

· 经验交流 ·

RPH与PPH治疗中、重度混合痔的疗效比较

施建萍 李国锋 罗静泳 许峻峰

痔是最常见的肛肠疾病。任何年龄都可发病。内痔通过丰富地静脉丛和相应部位的外痔互相融合为混合痔。临床表现主要为便血、痔核脱出,肛门坠胀感、疼痛等,严重的痔脱垂可以合并血栓形成、嵌顿以及感染。临床上对于轻度混合痔患者一般采取保守治疗,但是对于中、重度混合痔患者常常需要手术治疗。本次研究探讨分析自动痔疮套扎术(rubber band ligation procedure for prolapse and hemorrhoids, RPH)与吻合器痔上黏膜环切术(procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)治疗中重度混合痔的临床效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年1月2016年12月间杭州市萧山区第一人民医院接治的98例中重度痔疮患者,其中男性53例、女性45例;年龄23~72岁,平均 (52.59 ± 7.37) 岁,病程1~5年,平均 (2.58 ± 0.87) 年。均符合《痔诊断和治疗指南》中混合痔的诊断标准^[1]。随机分为两组,两组患者一般资料比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

表1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别(男/女)	平均年龄/岁	平均病程/年
RPH组	49	27/22	52.13 ± 8.47	2.34 ± 0.79
PPH组	49	26/23	53.06 ± 7.72	2.69 ± 0.99

1.2 治疗方法

1.2.1 RPH组 喉罩通气麻醉后,插入肛窥器,显露齿线及痔核大小及分布等情况,确定套扎点及套扎顺序,于3点位齿线上3 cm处将套扎器枪口对准痔核及基底部,闭合负压吸引按钮,使负压为0.08~0.09 kPa之间,使胶圈自动套上痔核根部,再在齿线

根上方3 cm处痔上黏膜行串联套扎术。同法处理7点、11点痔核和黏膜。如外痔较大,把痔核由外至内完全剥离。

1.2.2 PPH组 喉罩通气麻醉后,肛管内置入扩张器并固定,导入缝合器,于齿线上3~4 cm处黏膜下层顺时针缝合一周穿出,置入吻合器头部,收紧缝合线使肠黏膜及黏膜下层固定于吻合器颈部轴上打结,收紧吻合器,打开保险装置(女性患者须行阴道指检以防止出现阴道直肠瘘)后击发,保持50 s,缓慢抽出吻合器,立即检查切除的黏膜带完整性,及吻合口出血情况,如有出血,用3-0可吸收线8字形缝合止血。如外痔较大,把痔核由外至内完全剥离。

1.3 术后处理 手术当日6 h后半流饮食,第2天即可恢复正常饮食;术后抗感染治疗72 h;保持大便通畅,大便每日1次,便后中药坐浴;每天换药1次(有外痔切除者),复方角菜酸酯栓塞肛1次/天。

1.4 观察指标 比较两种组间手术时间、术中出血量、术后疼痛时间、住院时间、住院费用、术后并发症和治愈率等指标。其中疗效标准为:治愈:内痔临床症状完全消失;有效:内痔临床症状明显改善,痔分期降低;无效:临床症状无任何改善^[1]。

1.5 统计学方法 采用SPSS 18.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 RPH组中治愈35例,治愈率为71.43%,有效14例,有效率为28.57%;PPH组中治愈32例,治愈率为65.31%,有效17例,有效率为34.69%;两组治愈率和有效率比较,差异均无统计学意义(χ^2 分别=0.47、0.32, P 均 >0.05)。

2.2 PPH与RPH治疗中度混合痔观察指标临床分析的比较结果见表2

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.03.026

作者单位:311200 浙江杭州,杭州市萧山区第一人民医院、杭州师范大学附属萧山第一医院肛肠科

表2 PPH与RPH治疗中度混合痔观察指标临床分析

组别	手术时间/min	术中出血量/ml	术后疼痛时间/d	住院时间/d	住院费用/万元
RPH组	10.35 ± 2.33*	2.25 ± 1.37*	5.57 ± 1.25*	4.05 ± 2.22*	0.62 ± 0.08*
PPH组	19.56 ± 2.24	8.09 ± 2.56	12.61 ± 2.15	7.13 ± 2.10	0.82 ± 0.10

注: *:与PPH组比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,RPH组患者在手术时间、术中出血量、术后疼痛时间、住院时间、住院费用均低于PPH组,差异均有统计学意义(t 分别=16.32、11.28、12.48、16.54、17.25, P 均 <0.05)。

