

图 1 CD34 表示对照组前列腺间质血管数目多(S-P, ×200)

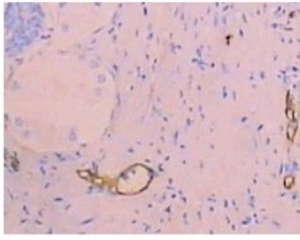


图 2 CD34 表示实验组前列腺间质血管数目明显减少(S-P, ×100)

3 讨论

前列腺气化电切术是临床上治疗前列腺增生的主要方法,该手术的出血量相对较多,使患者的预后受到一定的影响。有关学者通过免疫组化法对前列腺增生患者的切除组织标本中的 CD34 表达以及血管因子 VIII 进行观察,结果显示患者微血管密度增加,是手术导致出血量大的主要原因^[4-5]。术前口服非那雄胺能够有效减少前列腺组织的血管数量,从而减少术中出血量。

本次研究结果显示,对照组和实验组前列腺切除量的比较差异无统计学意义。实验组的血管密度、血管内面积以及术中出血量明显低于对照组,这与王碧琼等人的研究结果一致^[6-8]。原因在于术前采用非那雄胺进行治疗,能够减少前列腺组织内 VEGF 的表达水平,从而减少组织血管的生成数量,降低术中出血量。国外研究分析推测,非那雄胺通过抑制血管生成的相关因子的活性对血管生成进行抑制。

非那雄胺作为一种 5 α -还原酶抑制剂,能够抑制睾酮向脱氢睾酮的转化,并减弱雄激素介导的血管生成因子的活性,从而控制血管的数量^[9-10]。此次研究显示,实验组 bcl-2、PCNA 以及 VEGF 阳性细胞面积明显小于对照组,利用 Leica-Q500MC 图像分析系统对 CD34 染色阳性微血管进行观察,发现对照组前列腺间质血管数目较多,实验组前列腺间质血管数目明显减少,原因在于血管的生成与 VEGF 等生长因子存在联系,而 bcl-2 以及 PCNA 的阳性表达能够使非那雄胺减少

VEGF 的分泌量,从而减少新生血管的数量。

综上所述,术前服用非那雄胺能够减少前列腺气化电切术的术中出血量,提高手术效率,有利于患者的康复,具有明显临床应用价值,值得推广。

参考文献:

- [1] 刘伟民,邹建纲,周中兴,等.经尿道前列腺电切术的并发症分析[J].江苏医药,2011,37(23):2773-2774.
- [2] 徐庆春,张永海,李湖,等.云南白药胶囊联合非那雄胺减少经尿道前列腺电切患者术中出血[J].中国老年学杂志,2011,31(5):766-767.
- [3] 罗择庆.良性前列腺增生药物的治疗进展[J].右江民族医学院学报,2009,31(3):491-493.
- [4] 李世强,候建平.经尿道前列腺电切术后出血的原因及其治疗[J].中国中西医结合外科杂志,2011,2(5):462-463.
- [5] 刘志森,陈照阳,洪阳春,等.经尿道前列腺汽化电切术后出血原因的探讨及处理对策[J].右江民族医学院学报,2013,35(3):277-278.
- [6] 宗焕涛,彭晓霞,杨称称,等.非那雄胺对 TURP 术中出血影响及其机制的 Meta 分析[J].山东医药,2011,51(52):22-23,26.
- [7] 崔军,富威,宋永胜,等.非那雄胺对大体积前列腺增生组织微血管密度的影响[J].山西医药杂志,2011,40(21):1075-1077.
- [8] 欧阳昀,刘萃龙,关维民.术前口服非那雄胺对绿激光前列腺气化术气化效率的影响[J].中国激光医学杂志,2012,03:160-164.
- [9] 安超,徐涛,王晓峰,等.5 α 还原酶抑制剂在前列腺癌化学预防中的作用[J].中国医学科学院学报,2011,33(5):582-586.
- [10] 刘宇,侯铁汉,姜华茂,等.术前应用非那雄胺对经尿道前列腺电切术手术效果的影响[J].山东医药,2013,53(26):22-24.

