



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2017.04.023  
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2017.04.023  
Chinese Journal of General Surgery, 2017, 26(4):537-540.

· 简要论著 ·

# 痔核剥离、溃疡面切除联合内括约肌侧方切断术 治疗 III 期混合痔伴肛裂的疗效分析

戴春红<sup>1</sup>, 朱宝山<sup>1</sup>, 胡宇<sup>1</sup>, 石杰<sup>1</sup>, 孙建庆<sup>1</sup>, 刘丽娜<sup>1</sup>, 姚礼庆<sup>2</sup>, 时强<sup>2</sup>

(1. 黑龙江省大庆市第五医院 肛肠外科, 黑龙江 大庆 163714; 2. 复旦大学附属中山医院 内镜中心, 上海 200032)

## 摘要

**目的:** 探讨痔核剥离、溃疡面切除联合内括约肌侧方切断术治疗 III 期混合痔伴肛裂的疗效。

**方法:** 回顾性分析 2013 年 4 月—2015 年 3 月收治的 96 例 III 期混合痔伴肛裂患者, 其中行痔核剥离、溃疡面切除联合内括约肌侧方切断术 52 例 (治疗组), 行痔核切除联合肛裂切除术 44 例 (对照组)。比较两组患者术中出血量、手术时间、切口愈合时间及术后切口疼痛、切口边缘水肿、远期并发症的发生率, 并随访肛裂复发情况。

**结果:** 治疗组术中出血量较对照组减少 [(10.1 ± 3.0) mL vs. (14.3 ± 2.9) mL,  $t=7.049$ ,  $P<0.05$ ]; 手术时间两组间无统计学差异 [(16.7 ± 2.1) min vs. (17.22 ± 1.4),  $t=1.445$ ,  $P>0.05$ ]。治疗组切口愈合时间优于对照组 [(12.2 ± 0.6) d vs. (16.8 ± 2.6) d,  $t=11.746$ ,  $P<0.05$ ]。治疗组术后切口疼痛、术后切口边缘水肿程度均较对照组轻, 但两组间无统计学差异 ( $\chi^2=3.33$ ,  $P=0.068$ ;  $\chi^2=0.023$ ,  $P=0.897$ )。术后随访 1~2 年, 两组均无肛裂复发, 无肛门松弛; 治疗组无肛周湿疹发生, 对照组有 9 例患者出现肛周湿疹。

**结论:** 痔核剥离、溃疡面切除联合内括约肌侧方切断术治疗 III 期混合痔伴肛裂切口愈合时间短、术后切口疼痛轻、远期并发症的发生率低。

## 关键词

痔, 混合; 肛裂; 内括约肌; 疗效

中图分类号: R657.1

痔疮是肛肠外科常见的一种疾病, 其发病率较高<sup>[1]</sup>。痔的治疗方法较多, 各有其适应证、禁忌证, 若治疗不当会发生较严重的并发症和后遗症<sup>[2-4]</sup>。III 期混合痔伴发肛裂是各种原因所致直肠黏膜、痔核下移脱出肛外, 使肛管皮肤过度扩张导致撕裂形成肛裂<sup>[3-4]</sup>。III 期混合痔伴发肛裂治疗起来更加棘手<sup>[5]</sup>, 国内外手术方式繁多, 但一次性治愈率低, 并发症和后遗症多, 疗程长, 一直是肛肠科研究的热点<sup>[6-7]</sup>。近年来, 黑龙江省大庆

市第五医院肛肠外科采用痔核剥离、溃疡面切除联合内括约肌侧方切断术治疗 III 期混合痔伴发肛裂, 取得良好临床疗效。现回顾分析 96 例 III 期混合痔伴发肛裂的临床治疗资料, 旨在分析对比该术式的优势及安全性和有效性。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取黑龙江省大庆市第五医院 2013 年 4 月—2015 年 3 月收治的 96 例 III 期混合痔伴发肛裂患者。根据手术方式分为两组: (1) 治疗组 52 例, 采用痔核剥离、溃疡面切除联合内括约肌侧方切断术, 其中男 28 例, 女 24 例; 年龄 (43 ± 7) 岁。(2) 对照组 44 例, 采用痔核剥离联合肛裂切除术, 其中男 26 例, 女 18 例; 年龄 (40 ± 8) 岁。两组患者年龄, 性别比例病史等方面差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

