

文章编号:1005-6947(2007)04-0402-02

· 临床报道 ·

自动胶圈套扎法与传统手术切除治疗Ⅲ期内痔的比较分析

陈志康, 陈子华, 伍韶斌, 张其建

(中南大学湘雅医院 普通外科, 湖南长沙, 410008)

摘要: 采用自动胶圈套扎法治疗Ⅲ期内痔40例, 并与60例行传统内痔手术切除者作比较, 术后随访均在2个月以上。结果显示, 自动胶圈套扎组有36例1次治愈, 另4例经2次套扎后亦治愈。手术组共有58例1次治愈, 另有2例术后仍有便血, 经对症处理后缓解, 但未再行手术治疗。提示与传统手术方法相比较, 采用自动胶圈套扎法治疗Ⅲ期内痔, 近期疗效确切, 并具有恢复快、痛苦小、并发症少, 无需麻醉和住院, 经济方便等优点, 更易为患者所接受, 是一个具有广阔应用前景的内痔治疗方法, 但其远期疗效尚待进一步观察。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(4): 402-403]

关键词: 痔/外科学; 自动胶圈套扎法; 对比研究

中图分类号: R657.1 **文献标识码:** B

我科自2006年6月以来, 对Ⅲ期内痔采取自动胶圈套扎法进行治疗, 并与2004—2005年的传统手术切除方法进行对比, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 分组及临床资料

1.1.1 套扎组 40例, 均为Ⅲ期内痔患者。男26例, 女14例; 年龄17~73岁, 中位年龄42岁; 术前以单一脱垂为主要症状者12例, 脱垂合并出血者28例; 内痔痔核数目2~3处。

1.1.2 手术对照组 60例, 均为行传统手术切除的Ⅲ期内痔患者。男36例, 女24例, 年龄22~70岁, 中位年龄44岁术前以单一脱垂为主要症状者20例, 脱垂合并出血者40例; 内痔痔核数目2~3处。诊断标准参照中华外科杂志编委会、中华医学会外科学分会肛肠外科学组2002年9月修定的痔诊治暂行标准^[1]。两组年龄、性别、内痔数目及术前症状均无显著性差异, 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 套扎组 套扎前1h嘱患者排便1次, 如没有便意, 可采用肛门塞开塞路40mL诱导解便1次。采用左侧屈膝卧位, 常规消毒(0.2%碘伏)铺巾, 适当扩肛后插入涂有润滑剂的一次性肛窥镜, 显露痔核及痔上黏膜, 再次使用0.2%碘伏消毒直肠下段及肛管。首先确定痔核的数目、具体位置及严重程度, 设定套扎方案, 将齿线上内痔按自然界限分为3~5个套扎区, 术者左手固定肛窥镜, 右手握住“痔疮自动套扎吻合器(广州市大迪医疗器械有限公司生产)”的手柄, 将吻合器的吸入口对准痔核上方约0.5cm处

直肠黏膜, 打开负压吸引开关, 将直肠黏膜、黏膜下组织及部分痔核吸入套扎器内, 持续吸引约30~60s, 当负压达到或超过0.08MPa时, 食指扣动扳机, 将弹性胶圈推下, 使其套扎在所吸入组织的基底部, 释放负压开关, 完成一次套扎, 同法对其他部位进行套扎, 每次套扎3~5处, 套扎点尽量避免在同一肛管水平面上, 以防术后肛管及直肠下端狭窄。2个套扎点距离至少相距0.5cm以上, 以避免上1个套扎处组织滑脱, 造成出血及影响疗效。对极为严重的内痔, 可在痔核上缘2.5~3cm处纵向再套扎1次, 以使肛垫尽量上提。套扎完成后对直肠肛管进行常规0.2%碘伏消毒, 经肛门塞入太宁栓1枚(3.4g)。套扎后嘱患者尽量在6~8h后才能排便。一般所套扎组织5~8d后可自行脱落。

