



• 临床研究 •

PPH 联合部分肛门内括约肌切断术治疗重度混合痔远期疗效及安全性的临床研究

田磊 (益阳市第三人民医院 湖南益阳 413000)

摘要:目的 探讨吻合器痔上黏膜环切术(PPH)联合部分肛门内括约肌切断术治疗重度混合痔远期疗效及安全性。方法 回顾分析 76 例重度混合痔患者的临床资料,并随机分为观察组和对照组,观察组给予 PPH 联合部分肛门内括约肌切断术治疗,对照组给予常规 PPH 治疗。**结果** 两组患者均顺利完成手术出院,1 年随访发现观察组患者的复发病状(痔核脱出、便血、肛门疼痛)显著低于对照组,组间差异显著($P < 0.05$);2 组患者的肛门狭窄、肛门失禁等并发症比较,无显著差异($P > 0.05$)。**结论** 相比于单一的 PPH 治疗重度混合痔,联合使用部分肛门内括约肌切断术治疗的效果更好,安全性更高。

关键词: PPH 部分肛门内括约肌切断术 重度混合痔 远期疗效 安全性 临床研究

中图分类号: R657.18 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 17-072-02

近年来,随着临床上对 PPH 应用的日渐广泛,越来越多的学者认为吻合器痔上黏膜环切术(PPH)治疗混合痔的远期疗效并不十分理想,部分患者在术后 1 年后均具有较高的复发率,因此如何减少术后复发成为了临床上研究的热点问题^[1]。重度混合痔患者肛肠官管静息压要高于正常人,这是造成混合痔具有高复发率的重要原因^[2]。因此部分学者在此基础上提出了吻合器痔上黏膜环切术联合肛门内括约肌部分切断术治疗。该疗法在重度混合痔治疗中展现出了更优的临床治疗效果,本研究旨在对两种方法联合治疗重度混合痔的效果及远期复发率进行分析,为今后的临床治疗提供可靠的参考依据,现对结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 基本资料

回顾分析笔者所在医院收治的 76 例重度混合痔患者的临床资料,试验时间为 2015 年 4 月至 2018 年 4 月。观察组中男 19 例,女 19 例;患者的年龄在 18-64 岁,平均年龄为(42.51±3.37)岁;病程 2-19 年,平均病程(4.14±1.84)年。对照组中男 20 例,女 18 例;患者的年龄在 18-62 岁,平均年龄为(42.58±3.34)岁;病程 2-22 年,平均病程(4.15±1.85)年。两组患者的资料比较无显著差异($P > 0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准

全部患者均经临床诊断确诊为重度混合痔;均为 3-4 度;全部患者均无手术禁忌症,并签署同意书。

1.2.2 排除标准

合并严重的全身性感染疾病者;合并肿瘤等重大疾病者;合并药物过敏者;不耐受麻醉者。

1.3 方法

1.3.1 手术前准备

手术前需要协助和引导患者做好相关的检查,排除手术禁忌症的患者,并做好胃肠道准备。手术前为患者做好麻醉准备,腰麻下取截石位手术,全部患者均由同一名或同一组临床医师完成手术。

1.3.2 手术方法

观察组患者采取 PPH 联合肛门内括约肌部分切断术治疗。(1) PPH 术:首先需要采用碘伏进行常规的消毒,采用扩肛器使肛门松弛,分别在 5、7、11 点应用无创伤钳夹住肛管皮肤并外牵,将透明的环形肛管扩张器插入到肛管中,缝线固定于肛门外周,同时需要将肛镜插入肛管扩张器内,采用可吸收线通过旋转缝扎转向器沿着顺时针的方向做粘膜下荷包缝合一圈,并注意需要在同一层面的 9 点位缝一针做牵引。如果患者为女性,在进行缝合黏膜时则需要注意不应损伤阴道^[3]。将吻合器头端插入患者的直肠内,收紧荷包线并进行打结,通过带线器将缝线引出,并做持

续性的牵引,释放到安全刻度后激发共持续 30-60 秒。退出吻合器后,检测吻合口是否有出血迹象,一旦出现活动性出血需要进行可吸收线缝扎止血。同样需要注意的是,女性患者需要避免阴道后壁损伤,一旦出现损伤后应给予立即处理,以免出现更严重的并发症。(2) 肛门内括约肌部分切断术的具体操作方法:在截石位的 5、7 点方向纵行切开肛管,操作者将左手食指伸入肛内,扣住肛管直肠环提拉切口。在另一侧手的指引下,沿括约肌间沟插入分离内外括约肌,并予以切断。术后用凡士林纱条填塞,并进行加压固定。对照组患者给予 PPH 治疗,手术的操作步骤与观察组相同。

