

TST 术治疗中重度混合痔 46 例临床观察

凌巧云¹, 熊之焰²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第二附属医院, 湖南 长沙, 410005)

[摘要] 目的: 观察 TST 术治疗中重度混合痔的临床疗效。方法: 将中重度混合痔 89 例分为 2 组, 其中采用 TST 术治疗的 46 例为治疗组, 采用 PPH 术治疗的 43 例为对照组, 比较分析 2 种微创手术方式的综合疗效、术中牵拉反应与出血量、术后并发症及复发情况。结果: 2 组总有效率均为 100%, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但治疗组治愈率 (93.48%) 高于对照组 (88.37%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组患者术中牵拉反应、出血量及术后疼痛、水肿、肛门坠胀感、尿潴留发生情况均优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组术后大出血、肛门直肠狭窄比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 半年后随访, 治疗组复发 2 例 (4.35%), 对照组复发 6 例 (13.95%), 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: TST 术和 PPH 术均是治疗中重度混合痔的有效手术方式, 但在术中术后痛苦程度、治愈率、复发率方面, TST 术均优于 PPH 术。

[关键词] 混合痔; 中重度; TST 术; PPH 术

[中图分类号] R269.571+.8 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.09.025

痔是肛垫病理性肥大、移位及肛周皮下血管丛血流淤滞形成的团块^[1], 是肛肠科最常见的疾病之一, 在我国约占肛门直肠疾病的 87.5%^[2]。其主要临床症状有出血、脱出、疼痛等。临床症状严重者往往需采用手术治疗。目前有多种手术方式, 有传统外剥内扎术、自动套扎术 (RPH 术)、选择性痔上黏膜切除吻合术 (TST 术)、吻合器痔环切术 (PPH 术) 等。比较混合痔不同手术方式的临床疗效已成为肛肠科临床研究的热点。笔者搜集湖南中医药大学第二附属医院肛肠科 2017 年 10~12 月期间手

术治疗中重度混合痔 89 例, 将其分为 2 组, 治疗组 46 例采用 TST 术治疗, 对照组 43 例采用 PPH 术治疗, 比较 2 组临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 治疗组中, 男 22 例, 女 24 例; 平均年龄 (43.4 ± 14.8) 岁; 平均病程 (2.9 ± 2.1) 年; III 期内痔 25 例, IV 期内痔 21 例。对照组中, 男 20 例, 女 23 例; 平均年龄 (43.8 ± 14.0) 岁; 平均病程 (3.2 ± 2.2) 年; III 期内痔 20 例, IV 期内痔 23 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

第一作者: 凌巧云, 男, 2011 级本硕连读研究生, 研究方向: 中医对肛肠疾病的防治

通讯作者: 熊之焰, 女, 主任医师, 教授, 硕士研究生导师, 研究方向: 中医对肛肠疾病的防治, E-mail: 759865545@qq.com

腰腿酸痛、肢体浮肿、肌肤甲错各项症状积分及 BUN、Scr、UAER 水平均低于对照组, 差异均有统计学意义。可见, 于贝那普利基础上加用肾益康胶囊能进一步改善 IV 期 DN 患者肾功能, 有效缓解临床症状, 有助于改善预后效果, 具有较高推广价值。

参考文献

- [1] 马利平, 贺蕾蕾. 肾益康胶囊联合西药治疗脾肾亏虚型肾小球肾炎随机平行对照研究[J]. 实用中医内科, 2016, 30(5): 71-73.
- [2] 中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组. 糖尿病肾病防治专家共识 (2014 年版) [J]. 中国糖尿病杂志, 2014, 6(11): 792-801.
- [3] 中华中医药学会. 2011 糖尿病肾病中医防治指南 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 9(4): 151-153.

- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 86-93.
- [5] 李攀, 胡晓玲. 贝那普利联合缬沙坦治疗老年糖尿病肾病及对血糖、血脂及肾功能的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(18): 5126-5127.
- [6] 任鲁颖, 郭文厂, 王祥生. 肾康注射液治疗早期糖尿病肾病的临床观察 [J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(11): 1567-1569.
- [7] 何红梅, 梅爱敏, 田河林, 等. 泽泻汤加味方对高盐诱导大鼠高血压肾功能损害的保护作用 [J]. 山东医药, 2017, 57(17): 31-33.
- [8] 傅余芹. ET、TGF- β 与糖尿病肾病的关系及虫草菌丝对其影响的实验研究 [D]. 济南: 山东大学, 2005.
- [9] 熊智慧. 大黄对糖尿病肾病患者血脂及 TGF- β 1 水平的影响研究 [J]. 海南医学院学报, 2012, 18(8): 1066-1068.

