

外剥内扎联合弧形皮内连续缝合术 治疗环状混合痔临床观察

陈 夔, 张少军, 闵 丽, 应光耀, 高洪娣

摘要 目的: 探讨外剥内扎联合弧形皮内连续缝合术治疗环状混合痔的临床疗效。**方法:** 随机选取环状混合痔患者 162 例, 以随机数字表分组, 分为治疗组、对照组, 每组 81 例。治疗组采用外剥内扎联合弧形皮内连续缝合术, 对照组采用外剥内扎术, 比较两组的并发症及疗效。**结果:** 治疗组总体有效率为 96%, 对照组总体有效率为 87%, 有显著性差异 ($P < 0.05$)。两组在术后疼痛、肛缘水肿、尿滞留、住院时间方面有统计学差异, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** 外剥内扎联合弧形皮内连续缝合术愈合更快, 肛周疤痕小, 能有效的减少术后并发症, 手术安全可行。

关键词: 弧形皮内连续缝合术; 混合痔; 并发症

中图分类号: R657.1⁺8 文献标识码: A 文章编号: 1007-6948(2019)04-0478-04

doi: 10.3969/j.issn.1007-6948.2019.04.012

Analysis on Annular Mixed Hemorrhoids Treated with Milligan-morgan Operation Combined with Intraocular Continuous Suture: 81 Cases CHEN Yan, ZHANG Shao-jun, MIN Li, et al. *Department of Anorectal, Jiading Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai (201800), China*

Abstract: Objective To investigate the clinical efficacy of milligan-morgan operation combined with intraocular continuous suture for the treatment of annular mixed hemorrhoids. **Methods** A total of 162 patients with annular mixed hemorrhoids were randomly divided into treatment group and control group ($n=81$). The patients in treatment group were treated with milligan-morgan operation combined with intraocular continuous suture, and the patients in control group were treated with milligan-morgan operation. The complications and efficacy of the two groups were compared. **Results** The overall effective rate was 96% in the treatment group and 87% in the control group, with a significant difference ($P < 0.05$). There were statistical differences in postoperative pain, anal edema, urinary retention, and hospitalization time. The treatment group was superior to the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Milligan-morgan operation combined with intraocular continuous suture can heal faster, and the perianal scar is small, which can effectively reduce postoperative complications, and the operation is safe and feasible.

Key words: Curved intradermal continuous suture; mixed hemorrhoids; complications

痔病 (hemorrhoidal disease) 是一种最为常见且最多发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%。其以脱出和便血为主症, 古人称“十人九痔”, 按痔发生的部位分为内痔、外痔、混合痔^[1]。环形混合痔是

混合痔的一种, 由Ⅲ、Ⅳ期脱垂内痔或混合痔发展而来, 满足肛缘外痔部分呈 360 度全肛管分布、肛管完全下翻并伴有齿线下移或排便时痔呈环形脱出其中一项即为环形混合痔^[2]。其中环状混合痔手术治疗术式较多, 以外剥内扎术较为经典^[3], 传统改良术式也较多, 但仍存在诸多并发症, 本次研究将外剥内扎术与弧形皮内连续缝合术相联合, 治疗 2017 年 1 月—2018 年 3 月入院的环状混合痔 81 例, 并取得满意疗效, 现报道如下。

基金项目: 上海市嘉定区卫生和计划生育委员会中医药科研课题 (2016-KY-ZYY-04)

上海市嘉定区中医医院肛肠科 (上海 201800)

通信作者: 高洪娣, E-mail: gaohongdi@163.com

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准：年龄在 18 至 65 岁之间；无手术禁忌征者；符合环状混合痔的诊断；均为自愿参与，并签署了知情同意书。排除标准：合并肛瘘和肛裂的患者；怀孕妇女；肝硬化合并门脉高压、特异性肠炎、结核病等慢性疾病的患者。

1.2 临床资料 采用随机、对照原则，选取环状混合痔患者 162 例，随机数字表分为两组，治疗组 81 例，对照组 81 例。治疗组，男 57 例，女 24 例；年龄 23~65 岁，平均 (46.89 ± 12.81) 岁。对照组，男 53 例，女 24 例；年龄 18~65 岁，平均 (47.38 ± 15.28) 岁。两组基线资料无统计学差异 ($P > 0.05$)。

1.3 缝合线 普通丝线是非吸收性外科缝线 0 (7#) 号线 (60 cm) (蚕丝线，苏州市嘉盛医疗用品有限公司)；皮内缝合线是 3-0 带可吸收线缝合针 (佳合医材 (苏州) 有限公司)。

