

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

傅厚丰, 胡 军

(琼海市人民医院普外科, 海南 琼海 571400)

【摘要】 目的 探讨吻合器痔上黏膜环切术(Procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)与外剥内扎术治疗重度痔疮的临床效果差异。**方法** 选择我院2008年12月至2010年12月重度痔疮患者90例,均为Ⅲ~Ⅳ期痔疮患者。将患者随机分为观察组和对照组,观察组采用吻合器痔上黏膜环切术,对照组采用外剥内扎术。观察两组患者手术时间、创面愈合时间、住院时间、恢复工作时间以及术后并发症情况,如切口渗血、便中带血、肛缘水肿、肛门分泌物及瘙痒等。**结果** 观察组手术时间、创面愈合时间、住院时间显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组术后便中带血、肛缘水肿、肛门分泌物及瘙痒发生率分别与对照组术后比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 吻合器痔上黏膜环切术治疗重度痔疮临床效果显著,创面愈合快,术后并发症少,患者可尽快恢复工作、生活等,值得借鉴。

【关键词】 吻合器痔上黏膜环切术(PPH术);外剥内扎术;重度痔疮

【中图分类号】 R657.1*8 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2012)01-068-02

人体直肠末端黏膜下和肛管皮肤下静脉丛发生扩张和屈曲所形成的柔软静脉团称为痔,又名痔疮、痔核、痔病、痔疾等。重度痔疮严重影响了患者

正常的工作、学习和生活等。本文观察吻合器痔上黏膜环切术与外剥内扎术治疗重度痔疮的疗效差别,报道如下:

作者简介:傅厚丰(1978—),男,海南省琼海市人,主治医师,本科。

在椎体水平颈椎管矢径大小排列为:过伸位>中立位>过屈位,考虑原因为:过伸位时颈脊髓和硬膜囊直径变粗,同时退变膨出或突出的椎间盘和后方折叠内陷的黄韧带导致椎管容积更加狭窄。

临床上常常可以遇到有明显脊髓型颈椎病症状和体征的患者,行常规中立位MRI检查时没有明显的椎管狭窄,此类患者往往在颈椎过伸时症状加重,但由于没有影像学支持,诊断和治疗较为困难。国内外的研究证实^[6-7],颈椎屈伸运动会引起椎管狭窄的加重,且后伸位较前屈位更加明显。根据这些研究结果,我们对此类患者加行颈椎过伸位MRI检查发现:87.8%的患者行过伸位MRI后显示颈脊髓明显受压,结合症状、体征,有绝对手术指征。手术后的患者有91.7%病情得到了缓解,说明颈椎过伸位MRI检查对临床诊断和治疗脊髓型颈椎病有重要意义。

正常人在生理伸屈运动时脊髓的形态大小也会有所改变。脊髓长度在屈曲时将伸长,后伸时将缩短,同时脊髓的横截面也会随之变化,前屈时拉长变细,后伸折叠变粗,但因变化幅度较小且有硬膜囊蛛网膜下腔的缓冲间隙,脊髓并不会因椎管生理性动态矢径的改变而受压。颈椎病患者由于脊髓周围环境尤其是上述退变椎间连接结构的改变,周围有效缓冲空间变小,容易引起脊髓本身的压迫性损伤,后伸运动时,椎管矢径变小,横截面积减少,但相应平面脊髓面积增加。在有效空间已变小的椎管内,从前方突出的

椎间盘组织、骨赘和肥厚的后纵韧带和后方增厚皱折前凸的黄韧带共同形成对脊髓前、后方的致压作用,即所谓的“钳夹效应”^[8],如果伴有颈椎曲度变直、骨桥形成或运动节段固定时,则可导致狭窄更明显。所以对于脊髓型颈椎病的患者,我们建议常规行颈椎过伸位MRI检查以利于诊断和治疗,防止误诊、漏诊。