**基金项目:** 国家自然科学基金 (青年) 资助项目 (81502000); 上海市自然科学基金 (青年) 资助项目 (15ZR1406800); 上海市科委产学研医合作资助项目 (15DZ1940202)。

**收稿日期:** 2017-02-09; **修订日期:** 2017-03-20。

**作者简介:** 戴春红, 黑龙江省大庆市第五医院主治医师, 主要从事肛肠疾病的诊治方面的研究。

**通信作者:** 时强, Email: shiqiangqy@126.com

## 1.2 诊断标准

参照美国胃肠外科医师协会制定的《痔诊断和治疗指南(2004年)》<sup>[8]</sup>,内痔主要临床表现是出血和脱出,可并发血栓、嵌顿、绞窄及排便困难。外痔主要临床表现为肛门部软组织团块,有肛门不适、潮湿瘙痒或异物感,如发生血栓及炎症可有疼痛。混合痔主要临床表现为内痔和外痔的症状同时存在,严重时表现为环状痔脱出。痔疮的分期<sup>[8]</sup>,即I期,有痔核无脱出;II期,用力排便时有痔核脱出,能自行还纳;III期,用力排便时有痔核脱出,能手助还纳;IV期,痔核脱出,不能回纳。

## 1.3 手术方式

**1.3.1 治疗组 痔核剥离:**用组织钳牵出母痔核,沿痔核自然分界用组织剪从肛缘外1.5 cm处向肛内呈放射状剥离母痔核,至齿状线上方0.5 cm处,用中弯钳钳夹内痔核基底部,7号线沿钳夹处结扎痔核,剪除结扎线远端部分,同法处理其它母痔核;溃疡面切除:放射状剪除肛裂溃疡面,如有哨兵痔和肥大肛乳头则一并剪除;内括约肌侧方切断:沿3点位肛缘外1.0 cm处做长约1.0 cm弧形切口,小弯钳由切口进入,逐渐分离肛管皮下组织至内括约肌,充分游离内括约肌下缘深度约1.0 cm、厚度约0.6 cm,用小弯钳尖端完整挑出并切断;查无活动性出血后加压包扎切口。

**1.3.2 对照组 痔核剥离:**方法同上;肛裂切除术:放射状切除肛裂溃疡面,如有哨兵痔及肥大肛乳头则一并切除,切断外括约肌皮下部,切断内括约肌下缘,长度约1.0 cm;切口包扎方法同上。

## 1.4 术后治疗

两组患者术前半小时内预防性应用抗生素1次,术后进流食2 d,排便后清洗切口,温盐水坐浴15 min,给予生肌膏纱条换药,至切口愈合。术后疼痛者,先给予双氯酚酸钠75 mg口服,效果不佳时,给予盐酸哌替啶50 mg肌肉注射。切口边缘水肿患者给予硝酸洗剂坐浴治疗。

## 1.5 疗效判定标准

按《中医病症诊断疗效标准》<sup>[9]</sup>判断疗效。痊愈:症状消失,无痔核脱出;好转:症状改善,痔体缩小;未愈:症状、体征无变化。疼痛分为以下几级<sup>[5, 10]</sup>:0级,无痛;1级,轻微疼痛,不影响正常的生活和睡眠;2级,中度疼痛,明显的肛门疼痛,影响生活和睡眠,并且有情绪的变化(如:容易发怒),一般的止痛药有效;3级,重

度疼痛,严重影响生活和睡眠,引起自主功能的紊乱,必须使用止痛药。肛门切口水肿分为以下几个等级<sup>[5]</sup>:0级,无水肿,1级,轻度局部水肿,没有影响正常的功能;2级,明显的局部水肿,影响功能。

## 1.6 统计学处理

采用SPSS 16.0软件进行统计学分析,计量资料用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,两组间计量资料比较使用 $t$ 检验,计数资料使用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 术中情况

治疗组术中出血量( $10.1\pm 3.0$ ) mL,对照组为( $14.3\pm 2.9$ ) mL,治疗组较对照组减少,组间差异有统计学意义( $t=7.049, P<0.05$ );治疗组手术时间( $16.7\pm 2.1$ ) min,对照组( $17.22\pm 1.4$ ) min,两组间无统计学差异( $t=1.445, P>0.05$ )。

