



· 临床研究 ·

选择性痔上黏膜切除钉合术结合外痔切除术与外切内扎术治疗环状混合痔的临床疗效对比

谢亚朦 (福建中医药大学附属人民医院 福建福州 350004)

摘要: 目的 通过观察两种手术方式(选择性痔上黏膜环切钉合术结合外痔切除术与外切内扎术)对环状混合痔的治疗,对比研究其总体疗效、术后并发症及盆底表面肌电图的变化,进而探讨两种术式的优劣。**方法** 对2016年1月至2016年6月本院肛肠一科收治并符合诊断标准的患者随机分成两组,A组(40例)采用选择性痔上黏膜切除钉合术结合外痔切除术,B组(40例)采用外切内扎术。比较两种术式的临床疗效以及术前术后盆底肌电图的变化情况。**结果** 两种术式均能起到一次性治愈的效果,但选择性痔上黏膜环切钉合术结合外痔切除术与外切内扎术具有术后恢复快,术后并发症少的优点,并且更能保护患者的肛门功能。

关键词: 选择性痔上黏膜环切钉合术结合外痔切除术 外切内扎术 环状混合痔 临床疗效

中图分类号: R657.18 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)08-158-02

痔病是一种最常见的直肠肛管良性疾病,其发病率占我国肛门直肠疾病的87.25%^[1]。环状混合痔主要是由Ⅲ期或Ⅳ期脱垂性内痔及外痔发展演变而来的;其外痔部分围绕肛缘一周呈环形,形成环形的静脉曲张型或结缔组织型混合痔。其肛门局部体征的特点是痔核个数多,体积大,占据了直肠末端、齿状线及肛缘一整圈,并且痔核与痔核之间缺少了自然的分界线,在一定程度上给手术处理带来了困难。笔者运用选择性痔上黏膜切除钉合术结合外痔切除术在治疗环状混合痔上,相对于外切内扎术能减少术后并发症,缩短愈合时间,更好地保护肛门功能,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

环状混合痔的诊断标准参照2004年中国中医药学会肛肠分会制定的《肛肠疾病诊断标准》。^[2]将2016年1月至2016年6月本院肛肠一科收治并符合诊断标准的患者按随机数字表分成A组和B组。A组:男24例,女16例,年龄:20岁~65岁,病程:1~24个月;B组:男27例,女13例,年龄:22岁~68岁,病程:1~18个月。两组患者在性别、年龄、病程方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 手术方法

A组患者椎管内麻醉生效后,患者取截石位,暴露肛门,常规消毒铺巾。扩肛处理,检查了解痔核的大小、分布、脱垂情况后,选择肛门镜并固定,使痔上黏膜暴露在开环式肛门镜的窗口内,用2-0可吸收线于齿状线上约3cm处行分段式荷包缝合,将吻合器头端伸入荷包上方并将荷包缝线打结。利用带线棒将缝线的尾端从吻合器组件的侧孔中带出并打结,慢慢旋紧吻合器,吻合器组件完全伸入肛管内。适度拉紧荷包缝线,使脱垂的黏膜完全进入吻合器的空腔中,激发吻合器,完成切割、吻合。缓慢向外抽出器械,检查切除黏膜完整。使用支撑套检查吻合口,若未见出血,退出支撑套;如有出血,可用2-0可吸收丝线缝合止血后退出支撑套。检查肛缘外痔分布的情况,钳夹外痔,在距离齿状线以下约0.5cm处予剥离痔核下曲张的静脉并切除。

B组患者椎管内麻醉生效后,患者取侧卧位,暴露肛门,常规消毒铺巾。检查并暴露全部痔核,根据尽可能保护肛管齿线区域组织的原则设计痔体之间的切离线。选择痔体两侧的自然凹陷处为切离线;

