

文章编号:1005-6947(2006)09-0689-04

· 临床研究 ·

痔上黏膜环切钉合术治疗重度痔

李胜龙, 尹廷宝, 杨俊明, 鲍铭, 康东

(南方医科大学南方医院 肛肠外科, 广东 广州 510515)

摘要: **目的** 探讨痔上黏膜环切钉合术(PPH)的操作方法和疗效。**方法** 根据患者痔核大小、痔核性质、合并症、齿状线状况等具体情况采用PPH个体化治疗重度痔患者153例,分析其手术操作技巧与疗效、术后并发症的关系。**结果** 切除组织宽度为2.1~4.6 cm,平均3.5 cm。脱出痔组织立即全部回缩。吻合口渗血49例,搏动性出血12例,均在直视下缝合止血。不同程度的排尿困难、腹胀不适、疼痛、肛内坠胀便意感和灼热感是患者手术当天的主要症状,随访1~40个月无吻合口狭窄、肛门失禁及脱出复发。对效果感到非常满意者87例,满意者63例,基本满意者3例。**结论** PPH处理重度痔宜个体化,术中注意操作技巧,方可取得回缩好、避免并发症及提高患者满意度的理想效果。

关键词: 痔/外科学; 黏膜环切钉合术

中图分类号: R657.8 **文献标识码:** A

The clinical application of stapled prolapsectomy (PPH) for severe hemorrhoids: a report of 153 cases

LI Sheng-long, YIN Ting-bao, YANG Jun-ming, BAO Ming, KANG Dong

(Department of Anorectal Surgery, NanFang Hospital, Nangfang Medical University, Guangzhou Guangdong 510515, China)

Abstract: **Objective** To investigate the operative technique and efficacy of PPH for severe hemorrhoids. **Methods** The clinical data of 153 cases of severe hemorrhoids treated by PPH, individualized according to size and nature of the piles, concomitant morbidities and conditions at the dentate line, and analysis of the relevance between operative technique and clinical efficacy as well as postoperative complications, were reviewed retrospectively. **Results** All of the prolapsed tissue retracted immediately. Bleeding at the anastomotic site occurred in 49 cases, pulsatile bleeding in 12 cases, all of which were sutured under direct vision with cessation of bleeding. The width of excised-tissue was 2.1~4.6 cm (average 3.5 cm). The main symptoms of patients on the 1st post-operation day were abdominal distention caused by dysuria, pain, and tenesmus and burning sensation. At followup of 1-40 months, there was no stenosis of stoma, anal incontinence or recurrence of prolapse. After operation, a very satisfactory result was achieved in 87 cases, satisfactory in 63 cases and mostly satisfactory in 3 cases. **Conclusions** In order to achieve ideal results with good retraction of tissues, avoidance of complications and improve patient satisfactory rate, the use of PPH for severe hemorrhoids must be individualized and technical skill during operation are important.

Key words: Hemorrhoids/surg; Stapled Prolapsectomy

CLC number: R657.8 **Document code:** A

痔上黏膜环切钉合术(procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)在我国自2000年7月开展以来已取得蓬勃发展,一度成为普通外科的热点。但由

于吻合器价格昂贵(5037元/个),国人能承受者极少。因此普及该技术还有待时日,也因此难以组织多中心大宗病例的研究,故至今对手术操作尚未形成统一的规范。笔者总结2001年12月—2005年1月我科利用该技术个体化治疗153例重度痔患者的临床资料,并结合有关文献对操作技巧、疗效及并发症进行探讨。

收稿日期:2006-01-16; 修订日期:2006-05-22。

作者简介:李胜龙,男,湖南宜章人,南方医科大学南方医院副主任医师,主要从事肛肠疾患临床方面的研究。

通讯作者:李胜龙 电话:020-62787269; E-mail:lishenglong666@21cn.com。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 95 例,女 58 例;年龄 17 ~ 76 (平均 40.3) 岁。病程 1 ~ 39 年,平均 10.5 年。均为脱垂性痔,其中内痔 65 例(Ⅱ期 7 例,Ⅲ期 26 例,Ⅳ期 32 例);混合痔 88 例[内痔为主的混合痔 51 例,外痔为主的混合痔 18 例(其中肛管皮肤呈静脉曲张性水肿脱出或隆起者 7 例),内外痔相当的混合痔 19 例]。有 1 个或多个巨大型内痔核的重度痔患者 66 例,合并肛乳头肥大者 19 例。

1.2 手术方法

1.2.1 器械 全组采用美国强生公司一次性使用的 PPH01 型或 03 型圆形痔吻合器。荷包线和止血线系强生公司生产的“2-0”普理灵双针线和“3-0”薇乔可吸收线。

