

本文引用:赵根隆,陈裕.吻合器痔上黏膜环切术与传统痔切除术治疗Ⅲ度混合痔的临床对比研究[J].新乡医学院学报,2014,31(8):646-648.

【临床研究】

# 吻合器痔上黏膜环切术与传统痔切除术治疗Ⅲ度混合痔的临床对比研究

赵根隆, 陈 裕  
(佛山市顺德区龙江医院普外科,广东 佛山 528318)

**摘要:** **目的** 探讨吻合器痔上黏膜环切术(PPH)与传统痔切除术治疗Ⅲ度混合痔的临床效果。**方法** 选取2009年7月至2013年7月佛山市顺德区龙江医院住院治疗的Ⅲ度混合痔患者168例,根据手术方式分为PPH组和传统痔切除术组,观察2组患者术后一般情况、并发症及疗效。**结果** PPH组患者手术时间、住院时间短于传统手术组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );PPH组患者术后疼痛、尿潴留、便血发生少于传统手术组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );PPH组患者术后肛门控制功能、手术疗效与传统手术组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** PPH治疗Ⅲ度混合痔比传统痔切除术优势明显。

**关键词:** 痔;吻合器痔上黏膜环切术;传统痔切除术  
**中图分类号:** R657.1+8 **文献标志码:** A **文章编号:** 1004-7239(2014)08-0646-03

## Comparison between procedure for prolapse and hemorrhoids and conventional hemorrhoidectomy in the treatment of grade III mixed hemorrhoids

ZHAO Gen-long, CHEN Yu  
(Department of General Surgery, Longjiang Hospital of Shunde Section of Foshan City, Foshan 528318, Guangdong Province, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the treatment effectiveness of procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH) and conventional hemorrhoidectomy for treatment of grade III mixed hemorrhoids. **Methods** From July 2009 to July 2013, one hundred and sixty-eight patients with grade III mixed hemorrhoids hospitalized in the Longjiang Hospital of Shunde Section of Foshan City were selected and divided into PPH group and the conventional hemorrhoidectomy group according to the operation method. The general conditions, postoperative complications and curative effect were observed in the two groups. **Results** The operation time, hospital stay time were significantly shorter and the incidence of postoperative pain, urinary retention and bloody stool were significantly lower in the PPH group than those in the conventional hemorrhoidectomy group ( $P < 0.05$ ). There was no statistic difference of anal control function and curative effect between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** PPH is better than the conventional hemorrhoidectomy in the treatment of grade III mixed hemorrhoids.

**Key words:** hemorrhoids; procedure for prolapse and hemorrhoids; conventional hemorrhoidectomy

痔是临床常见病、多发病之一,影响患者的工作和生活,并带来许多烦恼。传统治疗一般采用口服药物、外用痔疮膏和结扎术等,虽然有一定近期疗效,可以缓解症状,但不能达到根治目的。传统痔切除术后疼痛、肛管创面愈合缓慢、疗效不彻底和出现一些并发症等是临床上难以解决的常见问题。近几年来有关痔的治疗发生了重大变化,具有代表性的是吻合器痔上黏膜环切术(procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)治疗Ⅲ~Ⅳ度内痔。2009年

7月至2013年7月作者采用PPH治疗Ⅲ度混合痔取得了满意效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究共纳入Ⅲ度混合痔患者168例,根据患者的意愿选取手术方式,并根据手术方式的不同将患者分为PPH组和传统手术组。病例排除标准:(1)合并有完全性肛门失禁、肛门狭窄、肛裂、肛瘘及肛周感染等肛门疾病者;(2)既往有痔手术及注射治疗史者;(3)有严重内科并发症及生活不能自理者。PPH组患者88例,其中男47例,女41例,平均年龄( $47.65 \pm 4.26$ )岁,平均病程( $8.89 \pm 4.70$ )a;传统手术组患者80例,其中男42

例,女38例,平均年龄 $(48.42 \pm 4.28)$ 岁,平均病程 $(9.99 \pm 5.46)$  a。2组患者年龄、性别、病程比较差异均无统计学意义( $t = 1.168, 0.014, 1.393, P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** PPH组患者接受PPH治疗,术前常规肠道准备,采用椎管内麻醉,取膀胱截石位,肛门直肠清洁消毒,用液状石蜡润滑肛管并扩肛1~2 min后,置入扩张器,拔除内筒,外筒固定于会阴部1、5、7、11点钟处,消毒直肠3次,在齿线上方3~4 cm处用7号丝线顺时针沿直肠黏膜下层做荷包缝合,插入吻合器后将张开到最大限度的PPH吻合器头端插入到荷包缝合线的上方,收紧缝线并结扎荷包缝线,带线器引出荷包缝线,向手柄方向牵拉结扎荷包缝线,使被缝合结扎的黏膜及黏膜下组织进入吻合器套管内,收紧吻合器至安全仓,打开保险装置并击发,压迫止血1 min后将吻合器逆时针方向旋转1周取出,检查吻合口及切除组织是否完整,观察有无活动性出血,若发现有出血点可用3-0可吸收缝线8字缝扎,术后禁食24 h,给予第2代头孢类抗生素预防感染。对照组采用传统痔外剥内扎术<sup>[1]</sup>。

