

症等并发症。难治性糖尿病足溃疡具有创面深、坏死组织多、动脉硬化、管壁增厚、生理机能下降、瘢痕组织增生、创面水肿、不能上皮化、伤口迁延不愈等特征,严重影响患者生活质量。临床治疗糖尿病足溃疡,首先要确定溃疡性质,神经性溃疡多发生在反复受压位置,治疗方案主要是减压;缺血性溃疡则主要发生在足背外侧及足趾尖部、足跟部,治疗方案主要是解决下肢缺血问题,轻者可经内科治疗,重者要进行介入、血管外科成型手术治疗;伴有感染的足溃疡则要去感染和坏死组织,彻底清创,选择合适辅料或应用抗生素治疗^[4]。

VSD 负压封闭引流术是用 VSD 材料 + 半透膜 + 三通接管 + 负压吸引器进行负压吸引的技术,适用于大面积撕脱伤、无法植皮的 I 期烧伤、骨髓炎、褥疮、糖尿病足等治疗,是一种全新的处理浅表创面或用于深部引流的技术。该引流术具有封闭、负压引流双重效果,将创面变为密封状态,负压引流又可将被动引流变为主动引流,消除死腔及积液,去除细菌培养基,阻止细菌感染,改善微循环,最大程度保留活性组织,利于细胞生长、组织愈合及血管恢复形态和功能。另外,负压下,创面基底部会形成物理牵拉力,刺激成纤维细胞增殖,利于创面愈合,对于难

治性的足溃疡治疗效果很好^[5]。早期应用 VSD 能扩张足部狭窄的毛细血管,增加局部组织氧分压,避免感染。同时,负压吸引又可降低血管通透性,减少组织水肿。研究发现 VSD 还可促进免疫反应神经纤维中降钙素基因肽释放,有助于扩张血管和改善神经障碍^[6]。本组研究中观察组应用 VSD 治疗后患者的创面愈合时间明显缩短。综上所述,VSD 应用于糖尿病难治性足溃疡治疗中效果显著,可以有效引流创面,阻止细菌入侵,同时持续负压状态可改善微循环,促进创面愈合,值得推广使用。

参考文献

[1]刘志国.糖尿病足溃疡诊治进展[J].中华损伤与修复杂志电子版,2012,7(2):68-70
 [2]钟小晶,何丽展,霍景山.负压封闭引流两种不同负压值对糖尿病溃疡创面愈合的影响[J].广东医学,2013,34(14):2269-2271
 [3]白明,赵茹,王智,等.传统换药与创面负压修复体表创面的结局比较[J].中国组织工程研究,2014,18(2):322-328
 [4]王国凤,徐宁,尹冬,等.负压封闭引流在糖尿病足治疗中的临床应用[J].中国医师进修杂志,2012,35(16):65-67
 [5]宋飞,简华刚.糖尿病足溃疡创面床准备及清创处理[J].创伤外科杂志,2011,13(2):180-182
 [6]马铎枫,魏军平,倪青.糖尿病足患者血液流变学改变的研究[J].基层医学论坛,2011,15(7):197-199

(收稿日期:2017-01-16)

PPH 联合外痔切除与传统外剥内扎术治疗痔的效果比较

吴晓霜 庄雁 温绍斌 文春娅 王迎

(广东省阳春市中医院外二科 阳春 529600)

摘要:目的:比较痔上黏膜环切术(PPH)联合外痔切除术与传统外剥内扎术治疗痔的效果差异。方法:选取2014年1月~2016年3月在我院肛肠外科接受手术治疗的混合痔患者50例,按照不同的手术方式分为PPH组(PPH术联合外痔切除术)30例和传统组(传统外剥内扎术)20例,比较两组患者的手术疗效和并发症的发生率。结果:PPH组的疗效明显优于传统组,差异有统计学意义, $P < 0.05$;PPH组肛门失禁、肛管狭窄、肛门坠胀和肛缘水肿等并发症的发生率均低于传统组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:PPH联合外痔切除术在治疗混合痔时,相对于传统外剥内扎术可提高临床疗效,可降低术后并发症发生率,疗效显著,安全性较高。

关键词:混合痔;痔上黏膜环切术;外痔切除术;传统外剥内扎术

中图分类号:R657.18

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.046

痔是临床常见病、多发病,好发于各年龄段人群,以便血、疼痛为临床特征,会影响患者的正常生活、工作及学习,降低患者的生活质量^[1]。混合痔是痔的常见类型之一,包括内痔和外痔,临床症状较重,常需手术治疗。本研究比较痔上黏膜环切术(PPH)联合外痔切除术与传统外剥内扎术治疗痔的效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年1月~2016年3月在我院肛肠外科接受手术治疗的混合痔患者50例,按

照不同的手术方式分为 PPH 组(PPH 术联合外痔切除术)30 例和传统组(传统外剥内扎术)20 例。所有患者经诊断均符合相关诊断标准^[2],明确诊断为混合痔;患者表现为便血、疼痛、肛周肿物脱出,经保守治疗后无好转;所有患者均有手术指征,无手术绝对禁忌症。PPH 组中男 18 例,女 12 例;年龄 22~58 岁,平均年龄(37.5±5.3)岁;病程 6 个月~21 年,平均病程(6.2±1.1)年。传统组中男 11 例,女 9 例;年龄 21~59 岁,平均年龄(37.3±5.8)岁;病程 6 个月~20 年,平均病程(6.4±1.3)年。两组患者的一般资

