

· 临床论著 ·

高悬低切术式治疗混合痔的临床观察

徐春艳 贾小强 王 栋 程 芳 曹威巍 谢振年
权隆芳 蔡兴娟 崔春辉 苏 亮

摘要 **目的** 观察高悬低切术式治疗混合痔在缩短伤口愈合时间、减轻术后并发症、保护肛门功能等方面与传统外剥内扎术式相比的优势。**方法** 按随机数字表将 60 例Ⅱ、Ⅲ期混合痔患者分为观察组和对照组,每组 30 例。观察组采用高悬低切术式治疗,对照组采用外剥内扎术式治疗,术后随访 4 个月。记录患者术前混合痔分度、内外痔点位情况,术后治愈率、创面愈合时间、手术用时、外痔点位数与切除点位数差值、术后 24 h 伤口疼痛评分、术后伤口疼痛时间、术后 24 h 伤口水肿程度、术后 24 h 伤口出血评分、术后伤口出血持续时间、术后 24 h 肛门坠胀程度评分、术后尿潴留、术后排便疼痛持续时间、术后控便功能、患者满意度。**结果** 观察组在减少外痔处理点位、缩短创面愈合时间、缩短术后排便疼痛持续时间、患者满意度方面优于对照组($P < 0.05$)。两组患者在治愈率、手术用时、术后 24 h 伤口疼痛评分、术后伤口疼痛时间、术后 24 h 伤口水肿程度、术后 24 h 伤口出血评分、术后伤口出血持续时间、术后 24 h 肛门坠胀程度评分、术后尿潴留发生情况、术后控便功能方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 高悬低切术式能够减少患者外痔处理点位,较传统外剥内扎术式愈合时间缩短,亦能减少患者术后排便疼痛持续时间,提高患者术后生活质量。

关键词 混合痔; 结扎术; 高悬低切术

Surgical Procedure of High Suspending and Low Incision for Mixed Hemorrhoids XU Chun-yan, JIA Xiao-qiang, WAGN Dong, CHENG Fang, CAO Wei-wei, XIE Zhen-nian, QUAN Long-fang, CAI Xing-juan, CUI Chun-hui, and SU Liang *Department of Colorectal Surgery, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing (100091)*

ABSTRACT **Objective** To observe the advantages of high suspending and low incision (HSLI) treatment method in shortening wound healing time, alleviating postoperative complications, protecting anal function, and etc., as compared with Milligan Morgan's method for treating hemorrhoids. **Methods** According to random number table, 60 stage II and III mixed hemorrhoids patients were assigned to the observation group and the control group, 30 cases in each group. Patients in the observation group received HSLI method, while those in the control group received Milligan Morgan's method. All patients were followed-up for 4 months. Data of mixed hemorrhoid grading, point distribution of internal and external hemorrhoids, wound healing rate, wound healing time, operation time, the points difference between the number of external hemorrhoids and the number of points of excised external hemorrhoids, the score of postoperative 24 h wound pain, postoperative wound pain duration, postoperative 24 h wound edema degree, postoperative 24 h wound bleeding, postoperative wound bleeding duration time, postoperative 24 h anal distension scoring, postoperative urinary retention, postoperative defecation pain time, postoperative stool controlling, patients' satisfaction degree were recorded in detail as well. **Results** Better effects were obtained in the observation group in reducing resected points of external hemorrhoids, shortening wound healing time, shortening postoperative wound pain duration, with statistical difference as compared with the control group ($P < 0.05$). There were no significant differences between the two groups in wound healing

基金项目: 首都特色临床应用研究与成果推广项目 (No. Z151100004015082); 中国中医科学院基本科研业务费自主选题项目 (No. ZZ0908002)

作者单位: 中国中医科学院西苑医院肛肠科 (北京 100091)

通讯作者: 贾小强, Tel: 010-62835357, E-mail: jxq391@sina.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20180808.271

rate, operation time, the score of postoperative 24 h wound pain, postoperative wound pain duration, postoperative 24 h wound edema degree, postoperative 24 h wound bleeding, postoperative wound bleeding duration time, postoperative 24 h anal distension scoring, postoperative urinary retention, postoperative defecation pain time, or postoperative stool controlling ($P > 0.05$). Conclusion Surgical procedure of HSLI could reduce resected points of mixed hemorrhoids, shorten wound healing time, decrease the pain duration of postoperative defecation, and improve their postoperative quality of life.

