

PPH 治疗环状混合痔的临床疗效观察

彭存奇 姜镜清

(浙江省临安市中医院外一科 临安 311300)

摘要:目的:探讨 PPH(吻合器痔上黏膜环切术)治疗环状混合痔的临床疗效。方法:选择本院 128 例环状混合痔病例,随机分为治疗组与对照组,治疗组 64 例予 PPH 治疗,对照组 64 例予 Milligan-Morgan(外剥内扎术)治疗,观察两组患者手术时间、住院时间及术后并发症情况。结果:治疗组在手术时间、术中出血量、住院时间方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组术后肛门疼痛、坠胀、狭窄等术后并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:PPH 治疗环状混合痔较外剥内扎术手术时间及住院时间短,术中出血量少,术后并发症少,安全性高,疗效可靠。

关键词:环状混合痔;PPH;外剥内扎术;疗效观察

中图分类号:R657.18

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.016

痔是肛肠科常见疾病之一,其中环状混合痔内痔脱垂者又是混合痔中难治之症。通常以手术治疗为主,传统外剥内扎术治疗给患者带来诸多疼痛与不便,患者满意度低。近年来,我院应用 PPH 治疗环状混合痔内痔脱垂者,并与同期应用外剥内扎术治疗的患者进行临床疗效对比。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 诊断标准 参照《中华人民共和国中医行业标准·中医肛肠科病证诊断疗效标准》以及中华医学会外科学分会肛肠外科学组于 2000 年 4 月下旬在成都制定的《痔诊治暂行标准》拟定Ⅲ、Ⅳ度脱垂痔的诊断标准:(1)混合痔病史,伴肛垫病理性肥大、移位并脱垂。(2)Ⅲ度脱垂痔:便时带血、滴血,伴内痔脱出或久站、咳嗽、劳累、负重时内痔脱出,需用手回纳;Ⅳ度脱垂痔:在Ⅲ度脱垂痔基础上,内痔脱出后不能回纳。

1.2 纳入标准 (1)符合上述诊断标准者;(2)既往无痔手术史及肛门形态和功能的异常。

1.3 排除标准 (1)伴有肛瘘、肛裂、直肠癌、结肠癌、结肠占位等其它肛肠疾病者;(2)伴有严重的心脑血管疾病、肝脏及造血系统等原发疾病,不能耐受手术或可能增加手术风险者;(3)伴有糖尿病、维生素 C 缺乏等代谢系统病症而影响伤口愈合者;(4)年龄小于 18 岁或大于 70 岁的患者;(5)未按要求手术,影响手术疗效的患者。

1.4 临床资料 选择 2010 年 10 月~2012 年 11 月在本科室就诊住院的环状混合痔患者 128 例,随机分为治疗组、对照组。治疗组 64 例使用 PPH 治疗以痔核脱出为主要症状的环状混合痔,其中男 48 例,女 16 例;年龄 35~64 岁,平均 (45.61 ± 23.56) 岁;病程 5~34 年,平均 (20.61 ± 9.15) 年;内痔Ⅲ度者 44 例,Ⅳ度者 20 例。对照组 64 例采用外剥内扎术治疗以痔核脱出为主要症状的环状混合痔,其中男 38 例,女 26 例;年龄 28~62 岁,平均 (33.8 ± 15.56) 岁;

病程 3~30 年,平均 (20 ± 12.13) 年;内痔Ⅲ度 40 者例,Ⅳ度者 24 例。两组患者一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.5 治疗方法 两组患者术前均常规清洁灌肠,术后予相同方法坐浴治疗。

1.5.1 治疗组 采用 PPH 治疗。待腰麻生效后患者取俯卧折刀位,扩肛至可容四指,然后用三把组织钳夹持肛缘皮肤 1、5、9 点牵拉固定,插入肛管扩张器,取出内芯,再插入肛镜缝扎器,在齿线上 3~4 cm 处,用 2-0 可吸收线在黏膜下层深约 0.5 cm 做荷包缝合。其中女性患者缝合直肠前壁不能过深,以免将阴道后壁缝入,致直肠阴道瘘。退出缝扎器,将旋开至最大程度的圆形吻合器(江苏常州医疗器械研究有限公司)顶端的钛钉座插入至荷包缝合口以上,将荷包缝线拉紧并打结,用带线器把荷包缝线从吻合器侧孔拉出,并予打结固定。旋转吻合器尾端的调节钮至安全刻度范围(女性患者应辅以阴道指检,防止损伤直肠阴道间隔)打开保险后给予击发(此时应保持固定,一次性击发完毕),使吻合器保持关闭状态 40~50 s。逆时针旋松吻合器将其缓慢取出,检查环切物是否完整。再仔细检查吻合口有无活动性出血,若有活动性出血予缝扎止血,若无出血则术毕。再予阴道指检,确认是否有直肠阴道隔损伤。