(收稿日期: 2018-12-27)

1.2 诊断标准 根据《中医肛肠科常见病诊疗指南》^[3]中混合痔的诊断标准,将内痔分为四期。Ⅰ期:排便时带血或滴血,便后出血自止,无脱出;Ⅱ期:常有便血,排便时脱出,便后可自行回纳;Ⅲ期:可有便血,排便或增加腹压时有痔块脱出,需用手还纳;Ⅳ期:痔块脱出,回纳后易脱出或不能回纳,可出现便血。外痔的临床表现:肛门坠胀、有异物感等。

1.3 纳入标准 1)符合混合痔诊断标准,且为Ⅲ、Ⅳ期内痔(以脱出症状为主);2)保守治疗无明显效果;3)无手术禁忌证;4)采用腰-硬联合麻醉方式。

1.4 排除标准 1)伴有其他肛肠疾病,如肿瘤、炎症性肠病、肛瘘等影响术后疗效判定;2)伴有严重心脑血管、重要脏器及血液等疾病;3)因其他原因无法耐受手术。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用 TST 术治疗。方法:麻醉成功后,患者取侧卧位,常规消毒、铺单。先扩肛至四指,选择合适空数肛门镜(1 孔、2 孔或 3 孔),使用 3 个组织钳分别夹住外痔,向外拉,插入一次性带孔肛门镜,取出镜芯,旋转肛门镜,暴露需切除痔上黏膜于开孔内,再次消毒直肠黏膜,在距齿线上约 3~4cm 处用荷包线在黏膜下行荷包缝合,将吻合器旋开到最大,将钉座置入荷包缝线上方,收紧荷包缝线,并用适当力度牵拉荷包缝线,拧紧吻合器至安全刻度。女性患者行前侧切除时需先行阴道指诊,防止损伤阴道后壁。瞬间击发并保持吻合器关闭状态 30s,缓慢松开吻合器握把,旋松吻合器并轻轻取出,如有活动性出血点,则用 3-0 可吸收线做“8”字结扎;相邻两段间黏膜有搭桥或有搭桥吻合口两端隆起黏膜,用 7 号线在钳下结扎。旋转肛门镜,退出并观察痔核上提回缩情况。如有痔核较大效果不佳者,行外剥内扎术。术毕,以凡士林纱条塞肛,无菌敷料包扎固定。

2.2 对照组 采用 PPH 术治疗。方法:麻醉、消毒、铺单、扩肛同 TST 术组。置入扩肛器并固定,在齿线上 3~4cm 处,黏膜下层行荷包缝合,置入吻合器,收紧缝合线并在吻合器轴上打结,适当力度向外牵引荷包缝线,旋转收紧吻合器并牵拉尾线,调整吻合器指针至安全范围。女性患者需行阴道指诊。打开保险开关,击发吻合器,保持 60s,缓慢松开并退出吻合器。如有吻合口出血、痔收缩不明

显,处理同 TST 术组。术毕,以凡士林纱条塞肛,无菌敷料包扎固定。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)2 组综合疗效。2)术中牵拉反应与出血量。3)术后并发症。①术后疼痛:采用视觉模拟评分^[4]法评定;②伤口水肿评分:无水肿,0 分;轻度隆起、皮肤纹理存在,1 分;中度肿胀、皮肤纹理不明显,2 分;重度鼓胀,皮肤纹理消失,3 分;③肛门坠胀感评分:无坠胀感,0 分;轻度坠胀,1 分;中度不适,可以忍受,2 分;重度坠胀,难以忍受,3 分;④记录术后尿潴留、术后大出血、术后肛门直肠狭窄例数。4)术后随访半年,记录并比较 2 组复发情况。

3.2 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[5]拟定。治愈:状和体征消失,痔核全部萎缩或消失,肛门功能正常;好转:症状和体征改善,痔核缩小或部分萎缩;无效:症状和体征均无变。

3.3 统计学方法 所有数据均采用 SPSS 20.0 进行统计学分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料用频数和构成比(%)表示,采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率 2 组均为 100%,差异无统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效
治疗组	46	43(93.48) ^a	3(6.52)	0	46(100) ^b
对照组	43	38(88.37)	5(11.63)	0	43(100)

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05,^b*P* > 0.05。

3.4.2 2 组术中指标比较 治疗组术中牵拉反应及术中出血量均优于对照组,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组术中指标比较

组别	例数	术中牵拉反应(例)	术中出血量($\bar{x} \pm s$,ml)
治疗组	46	21 ^a	16.24 ± 2.06 ^a
对照组	43	32	19.20 ± 2.37

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05。

3.4.3 2 组术后并发症比较 治疗组术后疼痛、水肿、肛门坠胀感、尿潴留情况均优于对照组,差异均有统计学意义。2 组术后大出血、肛门直肠狭窄情况比较,差异均无统计学意义(*P* > 0.05)。(见表 3)

