

不同微创术式治疗混合痔伴肛裂对创面愈合质量的影响

阮璐璐 陈武

痔疮和肛裂都是临床常见病和多发病,严重混合痔易出现直肠黏膜、痔核下移脱出肛外,肛管皮肤过度扩张、摩擦撕裂形成肛裂,增加了临床治疗难度,严重影响患者的生活质量^[1]。痔疮的手术种类较多,目前新发展的微创术式主要有吻合器痔上黏膜环切术(procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)和经肛门吻合器直肠切除术(stapled transanal rectal resection, STARR)两种,要点是保护肛门功能和痔体完整切除,同时保证愈合、微创和美观^[2]。本次研究通过总结采用不同的微创术式一期治疗混合痔伴肛裂患者的临床疗效、安全性及术后创面愈合质量,为改善临床预后提供参考。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析2018年2月至2019年10月永康市中医院收治的混合痔伴肛裂84例患者的临床资料,其中男性49例、女性35例;年龄18~75岁,平均年龄(59.08±8.17)岁。纳入标准为:①年龄18~75岁;②符合混合痔和肛裂的诊断标准;③手术顺利完成,并完成随访。排除标准为:①合并其他消化道或肛肠疾病,如结直肠癌、肛周脓肿、严重便秘等;②不能耐受手术和麻醉风险,严重肝肾功能障碍,凝血功能异常;③痛觉过敏、原发肛门功能异常;④严重焦虑或抑郁情绪障碍。根据术式不同,50例采用PPH联合肛裂切除术,作为对照组,另外34例采用STARR联合肛裂切除术,作为观察组。两组患者的基线资料比较见表1。两组患者的基线资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

表1 两组患者的基线资料比较

组别	观察组	对照组
性别/例		
男	20	29
女	14	21
年龄/岁	58.52 ± 7.63	59.64 ± 8.71
体重指数/kg/m ²	25.32 ± 1.78	25.54 ± 1.93
病程/月	11.52 ± 4.74	11.31 ± 4.56
混合痔分型/例		
Ⅱ型	3	5
Ⅲ型	23	35
Ⅳ型	8	10

1.2 方法 所有患者术前禁食水8 h,术前一天清洁灌肠。观察组采用STARR联合肛裂切除术:用双PPH吻合器作3个“半荷包”切除脱垂冗长的直肠前、后壁组织。在肛缘外1~2 cm处避开外痔切口(通常选5点位)作一长约2 cm放射状切口,小弯止血钳沿肛管皮下与内括约肌间向上分离至齿状线水平,然后将内括约肌挑出,双钳钳夹肌肉并从钳间垂直切断肌束。3~5 min后松开止血钳,肌肉断端处不作缝合。

对照组采用PPH联合肛裂切除术:硬膜外麻醉满意后取截石位,术区消毒铺巾,充分扩肛,消毒肛管直肠下端,暴露痔核,确定位置分布和结构分界;使用小弯血管钳牵出外痔顶部,中弯血管钳钳夹对应的内痔基底部,并于齿状线上3~4 cm直肠下段用2-0可吸收线对黏膜下层进行双荷包缝合,然后置入痔切除吻合器(由美国强生公司生产),收紧荷包线打结,激发吻合器,吻合口彻底止血。对合并肛乳头肥大、哨兵痔、皮下瘘同时进行切除。肛裂切除术方法同观察组。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.001.023

作者单位:321301 浙江永康,永康市中医院肛肠科

术后处理:检查创面有无活动性出血,肛内置入凡士林油纱,压迫胶布固定。术后平卧2 h,流质饮食2 d,控制排便,排便前口服聚乙二醇4 000散10 g,缩短排便时间,避免用力,排便后用聚维酮碘坐浴,肛泰软膏换药;常规应用抗生素1 d预防感染,止血药3 d防止出血。

1.3 观察指标 比较两组患者术后1 d、3 d和7 d疼痛视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评分,术后7 d并发症(感染、水肿、黏膜脱垂、黏膜外翻、肛门狭窄、出血等),创面愈合时间和术后1 d、3 d、7 d愈合质量评分。随访6个月,比较黏膜瘢痕性狭窄、肛门功能障碍以及疾病复发率。

创面愈合质量综合疼痛、感染、水肿、出血、排便5个内容进行评分,其中无疼痛计为0分,轻微疼痛(1~3分)计为1分,中度疼痛(4~7分)计为2分,重度疼痛(8~10分)计为3分;感染中无感染计为0分,创面红肿计为1分,形成脓肿计为2分,创面溃烂伴恶臭计为3分;水肿中无水腫计为0分,轻度计为1分,中度计为2分,重度计为3分;出血中无水腫计为0分,轻度计为1分,中度