### 2.2 术后切口愈合时间

治疗组切口愈合时间平均为( $12.2\pm 0.6$ ) d,对照组切口愈合时间平均为( $16.8\pm 2.6$ ) d,治疗组优于对照组,组间差异有统计学意义( $t=11.746, P<0.05$ )。

### 2.3 术后情况

(1) 术后切口疼痛:治疗组术后疼痛需要干预(疼痛分级2~3级)的患者8例;对照组术后切口疼痛需要干预的患者16例,两组间比较无统计学差异( $\chi^2=3.33, P=0.068$ )。但从临床观察来看,治疗组术后切口疼痛较轻,只需口服止痛药物治疗,无需注射止痛药物治疗,而且术后第2天疼痛均缓解;对照组术后切口疼痛普遍较严重,需口服及注射止痛药物治疗的患者16例,其中7例便后疼痛持续时间1周以上,其余患者术后3 d内疼痛缓解。(2) 术后切开边缘水肿:治疗组术后切口边缘水肿(切口水肿分级1~2级)4例,对照组切口边缘水肿3例,两组间比较无统计学差异( $\chi^2=0.023, P=0.897$ )。切口边缘水肿患者均经硝酸洗剂坐浴治疗后好转。

### 2.4 远期随访

术后随访1~2年,治疗组无肛裂复发,无肛门松弛、肛周湿疹等并发症;对照组无肛裂复发,无肛门松弛,有9例患者出现肛周湿疹。

### 3 讨 论

痔是最为常见的直肠肛管良性疾病<sup>[11-12]</sup>。III度混合痔是较为严重的一种肛肠疾病,当伴有肛裂时,病程长,病情重,反复发作,治疗上有一定困难。常规的外剥内扎术1次手术治疗难以彻底,且术后并发症多,复发率高<sup>[13-14]</sup>。III期混合痔伴肛裂的手术方式多样<sup>[5, 15-18]</sup>,术式也不断完善与改进。手术的关键在于既保证肛门的正常功能,又要解除患者症状。切除痔及肛裂的范围过大,易造成肛门狭窄,控便能力下降,术后肛门疼痛,愈合时间较长等不良后果;如果切除痔及肛裂的范围过小,易出现肛门残余组织水肿、复发等情况<sup>[19-20]</sup>。

III期混合痔伴肛裂改进的手术方式目的是在解除患者症状的基础上,减少患者痛苦,缩短愈合时间,减少术后并发症。彭联明<sup>[21]</sup>对116例重度混合痔并肛裂患者进行治疗,观察组58例患者采用内括约肌切断联合PPH切除术,对照组58例患者采用传统外剥内扎加肛裂切除术,观察组手术时间、住院时间、愈合时间、术后疗效评价均优于对照组。焦强等<sup>[22]</sup>报道了83例环状混合痔合并陈旧性肛裂患者,将其随机分为实验组45例、对照组38例,对照组给予传统痔环形切除联合肛裂切除术治疗,实验组给予PPH配合改良肛裂切口扩创术,比较两组患者手术情况、术后疼痛以及并发症发生情况,发现采用PPH配合改良肛裂切口扩创术治疗环状混合痔合并肛裂,对患者创伤小、术后恢复快、不良反应发生率小,从而有效减轻患者的痛苦,是一种较为理想的治疗方式。本文中所谓的改良肛裂切口扩创术是指完成PPH手术后于患者肛门侧方括约肌做1条长约1 cm的放射状切口,将合并有皮下瘻、肛乳头肥大以及哨兵痔一并进行清除,这与我们本组研究有相似之处。

笔者团队在总结国内外经验,汲取中西医的长处,从消除病变、减少复发,又考虑保护肛门自制功能、保全肛门形态,便于换药,同时缩短创面愈合时间等方面入手,设计出本术式,即采用痔核剥离、溃疡面切除联合内括约肌侧方切断术,本术式由痔剥离切除术及肛裂切除术衍生而来,痔合并肛裂的患者,在剥离痔核,将溃疡裂口创面予以清除后,在肛门侧方进行括约肌切断。与既往的手术相比,该术式的关键点在于从肛门侧方进行括约肌切断,而不是像传统手术那

样直接从切除溃疡裂口的创面上进行括约肌的切断。这一关键的改变,使得术后创口小,愈合时间短,且患者痛苦少,而且因为切断括约肌的视野和层次更加的清晰,所以疗效更加确切,肛门溢液的发生率也较低,值得临床推广。

