

持续渐进式扩肛法预防环状混合痔术后肛门狭窄的临床研究^①

文小军,廖毅,陈胜贤

(广西柳州市中医院,广西 柳州 545001 E-mail:wenxiaojun1211@126.com)

摘要: **目的** 验证持续渐进式扩肛法预防环状混合痔术后肛门狭窄的效果,评价持续渐进式扩肛法干预肛门狭窄的发生率。**方法** 将 120 例环状混合痔患者随机分为两组(各 60 例),实验组持续渐进式扩肛法,对照组手指扩肛法,7~10 d 后进行评价,观察其排便情况、肛门指检、肛门直肠压力测定,3 个月后对有效病例随访,观察其复发率。**结果** 实验组临床综合疗效为 100%,优于对照组 86.67%($P<0.05$);干预后实验组较对照组在排便难易上有明显改善($P<0.05$),肛门指检积分和直肠压力测定显示实验组均明显优于对照组($P<0.05$);3 个月后随访实验组复发率低于对照组($P<0.05$)。**结论** 通过持续渐进式扩肛法,可有效改善患者排便,降低肛门指检积分和复发率,证实持续渐进式扩肛法预防环状混合痔术后肛门狭窄有明显效果,且该方法操作方便、安全性好、依从性佳,是一种安全有效、值得推广的方法。

关键词: 扩肛法;环状混合痔;肛门狭窄

中图分类号: R657.17

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2016)05-0501-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2016.05.015

肛门狭窄是环状混合痔手术后的严重并发症,给患者带来极大的痛苦,并且肛门狭窄后期治疗有一定的难度,所以预防肛门狭窄并发症的发生对减少患者的痛苦,提高生活质量有重要意义。2014 年 3 月—2016 年 2 月本科采用持续渐进式扩肛法预防环状混合痔术后肛门狭窄的效果,临床疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选自我院 2014 年 3 月—2016 年 2 月肛肠科门诊、住院患者共 120 例,所有环状混合痔患者参照《痔临床诊治指南(2006 版)》的诊断标准^[1],年龄在 18~65 周岁。将所有观察病例随机分为实验组和对照组,每组 60 例,在性别、年龄(≤ 35 岁及 > 35 岁)及病程(≤ 10 年及 > 10 年)等情况上两组间差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 排除标准 ①肛门直肠其他肿瘤性疾病及肛管直肠脱垂病例;②手术前已出现肛门狭窄患者;③妊娠或哺乳期妇女;④有严重心、肝、肺、肾、内分泌疾病,造血功能障碍、恶性肿瘤的患者;⑤因精神状态不佳,不能很好合作者。

1.3 干预方法

1.3.1 棉棒制作方法 制作竹签和大、中、小不同规格的棉棒^[2],直径分别为 3 cm、2 cm、1 cm,放入方盒中高压消毒备用。

1.3.2 仪器设备 直肠肛门压力测定仪(ZGJ-D3

型)。

1.3.3 操作方法 两组环状混合痔患者均采用传统外剥内扎术(Milligan-Morgan 手术),联合复方亚甲蓝配比液(1%亚甲蓝注射液 2 ml、地塞米松注射液 1 ml、0.75%布比卡因注射液 5 ml、0.9%氯化钠注射液 5 ml)术区注射长效止痛,能有效减轻肛肠病术后疼痛;扩肛操作从痔核结扎线脱落完全(平均约 7 d)后开始,每日 1 次,连续 2 周。实验组:采用侧卧屈膝位,充分暴露肛门,用生理盐水冲洗肛门术口,用棉签蘸凡士林充分润滑肛管,既能清洁术创夹缝的污物,又能了解肛门的扩张度及肛管的方向,根据其判断选择大小合适的棉棒,将棉棒前 2/3 涂匀凡士林,右手持棉棒在肛门口轻揉数下,左手拇指和食指上下分开肛门,嘱患者配合扩肛,按顺时针旋转徐徐向肚脐方向插入,顶端越过肛管直肠环再向骶骨方向前进,直至将棉棒放入肛内深约 4 cm,左手固定棉棒,右手逆时针方向轻轻旋转竹签并取出,棉棒尾端留置肛外约 2 cm,棉条肛内持续留置 6 h,因排便等原因提前取出者,排便后重新放置。所选棉棒规格根据患者术口瘢痕挛缩情况逐渐加大至逐渐减小。对照组:医者戴上手套用食指涂抹凡士林润滑后缓慢伸入肛内,直至伸入食指末节,并轻轻转向四周按压肛内进行扩肛,动作要轻柔,切忌暴力扩肛,每次 5 min。

1.4 观察指标和方法

1.4.1 疗效观察指标 观察时间节点:7~10 d 后,手

① 基金项目:2014 年广西壮族自治区卫生厅自筹课题(Z2014444)

