

pph 联合外剥内扎治疗混合痔的疗效观察

刘勤刚

宜良县第二人民医院 652100

【摘要】目的 对 pph 联合外剥内扎治疗混合痔的疗效。**方法** 自我院 2016 年 1 月 -2018 年 12 月间收治的混合痔患者中选取 72 例作为研究对象, 采取随机双盲法将患者分为参照组与观察组, 每组各 36 例, 其中参照组患者接受单纯外剥内扎治疗, 作为对比观察组患者则接受 pph 联合外剥内扎治疗, 治疗结束后就治疗效果展开分析探讨。**结果** 分析两组患者的手术成功率及复发率, 发现观察组患者的手术成功率为 100%, 复发率为 2.78%, 较参照组的 86.11% 与 27.78% 更优 ($P < 0.05$); 分析两组患者的术后并发症率, 发现观察组患者的术后并发症率为 22.22%, 较参照组的 47.22% 更优 ($P < 0.05$)。**结论** pph 联合外剥内扎治疗混合痔的效果较为理想, 手术成功率较高且术后复发几率较低, 术后并发症也更少, 是一种值得临床推广与借鉴的治疗方式。

【关键词】 pph; 外剥内扎; 混合痔

【中图分类号】 R657.18

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2019) 02-034-02

混合痔是肛肠科的疑难疾病, 主要发生在肛门同一方位齿线上下, 内外相连并无明显界限, 在治疗中相对复杂。传统的疗法治疗混合痔, 如 pph 法, 能够有效解决肛垫下移的问题, 但对于外痔的处理并不理想, 留下了复发的可能性, 且肛门外观不平整, 患者的满意度不高^[1]。近年来, pph 联合外剥内扎治疗混合痔在临床中得到广泛应用, 本文以 72 例临床病例为研究对象, 对 pph 联合外剥内扎治疗混合痔的疗效展开探讨, 现将研究结果进行简单整理报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

自我院 2016 年 1 月 -2018 年 12 月间收治的混合痔患者中选取 72 例作为研究对象, 采取随机双盲法将患者分为参照组与观察组, 每组各 36 例, 所有患者均对本次研究知情且同意, 已上报伦理委员会批准。参照组患者中有男性 20 例, 女性 16 例, 年龄在 23-56 岁之间, 平均年龄为 (35.66±5.17) 岁, 病程 1-15 年, 平均病程为 (6.81±2.33) 年; 观察组患者中有男性 19 例, 女性 17 例, 年龄在 22-55 岁之间, 平均年龄为 (36.03±5.45) 岁, 病程 2-17 年, 平均年龄为 (6.93±2.69) 年。将两组患者的性别、年龄等一般资料录入系统进行检验, 并未发现显著差异 ($P > 0.05$), 提示可以进行组间对比研究。

1.2 方法

参照组患者接受外剥内扎治疗, 手术方法如下: 对患者进行腰硬联合麻醉, 麻醉起效后消毒并扩肛, 用艾利斯钳提起外痔隆起最高处, 作一 V 型切口, 并将组织剥离到齿线 0.3cm 处, 将皮下曲张静脉丛分离, 利用止血钳夹住外痔残端及内痔基底处, 选用合适的结扎线进行结扎, 并将结扎内部分切除, 切口呈现放射开放性, 两切口之间需要保留 0.5-1.0cm 的皮桥, 之后在肛内常规放置消炎栓, 并利用止血散及凡士林纱布等进行加压包扎。

观察组患者接受 pph 联合外剥内扎治疗, 手术方法如下: 麻醉方式与参照组相同, 之后常规消毒扩肛, 在肛缘 6 点、

12 点方向固定扩肛器, 之后取出内芯, 暴露齿线上 3-4cm 的肠黏膜, 消毒后将肛肠缝扎器, 选用 10 号丝线从 3 点位入针, 缝合到 11 点位, 并且不拉紧缝合线, 取吻合器置于缝合线上方, 之后进行旋转吻合, 打结固定但不要紧。使用带线器将缝合线从吻合器左右侧两孔穿出, 之后将两侧的缝合线打结并固定。女性患者应配合指诊, 完成后应检查吻合口有无出血现象, 之后进行缝合。

