

超声引导下结扎方式对非环状混合痔的价值

毕见杰

秦皇岛市海港区海港镇卫生院 河北 秦皇岛 066000

摘要: **目的:** 研究分析超声引导下痔动脉结扎术、外剥内扎术对III~IV度非环状混合痔的临床应用价值。**方法:** 研究对象共计III~IV度非环状混合痔200例患者, 研究年限在2018年4月至2021年4月, 全部患者被均分为研究组和对照组, 分别接受超声引导下痔动脉结扎术和外剥内扎术治疗, 对两组患者的治疗情况进行观察比较。**结果:** 两组患者的治疗有效率无显著差异 ($P>0.05$), 平均手术时间、平均住院时间无显著差异 ($P>0.05$), 研究组创面愈合时间显著短于对照组, 远期并发症发生率显著高于对照组, 组间对比差异显著 ($p<0.05$)。**结论:** 对III~IV度非环状混合痔患者实施超声引导下痔动脉结扎术和外剥内扎术治疗均可以取得显著的临床疗效, 在超声引导下实施患者无需承受巨大的痛苦、术后恢复所需时间短, 不会出现严重并发症。其中外剥内扎术的远期疗效更为显著, 临床可以根据实际情况选择治疗手段。

关键词: 超声; 痔动脉结扎术; 外剥内扎术; 非环状混合痔; 临床应用价值

痔作为直肠下段黏膜和肛管皮肤下的静脉团, 发生原因主要是因为静脉丛血流瘀滞、扩张和屈曲所致^[1]。当痔疮进展到III、IV度时, 保守治疗难以取得预期的疗效, 所以常选择手术方式进行治疗^[2]。传统的外剥内扎术在临床上最为常用, 但治疗会对肛门正常的解剖结构造成破坏, 术后易并发肛门狭窄或失禁, 患者承受着巨大的痛苦, 术后愈合所需时间长。如在超声引导下实施手术, 可以显著减轻患者痛苦, 预防各种并发症^[3]。本文的研究内容即为超声引导下痔动脉结扎术、外剥内扎术对III~IV度非环状混合痔的临床应用价值。结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在这项研究中, 我院选择了III~IV度非环状混合痔200例患者, 全部患者中的男女比例为6:4, 平均年龄为(39.9±5.2)岁。随机分为两组, 使两组之间没有年龄或病程差异, 以便比较所获得的研究结果。全部入组患者对本次研究知情, 自愿参与, 为免后续出现纠纷, 双方提前在知情同意书上签字。患者未伴发肛门失禁及严重肝肾等重要脏器的疾病, 精神和神志均无异常。该研究是在医院伦理委员会的许可下正式启动的。

1.2 治疗方法

对照组接受外剥内扎术治疗, 研究组接受痔动脉结扎术治疗, 具体如下。

1.2.1 对照组

术前1日为患者进行生理盐水灌肠。手术在局麻状态下完成, 手术时协助患者取截石位, 对肛周和会阴部皮肤使用碘伏进行常规消毒。麻醉起效后, 在外痔突出部位做放射状

“V”型切口, 沿基底部对外痔组织和静脉丛到齿状线上部的内痔部分进行剥离, 使用大弯止血钳将内痔基底部夹紧, 在基底部进行“8”字贯穿缝扎, 将结扎线下0.5cm处的残留痔核切除, 创面外敷凡士林油纱条, 并使用无菌纱布进行包扎。如该混合痔患者存在多个痔核, 需要进行分段齿形结扎, 皮桥和黏膜桥注意不要损伤。

1.2.2 研究组

术前1日为患者进行生理盐水灌肠。手术在局麻状态下完成, 手术时协助患者取截石位, 对肛周和会阴部皮肤使用碘伏进行常规消毒。麻醉起效后, 缓慢对肛门进行扩张, 扩张至3~4指, 向肛管内置入ASK-100型超声多普勒痔动脉诊断仪超声探头, 放置在齿状线上2~3cm处, 对肛门镜进行顺时针旋转, 在超声多普勒诊断仪的引导下确认痔动脉的位置, 对混合痔的供血动脉进行定位, 使用0.5%碘伏对肛门镜内的手术操作窗进行消毒, 在该窗内“8”字缝合痔动脉, 缝合时的进针深度依据诊断仪对痔动脉定位的深度而定, 使用推针器打紧结扎。全部痔动脉均结扎完成后对肛门镜再次进行旋转, 对结扎效果进行检测, 如存在动脉声波, 需要重新做动脉结扎缝合, 当完全没有信号声波时, 证明成功结扎, 可以将诊断仪和肛门镜退出。

1.3 观察项目和指标

1.3.1 治疗有效率评价标准

显效: 便血、脱垂等不良症状完全消失, 未见痔核。

有效: 便血、脱垂等不良症状较治疗前有所好转, 痔核体积有所减小。

无效: 未达上述标准者。

1.3.2 手术指标观察内容

手术时间、住院时间和创面愈合时间, 半年后观察两组

患者并发症发生情况：感染、尿潴留和术后出血。

1.4 统计学方法

针对本次研究中涉及到的数据信息均采用SPSS20.0统计学软件进行分析和处理。

2 结果

两组患者在治疗有效率上的比较，具体见表1。

表1 两组治疗有效率比较 (n, %)

