

综合治疗嵌顿痔 100 例疗效观察

刘 谋 贵*

嵌顿痔是肛肠科急诊中的常见病。临床以突发性痔核脱出不能还纳,肛管下移外翻合并肛缘呈环状肿胀突起,血栓或血肿形成,局部剧痛为其主要特点。1983 年 5 月~2008 年 5 月我院采用侧位皮下内括约肌切断法(括约肌松解)、外剥内注结扎法综合治疗本病 100 例,报告如下。

1 临床资料

本组 100 例中,男 84 例,女 16 例;年龄 24~68 岁;病程 2~14 天;疗程 7~17 天,平均 12 天。

2 手术方法

2.1 术前准备

患者取侧卧位或截石位,常规消毒,局部麻醉或腰俞穴麻醉。

2.2 侧位皮下内括约肌切断

用左手食指插入肛内作引导,根据肛管紧缩的程度,以眼科白内障刀,在肛门左右取一侧或两侧,距肛缘 1~2cm 处刺入皮下,进至齿线处黏膜下层,由内向外将内括约肌潜行切断,常规扩肛,解除痉挛。

2.3 外剥内注结扎法

在痔动脉区各注入 1:1 浓度的消痔灵注射液 1~3ml,促使动脉硬化萎缩,防止术后大出血;然后分别将内痔注射至弥漫肿胀为度。再在痔核突出部分的皮肤上作“V”形切口,钝性剥离皮下痔静脉丛至齿线稍上方约 0.2cm 处,用弯止血钳夹住内痔基底部,在止血钳下用 7 号丝线圆针贯穿作“8”字形结扎,剪除残端。术中注意适当保留肛管皮桥及黏膜桥,两切口之间皮桥如有肿胀静脉丛或血栓者,从切口处予以潜行游离剝除。

2.4 术后处理

术后适当服用中药止痛如神汤或仙方活命饮加减以

清热解毒、活血消肿,防止创口感染。术后当天不宜排便。以后每日便后用 1:5000 高锰酸钾溶液坐浴,一般不作换药。伤口如有发炎、肿胀者,用黄连膏或九华膏换药。

3 治疗结果

本组患者手术后肛门坠、胀、肿、痛等大为减轻,全身症状迅速消除,约有 10% 患者术后有排尿不畅现象,无需处理,1~2 天可自行恢复正常;有 15% 患者伤口轻度疼痛,服少量去痛片即可缓解。无一例手术感染及大出血,全部获愈。

4 讨论

目前许多学者认为,痔嵌顿主要是由于多种原因所致内痔和混合痔脱出肛外不能还纳,刺激肛门而引起括约肌痉挛,导致痔静脉及淋巴回流障碍,引起组织充血和血栓、水肿形成。在治疗时单一治法效果每每不佳,故在采用外剥内注结扎治疗的同时配合侧位皮下内括约肌切断松解,达到解除痉挛的目的,促进静脉、淋巴回流改善,水肿、疼痛消除。其疗效优于单纯的外剥内注结扎疗法。

从治疗效果来看,急诊手术,要比待水肿消退、炎症控制后再行手术效果更为理想,这是因为嵌顿时手术,肿胀、扩大曲张的痔静脉丛及血栓得到彻底剥离清除,被血栓及极度扭曲扩张的静脉丛分开的肛门皮肤与皮下组织得到吻合,下移脱出的肛管及痔核组织得到复位,紧张痉挛的肛门括约肌得到缓解,从而改善了肛门局部的血液、淋巴循环,故肛门部的坠、胀、肿、痛随之迅速消除。因而急诊手术反应轻,痛苦小,疗程短,愈合快,远期疗效满意。

* 四川省什邡市中医医院(618400)

补中益气汤化裁治疗虚秘 250 例临床观察

纪贤凯* 毛祖冠* 李生熙*

我们长期用补中益气汤为主治疗虚秘,取得良好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 250 例患者中,男 146 例,女 104 例,年龄 30 岁以下 20 例,30~60 岁 71 例,60 岁以上 159 例。病程 0.5~2 年 63 例,超过 2 年 187 例,所有的病例均已排除肠道占位引起的梗阻,同时也排除全身性疾病引起的便秘(如糖尿病、尿毒症、低钾血症等)。

1.2 辨证分型

气虚秘 98 例,阳虚秘 79 例,血虚秘 44 例,阴虚秘 29 例。有的患者有兼气血亏虚,气阴两虚,脾胃两虚等。气

虚为主型:大便并不干硬,虽有便意但排便困难,用力努挣则汗出短气,便后乏力,面色神疲,肢体懒言,舌淡苔白,脉弱。阳虚为主型:大便干或不干,排出困难,小便清长,面色㿔白,四肢不温,腹中冷痛,或腰膝酸冷,舌质淡苔薄白,脉沉迟。临床主要以上述两型为主,约为 70% 左右。血虚为主型:大便干结,面色无华,头晕目眩,心悸气短,健忘,口唇色淡,舌淡苔白,脉细。阳虚为主型:大便干结,如羊屎状,形体消瘦,头晕耳鸣,两颧红赤,心烦少眠,潮热盗汗,腰膝酸软,舌红少苔,脉细数。

2 治疗方法

气虚型治疗采用补中益气汤加减,方药组成:党参 15g,生黄芪 30g,生白术 30g,茯苓 12g,炙甘草 6g,当归