**1.3 观察指标** 观察2组患者手术时间、术后肛门疼痛程度、术后出血、术后尿潴留、术后肛门控制功能及住院时间等。术后肛门疼痛程度根据患者主诉、应用止痛药物、影响睡眠等情况制定。0级:无痛或稍感下坠不适;Ⅰ级:轻微疼痛可忍受,无需应用止痛药物,不影响睡眠;Ⅱ级:疼痛较重或有肛门下坠感,口服止痛药物缓解,轻微影响睡眠;Ⅲ级:疼痛重,不能忍受,严重影响睡眠,口服止痛药物效果差,需肌注止痛药物<sup>[2]</sup>。术后出血:便纸上无染血为0级;仅便纸染血为Ⅰ级;敷料染血或大便时滴血为Ⅱ级;解鲜血便、需再次手术止血为Ⅲ级。术后尿潴留:术后膀胱充盈明显,小便无法自解,需导尿患者。

**1.4 疗效评定标准** 参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>的痔疗效标准,痊愈:临床症状和体征全部消失;显效:出血、痔核脱出、肛门坠胀等症明显减轻、体征基本消失;有效:出血、痔核脱出、肛门坠胀有所改善;无效:临床症状及体征均无改变。

**1.5 统计学处理** 应用SPSS 17.0软件进行统计学处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者手术时间及住院时间比较** PPH组患者手术时间为 $(15.50 \pm 2.44)$  min,住院时间为 $(5.64 \pm 1.00)$  d;传统手术组患者手术时间为 $(21.84 \pm 3.62)$  min,住院时间为 $(9.75 \pm 1.99)$  d。PPH组患者手术时间和住院时间均较传统手术组时间短,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )

**2.2 2组患者术后肛门疼痛、术后出血、术后尿潴留及术后肛门控制功能情况** PPH组患者术后肛门疼痛0级36例(40.91%)、Ⅰ级33例(37.50%)、Ⅱ级14例(15.91%)、Ⅲ级5例(5.68%);术后出血0级22例(25.00%)、Ⅰ级37例(42.05%)、Ⅱ级29例(32.95%);术后发生尿潴留12例(13.64%);无术后肛门控制功能障碍患者。传统手术组患者术后肛门疼痛0级3例(3.75%)、Ⅰ级12例(15.00%)、Ⅱ级38例(47.50%)、Ⅲ级27例(33.75%);术后出血0级5例(6.25%)、Ⅰ级33例(41.25%)、Ⅱ级41例(51.25%)、Ⅲ级1例(1.25%);术后尿潴留发生23例(28.75%);术后发生肛门控制功能障碍2例(2.50%)。PPH组患者术后肛门疼痛、术后出血、术后尿潴留发生率与对照组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。对照组术后发生暂时性肛门部分失禁2例(2.50%),3~6个月后恢复正常,2组患者术后肛门控制功能障碍比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**2.3 手术治疗效果比较** PPH组患者手术治愈59例(67.05%),显效22例(25.00%),有效7例(7.95%),显效率为92.05%;传统手术组患者手术治愈47例(58.75%),显效25例(31.25%),有效8(10.00%)例,显效率为90.00%;2组患者手术显效率比较差异无统计学意义( $\chi^2 = 0.216, P > 0.05$ )。

## 3 讨论

痔是最常见的影响人类健康的疾病之一。据统计,我国痔的发病率约占人口总数的46.3%<sup>[4]</sup>。传统手术治疗Ⅲ度痔是将痔核切除,同时破坏了肛垫结构,可出现术后疼痛、愈合时间长、排便失禁等并发症,虽有一定近期疗效,但不能达到根治的目的。PPH又称吻合器痔切除术或肛垫悬吊术,是意大利学者Longo等在1998年报道的治疗Ⅲ、Ⅳ度内痔的

新方法<sup>[5]</sup>。痔现代概念的解剖生理学“肛垫”学说<sup>[6]</sup>认为,“肛垫”与维持粪便的自控有关,肛管静息压的 15%~20% 是由肛垫提供,能有效阻止直肠内容物的溢出。根据肛垫下移学说产生了 PPH 这种突破性手术方法。传统手术是将包括肛垫在内的整个痔核切除,容易影响术后肛门的精细控便能力,而 PPH 最大限度地保留正常肛垫,其原理是通过特制的吻合器在痔的上方环形切除直肠壁的黏膜和黏膜下层组织,同时对远近端黏膜进行吻合,使脱垂的痔核被向上悬吊和牵拉,肛垫复位。位于黏膜下层的直肠上下血管分支被同时切断,术后痔核供血减少,即使未切除的痔核,术后亦会萎缩。肛垫上提后,恢复了肛管黏膜与括约肌的正常局部解剖结构,可改善肛门的自控功能,降低肛管内压,调整内、外括约肌的活动。同时减弱粪便通过肛门时的剪力,消除粪块创伤性撞击肛垫所致的出血<sup>[7]</sup>。PPH 的优势是手术创面在距齿线上 3~4 cm 感觉神经稀少的直肠黏膜,尽可能地保留了肛垫组织和肛管局部正常的生理解剖结构,并较为圆满地解决了痔术后疼痛,吻合完毕容易显露吻合口,以利于满意止血,且主要症状缓解率高、住院时间短、恢复快<sup>[8-9]</sup>。PPH 由于具有上述优势,在全世界迅速得到临床推广应用,成为临床治疗Ⅲ~Ⅳ度痔的常规手术之一。

