

· 临床研究 ·

70 岁以上老年人痔的手术治疗分析

王 猛

(重庆市南川区监狱医院 408403)

摘要:目的 探讨 70 岁以上老年人Ⅲ、Ⅳ期内痔、混合痔的手术治疗效果。方法 回顾性分析 2005 年 1 月至 2010 年 12 月手术治疗的 70 岁以上患者的临床资料。结果 住院时间 12~18 d, 平均 15.4 d。150 例中术后 18 例出血, 21 例肛缘水肿, 47 例排尿困难, 25 例疼痛明显, 经处理好转。术后随访 6 个月至 3 年, 有 4 例少许出血, 2 例痔体脱出, 经保守治疗出血停止、痔体不再脱出, 无大便失禁、肛门狭窄等并发症。结论 Ⅲ、Ⅳ期内痔、混合痔应尽早手术治疗, 合理的围术期处理和麻醉、手术方式的选择是取得良好治疗效果的关键。

关键词:痔; 围术期; 并发症; 老年人

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.28.017

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2012)28-2945-02

Patients older than 70 years of operation treatment of hemorrhoid

Wang Meng

(Nanchuang Prison Hospital, Chongqing 408403, China)

Abstract: Objective To investigate the treatment effects of III, IV hemorrhoids and mixed hemorrhoids operation on the elderly older than 70. **Methods** Retrospective analyse surgical treatment in patients over 70 years old from January 2005 to December 2010. **Results** Hospitalization time was 12 to 18 days, 15.4 days on average. Of all the 150 cases, 18 cases of bleeding, 21 cases of Anal margin of edema, 47 cases of dysuria, 25 cases obviously pain after operation. And all got improved after treatment. After a postoperative follow-up time range from 6 months to 3 years, 4 cases with a little bleeding, 2 cases with hemorrhoidal body prolapse. After conservative treatment, the bleeding stopped, hemorrhoidal body would not emerge, no fecal incontinence and no anal stenosis. **Conclusion** The III, IV hemorrhoids, mixed hemorrhoids operation should be done as early as possible treatment. Reasonable perioperative management and anesthesia, and choice of surgical approach are the key to achieve good therapeutic effect.

Key words: hemorrhoids; intraoperative period; complication; aged

内痔、混合痔是老年人的常见疾病。当痔出现出血、脱垂、嵌顿水肿时, 出血量大, 症状重, 对全身影响大, 通过保守治疗无效时应尽快手术。因老年人重要器官功能均有不同程度减退, 代偿能力降低, 常合并慢性疾病, 对手术耐受较差, 手术风险较大, 术中、术后易发生多种并发症, 因此, 要特别注意围术期的处理和麻醉、手术方式的选择。2005 年 1 月至 2010 年 12 月作者手术治疗了 150 例 70 岁以上老年人Ⅲ、Ⅳ期内痔、混合痔患者, 取得较好效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 150 例患者均为男性, 年龄 70~82 岁, 平均 77.6 岁。入院至手术时间平均 7.8 d。所有患者均符合中华外科学会肛肠组制定的《痔诊断标准》, 表现为: 便秘痔核脱出, 便后自行还纳、用手还纳或不能还纳, 或伴有便血、疼痛等。Ⅲ期内痔 98 例, Ⅳ期 52 例, 其中混合痔 108 例, 反复出血 76 例, 大量出血 21 例(每次出血 100~150 mL), 并发感染、水肿、明显疼痛 58 例。

1.2 合并症 术前有合并症者 135 例, 其中高血压 52 例, 冠心病 29 例, 心律失常 12 例, 糖尿病 20 例, 慢性支气管炎 52 例, 便秘 25 例, 前列腺肥大、排尿困难 41 例。合并 2 种或 2 种以疾病者 49 例。

1.3 治疗方法 (1) 术前处理: 术前常规应用抗生素 3~5 d, 中药热水熏蒸, 坐浴, 痔体擦痔疮膏, 减轻痔体充血、水肿, 出血者使用止血剂。术前应注意疤痕体质, 以防术后疤痕收缩造成吻合口狭窄。(2) 麻醉方法: 肛周局部浸润麻醉 82 例, 骶管麻醉 45 例, 硬膜外复合麻醉 23 例。局麻时术者左食指伸入肛门直肠内引导, 先于肛门前缘 2 cm 处注射 0.125%~0.250%