1.2.2 对照组 术前晚和手术当天清晨各清洁灌肠1次, 肛门术区备皮。采用截石位, 骶管麻醉或联合腰麻, 常规消毒铺巾, 肛管内常规0.2%碘伏消毒, 置入肛窥镜后再次用0.2%碘伏消毒下段直肠及肛管。按Milligan-Morgan法^[2]进行操作, 仔细检查痔核的形状、具体部位、大小和数量, 确定手术方案, 采取逆行操作, 先大后小为序。在痔下端皮肤与黏膜交界处做尖端向外的“V”字型切口, 沿内括约肌表面向上钝性剥离曲张静脉团及结缔组织直到痔块根部, 局部缝合结扎, 切除痔块组织。彻底止血, 同法切除其它痔核, 但每次不能超过3处, 且在切除的3个痔块间要保留一定的正常黏膜, 手术结束后伤口清洁消毒, 肛管内放置凡士林纱条压迫, 防止出血。

1.3 术后处理

1.3.1 套扎组 患者术后不需住院, 自行在家遵医嘱治疗, 措施包括: 常规进食, 保持大便通畅, 便秘者给予润肠通便药, 太宁栓1枚(3.4g)塞肛, 每日2次, 便后温水坐浴后加塞太宁栓1枚, 未全身使用抗生素治疗。

1.3.2 传统手术组 患者术后禁食6h后改流汁饮食, 12~24h后将肛管内凡士林纱条取出, 卧床休息1d, 控制大便48h后改普食, 每次大便后用1:5 000高锰酸钾溶液坐浴, 每次10~20min, 太宁栓1枚(3.4g)塞肛, 每日2次,

收稿日期:2006-12-25; 修订日期:2007-04-17。

作者简介: 陈志康, 男, 浙江上虞人, 中南大学湘雅医院主治医师, 主要从事胃肠道外科方面的研究。

通讯作者: 陈志康 E-mail: chen_zk74@hotmail.com

静脉滴注2~3d抗生素,排便困难时予润肠通便药,发生排尿困难时予以导尿,未伤及肛管皮肤者仅有局部肿胀,部分疼痛难以忍受者予止痛剂。

1.4 统计学处理

计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 治疗结果

2.1 疗效标准

参照中华人民共和国中医药行业标准及中医病证诊断疗效标准^[3]。治愈:症状及体征消失,创口愈合;好转:症状及体征改善,创口愈合;未愈:症状及体征无变化。

2.2 结果

套扎组病例有36例1次治愈,另4例经2次套扎后亦治愈。且套扎后愈合时间短,疼痛和尿潴留的发生率低,治疗费用少。手术组共有58例1次治愈,另有2例术后仍有便血,经对症处理后缓解,但未再行手术治疗。两组均随访2个月以上,两组均无1例出现肛管直肠狭窄和术后肛门溢液。

表1 两组疗效及并发症情况

项目	套扎组(n=40)	传统手术组(n=60)	P值
近期治愈率	90.0%(36/40)	96.7%(58/60)	>0.05
愈合天数(d)	6.3±2.1	11.2±3.7	<0.01
尿潴留	10.0%(4/40)	93.3%(56/60)	<0.01
大出血	0(0)	0(0)	>0.05
疼痛	2.5%(1/40)	58.3%(35/60)	<0.01
肛管直肠狭窄	0	1.67%(1/60)	>0.05
肛门溢液	0	3.3%(2/60)	>0.05
治疗费用(元)	1387±48	3650±181	<0.01

3 讨论

痔是最为常见的直肠肛管良性疾病,在我国肛门直肠疾病中,痔发病率占80.6%^[4]。自1975年Thomson^[5]首次提出“痔是人人皆有的正常解剖结构,在直肠下端的唇状肉赘或称肛垫(anal cushions),肛垫的病理肥大即为痔病”。这一新的概念已受到多位学者的支持和认可^[6]。基于上述理论,目前多数学者认为:“肛垫”是直肠肛门正常解剖的一部分,普遍存在于所有年龄、男女性及各种族,不能认为是一种“疾病”,只有合并出血、脱垂、疼痛、嵌顿等症状时,才能称为“痔”。所以目前对痔的治疗,由过去的以消除痔核为目的,改为消除症状作为首要目的。在方法上以过去的尽可能地在解剖学上将痔完整切除,改为通过手术或其它治疗方法将脱垂的肛垫复位,并在治疗的过程中尽可能保留肛垫的结构,以达到术后不影响或尽可能少地影响精细控便能力的目的。Ⅲ度内痔是便秘时带血、滴血,伴内痔脱出或久站、咳嗽、劳累、负重时内痔脱出,需用手还纳,由于痔核可经常脱出在外,影响患者的生活和工作,常常需要进行治疗。

