

截断结扎术治疗重度混合痔 30 例临床研究

郭修田 胡德昌 王琛 梁宏涛 董青军 曹永清

(上海中医药大学附属龙华医院肛肠科,上海市宛平南路 725 号,200032)

摘要 目的:研究截断结扎术治疗重度混合痔的临床应用价值。方法:上海中医药大学附属龙华医院肛肠科初次住院手术的 60 例重度混合痔患者,连续进入观察。随机分为 2 组:截断结扎术组(治疗组,30 例)和外剥内扎术组(对照组,30 例)。根据治愈时间、治愈率、住院天数、手术时间、术后不良反应及安全性等方面的结果作评价。结果:截断结扎术组与外剥内扎术组 2 者治愈率分别为 90.0% 和 86.7%,无统计学差异。2 组在住院天数、愈合时间、手术时间及术后疼痛、水肿、皮赘残留等方面有显著性统计学差异($P < 0.05$),而在术后出血、排尿困难、肛门狭窄等方面,2 组无显著性差异($P > 0.05$)。结论:截断结扎术组能明显缩短住院天数及创面愈合时间,缩短手术时间,减少术后不良反应,术后肛门功能良好。

关键词 重度混合痔/手术疗法;截断结扎

Clinical Study of Segmentation and Ligation to Treat 30 Cases of Severe Mixed Hemorrhoids

Guo Xiutian, Hu Dechang, Wang Chen, et al.

(Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Add.: No. 725 Wanping South Road, Shanghai, Post code: 200032)

Abstract **Objective:** To assess the clinical value of Segmentation and ligation for severe mixed hemorrhoids. **Methods:** A prospective randomized trial ($n = 60$) for treating severe mixed hemorrhoids comparing Segmentation and Ligation (SL group) and the approach of stripping off the varicose masses of the external hemorrhoids and ligating the internal (control group). Evaluation parameters include cure rate, hospitalization duration, healing time, operative time, postoperative complications and safety etc. **Results:** Cure rate was 90.0% of SL group and 86.7% of the control group. Significant differences ($P < 0.05$) were shown in hospitalization duration, healing time, operative time, presence of pain, dropsy and redundant skin residue. In postoperative bleeding, urination difficulty, anal stenosis, there were significant difference between groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Segmentation and ligation can significantly reduce hospital stay, healing time, operative time and presence of dropsy, maintain good physiological function of anus.

Key Words Severe Mixed Hemorrhoids/ Surgical Operation; Segmentation and Ligation

2008 年 7 月 - 2009 年 9 月,我们采用截断结扎术治疗重度混合痔 60 例,取得了满意的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 60 例患者均为 2008 年 7 月 - 2009 年 9 月我院肛肠科住院患者,并且符合以下标准。1) 诊断标准:参照 1994 年中国中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》及 2006 年 7 月珠海会议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》。2) 纳入标准:符合上述诊断标准,符合混合痔诊断标准;内痔Ⅲ期,无内痔嵌顿者;外痔为结缔组织性外痔或静脉曲张性外痔;以肛周 12 点标示法,痔块跨 4 点及 4 点以上者;年龄在 18 ~ 65 岁,性别不限。3) 排除标准:不符合上述诊断标准和纳入标准者;虽符合纳入标准,但有下列情况之一

者:原有肛门部手术或外伤史;患有肛周脓肿、肛窦炎、肛瘘、肛裂、急慢性腹泻或肛周湿疹等其他肛直肠疾病者;患有心脑血管、血液病、糖尿病、恶性肿瘤等疾病及精神疾病者;妊娠和哺乳期妇女。随机分为治疗组(截断结扎术)和对照组(外剥内扎术)各 30 例。2 组间性别、年龄、病程、症状和体征方面无显著性统计学意义($P > 0.05$),2 组资料具有可比性。

