

# 外剥内扎术联合肛门修整术对复杂性混合痔的临床分析

陈静思<sup>1,2</sup> 向世强<sup>1</sup> (通讯作者)

(1 武汉科技大学医学院 湖北武汉 430070; 2 天门市第一人民医院 湖北天门 431700)

**摘要:** 目的: 外剥内扎术+肛门修整术对复杂性混合痔的临床分析。方法: 选择我院(2021年1月~2022年1月)住院治疗的86例复杂性混合痔患者, 依据随机数字表法分组: 对照组(n=43)、观察组(n=43), 对照组: 外剥内扎术, 观察组: 外剥内扎术+肛门修整术, 对比两组临床疗效, 手术情况(手术时间、创面愈合时间、住院天数), 术后不同时间点疼痛程度(VAS), 术后排尿、排便情况, 术后出血、肛门坠胀、肛缘水肿情况, 并发症发生率及复发情况。结果: 术后, 两组治疗总有效率比较(P>0.05), 但观察组数值稍高; 相较于对照组, 观察组手术时间更长, 创面愈合时间及住院天数更短(P<0.05); 术后1d、3d, 观察组VAS评分较对照组均更低(P<0.05), 术后7d两组VAS评分比较(P>0.05); 术后, 观察组排尿、排便情况较对照组更优(P<0.05); 术后, 观察组术后出血、肛门坠胀、肛缘水肿评分较对照组均更低(P<0.05); 术后, 观察组并发症发生率及复发率较对照组均更低(P<0.05)。结论: 对复杂性混合痔患者采用外剥内扎术+肛门修整术治疗效果显著, 可减轻疼痛程度, 促进排尿及排便正常, 促进创面愈合, 改善术后出血, 缓解肛门坠胀及肛缘水肿症状, 且并发症少, 复发率低。

**关键词:** 外剥内扎术; 肛门修整术; 复杂性混合痔; 肛门坠胀; 肛缘水肿

痔病为一种十分常见且最多发的直肠肛管良性疾病, 该病在我国肛门直肠疾病中发病率高达80.60%。近些年来, 随着我国环境污染的加重, 人们生活方式、饮食结构逐渐发生变化, 导致肛肠疾病发病率逐渐呈上升趋势, 且大多数为痔疮<sup>[1]</sup>。痔疮根据发生部位的不同可分为内痔、外痔、混合痔等, 混合痔兼具了内痔与外痔的体征症状, 而复杂性混合痔是指含有2个及以上点位的混合痔, 发病机制复杂, 治疗难度大, 常规保守疗法疗效差强人意<sup>[2]</sup>。外剥内扎术为治疗此病的有效手段, 可取得一定疗效, 但术中剥离、结扎等操作极易对患者造成创伤, 增加术后并发症发生风险, 影响预后<sup>[3-4]</sup>。肛门修整术可遵循痔核的自然形态与纹理, 确保术后肛门形态及功能完整, 促进术后恢复。但目前, 临床关于外剥内扎术+肛门修整术治疗复杂性混合痔的临床疗效报道鲜见, 基于此, 本文选择我院(2021年1月~2022年1月)86例患者, 展开以下报道。

## 1 一般资料与方法

### 1.1 一般资料

选择我院(2021年1月~2022年1月)住院治疗的86例复杂性混合痔患者, 依据随机数字表法分组: 对照组(n=43)、观察组(n=43), 对照组: 男性23例、女性20例, 平均年龄(45.11±3.03)岁, 平均病程(10.45±1.87)年; 观察组: 男性24例、女性19例, 平均年龄(44.39±2.17)岁, 平均病程(11.21±2.11)年; 两组患者临床资料具有同质性(P>0.05)。