KEYWORDS mixed hemorrhoids; ligation surgery; procedure of high suspending and low incision

痔病属常见病、多发病,在被普查的成人中,痔病的发病率高达 49.14%,其中混合痔最为常见^[1]。目前,混合痔的治疗方法虽多,但术后痛苦较大、肛管皮肤损伤较多,仍是困扰临床的主要问题。2006 年以来,本团报偿一直致力于中医传统结扎术与现代手术理念相结合的高悬低切术式的临床研究^[2-5],现将 2015 年完成的一项有关高悬低切术式随机对照研究报道如下。

资料与方法

1 诊断标准 参照《中医病症诊断疗效标准》^[6]中有关混合痔诊断及分度标准。

2 纳入标准 (1)符合混合痔诊断标准,内痔分度为Ⅱ、Ⅲ度;(2)年龄 18~80 岁;(3)未曾接受痔手术治疗;(4)签署知情同意书。

3 排除标准 (1)混合痔嵌顿者;(2)伴有恶性肿瘤、严重的心或脑血管病、血液病、糖尿病、传染性疾病、肝硬化门脉高压症等;(3)妊娠或哺乳期妇女;(4)过敏体质或对麻醉药、本治疗方案中围手术期应用药物过敏者;(5)法律上的残疾患者(盲、聋、哑、智障等)、精神病患者等;(6)怀疑或确有酒精、药物滥用病史;(7)工作经常变动易造成失访者;(8)正在参加其他临床试验的患者;(9)既往有肛门直肠疾病手术史。

4 一般资料 60 例为 2015 年 9 月 21 日—12 月 9 日在中国中医科学院西苑医院肛肠科住院的混合痔患者。借助 SPSS 20.0 统计分析软件,生成随机数字表,采用随机区组方法分为观察组和对照组,每组 30 例。其中观察组男 11 例,女 19 例,平均年龄为 (46.33 ± 14.98) 岁,平均病程为 (66.65 ± 101.18) 个月,混合痔分度为Ⅱ度者 13 例,Ⅲ度者 17 例。对照组男 9 例,女 21 例,平均年龄为 (40.93 ± 13.50) 岁,平均病程为 (66.77 ± 59.63) 个月,混合痔分度Ⅱ度者 20 例,Ⅲ度者 10 例,两组在性别、年龄、病程、混合痔分度比较,差异均无统计学意义($P_{\text{性别}} = 0.584$, $P_{\text{年龄}} = 0.141$, $P_{\text{病程}} = 0.193$, $P_{\text{分度}} = 1$)。本项目已通过中国中医科学院西苑医院伦理委员会审查和批准(No. 2016XL A102-2)。

5 治疗方法 观察组采用高悬低切术式。术晨清洁灌肠。腰麻,取侧卧位,常规消毒,扩肛,以肛门镜探查痔核分布,取组织钳钳夹其中一个混合痔的内痔部分,在被钳夹内痔上方,以另一把组织钳钳夹痔上黏膜,将两把组织钳同时轻轻提起,取中弯血管钳纵行钳夹内痔核及痔上黏膜,其中内痔部分为内痔的中上 1/2~2/3,痔上黏膜部分约为 1 cm 范围,取 1/2 圆针带 7 号丝线,由被钳夹之痔核与痔上黏膜之间进针,做“8”字贯穿结扎,外加环形结扎。切除被结扎组织约 1/2 部分。同法处理其他内痔核。内痔部分处理完成后,再处理混合痔外痔部分。外痔部分仅切除肛缘或肛白线以外部分,肛缘或肛白线至齿线之间肛管皮肤呈环形保留。肛管皮下血管迂曲扩张显著者,予以潜行剥离。电刀止血。术毕,凡士林油纱条覆盖创面,塔形纱布包扎,丁字带固定。

术后处理:术后 6 h 后可进流食,次日改普食。每日便后予祛毒二黄汤(组成:苍术、侧柏叶、马齿苋、五倍子、芒硝、黄连、黄柏各 20 g,由中国中医科学院西苑医院中药煎药室统一煎制,取汁 400 mL),每次 200 mL,加水 500 mL,待药温适宜坐浴。局部清洁换药采用十味金黄膏(西苑医院院内制剂)适量外敷。

