

外痔剥离内痔弹力线套扎加消痔灵注射术治疗混合痔的临床疗效

观察

曹永志

上海杨思医院肛肠科 上海 200126

【摘要】目的：观察混合痔外剥内套加消痔灵注射的临床疗效。方法：前瞻性纳入 126 例 2023 年 6 月至 2025 年 6 月我院收治的混合痔患者，按随机数字表法分为观察组与对照组各 63 例。对照组进行传统外剥内扎术，观察组进行外剥内套联合消痔灵注射术。比较两组临床疗效、围手术期与康复指标、视觉模拟评分法（VAS）、肛肠疾病生命质量量表（CHQQL）及并发症情况的差异。结果：观察组住院时间、手术时间、治愈时间及术后 24h 出血量均低于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组术后 1d、术后 2d 及拆线以后的 VAS 评分均低于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组术后 2 周的 CHQQL 量表各评分均低于对照组（ $P<0.05$ ）。两组术后并发症比较无显著差异（ $P>0.05$ ）。结论：外剥内套联合消痔灵注射术可有效地缩短混合痔患者住院与康复时间，减轻术后疼痛，改善生命质量，不增加并发症。

【关键词】混合痔；外痔剥离内痔弹力线套扎；消痔灵注射术；临床疗效

DOI:10.12417/2705-098X.26.08.023

混合痔便血及脱出等症状严重困扰患者，III、IV度患者常需手术治疗^[1]。传统外剥内扎虽疗效确切，但其开放性创面导致术后疼痛剧烈及尿潴留等并发症发生率较高，影响患者康复^[2]。微创理念日益重视，弹力线套扎通过机械性绞窄内痔基底血供使其坏死脱落，操作平面位于齿状线上方，能显著减轻术后疼痛^[3]。消痔灵注射术通过诱发无菌性炎症及纤维化修复，可有效硬化固定黏膜、萎缩痔核并预防出血^[4-5]。本研究提出将外剥内套加消痔灵注射术临床提供更优选择，现汇报如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

纳入 126 例混合痔患者，按随机数字表法分为观察组与对照组各 63 例。纳入标准：①入组患者符合《痔临床诊治指南》^[6]诊断要求；②年龄 18-80 岁；③签知情同意书。排除标准：①合并肛周脓肿、肛瘘等需同期手术的肛肠疾病者；②妊娠或哺乳期女性；③有严重心、脑等疾病或凝血障碍者；④有精神疾病病史者。对照组男 25 例、女 38 例，平均年龄 31~71（ 51.32 ± 10.94 ）岁，平均病程 8~18（ 12.54 ± 3.13 ）年；观察组男 20 例、女 43 例，平均年龄 33~76（ 54.35 ± 10.39 ）岁，平均病程 8~18（ 13.11 ± 3.81 ）年，两组资料具可比性（ $P>0.05$ ）。方案经伦理委员会审批。

1.2 方法

对照组行外剥内扎术。骶管阻滞麻醉，截石位消毒铺巾。组织钳钳夹母痔区的外痔部分并向外牵引，血管钳夹住外痔基底，作一“V”形切口。锐性剥离切口下的曲张静脉丛及血栓，

向内分离至齿状线上方，露出内痔蒂部。血管钳沿直肠纵轴钳夹此蒂部，以 7 号丝线“8”字贯穿缝扎，结扎线远端剪除大部分痔组织。术中处理 3 个母痔区，保留痔核间的黏膜桥。

观察组行外剥内套联合消痔灵注射，麻醉、体位及外痔处理与对照组一致，通过梭形切口剥离外痔组织至齿状线附近并结扎止血。手术核心转为微创处理内痔：使用套扎器于齿线上方对准内痔黏膜负压吸引套扎，阻断血供。并在套扎点上方黏膜下层行消痔灵注射，硬化固定痔上黏膜。

1.3 观察指标

（1）临床疗效按《痔临床诊治指南》^[6]制定分级：治愈为痔核消失或显著缩小，临床症状完全消失，无出血且肛门功能正常；显效为痔核明显缩小，主要症状显著改善，未见活动性出血；有效标准为痔核有所缩小，症状得到一定缓解，无活动性出血；无效为症状及体征均未见改善。

（2）围手术期疗效指标：记录两组的住院、手术、创面愈合时间及术后 24 小时出血量。

（3）疼痛情况：在术后 6h、术后 1d、术后 2d 及拆线以后用视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale, VAS）^[7]评估患者疼痛情况，评分范围 0-10，得分越高越严重。

（4）术后生活质量：于术后 24h 及术后 2 周采用肛肠疾病生命质量量表（Chinese Han Quality of Questionnaire for patients with Lower gastrointestinal diseases, CHQQL）^[7]对患者术后生活质量进行评估，量表涵盖症状与不适（6~24 分）、日常生活（5~20 分）、心理情感（4~16 分）及社交能力（3~