1.3 观察指标

①观察两组的手术成功率(一次性)及术后复发率; ②观察两组患者的术后并发症情况, 如尿潴留、肛门狭窄及肛缘水肿。

1.4 统计学处理

以 SPSS21.0 系统作为数据处理软件, 将两组患者的数据资料录入系统进行检验, 以 (n, %) 表示计数资料, 行卡方值检验, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, 行 t 值检验, 若见组间差异存在 $P < 0.05$, 即存在统计学差异。

2 结果

2.1 观察组与参照组患者的治疗效果对比

分析两组患者的手术成功率及复发率, 发现观察组患者的手术成功率为 100%, 较参照组的 86.11% 有 $\chi^2=5.373$, $P=0.020 < 0.05$, 复发率为 2.78%, 较参照组的 27.78% 有 $\chi^2=8.692$, $P=0.003 < 0.05$ 。

2.2 观察组与参照组患者的术后并发症情况对比

分析两组患者的术后并发症率, 发现观察组患者的术后并发症率为 22.22%, 较参照组的 47.22% 更优 ($P < 0.05$), 详见表 2。

表 2: 两组患者的术后并发症情况 (例, %)

组别	例数	尿潴留	肛门狭窄	肛缘水肿	并发症率
观察组	36	7	0	1	8 (22.22)
参照组	36	8	4	5	17 (47.22)
χ^2					4.963
P					0.026

3 讨论

混合痔是一种肛肠科疑难病症, 近年来部分专家认为肛垫人人皆有, 而肛垫的病理性肥大即形成痔疮, 部分痔疮可以在药物保守治疗下恢复, 但分型为 III 度及 IV 度的肛垫肥大无法通

(下转第 37 页)

作者简介: 刘勤刚 (1984 年 10 月 6 日 -), 籍贯: 云南江川, 民族: 汉族, 职称: 主治医师, 学历: 本科, 主要从事普外科疾病的诊断及手术, 腹股沟疝手术, 腹腔镜胆囊切除术、肝囊肿去顶减压术, 甲状腺手术, 混合痔、肛周脓肿、肛瘘、大隐静脉曲张等手术, 以及各类急腹症的诊断及手术。

分界进行逆行剥离,对增生腺体血供进行隔绝,快速切除,止血效果更佳且创伤较小。此次研究结果显示 A 组患者手术时间以及术中出血量均显著高于 B 组。比较并发症发生几率, A 组为 15.8%, B 组为 2.6% 也存在显著差异。比较前列腺症状积分则未见明显差异。以上研究结果可证明经尿道前列腺电切与前列腺剜除术均可达到良好治疗效果,但前列腺剜除术手术操作更为安全,出血量更少,更利于患者康复。

综上所述,经尿道前列腺电切与前列腺剜除术的治疗效果均较为显著,但相较而言前列腺剜除术手术创伤更低,并发症发生几率更低,具有良好推广应用价值。

参考资料

[1] 李永青. 经尿道前列腺剜除术与电切术治疗高危良性前列腺增生的安全性和疗效比较 [J]. 现代诊断与治疗, 2018,

29(17):2791-2793.

[2] 张成, 刘嘉. 经尿道前列腺剜除术与电切术治疗高危良性前列腺增生的安全性和疗效比较 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(12):61+63.

[3] 张晓辉. 经尿道前列腺剜除术与电切术治疗前列腺增生的临床效果对比分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(38):83-83.

[4] 刘瑞剑. 经尿道前列腺等离子剜除术与电切术治疗前列腺增生症效果对照分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(36):6961-6962.

[5] 楼朝明. 经尿道前列腺剜除术与电切术治疗前列腺增生的临床疗效及安全性分析 [J]. 现代实用医学, 2016, 28(08):1083-1085.

(上接第 33 页)

发患者的治疗依从性明显降低,对患者的预后与生活质量有直接影响,使治疗费用明显增加,进而增加了患者的经济负担。呼吸内科老年抑郁障碍患者采用常规治疗有一定治疗效果,但临床效果不理想,临床症状也没有较大改善。盐酸氟西汀分散片属于新型的治疗心理疾病药物,对患者焦虑与抑郁情绪的治疗效果较好,具有使用便捷、副作用较小等优势,对患者的心血管与呼吸系统没有较大影响^[5]。

本研究结果显示:治疗后两组患者抑郁评分明显低于治疗前;实验组患者治疗后降低程度明显高于对比组;治疗后两组患者肺功能水平明显高于治疗前;且实验组治疗后肺功能升高水平优于对比组,与相关研究结果一致。

总而言之,呼吸内科老年抑郁障碍患者采用盐酸氟西汀分散片治疗的临床效果显著,可使患者的抑郁状态明显减轻,

对患者肺功能水平的提高也有积极影响。

参考文献

[1] 杨志进. 老年脑血管疾病伴抑郁症的临床观察及治疗 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(59):246-246.

