

- hyperglycaemia[J]. *Lancet*, 2009, 373(9677):1798.
- [3] 饶俊平. 高血压脑出血应激性高血糖与病人预后的相关性研究[J]. *中国医学创新*, 2011, 8(8):142.
- [4] OSTERGAARD L, AAMAND R, KARABEGOVIC S, *et al.* The role of the microcirculation in delayed cerebral ischemia and chronic degenerative changes after subarachnoid hemorrhage[J]. *J Cereb Blood Flow Metab*, 2013, 33(12):1825.
- [5] HUTTNER HB, KIPHUTH IC, TEUBER L, *et al.* Neuroendocrine changes in patients with spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage[J]. *Neurocritical Care*, 2013, 18(1):39.
- [6] 程谦, 方好, 易智峰, 等. 高血压性脑出血后脑积水 23 例临床分析[J]. *神经损伤与功能重建*, 2013, 8(3):229.
- [7] 院立新, 陈澈, 张根明, 等. 活血化痰治疗对脑出血病人预后的影响[J]. *中国中西医结合杂志*, 2015, 35(2):174.
- [8] MISHIRO K, IMAI T, SUGITANI S, *et al.* Diabetes mellitus aggravates hemorrhagic transformation after ischemic stroke via mitochondrial defects leading to endothelial apoptosis[J]. *PLoS One*, 2014, 9(8):e103818.
- [9] YAN T, CHOPP M, CHEN J. Experimental animal models and inflammatory cellular changes in cerebral ischemic and hemorrhagic stroke[J]. *Neurosci Bull*, 2015, 31(6):717.
- [10] SUEIMAN M, HAMMREMAN H, BOULOS M, *et al.* Fasting glucose is an important independent risk factor for 30-day mortality in patients with acute myocardial infarction: a prospective study[J]. *Circulation*, 2005, 111(6):754.
- [11] 谢丹, 叶亦平, 闵国清. 脑出血病人血糖水平变化的观察研究[J]. *黑龙江医药*, 2014, 27(5):1156.
- [12] 周利彬, 张乃鹂. 糖尿病脑出血病人早期血糖不稳定指数对其病死率的影响[J]. *山西医药杂志*, 2015, 44(10):1148.
- [13] DUBOSE JJ, NOMOTO S, HIGGS L, *et al.* Nursing involvement improves compliance with tight blood glucose control in the trauma ICU: a prospective observational study[J]. *Intensive Crit Care Nursing*, 2009, 25(2):101.
- [14] 李静. 高血压脑出血合并应激性高血糖的治疗与护理分析[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2012, 15(10):87.
- [15] 艾艳萍, 丁涛. 急性脑出血后应激性高血糖与预后的关系[J]. *中国当代医学*, 2011, 18(3):154.

(本文编辑 刘璐)

[文章编号] 1000-2200(2017)11-1532-03

· 临床医学 ·

超声刀联合加皮桥横向转移治疗环状混合痔的疗效观察

齐保聚, 刘文庆, 任连伟

[摘要] **目的:** 研究超声刀联合皮桥横向转移治疗环状混合痔的临床疗效。 **方法:** 选取环状混合痔病人 96 例, 随机分为观察组与对照组, 各 48 例。对照组应用传统外剥内扎术, 观察组应用超声刀联合皮桥横向转移手术方法。观察 2 组病人治疗效果、并发症情况, 并对比 2 组手术时间、术中出血量、愈合时间等手术指标; 术后 6 个月随访对比 2 组复发情况。 **结果:** 观察组治愈 47 例, 好转 1 例; 对照组治愈 41 例, 好转 6 例, 无效 1 例; 观察组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。观察组半年内复发率 2.13%, 与对照组 10.42% 比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组 I 度水肿、II 度水肿、排便障碍和皮赘残留发生率分别为 8.33%、6.25%、4.17% 和 8.33%, 均明显低于对照组的 35.42%、29.17%、22.92% 和 33.33% ($P < 0.01$); 2 组均无肛门狭窄, 疼痛发生率差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组术中出血量 (9.42 ± 1.75) mL, 愈合时间 (16.74 ± 3.46) d, 均明显低于对照组的 (44.02 ± 8.77) mL 和 (22.61 ± 2.38) d ($P < 0.01$)。 **结论:** 超声刀联合皮桥横向转移治疗环状混合痔, 较传统外剥内扎术可有效提高治愈率, 改善术后水肿、排尿障碍、皮赘残留等并发症, 同时术中出血量少、愈合较快。

