

• 临床探讨 •

# PPH 对痔疮合并直肠脱垂患者术后并发症、疼痛程度及复发率的影响<sup>\*</sup>

毕 轶, 杨国兴, 王钰红, 江永平, 郭爱东, 田贺永

(河北省唐山市玉田县医院外三科 064100)

**摘要:**目的 探讨吻合器痔上黏膜环状切除术(PPH)对痔疮合并直肠脱垂患者术后并发症、疼痛程度及复发率的影响。方法 随机选取该院 2014 年 5 月至 2016 年 5 月收治的痔疮合并直肠脱垂患者 200 例,依据治疗方法将这些患者分为 PPH+小切口外剥内扎术+消痔灵注射术组(联合术式组,  $n=100$ )和传统外剥内扎术组(传统术式组,  $n=100$ ),对 2 组患者的临床疗效、疼痛程度、术后并发症及复发率进行统计分析。结果 联合术式组患者治疗的总有效率为 99.0%(99/100),显著高于传统术式组的 89.0%(89/100),差异有统计学意义( $P<0.05$ );联合术式组患者疼痛程度 I、II、III 度比例均显著低于传统术式组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );联合术式组患者术后并发症发生率及复发率均显著低于传统术式组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 PPH 能够有效缓解痔疮合并直肠脱垂患者疼痛,降低患者术后并发症发生率及复发率,提高对患者治疗的总有效率,值得在临床推广。

**关键词:**吻合器痔上黏膜环状切除术; 痔疮合并直肠脱垂; 术后并发症; 疼痛程度; 复发率

**DOI:**10.3969/j.issn.1672-9455.2017.07.050 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)07-1039-02

在治疗环状混合痔的过程中,临床采用了众多方法。将症状彻底消灭,有效防止复发,对肛门功能进行最大限度的保护是治疗的主要目的<sup>[1-2]</sup>。相关学者对 30 000 例患者进行动态排粪造影<sup>[3]</sup>,结果表明肛垫下移、肛垫上方直肠黏膜脱垂等均极易引发痔脱垂,而将肛垫上方松弛的直肠黏膜切除是治疗的关键。因此,痔疮合并直肠脱垂会增加手术治疗难度。现阶段,肛肠界研究的热点就是如何治疗痔疮合并直肠脱垂,并收到最佳治疗效果。本研究探讨吻合器痔上黏膜环状切除术(PPH)对痔疮合并直肠脱垂患者的效果。现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 随机选取本院 2014 年 5 月至 2016 年 5 月收治的痔疮合并直肠脱垂患者 200 例,所有患者均有肛门肿物环状脱出等临床表现,均知情同意。依据治疗方法将这些患者分为 PPH+小切口外剥内扎术+消痔灵注射术组(联合术式组,  $n=100$ )和传统外剥内扎术组(传统术式组,  $n=100$ )。联合术式组中男 25 例,女 75 例;年龄 31~73 岁,平均(50.3±10.1)岁;病程 3~10 年,平均(6.5±2.3)年。传统术式组患者中男 28 例,女 72 例;年龄 32~73 岁,平均(51.2±10.2)岁;病程 4~10 年,平均(6.8±2.5)年。2 组患者的一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 方法

**1.2.1 联合术式组** 让患者取截石位,对患者进行腰麻或骶麻,用碘伏对肛管及直肠下段进行消毒,对肛门进行扩张,将透明肛镜纳入,在截石 6、12 点位各缝 1 针,将透明肛镜固定起来,用碘伏对直肠黏膜进行消毒。从 3 点位在齿线上 2.0~3.0 cm 平面进针进行黏膜下荷包缝合,并在其附近出针,如果患者脱垂程度较为严重,则对其进行双荷包缝合,通过牵引线向吻合器空腔内牵入脱垂的直肠黏膜层,将吻合器旋紧后进行 30 s 的击发静待,将吻合器取出,对吻合口搏动性出血发生情况进行检查,如果有出血,则用丝线对其进行 8 字缝合,以达到有效