1.5.2 对照组 采用外剥内扎术治疗。待麻醉生效后,钳夹外痔顶部向外牵拉,暴露内痔,另取弯钳夹持内痔基底部,两钳合并提起,用弯剪在外痔两侧皮肤距肛门 1~2 cm 处做“V”形切口,在皮下静脉丛与括约肌之间剥离至齿线上 0.3 cm。用 10 号丝线自夹持内痔弯钳下方的内痔根部结扎。以同样方法逐一剥离其他痔核,并保留皮桥黏膜。

1.6 观察指标 观察两组患者术中出血量、手术时间及住院时间、术后并发症情况。

1.7 统计学方法 采用统计学软件 SPSS12.0 建立

实用中西医结合临床 2014 年 3 月第 14 卷第 3 期
数据库, 通过 t 检验和卡方检验分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术中出血量、手术时间及住院时间比较 治疗组手术时间和住院时间明显短于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 术中出血量明显少于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组术中出血量、手术时间及住院时间情况比较 ($\bar{X}\pm S$)				
组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	术后住院时间 (d)
治疗组	64	40.31± 13.24	20.12± 7.86	2.5± 1.16
对照组	64	60.15± 20.13	60.50± 6.68	6.7± 3.25
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 术后并发症情况比较 于术后第 1、3 天观察术后肛门疼痛、坠胀、水肿、狭窄等并发症发生情况, 治疗组发生例数少于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 术后肛门并发症发生情况比较 例						
组别		<i>n</i>	疼痛	坠胀	水肿	狭窄
治疗组	术后 1 d	64	10	12	8	0
	术后 3 d	64	3	5	3	0
对照组	术后 1 d	64	35	42	48	5
	术后 3 d	64	28	28	35	5

3 讨论

3.1 PPH 原理 PPH 操作机理是在脱出内痔的上方近内痔上缘的地方进行环形切除直肠下端肠壁的黏膜和黏膜下层组织, 并在切除的同时对远近端的肠黏膜进行吻合, 使脱出的内痔及肠黏膜被向上悬吊和牵拉, 不再脱出。由于位于黏膜下层来自直肠上动脉供给痔的动脉被切断, 术后既阻断了痔的血液供应, 又将脱垂的组织悬吊固定, 从而将病理状态的肛管直肠恢复到正常的解剖状态, 而又不破坏肛垫的正常生理功能。PPH 保留了肛垫及齿线的完整性, 有效保护了肛门的精细控便功能, 更加符合生理情况^[1-2]。

3.2 手术和住院时间 PPH 操作简单, 一般仅需 10~15 min 即可完成, 手术时间较短。外剥内扎术治疗环状混合痔时, 需逐个手术逐一完成, 过程繁琐消耗时间久, 并且肠黏膜缺损大, 剥离的创面术后水肿明显, 创面愈合慢, 组织完全覆盖创面常需 3 周以上, 术后患者必须经多次换药处理, 故住院时间长。PPH 操作简单, 肛门部无手术切口, 切口在齿线上一期愈合无须换药, 缩短了住院时间, 术后观察 2~3 d 即可出院。廖兆丰等^[3]报道 PPH 术最大限度地保留了肛垫的生理功能, 具有术后恢复快、住院时间短、手术时间短等优点。莫国威等^[4]报道 PPH 组手术时间、住院时间、恢复工作时间少于 MMH 组, 术后肛门疼痛、肛门狭窄发生率明显少于 MMH 组 ($P<0.05$)。