目前在III~IV混合痔病的手术治疗中,痔上黏膜切除术(procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)<sup>[5]</sup>因疗效显著、痛苦轻、恢复快,是治疗痔病的重要方法之一。而对于广大基层医院来说,PPH手术费用相对较高,不适合推广。而本手术方式是在既往传统的“内扎外剥”的手术方式基础上改进而来,通过单中心的临床资料回顾性分析,该方法切口愈合时间短、术后切口疼痛轻、远期并发症的发生率低,价格也相对低廉,适合在基层医院开展。

### 参考文献

- [1] 吕广卫. 痔上黏膜环切吻合术治疗混合痔[J]. 中国普通外科杂志, 2012, 21(4):490-491.  
Lu GW. Circumferential mucosal excision for mixed hemorrhoids[J]. Chinese Journal of General Surgery, 2012, 21(4):490-491.
- [2] 李胜龙, 尹廷宝, 杨俊明, 等. 痔上黏膜环切钉合术治疗重度痔[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(9):689-692.  
Li SL, Yin TB, Yang JM, et al. The clinical application of stapled prolapsectomy(PPH) for severe hemorrhoids: a report of 153 cases[J]. Chinese Journal of General Surgery, 2006, 15(9):689-692.
- [3] Huang HX, Yao YB, Tang Y, et al. Application of 'tying, binding and fixing operation' in surgical treatment of severe mixed hemorrhoids[J]. Exp Ther Med, 2016, 12(2):1022-1028.
- [4] Leardi S, Pessia B, Mascio M, et al. Doppler-Guided Transanal Hemorrhoidal Dearterialization (DG-THD) Versus Stapled Hemorrhoidopexy (SH) in the Treatment of Third-Degree Hemorrhoids: Clinical Results at Short and Long-Term Follow-Up[J]. J Gastrointest Surg, 2016, 20(11):1886-1890.
- [5] Lu M, Shi GY, Wang GQ, et al. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy with anal cushion suspension and partial internal sphincter resection for circumferential mixed hemorrhoids[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(30):5011-5015. doi: 10.3748/wjg.v19.i30.5011.
- [6] 董倩倩. 外剥内扎加挂线法预防环状混合痔术后肛门狭窄[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7(3):103. doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2009.03.081.  
Dong QQ. External dissection and internal ligation plus thread cutting method for prevention of anal stricture after operation for circumferential mixed hemorrhoids[J]. Chinese Medicine Modern Distance Education of China, 2009, 7(3):103. doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2009.03.081.

