

PPH 与 Milligan-Morgan 术治疗 III ~ IV 期混合痔的临床效果观察

史俊, 陈平, 李俊

(江苏省宜兴市人民医院 胃肠肛肠外科, 江苏 宜兴, 214200)

摘要:目的 比较痔上黏膜环切术(PPH术)与传统痔切除术(Milligan-Morgan术)治疗 III ~ IV 期混合痔的临床效果,探讨治疗 III ~ IV 期混合痔的最佳术式。方法 将 100 例混合痔患者随机分为 PPH 术组, Milligan-Morgan 术(M-M 组), 并进行对比观察。结果 与 M-M 术相比, PPH 术无 Milligan-Morgan 术常见的肛门部水肿等并发症, 术后肛门部疼痛轻, 术后恢复快, 住院时间短, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在治疗 III ~ IV 期混合痔时, 应首选 PPH 术治疗 III ~ IV 期环状痔患者, 可显著减轻术后疼痛, 加快患者术后恢复, 减少术后并发症。

关键词: 混合痔; 痔上黏膜环切术; 临床观察

中图分类号: R 657.1 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2012)23-0062-03

Effect observation of PPH and Milligan-Morgan surgery on treatment of III-IV stage of mixed hemorrhoids

SHI Jun, CHEN Ping, LI Jun

(The People's Hospital of Yixing, Yixing, Jiangsu, 214200)

ABSTRACT: Objective To compare the clinical effect of PPH and Milligan-Morgan(M-M) in the treatment of III-IV stage of mixed hemorrhoids and explore the best surgical type for III-IV stage of mixed hemorrhoids. **Methods** 100 patients were randomly divided into PPH group and M-M group. **Results** Compared with M-M group, the PPH group had less complications, soft postoperative anus pain, short duration of hospitalization and fast rehabilitation($P < 0.05$). **Conclusion** PPH is the first choice for treatment of III-IV stage of annular mixed hemorrhoids, which can reduce postoperative pain, promote postoperative recovery and reduce postoperative complications.

KEY WORDS: mixed hemorrhoids; PPH; clinical observation

疼痛、出血、创面愈合时间长一直是传统痔切除术(Milligan-Morgan)手术要解决的主要问题。与传统手术比,痔上黏膜环切术(PPH)的最大优点是术后无肛门部水肿等并发症,术后肛门部疼痛轻,术中出血少,术后恢复快,住院时间短。本科于 2011 年 4 月起应用 PPH 完成痔切除术 50 例,并与传统痔切除术 50 例相对比,现报道如下。

1 资料与方法

选择 2011 年 4 月—2012 年 7 月 III ~ IV 期混合痔住院患者 100 例,按照 1:1 的原则随机分为 2 组: PPH 组 50 例,男 19 例,女 31 例,年龄

(45.61 ± 13.56)岁,病史(5.63 ± 7.14)年; Milligan-Morgan 组(M-M 组)50 例,男 20 例,女 30 例,年龄(45.26 ± 12.52)岁,病史(5.13 ± 5.54)年。2 组患者一般情况经比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。符合痔临床诊治指南(2006 版)制订的痔诊断标准^[1]。排除过敏体质或对多种药物有过敏反应者;排除合并肝、肾、造血系统、内分泌系统严重原发病或精神病患者;排除消化道其他严重合并疾病者,如严重溃疡病、直肠脱垂、肠吸收不良综合征、炎症性肠病等。

PPH 组采用痔上粘膜环切吻合器及其附件。术前作血、尿常规、肝肾功能、血凝四项等

收稿日期: 2012-09-11

基金项目: 中国高校医学期刊临床专项资金(11220233)

检查,术晨排空大便。采取连硬麻醉或骶管麻醉,患者取俯卧位。麻醉成功后,用 0.5% 的碘伏消毒液常规消毒术野皮肤,铺置无菌巾单,插入导入器和扩张器,移去导入器,在齿线上 2.5~3.0 cm 处做一圈荷包缝合,深度在黏膜下层,将 PPH 吻合器导入到两个荷包缝合线的上方,适当牵拉缝线,旋紧吻合器后击发静待 30 s,完整切除痔上黏膜,旋开并轻轻拔出吻合器,观察吻合口是否渗血,观察切除圈是否完全,必要时缝合止血。术后 3 d 静脉常规给予抗炎止血液体。

M-M 组术前准备、体位、麻醉同 PPH 组,麻醉成功后消毒。肛门指检并扩肛,肛镜下检查痔核分布情况。采用自然分界线分别处理,用组织钳牵引痔核,沿其边缘切开分离痔核至齿线上约 0.1 cm,用弯血管钳钳夹痔核基底部,用 7-0 丝线缝扎痔核基底部,切除多余部分,保留残端约 0.5 cm,同时各痔核结扎点不在同一水平线上。患者于术后 6 h 进食,常规应用抗菌药物 3 d。患者均于术后按规定时间进行随访、复查。

