

多区域皮桥整形搭桥辅助 PPH 术治疗环状混合痔的临床研究

李学化, 余智涛, 王悦辉, 李绮瀚, 侯辉, 温圣荣

作者单位: 514031 广东, 梅州市人民医院肛肠科

作者简介: 李学化(1977-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 结直肠肛门良性疾病诊治。E-mail: 13549108188@139.com

[摘要] **目的** 观察和评价多区域皮桥整形搭桥辅助 PPH 术治疗环状混合痔的临床疗效。**方法** 将 90 例环状混合痔患者随机分为治疗组和对照组各 45 例, 治疗组采用多区域皮桥整形搭桥辅助 PPH 术, 对照组采用传统的外剥内扎术。观察两组在手术时间、创口愈合时间、恢复工作时间、术后并发症、治愈率及复发率等方面指标, 根据疗效评分标准进行评价。**结果** 治疗组在手术时间、治疗效果、创口愈合时间、恢复工作时间、治愈率及复发率等方面明显优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 多区域皮桥整形搭桥辅助 PPH 术是治疗环状混合痔较为理想的手术方式。

[关键词] 多区域皮桥整形搭桥; PPH 术; 环状混合痔

[中图分类号] R 657.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2011)04-0318-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.04.11

Clinical study of PPH plus multilingual regional skin bridge plastic bypass operation in the treatment of circumferential mixed hemorrhoids LI Xue-hua, YU Zhi-tao, WANG Yue-hui, et al. Department of Anorectal Surgery, the Meizhou City People's Hospital, Guangdong 514031, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the clinical efficacy of the procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH) plus multilingual regional skin bridge plastic bypass grafting surgery in the treatment of circumferential mixed hemorrhoids. **Methods** The ninety patients with circumferential mixed hemorrhoids were randomly divided into treatment and control group(45 cases, each group). The treatment group was treated by PPH plus multilingual regional skin bridge plastic bypass grafting surgery and control group by external dissection and internal ligation procedure. **Results** In comparison between two groups, treatment group was significantly superior to control group in the therapeutic effect, operation time, recovery time, wound healing time, cure rate and postoperative recurrence rate($P < 0.05$). **Conclusion** The method of PPH plus multilingual regional skin bridge plastic bypass grafting surgery is a comparative ideal surgical method to treat circumferential mixed hemorrhoids.

[Key words] Multilingual regional skin bridge plastic bypass grafting surgery; Procedure for prolapse and hemorrhoids(PPH); Circumferential mixed hemorrhoids

环状混合痔是肛肠疾病中常见病,也是肛肠学术界公认的难治之症,各种传统的手术方法不仅效果欠佳而且并发症较多,为探索一种既能彻底消除临床症状又能尽量减少对正常肛管生理解剖结构破坏的手术方式,我院自 2007-02 ~ 2009-10 采用多区域皮桥整形搭桥辅助 PPH 术治疗环状混合痔 45 例,取得满意疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 90 例均为我科住院病人,按照就诊顺序分为治疗组和对照组各 45 例。治疗组男 28 例,女 17 例,年龄(48.25 ± 7.87)岁;对照组男 26 例,女 19 例,年龄(49 ± 7.43)岁。两组患者在年龄、性别、便血、肛门疼痛、肿物脱出等指标评分差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别		年龄(岁)	病程(年)	疼痛(分)	出血(分)	肿物脱出	
		男	女					有	无
治疗组	45	28	17	48.25 ± 7.87	11.23 ± 2.3	2.74 ± 0.21	2.1 ± 0.70	45	0
对照组	45	26	19	49 ± 7.43	10.57 ± 2.8	2.63 ± 0.32	1.93 ± 0.84	44	1
t/χ^2	-	0.046		0.465	1.222	1.928	1.043	1.011	
<i>P</i>	-	>0.05		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	

