

• 基层医生园地 •

混合痔手术中外痔剥切缝合术的应用效果分析

福建省漳浦县中医院 (漳州 363200) 王煌滨

林晓燕 黄娜珊

混合痔是临床常见、多发的肛肠疾病之一, 如何有效治疗混合痔并缩短创面愈合时间一直是肛肠学科不断努力的方向。Milligan-Morgan 术是治疗混合痔的经典术式^[1], 目前仍是临床治疗Ⅲ~Ⅳ混合痔的手术金标准^[2]。传统的 Milligan-Morgan 术外痔创面采用开放敞开形式, 整体疗效虽安全、有效, 但存在术后疼痛剧烈、住院时间长、愈合时间久等缺点。基于此, 外痔传统的开放性术式逐渐被外痔剥切缝合术所取代, 该治疗手段除具有微创外, 还可达到为肛门整形美容的效果, 肛门功能和外形能得到最大化保留, 同时患者术后痛苦亦可明显减轻, 在治疗的成效上具有显著性。本文收集我院手术治疗的 212 例混合痔患者的临床资料, 对混合痔手术中外痔剥切缝合术治疗成效进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取本院 2021 年 6 月至 2022 年 6 月混合痔住院患者 212 例, 其中, 混合痔合并赘皮外痔 59 例, 合并静脉曲张外痔 80 例, 合并血栓性外痔 73 例。纳入标准: 1) 诊断符合《中国痔病诊疗指南 (2020)》, 年龄 20~75 岁, 经保守治疗无效, 同意手术且签署知情同意书; 2) 肛门形态、功能无异常, 既往无肛肠疾病手术史。排除标准: 1) 并发有肛裂、肛瘘、肛周脓肿、尖锐湿疣等其他肛门疾病者; 2) 既往有肛门手术史者; 3) 孕产妇、肝肾功能严重不全患者, 及伴有严重高血压病、糖尿病、冠心病等严重慢性疾病患者。患者随机分为治疗组和对照组各 106 例。治疗组: 男 52 例, 女 54 例; 年龄 (36.88±11.55) 岁; 病程 (10.06±7.49) 年; 合并赘皮外痔 30 例, 合并静脉曲张外痔 38 例, 合并血栓性外痔 38 例。对照组: 男 49 例, 女 57 例; 年龄 (37.35±10.34) 岁; 病程 (10.37±6.51) 年; 合并赘皮外痔 29 例, 合并静脉曲张外痔 42 例, 合并血栓性外痔 35 例。两组患者性别、年龄、病程、病情等一般资料具有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 方法: 术前完善相关检查, 术前 6 h 内禁饮、禁食, 手术前常规用开塞露 20 mL 灌肠通便, 排净大小便。两组患者均取截石位, 椎管内麻醉生效后常规外科消毒肛周皮肤, 铺无菌孔巾, 用肛门镜检查痔核的大小、数目、部位并用碘伏棉球消毒。1) 治疗组: 根据患者内痔脱出情况及混合痔环绕肛周情况选择以下两种术式。①内痔套扎外痔剥切缝合: 在喇叭型肛镜下, 内痔用一次性弹力套扎器根据痔核脱垂情况分别于痔上黏膜或痔核上方行倒三角式、串联式等套扎法; 外痔则用一中钳夹内痔对应外痔中央部分, 做一放射状梭形切口至齿线处, 剥除皮下静脉丛等病变组织, 外切口予间断缝合, 其中第一针缝合部位为肛白线位置以达到重