收稿日期:2014-05-14;修回日期:2014-05-22

自动痔疮套扎术联合外痔切除术治疗混合痔的临床观察

麦昌文

(广东省佛山市顺德区第一人民医院附属陈村医院普外科,广东 佛山 523800)

E-mail:1328249368@qq.com)

摘要:目的 探讨自动痔疮套扎术联合外痔切除术治疗混合痔的临床疗效。方法 将 298 例符合混合痔诊断标准的患者随机分为自动痔疮套扎术联合外痔切除术组(治疗组)及外剥内扎术组(对照组),并通过观察两组患者疗效、术后便血、肛门疼痛、急便感、切缘水肿、肛门狭窄及肛门功能等指标,评估该术式的临床疗效。结果 两组临床疗效比较差异无统计学意义。治疗组术后肛门疼痛、便血、切缘水肿发生率少于对照组($P < 0.05$),术后并发症总发生率也少于对照组($P < 0.05$)。结论 自动痔疮套扎术联合外痔切除术治疗混合痔疗效与单纯外剥内扎术相似,但术后并发症少,患者满意度高,是一种治疗混合痔安全可靠术式。

关键词:自动痔疮套扎术;外痔切除术;混合痔

中图分类号: R657.18

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2014)03-0388-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.034

痔是一种临床常见、多发的肛肠疾病。其具体病因至今尚不完全了解,目前主要有两种学说:静脉曲张学说及肛垫下移学说。目前得到绝大多数人认同的是 Thomson 于 1975 年提出的肛垫下移学说^[1]。该学说认为肛垫是由肛管内壁黏膜、血管、纤维支持结构共同构成的正常组织,只有肛垫组织发生异常合并有症状时才可称为痔。目前混合痔以手术治疗为主,

其术式有很多,有传统的外剥内扎术、PPH 及 TST 等等。术后切口疼痛、切缘水肿、尿潴留、术后便血及肛门狭窄乃是术后常见并发症。根据肛垫下移学说,我院自 2011 年 10 月开始开展自动痔疮套扎术联合外痔切除术的方法来治疗混合痔,并对其疗效跟踪观察,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 根据中华医学会外科学会肛肠外科学组修订的《痔诊治暂行标准》,我科于2011年10月~2013年6月共收治Ⅱ~Ⅳ期混合痔患者298例,男138例,女160例;年龄(45.00±25.18)岁。其中Ⅱ度122例,Ⅲ度111例,Ⅳ度65例。根据患者意愿,随机分为两组:自动痔疮套扎术联合外痔切除术158例,单纯外剥内扎术140例。两组患者一般资料如性别、年龄、术前病程比较差异无统计学意义。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前处理 术前均行血、尿、便常规,凝血功能,肝肾功能,心电图及感染性疾病筛查。常规肠道清洁准备,麻醉采用骶麻或硬外麻,麻醉满意后转为折刀位,年龄大者取截石位,消毒肛周皮肤及肛管直肠,术前半小时常规应用抗生素预防感染。

1.2.2 治疗组 适当扩肛后插入肛门镜,充分暴露齿状线及痔核,观察痔核分布,选定需要套扎痔核后,用套扎器对痔核上方的黏膜与黏膜下层的组织进行套扎,或在痔核基底部进行套扎,当负压值达到0.08~0.1 MPa时,转动阀门,击发胶圈,松开负压阀,检查胶圈是否充分套扎住痔核。用同样方法处理其他痔核,同一平面上套扎不得超于3个痔核,预防肛门狭窄。自动痔疮套扎术后,内痔部分及肥大的肛垫上提,日后逐渐变小萎缩,皮赘或外痔部分也因上提而变小,因此,适当进行明显外痔或皮赘切除,不必行M-M术,以减少肛门组织损伤。以Alice钳钳起外痔外缘,用电刀向下剥离切除外痔。切除的深度于外括约肌皮下部的浅面,向内延伸时同样在内括约肌的浅面,不一定要超过齿状线,以切除掉外痔或皮赘则可。

1.2.3 对照组 观察痔核分布,用组织钳夹住痔组织外缘,并向外牵拉,再用第二把组织钳夹住痔组织,沿痔外缘底部周边用电刀呈V型分离至齿状线上0.5 cm,电凝止血,用弯钳将痔基底钳夹,7号丝线结扎内痔,剪去结扎后的大部分痔组织。同法处理其他痔核。术中注意保留足够的肛管皮桥、黏膜桥,防止肛门狭窄。

1.2.4 术后处理 术后6 h进流质饮食,选择适当、足量的抗生素静滴3~5 d预防感染,术后保持大便通畅,排粪后高锰酸钾溶液坐浴、常规换药。

1.3 观察指标

1.3.1 疗效评定 采用1995年国家中药管理局制定的《中华人民共和国痔疗效标准判定》为疗效标准^[2]。治愈:症状消失,痔核消失或全部萎缩;显效:局部出血,异物脱出或肛门坠胀等症明显减轻,体征基本消失;有效:局部出血、异物脱出或肛门坠胀等症有所改善;无效:症状、体征均无变化。