1.2 治疗方法 1) 术前准备:术前明确诊断,完善血常规、凝血功能、肝肾功能及心电图等常规检查,排除手术禁忌症,所有病例术前 1 天晚控制饮食、并行灌肠 1 次。所有患者均采用腰麻。2) 手术步骤:治疗组:麻醉达效后,消毒肛管,充分扩肛,显露痔核,观察混合痔形态分布,用超声刀或电刀将超大痔核纵行分离成约 1cm 间宽若干痔块,然后纵行夹持各痔块,以双 7 号丝线贯穿缝扎,外痔依分离的痔体形态作梭形切口,切除部分痔体,潜行锐性加钝性剥离痔组织至齿线附近,以原丝线做“回”字型结扎。结扎痔核上 0.5cm 近心端以 3 - 0 可吸收线“8”字缝合痔上动脉,结扎痔核间 3 -

表 1 2 组治愈率、住院天数、愈合时间及手术时间的比较

组别	例数	治愈[n(%)]	好转[n(%)]	住院时间(d)	治愈时间(d)	手术时间(min)
治疗组	30	27(90.0)	3(10.0)	16.07 ± 5.026	19.73 ± 4.268	21.37 ± 12.67
对照组	30	26(86.7)	4(13.3)	17.97 ± 9.056	23.23 ± 6.886	26.17 ± 12.02
统计量		$\chi^2=0.162$		$t=2.308$	$t=2.366$	$t=3.608$
P 值		$P>0.05$		$P<0.05$	$P<0.01$	$P<0.01$

表 2 2 组术后疼痛、水肿、出血、排尿困难、皮赘残留、肛门狭窄等方面比较

组别	例数	疼痛(VAS 积分)	肛门狭窄	排尿困难	水肿(n)		出血(n)			皮赘残留(n)	
					I 度	II 度	I 度	II 度	III 度	无	有
治疗组	30	4.03 ± 2.5	0.00 ± 0.00	1.67 ± 2.2	5	8	10	4	0	25	5
对照组	30	7.15 ± 3.02	0.00 ± 0.00	2.95 ± 3.1	12	14	11	7	0	16	14
统计量		$t=7.38$	$t=0.00$	$t=1.83$	$\chi^2=7.72$		$\chi^2=2.24$			$\chi^2=6.52$	
P 值		$P<0.05$	$P>0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$		$P>0.05$			$P<0.05$	

表 3 2 组治疗前后肛管直肠压力的测定比较

项目	治疗组(n=30)		对照组(n=30)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
肛管舒张压(kPa)	7.34 ± 2.10	6.38 ± 2.26	7.69 ± 2.87	7.42 ± 3.48
肛管最大收缩压(kPa)	21.25 ± 4.47	21.11 ± 5.79	20.30 ± 3.96	20.56 ± 7.44
肛管最长收缩时间(s)	12.29 ± 5.18	17.48 ± 5.48	16.17 ± 8.29	16.75 ± 4.93
直肠静息压(kPa)	3.12 ± 1.37	2.22 ± 0.74	3.76 ± 1.39	2.71 ± 1.67
肛管静息压(kPa)	20.24 ± 5.67	17.33 ± 3.45	20.24 ± 5.67	14.43 ± 3.67
肛管长度(mm)	39.258 ± 5.63	34.36 ± 4.34	39.25 ± 5.23	35.38 ± 8.71
P	$P>0.05$		$P>0.05$	