1.2.2 术前准备 术前半日口服复方甘露醇行肠道准备,备皮。术前 6h 禁食,4h 禁水。

1.2.3 肛管扩张器的置入及固定 鞍麻下取膀胱截石位,会阴部常规消毒铺巾。以肛管扩张器内芯适当扩肛后,用 4 把无创伤钳挟住 4 个最大内痔核的相应肛缘皮肤,注意不要挟住内痔核以免损伤出血。钳挟距离及挟多少组织因痔核大小而异,为的是适度牵拉内痔核,以便在置入肛管扩张器时痔核不会因外露太多而致使悬吊效果欠佳,也不会使痔核太多地留在肛内而影响缝荷包时的视野。当确定好这一适当距离和钳挟组织力度之后,在肛缘 2, 5, 8, 11 点各缝 1 针固定肛管扩张器。

1.2.4 荷包缝合位置的确定 荷包缝合位置是综合考虑痔核上缘位置、痔核的大小和/或齿状线位置来确定的,其中以痔核上缘作为主要依据。对较小的痔核,将吻合口设计在痔核的正上方,荷包缝合一般确定在其中较大痔核上缘的 1.5 ~ 2.0 cm 处;对较大和巨大型痔核,则将其上端作部分切除,荷包缝合一般确定在其中最大痔核上缘的 0.5 ~ 1.5 cm 处。

1.2.5 荷包缝合 通过旋转肛镜缝扎器从最大痔核方位起针,沿直肠黏膜下层均匀缝合 1 圈,一般为 6 ~ 8 针。第 2 个荷包的起针点在第 1 个荷包起针点的对侧,位置在第 1 个荷包上方约 0.5 ~ 1.0 cm

处。

1.2.6 推送痔组织 荷包缝合后,松开牵拉钳,用示指或无创伤钳裹纱布将痔核及脱出的肛管组织尽量往直肠内推送。

1.2.7 收紧击发 将张开的吻合器头端伸入到环扎处上端,收紧荷包缝线,边持续用力牵引荷包线边收紧吻合器(双荷包时由助手协助牵拉另一条荷包线),直至拧不动状态时,打开保险装置,击发。

1.2.8 检查吻合口 通过旋转肛镜缝扎器仔细检查吻合口,无论对活动性出血或渗血,均以 3-0 薇乔线行 8 字形缝扎止血。

1.2.9 合并症的处理 对 8 例肛乳头较大者在 PPH 前缝扎后切除;对 PPH 后外痔部分较大的 21 例患者进行了修剪并缝合切口。

1.3 术后处理

观察切除组织的完整性、宽度。术后静脉输注抗生素,液体不超过 1 000 mL。当日待能排尿时即可进半流质饮食。切除外痔者一般第 3 天拆线。

2 结果

2.1 疗效

切除组织宽度较均匀者 87 例,欠均匀者 66 例;宽度为 2.1 ~ 4.6 cm,平均 3.5 cm。术后所有患者脱出肛门外的痔块立即全部回缩,效果显著(图 1-3)。

2.2 并发症及处理结果

击发后吻合口渗血 49 例,搏动性出血 12 例,均在直视下缝扎止血;排尿困难、腹胀不适、疼痛、肛内坠胀便意感或火辣不适感是 PPH 术后的主要并发症,常同时或交替出现,轻重不一,系患者手术当天的主要痛苦,上述不适均在术后 10 ~ 36h 显著改善,但多会持续 1 ~ 16d 才逐渐消失。所有患者术后 5 ~ 8h 常规口服 2 片科洛曲片,有效地减轻了上述症状。23 例术后 4 ~ 13h 排尿困难、腹胀难忍者予导尿处理,导尿管第 2 天拔除。

2.3 随访

随访 150 例,失访 3 例;时间 1 ~ 40 (平均 22.5) 个月,无肛门失禁、脱出复发及吻合口狭窄者。感觉非常满意者 87 例,满意者 63 例,基本满意者 3 例。

术前 术后 术后 1d

图 1 内痔 IV 期,且痔核大小不一,齿状线消失,患者术前,术后及术后 1d 对照

术前 术后 术后 1d

图 2 以内痔为主的混合痔患者术前,术后及术后 1d 对照

术前 术后 术后 1d

图 3 以静脉曲张性外痔为主的混合痔患者术前,术后及术后 1d 对照

3 讨 论

由于 PPH 手术是借助配套器械进行,切除和钉合一次性完成,大大简化了手术操作过程。但其每一步骤都可直接影响手术效果和导致并发症,甚至造成手术失败。痔虽然不是致命的严重疾病,但由于痔核大小、痔核性质(内痔为主、外痔为主还是内外痔相当)、是否有合并症、齿状线模糊还是清晰等情况各异,而且肛门直肠部位感觉敏锐,故在行 PPH 手术时需进行个体化处理才能取得圆满结果。