的止血目的。用小切口分段外剥内扎术处理肛缘残留外痔部分,对活动性出血发生情况进行检查,向肛管内纳入太宁栓、连霉素纱条等,用棉垫对其进行压迫,用丁字带将其固定起来。用皮试针头将 1:1 消痔灵溶液黏膜下点状注射在吻合口上方的直肠黏膜松弛区及其下内痔区。

**1.2.2 传统术式组** 让患者取截石位,对患者进行腰麻或骶麻,将 V 型切口开在外痔基底,向齿线上对外痔静脉丛进行剥离,将内痔基底向上夹住,在此过程中充分利用大弯止血钳,对其进行 8 字贯穿缝扎,并充分利用 7 号丝线,剪去内外痔残端,结扎痔核间,适当保留皮桥,术后处理同上。

**1.3 疗效评定标准** 依据《中医病证诊断疗效标准》,临床症状消失或基本消失,痔消失或基本消失为显效;临床症状有所改善,痔有所缩小为有效;临床症状和体征均没有发生改变为无效<sup>[4]</sup>。

**1.4 观察指标** 依据全国肛肠(衡水)会议 1975 年制订的标准,如果患者的肛门具有轻微且能够忍受的疼痛,则评定为 I 度;如果患者的肛门具有较长时间的疼痛,服药才能减轻,则评定为 II 度;如果患者的肛门具有持续的疼痛,需要注射药才能止痛,则评定为 III 度<sup>[5]</sup>。同时,对 2 组患者的术后并发症发生情况及复发情况进行观察。

**1.5 统计学处理** 统计分析数据采用软件 SPSS20.0,采用 Ridit 分析计数资料,计数资料以例数或率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,检验水准  $\alpha=0.05$ ,以  $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2 组患者的临床疗效比较** 联合术式组患者治疗的总有效率 99.0%(99/100)显著高于传统术式组的 89.0%(89/100),差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

**2.2 2 组患者的疼痛程度比较** 联合术式组患者的疼痛程度 I 度、II 度、III 度比例均显著低于传统术式组,差异有统计学意

\* 基金项目:河北省卫生和计划生育委员会医学科研项目(1020140136)。

义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 1 2 组患者的临床疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
联合术式组	100	94(94.0)	5(5.0)	1(1.0)	99(99.0)
传统术式组	100	74(74.0)	15(15.0)	11(11.0)	89(89.0)
$\chi^2$					11.14
P					<0.05

表 2 2 组患者的疼痛程度比较[n(%)]

组别	n	I 度	II 度	III 度
联合术式组	100	0(0.0)	38(38.0)	6(6.0)
传统术式组	100	18(18.0)	54(54.0)	28(28.0)
$\chi^2$		5.02	7.38	9.35
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 2 组患者的术后并发症发生情况及复发情况比较 联合术式组患者的术后并发症发生率及复发率均显著低于传统术式组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组患者的术后并发症发生情况及复发情况比较[n(%)]

组别	n	并发症			复发
		肛门狭窄	尿潴留	总发生	
联合术式组	100	0(0.0)	10(10.0)	10(10.0)	0(0.0)
传统术式组	100	18(18.0)	13(13.0)	31(31.0)	4(4.0)
$\chi^2$				12.38	13.56
P				<0.05	<0.05

