

外剥内扎术联合选择性痔上粘膜切除吻合术 (TST) 治疗 III、IV 度混合痔的临床观察

郭耀隆, 顾书成*, 沈毅, 马跃磊, 程宝兴, 殷瑞, 郭颖, 朱帅, 蔡梦迪

宿迁市钟吾医院普外科, 江苏 宿迁

收稿日期: 2022年9月18日; 录用日期: 2022年10月8日; 发布日期: 2022年10月18日

摘要

目的: 探讨行混合痔外剥内扎术联合选择性痔上粘膜切除吻合术(TST)治疗 III、IV 度混合痔的临床效果。方法: 回顾性分析我院 III、IV 度混合痔患者 48 例, 均通过外剥内扎术联合选择性痔上粘膜切除吻合术(TST)治疗后, 观察临床治疗效果。结果: 48 例 III、IV 度混合痔患者, 其临床总有效率为 97.91%, 其中 43 例治愈, 占 89.58%; 4 例有效, 占 8.33%; 1 例无效, 占 2.08%。并发症发生率 6.25%, 1 例术后创面水肿伴有疼痛, 1 例尿储留, 1 例肛门会阴坠胀。无术后大出血病例。随访 6 月~1 年, 未出现复发病例。结论: 在临床上采用外剥内扎术联合 TST 治疗 III、IV 度混合痔, 临床效果显著, 值得临床推广。

关键词

外剥内扎术, III、IV 度混合痔, 选择性痔上粘膜切除吻合术

Clinical Observation of the Grade III and IV Mixed Hemorrhoids Treated with the Combination of External Dissection, Internal Ligation, and Tissue-Selecting Therapy (TST)

Yaolong Guo, Shucheng Gu*, Yi Shen, Yuelei Ma, Baoxing Cheng, Rui Yin, Ying Guo, Shuai Zhu, Mengdi Cai

Department of General Surgery, Zhongwu Hospital, Suqian Jiangsu

*通讯作者。

文章引用: 郭耀隆, 顾书成, 沈毅, 马跃磊, 程宝兴, 殷瑞, 郭颖, 朱帅, 蔡梦迪. 外剥内扎术联合选择性痔上粘膜切除吻合术(TST)治疗 III、IV 度混合痔的临床观察[J]. 临床医学进展, 2022, 12(10): 9294-9298. DOI: 10.12677/acm.2022.12101344

Abstract

Objective: To investigate the clinical effect of grade III and IV mixed hemorrhoids treated with the combination of external dissection, internal ligation, and tissue-selecting therapy (TST). **Methods:** We performed a retrospective analysis of 48 patients with grade III and IV mixed hemorrhoids in our hospital. All the 48 patients were treated with external dissection and internal ligation first, then followed with tissue-selecting therapy (TST). The clinical therapeutic effects were observed and recorded. **Results:** In 48 patients with mixed hemorrhoids of grade III and IV, the total clinical effective rate was 97.91%. Among them, 43 were cured, accounting for 89.58%; 4 were effective, accounting for 8.33%; 1 was ineffective, accounting for 2.08%. The complication rate was 6.25%, including 1 case of postoperative wound edema and pain, 1 case of urine retention, and 1 case of anus and perineum bulge. There were no cases of postoperative massive hemorrhage. During the follow-up period of 6 months to 1 year, there was no recurrence. **Conclusion:** The clinical effect of external dissection, internal ligation combined with TST in the treatment of mixed hemorrhoids of grade III and IV is remarkable. This combination treatment is worthy of clinical promotion.

Keywords

External Dissection and Internal Ligation, III and IV Grade Mixed Hemorrhoids, Tissue-Selecting Therapy (TST)

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

混合痔是肛肠外科的常见疾病, 发病率极高, 男女均可发病, 女性多发, 主要与饮食、排便习惯、怀孕等因素有关[1]。给患者生活带来诸多不便, 尤其是混合痔发展到后期, 由于反复便血, 痔核反复脱出甚至嵌顿, 肛门皮肤潮湿、瘙痒, 排便费力、排便不尽等症状, 给患者造成极大痛苦。保守治疗往往很难缓解其症状, 多数需要进行手术治疗。对于 III、IV 度混合痔患者, 现阶段多采用外剥内扎术、TST、PPH 吻合术等外科治疗手段[2]。本文选择在宿迁市钟吾医院收治的 III、IV 度混合痔患者 48 例, 施行外剥内扎术(Milligan-Morgan, MM) + 选择性痔上粘膜切除吻合术(Tissue-Selecting Therapy, TST)治疗, 取得满意效果, 现报道如下:

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

回顾性分析 2019.06~2022.07 在我院就诊的 III、IV 度混合痔患者的临床资料。其中男性 17 例, 女性 31 例; 年龄 22~67 岁, 平均年龄 49.87 ± 1.65 岁; 病程 2~11 年, 平均 6.32 ± 0.79 年。纳入标准: 符合痔诊断和治疗指南(2010 修订版) [3] 相关诊断标准。其中 III 度混合痔 19 例, IV 度混合痔 29 例。排除标准:

1) 合并直肠脱垂, 2) 合并中度以上直肠前突, 3) 合并肛门狭窄、肛裂及肛瘘, 4) 孕妇及儿童, 5) 合并直肠或者肛肠占位性病变者。6) 肝肾功能严重不良、肠道神经功能紊乱、精神异常无法沟通者。48 例患

者均签署手术知情同意书。

2.2. 方法

患者入院后完善常规检查，行椎管内麻醉，满意后取俯卧折刀位，根据痔核状况用美兰标记痔核位置。适当扩肛后，选择适当型号的肛门镜，观察痔区。在无张力条件下钳夹混合痔之外痔，显露内痔；用弯剪在外痔处做“V”切口，在皮肤与括约肌之间完全剥离痔核中的血栓及曲张静脉组织，游离皮瓣至齿状线上方约 5 mm 处，止血钳钳夹内痔基底部分，丝线缝扎后，剪除多余的痔核组织。根据美兰标记的位置选取开窗肛门镜，将肛门镜插入肛门，拔出内筒，旋转肛门镜，使美兰标记位置的痔上粘膜进入肛门镜开窗口内，停留 10 秒钟，充分显露突出的痔组织，以 7 号线与齿状线上方 2~3 cm 处双层粘膜下间断荷包缝合。注意缝合必须在粘膜下层及粘膜间展开，避免伤及肌层。完全旋开 TST 吻合器，顺肛门镜轴线将吻合器头部充分纳入缝合线上方的直肠中，围绕中心杆收紧荷包并使用推结器打结，用带线器将荷包线从吻合器两侧侧孔中拉出并持续牵引。将肛门镜与吻合器稳定处于同一水平线，旋紧吻合器尾翼，使得脱垂的痔上粘膜借助肛门镜窗口牵引进吻合器钉槽中。吻合器指针到达击发范围后，女性患者需要检查阴道后壁粘膜是否被缝合或被夹入吻合器钉槽内。然后进行“稳、快”有力度的击发，完成切割、吻合。吻合器固定等待 30 秒后，将尾翼旋松并取出吻合器。若两个吻合口存在缝合线搭桥情况则直接给与剪断处理。断桥处两端凸起处进行缝合结扎。仔细检查吻合口，如发现活动性出血需采取 8 字缝扎止血，确认无活动性出血，然后退出肛门镜。肛管内置入凡士林纱布加压包扎。术后予以抗感染、坐浴等常规处理。鼓励患者增加蔬菜、水果等粗纤维食物，以保证大便通畅。

2.3. 疗效判定

采用《中国痔病诊疗指南》[4]疗效标准。治愈：临床症状及痔体完全消失，创面完全愈合；有效：痔体明显减小，临床症状明显好转，创面愈合；无效：临床症状、痔体大小均无明显改善。总有效率 = (治愈 + 有效) / 总病例数 × 100%。

3. 结果

分析患者临床治疗效果：本次研究选取的 48 例 III、IV 度混合痔患者，通过 MM + TST 治疗后，其临床总有效率为 97.91%，其中 43 例治愈，占 89.58%；4 例有效，占 8.33%；1 例无效，占 2.08%。并发症发生率 6.25%，1 例术后创面水肿伴有疼痛，1 例尿储留，1 例肛门会阴坠胀。无术后大出血病例。随访 6 月~1 年，未出现复发病例。

4. 讨论

混合痔是由于外痔、内痔相互融合，血管相通而形成，重度混合痔病情复杂，疾病进展后可能诱发其他肛周并发症。大多数患者保守治疗效果反复，需要手术干预。依据“肛垫下移学说”，肛管附近具有丰富的血管、平滑肌、弹力纤维和结缔组织，共同组成“肛垫”组织，对肛管闭合及排便起到重要的调节作用[5]。由于长期的腹压增高、久蹲等原因，使肛垫发生充血肥大、松弛、断裂后，肛垫回缩能力减弱，逐渐发生下移、脱垂等情况，随着病情加重，下移、脱垂逐渐加重且出现静脉曲张、曲张等情况，形成痔疮。目前临床多采用外剥内扎术(MM)治疗，该术式操作简单，可彻底、完全剥离痔核和外痔皮赘，从而解决出血和脱垂的症状，但是在术中易损伤痔周围软组织，阻塞局部血液循环，引起水肿、肛门狭窄等并发症，术后疼痛较重，且出血风险高，伤口愈合慢。同时会出现感觉性失禁及精细控便能力降低等症状。选择性痔上粘膜切除吻合术(Tissue-Selecting Therapy, TST)，借助选择性切除肛垫上方的直肠粘膜及粘膜下组织，将肛垫及肛管部位组织向上提拉，最终达到肛垫组织复位的结果。在手术操作