3.3 术后并发症分析 术后并发症主要有疼痛、水肿与肛门狭窄。外剥内扎术后创面位于感觉神经丰富的区域, 术后肛缘创面多个“V”形切口会出现剧烈的疼痛, 手术创面大愈合较慢, 疼痛刺激又可引起肛门括约肌痉挛, 导致肛门局部血液循环障碍, 使局部组织缺血缺氧, 从而又可加重疼痛呈恶性循环, 所以疼痛时间较长。PPH 对直肠黏膜的切口吻合是在齿线以上, 这一区域受植物神经支配, 无脊神经感觉末梢, 术后疼痛也很少。水肿是由于局部组织损伤, 血液、淋巴循环障碍, 血管渗透压增高, 水分在组织间隙滞留过多, 或血管受损后血液渗入组织间隙形成血栓所引起^[5]。外剥内扎术必须要保留足够的黏膜皮桥, 术后易致水肿又可加重疼痛。PPH 肛门部没有开放创面, 无残留黏膜, 术后极少出现水肿。外剥内扎术需一次性结扎多个内痔痔核基底部, 且都位于齿线以上, 由于未合理保留痔核间黏膜, 易造成患者术后肛门坠胀感, 加之肛缘皮肤损伤过多术后创面大, 愈合中瘢痕收缩, 容易致直肠肛门狭窄; PPH 呈环形吻合无多处结扎, 创面在直肠黏膜不暴露创面, 使脱垂的肛垫被拉回至原来的生理位置, 术后愈合不会致肛内坠胀、直肠肛门狭窄。林玲莉等^[6]报道 PPH 术后疼痛、水肿发生率少于外剥内扎组, 无肛门狭窄。王永杰^[7]报道 PPH 不破坏肛垫, 保留了肛管直肠对肠内容物的识别功能, 保留了肛门精细控便能力, 不切除肛门皮肤, 没有创面, 术后不出现外剥内扎术常见的肛门疼痛、水肿、肛门狭窄等并发症。黄项武等^[8]报道外剥内扎术手术创面大, 术后易形成严重的疤痕, 破坏了肛门应用的生理结构和功能, 具有术中出血量多及术后易发生肛门狭窄、肛门失禁等缺点。

3.4 术中出血量 环状混合痔由于痔核较大较多, 在实施外剥内扎术时, 多个痔核需逐一手术, 术野范围内小血管分布较密, 肛门创面相对较大, 出血量亦相对较多; PPH 是机械切除, 吻合一次性完成, 手术创面小, 通常术中出血量较少。马富明等^[9]报道由于 PPH 环形结扎了痔动脉一周, 术中术后不易出血。黄俊明等^[10]采用 PPH 治疗混合痔临床疗效明显优于外剥内扎术, 在术中出血量、术后疼痛、住院时间方面差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

通过本临床疗效观察, PPH 较外剥内扎术具有以下优点: 手术操作简单, 手术时间短, 术中出血量少; 术后恢复时间短, 住院时间短; 术后精细控便控气能力不受影响, 术后没有传统外剥内扎手术肛门狭窄等并发症, 术后肛门部疼痛轻, 持续时间短, 水肿、坠胀发生率低, 术后并发症消退(下转第 65 页)

重指数 24.82,空腹血糖(FBG)平均 9.78 mmol/L;左足 35 例,右足 34 例,双足 11 例;Ⅰ级 43 例,Ⅱ级 37 例;中医分型脉络瘀热证 48 例,脉络热毒证 32 例。

1.3 治疗方法

1.3.1 基础治疗 (1)均用胰岛素控制血糖在理想水平;(2)给予改善微循环和扩张血管药物的治疗;(3)合理饮食,控制体重;(4)调节情绪,适当运动。

1.3.2 外治方法 有坏死组织附着创面且符合清创条件的,首先手术切除坏死部分,对已形成大的脓腔者,根据具体情况选择不同的切口方式,尽量清除坏死组织,彻底暴露伤口。再依照分泌物细菌培养结果合理运用抗生素输液或外敷,根据创面情况分别外敷祛腐生肌膏[鲁卫消证字(2009)第 0072 号]、生肌橡皮膏(国药准字 Z12020345)、复方三黄酊^[4]。

1.3.3 中医药治疗 依病机自拟解毒化瘀方加减:金银花、蒲公英、赤芍、丹参、当归、鸡血藤、生黄芪、白术、茯苓、花粉、石斛各 30 g,紫花地丁、牛膝、玄参各 20 g,延胡索、甘草各 15 g;每日 1 剂,水煎取汁 500 mL 分 2 次早晚服。若纳呆气短、气虚者,加党参 30 g、茯苓 15 g;疼痛剧烈、难以入眠者,加制乳香 6 g、制没药 6 g、米壳 15 g;创面分泌物多、患肢肿胀者,加车前子(包)15 g、赤苓皮 15 g、薏苡仁 30 g;皮色紫黯以及舌质青紫、有瘀点或瘀斑,瘀血证重者,加水蛭 30 g、地龙 30 g、丹参 30 g。1 个月为 1 个疗程,服药 2 个疗程后进行疗效评定。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照中华全国中医学会脉管专业委员会制定的动脉硬化闭塞症疗效评定标准^[3]。