建括约肌间沟的目的, 同法手术处理其余外痔; 若外痔跨 12 点或 6 点, 则做弧形切口, 并间断缝合。检查切口无活动性出血点, 肛内塞入壳聚糖抗菌栓, 外痔创面用凡士林加云南白药纱条外敷, 塔形纱布加压包扎, 宽胶布固定。②TST 联合外痔切除缝合: 扩肛后观察痔核数目、位置, 选择合适肛门镜 (单开、双开、三开式) 置入后显露痔核, 在齿状线上 3 cm 处用 2.0 可吸收线间断缝合, TST 微创吻合器置入直肠, 荷包线各点位缝合, 挂线依次打结, 用勾线器将线端自吻合器侧孔中勾出, 两线打结后用血管钳夹住尾端, 术者旋紧吻合器同时助手牵引两线, 尽可能将痔核组织牵进吻合器钉槽中, 击发吻合器等待 40 s 后, 拔出吻合器并检查有无活动性出血, 于黏膜桥用可吸收线“8”字缝合; 女性击发前要确认阴道后壁完整, 外痔与治疗组内痔套扎外痔剥切缝合术操作相同。术后第 2 天拆除外痔缝合线。2) 对照组: 外痔用一中钳夹内痔对应外痔中央部分, 做一放射状梭形切口至齿线处, 剥除皮下静脉丛等病变组织, 创面成内小外大开放状态, 内痔的治疗按治疗组方法执行。

术后处理: 两组术后处理相同。术后每日早晚中药坐浴、换药 2 次。用马应龙痔疮膏 (马应龙药业集团股份有限公司, 国药准字 Z42021920) 外涂, 九华痔疮栓 (江西九华药业有限公司, 国药准字 Z36020577) 纳肛。

1.3 观察指标: 详细记录治疗组和对照组以下指标。1) 术前疼痛评分、手术当天疼痛评分、首次排便时疼痛评分; 2) 镇痛药应用频次; 3) 术后出血及肛缘水肿情况; 4) 住院天数、重返日常活动工作时间; 5) 外痔切口愈合时间。其中疼痛评分以病人主观感受进行评分, 将患者自述的疼痛程度用直观模拟标度尺 (10 cm) 测量, 尺子的左端从“0”开始, 表示无疼痛, 最右端为“10”提示剧烈疼痛、难以忍受。

1.4 统计学方法: 采用 SPSS 18.0 软件进行分析。计量资料用均数±标准差表示, 符合正态分布行 t 检验, 非正态分布用秩和检验; 计数资料行卡方检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术前疼痛情况: 手术前, 对照组和治疗组疼痛评分 [(5.28±1.02) 分 vs. (5.29±0.92) 分] 比较, 差异无统计学意义 ($t=0.071$, $P=0.994$)。

2.2 术后疼痛情况: 术后治疗组手术当晚疼痛评分、首次排便疼痛评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 术后 1、2 周治疗组疼痛评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 1。

表 1 两组患者术后疼痛情况比较 ($n=106$, 分, $\bar{x}\pm s$)

组别	手术当晚 疼痛评分	首次排便 疼痛评分	术后 1 周 疼痛评分	术后 2 周 疼痛评分
对照组	3.20±1.48	3.07±1.33	2.75±1.04	2.03±0.89
治疗组	4.12±1.33	3.75±1.18	2.10±0.99	0.86±0.67
t 值	4.781	3.941	4.584	10.833
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 镇痛药使用频次：治疗组 2 周内镇痛药使用频次少于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$ ，表 2)。

表 2 两组患者 2 周内镇痛药应用频次比较 ($n=106$, $\bar{x} \pm s$)

组别	最大值/次	最小值/次	镇痛药应用频次	t 值	P 值
对照组	10	5	6.52 ± 1.80	7.375	<0.001
治疗组	7	4	5.04 ± 0.99		

2.4 出血、肛缘水肿发生率：治疗组术后出血发生率与对照组比较无变化，肛缘水肿发生率低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$ ，表 3)。

**表 3 两组患者术后出血、肛缘水肿发生率比较
[$n=106$, n (%)]**

组别	术后出血	肛缘水肿	总发生率
对照组	5 (3.92)	10 (5.88)	15 (9.80)
治疗组	4 (9.80)	3 (18.75)	7 (19.61)
χ^2 值	0.116	4.015	3.246
P 值	0.733	0.045	0.072

2.5 住院天数、重返日常活动工作时间：治疗组患者住院天数、重返日常活动工作时间短于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$ ，表 4)。