计为2分,重度计为3分;排便能控制计为1分,大部分能控制计为2分,只有少数部分能控制计为3分,基本不能控制计为4分;将上述5个内容评分相加得到最终评分。总分1~16分,评分越高,表示创面愈合质量越差。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件进行统计。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用例数(%)表示,组间比较用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后疼痛VAS评分见表2

表2 两组术后疼痛VAS评分/分

组别	术后1 d	术后3 d	术后7 d
观察组	4.34 ± 0.71	2.54 ± 0.53	0.58 ± 0.12
对照组	4.41 ± 0.76	2.34 ± 0.46	0.61 ± 0.14

由表2可见,两组术后1 d、3 d和7 d疼痛VAS评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.43、1.84、1.02, P 均>0.05)。

2.2 两组术后7 d并发症发生率比较见表3

表3 两组术后7 d并发症发生率比较/例(%)

组别	n	感染	水肿	黏膜脱垂、外翻	肛门狭窄	出血	总并发症
观察组	34	0	1(2.94)	0	0	1(2.94)	2(5.88)*
对照组	50	1(2.00)	5(10.00)	1(2.00)	1(2.00)	3(6.00)	11(22.00)

注:*:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,观察组术后7 d并发症发生率比对照组减少,差异有统计学意义($\chi^2=4.02, P < 0.05$)。

2.3 两组创面愈合时间和愈合质量评分比较见表4

表4 两组创面愈合时间和愈合质量评分

组别	愈合时间/d	愈合质量评分/分		
		术后1 d	术后3 d	术后7 d
观察组	5.61 ± 0.53	9.32 ± 1.87	4.26 ± 0.74	1.39 ± 0.28
对照组	5.82 ± 0.64	9.52 ± 2.11	4.41 ± 0.83	1.52 ± 0.34

由表4可见,两组创面愈合时间和术后1 d、3 d、7 d愈合质量评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=1.58、0.45、0.85、1.84, P 均>0.05)。

2.4 两组随访并发症和复发率 随访6个月,对照组发生黏膜瘢痕性狭窄4例、肛门功能障碍7例;观察组患者均未发生黏膜瘢痕性狭窄,仅发生肛门功能障碍1例。观察组并发症发生率(2.94%)明显低于对照组(22.00%),差异有统计学意义(χ^2

=4.55, $P < 0.05$)。观察组复发1例(2.94%),对照组复发3例(6.00%),两组疾病复发率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.02, P > 0.05$)。

3 讨论

PPH是基于肛垫下移理论,通过环切并吻合痔上黏膜及黏膜下层的方式使痔回到正确的解剖位置,达到治疗环状混合痔的目的^[3]。选择性PPH、STARR均是在常规PPH的基础上发展而来,STARR主张采用一次性弧形切割吻合器,科学放置切除器,前后配置3层纵横交叉钛钉,吻合严密牢固,对直肠黏膜及黏膜下组织进行选择性切除,不破坏肛垫的正常生理功能,避免了术后肛管直肠狭窄的风险^[4]。优点在于可选择性切除直肠黏膜,保护肛门和直肠功能;创伤小、术后疼痛少、并发症少,恢复快;手术操作简单便捷、时间短^[5,6]。主要适应证包括单个或单纯内痔和混合痔;环状内痔和环状混合痔;直肠息肉和直肠腺瘤;直肠前突;直肠黏膜内脱

垂;合并肛裂、肛瘘、肛周脓肿的痔脱者^[7,8]。

本次研究结果显示,采用PPH和STARR治疗混合痔伴肛裂的患者的术后1 d、3 d和7 d疼痛VAS评分差异不明显(P 均 >0.05),但采用STARR治疗混合痔伴肛裂的患者的术后7 d并发症发生率比采用PPH术式的减少($P<0.05$)。提示PPH和STARR均为微创术式,借助切割吻合器减少了术中对黏膜组织和肛周组织的牵拉撕扯,降低了肛周神经组织的损伤风险,同时术后组织水肿、出血更轻,创面愈合更快,因此,疼痛体验更轻微,对促进术后快速康复具有积极意义^[9]。感染、水肿、黏膜脱垂、黏膜外翻、肛门狭窄、出血是较常见的并发症,但多数较轻微,肛门排便功能障碍是手术的较严重并发症,与术中损伤肛门内外括约肌有关,在合并肛裂扩大切除患者中更明显^[10,11]。但STARR中使用双PPH吻合器将脱垂冗长的直肠前、后壁组织切除后,有效增强了黏膜张力,加强了直肠前壁的力量,减轻了直肠前突的程度,而PPH在使用吻合器切除钉合过程中需提拉悬吊肛垫,阻断痔核血供,肛垫内部发生不可逆的破坏,且单纯的悬吊病理性肛垫并未恢复直肠下端正常解剖结构,PPH术后并发症发生率比STARR高可能与这有关^[12]。