利多卡因呈皮丘, 平行肛管纵轴方向进针 3~4 cm 注入麻药 10 mL, 然后边退针边注药 2~3 mL, 退到皮下分别斜向肛管的左右方向 45°各注药 5 mL, 再于肛门后缘同法注射同剂量麻药, 注射时应回抽无血。

1.4 手术方式 痔上黏膜环切术(PPH) 103 例麻醉后常规消毒手术区及直肠内, 扩肛, 用手指扩肛至 3~4 指, 动作要轻柔, 以免损伤括约肌, 增加术后疼痛、大便失禁。放入肛管扩张器, 暴露肛管和直肠下端, 荷包缝合, 吻合口止血, 搏动性出血者用缝扎止血, 渗血者可以用纱条压迫止血, 肛内放置引流条并固定防止滑入。嵌顿混合痔 28 例行外切内扎术。麻醉、扩肛同前, 钳夹痔核, 将痔核底皮肤 V 型剪开, 剥离皮肤至齿状线, 括约肌下端缝扎内痔部分, 剪除结扎的痔核, 开放痔核和皮肤创面, 其余处理同前。Ⅲ、Ⅳ期内痔急性大出血 19 例, 保守治疗无效急诊行内痔结扎切除术, 采用安全的局部麻醉, 术中有 3 例输血。术后处理: 术前 30 min 加用 1 次抗菌药物, 术后继续静脉滴注抗菌药物 4~7 d, 止血剂 2 d, 服用止痛药, 必要时注射止痛剂, 中药坐浴后换药, 保持大便通畅, 减少长时间站立或坐位, 适当下床活动。

2 结果

住院时间 12~18 d, 平均 15.4 d。150 例中术后 18 例出血、21 例肛缘水肿、47 例排尿困难, 25 例疼痛明显, 经处理好转。术后随访 6 个月至 3 年, 有 4 例少许出血, 2 例痔体脱出, 经保守治疗出血停止、痔体不再脱出, 无大便失禁、肛门狭窄等并发症。

3 讨论

对 70 岁以上的老年人, 保守治疗无效的Ⅲ、Ⅳ期内痔及混

合痔,反复出血、脱出痔体较大明显影响生活的,应及时手术。但老年人并发症多,对手术耐受性差,术后容易发生严重并发症。因此,必须加强围术期的处理,确保手术安全及术后顺利恢复。

3.1 术前准备 掌握患者的全身情况,特别是重要器官的功能状态,检查三大常规、肝功、肾功、凝血功能、水、电解质、酸碱平衡、血糖、胸片、心电图等。高血压患者控制血压至 160/90 mm Hg 以下,糖尿病控制空腹血糖小于或等于 8.0 mmol/L。肝、肾功能不全、肺部感染、前列腺增生、排尿困难者术前药物控制。6 个月内曾发生心肌梗死和脑血管意外、重要脏器功能衰竭者为禁忌证。

3.2 麻醉和手术选择 麻醉采用肛周局部浸润麻醉、骶管麻醉、腰硬联合麻醉。骶管麻醉、腰硬联合麻醉,效果确切,肛门括约肌放松完全,尤其是腰硬联合麻醉。但操作较复杂,对全身有影响,术中可能出现低血压,术后麻醉恢复时间较长,尿潴留发生率高。局部麻醉操作简单,时间短,术后恢复较快,较少发生尿潴留。肛门周围分布的神经有骶神经的肛周分支,痔下神经、阴部内神经后支、臀下神经的浅表分支、肛尾神经^[1],手术中需要对以上神经进行阻滞。但术中常有麻醉不全,患者仍有疼痛,肛门括约肌松弛不全,对手术操作有一定影响,特别是 PPH 有一定限制,但单纯内痔结扎、混合痔外切内扎可以顺利完成。

