

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2020.08.020  
文章编号: 1005-8982(2020)08-0105-05

## 改良外剥内扎术治疗环状混合痔的临床疗效观察

宋小平, 陈显韬, 闫晓春

(广安市人民医院 肛肠科, 四川 广安 638000)

**摘要:** **目的** 探讨外痔切剥内痔分段缝扎加皮桥整形术治疗环状混合痔的临床疗效。 **方法** 选取2017年1月—2018年1月在广安市人民医院就诊的112例环状混合痔患者, 采用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组56例。观察组采用外痔切剥内痔分段缝扎加皮桥整形术治疗, 对照组采用传统外剥内扎术治疗。观察两组手术时间、术中出血量及住院时间; 术后第1和5天创面疼痛、出血、尿潴留及肛缘水肿评分; 术后1个月治疗总有效率; 术后1年混合痔复发及并发症发生情况。 **结果** 观察组手术时间长于对照组 ( $P < 0.05$ ), 而术中出血量及住院时间少于对照组 ( $P < 0.05$ )。两组术后第1天便时出血比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 观察组术后第5天便时出血评分, 以及术后第1和5天创面疼痛、肛门坠胀及肛缘水肿评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。观察组术后1个月临床有效率高于对照组 ( $P < 0.05$ )。两组术后1年复发率及并发症发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。 **结论** 外痔切剥内痔分段缝扎加皮桥整形术治疗环状混合痔可以减少患者术中及术后出血, 减轻患者术后创面疼痛、尿潴留及肛缘水肿发生, 适合临床推广。

**关键词:** 肛门疾病; 外科, 整形; 治疗结果

**中图分类号:** R574.8

**文献标识码:** A

## Clinical observation of modified external stripping and internal ligation in treatment of annular mixed hemorrhoids

Xiao-ping Song, Xian-tao Chen, Xiao-chun Yan

(Department of Anorectal, People's Hospital of Guangan, Guangan, Sichuan 638000, China)

**Abstract: Objective** To investigate the clinical effect of external heel incision with internal malleolus suture and skin bridge plastic surgery for the treatment of annular mixed hemorrhoids. **Methods** During 2017.01 to 2018.01, 112 patients with annular mixed hemorrhoids who were treated in our hospital were randomly divided into observation group and control group, 56 cases in each group. The patients in the observation group were treated with external malleotomy, internal malleolus suture and skin bridge plastic surgery. For the treatment, the patients in the control group were treated with traditional external stripping and internal ligation. The surgical indexes (operative time, intraoperative blood loss and hospitalization time) of the two groups were observed. The clinical symptoms (wound pain, postoperative pain) on the 1st and 5th postoperative day. Hemorrhage, urinary retention, and anal edema were scored. The effective rate of treatment was assessed 1 month after operation, and the incidence of recurrence and complications were recorded after 1 year. **Results** The operation time of the observation group was higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ). The intraoperative blood loss and hospitalization time of the observation group were lower than those of the control group ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in the bleeding between the two groups on the first day after operation ( $P > 0.05$ ); in the observation group, the bleeding score on the 5th day after operation and the wound pain, anal bulge and anal edema score on the 1st and 5th day after

operation were significantly lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ); the clinical effective rate of the patients in the observation group after 1 month was significantly higher ( $P < 0.05$ ); there was no significant difference in the recurrence rate and complication rate between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** The treatment of annular mixed hemorrhoids with external malleolus stripping and internal malleolus suture can improve the intraoperative and postoperative hemorrhage, reduce postoperative wound pain, urinary retention and anal edema. It is suitable for clinical promotion.