**表 4 两组患者住院天数、重返日常活动工作时间比较
($n=106$, $\bar{x} \pm s$)**

组别	住院天数/d	重返日常活动工作时间/d
对照组	7.01 ± 0.96	20.58 ± 7.85
治疗组	5.10 ± 1.01	13.74 ± 5.52
t 值	14.047	7.338
P 值	<0.001	<0.001

2.6 外痔切口愈合时间、治愈率：治疗组患者外痔切口愈合时间短于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；两组治愈率比较的差异无统计学意义。见表 5。

**表 5 两组患者外痔切口愈合时间、治愈率比较
($n=106$)**

组别	(最小值/最大值) / d	外痔切口愈合时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	治愈率/ %
对照组	14/30	21.73 ± 3.16	94.34
治疗组	7/16	12.39 ± 2.52	91.51
t/χ^2 值		2.896	0.646
P 值		<0.001	0.422

3 讨论

痔是临床上最常见的肛肠疾病之一，根据我国中医肛肠学会组织的疾病普查结果显示，国内肛肠疾病总的发病率为 59.1%，痔的发病率最高，占国内所有肛肠疾病的 87.25%，其中混合痔发病率为 21.05%^[3]。由于直肠上下

静脉丛相互吻合，静脉曲张时相互影响，使上下静脉丛均发生曲张，从而形成跨齿状线的混合痔^[4]，主要表现为内痔和外痔的症状同时存在。痔的各种手术方式之中，最早出现的是痔切除术，后于 1937 年被 Milligan 和 Morgan 改良，成为经典的 Milligan-Morgan 手术，国内称为外剥内扎术；但由于该术式创面呈开放状态，故存在愈合时间长，易伴发术后疼痛明显、出血、水肿等缺点^[5]。

多数学者认为，外痔创面缝合易使粪便中的细菌在密闭环境中繁殖，污染创面，应使创面保持开放状态以利引流。陆森炯等^[6]提出，若围手术期操作规范、术中无违反无菌原则、术后创面及时换药及敷料保护，可避免术后创面感染的风险，从而提倡内痔结扎外痔切除一期缝合术，术后 5~7 d 拆线。本研究不同于一期缝合术，要求缝线松弛，追求皮肤对合良好即可，并于术后第 2 天拆除外痔缝合线，在最大程度上降低术后创面感染风险的同时，减少因缝合张力大而导致的排便疼痛加剧。本次研究中治疗组手术当晚及首次排便创面疼痛评分均高于对照组。有学者认为，组织受损时感受器遭受到强烈机械刺激时会产生短时间疼痛^[7]，故考虑与开放性创面对比，缝合创面在未拆除缝合线前会受到缝线的异物刺激，行走时肛周皮肤创面与缝线相互摩擦，排便时粪便与缝线的联合刺激等，均会增加患者肛门局部不适感，甚至导致患者肛管不自主收缩，使疼痛加剧。术后 1、2 周治疗组创面疼痛评分及 2 周内镇痛药使用频次明显低于对照组。说明，缝合外痔创面使切口两侧皮肤对合良好，创面毛细血管自创缘及底部生长，成纤维细胞增生，促进创面组织修复与再生，拆除缝合线后，肉芽组织依然可使创缘两端继续向心性生长，保持创面面积小于对照组，可减轻外界对创面的刺激；而外痔创面呈开放状态时，创面面积大，损伤多，易受到粪便摩擦刺激，部分患者因排便疼痛明显而惧怕排便引起便秘，导致排出粪便质干硬，增加对创面的疼痛刺激。同时在愈合过程中，患者日常工作活动行走摩擦创面，亦增加疼痛不适感。且由于治疗组外创面损伤小于对照组，炎性介质释放减少，拆除缝合线后肉芽组织生长迅速，疼痛缓解促进形成良好的排便习惯，从而减少粪便对新生组织的损伤。综合以上原因故治疗组创面愈合时间明显短于对照组。