[2] 李海聪, 李求兵, 杨毅玲. 抗抑郁治疗对老年高血压合并抑郁障碍患者血压的影响 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2016, 18(2):143-148.

[3] 艾司西酞普兰治疗老年慢性心力衰竭伴抑郁症对患者认知功能和心功能的影响 [J]. 重庆医学, 2017, 46(19):2652-2654.

[4] 张晓调, 林和平, 陈威. 呼吸内科患者抑郁障碍以及治疗分析 [J]. 中国内镜杂志, 2017, 23(1):47-51.

[5] 闫翌君, 马闯胜, 阎琳. 奥沙西洋联合艾司西酞普兰治疗伴躯体疾病的老年焦虑抑郁障碍的疗效及安全性 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(20):52-54.

(上接第 34 页)

过药物治疗恢复,需要进行手术干预^[2]。传统的外剥内扎治疗,能够起到一定的治疗作用,但由于混合痔往往没有明显的边界,术中保留的皮桥或黏膜桥容易发生水肿,痔体仍有突起,还可能引发肛门狭窄等并发症,治疗效果不够理想。pph 治疗能够不破坏肛管结构,通过手术阻断血流,使痔核萎缩,同时将肛垫上移,起到治疗效果,但该项治疗方法并不能完全清除赘生物,容易复发,单纯使用并不理想^[3]。本文观察组患者接受 pph 联合外剥内扎治疗,与接受单纯外剥内扎治疗的参照组对比,研究结果发现,分析两组患者的手术成功率及复发率,发现观察组患者的手术成功率为 100%,复发率为 2.78%,较参照组的 86.11% 与 27.78% 更优 ($P < 0.05$);分析两组患者的术后并发症率,发现观察组患者的术后并发症率

为 22.22%,较参照组的 47.22% 更优 ($P < 0.05$)。

综上所述,pph 联合外剥内扎治疗混合痔的效果较为理想,手术成功率较高且术后复发几率较低,术后并发症也更少,是一种值得临床推广与借鉴的治疗方式。

参考文献

[1] 刘扬, 刘青, 杨润清, 等. PPH 联合外剥内扎术及皮桥整形术治疗重度环状混合痔的临床疗效观察 [J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(2):297-299.

[2] 韩世万. PPH 联合外痔切除术与外剥内扎术治疗混合痔的对比研究 [J]. 中国实用医药, 2011, 06(14):26-27.

[3] 胡兵, 杨万里, 潘绍雄. PPH 联合外剥内扎肛门整形术治疗重症环状混合痔临床观察 (附 60 例报告) [J]. 结直肠肛门外科, 2013, 19(5):321-322.

(上接第 35 页)

治疗的配合下,观察组患者的并发症率确实得到了有效控制,患者的恢复情况更优,治疗效果也得到显著提升。

综上所述,急性化脓性阑尾炎一旦具备临床手术指征,应及时进行手术,在术后进行药敏试验,尽早进行抗感染治疗,可以有效降低术后并发症率,提升临床治疗效果。

参考文献

[1] 周湛帆, 田德清. 急性化脓性阑尾炎手术治疗及术后

抗感染治疗的临床研究 [J]. 中外医学研究, 2012, 10(9):32-33.

[2] 卜崇晔, 何涛, 何庆. 急性化脓性阑尾炎手术治疗及术后抗感染治疗的临床研究 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20(7):928-929.

[3] 黄安喜. 急性化脓性阑尾炎手术治疗及术后抗感染治疗的临床研究 [J]. 医药前沿, 2012, 10(26):246-247.

[4] 付占文. 急性化脓性阑尾炎手术治疗及术后抗感染治疗的临床分析 [J]. 中国医药指南, 2017, 15(20):52-53.