

- tumor of the pelvis involving the bladder. Case report and literature review [J/OL]. Urol Case Rep, 2019, 11(24): 100864. DOI: 10.1016/j.eucr.2019.100864.
- [7] YAMADA K, ABIKO K, KIDO A. Solitary fibrous tumor arising from pelvic retroperitoneum: a report of two cases and a review of the literature [J]. Obstet Gynaecol Res, 2019, 45(7): 1391-1397.
- [8] MORA-GUZMÁNISMAEL, ÁLVARO VALDÉS DE ANCA, MUÑOZ-HERNÁNDEZPATRICIA. Solitary fibrous tumor in the pelvis: an infrequent entity [J]. Cir Esp (Engl Ed), 2019, 97(6): 349-351.
- [9] ROVEGNO FA, HERNANDEZ CY, GRADIN S, et al. Solitary fibrous tumor of the pelvis involving the bladder. case report and literature review [J]. Urol Case Rep, 2019, 11(24): 100864. DOI: 10.1016/j.eucr.2019.100864.
- [10] MA HY, FENG MT, HONG YG. Calcifying fibrous pseudotumor in the pelvic cavity: a case report and review of the literature [J]. Mol Clin Oncol, 2020, 12(3): 268-272.
- [11] 龚道静, 董自强. 盆腔孤立性纤维性肿瘤 1 例 [J]. 巴楚医学, 2019, 2(4): 91-93.
- [12] 蔡仕平, 殷磊, 马明平. 腹盆部孤立性纤维性肿瘤的 CT 与 MRI 诊断 [J]. 广州医科大学学报, 2019, 47(4): 42-45.
- [13] 李璠, 徐杰. 骶前孤立性纤维性肿瘤 1 例并文献复习 [J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2019, 34(7): 776-777.
- [14] 王德华, 兰军, 肖刚, 等. 腹、盆部孤立性纤维性肿瘤的 CT 表现 [J]. 中国医药指南, 2018, 16(8): 12-13.
- [15] 金冬梅, 夏琛. 腹膜后孤立性纤维性肿瘤 4 例临床病理分析 [J]. 安徽医药, 2020, 24(7): 1388-1390, 后插 1.
- [16] KRATIRAS Z, SPAPIS V, KONIARIS E. Malignant solitary fibrous tumor of urinary bladder: a rare clinical entity [J]. Arch Ital Urol Androl, 2019, 9(12): 135-136.
- [17] JUNG CY, BAEARAB JM. Primary omental malignant solitary fibrous tumour, an extremely rare malignancy: a case report and review of the literature [J]. Journal of Gastroenterology, 2019, 20(2): 114-116.
- [18] MORA-GUZMÁN, VALDÉS DE ANCA, MUÑOZ-HERNÁNDEZ. Solitary fibrous tumor in the pelvis: an infrequent entity [J]. Cir Esp, 2019, 97(6): 349-351.
- [19] MATSUI Y, HAMADA M, SUMIYAMA F. Two cases of primary solitary fibrous tumor in the pelvis resected using laparoscopic surgery [J]. International Journal of Surgery Case Reports, 2020, 71: 58-65.
- [20] ALEJANDRO R, JAVIER C, TATIANA B, et al. Fibrous solitary tumor, a rare and ubiquitous neoplasy [J]. Journal of Surgical Case Reports, 2020, 2020(6): 1-5.

(收稿日期: 2021-01-12, 修回日期: 2021-03-08)

引用本文: 孙松朋, 龙俊红, 范淑勤, 等. 基于生命质量和临床症状探讨痔病 Goligher 分级 [J]. 安徽医药, 2022, 26(11): 2243-2248. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6469.2022.11.028.

