经验交流

文章编号:1000-5404(2009)14-1416-02

PPH治疗直肠黏膜脱垂临床分析及护理

雷 英[1],罗东林[2],付 涛[2],蔡 燕[2] (第三军医大学大坪医院野战外科研究所:[1]耳鼻咽喉头颈外科,[2]普通外科,重庆 400042)

直肠黏膜脱垂常合并痔脱出,诊断和治疗均存在争议,手术方法较多,效果尚不满意[1]。近年来,在吻合器痔上直肠黏膜环切除治疗重度内痔或混合痔的应用过程中,发现其直肠黏膜的切除有助于治疗成人直肠黏膜脱垂[2,3]。我科2002年10月至2008年1月对56例直肠黏膜脱垂患者行经肛门直肠黏膜环切术(procedure for prolapse and haemorrhoids,PPH),效果显著,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2002年10月至2008年1月在我院行PPH治疗直肠黏膜脱垂患者56例,均经排粪造影诊断。男性35例,女性21例,年龄47.1(28~78)岁,病程3.7(0.3~7)年。30例因排便困难、肛门坠胀就诊,排粪造影诊断为直肠内黏膜脱垂,合并直肠前突9例;26例因肛门部肿物脱出就诊,模拟排便动作时可见痔及直肠黏膜外翻,排粪造影诊断为直肠外黏膜脱垂。

1.2 手术方法

参照文献[4]方法进行。术前常规肠道准备,手术器械为强生公司的PPH吻合器。麻醉采用硬膜外麻醉或腰麻,取折刀位或截石位,扩肛后放入肛管扩张器(CAD33)并缝合固定在肛门皮肤上,用或不用荷包缝合用肛镜(PSA33),在齿线上4~6 cm行直肠黏膜下荷包缝合1圈退出肛镜后放入吻合器(HCS33),其头端放置荷包缝合线上方,结扎荷包缝合线;用持线器(ST100)通过吻合器侧孔引出荷包缝合线末端,在适当持续用力牵拉荷包缝合线末端的同时,旋紧吻合器;击发吻合器,松开后退出吻合器;检查直肠黏膜吻合口,确实止血后拆除肛管扩张器,手术结束。

2 结果

2.1 术后患者情况

手术时间0.3~1 h,吻合口距齿状线的距离为1.0~2.5 cm,平均2.0 cm,术后47例需导尿。30例中,11例直肠内黏膜脱垂症状完全消失,12例重复排便及排便不畅减轻,有效率为76.7%;7例无明显效果,其中1例合并轻度溃疡性直肠炎,给予调整排便习惯、生物反馈治疗等,无明显好转。26例直肠外黏膜脱垂除1例有外痔残留外,余均手术效果满意,有效率达96.2%。本组患者总有效率达85.7%(48/56)。术后8例有肛门下坠感,无需治疗,后缓解;术后1例出血,经非手术治疗后缓解。全组无肛门失禁、肛周感染及肛门狭窄。

2.2 术前护理

2.2.1 心理护理 患者在术前常会产生担忧、焦虑、恐惧等一系列负面情绪,并且由于对PPH手术的不了解,患者对手术的安全性或疗效产生怀疑,因此,需要通过良好的护患沟通,取得患者信任,为手术创造条件。护理人员要耐心倾听患者的自我倾诉,发现患者的顾虑所在,做出有针对性的心理护理。例如患者对手术效果疑虑,护士可向患者阐明PPH手术的优越性,如PPH手术具有安全、住院时间短、术中出血少、病情恢复快等优点,并列举同类手术的成功案例。并耐心向患者解释术前护理措施的重要性,如术前灌肠是为了方便手术操作和延缓手术排便;术前禁食水是为了防止术中呕吐引发麻醉意外等。从而使患者清楚认识到术前准备的重要,积极配合护理人员完成术前准备。同时也应充分调动患者的社会支持网络[5],指导患者的家属、同事、朋友多参与患者的日常生活和治疗,让他们明白自己可以成为患者社会支持的源泉,为患者提供较多的情感支持,使患者以良好的状态迎接手术。