12分)，各纬度得分越高越不好。

(5) 并发症：记录两组患者术后并发症，包含创缘水肿、出血、肛门坠胀及尿潴留等。

1.4 统计学处理

运用 SPSS 27.0 数据分析：计数资料以 n (%) 显示行卡方检验；正态计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 展示，组内与组间对应行独立和配对样本 t 检验，多时点用重复测量。若 $P < 0.05$ 则差异显著。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

秩和检验结果显示观察组临床疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1、图 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	观察组(63)	对照组(63)	Z/X ² 值	P 值
治愈	30(47.62)	16(25.40)	2.063	0.039
显效	15(23.81)	28(44.44)		
有效	15(23.81)	8(12.70)		
无效	3(4.76)	11(17.46)		
有效率	60(95.24)	52(82.54)	5.143	0.023

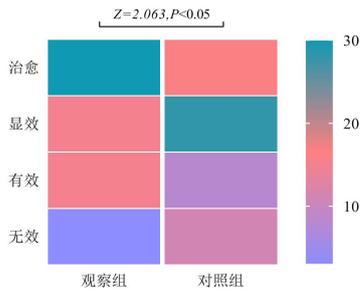


图 1 两组临床疗效矩阵图

2.2 两组围手术期与康复指标比较

观察组住院时间、手术时间、治愈时间及术后 24h 出血量均低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组围手术期与康复指标比较

组别	观察组(63)	对照组(63)	t 值	P 值
住院时间(d)	7.22±1.14	12.00±2.98	11.869	<0.001
手术时间(min)	22.75±6.90	32.46±7.63	7.500	<0.001
治愈时间(d)	18.83±4.42	23.37±6.91	4.395	<0.001
术后 24h 出血量(ml)	20.13±4.98	40.08±9.06	15.310	<0.001

2.3 两组 VAS 评分比较

重复测量显示两组 VAS 评分的时点、组间、交互效应比

较具统计学意义 ($P < 0.05$)，两组术后 1d、术后 2d 及拆线以后的 VAS 评分较术后 6h 均降低 ($P < 0.05$)，且观察组均低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3、图 2。

表 3 两组 VAS 评分比较

指标	VAS 评分(分)			
组别	观察组(63)	对照组(63)	t 值	P 值
术后 6h	6.92±1.36	6.59±1.58	1.268	0.207
术后 1d	3.43±0.82a	4.22±0.73a	5.754	<0.001
术后 2d	2.48±0.50ab	2.84±0.41ab	4.464	<0.001
拆线以后	2.03±0.51abc	2.57±0.59abc	5.518	<0.001
F 值	F 时点=1531.276			
	F 组间=8.784			
	F 交互=8.708			
	P 时点<0.001			
P 值	P 组间=0.004			
	P 交互=0.004			

注：与术前 1 周比较，a $P < 0.05$ ，与治疗前比较，b $P < 0.05$ ，与治疗前比较，c $P < 0.05$

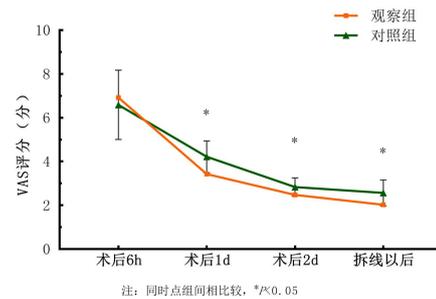


图 2 两组 VAS 评分折线图

2.4 两组 CHQQL 量表比较

CHQQL 量表中，比较术后 24h，两组术后 2 周的症状与不适、日常生活、心理情感及社交能力评分均下降 ($P < 0.05$)，且观察组均低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组 CHQQL 量表比较

组别	观察组(63)	对照组(63)	t 值	P 值	
症状与不适	术后 24h	15.00±2.85	15.06±2.87	0.125	0.901
	术后 2 周	7.49±1.53a	9.37±2.25a	5.468	<0.001
日常生活	术后 24h	15.05±4.05	15.92±3.83	1.243	0.216
	术后 2 周	7.48±1.70a	10.14±2.46a	7.084	<0.001
心理情感	术后 24h	11.78±2.50	12.33±2.44	1.264	0.209
	术后 2 周	7.25±1.94a	9.48±2.37a	5.749	<0.001

社交能力	术后 24h	5.97±1.15	6.21±1.44	1.026	0.307
	术后 2 周	3.59±0.66a	4.44±1.30a	4.648	<0.001

