

肛乳头瘤合并痔疮患者的联合手术治疗效果观察

王 娟

甘肃平凉天泰医院普外科 甘肃 平凉 744000

【摘要】目的：探讨联合手术治疗肛乳头瘤合并痔疮的临床效果，以优化复合性肛周疾病的治疗策略。方法：选取2021年1月至2025年11月收治的150例患者，均接受肛乳头瘤根部双重结扎切除联合个体化痔疮术式（内痔采用弹力线套扎术、消痔灵注射术，外痔行剥离术，混合痔实施外剥内扎术），并配合规范围手术期管理。结果：总有效率达98.00%；便血、肛门疼痛及坠胀感的改善率分别为97.33%、96.67%和96.00%；内痔患者的手术时间、住院时间及创面愈合时间均显著短于外痔与混合痔患者（ $P < 0.05$ ）。结论：联合手术兼顾病灶清除与功能保护，安全性高、症状缓解明显、恢复较快，尤其在个体化术式选择与围术期管理支持下，具有良好的临床推广价值。

【关键词】肛乳头瘤；痔疮；联合手术；治疗效果；围手术期管理

DOI:10.12417/2811-051X.26.07.045

前言

肛乳头瘤合并痔疮是肛肠科临床常见的复合性肛周疾病，随着饮食结构改变与生活方式的调整，该疾病的临床发病率呈逐年上升趋势，发病群体也逐渐趋于年轻化^[1]。肛乳头瘤由肛乳头因慢性炎症刺激增生所致，痔疮则由肛周静脉曲张、结缔组织增生相关，二者并存时会形成病理相互影响的状态，不仅会引发便血、肛门疼痛、坠胀感等典型症状，还会因病灶叠加加重肛周组织损伤，严重影响患者的排便功能与日常生活质量。传统单一手术治疗方案仅能针对单一病灶开展处理，难以实现两种病变的同步根治，术后复发风险较高，临床治疗效果欠佳^[2-3]。为探寻更高效、安全的治疗方案，本研究选取2021年1月—2025年11月收治的150例肛乳头瘤合并痔疮患者为研究对象，观察联合手术治疗的临床效果，以期为该类疾病的临床治疗提供科学、实用的实践依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年1月—2025年11月收治的肛乳头瘤合并痔疮患者150例作为研究对象，所有患者均自愿参与。其中男性82例，女性68例；年龄22~67岁，平均 (44.5 ± 8.3) 岁；病程6个月~8年，平均 (3.2 ± 1.5) 年。肛乳头瘤直径0.5~2.0cm，平均 (1.2 ± 0.4) cm，其中单发98例、多发52例；痔疮分型中，内痔76例、外痔42例、混合痔32例，内痔分期II期51例、III期25例。

纳入标准：经肛门指诊、肛门镜检查明确诊断为肛乳头瘤合并痔疮；无手术禁忌证；临床资料完整可追溯。

排除标准：合并“肛裂”、肛瘘、肛周脓肿等其他肛周疾病者；合并严重心、肝、肾、血液系统等器质性疾病者；妊娠期、哺乳期女性；既往有肛周手术史者；精神疾病患者或无法配合治疗及随访者。

1.2 方法

所有患者术前均完善相关检查，包括血常规、凝血功能、肝肾功能、心电图等，确认无手术禁忌后，采用联合手术治疗，具体操作如下：术前1d嘱患者清淡饮食，术前6h禁食禁水，术前1h给予温肥皂水清洁灌肠，排空肠道，患者取侧卧位，常规消毒肛周皮肤及肛周黏膜，铺无菌巾，采用椎管内麻醉，待麻醉生效后开始手术。首先处理肛乳头瘤，用肛门镜暴露肛乳头瘤位置，用止血钳轻轻夹住肛乳头瘤根部，用7号丝线在根部做双重结扎，结扎牢固后，用高频电刀在结扎线远端将肛乳头瘤完整切除，切除后检查创面有无出血，若有出血用电凝止血，确保创面止血彻底。随后处理痔疮，根据痔疮类型选择对应术式，内痔患者采用一次性弹力线套扎器套扎术，肛门镜下使用一次性弹力线套扎器在齿线上1-4cm平面分别套扎1.3.5.7.9.11点黏膜，每个套扎点保持在不同平面；混合痔外痔患者钳夹提起9点外痔核，做V型切口，钝性剥离至组织下缘，大弯钳夹组织根部，切除痔组织，缝扎残端，3.5.7.11点痔核同样外剥内扎切除术，结扎范围保持在不同平面。修剪皮缘，注意保留正常皮桥，结扎所有出血点，观察创面无渗血后，手术区域再次碘伏消毒，清点手术器械及辅料无误后，外敷油纱条、无菌敷料及丁字带加压包扎后，安返病房。术后给予抗感染、止血、止痛及润肠通便药物治疗，指导患者术后6h内禁食，6h后可进食流质饮食，逐渐过渡至半流质、普通饮食，避免辛辣刺激性食物，保持肛周清洁干燥，定期换药，观察创面愈合情况。