组别	显效	有效	无效	有效率
研究组 (n=100)	90	5	5	95.0 (95/100)
对照组 (n=100)	89	4	7	93.0% (93/100)
χ^2				0.524
P				P>0.05

两组患者在手术指标上的比较，具体见表2。

表2 两组手术指标比较比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (min)	住院时间 (d)	创面愈合时间 (d)
研究组 (n=100)	23.48±6.14	3.38±1.56	4.52±0.13
对照组 (n=100)	25.45±6.16	6.86±0.62	11.57±5.11
t	0.174	0.358	8.527
P	>0.05	>0.05	<0.05

两组患者在并发症发生率上的比较，具体见表3。

表3 两组并发症发生率比较(n, %)

组别	尿潴留	肛门狭窄	继发性出血	肛门坠胀感	复发	发生率
研究组 (n=100)	7	5	2	4	3	21.0% (95/100)
对照组 (n=100)	13	8	5	9	0	35.0% (35/100)
χ^2						8.541
P						P<0.05

3 讨论

肛垫学说认为，痔疮的发生主要是因为各种原因导致肛垫出现了病理学肥大、下垂或下移加之肛周皮下静脉血管从淤

血形成了静脉团块。影响肛垫下移的原因包括肛垫平滑肌退行性变、松弛或断裂，所以临床在进行治疗时需要肛垫进行保护，使移位的肛垫恢复、改善病理性肥大。III-IV度内痔或非环状混合痔的病理性肛垫难以恢复，且因为常伴发排便困难和直肠黏膜内脱垂，所以在进行治疗时有较高的难度^[4]。传统的外剥内扎术治疗虽然可以对病理性肛垫肥大进行有效治疗，且在“V”型切口治疗下可以将外痔彻底剥除，但治疗同时会对肌管、黏膜或括约肌神经造成损伤，诱发肛门括约肌舒张-收缩功能异常，出现肛门狭窄，且术后患者需要承受较大痛苦、术后创面愈合所需时间较长，术后极易并发感染。

痔动脉结扎术是在超声引导下定位痔动脉后进行结扎，治疗原理为：(1)对病理性肛垫的持续性进行阻断，在阻断痔动脉血流后，痔核无法获得充足血供，不影响痔静脉回流，痔组织在脱垂后不断萎缩，从而不再出现出血和疼痛等不良症状。(2)线结的无菌性炎症可以纤维化局部痔核组织，黏连固定黏膜和黏膜下层，发挥悬吊效果，避免痔核脱出^[5]。同时，手术可以直接在肌层缝合固定直肠黏膜和痔上动脉，对肛垫的下移有阻断效果。痔动脉结扎术和外剥内扎术的区别在于对肛垫组织不会造成破坏，只对痔动脉进行结扎，肛管和肛周具有丰富的感觉神经，手术治疗不会在此处制造创面，所以术后肛门疼痛和不适更轻，术后更不易发生肛门狭窄和失禁^[6]。这样术后恢复所需时间更短，住院无需太长时间。但临床在实际选择手术方式时需要注意，痔动脉结扎术只结扎痔上动脉，对于Treitz肌断裂或松弛所致的肛垫下移或脱垂没有做处理，只依赖缝扎直肠壁起到痔的悬吊效果，所以多用于治疗II期、III内痔。而严重脱出的IV期内痔和IV期以内痔为主的非环形混合痔在行单纯痔动脉结扎术治疗时难以取得显著的临床疗效。

综上所述：对III~IV度非环状混合痔患者实施超声引导下痔动脉结扎术和外剥内扎术治疗均可以取得显著的临床疗效，在超声引导下实施患者无需承受巨大的痛苦、术后恢复所需时间短，不会出现严重并发症。其中外剥内扎术的远期疗效更为显著，临床可以根据实际情况选择治疗手段。

参考文献：

- [1]王林泉,赵旭东,张允东,崔超越.痔上黏膜环切吻合术与超声引导下痔动脉结扎术治疗混合痔的效果比较[J].临床医学研究与实践,2020,5(15):48-50.
- [2]信学礼,宋德余,赵斌,姚洪亮,李云,孙伟,刘继攀,王成君.吻合器痔上黏膜环切术联合多普勒超声引导下痔动脉结扎术治疗重度混合痔临床效果观察[J].临床军医杂志,2020,48(04):386-389.
- [3]信学礼,宋德余,赵斌,姚洪亮,王成君,刘佳.吻合器痔上黏膜环切术联合多普勒超声引导下痔动脉结扎术治疗混合痔的临床研究[J].海军医学杂志,2020,41(01):89-91.
- [4]姚飞,陈振伟,胡毕文,凌怡庭,邱敏,曹晨曦.吻合器痔上黏膜环切术与超声引导下痔动脉结扎术治疗III度混合痔的临床效果比较[J].嘉兴学院学报,2019,31(06):118-121.
- [5]张管平,叶婷,夏虎平.多普勒超声引导下痔动脉结扎术加外剥内扎术与TST治疗老年混合痔的临床疗效比较[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(04):402-404.

作者简介：毕见杰，汉族，男，1987.9.12，山东省荣城市，本科，中级主治医师，研究方向：普通外科。