痔的处理方法包括硬化剂注射、红外线和微波治疗、胶圈套扎、手术切除及吻合器痔上黏膜切除等多种方法。但前三种方法一般仅用于Ⅰ~Ⅱ期内痔,且由于部分破坏了肛垫结构,复发率较高,也为后续治疗的选择带来了困难,而胶圈套扎和手术切除及吻合器痔上黏膜切除均可用于Ⅲ期或Ⅳ期内痔,一般认为,外科手术是目前治疗痔病疗效最

好的方法^[7-8],但手术治疗存在有弊端。

传统的手术方法规定一次切除的痔不超过3个,因为多处痔核缝扎切除术后直肠肛管口径会相应缩小,加之术后创面愈合中瘢痕收缩,容易导致直肠肛管狭窄。应用自动胶圈套扎法治疗,一次可同时套扎3~5个不同的部位,由于所套扎的组织为痔核上方0.5cm处直肠黏膜、黏膜下组织及部分痔核,所以能在保证套入足够量组织的基础上,不会破坏肛垫,不累及肌层,故术后不会导致肛门狭窄,也不会导致肛门的功能受损。本套扎组中,无1例出现术后肛门狭窄和肛门溢液。多点套扎后,由于直肠黏膜的牵拉,患者多有较为强烈的便意和肛门坠胀感,以手术当天最为明显,但此类不适一般在术后2d后基本消失。另外,套扎后由于内脏神经的牵拉反射,亦可发生排尿困难,尤其是老年患者,本组中有4例出现术后排尿困难,有3例经膀胱区热敷后自行缓解,另1例经导尿后第2天缓解。由于套扎部位位于齿线上方,故患者的痛觉不明显,本组中术后仅有1例术后出现肛门区疼痛,我们考虑可能与当时痔核较大,套扎点位置偏下有关。

圈套结扎术可使下移的肛垫恢复上移约1~2cm,套扎时由于保留完整的齿线,使患者的生理解剖功能更接近正常,鉴别直肠内容物及排便感觉良好,控制肛液及大便的功能基本无任何影响,因此术后无感觉性便秘,亦无肛门溢液。且具有简便易操作,并发症少,痛苦小,所以更容易为患者所接受^[9]。相比之下,痔切除后明显疼痛及恢复时间较长。因此,局部治疗也一直作为治疗可复位的脱垂痔的首选^[10]。本研究发现,套扎组近期愈合率达90%,与传统手术组接近,但愈合时间较传统手术组明显缩短,且治疗费用也有显著降低。由于其治疗无需住院,也迎合了当代人的生活节奏和工作特点,是一个具有广阔应用前景的内痔治疗方法。

参考文献:

- [1] 杨新庆,王振军.修订痔诊治暂行标准会议纪要[J].中华外科杂志,2003,41(9):698-699.
- [2] Gunnar A, Hans K, Staffan H. Closed vs open hemorrhoidectomy: is there any difference? [J]. Dis Colon Rectum, 2000, 43(1):31-34.
- [3] 国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准[M].南京:南京大学出版社,1994.132.
- [4] 李春雨,张有生.实用肛门手术学[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2005.95-96.
- [5] Thomson WHF. The nature of hemorrhoids [J]. Br J Surg, 1975, 62(7):542-552.
- [6] 张东铭.痔的现代概念[J].中华胃肠外科杂志,2001,4(1):58-60.
- [7] Bikhchandani J, Agarwal PN, Kant R, et al. Randomized controlled trial to compare the early and mid-term results of stapled versus open hemorrhoidectomy [J]. Am J Surg, 2005, 189(1):56-60.
- [8] Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR, et al. Stapled hemorrhoidectomy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized, controlled trials [J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(11):1837-1845.
- [9] Komborozos VA, Skrekas GJ, Pissiotis CA. Rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids: results of 500 cases [J]. Dig Surg, 2000, 17(1):71-76.
- [10] Schubach G. Practice parameters for hemorrhoid treatment out of date [J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(11):1990-1991.