◇ 临床医学 ◇



基于生命质量和临床症状探讨痔病 Goligher 分级

孙松朋, 龙俊红, 范淑勤, 王锐, 荆涛, 高静, 陈航, 王艳逊, 张书信, 赵宝明

作者单位: 北京中医药大学东直门医院肛肠科, 北京 100700

通信作者: 孙松朋, 男, 主任医师, 硕士生导师, 研究方向为肛肠疾病中西医结合诊治与预防和生命质量研究, Email: sspbeijing@126.com

摘要: **目的** Giligher 分级是目前应用最广泛的痔病严重度评分系统, 但其缺乏对脱垂以外临床症状和生命质量的评估, 本研究拟从生命质量评价和临床症状的角度探讨 Goligher 分级评价痔病严重程度的性能。**方法** 对 2017 年 5 月至 2018 年 9 月在北京中医药大学东直门医院肛肠科住院的痔病病人进行人口学和疾病情况调查, 予以 Goligher 分级, 同时应用 SF-36 量表评估病人生命质量, 统计分析痔病 Goligher 各分级之间生命质量和脱垂以外其他症状的差异。**结果** 共 209 例痔病病人完成本次调查, Goligher I 级 74 例、II 级 27 例、III 级 42 例、IV 级 66 例。Goligher 各分级比较, 在 SF-36 总分、PCS 和 MCS 两个领域以及 PF、RP、GH、VT、SF、RE、MH 7 个维度方面差异无统计学意义 ($P>0.05$), BP 维度方面差异有统计学意义 ($P<0.05$); 该研究有痔核脱出者 135 例, 便血 127, 肛门疼痛 116 例, 瘙痒 21 例, 潮湿感 6 例, Goligher 各分级比较, 在疼痛、便血、肛门潮湿感方面差异无统计学意义 ($P>0.05$), 在瘙痒症状方面差异有统计学意义 ($Z=7.99, P=0.046$); 有疼痛症状组和无疼痛症状组比较, 在 SF-36 总分 ($Z=-3.73, P<0.001$)、PCS ($Z=-3.62, P<0.001$) 和 MCS ($Z=-3.03, P=0.002$) 两个领域和以及 PF、RP、BP、VT、SF、RE 6 个维度方面差异有统计学意义, 在 GH 和 MH 维度方面差异无统计学意义 ($P>0.05$); 有便血症状组和无便血症状组比较, 仅 GH ($Z=-2.29, P=0.022$) 和 VT ($Z=-2.84, P=0.004$) 两个维度方面差异有统计学意义; 有瘙痒症状组和无瘙痒症状组比较, 仅 PF 维度 ($Z=-2.05, P=0.040$) 方面差异有统计学意义。**结论** Goligher 分级不能反映痔病病人的生命质量和严重程度, 缺少对疼痛和生命质量的评估是影响其评价能力的主要因素。

关键词: 痔; 病人病情; Goligher 分级; 生命质量; 临床症状

Goligher classification of hemorrhoids based on quality of life and clinical symptoms

SUN Songpeng, LONG Junhong, FAN Shuqin, WANG Rui, JING Tao, GAO Jing,

CHEN Hang, WANG Yanxun, ZHANG Shuxin, ZHAO Baoming

Author Affiliation: Department of Anorectal Surgery, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700

Abstract: **Objective** Goligher classification is the most widely used hemorrhoid severity score system, but it lacks the evaluation of clinical symptoms and quality of life beyond prolapse. This study aims to explore the ability of Goligher classification to evaluate the severity of hemorrhoids from the perspective of quality of life and clinical symptoms. **Methods** The demographic and disease status of patients with hemorrhoids in Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine from May 2017 to September 2018 were investigated, and Goligher classification was given. SF-36 scale was used to evaluate the quality of life of patients. The differences of quality of life and other symptoms except prolapse among different Goligher classification of hemorrhoids were statistically analyzed. **Results** A total of 209 patients with hemorrhoids completed the survey, including 74 cases of Goligher classification I, 27 cases of Goligher classification II, 42 cases of Goligher classification III and 66 cases of Goligher classification IV. There was no significant difference in SF-36 total score, PCS and MCS, PF, RP, GH, VT, SF, RE and MH7 dimensions ($P>0.05$), but there was significant difference in BP dimension ($P<0.05$). There were 135 cases of prolapse of hemorrhoids, 127 cases of hematochezia, 116 cases of anal pain, 21 cases of pruritus and 6 cases of dampness. There was no significant difference in pain, hematochezia and anal dampness among Goligher classification ($P>0.05$), but there was significant difference in pruritus ($Z=7.99$, $P=0.046$). There were significant differences in SF-36 total score ($Z=-3.73$, $P<0.001$), PCS ($Z=-3.62$, $P<0.001$), MCS ($Z=-3.03$, $P=0.002$) and PF, RP, BP, VT, SF and RE between patients with and without pain, but there were no significant differences in GH and MH ($P>0.05$). Only GH ($Z=-2.29$, $P=0.022$) and VT ($Z=-2.84$, $P=0.004$) were significantly different between patients with and without hematochezia. There was only significant difference in PF dimension ($Z=-2.05$, $P=0.040$) between pruritus and non pruritus. **Conclusion** Goligher classification can not reflect the quality of life and severity of hemorrhoids patients. Lack of assessment of pain and quality of life is the main factor affecting the evaluation ability.

