

TST 治疗混合痔 300 例临床研究技术报告

贺平 刘宁

(成都肛肠专科医院 四川成都 610015)

[摘要] 目的 探讨 TST(开环式微创痔吻合器)治疗混合痔的临床疗效。方法 对 300 例混合痔患者施行 TST 手术疗效作回顾性分析。结果 300 例全部治愈。随访 3~6 个月,均未见复发和其他后遗症。结论 TST 作为痔治疗的一种新手术,减少了手术创伤,减轻了患者痛苦,缩短了治疗时间,顺应现代微创化要求,值得临床推广。

[关键词] TST;混合痔;临床疗效

从 2009 年 5 月至 2011 年 2 月,我们采用 TST 对 300 例混合痔患者进行了治疗,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 300 例患者中,男 173 例,女 127 例。年龄 27~68 岁,平均 42 岁;病程 2~25 年。主要临床表现为:便时肛门肿物脱出、出血、肛门坠胀、疼痛及排便困难等。

1.2 方法 (1)术前准备、体位和麻醉:术前 1 d 正常饮食,术晨清洁备皮,给予清洁灌肠 2 次。麻醉均采用骶管麻醉(腰骶穴麻醉)。麻醉满意后,转膀胱截石位,同时配合静脉麻醉,以碘伏常规消毒肛周皮肤,铺无菌洞巾,然后碘伏清洁肛管及直肠下段。(2)适度扩肛,暴露观察痔核的分布、数目和大小,根据不同的痔核个数选择合适的肛门镜,如 1 个痔核为的就选择 1 个开孔的肛门镜,2 个的就选择 2 个开孔的肛门镜,3 个及 3 个以上的就选择 3 个开孔的肛门镜。然后无创伤钳钳夹肛缘以暴露肛管,在适度牵拉肛管的同时将肛门镜插入肛门,用手固定肛门镜后拔出内筒,充分显露欲切除的痔上黏膜,后缝合固定肛门镜。(3)荷包缝合或牵引:一般选择 2-0 带针可吸收线,选用单开式和双开式肛门镜时我们一般选择在视窗内黏膜下层缝合引线牵引(即点线牵引);若痔核在 3 个或 3 个以上时我们选择在 3 开孔肛门镜视窗内黏膜下层行分段荷包缝合。在缝合的高度上,一般选择齿线上 3~4 cm,吻合切除后吻合口大概在齿线上 1.5~2.5 cm。(4)分段黏膜切除:仔细检查 TST 一次性吻合器后,旋转吻合器的

尾翼,将吻合器完全旋开,顺着肛门镜的轴线将吻合器头部纳入直肠内,头部伸入缝合线的上端,让吻合器和肛门镜持续在同一轴线上。荷包缝线打结前应尽量牵拉收紧荷包线,使尽可能多的脱垂黏膜进入吻合器切割槽内;助手辅助固定肛门镜,术者将 TST 一次性吻合器与肛门镜持续维持在同一轴线上,持续牵拉缝合线,旋紧吻合器的尾翼,顺着收紧的力慢慢将吻合器送入肛门镜内,吻合器头端刻度 4 与肛门镜边缘保持同一平面。注意收紧时一手手指要适度的牵拉,使脱垂的黏膜尽可能多的进入切割槽。女性患者在收紧时助手要配合阴道指检,防止损伤阴道后壁。到达保险刻度后进行击发。击发时要用力足够干脆,确保切除吻合完全,吻合后可固定吻合器关闭状态 30 s,可起到压迫止血的作用,后将吻合器尾翼反向旋转,取出吻合器。(5)检查并止血:取出吻合器,检查切除的黏膜组织,切除黏膜组织的数目和大小,与开窗口数目是否对应;取出吻合器后要仔细反复检查吻合口,如有搏动性出血或者可疑出血必须行“8”字缝扎。注意取出肛门镜时应将内栓纳入肛门镜,并适当旋转透明肛门镜后方可取出,否则肛门镜不易取出并容易损伤吻合口。(6)对于吻合后出现的“耳朵”问题,可直接用剪刀于“耳朵”中间剪断,如有出血或残留的断端较大,可用钳夹断端,并与其基底部用“7”号丝线结扎。也可在结扎处黏膜下注射 1:1 消痔灵溶液。(7)对于残留外痔,可钳夹其顶端,与外侧做“V”形切口,钝锐结合