3.3 手术方式选择 安全、微创、低复发率、减少并发症是当代肛肠科医生手术治疗追求的目标。以肛垫下移理论为基础的 PPH 微创术,手术简单,操作时间短,术中出血少,住院时间短,术后痛苦少,肛门疼痛轻,持续时间短,具有复位、固定、断流、减积,纠正痔脱垂疗效确切。但痔上黏膜环切吻合后产生并发症如吻合口狭窄、急便感、吻合口出血^[2-3],及远期 10.9% 的术后复发率^[4]。在 PPH 术式基础上改进的开环式微创肛肠吻合器痔切除术(TST)选择性地痔核上方的黏膜切除吻合术,保留正常黏膜,将 PPH 的环切改为更准确的间断切除吻合术,保证疗效(痊愈 94%)术后尿潴留、急便感、肛门坠胀低于 PPH,不存在肛门狭窄可能^[5]。外剥内扎术(milligan-morgan 术)为混合痔切除术之一,优点是操作简单、伤口开放,有利于引流,并发症少^[6],外痔剥离彻底,剥除血栓,切口之间保留足够皮肤。内痔出血量大、保守治疗无效者,选择单纯内痔结扎,尽快止血,但内痔结扎要可靠,必要时分次缝扎,不能大块结扎。

3.4 术后并发症预防 每种术式都可能术后出血,严重者将危及患者生命。压迫止血是常用的止血方法。可以用纱布卷或者 Foley 导尿管压迫。纱布卷压迫止血因剧烈疼痛患者不愿接受。采用 Foley 导尿管充气^[7]或生理盐水^[8]压迫止血因放入时刺激小、患者接受性好、止血效果确切。大便时出血可经肠镜下喷洒 1:2 000 肾上腺素止血。肛门神经丰富,感觉灵敏,由于感染、手术创伤引起的炎性反应和括约肌痉挛,术后常有持续而剧烈疼痛,其中外切内扎术后疼痛更明显,有的患者坐卧不宁,不能入睡,恐惧排大便,由此还可引起血压升高、焦虑甚至出现精神症状。肛肠术后疼痛可分为创面疼痛、排便疼痛、并发症疼痛和瘢痕疼痛^[9],前三类为术后疼痛主要原因,单一止痛措施不能完全解决术后疼痛问题。在围术期采用多模式镇痛配合^[10-11]可增强镇痛效果。在术前进行超前镇痛和干涉多层痛觉感知、传导的多途径均衡镇痛,达到不同作用机制药物、镇痛方法的镇痛作用叠加、协同,如非甾体类镇痛药、局麻药、阿片类药物、 α_2 受体拮抗剂、N-甲基-天冬氨酸受体

拮抗剂等,分别作用于痛觉感受器、阻滞痛觉传导、直接作用于中枢神经系统等层面,加快起效时间,增强镇痛效果,延长镇痛时间,减少药物剂量,降低不良反应。在术前使用帕瑞昔布超前镇痛、术后肛门周围注射亚甲蓝混合液(1%亚甲蓝 2 mL、0.75%布比卡因 1.5 mL、注射用生理盐水 1.5 mL)、术后及每次换药创面涂太宁软膏,中度以上疼痛时口服曲马多缓释片,镇痛效果明显^[12]。排便前 30 min 口服洛芬待因缓释片可减轻排便时产生的疼痛。中医认为,痔主要病理状态为湿、热、瘀,治疗以清热利湿、活血化瘀、消肿止痛为主。如用具有清热燥湿作用的黄蒲祛毒颗粒在术后熏蒸、坐浴,可明显缓解疼痛。现代研究证明,其中的马齿苋具有抗菌、抗炎镇痛^[13]、松弛肌肉^[14]以及促进伤口愈合^[15]的作用。由于麻醉阻滞了阴部神经和盆腔内脏神经,会使阴部感觉丧失、肛门括约肌松弛,加上手术刺激、肛管内填塞较多纱布、疼痛等使膀胱逼尿肌收缩无力、括约肌痉挛,术后出现尿潴留,如合并前列腺增生,则更易发生。常用方法有诱导排尿如听流水声、热敷下腹部、按摩膀胱区、温水冲洗会阴及尿道口,中药坐浴,针刺三阴交、阴陵泉、中极,足三里注射新斯的明,止痛,适当放松敷料,体弱多病者及膀胱逼尿肌收缩无力者肌注新斯的明、导尿等。上述方法有的操作繁杂、起效慢、效果不确切,有的属介入性操作,患者疼痛、恐惧、接受性差、继发感染等。杨丽和贺萌^[16]采用隔姜灸关元穴,认为方法简便安全、患者依从性好、避免感染,排尿效果明显。

参考文献:

- [1] 张东铭. 痔病[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:6-13.
- [2] Rowsell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy(stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy; randomized controlled trial[J]. Lancet, 2000,355(6):779-781.
- [3] 姚礼庆,钟芸诗,孙益红,等. 吻合器痔上黏膜环形切除术治疗重度痔疮的 3 年疗效评价[J]. 中华胃肠外科杂志, 2004,7(2):120-123.
- [4] 关瑞剑,赵江宁,罗湛滨,等. 混合痔 PPH 术后 5 年随访分析[J]. 结直肠肛门外科,2009,15(4):268-270.
- [5] 马翔,陈小岚,盛光. 开环式微创肛肠吻合器痔切除术治疗脱垂性痔病的临床研究[J]. 岭南现代临床外科,2011, 11(6):436-437.
- [6] Gunnar A, Hans K, Staffan H, et al. Open hemorrhoidectomy-is there any difference? [J]. Dis Colon Rectum, 2000,43(1):31-34.
- [7] Altomare DF, Rinaldi M, Sallustio PL. Long-term effects of stapled haemorrhoidectomy on internal anal function and sensitivity[J]. Bri J Surg,2001,88(12):1487-1491.
- [8] 杨邢泽,席锋祥. Foley 导尿管质量 PPH 术后出血临床分析[J]. 河北医药,2011,33(23):3675-3677.
- [9] 王晏姜,王秀珍. 中药治疗肛肠手术后疼痛(附 800 例病例分析)[J]. 中日友好医院学报,1992,6(3):153-154.
- [10] Mc Crory CR, Lindahl Sg. Cyclooxygenase inhibition for postoperative analgesia[J]. Anesth Analg, 2002,95(2): 169-171.
- [11] Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Surg,2002,183(6):630-641.
- [12] 孙余挺,陈方兰. 环状混合痔术后镇痛(下转第 2948 页)

择先解剖面神经下颌缘支。据李真华等^[2]报道,面神经解剖方式,由分支到主干面神经损伤概率与主干至分支面神经损伤概率差异无统计学意义。为避免面神经损伤,术者一定要了解熟悉解剖,顺面神经走行方向、术野清晰、操作动作轻柔,一般不会产生面神经损伤症状。

3.2 麻醉方式 腮腺手术方式通常采用局部麻醉、颈丛阻滞、下颌神经阻滞及气管内插管全身麻醉方式。作者所在单位腮腺手术全部采用经气管内插管全身麻醉。全身麻醉麻醉效果好,有文献报道^[3]:局部麻醉有效率为 76.92%,三叉神经加颈丛神经阻滞麻醉有效率为 86.96%。全身麻醉效果最好,术中患者舒适度好,不会造成心理恐惧,且方便术者与助手交流,利于带教。

3.3 术后复发 腮腺多形性腺瘤复发原因主要为多形性腺瘤的多中心性生长及包膜不完整所致,其安全手术切缘重要,然而,腮腺多形性腺瘤患者行单纯肿瘤摘除术后有 10%~45% 的病例出现了局部的肿瘤复发^[4-6]。徐义全等^[7]报道,肿瘤最大径小于 4.0 cm 的安全切缘是 1 cm,而最大径大于 4.0 cm 则行浅叶切除。另有研究报道黏液型复发率高。故单纯性切除易发生肿瘤残留复发,或肿瘤种植复发。术前穿刺活检也可增加肿瘤种植概率。腮腺浅叶切除加面神经解剖术可保证足够的安全界限,有效减少复发概率。

3.4 涎瘘 腮腺是一个多突起的腺体,不可能完全切除,残留的腺体仍有分泌功能。涎瘘和积液形成主要原因是残余腺体和腺导管破裂^[8]。通常于术后 5~6 d 出现。若残留腺体较多则可导致术区皮下积存唾液。陈冬雷等^[9]报道,预防术后涎瘘的主要措施有:(1)术中残余腺体、腺泡要彻底缝扎,伤口分层严密缝合;(2)术后口服或肌注小剂量阿托品,抑制唾液分泌;(3)局部加压包扎 5~7 d。本组发生术后涎瘘 2 例,均采取负压引流、加压包扎、口服阿托品片,勿进食酸性及刺激性食物,促进腺泡萎缩,7 d 后愈合。