- [7] Ho YH, Cheong WK, Tsang C, et al. Stapled hemorrhoidectomy--cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months[J]. *Dis Colon Rectum*, 2000, 43(12):1666-1675.
- [8] Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement: Diagnosis and treatment of hemorrhoids[J]. *Gastroenterology*, 2004, 126(5):1461-1462.
- [9] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准[S]. 1994-04-20.  
State Administration of Traditional Chinese Medicine. People's Republic of China national standards for the management of traditional Chinese medicine[S]. 1994-04-20.
- [10] Joshi GP, Neugebauer EA. Evidence-based management of pain after haemorrhoidectomy surgery[J]. *Br J Surg*, 2010, 97(8):1155-1168. doi: 10.1002/bjs.7161.
- [11] Hardy A, Chan CL, Cohen CR. The surgical management of haemorrhoids--a review[J]. *Dig Surg*, 2005, 22(1/2):26-33.
- [12] Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management[J]. *World J Gastroenterol*, 2012, 18(17):2009-2017. doi: 10.3748/wjg.v18.i17.2009.
- [13] 陈志康, 陈子华, 伍韶斌, 等. 自动胶圈套扎法与传统手术切除治疗III期内痔的比较分析[J]. *中国普通外科杂志*, 2007, 16(4):402-403.  
Chen ZK, Chen ZH, Wu SB, et al. Comparative analysis of automatic rubber band ligation and conventional surgical excision of stage III internal hemorrhoids[J]. *Chinese Journal of General Surgery*, 2007, 16(4):402-403.
- [14] 刘扬, 刘青, 杨润清, 等. PPH联合外剥内扎术及皮桥整形术治疗重度环状混合痔的临床疗效观察[J]. *中国普通外科杂志*, 2015, 24(2):297-299. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.02.029.  
Liu Y, Liu Q, Yang RQ, et al. The clinical observation on efficacy of PPH combined with Milligan-Morgan hemorrhoidectomy and skin bridge anoplasty in treatment of severe circumferential mixed hemorrhoids[J]. *Chinese Journal of General Surgery*, 2015, 24(2):297-299. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.02.029.
- [15] 熊亚星, 李慈春. 外剥内扎断桥缝合术治疗重度环状混合痔[J]. *中国普通外科杂志*, 2004, 13(7):559-560.  
Xiong YX, Li CC. A new method for severe cycle mixing hemorrhoid[J]. *Chinese Journal of General Surgery*, 2004, 13(7):559-560.
- [16] 吴君辉, 陈道瑾, 钱立元, 等. 直肠下端黏膜环切术治疗痔疮的临床观察[J]. *中国普通外科杂志*, 2002, 11(9):573-574.  
Wu JH, Chen DJ, Qian LY, et al. The clinical investigation of lower rectal circumferential mucosectomy for hemorrhoids[J]. *Chinese Journal of General Surgery*, 2002, 11(9):573-574.
- [17] Scheyer M, Antonietti E, Rollinger G, et al. Hemorrhoidal artery ligation (HAL) and rectoanal repair (RAR): retrospective analysis of 408 patients in a single center[J]. *Tech Coloproctol*, 2015, 19(1):5-9. doi: 10.1007/s10151-014-1246-5.
- [18] Abe T, Hachiro Y, Ebisawa Y, et al. Distal hemorrhoidectomy with ALTA injection: a new method for hemorrhoid surgery[J]. *Int Surg*, 2014, 99(3):295-298. doi: 10.9738/INTSURG-D-13-00236.1.
- [19] 贺平, 陈宏亮. 吻合器痔上黏膜环切钉合术与Milligan-Morgan术治疗脱垂性痔的Meta分析[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2015, 18(12):1224-1230. doi: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2015.12.011.  
He P, Chen HL. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing procedure for prolapse and hemorrhoids with Milligan-Morgan hemorrhoidectomy in the treatment of prolapsed hemorrhoids[J]. *Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2015, 18(12):1224-1230. doi:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2015.12.011.
- [20] 姚礼庆, 钟芸诗, 任重. 吻合器痔上黏膜环切钉合术15年疗效再评估[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2012, 15(12):1211-1213. doi:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2012.12.001.  
Yao LQ, Zhong YS, Ren Z. Re-evaluation of the application of procedure for prolapse and hemorrhoids in the last 15 years[J]. *Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2012, 15(12):1211-1213. doi:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2012.12.001.
- [21] 彭联明. 内括约肌切断联合吻合器痔上黏膜环切术治疗重度混合痔并肛裂的可行性及有效性评价[J]. *中国基层医药*, 2015, 22(19):2990-2992. doi:10.3760/cma.j.issn.1008-6706.2015.19.034.  
Peng LM. The feasibility and effectiveness of the intersphincterotomy combined with PPH in the treatment of severe mixed hemorrhoids and anal fissure[J]. *Chinese Journal of Primary Medicine and Pharmacy*, 2015, 22(19):2990-2992. doi:10.3760/cma.j.issn.1008-6706.2015.19.034.
- [22] 焦强, 邱光明, 周明珠. PPH配合改良肛裂切口扩创术治疗环状混合痔合并肛裂的临床观察[J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2016, 37(13):1673-1675.  
Jiao Q, Qiu GM, Zhou MZ. Clinical observation on treating circumferential mixed hemorrhoids complicated with invasive anal fissure by using PPH and modified incision of anal fissure[J]. *Journal of Qiqihar University of Medicine*, 2016, 37(13):1673-1675.

( 本文编辑 姜晖 )

**本文引用格式:** 戴春红, 朱宝山, 胡宇, 等. 痔核剥离、溃疡面切除联合内括约肌侧方切断术治疗III期混合痔伴肛裂的疗效分析[J]. *中国普通外科杂志*, 2017, 26(4):537-540. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2017.04.023

**Cite this article as:** Dai CH, Zhu BS, Hu Y, et al. Analysis of therapeutic effects of hemorrhoid dissection and resection of ulcer surface combined with lateral division of internal sphincter for stage III mixed hemorrhoids combined with anal fissure[J]. *Chin J Gen Surg*, 2017, 26(4):537-540. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2017.04.023