

吻合器痔上黏膜环形切除术对痔疮患者肛肠动力学指标及疼痛程度的影响

余东晓¹, 陈典升²

1 江西省鄱阳湖医院 (江西上饶 333100); 2 江西省九江市湖口县中医医院 (江西九江 332500)

〔摘要〕目的 分析吻合器痔上黏膜环形切除术(PPH)对痔疮患者肛肠动力学指标及疼痛程度的影响。方法 选取2017年1月至2022年12月医院收治的75例痔疮患者,根据随机数字表法分为对照组(37例)与试验组(38例),对照组采用常规手术治疗,试验组采用PPH治疗,比较两组治疗前后肛肠动力学(肛管静息压、肛管最大收缩压、直肠静息压)、日常生活活动能力量表(ADL)评分、视觉模拟评分法(VAS)评分、手术指标及并发症发生率(尿潴留、感染、直肠黏膜下血肿)。结果 治疗前,两组ADL、VAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后,试验组ADL评分高于对照组,VAS评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗前,两组肛肠动力学指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后,试验组直肠静息压高于对照组,肛管静息压、肛管最大收缩压低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,试验组术中出血量低于对照组,手术时间、住院时间短于对照组,术后3d肛门出血次数少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);试验组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 痔疮患者采用PPH治疗可降低术中出血量,缩短术后康复时间,改善肛肠动力学相关指标,减轻疼痛程度,提高术后生活质量。

〔关键词〕吻合器痔上黏膜环形切除术;痔疮;肛肠动力学指标;疼痛程度

〔中图分类号〕R657.18 **〔文献标识码〕**B **〔文章编号〕**1002-2376(2023)23-0-0

痔疮是一种常见的肛肠疾病,可发生于任何年龄段,发病率较高,早期并无明显症状,但随着疾病的发展,可导致患者出现便血、疼痛等症状,对其身心健康造成不良影响^[1-3]。以往临床采用开放式外剥内扎术治疗痔疮患者,虽治疗效果较好,但术后仍可出现严重程度不同的疼痛症状,延缓了肛肠功能恢复,不利于术后恢复^[4]。近年来,吻合器痔上黏膜环形切除术(circular resection of the superior mucosa of the stapler hemorrhoids, PPH)逐渐被广泛应用于临床,具有创伤小、术后康复快等优势,对症状典型且有明显痔核的患者治疗效果更理想^[5]。基于此,本研究主要探讨PPH对痔疮患者肛肠动力学指标及疼痛程度的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2017年1月至2022年12月医院收治的75例痔疮患者,根据随机数字表法分为对照组(37例)与试验组(38例)。对照组男21例,女

16例;年龄24~68岁,平均(46.39±2.39)岁;内痔20例,嵌顿痔8例,混合痔9例。试验组男23例,女15例;年龄22~69岁,平均(46.43±2.41)岁;内痔19例,嵌顿痔9例,混合痔10例。两组年龄等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准,所有患者均已了解研究相关内容并自愿加入。

纳入标准:所有患者均经临床症状、肛肠镜等的检查确定疾病病型;资料完整,能够积极配合临床治疗。**排除标准:**合并严重肝肾功能异常、凝血功能障碍、免疫功能障碍疾病;存在恶性肿瘤、肛门形态异常;存在手术治疗禁忌证;存在严重认知障碍,无法配合研究;合并其他肛肠疾病、肠梗阻;其他因素所致的便血与肛周疼痛症状;术前即已发生排便功能等肛管功能异常。

1.2 方法

对照组采取常规手术治疗。患者取侧卧位,常规硬膜麻醉后调整为膀胱截石位,常规消毒后扩张肛门,暴露痔核,切开肛缘与远端皮肤,剥离曲张

收稿日期:2023-03-29

静脉, 切除痔核后, 缝合直肠黏膜, 并用纱布覆盖止血。

试验组采取 PPH 治疗。患者取膀胱截石位, 扩张肛门, 暴露痔核, 牵引肛周皮肤, 将痔核置入环状肛管扩张器中, 切除痔核后进行镇痛处理, 缝合直肠黏膜, 将吻合器放置于荷包线上方位置, 打结缝线, 持线器穿过吻合器, 拉紧荷包缝线, 取出吻合器, 使用可吸收线缝合, 退出扩张器, 检查吻合环位置, 用纱布覆盖止血。

1.3 观察指标

(1) 疼痛程度: 分别于治疗前后采用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评估患者疼痛程度, 总分 10 分, 由患者根据主观感受评分, 评分越低表示疼痛程度越低。(2) 日常生活活动能力: 分别于治疗前后, 采用日常生活活动能力量表 (activities of daily living, ADL) 评估患者日常生活活动能力, 总分 100 分, 分数越高表示日常生活活动能力越好。(3) 肛肠动力学指标: 监测两组治疗前后肛肠动力学指标, 包括肛管静息压、肛管最大收缩压、直肠静息压。(4) 手术指标: 比较两组手术时间、术中出血量、住院时间、术后 3 d 肛门出血次数。(5) 并发症发生率: 包括尿潴留、感染、直肠黏膜下血肿。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 25.0 统计软件处理数据。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验。计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛程度与日常生活活动能力比较