0 可吸收线间断纵切横缝黏膜桥,外痔皮桥做纵行间断半缝合。结扎点不在一个平面上,注意保留结扎点间皮肤黏膜宽度。修剪创面,剪除痔核结扎残端。视无活动性出血点,创面予红油膏纱条或止血敷料填塞,置排气管,外以纱布塔型包扎固定。对照组:观察混合痔形态分布,按照痔核分区或依自然形态纵行夹持,然后以双 7 号丝线贯穿缝扎,外痔依痔体形态作梭形或弧形切口,切除部分痔体,潜形锐性加钝性剥离痔组织至齿线附近,以原丝线做“回”字结扎。结扎点不在一个平面上,注意保留结扎点间皮肤黏膜桥。修剪创面,剪除痔核结扎残端。视无活动性出血点,创面予红油膏纱条或止血敷料填塞,置排气管,外以纱布塔型包扎固定。3) 术后处理:术后控便 24h,常规应用抗菌素静滴 3d,每日早晚或便后换药,1 日 2 次。换药前先做局部清洁,中药洗剂做局部熏洗坐浴 20min。根据创面情况,用消毒红油膏纱条或生肌散填入创面中,若保留皮赘水肿,可予消痔膏外敷,若肉芽生长异常,应及时予以修剪等对症处理,至创面愈合。

1.3 观察指标 疗效(治愈率、好转率);住院天数;治愈天数;手术时间;术后疼痛、水肿、出血、尿潴留、坠

胀、皮赘残留、肛门狭窄等情况;肛管直肠压力的测定及愈后 3 个月随访等。

1.4 评定标准 疗效判定标准参照《中医病证诊断疗效标准》。术后主要并发症观察:1)疼痛。选择以 VAS 疼痛指数来评估患者术后的疼痛感觉。VAS 记分为 0 ~ 10 分,其中 0 = 不痛,10 = 最痛。水肿、出血及皮赘残留等指标参照 1975 全国肛肠学术会制定的《痔的诊断及疗效标准》^[2]。2)水肿。I 度:局部轻度水肿不影响活动;II 度:局部有明显水肿,活动受限。3)出血。I 度:便后手纸带血或粪便外带血少量;II 度:大便时排出较多血液和血块,经一般处理可止血;III 度:除上述症状外并出现出血性休克,需特殊处理。4)皮赘残留。指术后尚有外痔皮赘残留。5)肛门狭窄。a. 无狭窄,计 0 分;b. 可以排出软便,但较费力,肛门指诊食指通过困难,计 2 分;c. 排便困难,有时稀便和排气不能控制,肛门指诊食指不能通过,并有明显触痛,记 4 分;d. 排便和排气均有困难,合并肛门失禁,常需靠灌肠排便,肛门指诊小指不能通过,并有明显触痛,记 6 分。6)排尿困难。a. 无排尿困难,计 0 分;b. 排尿不畅,但可自行排出,计 2 分;c. 经药物、理疗治疗

后排出;记4分;d.导尿,记6分。

1.5 统计学方法 等级计数资料用 χ^2 检验,计量资料符合正态分布用 t 检验,不符合正态分布用Wilcoxon秩和检验,所有数据均在SPSS12.0中运行,进行统计分析。

2 结果

2.1 2组治愈率、住院天数、愈合时间及手术时间、术中出血量的比较 治疗组治愈率90.0%,好转率10.0%,对照组分别为治愈率86.7%和好转率13.3%,组间比较无统计学差异($P>0.05$)。治疗组平均住院天数、愈合时间及手术时间、术中出血量少于对照组($P<0.05$),具体见表1。

2.2 2组术后并发症的比较 治疗组在术后疼痛、水肿、皮赘残留等方面与对照组相比有显著性统计学差异($P<0.05$),而在术后出血、肛门狭窄、排尿困难等方面2组无统计学差异($P>0.05$),见表2。

2.3 2组治疗前后肛管直肠压力的测定比较 2组治疗前后肛管静息压无明显变化($P>0.05$)见表3。

2.4 随访结果 经3~12个月的随访(中位数为5.6月),2组患者术后生活质量良好,均无肛门狭窄、失禁等严重并发症发生,均无术后复发。

3 讨论

痔疮是肛肠科常见病、多发病,俗有“十人九痔”之说。有资料显示,国内患痔者占受检人数的46.3%^[1]。重度混合痔是痔疮中较严重的一种,发病时严重影响着人们的日常工作、生活、学习等。手术治疗重度混合痔是较理想的方法,该病治疗的关键是既要去除痔核,又要保护肛门的形态和功能^[2]。目前手术的方法有多种,主要的术式有痔环切术、外剥内扎术及PPH术等,它们在治疗重度混合痔上均取得较满意的临床疗效,PPH术适用于环状内痔,但是费用较