直肠黏膜脱垂的发生、发展,尤其是直肠内脱垂与长期过度用力排便、异常会阴下降密切相关。应让患者了解直肠黏膜脱垂症状产生的原因,认识到排便后的坠胀感是由套叠的肠管引起,继续用力排便只能加重症状及病变。同时直肠黏膜脱垂多伴随盆底肌牵拉损伤,故术前为避免加重脱垂程度及盆底肌损伤,应要求患者排便时用力适度,时间在10 min之内。并且坚持提肛锻炼,以争取恢复盆底横纹肌的功能。在膝胸位下作提肛锻炼则效果更好。提肛锻炼具体方法:膝胸位,吸气时腹肌放松而膨出,肛门放松;呼气时腹肌紧张而腹壁塌陷,腹肌与盆底肌一并收缩,上提肛门。如此一呼一吸,一缩一松,有节律交替进行,每次15~20 min,每日2~3次,有助于减轻脱垂及盆底张力恢复。

2.2.2 术前准备 根据患者的年龄、全身情况,评估患者对手术的耐受情况,包括术前1周完善各项化验检查,以了解心、肺、肝、肾等重要脏器功能,确保手术安全。

2.3 术后护理

2.3.1 麻醉护理 PPH手术一般采用硬膜外麻醉或蛛网膜

作者简介:雷 英,女,四川省自贡市人,主管护师,主要从事外科临床护理和造口慢性伤口护理工作。电话:13452017366

收稿日期:2008-10-13;修回日期:2008-12-03

下腔麻醉(简称腰麻),腰麻术后需平卧 6 ~ 8 h 以防脑脊液外漏引起头痛。

2.3.2　常见并发症护理　①术后出血的护理:PPH 术后最常见的并发症是出血,包括原发性出血和继发性出血。原发性出血多发生于术后 48 h 内,常见术后大便带血或便时滴血,出血量不多。偶因吻合口的吻合不全引发出血,患者常无自觉症状,待出血量超过 300 ml 时,患者常伴有心悸,出冷汗、畏寒、肠鸣音增加、有便意等。因此,患者术毕回病房后,应注意观察患者生命体征、精神状态、面色的变化,伤口敷料包扎固定是否良好,有无渗血,有无腹痛、腹胀及便意,是否有心悸、胸闷、出冷汗、面色苍白等大出血症状,有无便血以及便血时的色、质、量。继发性出血多发生于术后 3 ~ 5 d,出血量多,常为排便时喷射状出血,并夹杂有凝血块,出血量可达 200 ~ 300 ml。多为术后吻合钉脱落过早而吻合口尚未完全愈合,排便时粪块摩擦吻合口以及直肠肛管内压力较高,致吻合口撕裂出血。也有少数患者,因其凝血机制异常,致术后继发性大出血。患者出现少量便血时,要安慰患者,避免紧张情绪,并报告医师,对伤口作进一步观察,明确出血的性质,对症处理。出血量较多者,需积极配合医师及时止血,并建立静脉通道,及时补充血容量,给予心理安慰、保暖,排除因出血而引起的全身症状。②腹胀:常见原因为术后肛门填塞较多纱布以压迫止血,肠道内积气过多。随着手术后应激反应的逐渐消退、胃肠道蠕动功能恢复,肛门排气后,症状可自行缓解;必要时可给予腹部按摩、热敷以减轻腹胀。③疼痛:PPH 手术在齿线上,一般很少出现剧烈疼痛。如出现疼痛常因肛门括约肌痉挛或肛管内填塞敷料过多过紧。可适当给予镇痛剂或放松填塞物。④尿潴留:术后由于局部水肿,吻合口压力持续作用,使交感神经受到刺激,引起膀胱逼尿肌松弛和膀胱括约肌痉挛,加上麻醉后神经恢复较慢,患者不习惯床上排尿等因素易诱发尿潴留。多发生在术后 24 h 内。术后护士应特别关注患者排尿情况,可鼓励患者下床排尿并热敷下腹部、听流水声。若无效,则导尿,1 ~ 2 d 后拔除尿管。护士应向患者及家属进行健康指导。嘱患者注意休息,避免重体力活动 1 个月,避免腹内压增加造成脱垂复发,更重要的是避免用力排便。