剥离皮下曲张静脉团或血栓等,与适当位置做倒“V”形切口,使外痔切口最终成一线性切口。如有明显出血者可给予缝合止血。(8)术毕,肛管内放置太宁栓、止血纱,肛外塔纱加压包扎。(9)术后可适当控制饮食,注意休息,酌情应用抗生素和止血药,每日便后可给予太宁等换药处理。

1.3 疗效标准 痊愈:症状或体征全部消失。好转:症状或体征基本消失。无效:经治疗其症状或体征与术前无明显变化。

1.4 结果

1.4.1 疗效 本组 300 例,为全部痊愈。

1.4.2 并发症 (1)尿潴留:17 例经行口服盐酸特拉唑嗪片或肌注新斯的明针后症状缓解,13 例行导尿术后症状消失。(2)出血:无原发性出血。继发性出血 3 例,并在骶管麻醉下行缝扎止血术。(3)疼痛:术后出现疼痛的患者为 46 例,疼痛时间主要集中于手术当天及第一次排便时,采用 VAS 视觉评分,分值主要集中在 3~5 分。(4)肛门坠胀:因目前缺乏对肛门坠胀的客观评价方法,我们仍然采用 VAS 视觉评分法。术后出现肛门坠胀的患者为 29 例,出现坠胀的时间主要集中在术后第 3~5 d,分值主要集中在 2.5~4.5 分。(5)无肛门狭窄及大便失禁情况出现。经术后随访 3~6 个月,未见复发和其他后遗症。

2 讨论

肛垫下移学说于 1975 年由 Thomson 提出^[1],该学说认为肛垫是由肛管内壁黏膜、血管、纤维支持结构共同构成的正常组织,对维持肛门自制功能有着无法替代的作用,当其发生病理改变或异常移位而出现临床症状时才可称为“痔”或“痔病”。基于肛垫下移学说,Longo 等于 1998 年首次报道采用 PPH 手术治疗痔病的方法,之后迅速在临床上得到广泛应用。自 PPH 问世以来,取得较好疗效的同时,我们也逐渐认识到它的不足。由于 PPH 手术采用的是痔上黏膜环切的方式,在切除脱垂的黏膜的同时也将症状较轻甚至正常的黏膜组织一并切掉,对肛门造成了一些不必要的损伤,可能增加术后肛门疼痛,引起肛门狭窄等并发症。TST 术以中医分段齿形结扎术为理论基础,发挥分段齿形结扎术合

理的保留皮桥、黏膜桥的部分和数量,及结扎区呈齿形分布这一优点,在继承 PPH 手术“悬吊”、“断流”、“减积”的理论依据的基础上,采用只纠正痔病病变部位病理生理结构改变的方式,保留了正常的黏膜组织,保留了正常的黏膜桥,从而减少了术后并发症的发生,有效预防狭窄。同时减少了植入钛钉的数量,可降低肛门的不适感,维系了肛门的精细功能,较 PPH 手术更符合当代痔病手术微创化的理念。

TST 手术“耳朵”问题的讨论:TST 手术的“耳朵”,即邻近吻合口出现的搭桥。若出现搭桥,可在中间将其直接剪开,并将突出明显的“耳朵”剪掉,如有出血则结扎或缝合止血。其实我们不必一味去追求避免它的出现,因为“耳朵”的出现正说明痔上黏膜较松弛而我们尽可能多的切除了脱垂的黏膜组织,提高了临床疗效。

参 考 文 献

[1] Thomson WH. The nature of hemorrhoids[J]. BrjSurg, 1975,62:542-552.

[收稿日期:2011-03-06]