



吻合器痔上黏膜环切术与外剥内扎术治疗重度痔疮的效果观察

钟拥植 (邵阳市中心医院 422000)

摘要: **目的** 对比分析吻合器痔上黏膜环切术 (Procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)、外剥内扎术 (Milligan-morgan hemorrhoids, MMH) 对重度痔疮的临床疗效情况。**方法** 2015年6月-2016年6月根据术式不同将80例重度痔疮患者分为对照组40例 (接受MMH) 及实验组40例 (接受PPH), 比较两组住院时间、治疗总有效率、并发症发生率。**结果** 与对照组相比, 实验组的住院时间更短 ($P<0.05$)。此外, 实验组治疗总有效率、并发症发生率分别为97.50%、7.50%, 均显著优于对照组85.00%、27.50% ($P<0.05$)。**结论** 采用PPH治疗重度痔疮具有疗效好、恢复快、安全性佳等诸多优点, 值得临床应用。

关键词: 重度痔疮 外剥内扎术 吻合器痔上黏膜环切术 疗效

中图分类号: R657.18 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 14-115-01

痔疮为肛肠科多发病、常见病, 其自然人群发生率可高达40%^[1]。临床上, 轻度痔疮多采用药物治疗, 重度痔疮常需接受手术治疗。然而, 传统MMH具有术后疼痛剧烈、恢复慢、并发症多等缺点, 远远无法满足患者康复需求。因此, 寻求一种有效、安全的重度痔疮治疗术式具有重要临床价值。本研究中, 40例实验组患者接受PPH, 获得较好疗效, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 2015年6月-2016年6月根据术式不同将80例重度痔疮患者分为对照组和实验组, 各40例。纳入标准: 符合《痔诊断和治疗指南》中III期及IV期痔诊断标准^[2]; 认知正常, 知情同意。排除标准: 妊娠期女性; 合并肛周脓肿、肛瘘者; 合并肠炎、腹泻者。在对照组中, 男24例, 女16例; 年龄20-68岁, 平均 (43.52±5.79) 岁; 病程1-16年, 平均 (7.05±1.27) 年; 其中, III期28例, IV期12例。在实验组中, 男23例, 女17例; 年龄19-70岁, 平均 (44.05±6.24) 岁; 病程1-19年, 平均 (7.20±1.39) 年; 其中, III期27例, IV期13例。组间临床分期、病程、年龄等一般性资料比较, $P>0.05$, 具备可比性。

1.2 方法: 术前, 两组患者均常规进行肠道准备: 腰麻或者硬膜外麻醉后, 协助患者取截石位, 常规消毒铺巾; 然后, 进行肛管内消毒并扩肛至4指。(1)实验组接受PPH, 即应用一次性肛肠吻合器 (型号: PYGC-32 厂家: 普瑞斯星医疗器械有限公司) 进行扩肛; 常规取出内芯, 固定扩张器, 在患者齿状线上3-4cm左右位置应用缝扎器进行黏膜下荷包缝合 (III期者做单层荷包缝合, IV期者需进行双层荷包缝合); 取出缝扎器, 置入吻合器, 收紧荷包线, 然后, 对接吻合器及缝扎器头端的中心杆, 应用持线器经吻合器套管处牵出缝线; 顺时针收紧吻合器至切割位, 然后, 打开保险, 保持闭合状态30s后将吻合器退出, 未见出血则可进行加压包扎。(2)对照组接受MMH, 即沿着患者肛缘 (痔脱出部位), 在痔基底部作V字形切口 (切口至齿状线), 按照由外向内的顺序进行痔剥离, 钳夹内痔的基底部, 应用8字法进行残端及内痔缝扎, 切除内痔, 常规消毒创面, 加压包扎 (或者进行横行间断缝合)。术后1周, 嘱患者应用高锰酸钾坐浴、外用马应龙痔疮膏、口服通便润肠药物; 此外, 还应嘱两组患者合理膳食、禁食辛辣刺激性食物、多饮水、禁久坐、注意休息。

