

• 肛肠疾病专题

自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术 治疗混合痔对患者肛管功能的影响

叶斌, 李创

(南雄市人民医院普外科, 广东 韶关 512400)

摘要: **目的** 探讨应用自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术治疗混合痔对患者疼痛与肛管功能的影响, 为临床治疗提供参考依据。**方法** 按照随机数字表法将 2019 年 6 月至 2021 年 6 月南雄市人民医院收治的混合痔患者 (80 例) 分为对照组 (40 例, 外剥内扎术治疗) 与观察组 (40 例, 自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术治疗)。两组患者术后均随访 1 个月。比较两组患者手术时间、住院时间、创面愈合时间, 术前与术后 1、3、7 d 的视觉模拟疼痛量表 (VAS) 评分, 术前与术后 1 个月肛管静息压力、肛管最大收缩压、肛管最大舒张压、肛管最大峰值流速、最小峰值流速, 以及术后 1 个月并发症发生情况。**结果** 观察组患者手术时间、住院时间、创面愈合时间均短于对照组; 与术前比, 术后 1~7 d 两组患者 VAS 评分呈降低趋势, 而术后 1 个月两组患者肛管静息压力、肛管最大收缩压、肛管最大舒张压均升高, 肛管最大峰值流速、最小峰值流速均降低; 观察组患者术后 1~7 d VAS 评分、术后 1 个月肛管最大峰值流速、最小峰值流速均低于对照组, 肛管静息压力、肛管最大收缩压、肛管最大舒张压均高于对照组; 术后 1 个月观察组患者并发症总发生率为 7.50%, 低于对照组的 32.50% (均 $P < 0.05$)。**结论** 自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术治疗混合痔可缩短手术、住院与创面愈合时间, 减轻患者疼痛感, 改善患者肛管功能, 且术后并发症少, 安全性高。

关键词: 混合痔; 自动弹力线痔疮套扎术; 外剥内扎术; 疼痛; 肛管功能

中图分类号: R657.18

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.13.0001.04

痔疮是肛肠科比较常见的一种疾病, 分为内痔、外痔、混合痔是由慢性疾病如局部血管、组织的病变引起; 外痔是由于肛管静脉丛病理性扩张, 血栓、结缔组织增生形成的团块。通过丰富的静脉吻合支将内痔和外痔融合为一体为混合痔, 混合痔临床表现为大便出血、大便疼痛、痔块脱出。临床上多选择手术治疗, 外剥内扎术是治疗混合痔的常用术式, 其操作简单, 治疗效果较好, 但外剥内扎术相关操作会严重破坏齿线区, 引起排便反射, 术后易发生便失禁; 另外该术式对痔的切除范围较大, 患者术后疼痛明显, 且易发生尿潴留, 加之丝线缝扎不牢, 且丝线易老化、变质, 甚至脱落, 导致术后出血较为严重, 影响整体手术效果^[1]。自动弹力线痔疮套扎术的提出与运用成功弥补了外剥内扎术的不足, 利用勒割作用使痔组织缺血坏死、脱落, 同时有效保证肛垫结构完整, 明显减少对肛管、肛周皮肤的损伤^[2-3]。由相关研究得知, 自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术可提高手术效果, 具有手术时间短、术中出血少、术后并发症少等优点^[4]。因此, 本研究旨在进一步探讨自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术治疗对混合痔患者疼痛与肛管功能的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

按照随机数字表法将 2019 年 6 月至 2021

年 6 月南雄市人民医院收治的混合痔患者 (80 例) 分为对照组 (40 例, 外剥内扎术治疗) 与观察组 (40 例, 自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术治疗)。对照组中男、女患者分别为 16、24 例; 年龄 20~66 岁, 平均 (45.91±5.63) 岁; 病程 1~7 年, 平均 (3.64±0.82) 年; 病情程度: Ⅲ度 29 例, Ⅳ度 11 例。观察组中男、女患者分别为 17、23 例; 年龄 20~64 岁, 平均 (45.76±5.81) 岁; 病程 1~7 年, 平均 (3.35±0.69) 年; 病情程度: Ⅲ度 27 例, Ⅳ度 13 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 组间具有可比性。纳入标准: 符合《实用临床外科诊疗学》^[5] 中的相关诊断标准者; 均通过肛门视诊、肛门指检确诊为混合痔者; 无痛性、间歇性、便后有鲜红色血者; 首次采取手术治疗者等。排除标准: 心、肝、肾等功能衰竭或伴有恶性肿瘤疾病者; 存在精神疾病或认知障碍者; 哺乳期或妊娠期女性等。所有患者及家属均签署知情同意书, 且研究已经过院内医学伦理委员会批准。

