 48-54.

(收稿日期:2008-07-26 修回日期:2008-09-01)

吻合器痔上黏膜环形切除术治疗重度痔病的临床观察

王海鹏 田小林 郭芸

(桂林医学院附属医院普外1科,桂林市 541001)

【摘要】目的 探讨吻合器痔上黏膜环切除术(PPH)治疗重度痔病的相关技术及临床应用价值。方法 对我院60例重度痔病患者采取PPH的治疗方法,选择同期进行Milligan手术的患者50例,对比两组患者术后的各项指标。结果 PPH组的手术时间、痔核脱出、VAS评分、住院天数、肛门失禁、肛门狭窄、术后复发情况和随访满意度明显优于Milligan组,两组之间差异有显著性($P < 0.05$)。结论 PPH手术具有操作简单、手术时间短、疗效明显、患者痛苦小、康复时间短、并发症少等优点,适合临床推广使用。

【关键词】 痔;环形切除术;吻合器

【中图分类号】 R 608;R 615 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-6575(2008)06-0558-03

The clinical observation of PPH treatment severe hemorrhoids

WANG Hai-peng, TIAN Xiao-lin, GUO Yun

(Department of General Surgery, Affiliated Hospital of Gui Lin Medical University, Guilin 541001, China)

【Abstract】 Objective To discuss the methods and clinical value of PPH treatment severe hemorrhoids.

Methods 60 cases of severe hemorrhoids patients were treated by PPH, and compare with 50 Milligan treatment cases in the same period for various indicators after operation. Results PPH group of operation time, hemorrhoid emerge, VAS score, the number of days hospitalized, incontinence, anal stenosis, postoperative follow-up and recurrence of satisfaction are obviously superior than Milligan group, The difference between the two groups was significant ($P < 0.05$). Conclusion PPH is simple, short operation time, efficacy obviously, with less pain, shorter recovery time and fewer complications such advantages, suitable for promoting.

【Key words】 Hemorrhoid; Procedure for prolapse and hemorrhoids; Stapler

痔病的近代观念认为,痔的发生是由于肛垫下移造成的。重度(Ⅲ~Ⅳ度)痔病一直是肛肠外科难治性疾病之一,至今缺乏令人满意的治疗手段,传统上多采用外剥内扎或分段结扎治疗,但操作困难、开放性创面、出血量大、术后肛门部疼痛时间长、创面愈合慢以及肛门失禁、肛管狭窄等并发症发生率较高。吻合器痔上黏膜环切术(procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)作为重度痔外科治疗的新技术已得到国内、外肛肠外科医生的一致肯定。我院采用PPH治疗重度痔病例,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 60例均为我院自2001年6月至2007年6月收治的重度痔病患者,均达到临床诊断暂行标准中Ⅲ~Ⅳ度;其中男性38例,女22例;年龄26~82岁,平均45.7岁;病程3~28年,平均11年;其中Ⅲ期内痔34例,Ⅳ期内痔19例,混合痔7例;均使用过传统的治疗方法,内痔硬化剂注射术41例,传统的外切内扎术19例;临床表现为反复大便出血和便时内痔从肛门脱出。选择同期进行Milligan手术的患者50例,其中男29例,女21例,年龄25~81岁,平均44.8岁;病程2~26年,平均10年;其中Ⅲ期内痔31例,Ⅳ期内痔14例,混合痔5例。两组患者性别、年龄、病程比较经检验差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

作者简介:王海鹏(1973~),男,研究生,主治医师,研究方向:肛肠外科。



1.2 仪器 采用美国强生公司生产的环形吻合器(HCS33)、环形肛管扩张器(CAD33)、肛镜缝合器(PSA33)和带线器(ST33)。

1.3 方法 所有患者均术前1 d服20%甘露醇250 mL,并大量饮水进行清洁灌肠,留置导尿管。采用腰麻或连续硬膜外麻醉,取膀胱截石位或侧卧位。常规消毒、铺巾(女患者同时作阴道消毒)。术后凡士林纱布压迫止血24 h,予以适当补液,术后6 h进流食,缝线一般第3天拆除,观察1~5 d。

1.3.1 PPH组 扩肛至肛门能容纳3指~4指1~2 min,用组织钳夹住左右侧肛缘皮肤,放入肛门扩张器,于肛门3、6、9、12点分别缝线结扎固定扩张器,取出内芯。通过肛管扩张器将肛镜缝合器置入,肛镜缝合器能遮盖直肠壁上270°范围内的脱垂痔核,可见到90°的脱垂黏膜痔核,在齿状线上约4 cm、6 cm处通过缝扎器做两圈黏膜下荷包缝合,女性患者应注意勿将阴道后壁全层缝扎切除。退出缝合器,将张开到最大限度及头端和杆涂抹石蜡油的痔疮吻合器头端伸入到环扎荷包处上端,分别收紧荷包线并打结,用带线器通过痔吻合器侧孔分别将3点荷包结扎线及9点线引出,向外牵拉并收紧吻合器,打开保险并击发吻合器,并保持吻合器关闭状态约20~30 s后放开,再轻轻打开吻合器,并逆时针方向旋转1周后从肛管内取出^[1]。检查吻合口是否有出血,是否对合严密、完整,