治疗前, 两组 ADL、VAS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 试验组 ADL 评分高于对照组, VAS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组 VAS 与 ADL 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS 评分		ADL 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	38	7.35 ± 0.14	2.69 ± 0.15 ^a	62.89 ± 5.21	91.45 ± 3.23 ^a
对照组	37	7.33 ± 0.13	3.45 ± 0.12 ^a	63.06 ± 5.27	81.23 ± 6.15 ^a
t		0.641	24.189	0.141	9.044
P		0.534	0.001	0.889	0.001

注: 与治疗前比较, ^a $P < 0.05$; VAS 为视觉模拟评分法, ADL 为日常生活活动能力量表

2.2 两组肛肠动力学指标比较

治疗前, 两组肛肠动力学指标比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 试验组直肠静息压高于对照组, 肛管静息压、肛管最大收缩压低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组肛肠动力学指标比较 (mmHg, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肛管静息压		肛管最大收缩压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	38	75.28 ± 3.41	52.26 ± 2.61 ^a	154.26 ± 11.54	122.51 ± 7.16 ^a
对照组	37	75.31 ± 3.45	62.39 ± 3.47 ^a	156.31 ± 11.49	136.26 ± 10.28 ^a
t		0.038	14.313	0.771	6.737
P		0.970	0.001	0.443	0.001

组别	例数	直肠静息压	
		治疗前	治疗后
试验组	38	5.62 ± 0.23	9.85 ± 1.02 ^a
对照组	37	5.59 ± 0.25	8.04 ± 0.94 ^a
t		0.541	7.986
P		0.590	0.001

注: 与治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 1 mmHg=0.133 kPa

2.3 两组手术指标比较

治疗后, 试验组术中出血量低于对照组, 手术时间、住院时间短于对照组, 术后 3 d 肛门出血次数少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	住院时间 (d)	术后 3 d 肛门出血次数 (次/d)
试验组	38	29.62 ± 3.16	15.26 ± 2.15	5.22 ± 0.24	1.02 ± 0.11
对照组	37	50.27 ± 4.18	34.16 ± 2.88	7.15 ± 0.11	1.58 ± 0.13
t		24.176	32.263	44.564	20.159
P		0.001	0.001	0.001	0.001

2.4 两组并发症发生率比较

试验组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组并发症发生率比较 [例 (%)]

组别	例数	尿潴留	感染	直肠黏膜下血肿	总发生率
试验组	38	2 (5.3)	0 (0.00)	1 (2.6)	3 (7.9) ^a
对照组	37	4 (10.8)	2 (5.40)	2 (5.4)	8 (21.6)

注: 与对照组比较, $\chi^2=7.463$, ^a $P=0.006$

3 讨论

近年来, 受多种因素影响, 痔疮发病率呈上升趋势。痔疮常由于肛管或直肠下段的静脉丛充血或瘀血并肿大, 导致排便时出现出血、疼痛等症状, 早期虽无明显症状, 但随着病情进展会对患者的日常生活与排便功能等造成不利影响^[6]。因此, 临床需及时采取手术治疗^[7-8]。传统痔疮手术方式为开放式外剥内扎手术, 常用于治疗重度痔疮, 但对患者造成的损伤较大, 术后疼痛明显且住院时间与愈合时间较长, 术后可能出现瘢痕, 增加感染等并发症的发生率, 从而影响患者术后生活质量^[9]。另外, 由于传统手术治疗时需要切除肛垫进行治疗, 因此术后会发生不同程度的失禁现象, 对肛肠功能的恢复影响较大^[10]。

PPH 是用 PPH 吻合器将痔疮上方的直肠黏膜

脱垂带做环形切除, 切除范围为齿状线上方宽约 2 cm 的直肠黏膜与黏膜下层组织, 再吻合直肠黏膜, 使脱垂的肛垫向上悬吊回缩原位, 恢复肛管黏膜与肛门括约肌的生理解剖关系, 从而消除病灶, 达到预期治疗目标^[11]。