Key words: Hemorrhoids; Patient acuity; Goligher classification; Quality of life; Clinical symptoms

疾病严重程度分级可以用于指导治疗决策的制定,评价干预措施的效果。目前,Goligher分级^[1-2]是临床上应用最广泛的用于治疗前评估痔病严重程度的分级系统,该分级以内痔解剖形态的变化即痔核脱垂的程度为主要参考依据,几乎所有的痔病临床诊治指南^[3-8]均采纳了Goligher分级或者以其为基础的分级方法,中国《痔临床诊治指南(2006)》^[9]所采纳的内痔分度同样与之类似。但是,这些指南所推荐的各种治疗方法的适应症与Goligher分级的联系并不十分密切,更多的是将痔病的治疗决策留给了医生的经验或者偏好^[10]。临床诊治工作中,痔病的治疗也往往并不完全依据Goligher分级,该分级对治疗的指导没有能够发挥一个疾病分级所应该具有的作用。意大利结直肠外科学会(SICCR)颁布的痔病共识^[7]明确指出由于Goligher分级缺乏对脱垂以外的其他症状和生命质量(quality of life, QOL)的评估,致使该分级不能真正反映痔病的严重程度以及对病人日常生活的影响。

自世界卫生组织将健康定义为“不仅是没有疾病或虚弱,而是身体、精神的健康和社会适应能力的完美状态”以来,健康相关QOL评价在临床实践和研究中变得越来越重要^[11],QOL已经成为影响良性疾病治疗决策的决定因素之一^[12],越来越多的肛

肠科医生将QOL作为评估肛肠疾病严重程度和评价干预措施治疗效果的重要指标^[13-14]。有研究^[2, 15]显示肛肠疾病的确能够对病人QOL产生影响。本研究旨在研究痔病Goligher分级与QOL和脱垂以外其他临床症状的相关性,探讨Goligher分级反映痔病严重程度的能力。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究对2017年5月至2018年9月在北京中医药大学东直门医院肛肠科住院病人进行调查,纳入标准符合痔病诊断标准,同意参与调查,并能够独立填写问卷。排除标准:(1)合并肛旁脓肿者;(2)合并炎症性肠病、肠易激综合征、恶性肿瘤者;(3)合并严重心、脑、肺等重要脏器疾病;(4)精神疾病病人。本研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》有关伦理的要求。

1.2 研究方法

1.2.1 一般资料调查表 自行制定一般资料调查表,包括人口学和疾病信息两部分,人口学信息包括年龄、性别、文化、职业、体质指数等,疾病信息包括诊断、临床症状、Goligher分级等。

1.2.2 Goligher分级标准^[16] Goligher分级:I级:痔血管隆起,没有脱垂;II级:有脱垂,可以自行还纳;III级:有脱垂,需要手助还纳;IV级:有脱垂,不

能还纳。

1.2.3 SF-36 健康调查量表(the mos 36-item short form health survey, SF-36) SF-36 是应用最广泛的普适性 QOL 调查问卷, 2002 年李鲁等^[17]完成了中文版的开发, 对肛肠良性疾病 QOL 的测量具有良好的信、效度^[15]。SF-36 包括 36 个条目, 分为生理和心理两个领域, 每个领域包括 4 个维度。生理领域(physical component summary, PCS)包括生理功能(physical functioning, PF)、生理职能(role physical, RP)、躯体疼痛(body pain, BP)、总体健康(general health, GH)4 个维度, 心理领域(mental component summary, MCS)包括活力(vitality, VT)、社会功能(social functioning, SF)、情感职能(role emotional, RE)、精神健康(mental health, MH)4 个维度。总分、领域和维度的转化得分均为 0~100, 得分越低表示 QOL 越差。

1.3 质量控制 调查实施前对调查员进行培训, 对问卷中相应条目予以解读, 问卷当场发放并及时回收。要求调查员在调查中避免影响受调查者对条目选项的选择。数据由双人核查并录入。

1.4 统计学方法 本研究采用 SPSS 21.0 进行统计分析, 计量资料符合正态分布者以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组计量资料采用 t 检验, 多组计量资料采用方差分析; 不符合正态分布者以中位数(下、上四分位数)表示, 即 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示, 采用非参数检验。计数资料以例(%)表示, 采用 χ^2 检验。有序资料采用非参数检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 人口学及疾病相关情况 本研究共发放调查问卷 230 份, 回收有效问卷 209 份。全部为痔病人, 其中 30 例合并有肛裂、3 例合并肛瘘、75 例合并肛乳头肥大、59 例伴有直肠黏膜脱垂、31 例合并便秘。按照 Goligher 分级标准, Goligher I 级 74 例(35.4%)、II 级 27 例(12.9%)、III 级 42 例(20.1%)、IV 级 66(31.6%)。体质量指数(BMI)数据缺失 28 例, 各组分别缺失 7、5、6、10 例。Goligher 各分级相比较, 在年龄、性别、BMI 方面差异无统计学意义($P > 0.05$), 在病程方面差异有统计学意义($P < 0.05$)。