注：与术前 1 周比较，aP<0.05。（续表 4）

2.5 两组术后并发症情况比较

两组术后并发症比较无显著差异（P>0.05）。见表 5。

表 5 两组术后并发症情况比较

组别	观察组（63）	对照组（63）	χ^2 值	P 值
创缘水肿	2(3.17)	1(1.59)	-	-
出血	0(0.00)	1(1.59)		
肛门坠胀	1(1.59)	2(3.17)		
尿潴留	0(0.00)	1(1.59)		
总发生率	3(4.76)	5(7.94)	0.543	0.465

3 讨论

本研究观察组临床疗效优于对照组，说明外剥内套联合消痔灵注射疗效较好。洪子夫^[8]等证实联合消痔灵注射术治疗混合痔疗效确切，外痔剥离彻底清除了肛缘增生结缔组织和曲张

血管丛，内痔弹力线套扎阻断内痔血供使痔核坏死脱落；消痔灵无菌性炎症促进组织纤维化，加强黏膜固定和痔核萎缩。术式协同形成了从肛缘到齿状线上方的完整治疗。本研究显示观察组住院时间、手术时间、治愈时间及术后 24h 出血量均低于对照组。表明该术式能显著缩短患者住院与康复时间。金文琪^[9]等研究表明联合弹力线改良套扎术患者住院时间更短。观察组弹力线缓慢脱落与组织修复同步，消痔灵加速纤维组织生成，促进愈合^[10]。该术式缩短手术时间，减少出血，有助于术后恢复并提前出院。同时观察组术后 1d、术后 2d 及拆线以后的 VAS 评分均低于对照组。表明该术式有效减轻术后疼痛。与郭喜牛^[11]等认为联合消痔灵注射液治疗混合痔可减轻术后出现的疼痛。观察组将操作限定在齿状线上方的直肠黏膜区，从源头上降低疼痛刺激^[12]。此外该术式有助于患者生活质量更快恢复与术后疼痛轻、恢复快有关。谢刚亦认为患者痛苦小、情绪稳定有助于生活质量提升^[13]。本研究结果还显示两组术后并发症比较无显著差异，安全性良好。

综上所述，混合痔采用外剥内套联合消痔灵注射疗效较好，显著缩短患者住院与康复时间，有效减轻术后疼痛，促进生活质量更快恢复，安全性良好。本研究局限在于样本较少，需进行大样本研究验证结论可行性。

参考文献：

- [1] Javeed S, Abdeen ZU, Baleanu D. Fractional Modeling of Cancer with Mixed Therapies[J]. Front Biosci (Landmark Ed), 2023, 18;28(8):174.
- [2] 王东, 周如乐, 王慧, 等. 肛泰栓联合复方荆芥熏洗剂治疗混合痔外剥内扎术后的临床研究[J]. 中草药, 2025, 56(5):1682-1686.
- [3] 邹纬, 张建华, 武飏. RPH-4 套扎外痔切除术对重度痔病患者机体创伤程度及疼痛介质的影响[J]. 临床误诊误治, 2023, 36(4):73-77.
- [4] 霍兴霄, 孙松朋, 龙俊红, 等. 痔的注射治疗在中国的应用现状调查研究[J]. 中国全科医学, 2025, 28(35):4435-4441.
- [5] 刘东锋, 徐云峰, 刘志军, 等. TST 联合消痔灵注射术与 M-M 术治疗混合痔的效果观察[J]. 内蒙古医科大学学报, 2024, 46(5):477-479, 484.
- [6] 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(2006 版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5):461-463.
- [7] 孙松朋, 龙俊红, 张书信. 中文版 SF-36 量表应用于肛肠良性疾病患者生命质量评价的信度和效度研究[J]. 结直肠肛门外科, 2019, 25(5):497-505, 512.
- [8] 洪子夫, 冯丽鹏, 何颖华, 等. 改良外剥内扎楔形切除整形术加消痔灵注射术治疗环状混合痔临床研究[J]. 中国临床医生杂志, 2023, 51(2):225-227.
- [9] 金文琪, 郭修田, 邱小京, 等. 弹力线改良套扎术联合中药外洗方治疗混合痔的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2025, 34(6):774-779.
- [10] 何裕智, 李俊. 消痔灵注射液介导 TGF- β 1/Smad 信号治疗放射性直肠炎出血的分子机制研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2021, 26(2):222-226.
- [11] 郭喜牛, 张彩虹, 马焕焕, 等. 亚甲蓝联合利多卡因和消痔灵注射液对治疗混合痔的疗效分析[J]. 贵州医药, 2023, 47(1):93-94.
- [12] 刘玮玮, 蒋厚记, 冯宏俊, 等. 吻合器痔上黏膜环形切除术与传统外剥内扎术治疗混合痔的疗效对比研究[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(17):3388-3391.
- [13] 谢刚, 罗金娥, 苏其玲, 等. 改良自动弹力线痔套扎术联合消痔灵注射液治疗 III 度痔临床疗效的随机对照研究[J]. 中华消化外科杂志, 2024, 23(12):1538-1543.