

· 临床研究 ·

# 扩肛术在缓解混合痔术后并发症中的作用观察

施艳姣, 彭澎, 季小健

南通大学附属南京江北人民医院肛肠科, 江苏 南京 210048

**摘要:** **目的** 观察扩肛术对治疗混合痔术后并发症的作用。**方法** 将南京江北人民医院 2016 年 10 月至 2018 年 1 月收治的 48 例混合痔患者随机分为治疗组和对照组, 每组 24 例。对照组采用混合痔外切内扎术; 治疗组采用先扩肛术再混合痔外切内扎术。观察两组患者术后第一次排便及术后 7 d 时的疼痛、术后创面水肿及出血等情况。**结果** 两组术后第一次排便及术后 7 d 比较差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 治疗组显著低于对照组。两组术后第一次排便创面水肿情况比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 治疗组明显优于对照组。但术后 7 d 创面水肿情况比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。两组术后第一次排便及术后 7 d 创面出血评分比较差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 治疗组明显低于对照组。**结论** 在混合痔术前先行扩肛术可缓解术后疼痛, 减少创面水肿及出血, 对缓解混合痔术后并发症疗效显著。

**关键词:** 痔; 扩肛术; 术后并发症; 疼痛; 创面水肿; 创面出血

**中图分类号:** R 657.1<sup>+</sup>8 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2019)03-0395-03

## Effect of anal dilatation in relieving the complications after operation of mixed hemorrhoids

SHI Yan-jiao, PENG Peng, JI Xiao-jian

Anorectal Department, Nanjing Jiangbei People's Hospital Affiliated to Nantong University, Nanjing, Jiangsu 210048, China

**Abstract: Objective** To observe the effect of anal dilatation on postoperative complications of mixed hemorrhoids.

**Methods** Forty-eight patients with mixed hemorrhoids who received treatment at Nanjing Jiangbei People's Hospital from October 2016 to January 2018 were randomly divided into treatment group and control group ( $n = 24$ , each). The external incision and internal ligation of mixed hemorrhoids was performed in control group, while it was conducted after anal dilatation in treatment group. The postoperative pain at first defecation and 7 days after operation, wound edema and bleeding were observed in both groups. **Results** The pain at first defecation and 7 days after operation in treatment group significantly decreased compared with control group ( $P < 0.05$ ). Compared with control group, wound edema significantly reduced at postoperative first defecation in treatment group ( $P < 0.05$ ), however, there was no statistical difference in it 7 days after surgery ( $P > 0.05$ ). Wound bleeding volume in treatment group was significantly lower than that in control group at above-mentioned two time points ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Anorectal dilatation before mixed hemorrhoids operation can alleviate postoperative pain, reduce marginal edema and wound bleeding which is effective in relieving postoperative complications.

**Key words:** Hemorrhoid; Anal dilatation; Postoperative complications; Pain; Wound edema; Wound bleeding

混合痔, 指内外痔静脉丛曲张, 相互沟通吻合, 使内痔和外痔部分形成一整体者。主要是好发在患者的肛门截石位 3、7、11 点处, 通常以 11 点处比较常见。如便血、肛内肿物脱出、肛门坠胀、异物感或疼痛等<sup>[1]</sup>。而混合痔术后常见并发症主要有术后疼痛、术后水肿及术后出血, 当然也有极少数尿潴留<sup>[2]</sup>。临床中, 笔者在混合痔外切内扎术前先进行扩肛术, 减少混合痔术后产生并发症方面有着较好的疗效。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 10 月至 2018 年 1 月因混合痔住院手术治疗的患者共 48 例。采用随机数字表的方法分为治疗组和对照组, 每组 24 例。治疗组男 10 例, 女 14 例, 年龄 24 ~ 61 ( $40.66 \pm 11.39$ ) 岁, 病程 1 ~ 12 年。对照组男 10 例, 女 14 例, 年龄 18 ~ 64 ( $38.21 \pm 13.43$ ) 岁, 病程 1 ~ 14 年。两组患者

性别、年龄、病程等资料对比不存在显著性差异( $P > 0.05$ )。

## 1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 参照 2006 年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分会和中国中医药结合学会肛肠分会联合制定的《痔临床诊治指南》中混合痔的诊断标准<sup>[3]</sup>。

1.2.2 纳入标准 (1)符合混合痔诊断标准,并且内痔属于 II ~ IV 期,有手术指征;(2)患者及家属同意并签字的;(3)年龄 18 ~ 65 岁。

1.2.3 排除标准 (1)合并其他直肠肛管疾病者,如脓肿、直肠黏膜脱垂、肛裂等;(2)合并炎症性肠病、肠结核等肠道病;(3)肛管、直肠有占位性病变者;(4)伴有严重心脑血管疾病、肝肾功能不全和血液系统疾病者;(5)妊娠或哺乳期妇女;(6)患有精神类疾病,无法配合检查和治疗者。