1.3 评价指标及判定标准

本次研究评价指标主要包括治疗效果及术后症状改善情况，其中治疗效果分为治愈、有效、无效三个等级。治愈：术后肛乳头瘤、痔疮完全切除，肛周无肿块、无出血、无疼痛，排便正常，随访3个月无复发；有效：术后肛乳头瘤、痔疮基本切除，肛周偶有轻微疼痛或少量出血，排便基本正常，随访3个月无明显复发；无效：术后肛乳头瘤、痔疮未完全切除，

肛周肿块、出血、疼痛症状无改善甚至加重，或随访3个月内出现复发。症状改善情况主要观察便血、肛门疼痛、肛门坠胀感等症状的缓解情况，以症状完全消失或明显减轻为改善。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件对本次研究数据进行分析处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义，所有数据均经过双人核对，确保数据录入准确无误，避免统计误差，为研究结果的可靠性提供保障。

2 结果

2.1 患者治疗效果分析

150 例肛乳头瘤合并痔疮患者均顺利完成联合手术治疗，无术中大出血、麻醉意外等严重并发症发生，术后经规范护理及药物治疗，患者恢复状况良好。结合 1.3 中治疗效果判定标准统计，150 例患者中，治愈 128 例，有效 19 例，无效 3 例，治疗总有效率为 98.00%。经 1.4 中统计学方法检验，不同治疗效果患者的分布存在明显差异，差异具有统计学意义 ($\chi^2=189.56, P < 0.05$)。具体治疗效果分布情况见表 1。

表 1 150 例肛乳头瘤合并痔疮患者联合手术治疗效果分布 $[n(\%)]$

治疗效果	例数	占比 (%)
治愈	128	85.33
有效	19	12.67
无效	3	2
总有效	147	98
χ^2 值		189.56
P 值		<0.05

2.2 患者术后症状改善情况分析

术后对 150 例患者进行为期 3 个月的随访，重点观察便血、肛门疼痛、肛门坠胀感等核心症状的改善情况，参照 1.3 中症状改善判定标准统计，各项症状均得到明显缓解。其中便血症状改善 146 例，改善率为 97.33%；肛门疼痛症状改善 145 例，改善率为 96.67%；肛门坠胀感症状改善 144 例，改善率为 96.00%。经 1.4 中统计学方法检验，术后症状改善组与未改善组的例数分布差异显著，差异具有统计学意义 ($\chi^2=172.35、168.92、165.48, 均 P < 0.05$)。具体术后症状改善情况见表 2。

表 2 150 例肛乳头瘤合并痔疮患者术后核心症状改善情况 $[n(\%)]$

术后症状	改善例数	未改善例数	改善率 (%)	χ^2 值	P 值
------	------	-------	---------	------------	-----

便血	146	4	97.33	172.35	<0.05
肛门疼痛	145	5	96.67	168.92	<0.05
肛门坠胀感	144	6	96	165.48	<0.05

2.3 患者手术及恢复相关指标情况

结合 1.2 中联合手术操作流程，统计患者手术时间、术后住院时间及创面愈合时间等核心恢复指标，所有指标均采用 1.4 中统计学方法进行整理分析，数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示。结果显示，150 例患者手术时间为 (28.6 ± 5.3) min，术后住院时间为 (4.2 ± 1.1) d，创面愈合时间为 (10.5 ± 2.4) d；不同痔疮分型患者的手术及恢复指标存在一定差异，内痔患者各项指标均短于外痔及混合痔患者，差异具有统计学意义 ($t=8.72、9.35、7.89, 均 P < 0.05$)。具体手术及恢复相关指标情况见表 3。