**诊断标准:** 参考《肛肠疾病诊治指南》<sup>[5]</sup>, 结合临床表现、行肛管直肠指检、肛门镜检等确诊。

**纳入标准:** 明确确诊; 痔核数≥5个, 存在手术指征; 患者及其家属遵循知情同意原则、主动参与。

**排除标准:** 有心理疾患、沟通障碍; 有肛门疾病手术史、肛门形态学改变、功能异常; 有肛周脓肿、肛门坠胀、肛瘘等其他肛肠疾病; 合并占位性病变、重要脏器功能衰竭; 凝血功能障碍; 合并消化系统疾病。

### 1.2 方法

**对照组:** 外剥内扎术: 术前行常规检查, 禁食禁水6h。取右侧卧位, 连接多功能心电监护仪, 监测生命体征, 行椎管内麻醉, 麻醉起效后, 对肛管皮肤末段、直肠黏膜进行消毒, 确定痔核点状分布情况, 指扩肛门, 使痔核完全暴露, 选择外痔边缘作“V”形切口, 应用血管钳将皮瓣上提, 使用剪刀对痔核静脉丛进行剥离, 至齿状线, 保护肛管皮肤的同时尽可能的将静脉丛切除, 使用弯血管钳、将外痔残端、内痔基底部钳起, 应用圆针、7号线缝合并结扎, 若钳夹内痔较大, 于血管钳中部行“8”字缝扎, 尽量使各结扎点不在同一平面, 将结扎残端、外痔部剪除, 肛缘切口呈放射状, 之后以同样方法处理其它痔核。术后, 确保无出血、肛管狭窄等情

况, 行常规消毒、止血、包扎及固定。

**观察组:** 外剥内扎术+肛门修整术。(1)外剥内扎术操作方法同于对照组。(2)肛门修整术: ①内外痔分布不对称: 首先, 常规剥离内痔对应点的外痔, 再结扎内痔, 于肛缘线稍外侧、对非对称点的外痔进行横向切除, 用5-0可吸收线横向间断式缝合, 确保肛管平整性、缝合张力适度。②内痔分开外痔联体: 于肛缘线稍外侧内痔分界线的正下方, 将外痔联体处纵向剪开, 以5-0可吸收线缝合, 并将联体外痔部向两侧水平剪开, 行间断式缝合, 将联体外痔分开后行外剥内扎术。③外痔分开内痔联体: 在外痔分界线的上方, 将内痔联体处纵向切开, 以3-0可吸收线横向间断式缝合, 将联体内痔分开后行外剥内扎术。④巨大混合痔: 在内痔隆起部对应的外痔位置作“V”形切口, 将皮下曲张的静脉团、向两侧潜行剥离, 至齿线处, 钳夹内痔基底部, 应用圆针、7号线行“8”字缝扎, 若外痔剥脱、皮桥平整, 以5-0可吸收线缝合皮桥下、深面组织, 若有结缔组织外痔, 依照“①”法将多余组织横向切除。术后行常规抗感染、止血、排便、饮食处理。

### 1.3 观察指标

(1)临床疗效。总有效率判定标准: 痊愈: 患者痔脱出、出血等症状消失, 随访无复发; 显效: 患者症状明显改善, 随访有部分皮赘; 有效: 患者症状有改善, 随访期间有复发病例; 无效: 患者痔脱出、出血等症状未见改善, 甚至加重。总有效率=1-无效率<sup>[6]</sup>。

(2)手术情况: 统计两组手术开始至结束的时间、术后第1d至创面完全上皮化所需的时间及住院的总天数。

(3)术后不同时间点疼痛程度: 于术后1、3、7d, 采用视觉模拟评分法(VAS), 划一条长为10cm横线, 0无痛, 10剧烈疼痛, 依据患者自身感受标记, 分值越高, 疼痛越重<sup>[7]</sup>。

(4)术后排尿、排便情况: ①对患者术后当日排尿是否自解、通畅进行观察; 若排尿自解且通畅为1级; 若排尿自解、欠通畅为2级; 排尿数小时未解、经诱导后解出为3级; 膀胱充盈但需留置导尿为4级。②观察组术后当日排便情况; 若自然排便且通畅为1级; 若自然排便、欠通畅为2级; 排便困难需用药为3级; 排便困难、灌肠后协助排便为4级。

(5)术后出血、肛门坠胀、肛缘水肿情况: ①出血: 若无出血记0分, 便后少量出血记2分, 便时滴血需用药记4分, 出血多需缝扎止血记6分。②肛门坠胀: 无坠胀感记0分, 轻度坠胀记1分, 中度坠胀感记2分, 重度坠胀感记3分。③肛缘水肿: 无水肿0分, 水肿范围<1/4肛周面积记1分, 水肿范围为肛周面积的1/4~1/2记2分, 水肿范围>1/2肛周面积记3分<sup>[8]</sup>。

