

内痔结扎与消痔灵注射治疗 II、III 期内痔 186 例疗效观察

西安市中医医院附属西安市肛肠病医院 陕西 710001 梁靖华

张小侠 黄莉莉 贾敏江 指导 贺向东

内痔结扎与消痔灵注射是目前国内外治疗 II、III 期内痔的常用方法。为探索其疗效,近 2 年来我科收治的 186 例 II、III 期内痔采用非盲试验随机分成两组,分别用结扎疗法、消痔灵注射法治疗,并观察其疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组 II、III 期内痔 186 例均符合黄乃健主编的《中国肛肠病学》II、III 期内痔三度分类法诊断标准^[1],无手术禁忌证。病例资料完整,两组患者按完全随机化实验分组原则(根据电脑产生的随机数字)分为两组,见表 1。两组资料比较无统计学差异。

表 1 两组临床资料比较

组别	n	年龄(岁)	内痔分期	
			II 期	III 期
消痔灵注射法	92	40.5±24.5	56	36
结扎疗法	94	41.7±23.7	52	42

1.2 治疗方法

1.2.1 消痔灵注射法:取截石位,在腰俞穴麻醉下,常规消毒肛门部,在肛门镜下,检查内痔的部位、数目,并作直肠指检,确定母痔区有无动脉搏动。用新洁尔灭液消毒肛管皮肤及直肠黏膜,肛镜下用不同浓度的消痔灵液,分四部注射:①痔上动脉区注射,用 1:1 浓度(即消痔灵用 1%普鲁卡因液稀释 1 倍)一般注射 12 mL。②痔区黏膜下层注射,用 2:1 浓度,在痔核中部进针,刺入黏膜下层后呈扇形注射,

使药液尽量充满黏膜下层血管丛中,以痔核弥漫肿胀为度,一般注射 35 mL。③痔区黏膜固有层注射,当第二部注射完毕,缓慢退针,多数病例有落空感,可作为针尖推到黏膜机板上的标志,注药后黏膜成水泡状,一般注射 12 mL。④洞状静脉区注射,用 1:1 浓度,在齿线上 0.1 cm 处进针,刺入痔体的斜上方 0.51 cm,呈扇形注射,一般注药 13 mL。1 次注射总量 1530 mL。注射完毕,肛内放入油纱条,外盖纱布,胶布固定。

1.2.2 内痔结扎法:①取截石位,腰俞穴麻醉后以 0.1%新洁尔灭棉球清洁肛管直肠下端再用双手食指进行扩肛,使痔核暴露。②用弯钳夹住痔核基底部,用左手向肛外同一方向牵引,右手用持针钳夹住已穿有丝线的缝针,将双线从痔基底部中央稍偏上穿过。③将贯穿痔核的双线交叉放置,并用剪刀沿齿线剪一浅表裂缝,再分端行“8”字形结扎。④结扎完毕后,修剪结扎线以上部分,将存留在外的线端剪去,痔核送回肛内,肛内放入油纱条,外盖纱布,胶布固定。

1.3 统计学处理:采用 *t* 和 χ^2 检验分析。

1.4 疗效标准:痊愈:术后 2 年大便无出血,肛镜见原手术部位无直肠黏膜隆起,无糜烂渗血;有效:术后 2 年,便后无肿物脱出,大便偶带鲜血,肛镜见原手术部位直肠黏膜隆起较前明显减小;无效:便时带血,便后有肿物脱出,肛镜见内痔大小与治疗前相同。

1.5 结果:见表 2。

表 2 两组治疗结果比较(n,%)

治疗方法	分期及例数	治愈	有效	无效	并发症 坠痛	平均住院 时间(<i>t</i> /d)
消痔灵注射法	II 期 56	47(83.93)	54(96.41)	2(3.59)	1(1.81)	11.8
	III 期 36	24(66.67)	32(88.89)	4(11.11)	2(5.56)	13.2
	合计 92	71(77.17)	86(93.48)	6(6.52)	3(3.62)	12.4
结扎疗法	II 期 52	50(96.15)	52(100)	0	1(1.92)	14.3
	III 期 42	41(97.62)	42(100)	0	1(2.83)	14.8
	合计 94	91(98.91)*	94(100)*	0	2(2.12)	14.6