2.2 治疗结果 治愈 36 例,占 45.00%;显效 20 例,占 25.00%;有效 21 例,占 26.25%;无效 2 例,占 2.50%;恶化 1 例,占 1.25%;总有效率 96.25%。

3 讨论

糖尿病足是指因糖尿病血管病变和(或)神经病变和感染等因素导致糖尿病患者足或下肢组织

破坏的一种病变,是威胁糖尿病患者的严重并发症,给患者及其家庭、社会造成严重影响和负担。鉴于此,国际糖尿病联盟 2005 年糖尿病日的主题是“糖尿病和足的护理”,以呼吁整个社会关注糖尿病足。

中医学对本病早就有一定的认识,但并没有专有病名,而是根据临床表现归属“脱疽”的范畴。比如《灵枢·痈疽篇》曰:“发于足指,名脱疽。其状赤黑,死不治;不赤黑,不死。不衰,急斩之,不则死矣。”再如宋代诸瑞章《卫生宝鉴》记载:“消渴者,足膝发恶疮,治死不救。”中医学认为,糖尿病足发生原因实为消渴日久,气阴两虚,阴虚内热;阴损及阳,虚则无力抗邪,湿热之邪乘虚而入,热盛肉腐;虚则肌肤脉络失养,瘀则脉络痹阻不通。总属本虚标实之证,以气阴两虚为本,瘀血、热毒为标^[5]。依照病机拟定解毒化瘀方为主加减治之,再运用西药控制血糖,合理运用抗生素控制感染,结合创面情况进行外科清创术或中药膏剂及水剂外敷,中西医结合直中病要,故能取得满意疗效。糖尿病足是由糖尿病继发的,对糖尿病足的治疗,不能只局限于局部,还要进行控制血糖、抗感染、改善循环等治疗。大量临床资料显示,中医药治疗糖尿病足副作用小,安全性高,改善临床症状的作用明显,可降低截肢率,其治疗手段多种多样,可以弥补现代医学不足之处。通过本临床观察,显示中西医结合治疗糖尿病足疗效确切,安全可靠,便于推广应用。

参考文献

[1]Alberti KG,Zimmet PZ.Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation[J].Diabet Med,1998,15(7):539-553
[2]李仕明.中华医学会糖尿病学会全国第一届糖尿病足专业学术会议纪要[J].中国糖尿病杂志,1996,4(1):60-61
[3]陈淑长.周围血管病中医研究最新全书[M].北京:中国医药科技出版社,1992.354-357
[4]原焕勇.复方三黄酊外治糖尿病坏疽 42 例临床观察[J].河北医学,2001,7(9):852-853
[5]吕维名,钟国连.中西医结合治疗糖尿病足的临床观察[J].中国中西医结合杂志,2003,23(12):913

(收稿日期: 2013-09-16)

[5]胡伯虎.大肠肛门病治疗学[M].北京:北京科技文献出版社,2001.471-722
[6]林玲莉,岑嘉云,胡立波.PPH 结合痔切除术于开放式外剥内扎术治疗环状混合痔的对比研究[J].中国临床医学,2005,12(6):1 058-1 060
[7]王永杰.PPH 手术治疗环状混合痔的疗效观察[J].中国全科医学,2007,10(12):1 015-1 016
[8]黄项武,吴志清,江小杰,等.PPH 联合外剥内扎术治疗 262 例环状混合痔的探讨[J].莆田学院学报,2012,19(5):36-38
[9]马富明,高原,杨广源,等.PPH 手术治疗痔病的临床观察及探讨[J].内蒙古医学杂志,2005,37(11):1 000-1 002
[10]黄俊明,李锦宇,邝永龙,等.PPH 与 Milligan-Morgan 术式治疗环状混合痔的临床效果观察 [J]. 现代生物医药进展,2012,12(12): 2 349-2 351

(收稿日期: 2014-01-10)

(上接第 29 页)时间短。患者满意度高,适宜临床广泛应用。

参考文献

[1]姚礼庆,钟芸诗,孙益红,等.吻合器痔上黏膜环形切除术治疗重度痔疮的 3 年疗效评价 [J]. 中华胃肠外科杂志,2004,7(2):120-123
[2]傅传刚.重视 PPH 在痔治疗中的合理应用[J].中国实用外科杂志,2007,27(6):436-437
[3]廖兆丰,张禹.PPH 与 MMH 治疗环状混合痔 158 例疗效对比[J].中国临床研究,2011,3(19):87
[4]莫国威,潘银瑞,覃兴尤,等.PPH 与外剥内扎术治疗环状混合痔的疗效对比分析[J].中医医药指南,2012,10(32):407-408