料相比较, 差异无统计学意义, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 治疗方法 PPH 组患者采用 PPH 术联合外痔切除术, 术前常规清洁肠道, 连续硬膜外麻醉或骶管麻醉, 取截石位, 消毒、铺巾, 用手指逐步扩肛到 3 指, 了解痔内核分布、直径、大小、松弛度, 用组织钳在夹住肛周 3 点和 9 点, 置入扩张器, 将内栓取出后松开组织钳, 用透明环卡住齿状线边缘, 将脱垂黏膜在扩张器内充分暴露, 用“7”号线于 6 点和 12 点缝扎固定, 根据患者脱出程度采用单荷包或双荷包缝合, 在中心杆位置打结, 沿着顺时针方向旋转吻合器, 确保无其它组织嵌入后, 击发保险器并维持 1 min, 沿着逆时针方向旋半圈后退出吻合器, 检查是否将仓内组织切割完整。常规在 3、6、9 和 12 点用 2 条 0 可吸收线作“8”字缝合止血, 如有残留外痔或皮赘, 用 7 号线作贯穿缝合, 并将多余组织剪除, 创面电凝止血。再次检查吻合口是否有裂开、出血, 并在肛内放置止痛栓和甲硝唑栓各 1 枚, 并用止血海绵、凡士林纱条加压包扎创面。传统组患者采用传统外剥内扎术, 术前准备同 PPH 组, 常规切除并剥离 3~5 个内痔核, 并在各个痔核间留置足够皮桥, 基底部采用 4 号线贯穿缝合止血, 术后在肛内放置止痛栓和甲硝唑栓各 1 枚, 并用止血海绵、凡士林纱条加压包扎创面。

1.3 观察指标 (1) 疗效评定: 治愈: 便血、疼痛、肛周肿物脱出症状消失, 无并发症; 有效: 便血、疼痛、肛周肿物脱出症状基本消失, 无明显并发症; 无效: 便血、疼痛、肛周肿物脱出症状改善不明显^[3]。(2) 统计比较两组患者术后肛门失禁、肛管狭窄、肛门坠胀和肛缘水肿等相关并发症的发生情况。

1.4 统计学方法 本研究数据采用 SPSS22.0 统计学软件进行分析, 计数资料以 % 表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较 PPH 组的疗效明显优于传统组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的疗效比较

组别	n	治愈(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
PPH 组	30	20	9	1	96.67
传统组	20	6	8	6	70.00
χ^2					7.087 5
P					0.007 8

2.2 两组患者手术并发症发生率比较 PPH 组肛门失禁、肛管狭窄、肛门坠胀和肛缘水肿等并发症的发生率均低于传统组, 差异有统计学意义, $P <$

0.05。见表 2。

表 2 两组患者手术并发症发生率比较[例(%)]

组别	n	肛门失禁	肛管狭窄	肛门坠胀	肛缘水肿
PPH 组	30	0(0.00)	1(3.33)	1(3.33)	2(6.67)
传统组	20	5(25.00)	6(30.00)	10(50.00)	9(45.00)
χ^2		8.333 3	7.087 5	10.930 4	10.275 8
P		0.003 9	0.007 8	0.000 9	0.001 3

3 讨论

混合痔是内痔和相应部位外痔混合而形成, 是临床中痔的常见类型之一, 表现为反复便血、排便疼痛或肛周肿物脱出。混合痔的发病机制尚无研究明确, 可能与肛垫病理性肥厚、增生、下移有关, 形成内痔后, 内痔血管影响齿状线下方血管而形成外痔^[4]。PPH 术是根据肛垫下移学说设计而成, 其通过切除一圈直肠黏膜, 上提脱出内痔而获得治疗效果, 具有手术简便、疗效显著和并发症少等优点, 在内痔治疗中应用广泛。混合痔合并有外痔, 在行 PPH 术治疗的同时, 配合外痔切除术可获得显著疗效。

传统外剥内扎术是在传统结扎术的基础上改良而成, 通过手术直接将脱出内核切除来进行治疗, 但该术式对患者造成的创伤较大, 术后创面愈合时间长、疼痛剧烈且并发症多, 一定程度上影响了疗效。本次研究结果表明, PPH 联合外痔切除术疗效优于传统外剥内扎术, PPH 术通过吻合器将肛周内膜一圈进行切除, 极大地减轻了手术创伤和患者术后的疼痛程度, 能促进术后愈合, 并降低了术后并发症发生率。手术治疗后, 疼痛、肛管狭窄、失禁是最常见和最严重的并发症, 会严重影响手术疗效和患者预后, 所以, 降低并发症发生率是提高手术疗效和患者术后生活质量的关键。传统外剥内扎术直接切除脱出肿物和痔核, 手术创伤较大, 术后感染、肛门狭窄、失禁等并发症发生率较高, 而 PPH 联合外痔切除术后, 患者的肛管狭窄、肛门失禁、肛缘水肿和肛门坠胀等并发症的发生率均低于传统外剥内扎术。综上所述, PPH 联合外痔切除术在治疗混合痔时, 相对于传统外剥内扎术可提高临床疗效, 可降低术后并发症发生率, 疗效显著, 安全性较高。

参考文献

- [1]耿桂飞,王绍臣,兰飞,等.RPH 与 PPH 治疗中 / 重度混合痔的比较研究[J].中华全科医学,2014,12(6):879-881
- [2]韩小勇,张淑伶,谢振年,等.PPH 结合外痔切除术治疗环状混合痔的临床疗效观察[J].河北医学,2013,19(12):1812-1814
- [3]宋德鲁,贾学锋,刘书先,等.选择性联合内痔痔核剔除 PPH 手术治疗局部脱垂严重混合痔的临床疗效及体会[J].安徽医药,2013,17(3):466-467
- [4]杨昌谋,黄甫达,覃安强,等.PPH 术在重度混合痔中的应用[J].浙江临床医学,2016,18(5):905-906

(收稿日期: 2017-01-16)