中,对肛周正常组织造成的损伤程度较低,治疗前对肛管皮肤进行保护处理,术后肛周功能及病情恢复时间明显缩短[6]。有研究提出:TST术更有利于重度混合痔患者下垂的肛垫组织复位,术中还可对痔核内动脉进行阻断处理。同时又有效保护诸多淋巴、静脉血管,患者肛周组织内局部血液循环受影响程度低,组织创面愈合时间缩短[7]。同时,TST是在疼痛不敏感的区域进行的,可以明显减轻术后疼痛[8]。但是TST无法达到完整切除痔核的目的,易对肛门外观造成影响,对于重度混合痔,TST无法实现完全悬吊。因此本次研究,在外剥内扎的基础上联合TST,悬吊肛垫后切除外剥内扎没有完全归位的痔核,从而最大限度地弥补了TST单独应用的缺陷。两种术式结合在“切除”和“保留”之间形成平衡[9],针对不同位置的痔核,采用三开口肛门镜,吻合口位置选择在较低位置,一般在齿状线上方2~3 cm处,使悬吊力度明显加强,在保证肛门功能的基础上,又最大程度地贴合了微创手术理念,提高了混合痔治疗效果。在吻合口上方呈松弛状态的粘膜作缝扎处理,将病变位置的直肠粘膜缝合固定在粘膜下层及肌层,可为组织纤维化、硬化萎缩创造条件,再次提高脱垂痔,肛垫发挥向上悬吊和固定作用,预防和控制术后复发[10]。本组48例患者临床总有效率为97.91%。无术后大出血病例。随访6月~1年,未出现复发病例。同时,先行MM后行TST,能有效避免在有张力状况下切除痔核而造成的术后出血。本组1例术后创面水肿伴有疼痛,可能由于术中MM+TST后,对残存的小痔核,予以针刺电凝灼烧所致,经术后予以复方荆芥熏洗后水肿消退愈合。1例尿储留予以导尿并分时夹闭尿管锻炼后恢复。1例肛门会阴坠胀可能由于吻合口位置稍偏高,悬吊力度不够引起,经肛门收缩锻炼及饮食调节后缓解。外剥内扎术联合TST术,既彻底剥离脱垂痔核,又根据痔核大小、数目、形态,选择性切除痔上粘膜和部分痔体,维持了正常的解剖结构。防止了肛门狭窄的发生。此研究尚有局限性,本组病例数不多,只有48例;随访时间不够长,只有6月~1年,应以2~3年为时间点,对患者进行电话随访,询问排便情况、有无血便及疼痛等痔诊断的相关症状。

总之,本组48例III、IV度混合痔患者,通过MM联合TST术,两者优势互补,术后并发症少,疼痛轻,住院时间短,远期复发率低。治疗效果显著,值得临床推广。

声明

本组48例病例报道均已获得病人的知情同意。

参考文献

- [1] 吴良琪,惠瞳.选择性痔上粘膜切除吻合术结合外剥内扎术治疗混合痔效果观察[J].交通医学,2021,35(6):610-614.
- [2] 程志强,陈朝晖,肖辉,等.TST术中荷包缝合深度对治疗III-IV度混合痔临床效果的影响[J].中国现代手术学杂志,2018,22(1):22-25.
- [3] 美国结直肠外科医师协会标准化工作委员会.痔诊断和治疗指南(2010修订版)[J].中华消化外科杂志,2012,11(3):243-247.
- [4] 中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会.中国痔病诊疗指南(2020)[J].结直肠肛门外科,2020,26(5):519-533.
- [5] 张立,田泽阳,张海旺,等.选择性痔上黏膜吻合术与吻合器痔上黏膜环切术治疗重度混合痔的效果比较[J].中华临床医师杂志(电子版),2021,15(9):678-682.
- [6] Heyerick, L., Van de Putte, D., De Visschere, M., et al. (2020) Thunderbeat-Assisted Hemorrhoidectomy in Symptomatic Prolapsing Hemorrhoids: A Pilot Trial. *Surgical Innovation*, 27, 311-312. <https://doi.org/10.1177/1553350620908381>
- [7] 王国清.TST术加外痔分段切除术治疗重度环状痔的临床研究[J].黑龙江医药,2022,35(3):704-707.
- [8] 马良欢,金黑鹰,王俊,等.环状混合痔的术式选择[J].中华结直肠疾病电子杂志,2021,10(3):232-236.

- [9] 徐炜炜, 耿礼文, 韩晔. 选择性痔上粘膜切除术(TST)联合外剥内扎术治疗混合痔的临床研究[J]. 浙江创伤外科, 2019, 24(2): 365-367.
- [10] 王小川. 改良 TST 术 + 缝扎术治疗 III、IV 度脱垂性痔病的效果评价[J]. 系统医学, 2021, 6(19): 108-110.