注: * $P < 0.05$ 有统计学意义差异

2 讨论

以上分析结果可以看出:虽然结扎疗法治疗Ⅱ、Ⅲ期内痔平均住院时间较消痔灵注射法略长,但其有效率、治愈率、并发症均优于注射疗法。笔者认为主要原因在于以下几个方面:①消痔灵注射疗法疗效及术后并发症发生受人为因素影响较大,如药物浓度、计量及进针深浅。而结扎疗法则受人影响较小。②注射疗法的目的是使痔组织产生无菌性炎症而纤维化、曲张血管闭塞、黏膜萎缩。纤维化的程度在同一条件下随年龄、性别、体质之不同而改变,故疗效也随之变化。结扎疗法则可根据内痔大小决定结扎部位,使痔组织因缺血而坏死脱落。③注射

疗法产生无菌性炎症而纤维化后,由于机体的代偿机能,该处静脉曲张的可能性存在,故远期效果及复发的可能性依然存在。

综上所述:对Ⅱ、Ⅲ期内痔的治疗应以结扎疗法为首选,正如国外学者提到:注射法对Ⅰ、Ⅱ期内痔有效,Ⅲ期以上内痔则效果较差^[1]。当然,对于有些年老体弱不能或不愿应用结扎疗法的患者,消痔灵注射仍不失为一种可靠的治疗方法。

参 考 文 献

- 1 黄乃健主编. 中国肛肠病学. 山东科学技术出版社, 1998.640.

(收稿日期:2004-03-18)

痔全息注射液临床应用

(附治疗各类外痔、混合痔 760 例报告)

汕头市龙湖人民医院 广东 515041 王少光 李光 余梅英 卢燕姿 黄幼牧

痔是肛肠科常见病症之一。对外痔和混合痔的处理一般采用传统的痔切扎术,但术后患者的疼痛和愈合时间长一直是困扰病人和医生的两大难题。我院肛肠科 1980 年 12 月至 2004 年 1 月应用痔全息注射液治疗各类外痔及混合痔 760 例,取得显著效果。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组 760 例患者中,男 430 例,女 330 例,年龄 2075 岁;病程最长 50 年,最短 5 d。血栓性外痔 204 例,结蒂组织伴炎性外痔 196 例,陈旧肛裂性外痔 154 例,混合痔(包括嵌顿性内痔)206 例。

1.2 治疗方法:常规消毒铺孔巾,用 2%利多卡因与 0.75%布比卡因各半混合液作局部麻醉。把要注射痔核拉起,用止血钳夹住痔核基层,然后在夹住的痔核上慢慢注入痔全息注射液(山西侯马霸王药物有限公司生产),使痔核变为紫黑色为度。①混合痔:把内痔及外痔一并夹住同时注射(最好先行消痔灵注射内痔,一周后才用痔全息注射外痔),对合并肛乳头肥大的同时夹住肛乳头并注射。注射时先注内后注外;②环状痔:分段分批注射,注射面积一般为肛门面积的 1/3,最大不要超过 1/2。③陈旧性

肛裂及哨痔:在裂基底部浅层注药,使陈裂的硬变裂痕,哨痔及增生肛乳头一并脱落。使用总药量不要超过 6 mL。④手术完成后再于被注射痔核下方注甲蓝布比卡因 510 mL 混合液。第二批注射的痔核要等第一批痔核注射后伤口完全愈合后才进行;注射的两外痔中间要保留 0.5 cm 上的正常皮肤。

1.3 术后护理:痔注射痔全息后至痔脱落前,便后伤口只用温开水冲洗干净,多用药棉敷贴。待痔脱落完全后,每次便后才能用 0.02% PP 液坐浴,再喷生肌散及敷生肌膏。

2 结果

2.1 疗效标准:疗效评定按照国家中医药管理局 1994 年 6 月 28 日发布的《中医病症诊断疗效标准》中《外痔疗效评定标准》执行。治愈:痔核脱落,创面修复,肛门功能基本正常,无出血及痔核突出现象;好转:痔核部分脱落,便血及脱出等症状减轻;无效:治疗后痔核如前,症状如初。

2.2 不良反应:本组 760 例患者于注射痔全息后约有一半患者出现一次性眩晕,眩晕时间在 20 min 至 2 h,一般经卧床休息后能自止。

2.3 疗效:本组 760 例患者全部治愈。痔核脱落时间为 312 d,治愈时间 1055 d,其中 1028 d 684 例