1.4 治疗方法 治疗组：外剥内扎联合弧形皮内连续缝合术 患者取右侧卧位，采用丙泊酚联合右美托咪定静脉麻醉，约 30 min，常规消毒，铺洞巾，1% 利多卡因作部浸润麻醉，肛内及痔间隙消毒，手指上涂液体石蜡油，充分扩肛，使肛门可顺利容纳 3~4 横指，牵开肛门，充分暴露各个痔核，观察各痔核之间的自然分界线及环状痔中痔体突出较明显处，内痔间沟作为分隔，一般可选 3~4 个结扎点。(1) 外剥内扎步骤：用组织钳提起主痔核 (一般为截石位 3、7、11 点处母痔核)，在外痔两侧皮肤作“V”形切口，剥离皮下扩张静脉团至齿线上 0.3~0.5 cm，予大弯钳钳夹外痔剥离组织及同点内痔核基底，圆针 7 号丝线贯穿钳下“8”字形缝扎，依法逐一处理其他混合痔，剥离结扎痔核的结扎点不要在同一水平线上，呈花瓣样曲线，以保证内痔脱落后的创面上下错差呈齿形，并保留黏膜桥修剪切口处皮肤，使切口基本平整。(2) 弧形皮内连续缝合术步骤：在肛缘外 0.5 cm 左右外痔皮肤隆起明显处作一与肛缘平行的弧形横断切口，剥离切除曲张的痔下

静脉团及血栓，切除多余的皮赘，止血彻底后，轻度牵拉皮瓣，用“3-0”号可吸收线弧形对位连续缝合皮肤，缝合时以缝合部位对合平整无明显张力为度。术毕后采用敷料填压创口，并固定包扎。

对照组：外剥内扎术 患者取右侧卧位，采用丙泊酚联合右美托咪定静脉麻醉，约 30 min，常规消毒，铺洞巾，1% 利多卡因作局部浸润麻醉，肛内及痔间隙消毒，手指上涂液体石蜡油，充分扩肛后，外剥内扎手术步骤同治疗组所述。术毕后采用敷料填压创口，并固定包扎。

术后处理：所有患者术后均常规应用头孢类抗生素 3 d、甲硝唑栓 1# bid 肛塞预防感染；术后 24 h 去除敷料；嘱患者控制排便次数，1~2 次/d；术后第 2 d 起每天便后换药，不少于 2 次，换药前予以痔疾洗液熏洗坐浴；治疗组术后一周拆线。

1.5 观察指标与评分标准

1.5.1 观察指标 观察两组术后第 1、3、7 d 疼痛 (视觉模拟评分法 VAS：分 10 个等级，0 分表示为无痛，10 分表示为最痛，患者疼痛程度越明显则评分越高)；肛缘水肿和尿潴留发生率 (%)；住院时间 (d)；肛周疤痕情况 (以 3 个月后疤痕的宽度进行计算 (0 分：无；1 分：少于 0.1 cm；2 分：0.1~0.2 cm；3 分：大于 0.3 cm))。

1.5.2 疗效评定 疗效评价标准：参照《中医环状混合痔诊断疗效标准》^[4]：患者临床症状及体征完全消失，且患者满意度高则判定为治愈；患者肛门坠胀等症明显减轻，体征基本消失，痔疮创面基本愈合则判定为好转；患者各临床症状及体征无明显变化，创面未愈合则判定为未愈。治疗总有效率为治愈率与好转率两者相加。

1.6 统计学方法 用 SPSS21.0 软件进行统计学分析，计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 的表示，采用 t 检验，计数资料用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察指标 两组术后疼痛评分比较有统计学差异 ($P < 0.05$)，见表 1。两组在肛缘水肿、尿潴

表 1 两组患者疼痛评分比较

组别	例数	疼痛		
		第 1 天	第 3 天	第 7 天
治疗组	81	5.46 ± 1.45	4.28 ± 1.49	4.56 ± 1.19 ^a
对照组	81	5.41 ± 1.72	4.49 ± 1.36	5.51 ± 1.76

注：^a两组疼痛评分比较， $P < 0.05$

留的发生率比较有统计学差异 ($P < 0.05$), 治疗组的发生率显著低于对照组, 见表 2。两组患者在肛周疤痕、住院天数比较有统计学差异 ($P < 0.05$),

治疗组的术后疤痕、住院天数明显小于对照组, 见表 3。

表 2 两组患者并发症发生率 [n (%)]