见表 1。

文化程度分布为小学 4 例(1.9%)、初中 22 例(10.5%)、高中或中专 48 例(23.0%)、大专 40 例(19.1%)、大学及以上 66 例(31.6%), 缺失 30 例(14.4%); 职业分布: 农民 4 例(1.9%), 工人 43 例(20.6%)、个体经营者 4 例(1.9%)、职员 56 例(26.8%)、管理人员 37(17.7%)、专业技术人员 31 例(14.8%)、学生 3 例(1.4%)、无业 6 例(2.9%)、其他 25 例(12.0%)。本研究人群合并糖尿病 14 例(6.7%)、高脂血症 14(6.7%)、高血压 37 例(17.7%)、心血管疾病 11 例(5.3%)、脑血管疾病 8 例(3.8%)。Goligher 各分级相比较, 在文化程度($Z=0.15, P=0.986$)、职业($Z=0.73, P=0.867$)、糖尿病($Z=4.89, P=0.180$)、高脂血症($Z=0.35, P=0.950$)、高血压($Z=1.49, P=0.685$)、心血管疾病($Z=3.22, P=0.358$)和脑血管疾病($Z=4.12, P=0.249$)方面差异无统计学意义, 在肛裂、肛瘘、肛乳头肥大和便秘方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

本研究统计分析 Goligher 各分级之间人口学和基础疾病情况, 结果显示各分级相比较差异无统计学意义, 各分级可以进行比较分析。

2.2 SF-36 量表调查结果 结果见表 2。结果显示, Goligher 各分级相比较, 除了 BP 维度外, 在 SF-36 总分、PCS 和 MCS 两个领域以及其他 7 个维度方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.3 痔病临床症状与 Goligher 分级和 QOL 之间的关系 痔病的主要临床症状为痔核脱出、便血、疼痛、瘙痒和潮湿感。本研究有痔核脱出者 135 例(64.6%), 便血 127 例(60.8%), 肛门疼痛 116 例(55.5%), 其中 20 例(9.6%)表现为剧烈疼痛, 瘙痒 21 例(10%), 潮湿感 6 例(2.9%)。便血的类型包括手纸带血 31 例(14.8%), 滴血 39 例(18.7%), 喷血 10(4.8%), 便血类型不明者 45 例(21.5%)。Goligher 各分级相比较, 在便血($Z=2.32, P=0.508$)、便血类型($Z=2.38, P=0.498$)、肛门疼痛($Z=2.75, P=0.432$)、潮湿感($Z=0.91, P=0.824$)方面差异无统计学意义, 在瘙痒症状($Z=7.99, P=0.046$)方面差异有统计学意义。

表 1 人口学及疾病相关情况和统计结果

Goligher 分级	例数	年龄/(岁, $\bar{x} \pm s$)	病程/[月, $M(P_{25}, P_{75})$]	性别/例(%)		体质量指数/ [kg/m ² , $M(P_{25}, P_{75})$]
				男	女	
I	74	48.08±15.54	12(1, 96)	35(16.7)	39(18.7)	23.51(21.22, 27.51)
II	27	43.33±16.82	60(24, 120)	19(9.1)	9(3.8)	23.15(20.89, 28.68)
III	42	49.74±13.22	66(24, 120)	19(9.1)	23(11.0)	23.80(21.52, 26.94)
IV	66	48.52±14.97	48(11, 123)	26(12.4)	40(19.1)	24.35(21.52, 26.94)
$Z(t)[\chi^2]$ 值		(3.21)	13.95	[7.45]		0.35
P 值		0.360	0.003	0.059		0.950

在痔病症状方面,有疼痛症状组和无疼痛症状组比较,除了GH和MH维度外,SF-36总分、领域和其他6个维度方面差异有统计学意义($P<0.05$);有便血症状组和无便血症状组比较,在GH和VT两个维度方面差异有统计学意义($P<0.05$),在总分、领域和其他维度方面均差异无统计学意义(表3);瘙痒症状组和无瘙痒症状组比较,PF维度($Z=-2.05$, $P=0.040$)方面差异有统计学意义,在总分、领域和其他维度方面均差异无统计学意义($P>0.05$)。有潮湿感症状组和无潮湿感症状组比较,总分、领域和所有

