

· 临床报道 ·

外剥内注肛垫回缩固定术治疗混合痔的临床研究

夏佳毅 刘访 李志 董聿锟 曹波

【关键词】 混合痔； 外剥内注； 肛垫

基金项目：贵州省科学技术厅[黔科合J字[2012]2081号]

混合痔是临床常见疾病,其发病率逐年呈上升趋势^[1-2]。相关流行病学研究统计,痔的发生率高达 49.1%^[3],占世界人口的 4.4%^[4]。目前,手术仍为痔的重要治疗手段,但传统手术治疗容易发生大出血、肛缘水肿、肛门失禁等并发症或后遗症严重影响生活质量。随着人们对肛门解剖以及痔的生理学和病理学认识的不断深入,对痔的认识观念也发生了转变。在《痔治疗指南》中指出:痔无症状时不需要治疗,只有当合并脱垂、出血、嵌顿及血栓时才需要治疗,对有症状痔的治疗目的是消除或缓解其症状,不是根治有病理改变的肛垫^[5]。手术治疗的观念由原来切除痔本身而转变为解除患者症状、保护肛管移行区、肛垫、Treitz 肌、肛管皮肤和黏膜组织及生理结构。临床上治疗痔的手术方式繁多,然而各有优缺点。随着微创外科理念的不断深入,既能消除病症、又能保持肛管解剖生理结构的术式已然成为当前的趋势^[6]。因此,探索一种可以消除患者症状、保护肛管正常解剖组织结构及生理功能的手术方式,是目前治疗混合痔的研究趋势。本课题前瞻性选择混合痔患者,采用混合痔外剥内注肛垫回缩固定术进行治疗,并与外剥内扎术治疗进行对照,探讨此疗法的疗效和安全性。

一、资料与方法

1.病例诊断标准:参照 2012 年修订的《中医肛肠科常见病诊疗指南》中混合痔的诊断标准^[7]。

2.病例资料:前瞻性纳入 2013 年 1 月至 2014 年 1 月期间就诊于贵阳中医学院第一附属医院贵州省肛肠病医院肛肠科、符合混合痔诊断标准的 60 例患者,按照患者就诊先后顺序排列,分组的凭据由 SPSS 19.0 软件生成随机数字与就诊顺序结合产生,每组 30 例,分别采用外剥内注肛垫回缩固定术(外剥内注肛垫回缩固定术组)和外剥内扎术(外剥内扎术组),患者均获知情同意。外剥内注肛垫回缩固定术组男 11 例,女 19 例,年龄 18~64 岁;外剥内扎术组男 14 例,

女 16 例,年龄 27~65 岁;两组患者生命体征、血尿粪三大常规以及凝血功能及肾功能检测、心电图、胸部 X 线拍片均正常。见表 1。

表 1 外剥内注肛垫回缩固定术组与外剥内扎术组混合痔患者基线资料的比较

项目	外剥内注肛垫回缩 外剥内扎术		统计值	P 值
	固定术组(30 例)	组(30 例)		
性别[男,例(%)]	11(36.7)	14(46.7)	$\chi^2=1.68$	>0.05
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	42.0 \pm 13.5	42.3 \pm 12.8	$t=-0.78$	>0.05
病程[例(%)]			$\chi^2=0.07$	>0.05
<1 年	17(56.7)	16(53.3)		
>1 年	13(43.3)	14(46.7)		
痔的分度[例(%)]			$\chi^2=0.52$	>0.05
I	5(16.7)	6(20.0)		
II	19(63.3)	20(66.7)		
III	6(20.0)	4(13.3)		