1.3.3 术后治疗

两组患者同样给予积极的感染预防治疗,并对患者进行为期 2 年的随访,记录两组患者的复发情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS18.0,计量资料采用 t 检验,计数资料使用 χ^2 检验。 $P < 0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的复发病状比较

两组患者均顺利完成手术出院,1 年随访发现观察组患者的痔核脱出、便血、肛门疼痛等复发病状显著低于对照组,组间差异显著($P < 0.05$),见表 1。

表 1: 两组的复发病状比较

组别	例数	痔核脱出	便血	肛门疼痛
观察组	38	2 (5.26%)	1 (2.63%)	2 (5.26%)
对照组	38	10 (26.32%)	7 (18.42%)	10 (26.32%)
P 值		$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

2.2 两组的并发症比较

1 年随访发现 2 组患者的肛门狭窄、肛门失禁等并发症比较,无显著差异($P > 0.05$),见表 2。

表 2: 两组的并发症比较

组别	例数	肛门狭窄	肛门失禁
观察组	38	1 (2.63%)	2 (5.26%)
对照组	38	2 (5.26%)	1 (2.63%)
P 值		$P > 0.05$	$P > 0.05$

3 讨论

PPH 是一种常用治疗方法,对重度的混合痔具有较好的治疗效果,该术式创伤小,术后恢复快,并且疼痛感较轻,因此受到了患者的广泛青睐,也在临床上得到了广泛开展。PPH 在临床上应用已久,虽然对痔病治疗具有较好的效果,但该术式具有较高的复发率,使得患者的满意度较差^[4]。

(下转第 74 页)



的病损仔细检查,必要时行病理检查。告诫老年人,对于口腔治疗如充填、义齿修复、牙周治疗等,不是一次即可终生不变,要求老年人定期检查,及时治疗所出现的问题。口腔疾病的高发和不正确的牙齿护理清洁习惯有很大关系。研究证明,一个细菌每3小时就可以繁殖一代。此外,常用漱口水可能导致口腔菌群失调,从而引发更多口腔疾病的发生。因此,专家建议,牙周病人应在口腔专业医生指导下有针对性地使用治疗性漱口水。

2.3 社区牙科治疗

老年人是社区保健的重点人群,经过口腔保健培训的初级卫生保健人员,针对老年人的需要有计划、有组织地进行口腔保健活动,包括口腔健康教育与促进、口腔卫生指导、定期口腔检查、供应口腔保健用品,适当安排治疗与功能康复。社区口腔保健有三大对策:口腔教育者、口腔健康促进和综合防治,其中口腔健康促进是核心。社区口腔教育者就是通过多种形式的口腔健康教育和各种政策、法规以及组织的宣传和支持,促进老年人自觉采纳有益于口腔健康的行为和生活方式,消除和减轻影响口腔健康的危险因素,并针对老年人普遍存在的口腔卫生问题,如龋病、牙周疾病的控制及预防知识、方法,进行口腔健康教育与具体指导实施,可使各种老年口腔疾病、口腔癌或继发癌早期发现,潜在的改善老年人及其他癌症患者的生存机会和功能,促进老年人口腔健康和生活质量的提高。社区口腔医疗中心和医院通过建立伙伴关系积极合作,创新的口腔保健和护理也使老年人改善生活质量。社区牙科治疗需要发挥社区与口腔卫生服务人员的作用。

2.4 康复口腔基本功能

大多数老年人口腔功能都有不同程度的丧失,牙齿松动、缺失是常见的现象,应及时修复牙列,对于难以修复的残根、残冠应及时拔出,缺失牙齿应及时修复,一般在拔牙后2-3个月进行修复为宜,以便及早恢复咀嚼功能,有利于消化吸收。要使口腔内的余牙保持健康,一方面由专业人员帮助洁治和治疗,加上个人口腔保健活动来保持;另一方面是及时修复缺失牙,减轻余牙的咀嚼力负担,恢复口腔的基本功能。同时要注意保护好义齿,每餐之后要洗刷干净,睡前摘下,浸泡于清水之中以防变形。已经修复的义齿都要定期检查,及时修改调整。戴义齿的老年人更应该注意保持口腔卫生,睡前应将活动义齿取出并用牙膏或义齿清洗液清洗污垢,然后浸入冷开水中保存。久戴义齿,常有不适,甚至引起口腔组织红肿、疼痛、溃疡,应由医生检查给予处理更换。保持义齿处于功能状态,是口腔康复保健的重要内容。掌握老年人的性格与心理,注意态度,使其信赖,加强互相理解和合作也是十分重要的。