参考文献

- [1] Fukui K, Kataoka O, Sho T, et al. Pathomechanism, pathogenesis, and role of treatment in cervicalspondylotic myelopathy caused by dynamic stenosis [J]. *Spine*, 1990, 15: 1148-1151.
- [2] 贾连顺, 陈德玉, 陈友兴, 等. 颈椎硬膜囊伸屈动态研究[J]. *中华骨科杂志*, 1990, 10(1): 37.
- [3] Dvorak J, Frachlich D, Panning L, et al. Functional radio graphic diagnosis of cervical spine flexion/extension [J]. *Spine*, 1988, 13: 748-751.
- [4] 曾幼鲁, 王 武, 张媛媛, 等. 中国人正常颈椎和腰椎的CT测量[J]. *中华骨科杂志*, 1987, 7: 341.
- [5] 宋沛松, 韩 伟, 崔华中, 等. 动态MRI评估过伸性颈椎损伤发生过程中椎管内容、椎体及椎间盘相关变化的意义[J]. *中国临床康复*, 2004, 8(26): 5561.
- [6] 朱杏莉, 全显跃, 黄凡衡, 等. 颈椎病屈伸位动态MRI检查评价椎管的变化[J]. *广东医学*, 2006, 27(3): 368.
- [7] Muhle C, Weinert D, Falliner A, et al. Dynamic change of the spine canal in patients with cervicalspondylosis at flexion and extension using magnetic resonance imaging [J]. *Investigative Radiology*, 1998, 33(8): 444-449.
- [8] Bemhardt M, Hynes RA, Blume HW, et al. Cervicalspondylotic myelopathy (Review) [J]. *Bone Joint Surg Am*, 1993, 75: 119-128.

(收稿日期:2011-06-29)

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院2008年12月至2010年12月重度痔疮患者90例,均为Ⅲ~Ⅳ期痔疮患者。将以上患者随机分为观察组和对照组。观察组45例,其中男24例,女21例,年龄27~72岁,平均(46.3±5.7)岁;分期:Ⅲ期患者28例,Ⅳ期患者17例;病程2~17年,平均(7.2±3.9)年;合并有直肠脱垂2例,慢性结肠炎6例,前列腺增生2例。对照组患者45例,男25例,女20例,年龄28~73岁,平均(47.1±6.3)岁;分期:Ⅲ期患者29例,Ⅳ期患者16例;病程2.5~18年,平均(7.4±3.5)年;合并有直肠脱垂3例,慢性结肠炎5例,前列腺增生1例。两组患者在性别、年龄、分期、病程等方面比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 器械 采用美国强生公司的痔环状切除吻合器,其中包括33 mm圆形痔吻合器HCS33、环形肛管扩张器CAD33、肛镜缝扎器PSA33和带线器ST100。

1.3 方法

1.3.1 观察组 观察组采用吻合器痔上黏膜环切术。选择腰麻或硬膜外麻醉,常规会阴及直肠消毒,充分扩肛,应用吻合器痔上黏膜环切术相关器械装置,在齿状线上4 cm直肠黏膜3点处行荷包缝合,另外在齿状线上3 cm直肠黏膜9点处行另外一个荷包缝合。缝合达黏膜下层,进针尽量靠近,避免黏膜出现漏缝。置入痔吻合器,对荷包进行收紧,持续牵引荷包线,旋紧吻合器,指示刻度到安全域的端,击发吻合器后,在关闭状态下停留30 s,旋松吻合器并取出,以半圆规检查吻合口,有出血则用可吸收线缝合止血。肛管扩张器取出,如发现肛缘有较大皮赘或者肥大的肛乳头,均要切除,小的皮赘不用出来。

1.3.2 对照组 对照组采用外剥内扎术。麻醉方式同观察组,常规消毒,充分扩肛,在外痔部分做“Y”形皮肤切口,剥离外痔静脉丛到齿状线稍上方部分“Y”形皮肤切口,剥离外痔静脉丛到齿状线稍上方的内痔部分,对内痔基底部分进行钳夹,在其正中部分进行“8”字缝扎,对缝扎后的内外痔团进行切除,尽量保留正常皮肤。两组术后均应用抗生素抗感染、高锰酸钾稀释液坐浴等。