组别	例数	肛缘水肿	尿潴留
治疗组	81	6 (7) ^a	3 (3) ^a
对照组	81	16 (19)	14 (17)
χ^2		5.26	7.952
P		0.02	0.005

注: ^a两组在术后肛缘水肿、尿潴留方面有统计学差异, 治疗组优于对照组, $P < 0.05$

表 3 两组患者肛周疤痕、住院时间比较

组别	例数	肛周疤痕	住院天数
治疗组	81	1.16 ± 0.53 ^a	13.64 ± 2.64 ^a
对照组	81	1.41 ± 0.68	15.21 ± 4.41
t		2.56	2.74
P		0.01	0.007

注: ^a两组在术后肛周疤痕、住院时间方面有统计学差异, 治疗组优于对照组, $P < 0.05$

2.2 治疗效果 治疗组的总体有效率为 96%, 对照组的总体有效率为 87%, 两组在总体有效率方

面有统计学差异, 治疗组显著高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组术后 3 个月总体有效率比较 [n (%)]

组别	例数	痊愈	好转	未愈	总体有效率
治疗组	81	73	5	3	78 (96%)
对照组	81	65	6	10	71 (87%)
χ^2					4.09
P					0.04

3 讨论

传统的环状混合痔手术治疗方式为外剥内扎术, 最早由 Miles 在 1919 年提出, 1937 年英国圣·马克医院的 Milligan 和 Morgan^[5] 对该手术方式进行了改良, 是目前仍是目前肛肠科医生常用术式。其手术能解决患者痔体的同时改善症状, 但由于其每次只能切除 3~4 个痔体^[6], 如切除过多会导致肛门狭窄, 肛门疤痕增生造成肛周不适等并发症, 存在一系列局限性: 首先愈合周期长, 通常在 (23 ± 4.6) d 左右^[7], 其次若将痔核全部切除,

即造成齿线周围及肛周皮肤组织损伤和缺失较大, 影响肛门功能和延长愈合时间, 轻者发生溢气、溢液、黏膜外翻, 重者可导致肛门狭窄等后遗症^[8-9]。

皮内连续缝合术由间断缝合术改良而来, 由于其采用的是普通丝线, 术后易出现组织反应性红肿、硬结、脂肪液化、裂开、穿刺点感染, 愈合疤痕大, 外形不美观等不良反应^[10]。人们对于肛门外观的要求日益增高, 传统外剥内扎术无法满足患者的需求, 而与皮内连续缝合术相结合后,

符合肛门整形的要求，即减少了肛垫和肛管皮肤的损伤，又保证了痔核切除的彻底性，避免了肛门狭窄的发生，同时降低肛门疤痕而造成肛周不适的几率，又因其采用高分子材料制成的可吸收的外科缝合线，表面有涂层、无抗原性、无致热性，相应的大大减少了以上几种不良反应的发生，远期切口对合良好，无异物残留，不易形成硬结与感染，外表美观，切口愈合时间缩短。

参考文献：

[1] 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.
[2] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会肛肠病专业委员会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊疗指南 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-462.
[3] 杨钦清, 董芳, 梁顺华, 等. 吻合器痔上黏膜环切术 (PPH) 与传统外剥内扎术治疗环状混合痔的疗效比较 [J]. 中国现代医生, 2015, 53(10): 24-26.

[4] 林毅, 蔡炳勤. 中医临床诊治丛书 / 外科专病分册 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2000: 421.
[5] Milligan ETC, Morgan CN, Nanton LE, et al. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of hemorrhoids[J]. Lancet, 1937, 2: 1119-1124.
[6] 张华. 自动痔疮套扎术联合外痔剥离术治疗重度混合痔的临床效果 [J]. 世界临床医学, 2017, 11(13): 32.
[7] 秦朝阳, 惠希增, 刘显宾, 等. 外剥内扎术加皮桥整形术治疗环状混合痔临床观察 [J]. 河北医学, 2010, 16(4): 417-419.
[8] Berki C, Mohos E, Réti G, et al. Proctocolectomy with J pouch. Ileo anal anastomosis performed with PPH stapler. Our experiences after 88 cases[J]. Magy Seb, 2016, 69(4): 159-164.
[9] Altomare D F, Pecorella G, Tegon G, et al. Does a more extensive mucosal excision prevent haemorrhoidal recurrence after stapled haemorrhoidopexy? Long term outcome of a randomized controlled trial[J]. Colorectal Dis, 2017, 19(6): 559-562.
[10] 魏碧蓉. 会阴切开缝合术 [A]. 高级助产学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 380.

(收稿: 2018-07-19 发表: 2019-07-31)