若痔体间无自然凹陷,应人为设置切离线。先在切离线的两侧各夹一把血管钳,在两钳之间纵行切断约0.3~0.5cm,使其成为一个独立的痔核,再用一把血管钳沿肛管纵轴方向夹平该痔核基底部,手术剪紧贴血管钳,剪至痔核的2/3,然后用10号丝线对其予结扎处理。扎毕后剪去外痔及部分内痔,保留部分内痔残端。同法处理其他痔核,注意在手术切口间保留足够的皮桥。最后将肛缘处多余的皮瓣予以修整。

1.3 术后处理

两组患者术后均予抗生素预防感染3d,每日便后均坐浴、常规换药。

1.4 观察指标

观察术后第1d、3d、7d两组患者的疼痛、肛缘水肿;记录两组患者创面的愈合时间;记录术前1d、术后2个月两组患者盆底表面肌电图的变化情况。记录并将各项参考指标量化:1)疼痛:采用VAS评分法。参照92年全国第七次肛肠学术会议制订的标准:0分:完全不痛,2分:基本不痛,排便或换药时稍感不适,4分:偶有疼痛,无需处理,6分:时感疼痛,排便或换药时疼痛更加明显,需予一般镇痛药口服处理,8分:疼痛程度较重,需予杜冷丁、吗啡等止痛。2)肛缘水肿:0分:无水肿,1分:水肿范围/肛周 $\leq 1/4$ 圈,2分:1/4圈 $<$ 水肿范围 $\leq 1/2$ 圈,3分:水肿范围/肛周 $> 1/2$ 圈。创面愈合时间是指术后第1d至创面肉芽组织完全被上皮组织覆盖的天数。总体疗效:参考1995年国家中医药管理局颁布的痔疗效标准:0分:即症状明显减轻,体征基本消失,2分:即显效,即等症、体征好转,4分:即无效,即症状、体征均无改善。术前1天、术后2个月对患者进行盆底表面肌电图测试。观察指标包括:测试前基线、最大收缩值和到达峰值时间、持续性收缩的平均值、耐受试验中值频率以及测试后基线。

1.5 统计学分析

收集临床观察资料,使用统计软件(SPSS16.0)对资料数据进行统计分析。

2 结果

2.1 术后疼痛:分别在术后术后1、3、7d进行观察评估,记录VAS值,进行疼痛情况评估。结果用秩和检验进行分析。术后1d、3d、7d肛门疼痛评分的差异有统计学意义($P=0.001$ 、 $P=0.000$ 、 $P=0.000$)均为 $P<0.05$,有显著性差异。

表1: 两组病例术后肛门疼痛积分的对比

组别	例数	术后第1天					术后第3天					术后第7天				
		0分	2分	4分	6分	8分	0分	2分	4分	6分	8分	0分	2分	4分	6分	8分
A组	40	20	15	2	2	1	15	15	9	1	0	7	20	10	3	0
B组	40	10	11	2	12	5	5	3	20	10	2	1	10	8	18	1

2.2 创面水肿情况:分别在术后1、3、7d进行观察创面的水肿情况并记录,结果用秩和检验进行分析。术后1d、3d、7d创面的水肿情况的差异有统计学意义($P=0.000$ 、 $P=0.005$ 、 $P=0.005$)均为 $P<0.05$,有显著性差异。

表2: 两组病例肛门创面水肿情况的对比

组别	例数	术后第1天				术后第3天				术后第7天			
		0分	1分	2分	3分	0分	1分	2分	3分	0分	1分	2分	3分
A组	40	32	8	0	0	30	6	4	0	28	15	7	0
B组	40	20	10	5	5	18	12	4	6	12	15	8	5

2.3 创面愈合时间: A组手术创面愈合时间最短为5天,最长为



15天, 平均为 9.73 ± 2.96 天; B组手术创面愈合时间最短为16天, 最长为30天, 平均为 23.33 ± 4.22 天。两组数据经统计学分析, 采用两样本均数比较的t检验, $P=0.000 < 0.05$, 有显著性差异。