表 3 2 组术后并发症比较

组别	例数	术后疼痛 (分)	术后水肿 (分)	术后肛门 坠胀感(分)	术后大出血 (例)	术后肛门直肠 狭窄(例)	术后尿潴留 (例)
治疗组	46	4.04±1.58 ^a	0.50±0.62 ^a	0.96±0.51 ^a	3	1	10 ^a
对照组	43	5.33±1.64	1.21±0.97	1.56±0.50	6	2	19

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.4 2 组术后复发率比较 术后随访半年,治疗组复发 2 例,复发率为 4.35%;对照组复发 6 例,复发率为 13.95%,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨 论

痔疮是临床最常见的肛门疾病之一,中重度混合痔常表现为便血、脱出、疼痛等,手术是目前治疗中重度混合痔的主要方法。若不及时治疗,将严重影响患者身体健康和生活质量。国内外肛肠学术界普遍推崇 Thomsom 提出的肛垫下移学说,认为痔是由肛垫组织下移所致。肛垫组织是齿线以上黏膜和黏膜下存在着的静脉丛、Treitze 肌和结缔组织。PPH 术则是根据该学说提出的手术方法,具有“悬吊”“断流”“减积”的理论依据。其首次报道是在 1997 年被用于治疗直肠黏膜脱垂,后来逐渐推广作为内痔脱垂的治疗方法。其优点是创伤小、术后恢复快,近期疗效明显优于传统痔切除术。随着推广应用,有部分文献报道,PPH 术后吻合口出血、肛门狭窄、肛门坠胀、复发率等问题影响患者的术后恢复和生活质量^[6-7]。

TST 术是在 PPH 术提升肛垫、截断血运的基础上,根据中医学“分段结扎”理论,采用特制开孔肛门镜选择性切除痔区的痔上黏膜,保留痔核间正常黏膜组织,进一步减小手术创伤,最大限度避免了 PPH 术切除过多直肠黏膜引起肛门直肠狭窄,保护正常肛门功能。有研究表明,TST 术在术后疼痛、肛门坠胀等方面均优于传统术式^[8]。其水平吻合符合肛管直肠的解剖生理和顺应性。但对于女性患者,阴道和直肠仅一壁之隔,若在直肠前壁切除过多黏膜,两种术式均有造成直肠阴道瘘,故这两种术式需要术者严谨细心操作。由于 TST 术具有选择性切除的特点,因此在处理环状脱出痔时,理论上具有一定的局限性。

本观察结果显示,观察组和对照组总有效率均为 100%,但观察组治愈率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),且观察组术中牵拉反应、出血量及术后疼痛、水肿、肛门坠胀感和尿潴留情况均优

于对照组($P<0.05$)。虽然 2 组术后大出血和术后肛门直肠狭窄情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),但由于 TST 术切除黏膜少、植入钛钉少,吻合口呈“C”形,而 PPH 术呈“O”形,因此一定程度上降低了钛钉脱落导致术后大出血、黏膜瘢痕形成导致直肠狭窄以及钛钉残留导致肛门坠胀的发生。2 组随访半年,治疗组复发率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),故认为 TST 术远期疗效优于 PPH 术。

综上所述,TST 术和 PPH 术均为治疗中重度混合痔的有效方法,但 TST 术创伤小、术中术后痛苦小、治愈率高、复发率低,是一种安全有效的微创手术方式,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 何永恒,凌光烈. 中医肛肠科学[M]. 北京:清华大学出版社,2012:101-102.

[2] 美国结直肠外科医师协会标准化工作委员会. 痔诊断和治疗指南(2010 修订版)[J]. 中华消化外科杂志,2012,11(3):243-247.

[3] 中华中医药学会. 中医肛肠科常见病诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社,2012.

[4] 曹卉娟,邢建民,刘建平. 视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J]. 中医杂志,2009,50(7):600-602.

[5] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[S]. 北京:中国医药科技出版社,2012.

[6] Shao WJ, Li GC, Zhang ZH, et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing stapled haemorrhoidopexy with conventional haemor-rhoidectomy[J]. Br J Surg, 2008,95(2):147-160.

[7] Khubchandani I, Fealk MH, Reed JF. Is there a post-PPH syndrome[J]. Tech Coloproctol, 2009,13(2):141-144.

[8] Lin HC, Luo HX, Zbar AP, et al. The tissue selecting technique(TST) versus the Milligan-Morgan hemorrhoidecto-my for prolapsing hemorrhoids: aretrospective case control study[J]. Tech Coloproctol, 2014,18(8):739-744.

(收稿日期:2018-10-25)

声 明

为适应我国信息化建设,扩大本刊及作者知识信息交流渠道,本刊已许可多家网络媒体和数据库以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文,其作者文章著作权使用费已采取版面费适当折减与赠送样刊两种形式给付。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意我社上述声明;如作者不同意文章被收录,请在来稿时向本刊声明,本刊将作适当处理。