3.外剥内注肛垫回缩固定术操作步骤:患者取截石位,待麻醉成功后,充分暴露手术区域,用指法扩肛,使肛门松弛,然后用肛门镜检查,看清内痔痔核部位、大小、数目及与肛管内外病变的关系,确定注射和切口位置。(1)内痔部分的处理:第一步,在大号肛门镜暴露下,于直肠下段行 4 点扇形注射,即进镜至直肠下段距齿状线 3~4 cm 分别于 3、6、9、12 点处行扇形注射 1:1 消痔灵注射液 20 ml(消痔灵注射液 10 ml+灭菌注射用水 5 ml+0.1 g 利多卡因 5 ml),注射至黏膜下层有肌性抵抗感为度,每点注射量为 5 ml,总计注射量为 20 ml,以起到高位悬吊固脱、使肛垫回缩固定的作用;第二步,充分暴露内痔痔核,尤其是内痔痔核明显的部位,即截石位 3、7、11 点母痔区,用 8 cm 细长针以 15°斜角刺入黏膜下层并注射 1:1 消痔灵注射液,每个痔核注射 3~5 ml 直至痔核膨胀、黏膜颜色苍白为度,使下移的肛垫粘连固定,痔核硬化萎缩,以达到治的目的。(2)外痔部分的处理:待内痔注射完毕后,用组织钳提前预先设计好需要切除的外痔顶端组织,用手术刀从外痔赘皮下缘向齿状线方向做一细小梭形放射状切口,钝性剥离皮下组织及曲张的静脉丛,将组织剥离向肛内游离,在靠近齿状线收口处形成倒立“v”形,同理处理其他外痔痔核,创面用 1 号线间断缝合,查无出血后,用纱布块塔形加压包扎,胶布固定,手术完毕。

4.外剥内扎术操作步骤:参考《中医肛肠科学》混合痔外剥内扎术^[8]。

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2018.12.020

作者单位:550001 贵阳中医学院第一附属医院内分泌科(夏佳毅)、急诊科(刘访)、肛肠科(李志、董聿锟、曹波)

通信作者:曹波,Email:caobo39666@163.com

作者简介:夏佳毅,女,1981 年 9 月出生,硕士学历,副主任医师,Email:1031664209@qq.com;曹波,男,1961 年 4 月出生,主任医师,教授,硕士生导师

5. 术后处理: 预防性使用抗生素药物 1 d; 术后当天注意卧床休息, 48 h 后开始排便; 常规换药处理。

6. 观察指标: 治疗后, 比较外剥内注肛垫回缩固定术组与外剥内扎术组患者术后 1、3、7 和 12 d 的肛门疼痛程度评分和肛缘水肿程度评分, 比较两组术前和术后 1 个月时的肛管测压情况、肛门精细排便功能及创口愈合情况。

7. 统计学方法: 数据采用 SPSS 19.0 统计软件包处理。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组间比较采用 t 检验; 计数资料采用例数 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验或 Mann-Whitney U 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

二、结果

外剥内注肛垫回缩固定术组 30 例患者均未发生不良事件及严重不良事件, 外剥内扎术组 30 例中出现 1 例 (3.3%) 尿潴留, 行导尿管后好转。两组患者术后第 1、3、7、12 天疼痛程度评分和肛缘水肿程度比较, 外剥内注肛垫回缩固定术组明显好于外剥内扎术组 (均 $P < 0.05$); 出院后 1 个月, 肛管静息压肛门、精细排便功能和创口愈合情况外剥内注肛垫回缩固定术组也明显好于外剥内扎术组 (均 $P < 0.05$); 见表 2。

三、讨论

混合痔是临床常见病、多发病, 且治疗方法及手术方式不断更新, 但均有不足之处。外剥内扎术是混合痔传统的手术方法, 其实质是在肛管皮肤黏膜切除的同时, 保留黏膜

桥、皮肤桥和部分肛垫, 具有一定疗效。然而, 由于部分肛垫的切除, 患者肛门控粪能力会受到影响, 术后容易出现肛门失禁、肛缘水肿和尿储留等并发症, 如切除肛垫过多, 手术创面大, 术中出血较多, 肛管上皮损伤, 患者术后疼痛感剧烈, 愈合时间也较长^[9-12]。而吻合器痔上黏膜环切钉合术 (procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH) 其术后有发生大出血的可能, 原因可能与术中荷包缝合过浅、吻合不佳、止血不彻底及过早用力排便等有关^[13]。此外, 邵峰等^[14]认为, PPH 的使用不妥也可能导致术后大出血。对于认为较为安全的自动痔疮套扎术 (ruiyun procedure for hemorrhoid, RPH), 其术后也有大出血可能, 主要发生原因为: (1) 套扎位置过低, 将肛柱或齿状线一并套入, 痔核脱落后引起直肠肛管黏膜撕裂出血; (2) 套扎部位太近, 致使黏膜之间的张力过大撕裂出血; (3) 套扎组织过少导致提早滑脱致出血^[15]。

