

·临床研究·

改良半闭合痔切除术治疗混合痔的效果

胡智亮,黄晓东,李春伟,毛龙飞

(无锡市中医医院肛肠科,江苏 无锡 214071)

摘要:目的 探讨改良半闭合痔切除术治疗混合痔的效果。方法 选取我院 2016 年 1 月~2019 年 1 月收治的 160 例混合痔患者作为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组 80 例。对照组采用外剥内扎术治疗,观察组采用改良半闭合痔切除术治疗,比较两组临床疗效、手术指标、术后不同时间点疼痛积分、手术前后肛管收缩压、肛管静息压及并发症发生情况。结果 两组临床总有效率,手术时间,术后肛管收缩压、肛管静息压,肛周感染、肛门坠胀、尿潴留发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组手术中出血量、住院时间、伤口愈合时间优于对照组($P<0.05$);观察组术后 24 h、第 3 天及第 7 天疼痛评分均低于对照组($P<0.05$);术后肛门狭窄及精细控便障碍发生率为 0、2.50%,低于对照组的 6.25%、11.25%($P<0.05$)。结论 改良半闭合痔切除术可减少患者手术中出血量、缩短住院时间及伤口愈合时间,降低患者疼痛和肛门狭窄及精细控便障碍发生率。

关键词:混合痔;外剥内扎术;改良半闭合痔切除术

中图分类号:R657.1+8

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2020.14.027

文章编号:1006-1959(2020)14-0095-03

Effect of Modified Semi-closed Hemorrhoidectomy on Mixed Hemorrhoids

HU Zhi-liang, HUANG Xiao-dong, LI Chun-wei, MAO Long-fei

(Department of Anorectal, Wuxi Traditional Chinese Medicine Hospital, Wuxi 214071, Jiangsu, China)

Abstract: Objective To explore the effect of modified semi-closed hemorrhoidectomy on mixed hemorrhoids. Methods A total of 160 patients with mixed hemorrhoids admitted in our hospital from January 2016 to January 2019 were selected as the research object, and randomly divided into observation group and control group, 80 cases in each group. The control group was treated with external stripping and internal ligation, and the observation group was treated with modified semi-closed hemorrhoidectomy. The clinical efficacy, surgical indicators (operation time, hospitalization time, wound healing time and bleeding volume), pain scores at different time points after operation, anal canal systolic pressure, anal canal resting pressure and complications before and after surgery were compared between the two groups. Results The total clinical effectiveness, operation time, postoperative anal systolic pressure, anal canal resting pressure, perianal infection, anal swell, and urinary retention were not significantly different between the two groups ($P>0.05$); observation The bleeding volume, hospitalization time, and wound healing time of the group were better than the control group ($P<0.05$); the pain scores of the observation group at 24 h, 3 d, and 7 d were lower than the control group ($P<0.05$); the incidence of postoperative anal stenosis and fine bowel control disorders was 0, 2.50%, lower than the control group of 6.25%, 11.25% ($P<0.05$). Conclusion Modified semi-closed hemorrhoidectomy can reduce the amount of bleeding during surgery, shorten the hospital stay and wound healing time, and reduce the incidence of pain and anal stenosis and fine stool control disorders.

Key words: Mixed hemorrhoids; External stripping and internal ligation; Modified semi-closed hemorrhoidectomy

混合痔(mixed hemorrhoids)是肛肠外科常见病、多发病,据报道^[1],我国城市居民肛肠病发病率为 51.14%,其中以痔、肛瘘、肛裂、肛门湿疹、肛管脱垂这 5 种疾病最常见。混合痔发病时常伴有反复便血、痔核脱出等症状^[2]。目前,对于混合痔的治疗以手术治疗为主,药物治疗为辅,手术主要以混合痔外剥内扎术为主,然而由于术后切口容易暴露在潮湿及相对污染的环境中,容易刺激肛管内括约肌,导致局部肌肉痉挛,并引发疼痛、便秘、出血、水肿、坠胀、尿潴留、创面不易愈合等一系列并发症,不仅给患者带来痛苦,且影响伤口愈合^[3]。因此对传统术式进行改进,寻找微创、价格低廉、术后恢复快捷的术式成为迫切需要解决的问题。我院根据肛管

