

痔上黏膜缝扎结合外剥内扎术对环状重度脱垂性混合痔的临床观察

王辰 杨关根 吴贤 娄朝胜 赵玲玲 杨巍

痔病是肛肠科的常见病和多发病,我国城乡居民肛肠疾病发生率为50.10%,其中痔病发生率高达49.14%^[1]。临床上治疗痔病的方法多以手术为主,外剥内扎术目前仍是环状重度脱垂性混合痔的主要治疗手段^[2],但是存在一定的局限性,术后常出现疼痛、水肿、出血、肛门狭窄等并发症,愈合时间慢^[3]。因此,寻找安全、有效防治内痔的新手术方式刻不容缓。本次研究探讨痔上黏膜缝扎结合外剥内扎术治疗环状重度脱垂性混合痔的临床疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2020年6月至2021年10月浙江中医药大学附属温州中医院肛肠科收治的环状重度脱垂性混合痔住院患者200例,其中男性129例、女性71例;年龄18~80岁,平均(49.37±3.17)岁;痔病分期:Ⅲ度135例、Ⅳ度65例;所有患者均符合中华医学会外科学分会肛肠外科学组制定的《痔临床诊治指南》以及《中医病证诊断疗效标准》的诊断标准及分型。并剔除:①合并肛瘘和肛裂患者;②合并肛周皮肤疾患者;③怀孕妇女;④有明显的排便障碍患者。本次研究经过本院伦理委员会批准,所有患者均知情同意并签署同意书。根据随机数字表法分为观察组和对照组,各100例。两组患者的性别、年龄、病程、痔病分期比

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	性别 (男/女)	年龄/岁	病程/月	痔病分期/例	
				Ⅲ度	Ⅳ度
观察组	66/34	49.12±3.06	5.13±2.53	67	33
对照组	63/37	49.61±3.28	4.71±2.60	68	32

1.2 方法 观察组患者采用痔上黏膜缝扎结合外剥内扎术治疗。取截石位,局部浸润麻醉,用弯血管钳钳夹痔核基底隆起部分的外1/3,在钳夹上端用带针7号丝线行“回”字缝扎,结扎线距齿线上0.3~0.5 cm,然后距此缝扎点上0.5 cm处,用可吸收线行“8”字型缝扎,深度为带入少量肌层;外痔部分作放射状切口,切口上端距齿线下0.2~0.5 cm,充分剥离皮下的曲张静脉丛及结缔组织,修剪切口呈梭形,并止血。术毕藻酸钙敷料外敷创口,外盖无菌敷料,胶布固定。

对照组患者采用实施外剥内扎术,取折刀位,局部浸润麻醉,暴露肛管,探查痔核的位置、大小,将患者内痔分段后用弯血管钳钳夹痔核基底隆起部分的外1/3,在钳夹上端用带针7号丝线行“回”字缝扎,结扎线距齿线上0.3~0.5 cm,选择结扎内痔在不同水平面上,最好呈齿状,在结扎两痔核间保留1 cm的黏膜桥,以防术后直肠下端狭窄。外痔部分作放射状切口,切口上端距齿线下0.2~0.5 cm,充分剥离皮下的曲张静脉丛及结缔组织,修剪切口呈梭形,并止血。术毕藻酸钙敷料外敷创口,外盖无菌敷料,胶布固定。

术后,两组均常规围手术期应用头孢拉定和甲硝唑联合抗感染3 d;术后48 h去除敷料,予以中药痔疾洗液20 ml加入1 000 ml 37℃左右温水坐浴

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2022.011.022

基金项目:国家自然科学基金(8167140797);温州市级科技计划项目(2021Y0856)

作者单位:325000 浙江温州,浙江中医药大学附属温州中医院肛肠科(王辰、吴贤、娄朝胜、赵玲玲);杭州市第三人民医院肛肠科(杨关根);上海中医药大学附属曙光医院肛肠科(杨巍)

通讯作者:杨巍,Email:423740555@qq.com

5~10 min 薰洗,红油膏外用于创面换药。

1.3 观察指标 比较两组患者手术时间、术后疼痛评分、术后创缘水肿评分、术后24 h内尿潴留评分、愈合时间、临床疗效、患者住院时间及住院费、术后复发率。

1.4 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±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。组间计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术时间、愈合时间、复发率、临床疗效比较见表2

表2 两组患者手术时间、愈合时间、复发率、临床疗效比较

组别	n	手术时间/min	愈合时间/d	复发率/例(%)	临床疗效/例(%)		
					痊愈	好转	未愈
观察组	100	22.54±8.48	22.42±2.94*	2(2.00)*	90(90.00)	9(9.00)	1(1.00)*
对照组	100	19.87±6.56	27.90±2.86	10(10.00)	79(79.00)	13(13.00)	8(8.00)

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,观察组患者的手术时间与对照组比较,差异无统计学意义($t=-1.02, P>0.05$);观察组患者的愈合时间明显短于对照组,复发率和未愈率明

显低于对照组($t=2.75, \chi^2$ 分别=5.67、5.70, P 均 <0.05)。

2.2 两组患者术后疼痛、创缘水肿、24 h尿潴留评分比较见表3

表3 两组患者术后疼痛、创缘水肿、24 h尿潴留评分比较

组别	疼痛评分/分			创缘水肿评分/分			24 h尿潴留评分/例	
	术后2 d	术后3 d	术后7 d	术后2 d	术后3 d	术后7 d	0分	2分
观察组	2.07±1.24*	1.23±0.82*	0.27±0.72*	1.53±1.42*	1.60±1.84*	0.73±1.62*	82	18
对照组	3.78±1.34	2.73±1.12	1.57±0.84	2.58±1.46	2.47±1.62	1.27±1.74	84	16