混合痔外剥内注肛垫回缩固定术是在继承祖国医学的经典手术方法同时, 基于注射疗法、传统外剥内扎术、PPH、选择性痔上黏膜切除吻合术 (tissue-selecting therapy stapler, TST) 及目前流行的“肛垫下移学说理论”等, 采取完整保留肛垫组织的治疗方案, 为有效防止术后肛管狭窄及保持正常排便的生理功能创造了有利条件。本研究之注射疗法, 采用中医理论“酸可收敛、涩可止脱”的原理, 注射后发生局部无菌性炎性反应, 使局部纤维化粘连固定, 阻断部分血供, 痔核缩小。同时, 痔注射疗法是一种微创性治疗手段, 规范

表 2 外剥内注肛垫回缩固定术组与外剥内扎术组术后疼痛程度评分和肛缘水肿程度以及手术前后肛门功能的比较

项目	外剥内注肛垫回缩 固定术组 (30 例)	外剥内扎术组 (30 例)	统计值	P 值
术后疼痛程度评分 (分, $\bar{x} \pm s$) ^a				
第 1 天	1.78±0.76	2.15±0.53	$t = -2.15$	<0.05
第 3 天	1.50±0.76	1.88±0.60	$t = -2.12$	<0.05
第 7 天	1.15±0.73	1.60±0.57	$t = -2.65$	<0.05
第 12 天	0.82±0.66	1.17±0.57	$t = -2.19$	<0.05
术后肛缘水肿程度 (分, $\bar{x} \pm s$) ^a				
第 1 天	3.07±1.34	3.80±1.48	$t = -2.04$	>0.05
第 3 天	2.17±1.62	3.13±1.22	$t = -2.61$	<0.01
第 7 天	1.20±1.22	2.30±1.49	$t = -6.14$	<0.01
第 12 天	0.50±0.73	1.23±0.94	$t = -3.38$	<0.01
肛管静息压 (kPa, $\bar{x} \pm s$) ^a				
入院时 (手术前)	6.79±1.52	6.53±1.56	$t = 0.65$	>0.05
出院后 1 个月	6.57±1.38	5.72±1.44	$t = 2.33$	<0.05
术后 1 月精细排便功能 [例 (%)] ^b				
正常	30 (100)	26 (86.7)		
部分失禁	0	4 (13.3)		
完全失禁	0	0		
创口愈合情况 [例 (%)] ^b				
治愈	30 (100)	25 (83.4)		
显效	0	4 (13.3)		
好转	0	1 (3.3)		

注: ^a 采用 t 检验比较; ^b 采用 Mann-Whitney U 检验比较

化操作能更好提高临床效果及降低并发症发生率^[16]。注射所用的消痔灵注射液为中药制剂,具有收敛涩肠、止血、解毒之功,注射后由于可形成异物胶原纤维化,可使黏膜与肌壁粘连起到固定作用^[17-18]。整个下移的肛垫得到一定程度的回缩固定,从而使患者肛门坠胀症状得以解除。

本术式对内痔的处理采取两部法进行,第一步起到高位悬吊固脱作用,第二步使下移的肛垫粘连固定、痔核硬化萎缩,达到治疗的目的;而外痔部分的处理为在齿状线以下采用细梭形切口将其皮下静脉丛彻底剥离,对肛缘组织损伤较小,不破坏齿状线敏感区,术后较传统的外剥内扎术减轻了患者的疼痛,同时也避免了由疼痛引起的尿潴留。与传统的外剥内扎术相比,本术式内痔部分采用注射法可避免过多结扎,对肛垫和肛管皮肤损伤较小,不易导致血液、淋巴组织回流障碍,组织水肿的机会也少,外痔采用细梭形切口,对肛缘周围组织损伤小,同时缝针少或几乎不缝针,这样大大降低了术后水肿的发生率。整个手术过程完整保留了肛管移行区、肛垫、Treitz 肌及肛管皮肤和黏膜组织,对肛门的精细排粪功能不受影响。