[关键词] 痔; 超声刀; 皮桥横向转移**[中图分类号]** R 657.18**[文献标志码]** A**DOI:** 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.11.031

痔是临床常见病、多发病, 患病率约占总人口数的 40%, 约占肛门直肠疾病的 87.25%^[1]。混合痔是指痔位于齿状线上下, 表面被肛管皮肤与直肠黏膜共同覆盖, 如混合痔围绕直肠肛管 1 周, 呈梅花状环形围绕, 则为环状混合痔, 是痔病发展的最终阶段。近十多年来, 临床对痔的认识与治疗方法均取得了长足的进步。但对于混合痔, 尤其是环状混合

痔等的治疗仍未有较为满意的疗法。应用何种术式可较完整地保护肛门功能与形态, 同时彻底去除痔核是临床关注的重点。本文就超声刀联合皮桥横向转移术治疗环状混合痔的临床疗效作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2016 年 1 月间入院诊治的环状混合痔病人 96 例, 所有病人均符合中华医学会外科学分会肛肠外科学组等制定的《痔临床诊治指南(2006 年版)》中环状混合痔的诊断标准^[2], 同时在院内确诊为 II ~ IV 度环状混合

[收稿日期] 2016-05-04

[基金项目] 首都卫生发展科研专项(首发 2014-3-7025)

[作者单位] 北京市大兴区人民医院 肛肠科, 102600

[作者简介] 齐保聚(1980-), 男, 博士, 主治医师。

痔、需住院行手术治疗的病人。排除标准:妊娠及哺乳期妇女;合并心脑血管、肝肾等脏器器质性病变;合并造血系统异常;经肠镜检查合并肿瘤、息肉、感染性疾病;智力或精神障碍,无法配合此次研究。所有病人均知情同意并签署知情同意书。将病人随机分为观察组与对照组,各48例。观察组男22例,女26例;年龄25~66岁;病程6个月至27年。对照组男21例,女27例;年龄26~68岁;病程9个月至33年。2组病人年龄、性别、病程等一般资料均具有可比性。

1.2 手术方法 2组病人术前1d均食用半流质食物,术前晚及术晨各磷酸钠溶液灌肠一次。

对照组应用传统外剥内扎术。静脉全麻成功后,病人取膀胱截石位,常规铺单消毒,扩肛暴露痔核,作围绕痔核与肛缘垂直的“V”形切口,弯钳钳夹剥离的外痔静脉丛及对应的内痔基底,7号丝线圆针沿弯钳下方内痔基底中心点贯穿“8”字结扎,剪除游离的痔组织,结扎点应高低错落呈锯齿状,修剪皮缘彻底止血,开放引流,术毕。同法处理其他位置混合痔。

观察组应用超声刀联合皮桥横向转移手术方法。蛛网膜下腔阻滞麻醉成功后,取膀胱截石位,常规铺单消毒,充分扩肛暴露痔核,向外适度牵拉痔核,明确各痔核间自然分界线,尽量以3~5段自然分界线作为切除痔核与需要保留的皮桥、黏膜桥的界限。应用超声刀向齿状线做“V”形切口,充分剥离外痔及内痔下曲张痔核及静脉丛至内核顶端,超声刀凝切剥离的内外痔至肛管(适当内缩切口减少损伤),使创面呈八字形。同法处理其他位置混合痔。较大痔核分为2个分别处理,各切口间黏膜桥 ≥ 5 mm,保留皮桥8~10 mm。肛门括约肌紧张者,为减少术后水肿同时预防狭窄,在截石位5~7点切断内括约肌。横向拉平皮桥,覆盖剥离外痔后的创面,拉平冗长皮桥,整齐对合相邻皮桥,皮桥张力应适中,剪除冗余皮肤,缝合对合平整的皮桥。在切除组织较多相邻皮桥下能对合的部位,将拉平皮桥固定于外括约肌皮下部表面,皮桥之间开放引流,术毕。