2.3 两组术后并发症比较 RPH组无术后出血、肛门狭窄和术后感染,尿潴留3例,肛缘水肿5例;PPH组术后出血2例、肛门狭窄1例、无术后感染,尿潴留8例,肛缘水肿6例。其中RPH组的术后尿潴留明显低于PPH组,差异有统计学意义($\chi^2=18.67$, $P < 0.05$),其余并发症比较,差异均无统计学意义(χ^2 分别=0.25、0.56、0.87、0.67, P 均 >0.05)。

3 讨论

中、重度混合痔是肛肠科常见病、多发病,常需要手术治疗解决。基于“肛垫学说”理论,1998年意大利学者Longo创立了PPH术治疗内痔,将齿状线以上3~4 cm的直肠黏膜环切一圈并钉合,通过上提脱垂的肛垫并疤痕固定,同时阻断肛垫的血供,达到既保护正常肛垫生理功能,又消除痔病症状^[2]。RPH术是由传统医学对痔疮的结扎疗法发展而来,通过套扎痔核或直肠黏膜,使痔核发生缺血、坏死脱落,局部纤维化增生,瘢痕形成,同时使脱垂肛垫上提,消除痔核出血和脱垂症状。

本次研究结果显示:RPH组与PPH组治疗治疗中重度混合痔的治愈率和有效率均较高,差异无统计学意义(P 均 >0.05),说明两种术式治疗混合痔疗效确切;在手术时间、术中出血量、术后疼痛时间、住院时间方面,RPH组均优于PPH组($P < 0.05$)。主要是RPH通过负压吸入脱垂内痔痔核或直肠黏膜,释放胶圈套扎痔核根部或黏膜组织,利用胶圈的弹性阻断内痔的血供,无手术创面,操作简单,费时也少,无出血。而PPH需要完成荷包缝合及击发吻合,吻合口出血处需要缝合止血。两组病例住院费用比较,差异有统计学意义,主要是由于PPH吻合器费用高,而RPH费用相对低廉。两组患者在术后出血、肛缘水肿、肛门狭窄、术后感染方面比较,RPH组和PPH组差异无统计学意义(P 均 >0.05)。说明PPH术就近期疗效有术后短期疼痛小、切口恢复快等优势。PPH组患者术后尿潴留发生率较

RPH组高($P < 0.05$),可能因为吻合切割订合后手术创面疼痛,损伤会阴部神经,吻合口位置过低。因此,PPH对手术者的要求更高。目前,国内外进行了大量的临床实践,发现PPH存在术后吻合口大出血、狭窄、慢性疼痛、术后复发等,且处理并发症较为困难。因此,国外对该手术方式的选择较为谨慎^[3]。而RPH手术操作更为简单,不留手术疤痕,不破坏肛管直肠的正常结构,手术可重复,为后续治疗提供了有力保证。到目前为止,胶圈套扎法也是欧美国家治疗痔和直肠黏膜脱垂首选方法,尤其对Ⅱ、Ⅲ度痔作为一线治疗方案^[4],在我国痔的治疗方法很多,套扎法对大部分患者的治疗效果良好,成为痔的主要治疗方法^[5]。RPH临床适应证更广,对各期痔病均有效^[6]。

综上所述,RPH和PPH都是治疗中重度混合痔的安全有效方法。RPH套扎法手术时间更短,并发症少,适应证广,不留手术疤痕,操作简单,患者更容易接受。但本次研究术后随访时间短,评价仍停留在躯体症状缓解方面,没有综合评价患者的远期生活质量及远期复发率。

参考文献

- 1 美国结直肠外科医师协会标准化工作委员会.痔诊断和治疗指南2010修订版[S].中华消化外科杂志,2012,11(3):243-247.
- 2 叶桃,赵加应,蔡元坤,等.三种术式治疗重度痔的疗效比较[J].上海医药,2016,37(18):8-12.
- 3 Yeo D, Tan KY. Hemorrhoidectomy—making sense of the surgical options[J]. World Gastroenterol, 2014, 20 (45): 16976-16983.
- 4 Xu L, Chen H, Lin G, et al. Transanal hemorrhoidal dearterialization with mucopexy versus open hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a meta-analysis of randomized control trials[J]. Tech Coloproctol, 2016, 20 (12):825-833.
- 5 陈孝平,汪建平.外科学[M].第8版.北京:人民卫生出版社,2013.419-422.
- 6 彭振秋,邢维维,叶中贵.PPH与RPH治疗重度混合痔效果及不良反应分析[J].浙江创伤外科,2015,20(5):963-964.

(收稿日期 2018-02-13)

(本文编辑 蔡华波)