维度方面均差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

有研究显示具有手术适应证的肛肠疾病能够损害病人的QOL^[15]。有多个临床研究显示手术干预能够改善痔病病人的QOL,提示QOL可以用于评估痔病对整体健康的影响程度和干预措施的效果^[18-21]。Ratto等^[22]、Giordano等^[1]、Gaj等^[23]分别开发的痔病严重度评分均将QOL作为其中一个重要的评估参数。本研究从QOL角度对Goligher分级进行探讨,研究结果显示,除了BP维度外,SF-36总分、

表2 Goligher各分级SF-36得分及比较[分, $M(P_{25}, P_{75})$]

Goligher	SF-36	PCS	MCS	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
I	74.64	76.25	74.58	90.00	100.00	72.00	55.00	65.00	87.50	100.00	72.00
	(60.53, 82.38)	(59.05, 84.81)	(58.24, 84.13)	(78.75, 100.00)	(25.00, 100.00)	(62.00, 80.00)	(44.25, 72.75)	(50.00, 80.00)	(62.50, 100.00)	(58.33, 100.00)	(60.00, 80.00)
	78.63	77.25	78.13	90.00	100.00	74.00	67.00	65.00	87.50	100.00	72.00
II	(58.71, 87.38)	(61.75, 87.25)	(59.25, 93.25)	(85.00, 100.00)	(50.00, 100.00)	(51.00, 84.00)	(40.00, 82.00)	(55.00, 85.00)	(62.50, 100.00)	(66.67, 100.00)	(60.00, 88.00)
	78.31	72.63	76.69	90.00	75.00	74.00	57.00	70.00	81.25	100.00	72.00
	(55.38, 84.30)	(54.94, 86.50)	(52.94, 85.88)	(75.00, 95.72)	(25.00, 100.00)	(53.50, 88.00)	(45.00, 70.50)	(50.00, 75.00)	(62.50, 100.00)	(25.00, 100.00)	(56.00, 88.64)
III	75.13	72.25	77.50	90.00	100.00	62.00	61.00	70.00	87.50	100.00	78.00
	(54.47, 85.72)	(49.75, 88.13)	(54.80, 87.91)	(70.00, 100.00)	(25.00, 100.00)	(41.75, 75.50)	(45.00, 82.00)	(55.00, 80.00)	(62.50, 100.00)	(25.00, 100.00)	(67.00, 88.00)
	Z值	1.27	1.31	1.75	1.15	2.89	8.40	3.75	2.09	0.35	0.70
P值	0.737	0.727	0.626	0.766	0.409	0.038	0.290	0.554	0.951	0.873	0.116

注:PCS为生理领域,MCS为心理领域,PF为生理功能,RP为生理职能,BP为躯体疼痛,GH为总体健康,VT为活力,SF为社会功能,RE为情感职能,MH为精神健康。

表3 症状与QOL的关系[分, $M(P_{25}, P_{75})$]

症状	SF-36	PCS	MCS	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
疼痛											
有	71.17	71.00	71.69	90.00	75.00	62.00	56.00	65.00	75.00	100.00	72.00
	(55.46, 81.11)	(53.81, 80.69)	(52.33, 84.00)	(70.63, 95.00)	(25.00, 100.00)	(51.00, 74.00)	(40.00, 77.00)	(50.00, 75.00)	(62.50, 87.50)	(0.00, 100.00)	(60.00, 80.00)
	81.69	80.50	79.42	95.00	100.00	74.00	60.00	70.00	87.50	100.00	76.00
无	(65.53, 87.22)	(63.61, 88.88)	(64.96, 89.38)	(85.00, 100.00)	(51.77, 100.00)	(62.00, 100.00)	(45.00, 76.00)	(55.00, 82.50)	(75.00, 100.00)	(66.67, 100.00)	(60.00, 88.00)
	Z值	-3.73	-3.62	-3.03	-2.54	-2.67	-4.02	-0.78	-2.08	-3.41	-2.33
P值	<0.001	<0.001	0.002	0.011	0.008	<0.001	0.436	0.037	0.001	0.020	0.155
便血											
有	78.44	77.25	78.17	90.00	100.00	72.00	62.00	70.00	87.50	100.00	76.00
	(58.71, 85.81)	(56.60, 87.25)	(57.33, 87.63)	(75.00, 100.00)	(25.00, 100.00)	(52.00, 84.00)	(45.00, 77.00)	(55.00, 80.00)	(62.50, 100.00)	(33.33, 100.00)	(60.00, 88.00)
	73.60	72.13	73.88	90.00	100.00	62.00	55.00	62.50	75.00	100.00	72.00
无	(57.31, 82.26)	(57.00, 83.13)	(57.77, 83.81)	(78.75, 100.00)	(25.00, 100.00)	(51.00, 80.00)	(40.00, 67.00)	(50.00, 75.00)	(62.50, 91.67)	(33.33, 100.00)	(60.00, 80.00)
	Z值	-0.141	-1.34	-1.27	-0.51	-0.14	-0.77	-2.29	-2.84	-1.28	-1.04
P值	0.160	0.181	0.206	0.612	0.890	0.439	0.022	0.004	0.201	0.300	0.051

