doi:10:11659/jjssx.03E019062

·临床报道·

老年患者重度痔 RPH-4 辅助痔切除术的疗效观察

丛章龙,武雅坤 (鞍钢集团公司总医院肛肠科,辽宁 鞍山 114000)

[摘 要] **目的** 探讨内痔 RPH-4 套扎辅助外痔切除术治疗老年患者重度痔的临床疗效。**方法** 回顾性分析 2016 年 5 月至 2018 年 7 月我院收治的 82 例老年重度痔病患者的临床资料。根据手术方式的不同分为 2 组,42 例患者采用 RPH-4 套扎外痔切除治疗设为 RPH-4 组,40 例采用传统 M-M 术设为 M-M 组。比较 2 组患者的手术时间、出血量、住院时间、精细控便障碍、术后 24 h、3 d、7 d疼痛评分、脱线期出血、愈合时间、肛缘水肿发生率等指标。**结果** 2 组患者的手术时间、出血量、住院时间、精细控便障碍、疼痛评分(术后 24 h、3 d、7 d)、脱线期出血、愈合时间、肛缘水肿发生率比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。随访 6 个月,2 组患者均达到临床治愈,肛门功能无失禁,无狭窄。**结论** 在围手术期严格的管理下,RPH-4 辅助外痔切除术治疗老年人重度混合痔安全、疼痛轻、恢复快、术后并发症少。

[关键词] 老年患者;重度痔;自动弹力线痔疮套扎器;外痔切除术

[中图分类号] R574.8 [文献标识码] A [收稿日期] 2019-03-12

Therapeutic effect of ruiyun procedure for hemorrhoids-4 assisted resection in the elderly with severe hemorrhoids

CONG Zhang-long, WU Ya-kun (Proctology Department, General Hospital of Ansteel Group, Anshan Liaoning 114000, China)

Abstract: Objective To explore the clinical efficacy of ruiyun procedure for hemorrhoids-4 (RPH-4) assisted external hemorrhoidectomy in the treatment of the elderly with severe hemorrhoids. **Methods** From May 2016 to July 2018, the clinical data of 82 elderly patients with severe hemorrhoids were retrospectively analyzed. They were divided into two groups according to different surgical methods, 42 cases treated with RPH-4 assisted external hemorrhoidectomy were as RPH-4 group, 40 cases treated with traditional milligan-morgan (M-M) were as M-M group. The operative time, bleeding volume, hospitalization time, fine control of defecation disorder, postoperative pain (24 hours, 3 days, 7 days after surgery), bleeding in out-of-line phase, healing time and incidence of anal edema were compared between the two groups. **Results** There were significant differences in operation time, bleeding volume, hospitalization time, fine control of defecation disorder, postoperative pain (24 hours, 3 days, 7 days after surgery), bleeding in out-of-line period, healing time and incidence of anal edema between the two groups ($P<0.05$). After 6 months of follow-up, both groups achieved clinical cure, no anal function incontinence nor stenosis occurred. **Conclusion** Under strict perioperative management, RPH-4 assisted external hemorrhoidectomy for elderly patients with severe hemorrhoids is a safe treatment with less pain, rapid recovery and fewer postoperative complications.

Keywords: elderly; severe hemorrhoids; automatic elastic line hemorrhoids ligation; external hemorrhoidectomy