肛缘水肿是混合痔术后常见并发症之一，发生率可高达 38.58%^[8]，具体形成原因复杂，说法不一。有学者认为，手术切口设计不合理，术后引流不充分，切口皮瓣偏斜，对合不对称等易导致皮瓣静脉及淋巴回流受阻，从而引起水肿^[9-10]。张西玲等^[11]发现，开放性创面的肛周血管受损严重，炎性介质释放增多，炎性渗出增加，从而导致肛缘水肿发生率升高。本研究结果显示，治疗组术后肛缘水肿发生率低于对照组，差异有统计学意义。考虑治疗组在进行外痔创面缝合前，需彻底剥除皮下静脉团、血栓等组织，减小缝合张力，并将多余皮瓣切除，可有效降低肛缘水肿的风险。若水肿发生率降低，因水肿引起的创面疼痛亦可得到有效缓解，且有学者提出当疼痛减轻时，患者惧怕排便的恐惧心理会得到明显缓解，形成良性的排便习惯，防止因疼痛而不能快速排出粪便导致便秘，从而减轻因排便时间长、用力排便引起肛周局部压力增加，血液回流受阻产生的水肿^[12]。研究结果表明，两组患者术后出血发生率比较的差异无统计学

意义,这是因为两组针对内痔的手术方法相同,出血原因主要包括剪除结扎线上方痔组织过多或结扎线未扎紧导致术后结扎线过早脱落;胶圈套扎时套扎组织体积过小,术后胶圈滑脱;缺血坏死的痔核组织脱落,新鲜创面若血管口开放,剧烈活动或排便异常时易见明显出血;吻合钉异常脱落、吻合口撕裂等。以上本研究所见的出血情况与葛昊等^[13]总结的混合痔术后出血病因相吻合。在患者术后疼痛减轻、创面水肿明显改善、创面愈合速度快,且若护理得当,出血风险下降,出血量明显减少等情况下,患者住院天数亦明显减少,有利于患者早日重返日常活动工作。

总之,与传统 Milligan-Morgan 术相比,混合痔中外痔行剥切缝合术式在减轻患者术后疼痛、减少术后肛缘水肿、缩短住院时间及创面愈合时间等方面具有明显优势。

参考文献

- [1] Shuai F, Chun-hong M. Clinical curative effect observation of III-IV degree mixed hemorrhoids treated by procedure for prolapse and hemorrhoids plus external hemorrhoidectomy [J]. Contemporary Medicine, 2017, 23 (2): 109-112.
- [2] Gallo G, Martellucci J, Sturiale A, et al. Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease [J]. Techniques in Coloproctology, 2020, 24 (2): 145-164.
- [3] 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.
- [4] 陈民藩, 石荣, 蔡而玮, 等. 陈民藩学术思想与临证经验 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 34.
- [5] 李春雨, 姜可伟. 肛肠外科学 [M]. 北京: 科学出版社, 2016: 41-42.
- [6] 陆森炯, 褚卫建, 夏瑜, 等. 内痔结扎外痔切除一期缝合术治疗混合痔 50 例临床观察 [J]. 中国现代医生, 2017, 55 (26): 51-54.
- [7] 丁维, 孙瑶然, 邹松. 痔术后疼痛的中西医研究概况 [J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31 (5): 722-726.
- [8] 董文双, 师文霞, 轩晶晶. 混合痔外剥内扎术后患者肛缘水肿发生状况及其影响因素 [J]. 中国肛肠病杂志, 2021, 41 (1): 30-32.
- [9] 向广阳, 欧昌柏, 张晓威, 等. 混合痔行外剥内扎术后肛缘水肿的相关危险因素分析 [J]. 中国医药指南, 2020, 18 (14): 38-40.
- [10] 梁彪, 高家治, 施展. 肛肠疾病术后并发症的预后因素研究进展 [J]. 亚太传统医药, 2022, 18 (9): 191-196.
- [11] 张西玲, 郭萌军, 张欣. 适形缝合术治疗重度混合痔的临床效果观察 [J]. 结直肠肛门外科, 2018, 2 (5): 476-480.
- [12] 叶玮, 李霞. 混合痔患者外剥内扎术后肛缘水肿发生情况及危险因素分析 [J]. 中国基层医药, 2022, 29 (10): 1540-1543.
- [13] 葛昊, 吴燕兰, 吴崑岚, 等. 丁氏痔科治疗混合痔术后反复出血的临证经验拾粹 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2022, 28 (3): 412-414.