PPH 手术最关键步骤是荷包缝合,个体化操作的中心内容同样是如何缝好荷包。在置入及固定肛管扩张器时就要奠定好基础,既要保证手术能顺

利完成,又要保证脱出痔核能完全回纳。荷包缝合部位的确定是个体化处理的具体体现,因为它直接关系到吻合口的位置及回复的效果。在上海召开的 PPH 学术研讨会上制定的“PPH 暂行规范”^[1]以及在长春完成的《PPH 暂行规范》修订^[2]中均把齿状线作为做荷包的定位依据。然而有相当部分脱垂性痔的齿状线是模糊或已完全消失的,对此,该规范便失去了指导意义。那么,如何定位才能既容易操作又能取得圆满效果呢? PPH 的本意是“痔上”环切钉合,即通过吻合器环形切除直肠下端黏膜及黏膜下层组织将肛垫悬吊回复到原来位置,并将两断端组织钉合。其原理是通过阻断肛垫区血供使过于肥大的病理肛垫萎缩。行 PPH 时吻合口

应在病理肛垫即内痔核的正上方,故缝荷包的距离也应依据内痔核的上缘决定,理论上,把吻合口设计在痔核的正上方是最理想的,但由于同一病例的痔核大小往往不一样,而且如此设计对于巨大型痔核的效果难以保证。因此,必须综合考虑痔核上缘位置、痔核的大小和/或齿状线位置以确定缝合位置^[3]。

PPH手术时对合并症进行个体化处理也是取得满意效果的重要组成部分。对伴有肛乳头肥大者,宜在PPH前缝扎后切除,此时痔核及其上面的肥大肛乳头脱出肛门外,视野清晰,操作方便,在肥大肛乳头根部缝扎后切除,注意缝扎要恰好在根部,如果过深,由于根部的病理肛垫血运丰富,当坏死组织脱落时就会出现较大创面,留下出血隐患,而过浅则会残留肛乳头,易致术后复发。反复的内痔脱出必然使得相应的肛管皮肤松弛,成为重度痔主要的外痔成分,PPH在使肛垫回复的同时也使肛管皮肤回归原位,外痔部分自然也就大大减小,其中内痔为主者其外痔部分就是相应松弛的肛管皮肤,PPH手术可将其完全牵拉入肛内,无需再做处理;对于外痔为主和内外痔相当者PPH后外痔部分也会明显缩小,仅余肛缘皮赘,修剪时注意只切皮赘即可,无需进一步剥离到肛内,此时创面既小又没有损伤到肛门括约肌,因此患者疼痛程度、愈合时间、并发症也呈显著性减少^[4]。本组88例混合痔中仅对PPH后外痔部分较大的21例作了修剪。

PPH手术的主要并发症有:

(1)出血:傅传刚^[5]报道52例在拔出吻合器后均可见吻合口渗血,其中有1~3处搏动性出血者30例。但本资料153例中只有61例吻合口有出血;其中渗血49例,搏动性出血仅12例。由于经过以上个体化处理,即使是巨大型重度痔,也能清楚地看到吻合口情况,均在直视下以3-0的薇乔线行“8”字形缝扎,止血完全。分析本组出血少的原因,可能与在收紧吻合器时持续用力牵引荷包包线直

至旋钮拧不动才予击发有关。此时进入吻合器钉合窗内的组织多而紧凑,吻合器的钉脚最短,因而击发后钉合牢靠,出血少。

(2)排尿困难、腹胀不适、疼痛、肛内坠胀便意感或火辣感:是PPH术后的主要表现。笔者认为这些是PPH术后不可避免的反应。因为PPH手术将感觉敏锐的直肠下段黏膜和部分病理肛垫环状切下并钉合上,由于击发时的巨大机械性撞击作用,使吻合口产生无菌性炎症所致。而疼痛是由于括约肌痉挛、修剪外痔、扩肛等引起。这些不适感觉,因创伤大小而异,也因患者感觉上的个体差异而有轻重不同。

(3)其他并发症:有吻合口狭窄和术后复发等。但本组中150例患者经随访1~40个月,均未出现短期内复发和吻合口狭窄。

PPH作为治疗脱出性痔的一项新技术,本院经过4年的临床实践,手术操作已趋完善,笔者认为针对不同患者的具体情况进行个体化处理,术中注意运用操作技巧,才能取得回缩好、避免并发症和提高患者满意度的理想效果。

参考文献:

- [1] 杨新庆,韩进.吻合器痔上黏膜钉合术学术研讨会纪要[J].中华外科杂志,2002,40(10):795-796.
- [2] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组.《痔上黏膜环状切除钉合术(PPH)暂行规范》修订[J].中华胃肠外科杂志,2005,8(4):342.
- [3] 李胜龙,尹廷宝,杨俊明,等.改良痔上黏膜环切钉合术操作方法防治术后并发症[J].第一军医大学学报,2005,25(8):1037-1039.
- [4] 李胜龙,尹廷宝,张熙,等.吻合器痔上黏膜钉合术治疗重度混合痔的临床应用价值[J].中国实用外科杂志,2005,25(1):168-170.
- [5] 傅传刚,张卫,王汉涛,等.吻合器环形痔切除术[J].中国实用外科杂志,2001,21(11):653-655.