3.5 味觉发汗综合征(Frey 综合征) 其发生原因主要是迷走神经再生,支配腮腺唾液分泌的副交感神经切断后再生入汗腺,以致在进食或闻及异味时原手术区某一皮肤潮红或渗出汗珠。深叶切除后此并发症显著高于部分浅叶切除术后。为了预防 Frey 综合征的发生,各种方法都是基于腮腺手术创面与皮瓣间插入自体或异体组织形成屏障,阻断神经错位再生^[10]。预防 Frey 综合征手术有颞肌筋膜、大腿阔筋膜、胸锁乳突肌瓣、面部表浅肌肉腱膜系统、脂肪组织及生物补片等。杨茂进等^[11]认为用毗邻肌、筋膜瓣预防 Frey 综合征的手术方式能明显减少味觉发汗综合征的发生,纠正面部畸形,并且简

便易行,实用性强,创伤较小,具有一定的临床应用价值。作者所在单位常规使用生物组织补片,在腮腺手术创面和皮瓣间形成屏障,阻断神经错位再生。据目前术后随访,未见 Frey 综合征发生,故腮腺部分切除术后植入海奥口腔组织补片有预防味觉发汗综合征作用。

参考文献:

- [1] 文世生,郭雯瑾.腮腺浅叶多形性腺瘤区域性切除治疗 28 例临床分析[J].中国实用口腔科杂志,2009,11(2):253-255.
- [2] 李真华,周晓红,葛家华.腮腺切除后面神经损伤的临床分析[J].重庆医学,2006,35(12):1149-1150.
- [3] 陈军民.颈丛加下颌神经阻滞麻醉在腮腺手术中的应用[J].临床医学,2006,26(9):1254-1246.
- [4] Tarakji B,Nassani MZ. Survey of opinions on the management of pleomorphic adenoma among United Kingdom oral and maxillofacial surgeons[J].Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg,2010,20(3):129-136.
- [5] Witt RL,Rejto L. Pleomorphic adenoma: extracapsular dissection versus partial superficial parotidectomy with facial nerve dissection[J].Del Med J,2009,81(3):119-125.
- [6] Wittekindt C,Streubel K,Arnold G,et al. Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: analysis of 108 consecutive patients[J].Head Neck,2007,29(9):822-828.
- [7] 徐义全,李超,樊晋川,等.腮腺多形性腺瘤安全手术切缘的界定[J].中华耳鼻喉科头颈外科杂志,2012,11(2):152-154.
- [8] 王凤均.腮腺多形性腺瘤 122 例临床分析[J].实用医技杂志,2008,15(12):172-174.
- [9] 陈冬雷,王翔,邢元龙,等.56 例腮腺良性肿瘤区域性切除术的疗效[J].重庆医学,2010,39(18):2509-2510.
- [10] 李祥,聂二民,郭冰.口腔组织补片预防腮腺术后味觉发汗综合征[J].中国组织工程研究与临床康复,2011,38(15):823-825.
- [11] 杨茂进,陈渝斌,柴鉴深.用毗邻肌、筋膜瓣预防 Frey's 综合征[J].重庆医学,2004,33(10):1532-1533.

(收稿日期:2012-03-04 修回日期:2012-04-21)

(上接第 2946 页)

方法的选择[J].中国中西医结合外科杂志,2011,17(6):609-610.

[13] Chan K, Islam MW, Kamil M, et al. The analgesic and anti-inflammatory effects of *Portulaca oleracea* L. subsp. *Sativa* (Haw.) Celak [J]. J Ethnopharmacol, 2000, 73(3): 445-451.

[14] Parry O, Okwuasaba F, Ijike C. Preliminary clinical investigation into the muscle relaxant actions of an aqueous extract of *Portulaca oleracea* applied topically [J]. J Ethno-

pharmacol, 1987, 21(1): 99-106.

[15] Rashed AN, Afifi FU, Disi AM. Simple evaluation of the wound healing activity of a crude extract of *Portulaca oleracea* L. (growing in Jordan) in *Mus musculus* JVI-1 [J]. J Ethnopharmacol, 2003, 88(2): 131-136.

[16] 杨丽,贺萌.痔手术后尿潴留采用隔姜灸关元穴护理探讨[J].中国中医药咨讯,2011,3(1):2-3.

(收稿日期:2012-02-09 修回日期:2012-04-08)