乳腺彩超与钼靶 X 线在基层医院女性乳腺癌筛查中的应用效果

福建省大田县妇幼保健院 (大田 366100) 刘秋厘
马晓红 陈秋梅

我国乳腺癌在农村地区发病率较低,但死亡率却高于城市地区,在基层医院推广乳腺癌筛查,对乳腺癌的早期发现有着重要意义。目前在基层医院女性乳腺癌筛查的模式主要是以临床触诊和乳腺彩超筛查为主,钼靶 X 线筛查为辅。本文收集 2018 年 1 月至 2022 年 6 月在我院基于临床触诊和乳腺彩超筛查为主,钼靶 X 线筛查为辅的模式中发现的 101 例疑似乳腺癌患者资料,探讨乳腺彩超与乳腺钼靶 X 线检查在基层医院女性乳腺癌筛查中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选择 2018 年 1 月至 2022 年 6 月在我院进行全县农村妇女免费乳腺筛查、单位职工乳腺癌筛查及乳腺科门诊的群体中 35~64 岁的 45 530 名女性为筛查对象。本文乳腺彩超及乳腺钼靶 X 线的检查结果 BI-RADS 评估分类标准参照《中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范 (2017 版)》^[1]。选择从 45530 名女性筛查对象中发现的 101 例疑似乳腺癌患者作为研究对象。纳入标准:1) 经经验丰富的临床医生初步诊断疑似乳腺癌;2) 35~64 岁的女性;3) 符合病理活检指征;4) 知情同意,自愿配合各项检查及病理活检。排除标准:1) 精神疾病患者;2) 妊娠期或哺乳期女性;3) 乳腺钼靶 X 线检查禁忌者。

1.2 方法:入选的 101 例患者先后行临床乳腺触诊、乳腺彩超、钼靶 X 线检查,完成检查后,医生引导所有患者到上级专科医院就医并接受穿刺病理活检,以病理活检作为金标准,分别计算乳腺彩超、钼靶 X 线、乳腺彩超联合钼靶 X 线诊断乳腺癌的敏感性、特异性、准确度。检查方法:1) 乳腺临床触诊:由经验丰富的临床医生对受检者的双侧乳房和腋窝淋巴结进行手检,在触诊过程中发现乳头凹陷、乳头溢液、乳头湿疹和乳房边界不清团块、肿块等异常者进行后续重点筛查。2) 乳腺彩超:采用飞利浦 IU22 彩色多普勒超声诊断仪和 GE Voluson E8 彩色多普勒超声诊断仪的高频探头。由高年资医生检查,双侧乳腺进行反复扇形交叉扫描,重点观察肿块内部回声和血流情况,记录患者的肿块数量、部位、形态、大小、边缘、内部回声、血流情况等,同时也对腋窝、锁骨上淋巴结进行扫查。3) 乳腺钼靶 X 线:采用数字化钼靶摄影机 (万东),型号 DM-2A。由高年资医生对受检者的双侧乳腺进行头尾位 (CC 位) 和内外侧斜位 (MLO 位) 拍摄。检查结果判定:乳腺钼靶 X 线及乳腺彩超检查完成后,检查结果、图像资料均由 2~3 名高年资医生阅片,将各自的诊断意见给出,诊断意见统一时可以直接确诊。诊断意见存在分歧时,需要交由上级医生阅片,并给出确诊意见。检查结果分别根据乳腺超声及钼靶 X 线的 BI-RADS 分类判定检查结果的良恶性。本方案中,将 BI-RADS