**Keywords:** anal diseases; surgery, plastic; treatment outcome

混合痔是最常见的肛肠疾病之一, 约占直肠肛门疾病的 90%<sup>[1-2]</sup>。环状混合痔是指肛缘周围均有外痔并突起成环状, 目前手术是治疗环状混合痔最有效的方法, 而外剥内扎术是最常用的手术方式之一, 即外痔剥离和内痔结扎<sup>[3]</sup>。传统外剥内扎术虽然操作较简单, 但是依然存在术后并发症及复发率较高等缺点<sup>[4]</sup>。本研究在传统外剥内扎术的基础上进行改进, 采用外痔切剥内痔分段缝扎加皮桥整形术治疗环状混合痔, 效果满意, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月—2018 年 1 月在在广安市人民医院就诊的 112 例环状混合痔患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 56 例。观察组男性 31 例, 女性 25 例; 年龄 26 ~ 45 岁, 平均  $(37.45 \pm 9.84)$  岁; 病程 2.0 ~ 11.5 年, 平均  $(6.51 \pm 3.22)$  年; 痔疮分度: III 度 40 例, IV 度 16 例。对照组男性 33 例, 女性 23 例; 年龄 28 ~ 48 岁, 平均  $(36.51 \pm 8.82)$  岁; 病程 2.5 ~ 11.5 年, 平均  $(7.02 \pm 3.41)$  年; 痔疮分度: III 度 37 例, IV 度 19 例。诊断参照《痔疮临床诊治指南 (2006 版)》<sup>[5]</sup> 中 III、IV 度混合痔诊断标准。纳入标准: ①符合混合痔诊断标准且包含  $\geq 3$  个痔核; ②年龄 18 ~ <65 岁; 排除标准: ①年龄 <18 岁或  $\geq 65$  岁; ②月经期、妊娠期及哺乳期妇女; ③既往肛周手术史或合并有肛门狭窄、肛门畸形及炎症性肠病等其他肛肠疾; ④合并有心、脑、肾、血液系统等严重性基础疾病。本研究通过医院伦理委员会批准, 患者及其家属知情同意。两组年龄、性别、病程及痔疮分度等临床资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

**1.2.1 治疗组** 采用外痔切剥内痔分段缝扎加皮桥整形术。手术步骤如下: ①患者腰俞穴麻醉满意后,

取膀胱截石位, 常规消毒会阴部及肛管后铺洞巾; ②手法扩肛, 术中用弯钳牵提外痔顶端, 在肛缘做梭型切口, 沿痔核两侧自然分界线行切口至齿线处, 用大弯钳钳夹内痔核基底部, 中圆针穿 7 号丝线, 丝线尾部对齐, 在钳夹中点处的基底部贯穿, 拉出缝线, 形成双线, 2 根丝线分别向近端和远端结扎, 形成内痔分段缝扎, 剪除痔核残端; ③若 2 切口间皮桥有较多赘皮及静脉曲张性, 可皮下剥离切除曲张的静脉, 横行钳夹皮桥多余皮肤及部分皮下组织致组织平整, 沿止血钳切除赘皮并用 1 号丝线缝合。同法处理其他点位痔核及皮桥; ④检查各个切口, 无渗血后, 肛内塞入凡士林油纱, 塔纱加压包扎胶布固定, 术毕。

**1.2.2 对照组** 采用传统外剥内扎术。手术步骤如下: ①患者腰俞穴麻醉满意后, 取膀胱截石位, 常规消毒会阴部及肛管后铺洞巾; ②手法扩肛, 钳夹外痔顶部, 肛缘做梭型切口, 切开皮肤至齿线部分, 剥离痔外静脉丛至齿线; ③提起已游离出的外痔部分, 用中弯止血钳钳夹内痔基底部, 用 7 号丝线在血管钳下结扎, 剪除部分残端, 同法处理其他点位混合痔; ④检查各个切口, 无渗血后, 肛内塞入凡士林油纱, 塔纱加压包扎胶布固定, 术毕。

**1.2.3 术后处理** 两组术后控制排便 24 h, 予以抗炎、补液等对症处理。每日中药熏洗, 处方包括苦参 30 g, 虎杖 15 g, 当归 12 g, 黄柏 15 g, 五倍子 15 g, 熏蒸坐浴。500 ml/次, 20 min/次, 1 次/d。

