



吻合器痔上黏膜环形切除术治疗重度痔疮的安全性评价

方松山 (漳州市第三医院)

摘要: **目的** 评价吻合器痔上黏膜环形切除术治疗重度痔疮的安全性。**方法** 对2016年3月-2017年3月间我院收治的84例重度痔疮按照不同的治疗方法进行随机分组,对照组患者行外剥内扎术,观察组患者行吻合器痔上黏膜环形切除术,比较两组治疗安全性。**结果** 观察组出血、水肿以及疼痛症状恢复效果明显要比对照组好($P < 0.05$);观察组术后并发症发生率4.8%要比对照组的19.0%低。**结论** 吻合器痔上黏膜环形切除术治疗重度痔疮具有症状恢复好、并发症发生率低的优点,治疗安全性高,可在临床做积极的推广和应用。

关键词: 吻合器痔上黏膜环形切除术 重度痔疮 安全性

中图分类号: R657.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)16-103-02

基于社会节奏的加快与生活压力的激增,近些年来痔疮的临床发生率也越来越高。重度痔疮是痔疮发展严重的一种,以痔核脱出为特征表现。患者很可能由于发生咳嗽、打喷嚏等行为而使负压增高,导致痔核脱出肛外,直接影响到患者生活质量的提高^[1]。吻合器痔上黏膜环形切除术是基于肛垫学说提出的、使用吻合器治疗环状脱垂痔的一种技术,该术式的应用具有方法简单、根治效果好以及复发率低的优点。本文便对我院收治的重度痔疮患者治疗效果做分析和讨论。

1 临床资料和方法

1.1 研究资料

对2016年3月-2017年3月间我院收治的84例重度痔疮按照不同的治疗方法进行随机分组,每组患者各42例。对照组中包括男性27例和女性15例,患者年龄从21岁到80岁,平均年龄 46.1 ± 3.2 岁,临床分度:III度患者31例、IV度患者11例;观察组中包括男性25例和女性17例,患者年龄从22岁到78岁,平均年龄 47.4 ± 3.5 岁,临床分度:III度患者30例、IV度患者12例。两组研究对象一般资料比较无明显差异($P > 0.05$),本研究在获取两组研究对象家属知情和同意的前提下开展。

1.2 方法

1.2.1 对照组:该组患者施以外剥内扎术。使用痔常规手术器械,切除外痔并对脱垂的痔块进行结扎,对肛垫结构进行彻底破坏。

1.2.2 观察组:该组患者施以吻合器痔上黏膜环形切除术,具体方法为:痔黏膜环状切除吻合器备用,术前做常规肠道准备。使用2ml的1%布比卡因做腰麻或者是骶麻,取患者膀胱截石位,于会阴处常规消毒铺巾。扩肛到可以容纳4指在1-2min,取无创伤钳于三点处夹住肛管环,置入钢管扩张器,并于会阴处的1、5、7、11点处各自固定1针,将内芯取出来,通过钢管扩张器置入肛镜缝扎器,于肛镜中清晰观察脱垂的黏膜痔块,缝针距离设定在齿状线上的2-3cm处,转动钢管扩张器缝扎直肠黏膜1圈。之后退出钢管扩张器,把吻合器的头端伸到缝扎处,采取环扎线的打结方法。在朝着外侧用力牵引出结扎线的同时,以顺时针的方向旋紧吻合器的保险装置,并使其呈关闭状态,持续20s左右。吻合器以逆时针的方向旋转一周后,取出。经肛镜检查结扎环是否出血。

1.3 指标观察

比较两组患者术后的出血情况、肛门四周的水肿情况、肛门坠胀感以及并发症发生情况。①出血程度:0分代表无出血;1分代表创面伴随有少量的出血,但排便时没有滴血;2分代表创面伴随有少量出血,排便存在少量滴血;3分代表创面伴随少量渗血,排便时出血量较大。②肛门坠胀程度:②0分代表没有坠胀感;1分代表轻微坠胀感,不需处理;2分代

表有显著坠胀感,无需即刻排便;3分表示肛门坠胀感无法忍受,需即刻排便;③水肿程度:0分代表没有肿胀;1分代表肛缘和创面的四周稍有水肿;2分代表肛缘和创面四周水肿中度;3分代表肛缘和创面四周有显著水肿。

1.4 统计学数据的应用

本研究基于SPSS21.0版本统计学软件建立数据分析模型,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)的形式描述,计数资料采用例(n)、率(%)的形式描述,分别采用独立样本(t)和卡方(χ^2)检验资料间差异,P值小于0.05表示两者比较存在的差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后症状恢复的评价比较