表 3 不同痔疮分型的肛乳头瘤合并痔疮患者手术及恢复相关指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

痔疮分型	例数	手术时间 (min)	术后住院时间(d)	创面愈合时间(d)
内痔	76	25.3±4.8	3.6±0.9	9.2±2.1
外痔	42	30.5±5.1	4.5±1.0	11.3±2.3
混合痔	32	33.8±5.5	5.1±1.2	12.6±2.5
t 值(内痔 vs 外痔/混合痔)		8.72	9.35	7.89
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

肛乳头瘤合并痔疮为临床常见肛周复合性疾病，二者并存时会相互加重肛周黏膜及组织的损伤，增加临床治疗的复杂性，单一术式难以同时兼顾两种病变的治疗需求，联合手术治疗的应用则为该类疾病的临床处理提供了有效路径^[5]。本次研究中 150 例患者经联合手术治疗后总有效率达 98.00%，且术中未出现大出血、麻醉意外等严重并发症，术后各项肛周核心症状改善率均在 96.00% 以上，充分印证了该术式在临床应用中的安全性与有效性，围手术期的规范操作则为手术效果的实现奠定了基础。术前完善的实验室及影像学检查可精准排除手术禁忌，温肥皂水清洁灌肠能有效排空肠道，减少术中污染风险；椎管内麻醉的应用可保证手术区域的镇痛效果，为术者的精细操作创造条件。

针对肛乳头瘤采用的根部双重结扎+远端切除的术式，能从根源上阻断瘤体的血供，避免术中瘤体残留引发的术后复发，电凝止血的辅助应用则可进一步提升创面止血的彻底性，降低术后出血风险。针对不同痔疮分型的个体化术式选择，是提升整体治疗效果的核心要点，内痔选用的一次性弹力线套扎

器套扎术属于微创术式，可在套扎病变黏膜的同时减少对肛周正常组织的损伤，这也是内痔患者手术时间、住院时间及创面愈合时间均显著短于外痔、混合痔患者的关键原因；外痔剥离术可精准剥离皮下曲张静脉团与结缔组织，梭形切口能促进创面愈合减少瘢痕形成；混合痔外剥内扎术则兼顾内外痔的病变特点，分层处理的方式可有效清除病灶，减少术后症状反复的可能性。

术后抗感染、止血等药物的联合应用，配合阶段性的饮食指导与肛周清洁护理，能有效降低术后感染、创面水肿等并发症的发生风险，为创面愈合提供良好的局部环境，而3个月的

持续随访则能及时发现病情复发情况，保障治疗的远期效果。本次研究中3例治疗无效的病例，推测与肛乳头瘤多发、痔核体积较大导致的术中病灶清除不彻底相关，临床中针对此类复杂病例，可进一步优化手术探查流程，提升病灶切除的精准性。

整体而言，针对肛乳头瘤合并痔疮患者实施的联合手术治疗，通过病变分治与个体化术式结合的方式，可实现病灶的有效清除，同时规范的围手术期管理能提升手术安全性、缩短患者恢复周期，该治疗方案在临床中具有较高的应用价值，值得进一步推广，且临床应用中需根据患者的病变分型、病灶大小制定个性化方案，以进一步提升治疗的精准性与有效性。

参考文献：

- [1] 杨定彬,毛玉,戚欣雨,等.肛周乳头状汗腺腺瘤[J].临床皮肤科杂志,2024,53(04):193-194.
- [2] 范雷涛,孙源,李春雨.RPH联合外剥内扎和聚桂醇治疗混合痔的临床疗效[J].中国现代普通外科进展,2021,24(07):4-5.
- [3] 商群献.RPH联合外痔切除术治疗混合痔并直肠黏膜内脱垂160例[J].中国肛肠病杂志,2022(06):22-23.
- [4] 张晓霞,罗娴,吴安定,etal.肛肠疾病患者手术切口感染病原菌特点及耐药性分析[J].中国病原生物学杂志,2025(07):933-936.
- [5] 梁银迎,王娜,邓晗,等.100例血清人类免疫缺陷病毒抗体阴性的男男性行为者肛门人乳头瘤病毒感染情况分析[J].山东医药,2022,62(18):5-6.