

TST 与 PPH 治疗内痔的临床对比研究

汪丽娜 袁学刚 贺平 指导:杨向东
(成都肛肠专科医院 四川成都 610015)

[摘要] 目的 比较 TST(开环式微创痔吻合器)与 PPH(痔上黏膜环切吻合术)治疗内痔的临床效果。方法 将 647 例内痔患者随机分为 A 组和 B 组,分别采用 TST(A 组)和 PPH(B 组)治疗;术后观察平均住院时间,平均恢复工作时间,平均疗程,术后疼痛、术后出血、术后肛管直肠狭窄等并发症。结果 两组患者均痊愈,但在术后疼痛、术后出血、术后肛管直肠狭窄等并发症方面,TST 明显优于 PPH。结论 TST 治疗内痔在减少术后并发症方面优于 PPH。

[关键词] TST;PPH;内痔

内痔的治疗方法手段较多,有传统的内痔结扎术、硬化注射术等,随着痔病理论的发展及医疗器械的引入,涌现出大量的新技术。由意大利学者 Longo^[1]在 1998 年首先报道的 PPH,是一种疗效确切新技术,且 PPH 近年来获得了国内外同行的广泛认可。TST 则是在传统的分段结扎手术理论上结合 PPH 技术发展而来的一种操作更简便、疗效肯定、并发症少的微创治痔方法。我院于 2009 年 10 月至 2010 年 10 月采用 TST 治疗内痔 324 例,并与 PPH 进行了对照观察,疗效满意。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例共 647 例,采用随机设计方法分为 A 组(TST)和 B 组(PPH)。A 组 324 例,男 153 例,女 171 例,年龄 30~66 岁,平均 45 岁,病程 3~25 年;痔Ⅲ度 299 例,Ⅳ度 25 例。B 组 323 例,男 154 例,女 169 例,年龄 26~72 岁,平均 44 岁,病程 4~23 年;痔Ⅲ度 300 例,Ⅳ度 23 例。两组一般资料比较经统计学检验($P > 0.05$),差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 术前详细了解病史,完善术前相关检查,做好术前沟通工作,术前 8 h 禁食,6 h 禁饮,术晨清洁灌肠,术前 30 min 肌注鲁米那 0.1 g、阿托品 0.5 mg。

1.2.2 麻醉方式 均采用 1.5%利多卡因 20 mL 行腰俞穴麻醉。

1.2.3 体位 麻醉满意后,两组均采用膀胱截石位。

1.2.4 手术操作 A 组:观察痔核个数,根据不同的痔核个数选择合适的肛门镜(单孔、双孔或 3 孔)。适当扩肛,以顺利插入肛门镜为准则,拔除内筒,旋转肛门镜,使要切除的痔区黏膜得以充分暴露,固定肛门镜。点状牵引缝合,缝合位置一般距视窗下缘 2 cm 为宜。旋开圆形吻合器至最大位置,将 TST 钉砧头导入并使之置于直肠内,收紧荷包线,将缝线用带线器分别从吻合器两侧孔中拉出。适度牵拉缝线,同时旋紧吻合器,击发吻合器,将吻合器旋开(1/2)~(3/4)圈后移出。仔细检查吻合口处有无出血,如有明显出血,用可吸收线行“8”字缝扎止血。剪短耳朵处,并在断端处作结扎,防止出血。B 组:适当扩肛,置入并固定透明肛镜,半月镜暴露下于齿线上 2~3 cm 处黏膜下作一圈荷包缝合,置入 PPH 钉砧头,收紧荷包并结扎,将牵引线分别于两侧孔中拉出,旋紧吻合器,击发吻合器,取出吻合器,仔细检查吻合口,如有明显出血,用可吸收线行“8”字缝扎止血。

1.2.5 术后处理 常规术后当天静卧休息,进流质饮食,控制大便,术后第一日晚睡前口服润肠通便剂,第一次大便后正常饮食;术后止血药静滴 3 d,选择适当、足量抗生素静滴 3~5 d 预防感染;便后中药坐浴、常规换药。

1.3 结果

1.3.1 疗效标准 术后 1 个月为观察终点。痊愈：症状或体征全部消失。好转：症状或体征基本消失。无效：经治疗其症状或体征与术前无明显变化。

1.3.2 术后疼痛 观察标准参照 1992 年全国第七次肛肠学术会议制定的诊断标准。0 级：无疼痛（-）；I 级：轻微疼痛（+），疼痛可忍，无需服用止痛药物；II 级：明显疼痛（++），需服用止痛药物方可缓解；III 级：剧烈疼痛（+++），需肌注阿片肽类镇痛剂方可缓解。

1.3.3 两组术后并发症及疗效比较 分别见表 1、表 2。

表 1 术后常见并发症统计 (n)

组别	尿潴留	疼痛	出血	肛门坠胀	吻合口狭窄
A 组 (n=324)	7	3	4	2	0
B 组 (n=323)	35	18	27	39	8
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 术后 1 月两组疗效比较

组别	痊愈 (n)	有效 (n)	无效 (n)	有效率 (%)
A 组 (n=324)	313	11	0	96.61
B 组 (n=323)	315	8	0	97.22
P 值				>0.05

2 讨论

1975 年 Thomson^[2] 在痔的发生机制的研究方面提出了革命性理论，即“肛垫学说”，奠定了痔的现代概念基础。痔由肛垫病理生理性下移而成，肛垫本是人体的正常解剖结构，是高度特化的血管性衬垫，内含血管、平滑肌和弹力结缔组织，在协助括约肌维持肛管的正常闭合以及精细控便等方面起着重要的作用。故痔的治疗应该抓住其出血和脱垂两大症状的改善为目标，而非将肛垫切除，从而避免了对肛门功能的损伤，PPH 和 TST 在这一点上都具有明显优势，完整地保留了肛垫组织。

基于这样的理论，我们采用 PPH 和 TST 治疗内痔。PPH 是环形切除一段直肠黏膜，从而达到向上提升松弛脱垂的直肠和肛管、断流的作用。而 TST 最大的优势我们认为就是保留了正常的黏膜桥，切除部分下移肛垫上方黏膜及黏膜下组织，同样达到了良好的断流和悬吊作用。这也是 TST 与 PPH 的根本区别点。TST 术以中医分段齿形结扎术为理论基础，运用其合理保留皮桥、黏膜桥及结扎

区呈齿形分布这一优点，发挥 PPH 技术使用吻合器切除下移肛垫上方黏膜及黏膜下组织达到断流、悬吊，进而恢复其正常的解剖生理结构，是传统医学与现代医学在肛肠外科微创治疗痔病的有益结合。

以上临床对比研究明确表明，两组在痔的症状改善上疗效相似，但在术后并发症（尿潴留、术后疼痛、术后出血、术后肛门坠胀、术后吻合口狭窄）上 TST 组却明显优于 PPH 组，且在手术操作中 TST 操作更简便，术中的突发事件（术中大出血、腹膜牵拉反应）更少，更有利于初学者掌握，值得临床推广。两组均未出现感染、肛门失禁等常见并发症，也无直肠阴道瘘、腹膜炎等严重并发症发生。

参 考 文 献

[1] Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal proplse with a circular suturing device : a new procedure[R]. Rome, Italy : proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery, 1998; 3.
 [2] Thomson WHF. The natural of hemorrhoids[J]. Br J Surg, 1975, 62: 542-552.

[收稿日期: 2011-02-19]