1.4 观察指标 观察两组患者手术时间、创面愈合时间、住院时间、恢复工作时间术后并发症情况,如切口渗血、便中带血、肛缘水肿、肛门分泌物及瘙痒等。

1.5 统计学处理 采用统计学软件SPSS14.0对两组患者所得试验数据进行统计学分析,率的比较采用卡方检验,均数比较采用*t*检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术情况、住院时间和恢复工作时间比较 观察组手术时间、创面愈合时间、住院时间显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患者手术情况、住院时间及恢复工作时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	创面愈合时间 (d)	住院时间 (d)	恢复工作时间 (d)
对照组	45	32.6±3.6	14.6±3.5	12.3±2.7	23.6±4.7
观察组	45	15.1±4.2	7.2±2.1	4.6±1.4	7.8±3.7

2.2 两组患者术后并发症发生情况 观察组术后便中带血、肛缘水肿、肛门分泌物及瘙痒发生率分别与对照组术后比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者术后并发症发生情况[例(%)]

组别	例数	切口渗血	便中带血	肛缘水肿	肛门分泌物和瘙痒
对照组	45	2(4.4)	7(15.5)	9(20.0)	8(17.7)
观察组	45	1(2.2)	1(2.2)	2(4.4)	0(0)

3 讨论

吻合器痔上黏膜环切术保留肛垫和齿状线的完整性,所以能够显著减轻术后疼痛;对痔上方直肠下端过度松弛的黏膜进行切除,并采用吻合器吻合,把脱垂的肛垫拉回到原来的生理位置,有效的改善了痔脱垂;此手术有效的阻断了直肠痔组织的血液供应,有效的改善了痔疮的出血症状,所以和传统外剥内扎术比,具有显著临床优势^[1-2]。本文结果显示,观察组手术时间、创面愈合时间、住院时间显著低于对照组,差异有统计学意义;观察组术后便中带血、肛缘水肿、肛门分泌物及瘙痒发生率分别与对照组术后比较,差异有统计学意义。充分说明吻合器痔上黏膜切除术没有切除肛垫、对肛管皮肤产生的创面小、不影响排便等。同时吻合器痔上黏膜切除术术后的并发症也显著少于传统的外剥内扎术。吻合器痔上黏膜环切术虽具有相当优势,但在手术时要注意以下几个方面:首先,手术时扩肛要充分,但忌动作粗暴,避免导致肛管皮肤造成撕裂伤,尽量避免应用手术钳夹肛缘皮肤,减少术后疼痛;荷包缝合要在齿状线以上3 cm处;荷包缝合要平整,避免漏针;缝合深度要在黏膜下层为好;荷包缝线结扎不要太紧,否则会影响牵引线向下牵拉;女性患者采用荷包缝合时,避免进针过深而进入阴道后壁;在关闭吻合器及击发吻合器前,要检查阴道后壁是否被牵拉入吻合器内^[3-4]。

总之,吻合器痔上黏膜环切术治疗重度痔疮临床效果显著,创面愈合快,术后并发症少,患者可尽快恢复工作、生活等,值得借鉴。

参考文献

- 刘金鹏,马坤,肖莉.环状混合痔两种手术方式的疗效比较[J].武警医学,2010,21(7):586-587.
- 苗大兴.吻合器痔上黏膜环切术治疗环状混合痔的临床观察[J].贵阳中医学院学报,2007,3(29):26-27.
- 李激,左志贵,宋华羽.吻合器痔上黏膜环切术对肛肠动力学影响的临床研究[J].中国卫生检验杂志,2007,17(9):1652-1653.
- 陈双,赖东明,周太成.吻合器痔上黏膜环切术治疗重度痔病226例疗效分析[J].岭南现代临床外科,2005,5(4):255-256.

(收稿日期:2011-07-27)