本组结果显示,PPH 依靠专用器械短时间内一次性完成切除、吻合过程,因此,手术时间、住院时间较传统手术组缩短。术后尿潴留、肛门坠胀、便血发生少于传统手术组。PPH 组术后肛门控制功能、手术疗效与传统手术组比较差异无统计学意义。研究发现,PPH 在治疗Ⅲ度痔中具有以下优点:手术具有微创性,操作简单,手术时间短,术后出血少,患者疼痛轻,术后护理简单,术后肛门肿胀、狭窄、肛门失禁、感染等并发症较少,患者恢复快。该手术方式的不足之处是费用较高,作者采用上海医疗器械公司生产的痔吻合器,与进口产品相比费用有所降低。但本组有 1 例术中出血是吻合器击发后器械故障所致,需要缝扎止血。葛军等<sup>[10]</sup>报道 PPH 可能会发生严重并发症,如盆腔脓肿、败血症等。朱军等<sup>[11]</sup>报道 2 组术后并发症发生率无明显差异。陈朝文等<sup>[12]</sup>报道混合痔患者行 PPH 治疗同时切除外痔和皮赘,术后疗效更佳。何永恒等<sup>[13]</sup>报道剪口结扎结合 PPH 治疗混合痔能很好地保护肛垫组织,不仅有很好的临床疗效,而且具有较高的安全性。作者总结的手术经验是术前肠道准备要充分,术中需要注

意荷包缝合高度一般在距齿线 3~4 cm,避免由于位置低引起术后肛垫内血管出血,位置过高则不能达到悬吊作用,荷包缝合时严格控制在直肠黏膜和黏膜下层,不能缝合过深,双荷包适合脱垂较严重患者,可切除更宽的肠黏膜,吻合器击发后应保持持续关闭状态约 1 min,有利于压迫止血,荷包缝线结扎不宜过紧,以免影响牵引线向下牵拉,吻合完成后认真检查吻合口及吻合器内切除组织是否完整,吻合口是否有活动性出血并及时止血,术后禁食 24 h 给予第 2 代头孢类抗生素预防感染,高锰酸钾温水坐浴有利于减轻症状,减少并发症并加快恢复。

### 参考文献:

- [1] 朱福清. 混合痔行外剥内扎术的疗效分析[J]. 医学理论与实践, 2014, 27(2): 209-210.
- [2] 丁培霖, 唐武. 再谈痔瘕围手术期的镇痛治疗[J]. 中医杂志, 2003, 44(增刊): 269-270.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001. 1—1994 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [4] 翟云起, 高桂霞, 关胜芬. 吻合器痔环切术与传统外剥内扎术的对比研究[J]. 中国医药导报, 2007, 4(9): 44.
- [5] 薄彪, 于振国, 杨凌洪, 等. 痔上黏膜环切钉合术治疗痔的临床疗效观察[J]. 中华普外科手术学杂志: 电子版, 2013, 7(1): 67-69.
- [6] 张东铭. 痔的现代概念[J]. 中华胃肠外科杂志, 2001, 4(1): 58-60.
- [7] 鲁兵, 周坤. 肛垫学说与 PPH 手术[J]. 武警医学, 2004, 15(8): 627-629.
- [8] 应晓江, 叶平江, 沈毅, 等. 吻合器痔环切术与传统痔切除术临床对照研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14(12): 1545-1547.
- [9] 宋维亮, 王振军. 痔的现代治疗评价[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2010, 17(2): 116-118.
- [10] 葛军, 刘飞. 改良 Milligan-Morgan 术与 PPH 术治疗环状混合痔的临床探讨[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(17): 2088-2090.
- [11] 朱军, 丁健华, 赵克, 等. 吻合器痔上黏膜环切钉合术与开放式外剥内扎痔切除术治疗Ⅲ度痔远期疗效比较[J]. 中国实用外科杂志, 2012, 32(5): 398-402.
- [12] 陈朝文, 冯振同, 刘东生, 等. 痔上黏膜环切钉合术在混合痔切除术中应用的特点[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(3): 225-227.
- [13] 何永恒, 李可, 刘景, 等. 剪口结扎结合痔上黏膜环切钉合术治疗混合痔的安全性研究[J]. 新乡医学院学报, 2010, 27(3): 157-160.

(本文编辑:徐刚珍 英文编辑:孟月)