2.4 术前术后盆底肌电图变化: 采用生物反馈治疗仪对A组与B组在术前第1天及术后2个月进行盆底表面肌电图评估。两组数据经统计学分析, 采用两样本t检验。两组病例在术前1天收集的测试前基线、最大收缩值、到达峰值时间、持续性收缩的平均值、耐受试验中值频率以及测试后基线(P值分别为: 0.966、0.956、0.790、0.670、0.925及0.709)对比无显著性差异(P均大于0.05)。术

后第2个月, A组测试前基线、最大收缩值、到达峰值时间、持续性收缩的平均值、耐受试验中值频率以及测试后基线与术前1天测得的参数相比较, P值分别为0.148, 0.953, 0.325, 0.159, 0.908及0.104(P均大于0.05), 无显著性差异; B组测试前基线、最大收缩值、到达峰值时间、持续性收缩的平均值以及测试后基线与术前1天测得的参数相比较, P值分别为0.000, 0.001, 0.000, 0.008, 及0.000(P值均小于0.05), 有显著性差异, 耐受试验中值频率P值为0.071>0.05, 无显著性差异。

表3: 盆底表面肌电图评估

组别	例数	时间	测试前基线(V)	最大收缩值(V)	到达峰值时间(s)	持续收缩的平均值(V)	耐受试验中值频率(V)	测试后基线(V)
A组	40	术前1天	3.25 ± 0.14	94.11 ± 16.87	0.15 ± 0.03	67.36 ± 9.07	85.92 ± 4.84	3.37 ± 0.16
		术后第2个月	3.34 ± 0.14	89.44 ± 15.51	0.22 ± 0.26	63.25 ± 9.12	86.39 ± 5.50	3.48 ± 0.16
B组	40	术前1天	3.26 ± 0.12	95.95 ± 17.08	0.15 ± 0.02	65.72 ± 11.05	86.08 ± 5.23	3.34 ± 0.12
		术后第2个月	5.19 ± 0.23	74.27 ± 15.33	0.28 ± 0.03	58.21 ± 10.06	81.82 ± 5.76	5.34 ± 0.19

2.5 总体疗效: A组共40例, 其中痊愈为40例; B组共40例, 其中痊愈40例。两组痊愈率均为100%。两组患者在总疗效方面完全无差异。

3 讨论

环状混合痔作为肛肠科难治性疾病之一, 对于其的治疗, 既要保证疗效, 一次性消除病患, 又要尽可能地保护肛门正常的解剖结构及生理功能, 即在手术处理痔核的过程中, 注意减少损伤肛管齿线处的上皮。目前, 临床上对于环状混合痔的治疗仍以手术治疗为主。其中, 外切内扎术是治疗该病最常用的术式。该术式是在祖国医学传统的结扎术上发展而来的, 是典型的中西医结合术式。其优点是对于相互之间有自然分界线的痔核效果佳, 且操作简单; 缺点是术后容易造成局部创面水肿, 剧烈疼痛以及肛管齿线区域组织缺损等, 甚至对肛门正常的形态和功能产生影响。

近年来, 随着肛垫学说的兴起及吻合器手术的发展, 选择性痔上黏膜切除钉合术(TST)成为新兴的治疗环状混合痔的安全、有效的术式。该术式是切除内痔痔核上方的部分黏膜并吻合, 起到悬吊、断流、减积的目的, 保护了正常黏膜及肛垫组织, 即切口主要在非功能

区, 而实现了对肛门功能区的有效保护。TST有“悬吊”的作用, 故环状混合痔经TST术治疗后, 其外痔部分多形成颗粒状、孤立的痔核, 且痔核均较前明显变小。在这个基础上加行外痔切除术既能减少对肛缘皮肤的损伤, 又能降低手操作的难度。这样在外痔的处理上, 既降低了手术的难度, 也减少了肛管手术创面, 更好地保护肛门的功能。

总之, 选择性痔上黏膜环切钉合术结合外痔切除术是一种治疗环状混合痔的微创化^[3]的手术方式, 具有损伤小, 恢复快, 术后并发症少等显著优势, 值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 李春雨, 张有生. 实用肛门手术学[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2005:95-96.
- [2] 中华中医药学会肛肠分会. 肛肠疾病诊断标准[S]. 中国肛肠病杂志, 2004, 24(4): 4.
- [3] 林宏城, 任东林, 谢尚奎, 彭慧, 苏丹. 选择性痔上黏膜切除钉合术与痔上黏膜环切钉合术的对比研究[J], 广东医学, 2011, 32(11): 1457-1460.