观察组出血、水肿以及疼痛症状恢复效果明显要比对照组好,组间数据差异比较存在统计学意义($P < 0.05$),见下表1。

表1: 两组患者术后症状恢复的评价比较 [n(%)]

分组	出血	肛门坠胀	水肿
对照组	2.3 ± 0.4	2.4 ± 0.5	2.3 ± 0.4
观察组	1.2 ± 0.1	1.3 ± 0.2	1.1 ± 0.1
χ^2	11.931	9.135	13.016
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 比较两组患者术后并发症发生情况

观察组术后并发症发生率4.8%要比对照组的19.0%低,差异比较存在统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2: 比较两组患者术后并发症发生情况 [n(%)]

分组	总数	尿潴留	感染	腰背部酸胀	吻合口狭窄	共计
对照组	42	4(9.5)	2(4.8)	1(2.4)	1(2.4)	8(19.0)
观察组	42	2(4.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(4.8)*

注,和对照组相比较, $\chi^2=4.087$, $P < 0.05$

3 讨论

重度痔疮为肛肠科疾病中常见、多发的一种疑难性病症,若使用传统的外剥内扎术来治疗痔疮的话,涉及到手术切除部分肛管皮肤,但是,由于该手术部位的感觉神经非常丰富、手术创伤大,所以术后也会产生剧烈的疼痛感,直接阻碍到患者的尽快康复。

吻合器痔上黏膜环形切除术治疗的原理在于:于痔上方以环形状对部分直肠粘膜和黏膜的下层组织予以切除掉,做上、下端黏膜的吻合处理,促使已经脱垂的肛垫恢复原位,并阻滞动静脉吻合终支,减少肛垫血流量,这时痔核便会慢慢的萎缩,并逐渐恢复到原本的肛管解剖结构^[2,3]。

传统的外剥内扎手术缺点在于创面的愈合速度慢、疼痛持续的时间长,而且极易伴随有钢管狭窄、肛瘘、肛门失



禁等严重并发症的发生,会给患者带来巨大的痛苦。和传统手术比较,吻合器痔上黏膜环形切除术的应用优点可概括为以下几点:①术后疼痛感弱;②手术用时短、出血量少;③可保证肛门外观大体的平整度;④肛缘并没有显著水肿。结合本次研究结果来看,观察组出血、水肿以及疼痛症状恢复效果明显要比对照组好($P < 0.05$);这是由于该术式的手术操作主要是在齿状线上进行的,这也利于解决掉术后疼痛的问题。而出血量大的原因总结来说可能是和术中未能做彻底止血、荷包缝合太浅、吻合不佳、过早排便和凝血机制不良存在一定关系。观察组术后并发症发生率4.8%要比对照组的19.0%低。可见,尿潴留还是常见并发症,而尿潴留发生如此高,笔者认为肛门部的疼痛反射和腰麻是主要诱因,手术过程中由于输液量过多或者是过快,都会造成膀胱过早的充盈,继而发生乏力问题,这也是诱发尿潴留的一个可能性因素。尤其是对年龄超过60岁的患者来说,应术后做导尿管的留置1天,以防发生尿潴留。由于吻合器痔上黏膜环形切除术这一方法并没有涉及到对痔的直接切除,将肛垫予以了保留,同时也保留了ATZ上皮组织,所以并不会造成手术创面,确保了肛管的完整性,使患者肛管即使在术后也能确保保留有良好的排便反射与精细感觉,有效防治肛门狭窄的发生。术后出现吻合口狭窄的问题主要因素在于吻合口太高,同时荷包缝合的没有处于在一个平面上,当发现患者发生狭

窄时,应使用肠镜下水囊扩张的手段,在做3-4次的扩张之后,患者症状便可显著好转起来^[4]。由此来看,与外剥内扎术相比较,吻合器痔上黏膜环形切除术的应用表现出显著优势。以吻合器技术来代替传统的手工切除与缝合,确保了手术的治疗疗效,使手术的并发症有所降低。两种术式的根本区别在于,吻合器痔上黏膜环形切除术并未对痔组织进行切除,只是环形切除了齿状线上2cm之内、2-3cm宽的黏膜和黏膜下组织,悬吊了脱垂的肛垫,并对痔动脉的血供进行了阻断,使其渐渐的萎缩,促进症状的缓解。

概括全文来看,吻合器痔上黏膜环形切除术治疗重度痔疮具有症状恢复好、并发症发生率低的优点,治疗安全性高,可在临床做积极的推广和应用。

参考文献

- [1] 吴晓鹏, 邱燕彬, 曾育杉等. 改良吻合器痔上环形切除术与传统术式治疗中重度痔疮疗效比较[J]. 中医外治杂志, 2014, 23(5):26-27.
- [2] 卢波. 吻合器痔上黏膜环形切除术治疗重度痔疮的临床分析[J]. 数理医药学杂志, 2015, 42(10):1472-1472, 1473.
- [3] 徐维. 吻合器痔上黏膜环形切除术治疗重度痔疮的临床价值分析[J]. 医学信息, 2015, 30(21):221-221.
- [4] 杨积瓊. 用吻合器痔上黏膜环形切除术治疗中重度痔疮的疗效分析[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(4):32-34.