1.2 手术方法 术前均进行肝肾功能、血尿常规、感染疾病等检查, 提前对术区备皮, 灌肠清洁肠道, 仔细检查病灶与周围情况, 采取截石位, 消毒肛管与直肠下段, 实施硬膜外麻醉。对照组患者实施外剥内扎术治疗, 充分

扩肛后，向肛管内置入肛窥器，对患者肛管、直肠进行仔细观察，使齿线、痔区、痔核充分暴露，确定齿线位置，采用组织钳提起混合痔，作反“V”形切口，由外痔顶部到外痔外侧缘切开皮肤，随后剥离外痔组织（包括外痔血管襻、纤维增生组织），保留三角形皮瓣，剥离至齿线上 0.3 cm；在内痔基底部进行双重结扎，切除部分痔核。观察组患者实施自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术治疗：扩肛后，置入肛窥器，对患者肛管、直肠进行仔细观察，使齿线、内痔区充分暴露；查看痔核数量与分布情况，明确套扎数量，使用自动弹力痔疮套扎器套扎内痔上方黏膜与其下层组织，痔块基底部也可进行套扎，套扎后释放负压，达到 -0.08~0.1 MPa 时，转动阀门，击发弹力线环套，随后松开负压开关，检查套扎情况，对其他痔核也进行同样方法处理，术中注意止血，检查内痔套扎情况，确保无残留，无活动性出血后将肛窥器退出。随后处理外痔，以痔为中心作放射状梭形切口，一直延伸至齿状线下 0.3 cm，将外痔剥离，并进行切除，对术区进行仔细观察，确保无活动性出血或渗血，冲洗术区，进行包扎。术后两组患者均采用抗感染治疗，遵医嘱合理饮食。两组患者术后随访 1 个月。

1.3 观察指标 ①临床指标。对两组患者手术时间、住院时间、创面愈合时间进行比较。②视觉模拟疼痛量表（VAS）^[6] 评分。分别于术前及术后 1、3、7 d 采用 VAS 评分评估患者肛门疼痛情况，评分总分为 10 分，评分越低疼痛越轻微。③肛门功能。分别于术前、术后 1 个月使用肛肠压力检测仪检测两组患者肛管静息压力、肛管最大收缩压、肛管最大舒张压，采用超声诊断仪检测肛管最大峰值流速、最小峰值流速。④并发症。术后 1 个月比较两组患者便失禁、尿潴留、直肠狭窄、术后出血、感染、肛裂等的发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件分析数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，采用 χ^2 检验；使用 S-W 法检验计量资料数据是否服从正态分布，对于符合正态分布的计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，两组间相同时间点的比较采用单因素方差分析，组内不同时间点的比较采用重复测量方差分析，两两比较采用 SNK-*q* 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床指标比较 观察组患者手术时间、住院时间、创面愈合时间均短于对照组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 1。

2.2 两组患者 VAS 评分比较 术后 1~7 d 两组患者 VAS 评分与术前比，呈降低趋势，且观察组低于对照组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 2。

表 1 两组患者临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	住院时间 (d)	创面愈合时间 (d)
对照组	40	38.58±5.96	7.89±2.07	18.96±5.57
观察组	40	24.02±4.63	5.45±1.61	14.34±3.52
<i>t</i> 值		12.201	5.885	4.435
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组患者 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术前	术后 1 d	术后 3 d	术后 7 d
对照组	40	4.49±1.02	3.73±0.85*	2.11±0.58* [#]	1.16±0.27* [#] △
观察组	40	4.67±1.06	2.95±0.73*	1.02±0.35* [#]	0.42±0.13* [#] △
<i>t</i> 值		0.774	4.403	10.176	15.618
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注：与术前比，* $P < 0.05$ ；与术后 1 d 比，[#] $P < 0.05$ ；与术后 3 d 比，△ $P < 0.05$ 。VAS：视觉模拟疼痛量表。