对照组采用外剥内扎术式。麻醉、体位、消毒同治疗组。止血钳提起外痔,在外痔外侧作“V”形切口,剥离痔核组织至齿线上 0.2 cm 处,取弯血管钳由痔核基底部钳夹,取 1/2 圆针带 7 号丝线,做“8”字形贯穿结扎,外加环形结扎。切除被结扎痔组织约 1/2 部分。同法处理其他混合痔。术毕及术后处理同治疗组。

6 观察指标及评价方法

6.1 混合痔疗效评定标准 参照《中医病症诊断疗效标准》^[6]中有关混合痔疗效评价标准。治愈:症状消失,痔消失。好转:症状改善,痔缩小。未愈:症状、体征均无变化。

6.2 症状、体征评分标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]拟定。(1)术后出血评分标准:0 分:无出血;1 分:伤口敷料染色;2 分:排便后手纸沾血、粪便表面带血;3 分:排便时滴血,便后即自行

终止;4 分:排便时伴较多血液、血块,可经一般压迫处理;5 分:活动性出血,经压迫处理后控制;6 分:活动性出血,需紧急手术缝扎止血。(2)术后创面水肿评分标准:0 分:无水肿;2 分:水肿仅限 1 处,水肿范围 $<1\text{ cm}$;4 分:水肿 1 处或多处,水肿范围 $1\sim 2\text{ cm}$,伴不适感;6 分:水肿 1 处或多处,水肿范围 $>2\text{ cm}$,影响患者活动且伴有较重不适感。(3)术后肛门坠胀评分标准:0 分:无坠胀感;2 分:轻度坠胀感;4 分:中度坠胀不适感;6 分:重度坠胀不适;8 分:坠胀感极重,无法忍受,影响患者正常体位。(4)术后伤口疼痛情况评分标准:0 分:无疼痛感;2 分:伤口轻度疼痛,患者能够忍受,不影响活动;4 分:伤口中度疼痛,患者尚可忍受,轻度影响活动;6 分:伤口重度疼痛,活动受限;8 分:患者觉伤口疼痛极重,不可忍受,影响患者正常体位。(5)术后排尿评分标准:0 分:术后小便可自行顺畅排出;2 分:术后小便经诱导(敷脐,听水声等)可顺畅排出;4 分:小便可排出,但点滴不畅;6 分:术后小便点滴不出,须导尿;(6)术后肛门对粪便控制情况评分标准:0 分:肛门对干便、稀便、肠液的控制均正常;1 分:肛门对黏液不能控制;2 分:肛门对稀便不能控制;3 分:肛门对干便不能控制。(7)患者满意度评分:分值 $0\sim 10$ 分,患者根据自己的主观感受选择分值,最满意为 10 分。

6.3 创面愈合时间、手术用时、术后伤口疼痛、出血持续时间以及术后排便疼痛持续时间。

6.4 外痔处理差值(d 值 = 术前外痔个数 - 术中外痔个数)。

6.5 术后尿潴留发生情况。

6.6 术后腔便情况。

6.7 术后患者满意度。

7 统计学方法 采用 SPSS 20.0 软件分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验及非参数秩和检验,计数资料采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,采用 χ^2 检验,等级资料采用非参数秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 随访结果 观察组失访 1 例,对照组失访 2 例、脱落 1 例(因伤口护理不当烫伤)。

2 两组疗效比较 观察组治愈 27 例,好转 2 例,对照组治愈 24 例,好转 3 例。两组治愈率比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.007, P = 0.933$)。

3 两组创面愈合时间比较 观察组愈合时间 $14\sim 60$ 天,平均 $26.86(20.00, 30.50)$ 天。对照组愈合时间 $20\sim 60$ 天,平均 $36.52(26.00, 45.00)$ 天;经非

参数检验,两组创面愈合时间比较,差异有统计学意义($Z = -2.626, P = 0.009$)。

4 两组手术用时比较 观察组手术用时 $15\sim 60\text{ min}$,平均为 $(35.93 \pm 12.41)\text{ min}$ 。对照组手术用时 $20\sim 60\text{ min}$,平均为 $(38.63 \pm 11.31)\text{ min}$ 。两组比较,差异无统计学意义($t = 0.848, P = 0.400$)。