### 3 讨论

在环状混合痔合并直肠黏膜内脱垂的治疗中,PPH+小切口外剥内扎术+消痔灵注射术可对脱垂的直肠黏膜进行较好的处理,对肛垫进行最大限度的保护,为术后肛缘皮赘残留的减小提供有效前提条件,避免传统术后肛门疼痛、狭窄、失禁等并发症的发生。PPH 术式顺应肛垫学说,手术过程中将肛管黏膜组织避开,同时将肛垫保留下来,从而能将肛垫上提,将部分痔上动脉切断,促进痔区血供的减小,并将部分松弛直肠黏膜切除。但是,手术过程中应该对过高或过低吻合口进行有效预防,使提拉痔核收到显著效果,避免直肠狭窄;同时,手术过程中应将直肠黏膜切除,以有效避免术后肛门出血及剧烈疼痛<sup>[6]</sup>。临床普遍认为,将吻合位置设定在齿线上 2.0~3.0 cm 较为合适<sup>[7-8]</sup>。消痔灵属于复方中药制剂,主要功效为止痛、收敛等,注射后能够促进患者松弛直肠黏膜粘连固定,加强吻合口止血效果,极大程度地减少术后后遗症及并发症,有效防止痔复发。在注射上端直肠黏膜的过程中,应向肌层抵达;手术

过程中应严格消毒,预防感染。在痔区黏膜下注射,将标准设定为具有白色的黏膜隆起和清晰的微血管,行交错状注射,以防止直肠狭窄。相关研究表明,在 II、III 期混合痔合并直肠黏膜内脱垂患者的治疗中,应用 PPH 联合硬化剂注射治疗能够将 PPH 的适应证范围拓宽,提升手术临床疗效,且不会增加并发症<sup>[9]</sup>。也有研究表明,在环状混合痔合并直肠黏膜内脱垂的治疗中,联合术式具有令人满意的近期疗效,能避免单一术式的不足,且安全有效<sup>[10]</sup>。本研究结果表明,联合术式组患者治疗的总有效率 99.0%(99/100)显著高于传统术式组的 89.0%(89/100),差异有统计学意义( $P < 0.05$ );疼痛程度 I 度、II 度、III 度比例均显著低于传统术式组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );术后并发症发生率及复发率均显著低于传统术式组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),和上述相关医学研究结果一致。

总之,PPH 能够有效缓解痔疮合并直肠脱垂患者疼痛,降低患者术后并发症发生率及复发率,值得推广。

### 参考文献

- [1] 郭姣姣. 中西医结合治疗重度直肠前突合并直肠内脱垂型便秘的临床研究[D]. 石家庄:河北医科大学,2012.
- [2] 邓业巍,王东,张胜威. RPH 治疗混合痔合并直肠黏膜内脱垂临床研究[J]. 中华结直肠疾病电子杂志,2015,10(5):55-58.
- [3] 成文兵. 应用 PPH 术治疗痔疮合并黏膜内脱垂的效果分析[J]. 当代医药论丛,2014,12(17):248-249.
- [4] 林中超,彭洪,彭明沙. 单双荷包缝合在 PPH 治疗混合痔合并直肠内脱垂的手术效果对比研究[J]. 西部医学,2013,25(12):1859-1861.
- [5] 杨中权,赵英武. 肛门紧缩术合并注射术治疗全层直肠脱垂的临床观察[J]. 结直肠肛门外科,2011,17(2):98-99.
- [6] 程跃,周晋. 中药熏洗疗法治疗痔疮 100 例疗效观察[J]. 检验医学与临床,2014,11(2):201-202.
- [7] 赵恒飞,郑芳. 自动痔疮套扎术治疗 II~III 度直肠黏膜内脱垂疗效观察[J]. 检验医学与临床,2016,11(7):970-972.
- [8] 肖兰. 中药配方药剂坐浴及相应护理措施用于痔疮手术切除后的效果观察[J]. 检验医学与临床,2014,11(16):2332-2333.
- [9] Tokunaga Y. Clinical utility of sclerotherapy with a new agent for treatment of rectal prolapse in patients with risks[J]. J Clin Gastroenterol,2014,48(4):356-359.
- [10] Iersel JJ, Formijne JHA, Verheijen PM, et al. High-grade hemorrhoids requiring surgical treatment are common after laparoscopic ventral mesh rectopexy[J]. Tech Coloproctol,2016,20(4):235-242.