疼痛情况:采用视觉模拟疼痛评分法(VAS)观察术后第 1、3、5 天伤口疼痛情况。水肿情况:观察 2 组术后第 1 天水肿发生率,并于术后第 3、5 天比较伤口水肿消退情况,评分标准(4 等级):0 分为无水腫;1 分为轻度隆起,皮纹存在;2 分为中度隆起,皮纹不明显;3 分为重度隆起,皮纹

消失,皮肤发亮。疼痛消失时间和水肿消失时间:记录术后疼痛消失及水肿发生率。住院时间:记录患者住院天数。

疗效判定^[1]:痊愈:治疗 2 周后症状及体征消失,疤痕坚实,无水肿、疼痛、渗液出现,创面未再发生溃烂。显效:治疗 2 周后症状及体征改善明显,肛门可有轻度水肿、疼痛,肉芽组织新鲜。好转:术后 2 周症状及体征改善,但肛门出现中度水肿以及轻至中度疼痛,肉芽组织较新鲜。无效:术后 2 周症状及体征无改善,水肿、疼痛程度如前。

2 结果

PPH 组术后第 1、3、5 天 VAS 评分均低于 M-M 组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 2 组 VAS 疼痛指数比较($\bar{x} \pm s$)

天数	PPH 组 ($n=50$)	M-M 组 ($n=50$)
术后第 1 天	1.13 ± 1.30**	5.56 ± 0.73
术后第 3 天	0.88 ± 1.36**	3.50 ± 0.73
术后第 5 天	0.00**	0.75 ± 0.78

与 M-M 组比较,** $P < 0.01$ 。

与 Milligan-Morgan 术比,PPH 术无常见的肛门部水肿等并发症,术后肛门部疼痛轻,术后恢复快,住院时间短,差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。见表 2。

表 2 2 组水肿、疼痛消失时间及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	水肿发生率/%	水肿消退评分		疼痛消失时间/d	住院时间/d
			术后第 3 天	术后第 5 天		
PPH 组	50	0.5**	0.77 ± 0.57	0.59 ± 0.46	1.29 ± 1.04**	5.04 ± 1.16*
M-M 组	50	10.0	1.00 ± 0.82	0.64 ± 0.72	5.83 ± 0.76	8.16 ± 3.25

与 M-M 组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$ 。

PPH 组术毕 2 周后痊愈率 96.00%,明显优于 M-M 组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 3。

表 3 2 周后疗效评定(例)

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	2 周后痊愈率/%
PPH 组	50	48	2	0	0	96.00**
M-M 组	50	30	18	2	0	60.00

与 M-M 组比较,** $P < 0.01$ 。

3 讨论

III、IV 度内痔脱垂为主的混合痔患者通常需采取手术治疗。Milligan-Morgan 痔切除术是目前为止,国内外应用最为广泛的手术方法,但该方法存在术后并发症发生率高、创口疼痛明显、愈合

慢、住院时间长等缺陷^[2]。对于痔核间没有明显的分界环状混合痔,Milligan-Morgan 术如保留黏膜皮肤桥,就会影响痔手术的“彻底”性,造成术后肛缘皮垂形成或子痔残留;如切除肛管皮肤黏膜过多,又会延长创口愈合时间,导致不同程度的肛门狭窄,同时广泛的切除痔核本体,会破坏肛垫及齿状线的功能,从而影响肛门控便及精细控便功能^[3]。

现代医学^[4]认为痔是肛管血管垫的支持结构。由于血管丛及动静脉吻合支发生的一系列病理改变和/或异常移位,导致肛垫病理性肥大或脱垂,合并出血、痔核脱出、疼痛等症状。因此痔的最理想治疗方法是最大可能地保留肛垫组织并使

其复位,固定于原先的位置,最大限度地减少对肛管解剖及组织结构的损伤^[5]。PPH 手术,通过部分环形切除直肠下端黏膜及黏膜下组织,使得肛垫悬吊复位,在一定程度上缓解了出口梗阻,恢复直肠下端正常解剖结构,并通过阻断了痔上动脉对痔区的血供,逐渐萎缩术后痔体。和传统的 Milligan-Morgan 相比,PPH 术更符合肛门部解剖生理,甚至可作“一日手术”之用,具有以下特点^[6-7]:手术简单,术中出血很少,手术时间短,一般平均手术时间为 9 min,治疗痔引起的出血和环形内痔脱垂效果明显,术后肛门部疼痛轻恢复快。然而,必须掌握运用 PPH 的适应症^[8]:需要手法复位的脱垂痔(Ⅲ痔),患者无法自行复位但手术可复位的非复杂性痔(Ⅳ痔),可自行复位的选择性脱垂痔(Ⅱ痔)。