注:PCS为生理领域,MCS为心理领域,PF为生理功能,RP为生理职能,BP为躯体疼痛,GH为总体健康,VT为活力,SF为社会功能,RE为情感职能,MH为精神健康。

两个领域和其他7个维度在Goligher各分级间没有明显差异,提示Goligher分级不能够反映出痔病对病人QOL的影响。

痔病的症状复杂多样,包括脱垂、便血、疼痛、瘙痒、潮湿感等,不同的症状存在程度的差异,不同背景的病人对症状的感受存在差异,这些因素致使对痔病的评估复杂化,依靠单一因素难以准确评估严重程度。Goligher分级主要考量了内痔的形态,以脱垂的程度为标准,欠缺对其他症状严重程度和QOL受损程度的评价,这是Goligher分级不能真实反映痔病严重程度的主要原因。本研究分析了痔病主要症状在Goligher各分级之间的差异,结果显示除了瘙痒以外,疼痛、便血、便血类型、肛门潮湿感在Goligher各级之间没有差异,提示Goligher分级没有反映出脱垂以外的其他症状对病人的影响,其他症状与脱垂之间不存在相关性,Jacobs^[24]和Gerjy等^[25]亦认为其他症状与脱垂程度相关性较差。而对痔病的治疗不能以解除脱垂为唯一目的,以脱垂为分级唯一标准的Goligher分级难以满足这样的需求。

BP维度所反映的内容是疼痛对病人的影响,本研究显示在Goligher各级之间BP存在差异,一方面提示疼痛是影响痔病病人QOL的一个重要因素,另一方面说明Goligher分级缺乏对疼痛的考量是其主要不足之一。表3结果显示除了GH和MH两个维度以外,疼痛对SF-36总分、两个领域和其他6个维度均具有影响,提示疼痛症状对痔病病人生活中的多个方面会产生影响。

本研究发现便血仅对GH和VT两个维度存在影响,对QOL的影响有限,且与Goligher分级无相关性,这强烈提示便血不宜作为一个评估痔病严重程度的指标。Khan等^[26]认为便血的量和程度与Goligher分级无相关性。Sailer等^[27]研究发现便血与QOL没有相关性。Rørvik等^[28]和Pucher等^[29]经过回归分析发现便血与严重程度无相关性。所以,在Sodergren评分^[29]未将便血作为评分的参数。但是,可能是由于便血是痔病的主要临床症状之一,绝大多数新的评分系统^[1, 22-23, 28, 30-32]仍将便血列入其中。我国的内痔分度^[9]引入了便血症状,本研究提示对此尚需要进一步探讨。

本研究发现瘙痒与Goligher分级存在相关性,但对QOL的影响有限,仅与PF维度存在相关性。有研究^[29]发现瘙痒与QOL存在强相关性,这与本研究结果相背,尽管有五个新的评分系统^[23, 28, 30-32]将瘙痒的评价列入其中,但瘙痒对评估痔病严重程度的意义仍需进一步研究。