## 1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 单纯运用混合痔外切内扎手术进行治疗。具体步骤:在手术之前要先清洁灌肠,患者取侧卧位,腰麻,常规消毒,铺巾,充分暴露手术视野。选较大痔核,分别做“V”型切口,钝性分离至齿线上,7 号线结扎并切除残端;对较小痔核用爱丽丝钳于齿线上钳夹内核部分,并用小弯钳钳夹基底部分,7 号线结扎并切除。术中注意,各切口之间需保留正常黏膜桥和皮桥至少 0.5 cm<sup>[4]</sup>;遵循先大后小原则<sup>[5]</sup>,先处理大痔核再处理小痔核,必要时小痔核暂不处理以确保留有足宽皮桥;结扎痔核残端不能在同一平面上。

1.3.2 治疗组 先进行扩肛术后再进行混合痔外切内扎术。具体操作如下:第一步行扩肛术:术前予以清洁灌肠,患者取侧卧位,腰麻,常规消毒,铺巾,充分暴露手术视野,润滑后,在 2 指放入肛门 1/2 处探查纤维环,减少肛管新创后,用 2 指指腹间挤压一段肛管扩开纤维环时有钝性撕纸样传导感,继之再向肛内深入 2 中指,使其压住后方耻骨直肠肌为交点,再用食指扩之,以进 4 指无明显裹指感<sup>[6]</sup>为度,停顿维持 5 min;整个过程用力均匀,不可粗暴。第二步行混合痔外切内扎术,具体操作同对照组。

1.4 观察指标 观察两组患者术后第一次排便时及术后 7 d(根据出院后门诊复诊观察)的疼痛、创面水肿及创面出血情况。以评分量表的方式记录。(1)术后疼痛:采用 VAS 法,利用视觉模拟评分尺,在其背面有 0 ~ 10 这样的数字,患者在评分尺的正面将自己疼痛的地方标示出来,然后经由医生做好记录,将对应的数字写下来。评分标准:0 分代表的是无痛;3 分以下为可耐受轻度疼痛;4 ~ 6 分为疼痛可耐

受但少许影响睡眠;7 ~ 10 分疼痛强难忍,影响睡眠。(2)创面水肿:0,不肿;I,轻度水肿,周围组织轻度隆起,即水肿距切缘小于 0.5 cm,高出皮肤小于 0.5 cm;II,中度水肿,周围组织中度隆起,皮纹不明显,即距肛缘 0.5 ~ 1.0 cm,高出皮肤 0.5 ~ 1.0 cm;III,重度水肿,周围组织重度隆起,皮纹消失,即距肛缘大于 1.0 cm,高于皮肤大于 1.0 cm<sup>[7]</sup>。(3)术后出血:(参照 1975 年全国学术会议制定的统一标准)不出血,记为 0 分;便纸血,记为 1 分;10 滴以下渗血,记为 2 分;10 滴以上出血,记为 3 分。

1.5 统计学方法 运用软件 SPSS 19.0 进行分析处理,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,运用  $t$  检验;计数资料运用  $\chi^2$  检验;等级资料运用秩和检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组疼痛评分比较 两组术后第一次排便及术后 7 d VAS 评分比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),治疗组显著低于对照组。见表 1。

2.2 两组创面水肿分级比较 两组术后第一次排便创面水肿情况治疗组明显优于对照组( $P < 0.05$ )。但术后 7 d 创面水肿情况对比差异无任何统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 2。

2.3 两组出血评分比较 两组术后第一次排便及术后 7 d 创面出血评分比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),治疗组明显低于对照组。见表 3。

表 1 两组术后第一次排便及术后 7 d 肛门疼痛 VAS 评分比较 ( $n = 24$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	术后第一次排便	术后 7 天
对照组	4.71 ± 2.74	3.58 ± 2.23
治疗组	2.67 ± 1.58	1.21 ± 1.06
$t$ 值	3.161	4.719
$P$ 值	0.003	0.000

表 2 两组术后第一次排便及术后 7 d 创面水肿分级比较 ( $n = 24$ , 例)

组别	术后第一次排便				术后 7 d			
	0	I	II	III	0	I	II	III
对照组	16	4	2	2	17	4	2	1
治疗组	22	1	1	0	22	2	0	0
$Z$ 值	2.123				1.912			
$P$ 值	0.034				0.056			

表 3 两组术后第一次排便及术后 7 d 创面出血评分比较 ( $n = 24$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	术后第一次排便	术后 7 d
对照组	0.96 ± 0.75	0.46 ± 0.66
治疗组	0.50 ± 0.59	0.17 ± 0.38
$t$ 值	2.352	2.624
$P$ 值	0.023	0.012