2.3 两组患者肛门功能比较 术后 1 个月两组患者肛管静息压力、肛管最大收缩压、肛管最大舒张压均高于术前，且观察组高于对照组，而肛管最大峰值流速、最小峰值流速均低于术前，且观察组低于对照组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 3。

2.4 两组患者并发症发生率比较 术后 1 个月观察组患者并发症总发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 4。

3 讨论

痔疮是一种慢性疾病，其与长期饮食习惯差、腹泻、便秘等有关。混合痔有内、外痔的共同特征，其病程绵长，易复发，临床多采用外剥内扎术，该手术能够切除肛门皮肤黏膜，保留皮桥、黏膜桥、部分肛垫等，治疗效果确切，但该手术易造成患者术后肛门狭窄、疼痛、出血等并发症，同时一次手术难以根治^[7-8]。

自动弹力线痔疮套扎术是由传统结扎法改进优化而来，是用特制的弹力线圈套于痔的基底部或痔上黏膜，通过收紧弹力线阻断痔疮的血供或减少静脉倒流，进而减少痔的充血肥大或血流淤滞，使痔逐渐脱落^[9-10]。相关研究报道，自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术治疗混合痔疗效显著，术后并发症少，创面愈合快^[11]。本研究结果显示，观察组患者手术时间、住院时间、创面愈合时间均短于对照组；术后 1、3、7 d 观察组患者 VAS 评分均低于对照组，表明自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术治疗混合痔可缩短患者手术、住院与创面愈合时间，减轻患者疼痛感。

肛门括约肌的主要作用为收缩肛门，确保肛门功能正常，痔疮会引起肛门括约肌松弛，排便后肛门部位引发皮下淤血，还会因肠蠕动能力的减弱而导致大便秘结，致使静脉回流功能发生障碍^[12-13]。自动弹力线痔疮套扎术可使套扎的局部纤维化出现增生，形成瘢痕，使局部组织得到

表 3 两组患者肛门功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肛管静息压力 (mmHg)		肛管最大收缩压 (mmHg)		肛管最大舒张压 (mmHg)	
		术前	术后 1 个月	术前	术后 1 个月	术前	术后 1 个月
对照组	40	45.63±8.65	50.08±8.14*	102.34±10.36	116.22±13.45*	75.21±8.64	106.37±12.89*
观察组	40	45.14±8.75	55.54±6.34*	103.64±10.61	125.96±15.12*	75.59±8.75	119.74±14.11*
<i>t</i> 值		0.252	3.347	0.554	3.044	0.195	4.425
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	肛管最大峰值流速 (cm/s)		最小峰值流速 (cm/s)	
		术前	术后 1 个月	术前	术后 1 个月
对照组	40	20.34±2.51	16.37±1.89*	2.54±0.61	1.62±0.38*
观察组	40	20.56±2.43	12.74±1.41*	2.64±0.68	0.89±0.25*
<i>t</i> 值		0.398	9.736	0.692	10.150
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与术前比，**P*<0.05。1 mmHg=0.133 kPa。

表 4 两组患者并发症发生率比较 [例 (%)]

组别	例数	便失禁	尿潴留	直肠狭窄	术后出血	感染	肛裂	总发生
对照组	40	3(7.50)	4(10.00)	2(5.00)	1(2.50)	2(5.00)	1(2.50)	13(32.50)
观察组	40	0(0.00)	2(5.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50)	0(0.00)	3(7.50)
χ^2 值								7.812
<i>P</i> 值								<0.05