如有活动性出血可用可吸收缝线作缝扎止血,检查切除下来的黏膜完整性及宽度。若肛缘外尚有较大的皮赘或痔核残留,则同时予以切除。

1.3.2 Milligan组 充分扩肛后用无创伤钳夹住痔核部位皮肤,向外牵拉,暴露内痔。于外痔两侧部分作“7”字形皮肤切口,用包有纱布的手指剥离外痔静脉丛至齿状线稍上方的内痔部分,充分暴露痔核蒂部和内括约肌下缘。用弯血管钳夹住内痔基底部,在其正中用粗线结扎一道,再贯穿缝合一道,切除缝扎后的内、外痔团。皮肤切口不缝合,以利引流。

1.4 观察指标及疗效评定标准 所有病人术后24、48 h进行疼痛评分,疼痛评分采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)^[2]。观察手术时间、痔核脱出、住院天数、肛门失禁、肛门狭窄和术后复发。

1.5 统计学方法 计数资料用均数±标准差,χ²检验,计量资料用t检验,P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果 PPH组患者均一次吻合成功,全部止血,脱出肛门外的痔核全部回缩,1~2周后痔核全部萎缩,大便粗细正常,有效率为100%。见表1。

表1 术中术后情况比较

组别	手术时间(min)	痔核脱出(n)	VAS		住院天数(d)	肛门失禁(n)	肛门狭窄(n)	术后复发(n)
			24 h	48 h				
PPH组	28±5	1	3.1±0.2	2.3±0.1	4.7±1.4	9	0	0
Milligan组	37±8*	9*	12.2±1.7*	5.8±0.9*	8.8±2.3*	21*	8*	3*

注:PPH组的手术时间、痔核脱出、VAS评分、住院天数、肛门失禁、肛门狭窄和术后复发明显优于Milligan组,差异有统计学意义(*P<0.05)。

2.2 并发症 PPH组术后下腹不适及胀痛4例,吻合口出血12例,术后尿潴留17例。经临床处理后,患者症状基本消失。

2.3 术后随访 两组均随访1~12个月,PPH组96.7%的患者对治疗满意,Milligan组的满意率仅为82.0%。

3 讨论

痔是肛垫病理性肥大、下移和皮下血管丛血流淤滞形成的团块^[3],是一种临床常见多发的肛肠病,其发病率为4.4%~46.3%。其主要表现依次为出血(93.2%)、肛门疼痛(60.2%)、肛门瘙痒(43%)及便秘(41%)等^[4]。Ⅲ~Ⅳ期痔病周围支持的结缔组织被广泛破坏,病理解剖及生理功能已不再具有可逆性,出血多可造成贫血,手术是目前惟一的选择,传统的手术方法主要有外剥内扎法、痔环形切除术等,患者术后疼痛及水肿明显、创面愈合慢、疼痛持续时间长,且容易出现明显的并发症。

1998年意大利学者Longo^[5]提出通过PPH治疗Ⅲ~Ⅳ期痔病的新方法。其机理是保留肛垫的完整性,使用特制的手术器械和吻合器,在内痔的上方、近痔上缘的地方环形切除直肠下端肠壁的黏膜与黏膜下层组织,对直肠远端黏膜进行吻合,使脱垂的肛垫向上悬吊回缩原位,不再脱垂,恢复肛管黏膜与肛门括约肌之间的局部解剖关系,消除痔核脱垂的症

状^[6]。同时由于黏膜下层动脉供给痔的动脉被切断,术后痔血供减少,痔体萎缩^[7],去除痔核出血,起到“断流”的作用,最大限度的保留了肛管的精细控便功能。较传统手术方法更符合人体解剖生理。从本次研究中可以看出,PPH组患者均一次吻合成功,全部止血,脱出肛门外的痔核全部回缩,1~2周后痔核全部萎缩,大便粗细正常,有效率为100%。PPH组的手术时间、痔核脱出、VAS评分、住院天数、肛门失禁、肛门狭窄和术后复发明显优于Milligan组。PPH的临床治疗效果好,但是PPH更适合Ⅱ度以上的重度痔病和合并直肠黏膜脱垂的患者,并不适合有肛门狭窄而影响吻合器伞端置入者、单个痔核脱垂者,对合并瘦、糖尿病者则应分期处置。

综上所述,PPH手术具有操作简单、手术时间短、疗效明显、患者痛苦小、康复时间短、并发症少等优点,适合临床上推广应用。

参考文献

[1] 赵顺,张德枫,赵乐平.吻合器治疗重度痔32例临床观察[J].大肠肛门病外科杂志,2004,10(4):302-303.
[2] 李仲廉主编.临床疼痛治疗学[M].天津:天津科学技术出版社,2000.261-265.
[3] 杨新庆.吻合器痔上黏膜钉合术学术研讨会纪要[J].中华外科杂志,2002,40(10):795.