参考文献

- [1] 张韬玉,邹元直.现代老年病[M].哈尔滨:黑龙江人民出版社,1987,387
- [2] 马力扬,李晓玲,杨兰等.甘肃省老年居民的口腔健康行为[J].中国老年学杂志,2012,32(19):4242-4243.
- [3] 栾文民,前言-老年口腔医学概况[J].实用老年医学,2002,16(6):283-285

(上接第71页)

手术中患者的出血量、手术后患者胃肠功能排气时间、患者住院时间等指标比较上,采用腹腔镜手术治疗下的观察组33例患者,临床实效性均显著优于对照组33例患者,有统计学意义($P < 0.05$)。观察组33例,手术后出现切口感染1例,吻合口漏2例,并发症发生率为6.1%;对照组33例,手术后出现切口感染3例,吻合口漏3例,肠梗阻2例,并发症发生率为21.2%。两组比较,卡方检验值为5.165,差异显著有统计学意义($P = 0.022, < 0.05$)。

总的来看,笔者以为,开腹胃肠肿瘤根治术的经验与娴熟的腹腔镜操作技术,理所应当成为今后该领域诊疗与方案实施的必备条件。简言之,包括手术中所使用的各设备仪器,比如超声刀、腹腔镜下切缝器、腹腔镜下吻合器等等,这些还需要做进一步的完善。另外,主治医师和助手,也需要加强学习,

以此来增强熟练的腹腔镜操作,这些均属于实现手术高效配合、优质完成的基础性保障,是不可或缺的。只有如此,才能将腹腔镜技术这一基本外科技能推广开来,进而将微创手术的理念深入人心。

参考文献

- [1] 李坚.腹腔镜手术与传统开腹手术对胃肠肿瘤患者的临床疗效及血凝状态观察[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(01):94-95.
- [2] 于立书.腹腔镜在胃肠肿瘤手术中的应用观察[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(85):16699.
- [3] 郑健林,徐白生.县级医院开展腹腔镜辅助下胃肠肿瘤手术体会(附43例报道)[J].江西医药,2017,52(09):866-867.
- [4] 王军伟.胃肠肿瘤患者实施不同手术治疗方案对患者血凝状态和治疗效果的影响[J].中国医药指南,2017,15(26):145-146.

(上接第72页)

肛门内括约肌部分切断术最早被应用于肛裂治疗,随着临床上对肛门内括约肌解剖生理结构认知的不断加深,肛门内括约肌部分切断术也被广泛应用于痔病治疗,肛门内括约肌部分切断术联合吻合器痔上黏膜环切术治疗痔病,一方面可直接接触直肠下段黏膜,促使脱垂的内痔向上悬吊,另一方面肛门内括约肌部分切断术又可能阻断黏膜下层的血管供应,使痔疮血供减少,另外部分切断术也有助于改善肌张力,降低肛管直肠的静水压,能有效改善局部血液循环,降低疾病的复发率,使得患者的远期预后质量更好^[5]。

本研究结果显示,两组患者均顺利完成手术出院,1年随访发现观察组患者的复发症状(痔核脱出、便血、肛门疼痛)显著低于对照组,组间差异显著($P < 0.05$);2组患者的肛门狭窄、肛门失禁等并发症比较,无显著差异($P > 0.05$)。上述结果提示对重度的混合痔患者采取PPH联合部分肛门内括约肌切断术的疗效更好,更有助于降低疾病的复发率,有助于提升患者的预后

质量,值得在临床上广泛应用和推广。

参考文献

- [1] 高尚明,赵耀,郭海,赵晓峰.PPH联合部分肛门内括约肌切断术治疗重度混合痔远期疗效及安全性的临床研究[J].重庆医学,2014,43(24):3187-3188+3191.
- [2] 张检平,戴澄安,王添花,等.PPH联合部分肛门内括约肌切断术在重度混合痔治疗中的应用[J].当代医学,2016,22(33):93-94.
- [3] 石全世,王广平.肛门内括约肌切断术联合PPH治疗Ⅲ、Ⅳ度混合痔效果观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(04):436-438.
- [4] 周剑.吻合器痔上黏膜环切术联合内括约肌切断术治疗混合痔的远期疗效及安全性分析[J].中国现代药物应用,2017,11(22):49-50.
- [5] 刘纪锋,姚健,王顺和,等.外剥内扎术联合内括约肌部分切断术治疗环状混合痔的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2012,21(18):1985-1986.