(6)并发症发生率及复发情况。并发症发生率=水肿发生率+肛门狭窄发生率+出血发生率+疼痛发生率。持续对患者进行1年随

访观察, 统计复发病例。

1.4 统计学分析

以 SPSS22.0 统计学分析研究数据, 计数资料以[n(%)]表示,  $\chi^2$  检验, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 正态分布变量以 t 检验, 否则秩和检验, 检验水准  $\alpha=0.05$  ( $P < 0.05$ )。

2 结果

2.1 治疗效果

术后, 两组治疗总有效率比较 ( $P > 0.05$ ), 但观察组数值稍高。

见表 1:

表 1 对比两组治疗效果[n (%) ]

| 组别         | 治愈        | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效率      |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 对照组 (n=43) | 13(30.23) | 10(23.26) | 8(18.6)   | 12(27.91) | 31(72.09) |
| 观察组 (n=43) | 16(37.21) | 12(27.91) | 10(23.26) | 5(11.63)  | 38(88.37) |
| $\chi^2$ 值 | -         | -         | -         | -         | 3.592     |
| P 值        | -         | -         | -         | -         | 0.058     |

2.2 手术情况

相较于对照组, 观察组手术时间更长, 创面愈合时间及住院天数更短 ( $P < 0.05$ )。见表 2:

表 2 比较两组手术情况[ ( $\bar{x} \pm s$ ) ]

| 组别         | 手术时间 (min)   | 创面愈合时间 (d)   | 住院天数 (d)     |
|------------|--------------|--------------|--------------|
| 对照组 (n=43) | 45.53 ± 5.21 | 10.81 ± 2.25 | 27.31 ± 3.15 |
| 观察组 (n=43) | 50.25 ± 7.19 | 7.43 ± 1.27  | 25.20 ± 2.11 |
| t 值        | 3.486        | 8.579        | 3.649        |
| P 值        | 0.001        | 0.000        | 0.000        |

2.3 术后不同时间点疼痛程度

术后 1d、3d, 观察组 VAS 评分较对照组均更低 ( $P < 0.05$ ), 术后 7d 两组 VAS 评分比较 ( $P > 0.05$ )。见表 3:

表 3 比较两组术后不同时间点疼痛程度[ ( $\bar{x} \pm s$ ) ]

| 组别         | VAS 评分 (分)  |             |             |
|------------|-------------|-------------|-------------|
|            | 术后 1d       | 术后 3d       | 术后 7d       |
| 对照组 (n=43) | 5.33 ± 2.19 | 4.21 ± 1.47 | 2.33 ± 1.01 |
| 观察组 (n=43) | 4.10 ± 2.05 | 3.19 ± 1.35 | 2.10 ± 0.89 |
| t 值        | 2.689       | 3.351       | 1.120       |
| P 值        | 0.009       | 0.001       | 0.266       |

2.4 术后排尿、排便情况

术后, 观察组排尿、排便情况较对照组更优 ( $P < 0.05$ )。见表 4:

表 4 比较两组术后排尿、排便情况[n (%) ]

| 组别         | 术后排尿情况    |           |         |         | 术后排便情况    |           |          |         |
|------------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|-----------|----------|---------|
|            | 1 级       | 2 级       | 3 级     | 4 级     | 1 级       | 2 级       | 3 级      | 4 级     |
| 对照组 (n=43) | 20(46.51) | 11(25.58) | 8(18.6) | 4(9.3)  | 22(51.16) | 11(25.58) | 9(20.93) | 1(2.33) |
| 观察组 (n=43) | 26(60.47) | 15(34.88) | 2(4.65) | 0(0.00) | 29(67.44) | 13(30.23) | 1(2.33)  | 0(0.00) |
| Z 值        | -2.025    |           |         |         | -2.074    |           |          |         |
| P 值        | 0.043     |           |         |         | 0.038     |           |          |         |

2.5 术后出血、肛门坠胀、肛缘水肿情况

术后, 观察组术后出血、肛门坠胀、肛缘水肿评分较对照组均更低 ( $P < 0.05$ )。见表 5:

表 5 比较两组术后出血、肛门坠胀、肛缘水肿情况[ ( $\bar{x} \pm s$ ) ]

| 组别         | 术后出血评分 (分)  | 肛门坠胀评分 (分)  | 肛缘水肿 (分)    |
|------------|-------------|-------------|-------------|
| 对照组 (n=43) | 2.21 ± 0.51 | 1.69 ± 0.21 | 1.89 ± 0.20 |
| 观察组 (n=43) | 1.47 ± 0.31 | 1.31 ± 0.15 | 1.35 ± 0.17 |
| t 值        | 8.131       | 9.656       | 13.490      |
| P 值        | 0.000       | 0.000       | 0.000       |

2.6 并发症发生率及复发情况

术后, 观察组并发症发生率及复发率较对照组均更低 ( $P < 0.05$ )。见表 6:

表 6 比较两组并发症发生率及复发情况[n (%) ]

| 组别         | 水肿      | 肛门狭窄    | 出血      | 疼痛      | 总发生率      | 复发率      |
|------------|---------|---------|---------|---------|-----------|----------|
| 对照组 (n=43) | 4(9.3)  | 2(4.65) | 2(4.65) | 3(6.98) | 11(25.58) | 9(20.93) |
| 观察组 (n=43) | 1(2.33) | 0(0.00) | 1(2.33) | 1(2.33) | 3(6.99)   | 1(2.33)  |
| $\chi^2$ 值 | -       | -       | -       | -       | 5.460     | 7.242    |
| P 值        | -       | -       | -       | -       | 0.019     | 0.007    |

3 讨论

2021 年《中国痔疮地图》显示, 湖南、广东、青海、贵州、黑龙江、北京等地区的痔疮发生率分别高达 76.64%、67.42%、63.73%、61.54%、59.17%、55.01%, 可见我国痔疮发病率较高。外剥内扎术操作简单、复发率低, 可作为复杂性混合痔患者的理想术式<sup>[9-11]</sup>。如鲁振峰等<sup>[12]</sup>人研究指出, 外剥内扎术通过剥离剔除外痔, 依靠创面生长愈合达到治愈外痔的目的, 通过线圈结扎阻断内痔的血供, 可使内痔痔核缺血、坏死及脱落, 促使创面形成疤痕, 达到治疗痔的效果。但值得注意的是, 该手术在切除痔核的同时还会切除部分肛管皮肤, 导致肛门疼痛、肛缘水肿、肛门狭窄等一系列问题<sup>[13]</sup>。

本文研究结果表明, 术后, 观察组总有效率数值较对照组稍高, 观察组手术时间更长, 但创面愈合时间及住院天数更短 ( $P < 0.05$ ); 认为外剥内扎术+肛缘修整术虽可延长手术时间, 但患者创面愈合更快, 手术效果更好, 可缩短住院时间, 促进早期康复。主要是因为, 联合手术可通过合理设计、缝合切口, 缩小组织剥离范围, 通过间断式缝合、缝合固定等, 可减少创面出血的程度, 促进创面早日愈合。术后结扎痔核的基底小, 可有效保留皮桥, 防止术后创面渗血, 缩短创面愈合时间及住院天数, 效果更好。

本文数据显示, 术后 1d、3d, 观察组 VAS 评分更低, 术后出血、肛门坠胀、肛缘水肿评分更低, 排尿、排便情况较对照组更优 ( $P < 0.05$ ); 提示联合手术可促进患者排尿、排便, 改善肛门情况。分析原因: 联合手术可改善患者肛门的平整度, 维持肛门局部的平滑平坦, 从而可减轻疼痛程度。且联合肛缘修整术, 有助于维持患者原有的肛门生理功能, 促进肛门括约肌协调能力的改善, 使排便反射异常的情况得以恢复, 进而可促进排尿、排便正常。于外剥内扎术的基础上, 应用肛缘修整术可保护肛门形态, 减轻损伤, 避免出血、肛缘水肿、坠胀感等症状。研究还发现, 观察组并发症发生率及复发率更低; 是因为肛缘修整术通过合理的修剪、缝合等, 可保护肛管、肛周皮肤组织, 保护解剖完整性, 减少出血、水肿等并发症; 通过合理结扎, 可避免痔核结扎线滑脱, 降低复发风险<sup>[14-15]</sup>。