(上接第100页)

盲率达到95%;3例患者术后发生并发症,具体为视网膜脱落2例、短暂时高血压1例。临床上针对白内障患者可以采用彩色超声多普勒诊断仪进行检查诊断,通过对患者晶状体的准确检测以确定其病变情况,进而准确判断患者病情。采用超声乳化联合人工晶状体植入术后治疗白内障患者具有诸多优点,不仅可以有效恢复患者视力,还可以有效缩短患者术后恢复时间,减少治疗费用,具有强烈的现实应用意义。这说明眼科白内障一经诊断,一般应用超声乳化并植入人工晶体,有助于恢复患者视力,具有良好的应用效果,值得推广应用。

参考文献

- [1] 曲振源, 王智群, 张阳, 等. 白内障摘除术后角膜上皮功能障碍临床病例分析[J]. 中华眼科杂志, 2017, 53(3):188-192.
- [2] 徐雯, 鄧舒伊, Xu Wen, 等. 加强对白内障手术的综合认识和管理提高白内障的诊疗水平[J]. 中华实验眼科杂志, 2016, 34(3):193-198.
- [3] 武斌, 吴迪, 周臻, 等. 超声生物显微镜在晶状体悬韧带观察中的临床价值及意义[J]. 中华实验眼科杂志, 2017, 35(5):453-457.
- [4] 张丹娜, 胡卫群, 刘钊臣. 白内障术后出现角膜上皮糜烂与睑板腺功能障碍相关性的临床观察[J]. 临床眼科杂志, 2016, 24(2):141-143.

(上接第101页)

综上所述,微创SuperPath入路半髋置换的效果要优于传统后路治疗,能够缩短手术时间,降低出血量,可以减少术后并发症的发生,改善患者的髋关节功能,值得推广使用。

参考文献

- [1] 赵红莲, 刘晓丽, 冯向春等. 全髋关节置换术和半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效比较[J]. 中国老年学杂志, 2014, 4(23):6671-6672.
- [2] 叶向阳, 王华磊, 赵玉果等. 一期全髋置换与股骨头置换修复老年股骨颈骨折:髋关节功能与并发症的Meta分析[J]. 中国组织工程研究, 2016, 20(22):3328-3336.

- [3] 刘秀丽, 张戟风, 孙玉敏等. 葛根素对老年女性骨质疏松髋关节术后下肢深静脉血栓形成的预防作用[J]. 实用医学杂志, 2017, 33(1):118-120.

- [4] 周杨, 张玉良, 陆建强等. 70岁及以上患者股骨颈骨折手术及非手术治疗方法的疗效分析[J]. 中华老年医学杂志, 2016, 35(6):626-628.

- [5] 区广鹏, 肖军, 郑佐勇等. 金属大头全髋关节置换术和半髋关节置换术治疗老年人股骨颈骨折的近期疗效比较[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(14):3292-3293.

- [6] 魏立. 两种手术治疗高龄老年人股骨颈骨折效果对比[J]. 中国急救医学, 2016, 36(21):89-90.

(上接第102页)

[J]. 中国矫形外科杂志, 2011, 19(18):1513-1516.

[6] 李健, 黄海, 潘永谦, 张平, 王筋, 莫世奋. 髓内外固定治疗老年股骨转子间骨折的临床研究[J]. 中国矫形外科杂志, 2011, 19(22):1849-1853.

[7] 吴勇刚, 王科学, 鲜成树, 赖国维. 两种内固定方法治疗高龄股骨转子间不稳定骨折的疗效分析[J]. 骨科, 2014, 5(01):36-

39+42.

[8] 吴德伟, 唐列. 人工股骨头置换与股骨近端防旋髓内钉治疗老年股骨转子间骨折的疗效分析[J]. 骨科, 2017, 8(03):212-217.

[9] 洛克伍德——格林《成人骨折》裴国献主译第6版人民军医出版社

[10] 李强, 罗先正, 王志义, 等. 人工髋关节置换术后评估方法的研究[J]. 中华骨科杂志, 2001, 21(12):721-725.