的生理病理特征,结合 Ferguson 闭合式痔切除术,对该术式进行了改进,提出了改良半闭合痔切除术治疗混合痔,基于此,本研究主要探讨改良半闭合痔切除术治疗混合痔的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月~2019 年 1 月无锡市中医医院收治的混合痔中内痔为主的患者 160 例作为研究对象,纳入标准:①符合《痔临床诊治指南(2006 版)》^[4]中痔的诊断标准,有典型症状体征;②以Ⅲ、Ⅳ期混合痔中内痔为主的,痔核数 ≤ 3 个;③经门诊系统保守治疗无效。排除标准:①嵌顿性内痔炎性反应严重者;②直肠腔内占位性病变,性质尚不明者;③合并炎症性肠病;④合并高血压及糖尿病控制不良者;⑤合并凝血机制障碍。按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组 80 例。两组性别、年龄、痔分度比较,差异无统计学意义($P>0.05$),可对比。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 手术前 1 d, 两组患者开始进食软食,术晨给予 3 支开塞露(马应龙药业集团股份有限

基金项目:1.无锡市科技发展资金(编号:WX03-02B0105-071500-37);

2.医疗与公众健康技术研发项目(编号:CSE31N512)

作者简介:胡智亮(1980.4-),男,河南洛阳人,硕士,副主任中医师,主要从事肛肠中医外科治疗工作

通讯作者:李春伟(1963.2-),男,江苏苏州人,本科,主任中医师,主要从事肛肠中医外科治疗工作

表 1 两组一般资料比较 ($n, \bar{x} \pm s$)

组别	性别(男/女)	年龄(岁)	痔分度(Ⅲ/Ⅳ)
观察组	27/53	37.62±3.24	24/56
对照组	28/52	36.26±6.71	26/54
统计值	$\chi^2=0.028$	$t=1.632$	$\chi^2=0.116$
P	1.000	0.105	0.865

公司,批号:190920,规格:20 ml/支)灌肠。术中采用 2%盐酸利多卡因注射液 20 ml (湖北天药业股份有限公司,批号:D32001021,规格:5 ml:0.1 g)+0.9%氯化钠注射液 20 ml (中国大冢制药有限公司,批号:9K92B3,规格:10 ml:0.09 g)+肾上腺素 0.3 ml (上海禾丰制药有限公司,批号:10190204,规格:1 ml:1 mg)局部浸润麻醉,或小剂量腰麻。

1.2.2 手术方法 ①对照组行混合痔外剥内扎术手术方法:麻醉满意后,肛门内常规消毒,爱丽丝钳夹一个痔核并向下牵拉,将痔核牵出肛门,充分显露出痔核上部肠粘膜,由肛周外缘皮肤向肛管内开一长约 2.5~3 cm 的 V 字形切口,将痔组织与外括约肌皮下部和内括约肌分离,向上分离到痔核根部,7 号丝线结扎痔核根部,切除多余痔核组织。余痔同法切除。如为多发混合痔,将两外痔切口间皮桥下方用止血钳分离,使之相通,并摘除曲张的静脉丛;②观察组行改良半闭合式痔切除术手术方法:手术前半部分和后半部分的处理同外剥内扎术手术。步骤中向上分离到痔核根部后,以 7 号丝线结扎痔核根部,改为以 3-0 可吸收线缝扎痔核顶端,切除多余痔核组织,3-0 可吸收缝线连续缝合创缘至齿状线上缘。

1.2.3 术后处理 术后软食,抗感染治疗 3 d,术后第 1 天起每天清热利湿中药坐浴、消肿止痛中药换药治疗 2 次/d。自拟坐浴中药消肿方:鸭跖草 30 g,马齿苋 30 g,升麻 10 g,玄明粉 15 g,五倍子 15 g;自制消肿止痛中药膏成分:炉甘石 20 g,煅龙骨 20 g,乳香 20 g,冰片 10 g,滑石 15 g。