高^[3-4];而传统的外剥内扎术术后多有肛缘残留皮赘,必要时还需二次手术进行修剪。我们采用中医结扎术结合超声切割止血刀或电刀将重度超大痔核纵行分离,然后再进行分别结扎,即“截断结扎术”。临床中根据痔核大小及分布规律进行综合设计,将超大的痔核分成若干个1cm间宽小痔核再分别予以结扎。这是一种有选择地分离、切割痔块的方法,既可缩短手术时间,又可避免术后肛门狭窄。

采用本术式应注意以下几点:1)术前注意观察超大痔核的分布及大小,精心设计截断和切除位置及范围,注意留足够的皮肤黏膜桥。2)将超大的痔核分成若干个1cm间宽小痔核再分别予以结扎。结扎的痔核呈“锯齿”样、不应在同一平面上。3)术中的黏膜桥一般不少于0.5cm,皮桥不少于0.8cm,可防止、避免术后肛管上皮缺损及肛门狭窄。4)黏膜桥可吸收线横缝、皮桥纵向半缝合,且缝合的皮瓣不应过紧或过松,过紧缝合张力大,线脚易早期脱落而致缝合失败,过松皮瓣水肿致肛门不平整,增加再次手术或修剪的机率。

本研究结果表明,截断结扎术组治愈率为90.0%,其治愈时间少于对照组,术后不良反应少,且通过测定肛管直肠压力,显示该术式安全可靠,是治疗重度混合痔比较理想的方法。

参考文献

- [1]黄乃健.中国肛肠病学[M].济南:山东科技出版社,1999:614.
- [2]张东铭.《痔病诊治标准》之我见(兼评痔的几个概念问题).大肠肛门病外科杂志,2006,(3):40-42.
- [3]Boccasanta P, Venturi M, Orio A, et al. Circular hemorrhoidectomy in advanced hemorrhoidal disease. Hepatogastroenterology, 1998, 45(22):969-972.
- [4]姚礼庆,钟芸诗,孙益红,等.吻合器痔上黏膜环切术治疗重度痔疮的3年疗效评价.中华胃肠外科杂志,2004,17(2):120-123.

(2010-09-21 收稿)◎

(上接第387页)

治疗方式更强调辨证论治的个体化调养,对“进补”意义更深层次拓展,辨证施方既视患者体质,施以平补、清补、温补、缓补、峻补及调理补益之剂,处方用药多根据虚实不同或补或泻,补泻相济,补虚与祛邪并举的原则,此外还结合不同年龄性别和不同季节等因素,进行综合整体辨证论治,进行“个体化”的“一人一方一膏”治疗。膏滋药的辨证施方和固定方临床疗效对比说明,采取辨证施方的膏滋药调治亚健康状态的方法,可以更有针对性地使得不同人体所存在的差别化的阴阳气血失调得以纠正,改善及优化体质,从而恢复到健康的健康状态,提高人群的健康水准,对改善人群亚健康

更有显著疗效。

参考文献

- [1]袁萍,梁伯衡.慢性疲劳综合征的流行病学特征.国外医学·卫生学分册,2003,30(2):70.
- [2]宁南,殷瑞.河南省师范类高校大学生亚健康状态的调查研究.咸宁学院学报,2006,26(3):143-146.
- [3]李洪滋.运动与健康[M].北京:化学工业出版社,2004:94.
- [4]曹艳华.亚健康成因与调控.中国健康教育,2004,20(11):1060.

(2010-10-08 收稿)◎

更正:本刊2010年7月285页作者单位更正为“上海交通大学附属第一人民医院”。

本刊2010年9月310页作者姓名的汉语拼音更正为“Qian Yun”。