[4] Habr-Gama A, e Sous AHJ r, Rovelto JM, at al. Stapled hemorrhoidectomy: initial experience of a Latin American group[J]. J Gastrointest Surg, 2003, 7(6): 809 - 813.

[5] Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoids prolapse with a circular suturing device; a new procedure[M]. Proceeding of the sixth world congress of endoscopic surgery. Rome Italy, 1998. 778 - 784.

[6] 张凤权, 王焯章, 顾小黔. 国产直管型吻合器痔上黏膜环切术治疗重度痔 38 例临床总结[J]. 中国医药指南·医药学刊, 2005, 3(3): 33 - 34.

[7] 傅传刚. 痔手术治疗的术式演变[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(11): 687.

(收稿日期: 2008-07-24 修回日期: 2008-09-03)

神经导航辅助显微手术切除颅内微小占位病变

罗 昱 肖绍文 张超元 阮玉山 廖兴胜
(广西医科大学第一附属医院神经外科, 南宁市 530021)

【摘要】 目的 探讨神经导航系统在颅内微小占位病变手术中的应用价值。方法 应用 StealthStation 神经导航系统辅助显微手术切除颅内微小占位病变 23 例, 并对神经导航系统的术中准确性和术后治疗效果进行评价。结果 应用 StealthStation 神经导航系统辅助显微手术切除颅内微小占位病变的过程中寻找病变成功率为 100%, 导航手术的病变总全切率达到 100%。术后患者无明显神经功能障碍。结论 神经外科手术中应 StealthStation 神经导航系统可靠、准确, 提高了颅内微小占位病变的手术全切率, 同时可减少手术的并发症。

【关键词】 神经导航; 颅内微小占位病变; 显微外科
【中图分类号】 R 651.1; R 616.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-6575(2008)06-0560-02

Application of neuronavigation system in the operation of intracranial small lesions Neurosurgery

LUO Yu, XIAO Shao-wen, ZHANG Chao-yuan, YUAN Yu-shan, LIAO Xin-sheng
(Department of Neurosurgery, First Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Guangxi 530021, China)

【Abstract】 Objective To explore the application of the neuronavigation to microsurgery for the intracranial small lesions. **Methods** Twenty-three patients with intracranial small lesions were treated by neuronavigational system-assisted microneurosurgery. **Results** The localization success rate and total removal rate were both 100%. No severe neurological deficits took place in patients. **Conclusion** The StealthStation neuronavigational system is reliable and accurate in neurosurgical operation. Thus, it is helpful to facilitate total resection of intracranial small lesions with less operative complications.

【Key words】 Neuronavigation; Intracranial small lesion

微侵袭是神经外科的发展方向, 对于颅内微小占位病变的准确定位是神经外科医生探索的热门话题。神经导航系统的出现为我们提供了一套精确、安全、方便、有效的定位系统。2006 年 3 月至 2008 年 1 月我院神经外科应用 StealthStation 神经外科导航系统辅助显微手术切除颅内微小占位病变 23 例, 获得较好疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 23 例患者中男性 13 例, 女性 10 例, 年龄 24 ~ 63 岁, 平均(48.1 ± 4.0)岁。其中脑膜瘤 9 例, 转移瘤 4 例, 脑囊虫 3 例, 海绵状血管瘤 3 例, 炎性肉芽肿 2 例, 胶质瘤 1 例, 脑动静脉瘘 1 例; 病灶直径 10 ~ 32 mm, 平均 22.3 mm; 病变位置为顶叶 7 例, 额叶 7 例, 颞叶 6 例, 枕叶 2 例, 岛叶 1 例。

1.2 器械设备 StealthStation 神经导航系统的组成, 包括计算机工作站、UNIX 操作系统、手术导航软件、照相机、探针、参考架等。

1.3 神经导航系统操作过程

1.3.1 术前准备 手术前 1 d 将 6 ~ 10 枚标记物(marker)围绕病变处, 尽量分散贴放在头皮不易移动的部位, 如耳上、岩骨乳突、顶结节等处。然后行计算机体层摄影(CT)或磁共振成像(MRI)连续、无间隙扫描(一般需增强扫描), 其中 CT 扫描 14 例, MRI 扫描 9 例, 扫描层厚 1 ~ 1.2 mm。影像资料通过磁光盘输入导航系统, 进行三维重建; 进行头皮、病变等结构的三维模型重建, 并标定其附近重要的神经结构和血管。在工作站中注册定位标记, 设计手术入路。

1.3.2 开颅前准备 ①设备连接注册: 病人全麻后用 Mayfield 头架固定头部, 将头颅参考架安装在头架上, 确保病人头部与参考架相对位置固定。利用导航探针将患者头皮上的皮肤坐标与术前影像资料上显示的皮肤坐标准确地联系起来,

作者简介: 罗昱(1972 ~), 男, 硕士, 主治医师, 研究方向: 颅内肿瘤的治疗。