(上接第156页)

数、配合指数及整体指数水平, 整体优于单独治疗组, 在研究治疗中, 尤其可作为一项单独的研究课题在基层医院推广。该方法具有简单易行、科学合理、积极向上, 且富有哲思。在目前的研究治疗中, 作为易行的方法, 在治疗中, 还必须在医师的指导下进行, 避免不当训练对生命健康造成严重损害。

综上所述, 功能训练配合吞咽功能训练促脑梗死患者吞咽功能恢复疗效确切, 较单独功能训练对患者的整体功能恢复水平高, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 雷伟东, 马河洲, 黄小良等. Vitalstim 吞咽障碍治疗仪配合吞咽功能训练治疗卒中后吞咽功能障碍疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2014, (3):101-101, 102.
- [2] 孟阳, 顾莹, 王欣等. 爱荷华口肌训练仪配合吞咽功能训练治疗卒中后吞咽功能障碍的临床观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2015, 37(12):934-936.

(上接第157页)

综上所述, 对于老年患者口腔的颌面部肿瘤来说, 通过手术联合放疗治疗的方法能够获得较理想的疗效, 值得临床上的广泛推广。

参考文献

- [1] 马欣, 王磊, 李慧蕴. 老年口腔颌面部肿瘤80例手术治疗分析[J]. 中国实用医药, 2016, 11(15):81-82.
- [2] 刘志勇. 老年口腔颌面部肿瘤的临床手术治疗分析[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(17):4044-4045.
- [3] 胡银徐, 曹颖, 张华. 老年口腔颌面部肿瘤不同手术治疗的

, 2015, 37(12):934-936.

- [3] 王珊珊, 白田雨, 刘敏等. 肌电生物反馈和针刺结合康复功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2014, 36(2):129-131.
- [4] 罗君, 魏汉菊, 张宇虹等. 神经肌肉电刺激配合吞咽功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 中国康复, 2013, 28(3):184-185.
- [5] 魏爱翔, 安玉兰. 针刺配合吞咽功能训练治疗中风后吞咽障碍50例临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 07(5):415-416, 134.
- [6] 郑宏, 冯士梅, 张建奎等. 针灸联合按摩治疗脑瘫合并吞咽障碍的临床研究[J]. 中国康复医学杂志, 2014, 29(10):918-922.
- [7] 毕小丽, 胡建芳, 周伍等. 益气活血、化痰开窍中药配合功能训练治疗脑梗死患者吞咽障碍的临床观察[J]. 中国医药导报, 2014, (20):103-105, 113.
- [8] 刘梅玲, 李敬民. 功能训练配合吞咽功能训练促进脑梗死患者吞咽功能恢复的作用[J]. 大家健康(下旬版), 2016, 10(5):226-227.

临床特点[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(21):5339-5340.

- [4] 陈新. 口腔颌面部肿瘤患者的手术治疗效果观察[J]. 海南医学, 2013, 24(20):3072-3073.
- [5] 陈宇轩, 韩小宪, 陈书军, 肖剑锐, 魏晓总, 崔超. 老年口腔颌面部肿瘤110例手术治疗分析[J]. 解放军医药杂志, 2013, 25(03):53-56.
- [6] 霍秀英, 程燕波. 78例老年口腔颌面部肿瘤患者围手术期护理[J]. 河北北方学院学报(自然科学版), 2012, 28(06):94-96.
- [7] 吕凌峰, 钟新华. 手术治疗口腔颌面部肿瘤患者的效果观察[J]. 当代医学, 2012, 18(21):45-46.