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,观察组患者术后2 d、3 d和7 d的疼痛评分、创缘水肿评分均低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=3.89、2.54、2.15、3.44、2.80、2.36, P 均 <0.05),而两组患者的24 h尿潴留评分比较,差异均无统计学意义($\chi^2=0.14, P>0.05$)。

2.3 两组患者住院时间及住院费用比较见表4

表4 两组患者住院天数及住院费用比较

组别	住院天数/d	住院费用/元
观察组	5.58±2.84*	8726.34±1948.26*
对照组	7.83±1.74	10485.90±1462.34

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表4可见,观察组患者的住院时间短于对照组,住院费用明显少于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=4.76、12.54, P 均 <0.05)。

3 讨论

痔这一病名最早记载于《山海经》,这也是世界上最早关于痔病的文字记载。在痔病手术疗法上,我国最古老的医学方书《五十二病方》中提到结扎切除法^[4]。现代医学认为痔的成因有多种学说,

如:静脉曲张学说、血管增生学说、肛垫下移学说等^[5],随着对痔生理、病理结构认识的加深,针对痔的手术方式在不断更新,如吻合器痔环切术、痔套扎术、外剥内扎术及基于上述手术方式的一些改良术式^[6]。但是以上几种手术方式并未解决痔的源头问题。有研究表明,外剥内扎术后引起毛细血管前括约肌痉挛,动静脉吻合管反射性突然开放,导致痔静脉丛的血流量骤增,因而充血扩张,痔体肿胀^[7]。吻合器痔环状切术手术1个月后,患者中有80%的病例通过多普勒超声检查仍探测到痔动脉血流^[8],在疼痛、瘙痒和排便急迫方面疗效较好,但其远期复发率较高^[9]。

重度环形脱垂性混合痔是肛肠疾病中的难治性疾病,病程迁延可达数十年,随年龄增大症状逐渐加重,以痔核脱垂、嵌顿、大便失禁为主要表现。这种痔疮环形肛垫整体下移,直肠黏膜脱垂、内痔明显怒张,外痔如车胎状静脉曲张,无界限可寻,无健康皮桥及黏膜桥可留,齿线移位无从下手^[10]。目前,外剥内扎术仍是环状重度脱垂性混合痔的主要治疗手段,疗效明确。但重度脱垂的环状混合痔若

采用外剥内扎术治疗,手术创伤大,术后疼痛明显,伤口愈合时间长,治疗上存在诸多困难。本次研究观察组患者采用痔上黏膜缝扎结合外剥内扎术。在内痔结扎点上0.5 cm处再用可吸收线对黏膜全层进行“8”字缝扎,形成双重保险避免了脱线期出血,从而降低复发率,并较为完整地保留了肛垫的结构,达到术后尽可能少地影响术后疼痛、水肿的发生,使得环状重度脱垂性混合痔的减少住院天数及费用成为可能。本次研究结果显示,观察组患者术后2 d、3 d和7 d的疼痛评分、创缘水肿评分均低于对照组,愈合时间明显短于对照组,复发率和未愈率明显低于对照组,且住院时间及住院费用明显低于对照组(P 均 <0.05),表明采用痔上黏膜缝扎结合外剥内扎术可以有效减轻痔术后疼痛,减少水肿等并发症的发生,并且缩短愈合时间,降低复发率,减少住院天数及费用。故认为该术式有以下优点:①基本不损伤肛门括约肌,同时也达到了最小限度破坏肛门直肠皮肤黏膜。②不仅可以阻断痔上动脉的血供,并一定程度上升提脱垂的部分肛垫。

综上所述,痔上黏膜缝扎结合外剥内扎术治疗环状重度脱垂性混合痔能改善其手术效果,疗效明显,安全性好。但也存在一些不足之处,如资料较为单一,样本量偏少,存在一定的偏差性和偶然性,还需要更大样本、多中心等更深入研究。

参考文献

1 田振国,陈平,韩宝.中国成人常见肛肠疾病流行病学调

查主要结论与建议[C].中华中医药学会肛肠分会2015年学术年会暨全国流调行业发布会论文集.2015:19-23.

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 Sun Z, Migaly J. Review of hemorrhoid disease: Presentation and management[J]. Clin Colon Rectal Surg, 2016, 29(1):22-29.

4 王福磊,刘访,冷羽,等.浅谈《外科正宗》对痔外治法的学术贡献[C].贵州省中西医结合学会肛肠学会第五届学术交流暨新技术新进展学习班,中国贵州遵义,2016.

5 王健,李丁.痔的病理生理学研究进展[J].中国病理生理杂志,2020,26(1):193-196.

6 云亚滨.环状混合痔治疗的研究进展[J].医药前沿,2018,8(11):6-7,8.

7 张东铭.肛门直肠重建的解剖学基础[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2007,1(1):55-57.

8 Venara A, Podevin J, Godeberge P, et al. A comparison of surgical devices for grade II and III hemorrhoidal disease. Results from the LigaLongo Trial comparing transanal Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation with mucopexy and circular stapled hemorrhoidopexy[J]. Int J Colorectal Dis, 2018, 33(10):1479-1483.

9 Venturi M, Salamina G, Vergani C. Stapled anopexy versus transanal hemorrhoidal dearterialization for hemorrhoidal disease: A three-year follow-up from a randomized study[J]. Minerva Chir, 2018, 71(6):365-371.

10 曲宏伟.三联疗法治疗老年重度环形脱垂混合痔的疗效观察[J].中国医药指南,2021,19(10):102-103,106.

(收稿日期 2022-04-19)

(本文编辑 高金莲)