综上所述,混合痔外剥内注肛垫回缩固定术能起到悬吊、上提肛垫作用,同时又使痔核硬化萎缩,降低对肛垫的损伤及肛周皮肤的破坏,降低术后患者肛门直肠并发症的发生率,达到更好的保护肛垫的目的,有效保护了肛门直肠的精细排粪功能,使肛门的的功能及形态得到最大程度的保护,同时也顺应了现代外科微创理念的发展潮流,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 马琳. 伞状缝合技术在吻合器痔上黏膜环形切除钉合术治疗重度混合痔的临床效果研究[J]. 中国临床医生杂志, 2016, 44(3): 76-79. DOI: 10.3969/j.issn.2095-8552.2016.03.028.
- [2] 袁建虎, 张旭光. 酮咯酸氨丁三醇与氟比洛芬酯联合舒芬太尼用于痔上黏膜环切术后自控静脉镇痛的对比观察 [J]. 中国医刊, 2016, 51(4): 92-94. DOI: 10.3969/j.issn.1008-1070.2016.04.028.
- [3] 田振国, 陈平. 中国成人常见肛肠疾病流行病学调查 [M]. 武汉: 武汉大学出版社, 2015: 33-61.
- [4] Imbelloni LE, Veria EM, Carneiro AF. Postoperative analgesia for hemorrhoidectomy with bilateral pudendal blockade on an ambulatory patient: A controlled clinical study [J]. Coloproctol, 2012, 32(3): 291-296. DOI: 10.1590/S2237-9363201200030012.
- [5] 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病专业委员会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南(2006 版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-463. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2006.05.039.
- [6] 王慧. 荷包缝合术在混合痔外剥内扎术中的应用研究 [D]. 南京中医药大学, 2017.
- [7] 中华中医药学会. 中医肛肠科常见病诊疗指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 1.
- [8] 何永恒, 凌光烈. 中医肛肠科学 [M]. 北京: 清华大学出版社, 2012: 100-102, 139-140.
- [9] Argov S, Levandovsky O, Yarhi D. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy under local anesthesia - an old operation that stood the test of time. A single-team experience with 2,280 operations [J]. Int J Colorectal Dis, 2012, 27(7): 981-985. DOI: 10.1007/s00384-012-1426-6.
- [10] 邓明, 袁海涛. 吻合器痔上黏膜环形切除术与外剥内扎手术治疗环状混合痔的效果及安全性差异 [J]. 安徽医药, 2016, 20(1): 150-151.
- [11] 宋默, 刘继攀, 王向丽, 等. 改良式痔上黏膜环切术与外剥内扎术治疗混合痔临床效果比较 [J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45(4): 79-82. DOI: 10.3969/j.issn.2095-8552.2017.04.031.
- [12] 刘扬, 刘青, 杨润清, 等. PPH 联合外剥内扎术及皮桥整形术治疗重度环状混乱痔的临床疗效观察 [J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(2): 297-299. DOI: 10.3978/j.issn.1005-6947.2015.02.029.
- [13] Izadpanah A, Hosseini S, Mahjoob M. Comparison of electrotherapy, rubber band ligation and hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a clinical and manometric study [J]. Middle East J Dig Dis, 2010, 2(1): 9-13.
- [14] 邵峰, 李丽军, 叶林妹. 混合痔吻合器痔上黏膜环切钉合术后腹盆腔大出血一例 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(12): 1433-1433. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2016.12.029.
- [15] 何永恒, 唐智军, 许向彤, 等. RPH 联合简化外切内扎术治疗混合痔多中心随机对照研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2017, (04): 422-425.
- [16] 中国中西医结合学会大肠肛门疾病专业委员会. 痔芍倍注射疗法临床应用指南(2017 版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(12): 1434-1436.
- [17] 黄兆胜. 中药学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 481-482.
- [18] 张碧群. 消痔灵结合外剥内扎治疗混合痔 125 例 [J]. 陕西中医, 2010, 31(8): 1011-1012. DOI: 10.3969/j.issn.1000-7369.2010.08.052.

(收稿日期: 2017-09-27)

(本文编辑: 卜建红)