2组病人术毕消毒肛管、缝合切口,凡士林纱条引流,纱布塔形加压固定保护切口。2组均术后24h内进流食,术后2~3d后第一次排便(辅助开塞露等),排便后改为普食,手术当天及术后2d广谱抗生素静脉滴注抗感染,每天中药熏洗后换药预防水肿。5~7d拆线,伤口换药至痊愈。

1.3 观察指标 观察2组病人治疗效果、并发症情

况,并对比2组病人手术时间、术中出血量、愈合时间等手术指标;术后6个月通过电话、复查等方式随访对比2组复发情况。疗效评定参照1992年全国肛肠学术会议制定的疗效标准^[3],治愈:便血、脱出等临床症状消失,痔消失或显著缩小;好转:便血、脱出等症状显著改善,痔缩小;无效:症状、体征与痔均无明显改善。并发症参照1975年全国肛肠学会制定的《痔的诊断及疗效标准》^[4]。(1)疼痛。I度:轻度疼痛、不必处理;II度:肛门疼痛,服一般镇痛药可缓解;III度:疼痛较重,需用哌替啶等强效镇痛药。(2)水肿。I度:局部轻度水肿,不影响活动;II度:局部显著水肿,活动受限。(3)排尿障碍。排尿困难或需导尿。(4)皮赘残留。术后尚有内痔或外痔残留。(5)肛门狭窄。术后肛门不能顺利通过示指、大便细条。

1.4 统计学方法 采用 t 检验、秩和检验、 χ^2 检验和Fisher's确切概率法。

2 结果

2.1 2组病人治疗效果与复发情况 观察组疗效优于对照组($P < 0.05$),但2组病人复发率差异无统计学意义($P > 0.05$)(见表1)。

表1 2组病人治疗效果的比较 [n ;百分率(%)]

分组	n	治愈	好转	无效	平均秩和	复发
观察组	48	47(97.87)	1(2.13)	0(0.00)	45.49	1(2.13)
对照组	48	41(85.37)	6(12.50)	1(2.13)	51.51	5(10.42)
u	—	—	—	—	2.20	—
P	—	—	—	—	< 0.05	$> 0.05^*$

*示Fisher's确切概率

2.2 并发症情况 观察组I度水肿、II度水肿、排尿障和皮赘残留发生率分别为8.33%、6.25%、4.17%和8.33%,均明显低于对照组的35.42%、29.17%、22.92%和33.33%($P < 0.01$);2组均无肛门狭窄,2组疼痛发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)(见表2)。

2.3 2组手术指标的比较 观察组术中出血量(9.42 ± 1.75) mL、愈合时间(16.74 ± 3.46) d,均明显低于对照组的(44.02 ± 8.77) mL和(22.61 ± 2.38) d($P < 0.01$);2组手术时间差异无统计学意义($P > 0.05$)(见表3)。

3 讨论

环状混合痔是混合痔中最严重的一种类型,由于环状混合痔的病变范围广、肛周支架组织松弛断

表 2 2 组术后并发症情况的比较[*n*;百分率(%)]

分组	<i>n</i>	疼痛			水肿		排尿障碍	皮赘残留
		I 度	II 度	III 度	I 度	II 度		
观察组	48	6(12.50)	25(52.08)	3(6.25)	4(8.33)	3(6.25)	2(4.17)	4(8.33)
对照组	48	7(14.58)	24(50.00)	2(4.17)	17(35.42)	14(29.17)	11(22.92)	16(33.33)
χ^2	—	0.09	0.04	0.21	10.30	8.65	7.54	8.02
<i>P</i>	—	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表 3 2 组手术指标比较($\bar{x} \pm s$)

分组	<i>n</i>	手术时间/min	术中出血量/mL	愈合时间/d
观察组	48	34.68 ± 2.43	9.42 ± 1.75	16.74 ± 3.46
对照组	48	35.09 ± 2.77	44.02 ± 8.77	22.61 ± 2.38
<i>t</i>	—	0.77	26.80	7.40
<i>P</i>	—	>0.05	<0.01	<0.01