1.3 观察指标及评价标准 比较两组临床疗效、手术指标、术后不同时间点疼痛积分、手术前后肛管收缩压、

肛管静息压及并发症发生情况(肛管狭窄、肛周感染、肛门坠胀、尿潴留、精细控便障碍)。疗效评价:依据 1994 年国家中医药管理局颁布的“中医病证诊断与治疗效果标准”中混合痔的疗效评价治疗效果^[9],①治愈:患者痔体消失,且无临床症状;②有效:患者痔体减小,临床症状有所改善;③无效:患者痔体无变化,临床症状没有改善甚至加重;总有效率=(治愈+有效)/总例数×100%。疼痛评分:采用视觉评分系统(VAS)对术后疼痛进行评估,0~10 分表示术后创口不同程度的疼痛,0 分表示无痛,10 分表示剧痛,分值越高表明疼痛度越高。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治愈 49 例、有效 31 例、无效 0 例,总有效率为 100.00%;对照组治愈 46 例、有效 34 例、无效 0 例,总有效率为 100.00%;两组总有效率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.233, P=0.629$)。

2.2 两组手术指标比较 两组手术时间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组出血量、住院时间及伤口愈合时间优于对照组($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组术后不同时间点疼痛积分比较 观察组术后 24 h、第 3 天及第 7 天疼痛评分低于对照组,见表 3。

2.4 两组术前、术后肛管直肠测压比较 两组术前及术后肛管静息压及收缩压比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术后两组肛管静息压较术前降低($P < 0.05$),见表 4。

2.5 两组术后并发症发生情况比较 随访半年,观察组术后肛门狭窄及精细控便障碍发生率低于对照组($P < 0.05$);两组肛周感染、肛门坠胀、尿潴留发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 5。

表 2 两组手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	出血量(ml)	住院时间(d)	伤口愈合时间(d)
观察组	80	31.19±1.20	8.50±0.52	8.30±1.30	21.90±2.25
对照组	80	31.11±1.27	13.92±0.66	9.94±1.29	26.14±1.42
t		0.404	-57.708	-8.020	-14.227
P		0.687	0.000	0.000	0.000

表 3 两组不同时间点术后疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	术后 24 h	术后第 3 天	术后第 3 天
观察组	80	5.11±0.66	2.27±0.30	1.95±0.36
对照组	80	5.87±0.46	2.94±0.36	2.61±0.37
t		-8.409	-12.834	11.415
P		0.000	0.000	0.000

表 4 两组术前、术后肛管直肠测压比较($\bar{x}\pm s$, kPa)

组别	n	肛管静息压		肛管收缩压	
		术前	术后 30 d	手术前	术后 30 d
观察组	80	107.43 \pm 37.38	78.32 \pm 25.11 [*]	185.32 \pm 45.21	180.72 \pm 42.89
对照组	80	102.44 \pm 32.28	82.16 \pm 27.63 [*]	187.65 \pm 37.99	183.21 \pm 43.86
t		0.903	0.919	0.353	0.363
P		0.367	0.359	0.725	0.717

注:与术前比较,^{*}P<0.05

表 5 两组术后并发症发生情况比较[n(%)]

组别	n	肛管狭窄	肛周感染	肛门坠胀	尿滞留	精细控便障碍
观察组	80	0	2(2.50)	1(1.25)	2(2.50)	2(2.50)
对照组	80	5(6.25)	5(6.25)	4(5.00)	5(6.25)	9(11.25)
χ^2		5.161	1.345	1.858	1.345	4.783
P		0.023	0.246	0.173	0.246	0.029

3 讨论

痔是临床上肛肠外科的常见病,主要分为 3 种类型,分为内痔、外痔与混合痔。目前痔的发病机制仍然存在争论,普遍认为有 3 种主流学说:静脉曲张学说、血管增生学说及肛垫下移学说^[6]。对于痔的治疗无外乎保守治疗和手术治疗,保守治疗是将药物(痔疮膏、痔疮栓)作用于患处,或内服改善临床症状的药物,当保守治疗不能有效缓解患者症状或痔脱垂、出血造成贫血严重时,应果断采用手术治疗,因此目前手术治疗仍是治疗混合痔的最有效手段^[7]。