我国城市居民痔发病率约为 50.28%[1]。混合痔是老年人常见病,当重度痔出现脱垂、出血较多、嵌顿水肿时对患者全身影响大,通过保守治疗很难奏效,往往需要手术治疗[2]。老年人肛门括约肌松弛,而且常合并多种内科慢性病,对手术耐受差,易发生并发症,因此,围手术期的处理和手术方式的选择尤为重要[3]。传统的混合痔外剥内扎术(milligan-morgan,M-M)疼痛剧烈和术后水肿、出血等问题制约了老年患者痔手术的选择,而近年来内痔自动弹力线痔疮套扎器(ruiyun procedure for hemorrhoids-4,RPH-4)套扎辅助外痔切除成为了治疗老年患者重度混合痔的新选择[4-5]。本研究回顾性分析 82 例老年重度痔病患者的临床资料,比较 RPH-4 套扎外痔切除术与 M-M 术的临床疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析我院 2016 年 5 月至 2018 年 7 月收治的 82 例年龄大于等于 60 岁的老年重度混合痔患者的临床资料。排除合并重度肝硬化、未有效控制的糖尿病、肛周急慢性感染、直肠恶性肿瘤等。42 例患者接受 RPH-4 套扎外痔切除治疗为 RPH-4 组,40 例采用 M-M 术为 M-M 组。2 组患者的性别、年龄、病程、痔分度、合并疾病情况比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

1.2 手术方法

RPH-4 组患者骶管麻醉,胸膝位(高龄体弱者取截石位),消毒肛门,镜下确定痔核分布与脱垂程度,

表1 2组患者临床资料比较

组别	n	男/女(例)	年龄(岁)	病程(年)	痔分度(例)	
					Ⅲ度	Ⅳ度
RPH-4组	42	22/20	66.35±3.56	7.10±8.38	12	30
M-M组	40	23/17	67.35±5.06	5.83±2.93	15	25
χ^2/t		0.217	-1.039	0.907	0.74	
P		0.641	0.307	0.367	0.39	

决定套扎位点和方法。先将发射头对准齿线上3 cm处的痔上黏膜组织,吸引负压为0.08~0.1 MPa时,转动驱动轮至红点,发射弹力线环套。转动释放轮释放第1个推线管,收紧弹力线,扎紧痔组织,释放负压。距离结扎线4~5 mm剪断即完成第1个套扎。依次可进行第2、3个套扎,套扎避免在同一平面,然后对痔核基底套扎[6]。最后残余外痔V字形切除,充分剥离外痔静脉丛至齿状线。

M-M组患者骶管麻醉生效后,组织钳提起需要切除的痔核,在痔下极用SUTRON380HP电刀做尖端向外的V字形切口,沿内括约肌表面向上进行剥离。剥离至痔核根部对痔蒂组织用7号丝线8字缝合结扎,在缝扎线以上0.8 cm处切除痔组织,依次切除3个母痔。2组患者术后均静脉注射抗生素3 d,口服聚乙二醇电解质散软化大便。

1.3 观察指标

观察手术时间、出血量、住院时间、精细控便障碍、术后疼痛评分、愈合时间、并发症(尿潴留、脱线期出血、肛缘水肿等)。术后疼痛评分:采用视觉模拟疼痛评分(VAS)法,让患者根据疼痛程度在10 cm标尺上记录疼痛评分,0分为不痛,10分为极度疼痛。比较2组患者术后24 h、3 d、7 d疼痛评分,出院后所有患者随访6个月。

1.4 统计学方法

采用SPSS 24.0软件进行统计分析,正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用t检验,计数资料率的比较采用χ^2检验,$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2组患者手术时间、出血量、住院时间、精细控便障碍比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表2。2组患者肛周疼痛评分(术后24 h、3 d、7 d)、脱线期出血情况、愈合时间、肛缘水肿发生率及并发症总发生率均低于M-M组,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。随访6个月,2组患者均达到临床治愈。肛门功能无失禁,无狭窄。

表2 2组患者观察指标比较

组别	n	手术时间(min)	术中出血(mL)	住院时间(d)	精细控便障碍[例(%)]
RPH-4组	42	24.74±3.83	5.02±1.71	7.50±1.55	1(2.4)
M-M组	40	33.05±5.13	14.80±4.07	11.38±2.34	6(15)
χ^2/t		-8.34	-14.29	-8.88	4.17
P		0.00	0.00	0.00	0.04