2.3.3　饮食护理　术后对患者进行饮食指导。早期通过调节饮食控制大便在术后 48 h 后排出,以减少大便对创面的摩擦损伤,减轻疼痛,避免伤口出血。术后 1 ~ 2 d 进流质,术后第 3 天进少渣半流质。以后可恢复正常饮食,多食高蛋白、高纤维素饮食、新鲜果蔬,加强营养,忌食辛辣刺激性食物及烟酒,保持大便通畅,便后及时清洗。

3　讨论

PPH 是利用圆形吻合器切除齿线上部分松弛的直肠黏膜袖,并同时完成黏膜层吻合,使肛垫上移,达到恢复肛管解剖、维持正常排便功能的目的[6]。PPH 用于直肠黏膜脱垂时荷包缝合线距齿状线的距离应在 3.5 ~ 4.5 cm 以上,稍高于用痔时的 3 ~ 4 cm[7];另外,吻合口水平过低,可出现术后肛门坠胀、便急感,可与直肠黏膜内脱垂的症状相混淆[8]。排粪造影是诊断直肠内黏膜脱垂的主要方法。由于直肠黏膜内脱垂无特殊症状或体征,且常与直肠前突、盆底疝等伴随存在,其诊治难度较大,因此,原则上应除外结直肠器质性病变,只有仔细分析、慎重判断认为患者症状与直肠内黏膜脱垂的影像学改变一致,且无直肠全层套叠、盆底疝等直肠肌层外解剖异常,才考虑行经肛门手术治疗。对于直肠外黏膜脱垂,模拟排便或排便后检查可见环状痔混合脱出,结合排粪造影诊断相对容易,手术指征也较明确。因此,直肠黏膜脱垂的治疗关键是正确诊断,在此基础上准确把握手术适应证。PPH 较 Delorme 手术操作简便,用于直肠黏膜外脱垂效果明显,而用于直肠黏膜内脱垂尚不能令人满意。

PPH 手术具有安全、有效、住院时间短、术后并发症较少等优点,是目前肛肠科的技术热点。但大部分肛肠患者对此还有很多疑虑,担心复发或肠组织受到损害。因此,围手术期的护理工作就极其重要。首先护士应该学习并深入了解这种手术的具体方法和可能出现的问题,做到心中有数,有针对性的与患者沟通,消除患者思想负担,以积极的态度配合治疗,从而获得较好的治疗质量。术后对肛门伤口愈合情况的观察,良好的生活护理,提肛训练等方面的护理也保证了手术疗效。

关键词: PPH;直肠黏膜脱垂;护理

中图法分类号: R473.6　　**文献标识码**: B

参考文献:

[1] OrromW, Hayashi, Rusnak C, *et al*. Inital experience with stapled anoplasty in the operative management of prolapsing haemorrhoids and mucosal rectal prolapse[J]. Am J Surg, 2002, 183(5): 519 - 524.

[2] 冯怡墨, 李义兵. 国产吻合器痔上黏膜环切吻合术治疗重度痔 10 例[J]. 第三军医大学学报, 2006, 28(15): 1638.

[3] 徐靖平, 王　华, 余　雁, 等. 吻合器痔上黏膜环切术双荷包治疗成人直肠脱垂效果分析[J]. 昆明医院临床杂志, 2008, 5(1): 61.

[4] 张连阳, 刘宝华, 文亚渊, 等. 圆形吻合器直肠黏膜环切术治疗直肠黏膜脱垂的疗效[J]. 第三军医大学学报, 2004, 26(12): 1042 - 1044.

[5] 雷　英, 陈金萍, 李光焰. 全结肠切除术治疗 43 例结肠黑变病的护理[J]. 解放军护理杂志, 2007, 24(11A): 36 - 37.

[6] 李胜龙, 尹廷宝, 鲍　铭, 等. 对"《PPH 暂行规范》修订"的探讨[J]. 中国普外基础与临床, 2007, 14(3): 362 - 363.

[7] 傅传刚, 张　卫, 王汉涛, 等. 吻合器环形痔切除术[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(11): 653 - 655.

[8] 罗　映, 张连阳, 刘宝华, 等. 32 例直肠内脱垂的肛直肠动力学测定结果分析[J]. 重庆医学, 2006, 35(22): 2073 - 2074.

(编辑　邓强庭)