混合痔的外剥内扎术是治疗痔诸多手术方法中最常使用的一种,由 Milligan-Morgan 提出,其理论建立在静脉曲张学说上,在痔根部肛缘皮肤做“V”形切口由外向内至齿线处,逐渐剥离曲张的静脉团,血管钳夹内痔痔体,缝扎或结扎后切除痔核;其优点是痔核切除彻底、费用低廉,但也存在很多缺点,如该术操作时黏膜组织并未处理导致术后易复发,另外由于该术式的损伤大、术后恢复慢,并易引发肛门狭窄、创面疼痛、坠胀、肛门水肿、术后大出血等各种并发症。随着医学技术的不断发展,建立在肛垫下移学说上的吻合器痔上黏膜环切术(PPH)、自动痔疮套扎术(RPH)、选择性痔上黏膜环切术(TST)等技术均有较高的治愈率,具有安全、无痛、创伤小、恢复快,能较好的保留齿线,保证肛门的正常功能等优点,但有部分患者可能需要加做内痔结扎、外痔切除术或外剥内扎术,从住院费用方面看,传统外剥内扎术的费用低于这些新技术,仅有部分患者能够接受。因此,对传统术式进行改进,研制微创、价格低廉、术后恢复快捷的术式存在较大的临床价值。本着中医在传承基础上大胆创新的理念,根据肛管的生理病理特征,对该术式进行了改进,提出了改良半闭合痔切除术治疗混合痔。通过利用可吸收缝线连续缝合切除痔核后的直肠粘膜,可最大限度恢复肛管(垫)解剖生理功能。本研究结果显示,观察组出血量、住

院时间及伤口愈合时间优于对照组($P<0.05$);观察组术后 24 h、第 3 天及第 7 天疼痛评分低于对照组($P<0.05$);术后两组肛管静息压较术前降低($P<0.05$);观察组术后肛门狭窄及精细控便障碍发生率低于对照组($P<0.05$),说明与传统手术相比,改良半闭合痔切除术可最大限度恢复肛管(垫)解剖生理功能,并具有减少术并发症、快速康复、降低手术费用等优势。另外,改良后的手术操作更加简便,仅需要使用局部浸润麻醉或小剂量麻醉腰麻,对手术操作者要求较低。

综上所述,改良半闭合痔切除术可减少患者手术中出血量、缩短住院时间及伤口愈合时间,降低患者疼痛和肛门狭窄及精细控便障碍发生率。

参考文献:

- [1]仇菲,郑德,瞿胤,等.“促愈熏洗方”对混合痔和低位单纯性肛瘻术后创面愈合的影响[J].中国医药导报,2017,14(36):137-140,144.
- [2]张志刚,邹勇,王雨来,等.中药熏洗坐浴治疗混合痔术后肛周疼痛 30 例临床研究[J].时珍国医国药,2018,29(12):2958-2960.
- [3]吴本升,杨建华,王晓鹏,等.紫黄生肌膏联合中药熏洗促进混合痔术后创面愈合的临床观察[J].中华中医药杂志,2019,34(1):419-422.
- [4]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠专业委员会,中国中西医结合学会结直,等.痔临床诊治指南(2006 版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461-463.
- [5]Wu J,Yu K,Lv C,et al.Segmental resection combined with anoplasty for the treatment of circumferential mixed hemorrhoids[J].Braz J Med Biol Res,2019,52(5):e8102.
- [6]李晓华,吴晓琴.两种术式治疗环形混合痔的疗效评价[J].中国医刊,2010,45(6):62-64.
- [7]谢闻文,李德亮.吻合器痔上黏膜环切钉合术加外痔切除术治疗Ⅲ、Ⅳ度混合痔的效果[J].中国医药科学,2019,9(12):192-194,231.

收稿日期:2020-05-25;修回日期:2020-06-07

编辑/杜帆