总之,与 Milligan-Morgan 术相比较,PPH 保留了肛垫,不损伤肛门括约肌,肛门部没有手术切口,术后肛门疼痛、水肿轻,最大限度地保留了肛垫的生理功能。因而 PPH 是一种安全有效、手术时间短、恢复快、疗效优越的微创手术。

(上接第 58 面)

文献^[8]报道,临床 X 射线胸片检查是诊断有机氟化物中毒极为有效的手段,对肺水肿的影像学主要征象和诊断,CT 和胸部平片并无差异,但通过上述的 CT 与 X 射线胸片对比,在潜伏期末,有部分重症患者已经开始出现胸闷气喘,但此时 X 线胸片仍表现为两肺纹理增多,而 CT 片已经出现显著异常,可见 X 线胸片的改变常较临床症状延迟,CT 的敏感性远高于胸片,甚至早于临床症状体征;在肺水肿期,CT 与胸片都有各自典型表现,但 CT 能更准确的反应病变肺区域的大小,借助 CT 上病变范围常能较准确地反映气体交换的异常和肺顺应性的改变,此外也能早发现、早处置重症患者的相关并发症,如纵膈气肿、皮下气肿、胸腔积液;在肺纤维化期,CT 也较 X 线胸片敏感,可清晰的观察肺纤维化及病灶的吸收程度,尤其是 HRCT(高分辨率 CT)。故相对 X 线胸片而言,CT 的优势在于:① 早期鉴别那些尚在潜伏期有可能进展为急性肺水肿的患者;② 早期发现肺水肿期可能出现的纵膈气肿、皮下气肿、胸腔积液等并发症;③ 更敏感观察肺纤维化及病灶的吸收程度,尤其是 HRCT。但作为常规检查

万方数据

参考文献

- [1] 中华医学会外科学分会直肠肛门外科学组, 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.
- [2] 孙化中, 连涛, 张睿. 吻合器痔上黏膜环切术治疗环状混合痔的临床观察[J]. 中国药物与临床, 2012, 12(5): 645.
- [3] 郭剑华. 痔的诊治体会(附 53 例报道)[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2010, 17(2): 113.
- [4] 杜如显, 王杉, 汪建平. 结肠与直肠外科学. 第 5 版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 155.
- [5] 黄俊明, 李铮宇, 邝永龙, 等. PPH 与 Milligan-Morgan 术式治疗环状混合痔的临床效果观察[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(12): 2349.
- [6] Singer M A, Cintron J R, Fleshman J W, et al. Early experience with stapled hemorrhoidectomy in the United States[J]. Dis Colon Rectum, 2002, 45(3): 360.
- [7] Tjandra J J, Chan M K. Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy)[J]. Dis Colon Rectum, 2007, 50(6): 878.
- [8] 杜如显, 王杉, 汪建平. 结肠与直肠外科学. 第 5 版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 194.

的胸片仍具有其独特的优势,除了价廉,便捷,普及外,动态复查床边 X 射线胸片同样有助于了解病情的演变,评判疗效,尤其是对于病情尚未稳定不宜搬运的危重患者更具价值。

参考文献

- [1] 中华人民共和国国家职业卫生标准. GBZ66-2002 职业性急性有机氟中毒诊断标准, 第 3 页.
- [2] 李光岩, 王大鸣, 李汝水. 有机氟气体中毒的肺部 X 线表现[J]. 中国厂矿医学, 2000, 13(4): 298.
- [3] 夏元洵. 化学物质毒性全书[M]. 上海科学技术文献出版社, 1991: 277.
- [4] 尤正千, 朱晓华, 李天女. 有机氟中毒性肺水肿的 CT 诊断价值[J]. 上海医学影像, 2006, 15(1): 34.
- [5] 张琳琳, 周树生, 孙自敏, 等. 急性光气中毒致皮下和/或纵膈气肿的治疗[J]. 中华急诊医学杂志, 2012, 21(7): 732.
- [6] 贾凌, 邵旦兵, 李百强, 等. 氟气中毒致纵膈气肿 2 例[J]. 中国急救医学杂志, 2009, 29(12): 1149.
- [7] Borak J, Diller W F. Phosgene exposure: mechanisms of injury and treatment strategies[J]. J Occup Environ Med, 2001, 43(2): 110.
- [8] 孙杰, 贾芸玲, 孙炳新. 急性有机氟化物损伤的临床救治体会[J]. 职业卫生与应急救援, 2006, 24(1): 51.