为了克服Goligher分级系统的不足,多名学者相继开发了新的痔病严重度评分或QOL量表。Nystrom等^[32]开发的评分从症状发生频率的角度对疼痛、瘙痒、便血、污裤和脱垂手助还纳五个参数进行4点式评价,然而这个量表缺少对上述症状强度的评估,对脱垂的信息采集不足,没有QOL相关的评估,且有研究^[29]认为污裤与严重程度无相关性。Rørvik等^[28]将Nystrom评分改良为5点式评分。Pucher等^[29]开发的Sodergren评分增加了疼痛和瘙痒两个症状,本研究显示瘙痒与QOI没有明确的强相关性。Gaj等^[23]开发的PATE评分用一条视觉模拟评分标尺评估QOL,但这种评价模式与其他参数缺乏统一性,其在评分中的权重需要进一步研究。Ratto等^[22]和Giordano等^[1]分别将5点式QOL评价纳入评分中,这种评价方式对QOL的受损程度评估不足,且其最后两级“严重”和“非常严重”的含义不容易区分。SHS是一个用于评估炎症性肠病的短评QOL问卷,该问卷含有4条QOL相关条目,Rørvik等^[28]研究显示其能够有效评估痔病的严重程度,但对QOL评价仍存在评估不够精准的问题,如缺少痔病对排便的影响。HEMO-FISS-QoL量表^[2]是唯一评价痔病的特异性QOL量表,但该量表未进行广泛的文化调试,对中国人群的测量性能尚待验证。总之,上述痔病严重度评分或者QOL量表,在临床应用上远远不如Goligher分级广泛,并且尚未发现那个评分或量表较Goligher分级更有优势的证据^[8]。

本研究提示Goligher分级不能反映痔病的严重程度,缺少脱垂以外其他临床症状严重程度的评价,不能体现出不同程度的痔病对QOL影响的差异。本研究提示疼痛应纳入痔病严重程度评价系统中,而瘙痒亦应是一个考虑的参数。

一个性能良好的痔病分级应具有反映痔病的真实严重程度的能力,能够指导临床医生制定最佳治疗策略,并有利于在不同临床研究之间进行结局的对比。对于痔病严重程度分级系统,应包括病人的客观症状和主观感受,客观症状主要是指症状发生的频率,主观感受包括病人对症状的心理耐受能力和QOL。此外,尚应考虑病人的整体健康状态,有研究^[33]提示高血压和年龄是肛垫发生病理改变的危险因素,病人的年龄和高血压病史应该是需要考虑的因素之一。

参考文献

- [1] GIORDANO P, NASTRO P, DAVIES A, et al. Prospective evaluation of stapled haemorrhoidopexy versus transanal haemorrhoidal dearterialisation for stage II and III haemorrhoids: three-year outcomes [J]. Tech Coloproctol, 2011, 15(1): 67-73.