固定，脱垂的肛垫得到牵引与悬吊，内痔处理完毕后进行外痔切除时仅需切除明显的外痔或皮赘，其创伤小；另外自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术能减少痔疮的血流供应，进入痔核的血液减少，导致痔核皱缩，进而促进痔的收缩，达到较好的治疗效果^[14-15]。本研究结果显示，术后 1 个月观察组患者肛管静息压力、肛管最大收缩压、肛管最大舒张压均高于对照组，而肛管最大峰值流速、最小峰值流速及并发症总发生率均低于对照组，表明自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术治疗混合痔可改善患者肛管功能，进而调节肛门局部血液循环状态，且患者术后并发症少。术后需叮嘱患者增加饮水量，禁食辛辣、生冷、刺激性的食物，避免出现局部黏膜充血而导致混合痔的复发，也要避免进食较为坚硬和脂肪含量较高的食物，如坚果、肥肉等，还需禁烟、禁酒，维持良好、科学的术后饮食习惯，有助于恢复肠道蠕动功能。

综上，自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术治疗混合痔可缩短手术、住院与创面愈合时间，减轻患者疼痛感，改善患者肛管功能，且患者术后并发症少，值得在临床中推广应用。

参考文献

[1] 邓晓梅, 聂胜林, 王小芳, 等. 优质护理在痔上黏膜套扎术联合外剥内扎术治疗混合痔围手术期患者中的应用 [J]. 海南医学, 2018, 29(12): 1770-1772.

[2] 谢刚, 苏其玲, 罗美清, 等. 自动弹力线痔疮套扎术辅以黏膜下注射对轻中度混合痔的临床疗效 [J]. 临床与病理杂志, 2018,

38(10): 2129-2133.

[3] HE Y H, TANG Z J, XU X T, et al. A randomized multicenter clinical trial of RPH with the simplified milligan-morgan hemorrhoidectomy in the treatment of mixed hemorrhoids[J]. Surg Innov, 2017, 24(6): 574-581.

[4] 刘丽兵, 汤国辉, 伍洲颂, 等. 自动痔疮套扎术联合外剥内扎术治疗混合痔的临床研究 [J]. 中国肛肠病杂志, 2017, 37(11): 29-31.

[5] 朱天健. 实用临床外科诊疗学 [M]. 西安: 西安交通大学出版社, 2015: 420-422.

[6] 孙兵, 车晓明. 视觉模拟评分法 (VAS)[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28(6): 645.

[7] 宋默, 刘继攀, 王向丽, 等. 改良式痔上黏膜环切术与外剥内扎术治疗混合痔临床效果比较 [J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45(4): 79-82.

[8] 汪志强, 康金科, 周庆. 外剥内扎术联合自动弹力线痔疮套扎术治疗混合痔的临床效果研究 [J]. 结直肠肛门外科, 2018, 24(6): 583-586.

[9] 胡响当, 李帅军, 罗敏, 等. 自动痔疮套扎术 (RPH) 结合剪刀口结扎术治疗混合痔的临床研究 [J]. 中国中医急症, 2016, 25(3): 403-404, 432.

[10] 王翔, 薛昶, 邓森田. 止痛如神汤加味熏洗辅助自动痔疮套扎术+外痔切除术对混合痔患者疼痛及创面愈合的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(28): 3160-3161.

[11] 赖蕾, 陈敏, 黄德铨, 等. RPH 联合外剥内扎术治疗混合痔的临床疗效观察 [J]. 西部医学, 2016, 28(9): 1211-1213, 1217.

• 肛肠疾病专题

苦参汤加减联合内痔套扎外痔切除保留齿线术
治疗混合痔患者的临床研究

常林, 祁卫华, 沈磊

(涟水县中医院肛肠科, 江苏 淮安 223400)

摘要: **目的** 探讨苦参汤加减联合内痔套扎外痔切除保留齿线术对混合痔患者疼痛应激、肛肠动力的影响及安全性。**方法** 选取涟水县中医院2019年1月至2022年1月收治的81例混合痔患者,按照随机数字表法分为对照组(40例)和观察组(41例)。两组患者均行内痔套扎外痔切除保留齿线术治疗,对照组患者于术后采用高锰酸钾坐浴治疗,观察组患者在对照组的基础上联合苦参汤加减治疗,两组患者治疗周期均为7d。对比两组患者创面愈合时间,治疗前后视觉模拟疼痛量表(VAS)评分及血清前列腺素E₂(PGE₂)、P物质(SP)、肛管静息压(ARP)、最长收缩时间(ALCT)、直肠静息压(RRP)水平,以及治疗期间并发症发生情况。**结果** 观察组患者创面愈合时间显著短于对照组;治疗后两组患者VAS评分、血清PGE₂、SP水平与治疗前比均显著下降,且观察组显著低于对照组;治疗后两组患者ARP、RRP水平均显著升高,且观察组显著高于对照组;观察组患者并发症总发生率显著低于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 苦参汤加减联合内痔套扎外痔切除保留齿线术治疗混合痔,能促进患者创面愈合,缓解疼痛,减轻应激反应,有利于改善肛肠动力,并可降低并发症的发生风险,安全性较高。