### 1.3 观察指标

**1.3.1 手术各项指标** 观察患者手术持续时间、术中出血量及住院时间。手术持续时间以麻醉满意后开始至术毕包扎结束时止。术中出血量以术中使用无菌纱布称重变化为量 (1 g 为 1 ml)。住院时间为患者手术结束至出院时止。

**1.3.2 术后临床症状评分** 分别于术后第 1 和 5 天进行创面疼痛、术后出血、肛门坠胀及肛缘水肿评分。采用视觉模拟评分法<sup>[6]</sup>, 评分结果越高表示疼痛程度

越重。肛缘水肿以《中医病症诊断标准》<sup>[7]</sup>中标准评分:0分为无水肿;1分为水肿面积<0.5 cm;2分为水肿面积0.5~<1.0 cm;3分为水肿面积1.0~<2.0 cm;4分为水肿面积≥2.0 cm。肛门坠胀及术后出血评分采用Likert 4级评分法,得分越高,症状越严重<sup>[8]</sup>:肛门坠胀为0分,无坠胀感;1分为轻度坠胀,经人提起可觉坠胀;2分为坠胀可耐受;3分为坠胀感严重影响生活。术后出血为0分,无出血;1分为便血仅纸上带血;2分为术后便时滴血,可自止;3分为术后出血呈喷射状,需用药或缝扎止血。

**1.3.3 疗效评价** 术后1个月评价患者临床疗效<sup>[9]</sup>:治愈为症状消失,痔核消失;显效为症状改善,痔核明显缩小;有效为症状轻微,痔核略缩小;无效为症状及痔核无变化及创面水肿未愈合。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。术后1年通过电话及门诊复查等随访患者,观察患者术后痔症状复发、肛门狭窄、感染及尿潴留等并发症发生。

#### 1.4 统计学方法

数据分析采用SPSS 20.0统计软件。计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,比较用 $t$ 检验;计数资料以率(%)表示,比较用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组手术时间、术中出血量及住院时间比较

两组手术时间、术中出血量及住院时间比较,经 $t$ 检验,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),观察组手术时间长于对照组,而术中出血量及住院时间少于对照组。见表1。

### 2.2 两组术后临床症状评分比较

两组术后第1和5天创面疼痛、肛门坠胀及肛缘水肿评分比较,经 $t$ 检验,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组术后第1天便时出血评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),而术后第5天便时出血评分比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组术后第5天便时出血评分和术后第1、5天创面疼痛、肛门坠胀及肛缘水肿评分均低于对照组。见表2。

表1 两组手术时间、术中出血量及住院时间比较  
( $n=56, \bar{x} \pm s$ )

组别	手术时间/min	术中出血量/ml	住院时间/d
对照组	27.22 ± 4.12	25.11 ± 5.02	10.21 ± 2.01
观察组	32.31 ± 5.17	13.21 ± 2.10	7.24 ± 2.11
$t$ 值	6.212	15.245	7.412
$P$ 值	0.000	0.000	0.000

表2 两组术后临床症状评分比较 ( $n=56$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	创面疼痛		便时出血		肛门坠胀		肛缘水肿	
	第1天	第5天	第1天	第5天	第1天	第5天	第1天	第5天
对照组	6.21 ± 1.57	5.54 ± 0.91	2.21 ± 0.84	2.42 ± 1.15	2.41 ± 1.10	2.31 ± 0.94	2.15 ± 1.54	1.88 ± 0.85
观察组	4.51 ± 1.32	4.33 ± 0.85	2.23 ± 0.80	1.84 ± 0.75	2.03 ± 0.84	1.45 ± 0.80	1.47 ± 0.94	0.95 ± 0.32
$t$ 值	6.212	7.154	4.112	7.124	6.251	7.412	5.214	4.210
$P$ 值	0.000	0.000	0.110	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000

### 2.3 两组术后1个月临床疗效比较

两组术后1个月临床疗效比较,经 $\chi^2$ 检验,差异有统计学意义( $\chi^2=10.223, P=0.000$ ),观察组高于对照组。见表3。

### 2.4 两组术后1年随访结果

两组术后1年复发率均为0.00%,经 $\chi^2$ 检验,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组术后1年并发症发生率比较,差异无统计学意义( $\chi^2=5.224, P=0.121$ )。见表4。

表3 两组术后1个月临床疗效比较 ( $n=56$ )

组别	治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照组	25	14	10	7	87.5%
观察组	33	13	7	3	94.6%

表4 两组术后1年并发症发生率比较 ( $n=56$ )