1.3.2 其他指标 术后切口疼痛、便血、切缘水肿、急便感、肛门狭窄等并发症发生率。术后进行定期随访半年。

1.4 统计学分析 采用SPSS 17.0统计软件处理,单向有序资料(即疗效)的比较采用秩和检验,计数资料采用 χ^2 检验或确切概率法,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 表1显示,经统计学分析,两组间临床疗效比较差异无统计学意义($Z = -0.506, P = 0.613$)。

表1 两组临床疗效比较 (n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	158	150	5	3	0	100.00
对照组	140	131	6	2	1	99.29

2.2 两组患者术后并发症比较 术后1周内发生过需要针对性医疗干预的肛门疼痛、术后便血、切缘水肿、急便感者,见表2。经统计学分析,两种手术方式的术后肛门疼痛、便血、切缘水肿发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$);急便感发生率

比较差异无统计学意义($P > 0.05$),术后并发症总发生率差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 两组术后并发症比较 (n)

项目	n	肛门疼痛	便血	切缘水肿	急便感	合计
治疗组	158	11	15	10	25	61
对照组	140	23	25	25	22	95
χ^2		6.581	4.468	9.517	0.0007	25.458
P		0.010	0.034	0.002	0.980	<0.01

2.3 两组患者术后肛门狭窄情况 经半年随访,治疗组无出现肛门狭窄;对照组出现1例轻度肛门狭窄,两组间比较差异无统计学意义($P = 0.470 > 0.05$)。

3 讨论

目前治疗混合痔手术很多,如外剥内扎术、PPH以及近年来新开展的TST等等。Miles在1919年最早提出外剥内扎术,1937年Milligan和Morgan对该手术方式进行了改良,此后该术式一直是治疗混合痔的经典术式。但该术式对肛门组织损伤较大,术后肛门疼痛较为明显,切口易水肿,愈合慢。对于Ⅲ、Ⅳ期混合痔或环状混合痔,更加容易出现肛门狭窄^[3]。PPH及TST是以肛垫理论为基础发展起来的微创技术,术后并发症明显减少,但价格较为昂贵,限制了它在临床上的应用。

微创治疗是现代医学发展的趋势,在混合痔治疗的过程中,尽可能保留肛垫结构以达到术后不影响或尽可能少地影响肛门精细控便能力是肛肠外科医生追求的目标。自动痔疮套扎术是以肛垫下移学说为理论基础,由祖国医学结扎法发展而来治疗痔疮的一种微创手术方式。它主要是通过对痔上黏膜或痔核的套扎,使肛垫上提,同时部分阻断痔疮血供或减少痔的充血肥大或血流淤滞,使痔核萎缩^[4]。由于它是对齿状线以上组织进行套扎,不破坏肛垫的正常结构,不会影响肛门精细控便功能,明显符合现代医学发展的方向。现该方法已大量应用在内痔方面的治疗,并取得良好的疗效。

但自动痔疮套扎术也具有局限性。虽然内痔部分及肥大的肛垫术后得到上提,并因黏膜下层来自直肠上动脉供给痔的动脉被阻断,术后痔血供减少,趋于变小萎缩。但在临床观察中,很多外痔并不能因为血供的阻断而消失。因此,对于混合痔的治疗,在行自动痔疮套扎术后,对皮赘及明显外痔追加切除是必要的。

目前痔病的手术治疗方式较多,各有侧重,而每一例痔病患者都因各自形成的原因不同而表现各异。因此,针对不同的患者、不同的痔病表现,选择不同的手术方式进行联合治疗,取其优点同时克服各自手术方法的不足,在实现最好疗效同时尽可能减少并发症发生,以保证患者利益最大化。

本组研究表明,自动痔疮套扎术联合外痔切除术治疗混合痔,术后疼痛明显减轻,切缘水肿现象出现明显减少,有效预防了肛门狭窄,并发症明显少于单纯外剥内扎术。

综上所述,自动痔疮套扎术联合外痔切除术治疗混合痔,是一种疗效确切,术后并发症少,病程短,操作简单的新术式,而且费用较低,具有很高的临床应用和推广价值。

参考文献:

- [1] Thomson WH. The nature of hemorrhoids [J]. Br J Surg, 1975, 62(7): 542-552.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 132.
- [3] 张兆明. 外剥内扎术在治疗混合痔中的研究进展 [J]. 结直肠肛门外科, 2007, 13(2): 127-130.
- [4] 邱焕标, 周庆生. 自动痔疮套扎术治疗内痔 83 例 [J]. 广东医学, 2007, 28(10): 1660-1661.

收稿日期: 2014-04-28