关键词: 混合痔;内痔套扎外痔切除保留齿线术;苦参汤;应激反应;肛肠动力

中图分类号: R657.1+8

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.13.0004.04

痔疮为肛肠科常见病,即直肠下肛垫出现病理性肥大,有内痔、外痔及混合痔之分,主要症状为便血、疼痛及痔核脱出。单纯采用外剥内扎术治疗混合痔患者效果并不理想,随着医学技术的发展,保留齿线内痔套扎术联合外痔切除术在混合痔的治疗中被广泛应用,该方法疗效确切,患者术后复发风险低,但术后因创面较大,容易出现疼痛、肿胀等并发症,尤其在术后4~6h麻醉作用消失后,疼痛程度较为强烈^[1-2]。常规术后治疗多采用对症抗感染、镇痛等措施,高锰酸钾坐浴虽然有一定杀菌作用,但对促进创面愈合效果欠佳,故整体疗效仍不理想^[3]。混合痔可归为中医“痔瘡”范畴,其病因在于肛肠气血失调、脉络瘀阻、饮食不节,导致燥热之邪压迫大肠。临床上通过手术治疗虽可切除瘀阻的痔核,但创口部位受湿热、热毒等影响,伤口愈合缓慢,因此应以消肿生肌、清热利湿为治疗原则。苦参汤主要成分包括苦参、鱼腥草、

虎杖等,具有清热解毒、消肿止痛等功效,可清除术后的热毒,消散瘀滞,进而起到缓解疼痛的目的^[4]。基于此,本研究重点探讨了苦参汤加减联合内痔套扎外痔切除保留齿线术对混合痔患者疼痛应激、肛肠动力的影响及安全性,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取涟水县中医院2019年1月至2022年1月收治的81例混合痔患者,按照随机数字表法分为对照组(40例)和观察组(41例)。对照组患者中男性20例,女性20例;年龄20~65岁,平均 (31.52 ± 4.28) 岁;病程0.9~6年,平均 (2.48 ± 0.62) 年;创面面积 $3.18 \sim 10.47 \text{ cm}^2$,平均 $(7.25 \pm 1.84) \text{ cm}^2$ 。观察组患者中男性21例,女性20例;年龄20~65岁,平均 (32.14 ± 4.46) 岁;病程0.9~6年,平均 (2.52 ± 0.64) 年;创面面积 $3.21 \sim 10.50 \text{ cm}^2$,平均 $(7.31 \pm 1.81) \text{ cm}^2$ 。对比两

作者简介: 常林,大学本科,主治医师,研究方向:肛肠科疾病的诊疗。

[12] 李昌权,钱腊燕,李岗,等. PPH联合部分肛门内括约肌切断术对重度混合痔术后创缘水肿及肛门功能的影响[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2020, 27(5): 574-578.

[13] 刘超,王锐,王振彪,等. 吻合器痔上黏膜环切术联合外剥内扎手术治疗Ⅲ~Ⅳ度环状混合痔的疗效及对患者肛门功能的影响[J]. 现代生物医学进展, 2019, 19(6): 1083-1086, 1118.

[14] 舒子龙,徐亚宏,汪明,等. 高位多点悬吊加改良外剥内扎术与RPH术治疗混合痔的效果对比分析[J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26(5): 589-593.

[15] 刘安,李磊磊,李雪琦,等. 弹力线套扎+硬化剂注射+外剥内扎术治疗混合痔的临床疗效观察[J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27(6): 572-575.