裂、肛门衬垫下移,导致手术困难。环状混合痔对手术医生的经验与操作技巧要求较高,如切除过多则易诱发肛周皮肤缺损、直肠黏膜外翻,甚至术后伴有一定程度的肛管狭窄或肛门失禁^[5];切除过少则不能达到彻底治愈的目的,导致痔核残留。探索一种既可以彻底清除病变组织,同时可最大程度地保护肛管生理解剖结构的术式是临床研究的重点。

外剥内扎术是目前临床治疗环状混合痔的最常用术式之一,该术式操作简单,对单个或多发混合痔的根治效果均较好且复发率低。但传统外剥内扎术一次仅能做 3 个切口,往往不能将痔体组织切除完全,术后易残留皮赘,病人多有异物感,部分感染炎症形成炎性外痔,需要二次手术;但如果切除痔体较多,皮肤黏膜组织结扎过大,导致皮桥保留不足,肛管失去弹性,诱发肛管狭窄^[6]。同时外剥内扎术术后伤口疼痛程度深、时间长,易发水肿且创面愈合较慢。而应用超声刀联合皮桥横向转移治疗术,超声刀经高频超声震荡,使组织细胞水汽化,蛋白氢键断裂,组织被凝固后切开^[7],闭合血管后进行皮桥横向转移术。与电刀相比,超声刀引起的术中出血量更少,同时极少产生组织焦痂和烟雾,保证了术野清晰,同时对周围组织的损伤轻微,有效预防了肛缘水肿。皮桥横向转移术直接覆盖外痔剥离后的创面,有助于创面组织恢复,同时将冗长皮桥自然平展;此外对于皮桥端端缝合时,断端水肿导致缝线张力增大、肛管扩张诱发的缝线切割、皮桥断开等具有良好的预防作用。本研究观察组 I 度水肿 4 例(8.33%)、II 度水肿 3 例(6.25%)、排尿障碍 2 例

(4.17%)、皮赘残留 4 例(8.33%),上述并发症发生率均显著低于对照组。此外观察组术中出血量(9.42 ± 1.75) mL、愈合时间(16.74 ± 3.46) d,对照组分别为(44.02 ± 8.77) mL、(22.61 ± 2.38) d,2 组差异有统计学意义。而应用超声刀联合皮桥横向转移治疗环状混合痔的治愈率高达 97.87%,对照组为 85.37%。提示超声刀联合皮桥横向转移治疗环状混合痔,较之传统外剥内扎术可有效提高治愈率,改善术后水肿、排尿障碍、皮赘残留等并发症,同时术中出血量少、愈合较快。

但在手术过程中需要注意的是,剥离至肛管及齿状线时应适当收缩切口,减少对周围组织的损伤,以免术后发生肛管狭窄;切除外痔时应采用多个小切口,一方面缩短愈合时间,另一方面避免外痔切口过大皮桥缝线断裂^[8];皮桥缝线打结应维持适当的张力,避免术后伤口肿胀撕开缝线。

[参 考 文 献]

- [1] RISS S, RISS P, SCHUSTER M, *et al.* Long term results after stapled anopexy for symptomatic haemorrhoidal prolapse[J]. *Eur Surg*, 2008, 40(1):30.
- [2] 中华医学会外科学分会结直肠外科学组, 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.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994:125.
- [4] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003.
- [5] 文建珍. 外剥内扎加皮桥整形切缝术与痔环切术治疗环状混合痔的效果对比[J]. *临床合理用药杂志*, 2013, 6(23):110.
- [6] 赵宝明. 正确掌握经典痔切除手术[J]. *中国临床医生*, 2005, 33(4):6.
- [7] 黄斌, 张玉茹, 刘连成, 等. 超声刀联合 PPH 治疗环状混合痔 42 例[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2016, 23(1):68.
- [8] 苏云, 李志鹏, 刘红丽, 等. 小切口多点剥离结扎加皮桥整形术治疗环状混合痔的临床研究[J]. *世界中西医结合杂志*, 2015, 10(12):1717.

(本文编辑 刘梦楠)