5 两组 d 值比较 观察组 d 值为 0 者 14 例,占 $48.28\%(14/29)$, d 值为 $1\sim 3$ 个者 15 例,占 $51.72\%(15/29)$ 。对照组 d 值为 0 者 24 例,占 $88.89\%(24/27)$, d 值为 $1\sim 3$ 个者 3 例,占 $11.11\%(3/27)$ 。两组 d 值比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 10.574, P = 0.001$)。

6 两组术后 24 h 伤口疼痛评分比较 观察组术后 24 h 伤口疼痛评分为 $0\sim 1$ 分 7 例, $2\sim 8$ 分 22 例,对照组术后 24 h 伤口疼痛评分为 $0\sim 1$ 分 6 例, $2\sim 8$ 分 21 例。因本研究样本量较小,经 $R \times C$ 资料的 χ^2 检验,两个表格的 $T < 5$,最小 T 为 $0.96 < 1$ 。故将 $2\sim 8$ 分整合后采用 χ^2 检验,两组患者术后 24 h 伤口疼痛评分比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.029, P = 0.865$)。

7 两组术后伤口疼痛持续时间比较 观察组疼痛持续时间最长为 35 天,平均 $6.31(1.00, 7.00)$;天对照组最长为 41 天,平均 $10.81(2.00, 20.00)$;经非参数秩和检验,两组术后伤口疼痛持续时间比较,差异无统计学意义($Z = -1.315, P = 0.188$)。

8 两组术后 24 h 伤口水肿程度评分比较 观察组术后 24 h 伤口水肿评分为 0 分 18 例,2 分 5 例,4 分 6 例,6 分 0 例;对照组分别为 15、4、7、1 例。两组患者术后 24 h 伤口水肿发生的构成比比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.245, P = 0.621$)。

9 两组术后 24 h 伤口出血评分比较 观察组术后 24 h 伤口出血评分 ≤ 2 分者 28 例,5 分者 1 例,对照组 ≤ 2 分者 26 例,5 分者 1 例,故两组患者术后伤口出血程度的构成比比较,差异无统计学意义($\chi^2 < 0.001, P = 1$)。

10 两组术后伤口出血持续时间比较 两组均未发生需手术止血的术后大出血,各有 1 例活动性出血,经压迫止血后控制(出血评分为 5 分),其他出血评分均为 ≤ 2 分。观察组术后伤口出血持续时间最小值为 2 天,最大值为 45 天,平均为 $8.79(4.00, 11.00)$ 天;对照组最小值为 2 天,最大值为 61 天,平均为 $15.04(4.00, 27.00)$ 天。经秩和检验,两组术后伤口出血持续时间比较,差异亦无统计学意义($Z = -0.996, P = 0.319$)。

11 两组术后 24 h 肛门坠胀程度评分比较 观

察组肛门坠胀程度评分为 0 分 19 例, 2~8 分 10 例, 对照组 0 分 18 例, 2~8 分 9 例, 两组术后肛门坠胀程度评分比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.008$, $P = 0.928$)。

12 两组术后尿潴留发生程度比较 观察组术后发生尿潴留(评分为 0 分 24 例, 2 分 3 例, 6 分 6 例), 对照组(评分 0 分 23 例, 2 分 3 例, 6 分 1 例), 两组术后尿潴留发生情况比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.001$, $P = 1$)。

13 两组术后排便疼痛持续时间比较 观察组术后排便疼痛持续时间最长者 32 天, 平均为 6.0 (2.5, 13.5) 天; 对照组最长者 39 天, 平均为 10.0 (6.0, 20.0) 天。经秩和检验, 两组术后排便疼痛持续时间比较, 差异有统计学意义 ($Z = -1.988$, $P = 0.047$)。

14 两组术后控便功能比较 两组患者均未出现肛门控便功能异常情况。

15 两组术后满意度比较 对照组术后满意度评分 7~10 分; 平均 8.65 (8.00, 10.00) 分; 观察组 6~10 分, 平均 9.52 (9.00, 10.00) 分; 经秩和检验, 两组术后满意度比较, 差异有统计学意义 ($Z = -2.679$, $P = 0.007$)。