表3 2组患者术后情况比较

组别	n	疼痛评分(分)			愈合时间(d)	并发症[例(%)]		
		术后24 h	术后3 d	术后7 d		脱线期出血	尿潴留	肛缘水肿
RPH-4	42	3.74±1.52	2.34±1.10	2.11±1.18	23.5±2.07	0(0)	3(7.14)	2(4.76)
M-M组	40	5.98±1.56	3.08±0.97	2.78±1.29	27.5±3.00	10(25.00)	12(30.00)	10(25.00)
χ^2/t		-6.59	-3.20	-2.45	-7.04	11.42	7.16	6.72
P		0.00	0.002	0.016	0.00	0.001	0.007	0.012

3 讨论

老年痔病患者的特点是胃肠道进行性神经元丢失,肛门括约肌呈退行性改变,且常伴有其他慢性疾病,如高血压、冠心病、糖尿病、贫血、前列腺肥大等。高龄合并心脑血管疾病的患者常服用活血药物、抗血小板或抗凝药物,使痔疮成为低位消化道出血的原因之一。这类痔病患者病程长,病情重,且反复发作,治疗棘手,生活质量受到严重影响[7]。保守疗法对此类患者效果不明显;传统M-M术后疼痛剧烈,创面愈合慢,尿潴留、出血等并发症多,且对肛门精细控便功能有影响[8]。本研究显示,RPH-4操作简单,手术时间和住院时间短,术中出血较少。痔疮病理学的主要发生机制是肛垫支持组织的进行性退化和破坏、痔丛的高灌注和血管增生[9]。肛垫在保护肛门功能,增加下腔静脉压力及肛管闭合方面也发挥着重要的作用,这是保留精细控便功能的基础[10]。老年患者肛门括约肌松弛,必须充分保护肛垫,术后避免控便能力下降。RPH-4改进了以往胶圈套扎器的一些不足,采用高分子生物材料的弹力线结扎力量大,不容易滑脱。而M-M术需对痔组织外痔切除,内痔大块缝扎,造成括约肌痉挛,导致患者术后出现剧烈疼痛,排便时尤甚[11]。RPH-4的优点有:①痔上黏膜套扎悬吊提升肛垫;②减轻痔核的充血淤血,促使痔萎缩;③直接套扎痔核,可解决出血和脱出问题;④不切除齿线,有效保留了肛门精细控便功能[12]。本研究显示,观察组的精细控便障

碍极少,明显优于传统手术。术中无需对痔蒂组织进行大块缝扎,可显著降低术后疼痛感,也利于缩短愈合时间。尿潴留及肛缘水肿等痔常见术后并发症发生率也显著低于 M-M 组。老年男性往往有前列腺增生,同时骶管内麻醉和疼痛刺激都可能引起排尿困难,RPH-4组较低的疼痛评分可能会减少尿潴留的发生。内痔痔核脱落出血是手术的风险之一,M-M 组有较多的出血病例,但出血量不大,RPH-4 术后脱线期出血发生率明显低于 M-M 组,主要由于弹力线可以对结扎的痔组织持续、有效和缓慢地收缩断流,直至结扎的痔血管完全闭合,降低了组织缺血坏死不充分或痔核提前脱落导致出血的风险[13]。

老年患者必须加强围手术期的管理,减少并发症的发生及术后快速康复。我们的体会如下:术前应对所有老年患者常规进行电子结肠镜检查,以排除合并结直肠癌[14];掌握患者的全身情况,特别是重要器官的功能状态;贫血者血红蛋白小于 70 g/L,血细胞比容小于 30%,需输注红细胞[15];PLT $<50\times10^9$ 或凝血异常需及时纠正,高血压患者控制血压在 180/100 mmHg 以下;糖尿病患者控制空腹血糖不超过 10 mmol/L,心肌梗死和脑血管意外稳定 6 个月以上,服用抗血小板药物(阿司匹林、氯吡格雷等)需要在内科医生指导下手术前后停用 1 周[16]。对于此前认为不能耐受混合痔手术的老年患者,尤其出血和脱出嵌顿明显者,一味采取止血保守治疗,但止血效果不佳[17]。用 RPH-4 辅助外痔切除,手术安全、时间短、术后并发症少,临床疗效较好,但本研究样本量有限,长期疗效需要进一步观察。

[参考文献]

[1] 江 维,张虹玺,隋 楠,等. 中国城市居民常见肛肠疾病流行病学调查[J]. 中国公共卫生,2016,32(10):1293 - 1296. doi:10.11847/zgggws2016 - 32 - 10 - 01.