- [2] ABRAMOWITZ L, BOUCHARD D, SIPROUDHIS L, et al. Psychometric properties of a questionnaire (HEMO-FISS-QoL) to evaluate the burden associated with haemorrhoidal disease and anal fissures [J]. *Colorectal Dis*, 2018, 21(1): 48-58.
- [3] HIGUERO T, ABRAMOWITZ L, CASTINEL A, et al. Guidelines for the treatment of hemorrhoids (short report) [J]. *Journal of Visceral Surgery*, 2016, 153(3): 213-218.
- [4] AGARWAL N, SINGH K, SHEIKH P, et al. Executive summary—the association of colon & rectal surgeons of India (ACRSI) practice guidelines for the management of haemorrhoids—2016 [J]. *Indian Journal of Surgery*, 2017, 79(1): 58-61.
- [5] YAMANA T. Japanese practice guidelines for anal disorders I. Hemorrhoids [J]. *J Anus Rectum Colon*, 2017, 1(3): 89-99.
- [6] DAVIS BR, LEE-KONG SA, MIGALY J, et al. The american society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the management of hemorrhoids [J]. *Diseases of the colon and rectum*, 2018, 61(3): 284-292.
- [7] 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.
- [8] VAN TOL RR, KLEIJNEN J, WATSON AJM, et al. European Society of coloProctology: guideline for haemorrhoidal disease [J]. *Colorectal Dis*, 2020, 22(6): 650-662.
- [9] 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.
- [10] RUBBINI M, ASCANELLI S. Classification and guidelines of hemorrhoidal disease: present and future [J]. *World journal of Gastrointestinal Surgery*, 2019, 11(3): 117-121.
- [11] TESTA MA, SIMONSON DC. Assessment of quality-of-life outcomes [J]. *N Engl J Med*, 1996, 334(13): 835-840.
- [12] RATTO C, PARELLO A, LITTA F. Hemorrhoids [M]. Switzerland: the registered company Springer International Publishing, 2018: 491.
- [13] BOZDAG AD, SAYIM NY. Quality of life after stapler haemorrhoidectomy evaluated by SF-36 questionnaire [J]. *Ulusal cerrahi dergisi*, 2013, 29(4): 203-204.
- [14] KENDIRCI M, SAHINER IT, SAHINER Y, et al. Comparison of effects of vessel-sealing devices and conventional hemorrhoidectomy on postoperative pain and quality of life [J]. *Med Sci Monit*, 2018, 24: 2173-2179.
- [15] 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.
- [16] RIVADENEIRA DE, STEELE SR, TERNENT C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010) [J]. *Diseases of the colon and rectum*, 2011, 54(9): 1059-1064.
- [17] 李鲁, 王红妹, 沈毅. SF-36健康调查量表中文版的研制及其性能测试 [J]. *中华预防医学杂志*, 2002, 36(2): 109-113.
- [18] WATSON AJ, HUDSON J, WOOD J, et al. Comparison of stapled haemorrhoidopexy with traditional excisional surgery for haemorrhoidal disease (eTHoS): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial [J]. *Lancet (London, England)*, 2016, 388(10058): 2375-2385.
- [19] ERDOGDU A, SIPAHIOGLU NT, ERGINOZ E, et al. Quality of life after stapler haemorrhoidectomy evaluated by SF-36 questionnaire [J]. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 2013, 29(2): 59-62.
- [20] CZARZASTY W, KRUSZEWSKI WJ, ZIELINSKI J, et al. A one-year follow-up of the quality of life after stapled hemorrhoidopexy [J]. *Polski przegląd Chirurgiczny*, 2011, 83(4): 204-211.
- [21] BOUCHARD D, ABRAMOWITZ L, CASTINEL A, et al. One-year outcome of haemorrhoidectomy: a prospective multicentre French study [J]. *Colorectal Dis*, 2013, 15(6): 719-726.
- [22] RATTO C, CAMPENNI P, PAPEO F, et al. Transanal hemorrhoidal dearterialization (THD) for hemorrhoidal disease: a single-center study on 1000 consecutive cases and a review of the literature [J]. *Techniques in Coloproctology*, 2017, 21(12): 953-962.
- [23] GAJ F, TRECCA A, PASSANNANTI D, et al. Hemorrhoidal disease classification: time to abandon an old paradigm? [J]. *Techniques in coloproctology*, 2020, 24(11): 1227-1229.
- [24] JACOBS D. Clinical practice. Hemorrhoids [J]. *N Engl J Med*, 2014, 371(10): 944-951.
- [25] GERJY R, LINDHOFF-LARSON A, NYSTROM PO. Grade of prolapse and symptoms of haemorrhoids are poorly correlated: result of a classification algorithm in 270 patients [J]. *Colorectal Dis*, 2008, 10(7): 694-700.
- [26] KHAN MA, CHOWDRI NA, PARRAY FQ, et al. "PNR-Bleed" classification and Hemorrhoid Severity Score—a novel attempt at classifying the hemorrhoids [J]. *Journal of Coloproctology*, 2020, 40(4): 398-403.
- [27] SAILER M, BUSSEN D, DEBUS ES, et al. Quality of life in patients with benign anorectal disorders [J]. *The British journal of surgery*, 1998, 85: 1716-1719.
- [28] RØRVIK HD, STYR K, ILUM L, et al. Hemorrhoidal disease symptom score and short health scaleHD: new tools to evaluate symptoms and health-related quality of life in hemorrhoidal disease [J]. *Diseases of the Colon & Rectum*, 2019, 62(3): 333-342.
- [29] PUCHER PH, QURASHI M, HOWELL AM, et al. Development and validation of a symptom-based severity score for hemorrhoidal disease: the Sodergren score [J]. *Colorectal Dis*, 2015, 17(7): 612-618.
- [30] SHANMUGAM V, WATSON AJ, CHAPMAN AD, et al. Pathological audit of stapled haemorrhoidopexy [J]. *Colorectal Dis*, 2005, 7(2): 172-175.
- [31] THAHA MA, CAMPBELL KL, KAZMI SA, et al. Prospective randomised multi-centre trial comparing the clinical efficacy, safety and patient acceptability of circular stapled anopexy with closed diathermy haemorrhoidectomy [J]. *Gut*, 2009, 58(5): 668-678.
- [32] NYSTRÖM PO, QVIST N, RAAHAVE D, et al. Randomized clinical trial of symptom control after stapled anopexy or diathermy excision for haemorrhoid prolapse [J]. *The British Journal of Surgery*, 2010, 97(2): 167-176.
- [33] 孙松朋, 龙俊红, 张书信. 痔病患者显微镜下痔组织出血情况及其影响因素研究 [J]. *中国全科医学*, 2020, 23(33): 4190-4195.

(收稿日期: 2021-05-07, 修回日期: 2021-06-25)