组别	肛门狭窄/例	感染/例	尿潴留/例	并发症发生率/%
对照组	1	0	1	3.57
观察组	0	0	1	1.79

### 3 讨论

国内外对混合痔的治疗方法有药物治疗、注射治疗及手术治疗等,而环状混合痔是混合痔发展的严重阶段,无论生理功能还是病理解剖都已经完全具有不可逆性,严格的保守治疗或其他辅助疗法均难以达到理想的治疗效果。目前国内外公认最有效的方法依然是外科手术治疗<sup>[9]</sup>。近年来随着国内外学者对环状混合痔不断深入的认识和研究,手术方式也在不断的创新和改良,但是无论是何种手术方式都有其优缺点和适应证,尤其是在术后并发症和复发率问题上存在着很大分歧以及进步空间<sup>[10]</sup>。因此,在临床寻求一种可靠、有效的减少或消除患者术后并发症发生率、尽量保护原有肛门生理功能及降低远期复发率的手术方式,已成为临床医生亟待解决的问题,所以临床研究环状混合痔的手术治疗具有非常重要的意义。肛垫下移学说<sup>[11]</sup>的发展使医者意识到痔的原发病位是具有正常生理功能的肛垫组织,其影响就是在手术治疗环状混合痔的方法中将严重破坏肛管正常结构的痔环形切除术弃用,此做法可以最大限度的为患者解除因术后肛门正常组织和结构被大肆破坏而带来的不适症状。而尽可能的保留肛门皮肤和减少齿线的破坏已经成为当今手术治疗混合痔的临床标准,但是由于环状混合痔是混合痔发展的严重阶段,肛门缘一圈可成环形突出,涉及病变范围较广,病情也较为复杂。若手术过程中切除范围过少就无法保证疗效,术后极易出现痔核的残留及脱落不彻底,导致相关并发症的发生和远期复发;而手术切除范围过多、创面较大的话,则可能出现术后肛门畸形、肛门狭窄甚至肛门失禁等严重并发症的发生。

近年来,开环式微创痔吻合术(tissue-selecting therapy stapler, TST)、吻合器痔上黏膜环切术(procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)等手术在临床治疗中广泛开展,取得较好的治疗效果,但在部分地区由于医疗保险或者患者经济能力限制而无法使用TST、PPH等器械治疗。因此开展经典外剥内扎术及其改良术式研究存在较大的临床价值。

传统的外剥内扎术一般以母痔区为切口,辅助以其他点位做切口,在相邻的两个切口之间需要留取足够的皮肤组织,以利于术后肛门皮肤的生长和肛门生理功能的恢复<sup>[12]</sup>。该术式操作虽然相对简单,对单个、多个以及环状混合痔的根治效果也较为理想,但是存在着明显的缺点<sup>[13]</sup>:①结扎痔核太大、太多而后期早

期脱落或坏死不彻底造成肛门继发性出血;②手术切口太多、术中创面较大、损伤齿线及肛垫组织较多等因素极易造成患者术后肛门疼痛;③因手术创面太大、术中损伤较多等因素而造成患者疼痛不适而不自主动收缩肛门引起肛缘组织液回流不畅而造成肛缘水肿;④患者术后伤口愈合时间较长,换药时间久等给患者带来较大痛苦,且容易复发。

本研究中,观察组手术时间长于对照组,但术中出血量及术后住院时间少于对照组,说明观察组虽然术中用时较长,但患者术中出血量及术后住院时间均少于对照组,这与观察组使用外痔切剥,内痔分段缝扎有关。肛缘皮肤及肛缘至齿状线上0.5 cm区域内重要的解剖结构,因由高度特化的感觉神经终末组织带构成,感觉灵敏,是机体产生便意和辨别直肠内容物及术后疼痛程度产生的主要部位。传统外剥内扎术对此区域皮肤及黏膜破坏范围较大,因此可能出现术后疼痛剧烈或患者无便意或便意频繁等并发症。笔者打破外痔不能结扎的传统,并将皮桥处的外痔分小段缝扎,尽量减少肛缘皮肤的损伤,并可减轻术后皮桥水肿,且术后肛周外观的恢复及平整度良好。本研究中,观察组术后第1和5天肛周疼痛、水肿低于对照组,与杭春平等<sup>[14]</sup>研究结果相符。观察组使用内痔分段缝扎,两根丝线分别对内痔向近端和远端结扎,此法增加对痔下血管的缝扎压迫,减少患者术后出血的风险,且结扎点不处于同一平面,可减少术后肛门狭窄的风险,与王翔等<sup>[15]</sup>的研究结果一致。患者外痔切剥内痔分段缝扎加皮桥整形术治疗环状混合痔可有效解除脱出及便血症状,传统的外剥内扎基础上以外痔小切口切剥,内痔分段缝扎联合皮桥整形,在解除患者症状同时,通过减少肛周皮损范围,减轻患者术后肛周疼痛及水肿发生,其有效减少结扎内痔时周围组织张力,避免黏膜狭窄,减少复发;同时,结合中药熏洗,通过肛周局部中药熏蒸,药力和热力直接作用于肛周,加速血液、淋巴循环,可改善局部新陈代谢,促进水肿及炎症消退<sup>[16]</sup>。