术前、扩肛结束 3 个月后。①记录患者排便情况(排便频率、排便困难程度、排便完全性、腹痛、每次排便需要的时间、协助排便的方式、每天未成功排便的次数)。②肛门指检:了解肛周皮肤周径、瘢痕组织厚薄、肛管口径、肛门内括约肌松紧。③肛门直肠压力测定:使用直肠肛门压力测定仪进行相关数据检测。

1.4.2 不良反应及其他情况观察 扩肛期间每日手术创口出血量、扩肛时肛门疼痛情况、手术创口愈合时间、感染情况及肛门控便情况。

1.5 疗效判定标准 症状评分标准:便秘评估量表^[3],包括排便频率、排便困难、排便完全性、腹痛、每次排便需要的时间、协助排便的方式、每天未成功排便的次数七项参数。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件进行统计学处理,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,均数比较进行方差齐性检验,若方差齐采用 t 检验,若方差不齐则采用 t' 检验;计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床综合疗效 两组临床综合疗效比较,差异有统计学意义($\chi^2=8.571, P=0.003$),可以认为实验组的临床疗效优于对照组,见表 1。

表 1 两组治疗临床综合疗效

组别	<i>n</i>	临床控制	显效	好转	无效	总有效率(%)
实验组	60	35	20	5	0	100.00
对照组	60	30	15	7	8	86.67

2.2 治疗前后排便症状表现 两组数据治疗前总积分差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。实验组与对照组患者治疗后差异具有统计学意义($P<0.05$),说明两组干预后症状表现的比较,实验组明显优于对照组。

表 2 两组治疗前后排便症状改善情况 ($\bar{x}\pm s$)

	实验组(<i>n</i> =60)		对照组(<i>n</i> =60)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
排便频率	2.59±0.41	1.33±0.25 ^a	2.47±0.48	1.68±0.36
排便困难	2.41±1.06	0.76±0.23 ^a	2.28±0.24	1.08±0.25
排便完全性	2.79±0.37	1.24±0.32 ^a	2.57±0.56	1.94±0.36
腹痛	2.27±0.32	1.02±0.38 ^a	2.38±0.46	1.48±0.45
每次排便需要的时间	2.33±0.46	0.93±0.48 ^a	2.29±0.50	1.46±0.54
协助排便的方式	1.60±0.37	0.83±0.20 ^a	1.52±0.42	1.05±0.32
每天未成功排便的次数	2.47±0.44	1.32±0.36 ^a	2.62±0.59	1.68±0.49

注:与对照组治疗后比较,a: $P<0.05$

2.3 肛门指检积分情况 两组治疗前患者肛门指检积分情况差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后实验组肛门指检积分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组肛门指检积分情况 ($\bar{x}\pm s$)

	实验组(<i>n</i> =60)		对照组(<i>n</i> =60)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
肛门指检积分	9.26±2.37	3.94±1.76 ^a	8.95±1.71	6.04±1.02

注:与对照组治疗后比较,a: $P<0.05$

2.4 肛门直肠压力测定 治疗前两组肛门直肠压力各指标的差异无统计学意义($P>0.05$),两组患者治疗后肛管最大收缩压、肛管静息压及初始感觉阈值,差异具有统计学意义($P<0.05$),实验组较对照组疗效明显,见表 4。

表 4 两组肛门直肠压力测定情况 ($\bar{x}\pm s$)

	实验组(<i>n</i> =60)		对照组(<i>n</i> =60)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
肛管最大收缩压(kPa)	13.67±1.00	17.62±1.18 ^a	14.15±1.01	16.59±0.85
肛管静息压(kPa)	5.47±0.52	6.62±0.43 ^a	5.68±0.57	6.16±0.45
初始感觉阈值(ml)	21.78±6.5	28.94±4.2 ^a	20.57±5.4	24.69±5.8

注:与对照组治疗后比较,a: $P<0.05$

2.5 临床远期疗效 实验组复发率明显低于对照组($P<0.05$),见表 5,可证明该实验方法能有效控制疾病的复发,远期疗效显著。

表 5 两组远期疗效比较 (*n*)

组别	<i>n</i>	复发	复发率(%)
实验组	60	2	3.33
对照组	60	12	20.00

注:与对照组比较, $\chi^2=8.09, P=0.004$

2.6 安全性评价 实验组无不良反应。对照组有不良反应 8 例,发生率为 13.33%,主要表现为肛门术口剧痛、出血量多及早期稀便难控制情况,两组不良反应发生率实验组明显低于对照组($\chi^2=8.571, P=0.003$)。说明持续渐进式扩肛法安全性好。

3 讨论

混合痔是指痔位于齿状线上下,表面同时为直肠黏膜和肛管皮肤所覆盖。若混合痔围绕直肠肛管一周,即称为环状混合痔,是痔疮发展的最后阶段,国家中医药管理局将其列为肛肠科 16 种难治病之一^[4],最