本研究结果显示, 治疗后, 试验组 ADL 评分、直肠静息压高于对照组, 肛管静息压、并发症发生率、肛管最大收缩压、术中出血量、VAS 评分均低于对照组, 手术时间、住院时间短于对照组, 术后 3 d 肛门出血次数少于对照组, 表明 PPH 手术治疗均较低及术后并发症发生率均较低, 可促进术后肛肠功能恢复, 提高生活质量, 疗效更为明显。研究显示, PPH 可保留肛垫, 避免损伤括约肌, 最大限度保留肛垫的生理功能, 避免术后出现大小便失禁, 促进肛肠功能恢复^[12]。PPH 手术中, 手术位置多在肛管齿状线上方, 因此能够明显减轻患者治疗后的疼痛程度。PPH 手术由于简化了缝线与手术方式, 手术时间短, 减少了术中暴露^[13]。PPH 还可同时切断直肠下静脉终末支, 减少痔核供血, 使痔核逐渐萎缩, 降低了手术出血量, 并减轻对病灶周围组织的损伤, 有利于改善肛肠功能^[14]。此外, PPH 手术过程中并不需要切除肛垫, 且切除痔疮后黏膜表面仍旧光滑, 创伤更小, 肛门位置大多并无创面, 术后瘢痕发生率更低, 对肛门功能的损伤较低, 使患者能够较快地恢复到日常生活中, 提高生活质量^[15-16]。大多数 PPH 术后患者在第 1 日均能正常排便, 且不需要特殊换药或熏洗治疗, 不仅可减轻手术损伤, 同时还能有效缩短术后康复时间^[17]。传统手术为预防肛门狭窄需切断括约肌, PPH 可避免损伤括约肌, 在减少术中出血的同时有效避免了术后肛门狭窄与大便失禁等并发症, 有利于提高术后生活质量^[18]。

综上所述, 采用 PPH 术式治疗痔疮患者, 可明显降低术中出血量, 改善肛肠动力学指标, 减轻疼痛程度, 缩短术后康复时间, 提高术后生活质量。

[参考文献]

[1] 钟瑜, 曾令斌. 吻合器痔上黏膜环切术联合痔切除术与开放式外剥内扎术治疗痔疮患者的临床效果 [J]. 医疗装备, 2022, 35(24): 19-22.

[2] 杨镛. 吻合器痔上黏膜环切术联合止痛如神汤对痔疮患者肛肠动力学指标及疼痛程度的影响 [J]. 医疗装备, 2022, 35(17): 89-90, 93.

[3] 蔡棣甜, 曾灿豪. 吻合器痔上黏膜环切术与传统痔疮切除术治疗痔疮的临床疗效对比 [J]. 基层医学论坛, 2022, 26(23): 26-28.

[4] 赖作有, 陈新财, 陈伟才, 等. 内镜下泡沫硬化剂注射 + 套扎术与吻合器痔上黏膜环切术治疗 II ~ III 期内痔的临床对比研究 [J]. 实用中西医结合临床, 2022, 22(12): 29-32.

[5] 丁宇锋. 吻合器痔上黏膜环切术与传统痔疮切除术治疗痔疮的临床效果对比 [J]. 中国冶金工业医学杂志, 2022, 39(2): 205-206.

[6] 李春明, 徐晓霞. 传统痔疮切除术与吻合器痔上黏膜环切术治疗痔疮的疗效和安全性对比评价 [J]. 黑龙江医药科学, 2022, 45(1): 191-192.

[7] 廖灵燕, 张亚芳, 陈向丽. 吻合器痔上黏膜环切术在环状混合痔治疗中的临床效果 [J]. 浙江创伤外科, 2021, 26(6): 1110-1112.

[8] 刘玮玮, 蒋厚记, 冯宏俊, 等. 吻合器痔上黏膜环切术与传统外剥内扎术治疗混合痔的疗效对比研究 [J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(17): 3388-3391.

[9] 吴茂松. 吻合器痔上黏膜环切术与外剥内扎术治疗环状混合痔的临床效果 [J]. 当代临床医刊, 2021, 34(4): 8, 13.

[10] 孙丽娜. 传统痔疮切除术与吻合器痔上黏膜环切术治疗痔疮的临床效果分析 [J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27(8): 65-66.

[11] 王译. 吻合器痔上黏膜环切术治疗对重度痔疮患者疼痛应激及肛肠动力学的影响 [J]. 中国社区医师, 2020, 36() 36: 56-57.

[12] 张勇, 徐红. 吻合器痔上黏膜环切术与传统痔疮切除术治疗痔疮的临床疗效对比分析 [J]. 中国社区医师, 2020, 36(30): 83-84.

[13] 王会岭. 吻合器痔上黏膜环切术与传统痔疮切除术治疗痔疮的疗效比较 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(19): 135-136.

[14] 叶竹平. 吻合器痔上黏膜环切术与传统痔疮切除术治疗痔疮的临床效果对比分析 [J]. 世界复合医学, 2020, 6(9): 92-94.

[15] 白闪闪. 吻合器痔上黏膜环切术对重度痔疮患者疼痛应激及肛肠动力学影响的临床观察 [J]. 临床研究, 2020, 28(9): 70-71.

[16] 李巍. 直肠黏膜套扎联合吻合器痔上黏膜环切术治疗直肠前突患者的研究 [J]. 黑龙江医药科学, 2020, 43(3): 65-66.

[17] 袁国立. 传统痔疮切除术与吻合器痔上黏膜环切术治疗痔疮效果比较 [J]. 白求恩医学杂志, 2019, 17(5): 509-510, 520.

[18] 王辉. 吻合器痔上黏膜环切术与传统痔疮切除术治疗痔疮的临床疗效对比研究 [J]. 心理月刊, 2019, 14(24): 213.