讨 论

中医自古以来就采用结扎法治疗痔疾。成书于战国时代之前的我国最古老的医书《五十二病方》中就明确记载了治疗“牡痔”, “系以小绳剖以刀”的结扎法。之后历代医书都有关于结扎法治疗痔疾的记载。中医学并无混合痔的概念, 但有“内痔”、“外痔”的概念^[8], 因此, 中医与西医在采用结扎法治疗混合痔时方式有所不同。中医结扎法的特点是不做剥离, 只做结扎, 将突起的痔核分别进行结扎处理。其优点在于手术创面小, 术中出血少, 手术操作简便; 缺点是结扎点多, 术后痛苦大。西医采用的是源自于 Milligan-Morgan 的混合痔外剥内扎术^[9]。外剥内扎术是基于静脉曲张学说, 以解剖上彻底消除痔组织为目的。此术式的优点是切除彻底, 但由于切除较多的肛管皮肤, 术后疼痛仍然较重, 并且愈合时间比较长。近 20 年来, 肛垫下移学说逐渐成为当代认识痔成因的共识, 如何有效地使下移的肛垫复位, 如何减少肛垫的损伤成为痔术式改进的热点和方向。本研究组力图将中医和西医痔手术方式进行取长补短的融合, 遵循现代痔成因机制研究的新理念、新成果, 在前人治疗经验的基础上, 结合痔病特点和规律, 采

用高悬低切术式治疗混合痔取得明显临床疗效。研究表明, 高悬低切术式治疗混合痔, 在减少外痔处理点位、缩短创面愈合时间、缩短术后排便疼痛持续时间、提高患者满意度方面均优于外剥内扎术。

这一效果的产生, 其机制可能与以下两点有关, 其一: 高悬低切术式采用独特的先后内外处理原则, 把处理内痔放在首位, 当混合痔的内痔部分被高悬缝扎后, 其外痔部分随之弱化, 大者变小, 小者变无, 需要处理的外痔数量随之减少, 肛管皮肤的损伤也因之而减少; 其二: 创新性地将混合痔分为内痔、外痔、中痔三部分, 将混合痔内痔和外痔部分分别进行处理, 将内外痔之间的中间部分(称之为中痔)予以保留, 从而实现环形保留肛管皮肤, 故而为减少术后疼痛、加速术后愈合、保护肛门功能等创造了有利条件。总之, 高悬低切术式是在中医学传统结扎术基础上, 结合现代痔成因学说研究成果而设计的符合混合痔发生发展规律的中西医结合新术式。该术式通过高悬上提, 将病理性肥大下移的肛垫复位, 通过低位切除环形保留肛管皮肤, 最大限度地减少了肛管移行上皮的损伤。本术式具有操作简捷, 术后痛苦小, 恢复快等特点, 适宜在临床中广泛开展和推广。

利益冲突: 无。

参 考 文 献

- [1] 田振国, 陈平. 中国成人常见肛肠疾病流行病学调查 [M]. 武汉: 武汉大学出版社, 2015: 33.
- [2] 贾小强, 李东冰, 闫凌, 等. 悬吊式结扎内痔断尾式切除外痔环形保留肛管皮肤的混合痔术式临床研究 [J]. 中国实用外科杂志, 2012, 32(S1): 45-53.
- [3] 贾小强, 李东冰, 闫凌, 等. 高悬低切环形保留肛管皮肤的混合痔术式临床研究 [J]. 中国肛肠病杂志, 2013, 33(3): 32-34.
- [4] 贾小强. 混合痔三分法的探索与实践 [J]. 中国肛肠病杂志, 2018, 38(1): 74-75.
- [5] 贾小强. 痔发病机制学说进展与高悬低切术式研究. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(4): 398-399.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社, 2004: 52-53.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 288.
- [8] 王焘. 外台秘要 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1955: 707.
- [9] Milligan ETC, Morgan CN, Jones L, et al. Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of hemorrhoids [J]. Lancet, 1937, 230 (5959): 1119-1124.

(收稿: 2017-10-13 在线: 2018-10-25)

责任编辑: 段碧芳

责任编辑: 张晶晶