1.2 器械 采用美国强生公司 PPH03 型环切吻合器或者中国常州市康迪医用吻合器有限公司 KYGZ-33.5 一次性使用管型痔吻合器。

1.3 手术方法 术前肠道准备同一般肛门手术,全部病例采用骶管麻醉,左侧卧位,肛门会阴部常规消毒(女性患者同时作阴道消毒)。(1)治疗组:扩肛至四指后放入肛管扩张器,取出内栓,在半环形缝扎器引导下用 2-0 微养线在齿线上 2.5 ~ 3.5 cm 做一个黏膜下层荷包,荷包的缝合可以根据痔核脱垂情况行单荷包或双荷包,进出针点取最大痔核处,如痔核脱垂严重荷包可以适当靠近齿线,将张开到最大限度的圆锥形针头伸至荷包线圈上端,收紧缝线并打结,用带线器通过吻合器侧孔将缝线带出,持针钳牵引结扎线,收紧吻合器(如为女性患者则检查阴道壁是否完整),打开保险并击发,保持约 20 s,将吻合器部分打开并取出,如吻合口有搏动性出血则用 3-0 微养线“8”字缝扎止血,将扩张器取出。根据外痔的自然分区,将外痔分为 3 ~ 5 个手术区域,于外痔基底处作一弧形皮肤切口,沿皮下潜行剥离皮下静脉丛及组织至外痔顶部,整形皮桥成带真皮下血管网的带蒂皮瓣,对合整齐无张力后用 3-0 可吸收线“桥式”缝合,使整形后的皮桥固定在外括约肌皮下部(确保皮桥下无死腔),同法处理其他外痔,两皮桥间放射状切口敞开引流。(2)对照组:根据环状混合痔的类型、痔块的数目和位置,分作 4 ~ 6 个区域一次性剥离结扎。先用皮钳将痔块提起,外痔作“V”形切口,将外痔组织自外扩约肌浅层上锐性分离至齿线上,钳夹分离残端连同内痔双重结扎或“8”字缝扎,切除结扎线 0.5 cm 外痔组织,修剪切口两侧重叠的多余皮肤,使切口呈线状,同法逐一切除其余分区的混合痔,各结扎线不在同一平面上。

1.4 术后处理 术后第 1 天进流质饮食,第 2、3 天半流,第 4 天后正常饮食,给予静脉滴注甲硝唑 + 头孢曲松钠 3 ~ 4 d 预防感染,聚乙二醇 4000 散剂润肠通便,复方祛风止痒洗剂(本院制剂)坐浴,肛门

伤口照 TDP 神灯,肛内外涂复方角菜酸酯乳膏等治疗,5 ~ 7 d 拆线,伤口换药至痊愈。

1.5 疗效评定标准^[1] 治愈:症状消失,痔体消失;好转:症状改善,痔体缩小;未愈:症状与体征均无变化。

1.6 术后主要并发症的观察指标 参照 1975 年全国肛肠(衡水)学术会制定的《痔的诊断及疗效标准》^[2]。(1)术后疼痛评分。0 分:无疼痛;1 分:疼痛可忍受,能正常生活,睡眠基本不受影响;2 分:持续疼痛,睡眠受干扰,病人主动要求用镇痛药;3 分:强烈的持续疼痛,往往伴有植物神经功能紊乱,睡眠严重受到干扰,需用镇痛药治疗。(2)术后便血评分。0 分:无出血;1 分:出血,手纸上可见血迹;2 分:便后滴血;3 分:喷射状出血。(3)术后肛门水肿评分。0 分:无水肿;1 分:轻度水肿(<1/4 肛周面积);2 分:中度水肿(1/4 ~ 1/2 肛周面积);3 分:重度水肿(>1/2 肛周面积)。(4)术后肛门狭窄评分。0 分:无狭窄;1 分:轻度狭窄,大便变细,指检时食指能通过,但肛门口较紧;2 分:中度狭窄,大便排出困难,指检时食指通过较困难;3 分:重度狭窄,大便排出极困难,指检食指不能纳入肛内。(5)术后皮赘残留。指术后尚有外痔皮赘残留。(6)术后复发。术后随访 1 年,伤口愈合后又出现便血、肛门肿物突出或伴有疼痛。(7)术后创面愈合时间。从手术到创面新生皮肤完全覆盖为准。

1.7 统计学方法 计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组在手术时间、治疗效果、术后并发症、创口愈合时间、恢复工作时间、治愈率及复发率等方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2 ~ 5。

表2 两组患者治愈率比较[n(%)]

组别	例数	痊愈	好转	未愈
治疗组	45	34(75.6)	11(24.4)	0(0.0)
对照组	45	18(40.0)	27(60.6)	0(0.0)
Z	-	-3.396		
P	-	<0.01		

表3 两组患者术后治疗效果比较(分)

组别	术后疼痛				术后出血				术后水肿				肛门狭窄			
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
治疗组	3	33	9	0	9	34	2	0	39	6	0	0	45	0	0	0
对照组	0	11	29	5	2	28	14	1	0	41	4	0	33	8	4	0
Z	-5.041				-3.813				-8.455				-3.692			
P	<0.01				<0.01				<0.01				<0.01			