综上所述, 外剥内扎术+肛缘修整术治疗复杂性混合痔效果明显, 还可改善肛门形态, 减轻术后疼痛、水肿程度, 促进排尿、排便正常, 缩短住院天数, 促进创面愈合, 且并发症少, 复发率低, 有推广价值。

参考文献:

- [1]陈龔, 张少军, 闵丽, 等. 外剥内扎联合弧形皮内连续缝合术治疗环状混合痔临床观察[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2019, 25(4):478-481.
- [2]刘超, 王锐, 王振彪, 等. 吻合器痔上黏膜环切术联合外剥内扎手术治疗 III-IV 度环状混合痔的疗效及对患者肛门功能的影响[J]. 现代生物医学进展, 2019, 19(6):1083-1086,1118.
- [3]赵文俊, 汪庆明, 胡峻, 等. 痔上黏膜缝扎结合内扎外剥术治疗环状重度脱垂性混合痔的临床观察[J]. 上海中医药大学学报, 2020, 34(2):37-40.
- [4]王亚春. 吻合器痔上黏膜环切术联合外剥内扎术治疗老年人环形混合痔患者的疗效及安全性分析[J]. 中国药物与临床, 2019,

(下转第 11 页)

(上接第6页)

19(23):4153-4155.

[5]祝颂, 白克运. 肛肠疾病诊治指南[M]. 山东科学技术出版社, 2009:156-168.

[6]杜文武, 张亚锋, 刘晰, 等. RPH, 外剥内扎术联合肛垫悬吊及皮桥整形治疗中老年女性脱垂性环状痔的临床观察[J]. 中国现代医学杂志, 2021, 31(12):92-96.

[7]许旭峰, 刘良东, 黄丽娟, 等. 外剥内扎术联合痔结扎术治疗环状混合痔的疗效研究[J]. 局解手术学杂志, 2021, 30(1):32-35.

[8]宋小平, 陈显韬, 闫晓春. 改良外剥内扎术治疗环状混合痔的临床疗效观察[J]. 中国现代医学杂志, 2020, 30(8):105-109.

[9]李廷江, 田洋平, 杨勇军. 改良痔外剥内扎术治疗环状混合痔的临床效果观察[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2020, 27(8):980-984.

[10]周丽, 蔺娜. RPH 结合外剥内扎术在重度混合痔患者中的实施效果及对疗效与安全性的影响研究[J]. 重庆医学, 2021, 50(S1):118-120.

[11]白波. 选择性痔上黏膜吻合术联合外剥内扎术治疗混合痔临床疗效[J]. 临床军医杂志, 2019, 47(11):1190-1192, 1196.

[12]鲁振锋, 张秀峰, 沈忠, 等. 外剥内扎术联合荷包缝合术治

疗Ⅲ、Ⅳ度混合痔的临床效果分析[J]. 中华全科医学, 2019, 17(4):574-576, 604.

[13]赵强, 康进, 陈朝晖, 等. 纵切横缝加选择性内括约肌切除术预防环状混合痔术后肛门狭窄的临床观察[J]. 成都医学院学报, 2021, 16(1):57-60.

[14] Huang H, Gu Y, Ji L, et al. A NEW MIXED SURGICAL TREATMENT FOR GRADES III AND IV HEMORRHOIDS: MODIFIED SELECTIVE HEMORRHOIDECTOMY COMBINED WITH COMPLETE ANAL EPITHELIAL RETENTION [J]. Arq Bras Cir Dig, 2021, 34(2):e1594.

[15] Jia XQ, Cao WW, Quan LF, et al. Effect of High Suspension and Low Incision Surgery Based on Traditional Ligation of Chinese Medicine in Treatment of Mixed Haemorrhoids: A Multi-centre, Randomized, Single-Blind, Non-inferiority Clinical Trial [J]. Chin J Integr Med, 2021, 27(9):649-655.

作者简介: 陈静思(1987年10月-)男, 土家族, 主治医师, 就职于天门市第一人民医院肛肠科

通讯作者: 向世强(1972年11月-), 男, 湖北武汉人, 硕士研究生, 副教授, 主要从事肿瘤热疗的基础研究工作