1.3 观察指标: 比较两组住院时间、治疗总有效率 (疗效评定标准^[3], 治愈: 患者便血、疼痛等症状完全消失, 未见黏膜脱垂; 有效: 患者症状显著改善, 且基本未见黏膜脱垂; 无效: 患者临床体征及症状均无显著改善; 治疗总有效率=有效率+治愈率) 及并发症发生率。

1.4 统计学处理: 应用SPSS15.0统计学软件, 计量数据 ($\bar{x} \pm s$) 比较采用t检验, 计数数据 (%) 比较应用 χ^2 检验, $P<0.05$ 提示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组住院时间: 实验组平均住院时间为 (6.53±0.77) d, 显著短于对照组 (11.28±3.52) d ($t=8.540$, $P=0.000$)。

2.2 比较两组临床疗效: 实验组治疗总有效率显著高于对照组

($P<0.05$), 见表1。

表1: 比较两组临床疗效 (n)

组别	n	治愈	有效	无效	治疗总有效率 (%)
对照组	40	13	21	6	85.00
实验组	40	24	15	1	97.50
χ^2					3.914
P					0.048

2.3 比较两组并发症发生情况: 住院期间, 实验组并发症发生率为7.50% (切口渗血1例, 便中带血2例), 显著低于对照组27.50% (肛门狭窄3例, 切口渗血3例, 便中带血3例, 肛门瘙痒2例), $\chi^2=5.541$, $P=0.019$, 差异有统计学意义。

3 讨论

传统MMH以静脉曲张学说为主要理论基础, 对重度痔疮具有肯定疗效; 然而, 由于患者痔体间界限消失, 术后患者的黏膜桥、皮肤桥极易出现水肿现象, 致使其术后并发症发生率较高, 严重影响患者康复进程。因此, 寻求一种有效、安全的重度痔疮治疗术式是临床亟待解决的问题。PPH是21世纪初传入我国的痔疮治疗术式, 该法具有操作简单、创伤小、恢复快、疗效确切、并发症少等优点^[4-5]。

本研究, 对比MMH及PPH的有效性及其安全性发现: 与对照组相比, 实验组的住院时间更短 ($P<0.05$); 实验组治疗总有效率、并发症发生率均显著优于对照组 ($P<0.05$), 与相关报道一致^[6-7]。其可能因为, PPH不损伤肛垫, 可最大限度的保留患者肛门功能, 有助于减低肛门瘙痒等并发症; PPH切断了患者黏膜下层及黏膜层肛垫血管, 可有效减少肛垫术后血供, 有助于减低切口渗血、便中带血等并发症; PPH借助特殊器械在患者直肠内“无痛区”进行操作, 可有效减低患者术后疼痛程度, 加速患者康复进程, 改善患者预后。

综上, 采用PPH治疗重度痔疮具有疗效好、恢复快、安全性佳等优点, 值得推广。

参考文献

- [1] 吴成声, 郑圣保. 吻合器痔上黏膜环切术的近远期疗效及手术操作体会 [J]. 安徽医药, 2015, 19(1):120-122.
- [2] 美国结直肠外科医师协会标准化工作委员会, 丁义江, 皇甫少华, 等《痔诊断和治疗指南 (2010 修订版)》[J]. 中华消化外科杂志, 2012, 11(3):243-246.
- [3] 何子平, 张庆昱. 吻合器痔上黏膜环切术与外剥内扎术治疗重度痔疮的远期疗效对比观察 [J]. 中国医学创新, 2013, 10(21):48-50.
- [4] 李红, 董玮, 王晓乐. 吻合器痔上黏膜环切术与外剥内扎术治疗重度痔疮的效果分析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(5):600-602.
- [5] 刘利荣, 邱克, 李玉萍. 吻合器痔上黏膜环切术治疗 87 例重度痔疮的疗效分析 [J]. 中国医药导报, 2012, 9(11):59-60.
- [6] 傅厚丰, 胡军. 吻合器痔上黏膜环切术与外剥内扎术治疗重度痔疮的效果观察 [J]. 海南医学, 2012, 23(1):68-69.
- [7] 马新蓉. PPH术加外痔切除术治疗重度混合痔疗效观察 [J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(32):104-1105.