表4 两组患者手术时间、创面愈合时间和恢复工作时间比较(x̄±s)

组别	例数	手术时间(min)	创面愈合时间(d)	恢复工作时间(d)
治疗组	45	41.67±10.44	11.03±2.45	10.72±3.42
对照组	45	52.82±5.94	16.23±4.51	15.35±4.23
t	-	6.063	6.796	5.710
P	-	<0.01	<0.01	<0.01

表5 两组患者术后三种观察指标比较[n(%)]

组别	例数	精细控便功能障碍		赘皮残留		复发
		有	无	有	无	
治疗组	45	0(0.0)	45(100.0)	2(4.4)	43(95.6)	1(2.2)
对照组	45	9(20.0)	36(80.0)	11(24.4)	34(75.6)	8(17.8)
χ²	-	7.90		5.75		4.44
P	-	<0.01		<0.05		<0.05

3 讨论

3.1 环状混合痔是复杂而严重的一种痔病,其治疗一直是肛肠学术界的一大难题,由于过去对痔病认识的局限,传统的手术方法外剥内扎术即经典的Millianrr-Morgan术,因手术方法简单、效果稳定而被广泛应用,但因其术后并发症多,如术后伤口疼痛剧烈、出血多、肛门狭窄、伤口愈合时间长、多不能一次性根治等,让患者难以接受。随着对痔病的不断认识,目前学术界比较公认痔病是一个多因素的疾病,多种因素相互促进而加重。肛垫下移学说和静脉曲张学说是目前比较共识的理论,前者由意大利学者Longo提出,并提出通过吻合器环行切除直肠下端

黏膜及黏膜下层组织治疗Ⅲ、Ⅳ期脱垂内痔的新方法,即PPH术。其手术原理为吻合器环行切除直肠下端黏膜及黏膜下层组织的同时将直肠黏膜吻合,使滑脱的肛垫向上悬吊,恢复其正常的解剖位置,同时因切断直肠上动脉的分支,血流量减少,痔核逐渐萎缩^[3]。因PPH术既消除了痔核出血及脱出症状,又不破坏肛门直肠的正常解剖结构和生理功能,减少了传统外剥内扎术术后肛门水肿、伤口疼痛剧烈、肛门狭窄及创面愈合时间长等并发症的发生,而在全球范围内广泛开展。但随着手术病例数的增多,逐渐发现PPH术对于外痔严重的环状混合痔并不能达到使肛管完全修复及美观的效果,甚至有的患者由于外痔残留导致痔病的复发。

3.2 为达到既解决痔核脱垂、出血、肛管修复及美观效果,又能减少术后伤口疼痛等并发症的发生,我科开展多区域皮桥整形搭桥辅助PPH术治疗环状混合痔取得良好的临床效果。具体表现在以下几方面:(1) PPH术使滑脱的肛垫向上悬吊,恢复其正常的解剖位置,同时因切断直肠上动脉的分支,血流量减少,痔核逐渐萎缩;同时PPH的悬吊作用使原本严重的外痔变得轻微;(2) 多区域皮桥整形搭桥术切除了肛门松弛皮肤、皮下变性增生结缔组织以及剥除皮下扩张屈曲的静脉丛,同时保留了较多的肛门皮肤,减少术后肛门狭窄、肛门水肿等并发症的发生;(3) 弧形切口与肛缘平行,减少了皮桥的张力,避免伤口裂开及肛门外翻;同时放射状开放切口有利于伤口引流,减少皮桥水肿,减轻伤口疼痛;(4) PPH术的悬吊作用使放射状切口收缩变小,减轻伤口疼痛,缩短伤口愈合时间。

综上所述,多区域皮桥整形搭桥辅助PPH术治疗环状混合痔既解决了痔核脱垂、出血、肛管修复及美观效果等问题,又减少了术后切口水肿、伤口疼痛及肛门狭窄等并发症的发生,从而缩短了创口愈合时间,提高了治愈率,降低了复发率,值得临床进一步研究及推广。

参考文献

- 1 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994:132.
- 2 王净净, 龙俊杰. 中医临床病症诊断疗效标准[M]. 长沙: 湖南科技出版社, 1993:361-362.
- 3 张东铭. 痔病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004:190.

[收稿日期 2010-12-13][本文编辑 谭毅 韦颖]