终需手术治疗。手术目的是一期手术彻底治愈,同时又能缩短治愈时间,最大限度地保护肛门功能。

目前国内主要采用手指扩肛或内括约肌松解术预防环状痔术后肛门狭窄,但两大类方法均有其不足之处。手指扩肛需要医生用手指在肛内持续按压 5 min 以上,连续数日重复操作,并不适用于实际繁重的临床工作,若缩短单次扩肛时间或减少扩肛次数又不能达到预防的作用。内括约肌松解术是合并在痔疾手术过程中的,采用局部离断或挂线方法松解外括约肌皮下部及部分内括约肌^[5-8];这样虽然免去了后期扩肛的工作负担,但增加了肛门术口范围及深度,提高了术后肛门感染的发生率,如术后换药等处理不当有发生高位肛周脓肿的可能;同时括约肌松解的深度和范围很大程度上取决于医生的个人经验,若对个体的肛门扩张程度判断不足及手术操作失误,有造成术后肛门失禁的可能。

通过手指扩肛法,扩延肛周皮肤周径,松解瘢痕组织,扩大肛管口径,解除内括约肌痉挛,改善局部血液循环,有利于组织营养修复,促进伤口愈合,从而减少局部皮肤引起变性形成狭窄的机会,较好地防止了肛门狭窄的发生,行扩肛后大多数患者排便顺畅,伤口疼痛能明显减轻,也有利于术口愈合^[9];而持续渐进式扩肛法是对传统的手指扩肛法进行改良,保证在术口开始结痂至完全结痂愈合期间(7~10 d)每日不间断、有一定时长的扩肛;并在技术上,减少医务人员的工作量,提高扩肛时患者的舒适度,从而形成操作方便、可行性高、临床易于推广,能广泛应用于环状混合痔术后肛门狭窄的预防方案。

本研究显示:持续渐进式扩肛法临床综合疗效为 100.00%,与对照组(86.67%)相比差异有统计学意义,证实这一方法相较手指扩肛法有更明显的疗效,不论在排便症状评分及肛门指检、肛门直肠压力测定等方面,实验组均明显优于对照组,说明通过持续渐进式扩肛法,有扩延肛周皮肤周径、松解瘢痕组织、扩大肛管口径、解除了内括约肌痉挛的作用,达到预防肛门狭窄的并发症。安全性上,实验组不良反应发生率明显

低于对照组。3 个月后两组有效病例随访,治疗组复发率 3.33%,对照组复发率 20.00%,提示实验组在控制肛门狭窄复发上优于对照组。

通过临床观察,环状混合痔是混合痔中比较严重的一种类型,临床上也比较常见,其手术治疗困难主要是因为病变范围广,切除过多易导致肛门狭窄并发症,切除过少又不能完全消除痔病症,探索一种既可以彻底消除病症,又能预防肛门狭窄的发生是目前治疗环状混合痔的研究方向。我院通过研究持续渐进式扩肛法对环状混合痔术后肛门狭窄的预防效果,为环状混合痔术后防止肛门狭窄并发症出现提供科学、可行、易于推广的预防方案,有待于更深入地临床研究。

参考文献:

- [1] 中华医学会外科学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(2010 修订版)[J].中华胃肠外科杂志,2012,11(3):243-247.
- [2] 文小军,廖毅,易其星,等.棉棒持续扩肛法预防环状混合痔术后肛门狭窄 60 例[J].中国肛肠病杂志,2014,34(1):58-60.
- [3] 周思远,刘婷,覃海知,等.临床常用便秘诊断和疗效评价量表的特征[J].世界华人消化杂志,2013,21(25):2611-2616.
- [4] 林毅,蔡炳勤.中医临床诊治丛书·外科专病分册(第 3 版)(精)[M].北京:人民卫生出版社,2013:421.
- [5] 周钰杰.改良外剥内扎术治疗混合痔 70 例[J].右江民族医学院学报,2013,35(1):38-39.
- [6] 肖运忠.采用分段缝扎加括约肌松解术治疗环状混合痔的效果分析[J].当代医药论丛,2016,14(11):171-172.
- [7] 李小珠.外剥内扎联合断桥缝合术治疗环状混合痔 116 例效果观察[J].右江民族医学院学报,2010,32(5):729-730.
- [8] 方德根.分段小切口横切横缝加括约肌松解术治疗环状痔的体会[J].中国医药指南,2011,8(9):74-75.
- [9] 陆燕芬.手指扩肛法结合致康胶囊外敷治疗肛裂的疗效观察[J].中国医药指南,2016,14(5):173-174.

收稿日期:2016-08-02;修回日期:2016-08-29