[2] Bullard KM, Rothenberg DA. Colon, rectum, and anus. In: Brunicardi F. C(ed). Swhwartz′s Principles of Surgery[M]. 8th edn. New York: McGraw Hill, 2005:1055 - 1117.

[3] 王 猛. 70 岁以上老年人痔的手术治疗分析[J]. 重庆医学,2012,41(28):2945 - 2948. doi:10.3969/j . issn. 1671 - 8348. 2012. 28. 017.

[4] 何永恒,唐智军,许向彤,等. RPH 联合简化外切内扎术治疗混合痔多中心随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志,2017,37(4):422 - 425. doi:10.7661/j. cjim. 20170203. 005.

[5] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,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 - 463.

[6] 孙 旭,徐 孟,郭 旭. 自动弹力线痔套扎术治疗重度混合痔并直肠黏膜脱垂的临床效果分析[J]. 结直肠肛门外科,2018,24(4):407 - 411. doi:10.19668/j. cnki. issn1674 - 0491. 2018. 04. 023.

[7] 庄思敏,莫隽全,谭卫民,等. PPH 治疗老年人痔病患者的临床体会[J]. 广东医学,2007,28(9):1485 - 1487. doi:10. 3969/j. issn. 1001 - 9448. 2007. 09. 051.

[8] 王 杉. 结直肠外科学[M]. 第 4 版. 北京:北京大学医学出版社,2013:207 - 210.

[9] Yu SW, Rao SS. Anorectal physiology and pathophysiology in the elderly[J]. Clin Geriatr Med, 2014,30(1):95 - 106. doi:10. 1016/j. cger. 2013. 10. 003.

[10] Cintron J, Abacarian H. Benign anorectal: hemorrhoids. In: Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE editors. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery[M]. New York: Springfer-Verlag INC, 2007:156 - 177.

[11] 何 涛,雒福东. RPH 联合外痔切除术治疗Ⅱ、Ⅲ期混合痔 80 例[J]. 中医外治杂志,2013,22(4):12 - 13.

[12] 王占军,贾 山,王正亮,等. Ligasure 痔切除术与传统痔切除术在Ⅲ~Ⅳ度混合痔治疗中的疗效对比[J]. 结直肠肛门外科,2017,23(4):477 - 480.

[13] 韩冰冰,胡家兴. 自动弹力线痔疮套扎器(RPH-4)的应用[J]. 医疗装备,2016,29(15):35 - 36. doi:10. 3969/j. issn. 1002 - 2376. 2016. 15. 023.

[14] Haksal MC, Çiftci A, Tiryaki C. Comparison of the reliability and efficacy of LigaSure hemorrhoidectomy and a conventional Milligan-Morgan hemorrhoidectomy in the surgical treatment of grade 3 and 4 hemorrhoids[J]. Turk J Surg, 2017,33:233 - 236.

[15] 陈 杰,缪长虹. 老年麻醉与围术期处理[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:41 - 48.

[16] 吴肇汉,秦新裕,丁 强. 实用外科学[M]. 第 4 版. 北京:人民卫生出版社,2017:146 - 149.

[17] 邹贤军,周凯亮,刘国保,等. 自动弹力线痔套扎器治疗混合痔 132 例临床体会[J]. 结直肠肛门外科,2016,22(5):461 - 464.

(编辑:杨 颖)