综上所述,外痔切剥内痔分段缝扎加皮桥整形术治疗环状混合痔可以减少患者术中及术后出血,减少患者术后创面疼痛、尿潴留及肛缘水肿发生,适合临床推广。

#### 参考文献:

[1] 金龙,刘牧林.改良痔上黏膜环形切除钉合术治疗Ⅳ度痔

- 200例临床分析[J].安徽医药,2019(2):333-336.
- [2] 邓建勇. PPH联合Ligasure痔切除术治疗重度混合痔的临床疗效观察[J].结直肠肛门外科,2018,24(5):484-487.
- [3] 闫序波,孙旭,徐孟,等.超声刀外痔切除联合弹力线内痔套扎术治疗Ⅲ、Ⅳ度混合痔的临床效果研究[J].结直肠肛门外科,2018,24(6):579-582.
- [4] 忻颖,姜辉勇,高玮,等.PPH术中采用伞形缝合法治疗Ⅲ~Ⅳ度环状脱垂内痔的临床效果观察[J].结直肠肛门外科,2018,24(6):575-578.
- [5] 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.痔临床诊治指南(2006版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461-463.
- [6] 赵云,肖维,高哲.改良LIFT治疗复杂性肛瘘的临床疗效研究[J].中国现代医学杂志,2018,28(2):78-81.
- [7] 国家中医药管理局,中医病症诊断标准[M].南京:南京大学出版社,1994:133-135.
- [8] 权隆芳,贾小强,赵卫兵,等.高悬低切术治疗混合痔的临床效果观察[J].结直肠肛门外科,2018,24(6):570-575.
- [9] 李奕秋,王红旭,李凯凌,等.选择性痔上黏膜切除吻合术治疗重度混合痔21例[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(22):168-169.
- [10] 李天煜,郑碧英,林鸿程,等.PPH+外痔环切齿形缝合法治疗重度环状混合痔的临床效果观察[J].结直肠肛门外科,2018,24(3):278-281.
- [11] 雷新益,张志云,吉祖进,等.RPH联合外剥内扎术与PPH治疗重度混合痔的临床效果比较[J].实用医学杂志,2018,34(12):2049-2052.
- [12] 周丽,王奎,邹鲜容.改良外剥内扎术联合中药治疗老年混合痔[J].中国中西医结合外科杂志,2018,24(5):537-540.
- [13] 沈彬慧,郭修田.环状混合痔手术治疗现状[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(4):131-133.
- [14] 杭春平.外切内扎术基础上予以肛门微整形联合括约肌侧切术治疗环状混合痔的临床疗效观察[J].结直肠肛门外科,2018,24(6):586-590.
- [15] 王翔,薛昶.内痔分段结扎、外痔环形切除联合肛缘皮桥弧状切除缝合法治疗环形混合痔的疗效观察[J].结直肠肛门外科,2017,23(5):598-602.
- [16] 孙林梅,张永丽,郭宏珺.改良外剥内扎术配合中药熏洗治疗环状混合痔临床研究[J].陕西中医,2018,39(10):1453-1455.

(唐勇 编辑)

本文引用格式:宋小平,陈显韬,闫晓春.改良外剥内扎术治疗环状混合痔的临床疗效观察[J].中国现代医学杂志,2020,30(8):105-109.