### 3 讨论

混合痔常见的术后并发症有术后疼痛、创缘水肿及术后出血等<sup>[8-10]</sup>。术后疼痛原因包括术中损伤神经末梢引起痛觉,术后内括约肌长时间痉挛收缩疼痛以及组织受损伤释放某些特殊物质(组胺、缓激肽、乙酰胆碱等)作用于痛觉感受器,经外周神经传导纤维束传入大脑感受疼痛<sup>[5]</sup>。术后水肿主要是由于肛管及肛周皮肤组织在躯干最低位,在肛管和肛缘薄弱的皮肤中,局部血液和淋巴之间的循环受到阻碍,导致血管的渗透压上升,体内水分在组织之间的间隙出现滞留的情况而致水肿<sup>[11]</sup>,当然有个别水肿是因为手术操作不当、钳夹过多正常组织所致<sup>[12]</sup>。而术后出血原因大致包括术中视野不清晰而止血不彻底,术后肛门狭窄排便时撕裂创面,术后疼痛使肛门括约肌痉挛,排便时用错误方式挤压肛门创口而出血<sup>[13]</sup>。因此,术后疼痛、创缘水肿及术后出血这些并发症是相互影响的,术后疼痛会造成肛门内括约肌痉挛,致血液淋巴回流障碍形成水肿,进而使排便时用力方式错误挤压或撕裂创口造成出血;反之,创缘水肿加重渗出液和炎性组织滞留,刺激神经末梢加重术后疼痛<sup>[7]</sup>,而术后患者看到肛门出血,普遍会情绪紧张,这样就更不能较好放松肛门内括约肌加重痉挛疼痛症状。

所以,在混合痔切扎术前采用扩肛术,在手术操作中钝性扩断部分肛门内外括约肌,沿伸肛管皮肤<sup>[6]</sup>使肛门扩大,术中视野更加清晰,手术操作更加精确,从而降低不必要的术中损伤而引起的术后创缘水肿,同时在手术中可以更彻底止血降低术后出血率;在术后换药中可以更好消除皮桥两侧创面结合部粘连,减轻结扎线张力<sup>[12]</sup>以减创少术后创缘出血,同时让渗出液和炎性组织更易排出,减轻术后疼痛和水肿<sup>[7]</sup>;在术后排便时可以有效避免单纯外切内扎手术后创面愈合过程中的肛门紧缩狭窄<sup>[6]</sup>而引起术后疼痛,并降低术后排便时因肛门紧缩狭窄而撕裂创面出血的风险,同时手指扩肛根据肛门弹性适度使肛管内外括约肌的肛纤维组织部分断裂而扩大肛门,可以减轻术后肛门内括约肌痉挛,降低肛门静息压,使肛门血液淋巴回流通畅从而减少水肿发生率。相较于

侧方内括约肌切开术可以减少术中出血量,减少愈合时间,降低术后感染率<sup>[2]</sup>;而相较于器械扩肛,用手指扩肛可以更好把握肛门内外括约肌弹性度,避免对肛门内外括约肌不可逆的损伤而造成肛门松弛。根据医学报告此方法可以很大程度上减轻术后患者尿滞留现象<sup>[2]</sup>。最后,此方法操作简单,更适宜临床广泛应用,尤其地方基层医院更为适用,比起术后出现并发症后再行扩肛治疗可以有效避免患者再次疼痛,提高患者满意度。

### 参考文献

- [1] 梁健. 肛肠病术后并发症的中西医结合治疗[J]. 右江医学, 2000, 28(1): 47-48.
- [2] Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, et al. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery [M]. 2nd ed. New York: Springer Verlag, 2011.
- [3] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 痔临床诊治指南(2006版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-463.
- [4] 粟喜然. 外剥内扎加侧切扩肛术治疗环状混合痔 46 例[J]. 湖南中医杂志, 2009, 25(4): 73-74.
- [5] 唐海容. 侧方部分内括约肌切断术治疗环状混合痔术后疼痛效果观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2014, 34(11): 36-37.
- [6] 何春花, 梁靖华. 术前扩肛预防嵌顿痔术后肛门狭窄的临床研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(99): 136-137.
- [7] 黄奚, 令狐庆. 部分内括约肌切断术配合减压切口在环状混合痔手术中的应用观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(50): 9725, 9728.
- [8] 龙庆, 李俊, 闻永. 耳穴贴压联合西药防治混合痔外剥内扎硬注术后并发症临床观察[J]. 中国针灸, 2015, 35(3): 237-240.
- [9] Zampieri N, Castellani R, Andreoli R, et al. Long-term results and quality of life in patients treated with hemorrhoidectomy using two different techniques: Ligasure versus transanal hemorrhoidal dearterialization[J]. Am J Surg, 2012, 204(5): 684-688.
- [10] Cross T, Bartlett L, Mushaya C, et al. Glyceryl trinitrate ointment did not reduce pain after stapled hemorrhoidectomy: a randomized controlled trial[J]. Int Surg, 2012, 97(2): 112-119.
- [11] 张延德, 周佳. 肛肠病术后肛缘水肿的原因及防治研究[J]. 中医临床研究, 2014, 6(10): 128-130.
- [12] 杜光信. 扩肛术对预防混合痔术后水肿的疗效观察[J]. 实用妇科内分泌杂志, 2016, 3(16): 109.
- [13] 毛红玉. 肛肠病患者术后出血的原因分析与护理[J]. 临床医药文献电子杂志, 2015, 2(15): 2933.

收稿日期: 2018-08-03 编辑: 王国品