本次研究还评估了创面愈合质量,但结果显示两组创面愈合时间和愈合质量评分比较无明显差异($P>0.05$)。说明虽然STARR与PPH手术方法有一定的差异,在不同类型混合痔治疗中各有优劣,但都是基于“肛垫下移学说”对患者进行治疗,手术要点都以保护肛门功能、痔体完整切除痔体,保证创面愈合质量、微创和美观为主,故而创面愈合效果相差不大^[13]。同时,本次研究还显示治疗混合痔伴肛裂采用STARR联合肛裂切除术与采用PPH联合肛裂切除术相比能有效降低患者术后随访6个月内发生黏膜瘢痕性狭窄和肛门功能障碍的发生率,而无论采用哪种术式,均应注意切口的位置与方向,防止同一位置、同一平面过多的瘢痕形成^[14]。

综上所述,PPH和STARR是痔疮的两种主要微创术式,联合肛裂切除术可一期治愈混合痔伴肛裂,有较好的临床安全性,在减轻术后疼痛、促进创面愈合和预防疾病复发方面效果相当,STARR较PPH在降低术后并发症和随访黏膜瘢痕性狭窄、肛门功能障碍发生率方面可能效果更佳。受限于回顾性研究、样本量较少、观察时间较短,研究结果仍需进一步验证。

参考文献

- 1 黄河,熊永强,陈浩,等.不同手术方式治疗慢性肛裂疗效评价的网状Meta分析[J].中华普通外科学文献(电子版),2019,13(2):161-168.
- 2 敬秀平,陈显韬.环状混合痔手术治疗研究进展[J].中国肛肠病杂志,2019,39(9):75-76.
- 3 张学富.吻合器痔上黏膜环切术联合内括约肌切断术治疗重度混合痔并肛裂[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(24):149-150.
- 4 Bove A, Palone G, Panaccio P, et al. Stapled transanal rectal resection procedure with two different devices: Comparative results[J]. Am Surg, 2018, 84(7): e242-e244.
- 5 Schiano di Visconte M, Nicolì F, Pasquali A, et al. Clinical outcomes of stapled transanal rectal resection for obstructed defaecation syndrome at 10-year follow-up[J]. Colorectal Dis, 2018, 20(7): 614-622.
- 6 沈凯,王畅,高志冬,等.吻合器痔上黏膜环切钉合术与经肛门吻合器直肠切除术治疗IV度混合痔的临床对比研究[J].中华胃肠外科杂志,2019,22(12):1165-1169.
- 7 Giarratano G, Toscana C, Toscana E, et al. Stapled transanal rectal resection for the treatment of rectocele associated with obstructed defecation syndrome: a large series of 262 consecutive patients[J]. Tech Coloproctol, 2019, 23(3): 231-237.
- 8 Lin HC, Chen HX, He QL, et al. A modification of the stapled transanal rectal resection (starr) procedure for rectal prolapse[J]. Surg Innov, 2018, 25(6): 578-585.
- 9 桂阳,刘丹峰.吻合器痔上黏膜环切术与传统外剥内扎术治疗痔的疗效和安全性对比[J].皖南医学院学报,2019,5(4):451-454.
- 10 Zhang G, Liang R, Wang J, et al. Network meta-analysis of randomized controlled trials comparing the procedure for prolapse and hemorrhoids, Milligan-Morgan hemorrhoidectomy and tissue-selecting therapy stapler in the treatment of grade III and IV internal hemorrhoids (Meta-analysis)[J]. Int J Surg, 2020, 74(2): 53-60.
- 11 汪强,周鑫,张志强.痔上黏膜环切术与选择性痔上黏膜切除术治疗III度混合痔疗效及安全性临床对比分析[J].贵州医药,2019,11(4):1771-1773.
- 12 杨洁,杨勇.经肛吻合技术治疗痔病的研究进展[J].结肠肛门外科,2019,2(1):239-242.
- 13 殷毅,吴桂喜,王伟杰.PPH和STARR手术治疗重度脱垂痔的临床疗效比较[J].医学综述,2019,25(16):3325-3328.
- 14 李勇杰,李斌,魏荣华.吻合器经肛门直肠切除术治疗重度痔临床效果分析[J].新乡医学院学报,2016,12(6):1082-1084.

(收稿日期 2020-06-20)

(本文编辑 蔡华波)