

痔全息注射治疗肛肠疾患 1126 例临床分析

詹锋 刘松石

(鹰潭铁路医院肛肠科 江西鹰潭 335000)

关键词: 痔疮;肛裂;直肠息肉;痔瘕;注射疗法

中图分类号: R 657.1

文献标识码: B

文章编号: 1671-4040(2003)02-0017-01

痔全息主要是一种含有硫磺、冰片、苯甲醇、薄荷冰、麻醉乙醚等的阴离子液,属速效坏死脱落剂,适应广泛,高效无毒,具有中效麻醉、止血、抗感染的作用。该注射疗法不需烦琐的术前准备,也不需要住院,痛苦小,水肿轻。我院以痔全息注射治疗肛肠疾患 1126 例,现将结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 根据 1975 年全国肛肠疾病防治工作会议所制定的分期与诊断标准收治 1126 例患者,其中男 561 例,女 565 例;发病年龄最小的 12 岁,最大的 82 岁;病史最长 32 年;单纯性内痔 338 例,混合痔 487 例,肛裂 235 例,直肠息肉 66 例。

1.2 适应症与禁忌症 (1) 适应症:各期内痔(包括嵌顿性)、混合痔、单纯性近段息肉、肛裂。(2) 禁忌症:肛门严重感染,或同时伴有泌尿系统感染、直肠肛门恶性肿瘤、严重心脑血管疾病、血液病,孕妇慎用。

2 治疗方法

2.1 单纯性内痔 选用 2mL 注射器,配 4 号半小针头,从痔核最突出部位刺入粘膜下层(切忌注入肌层,以防损伤大血管),针头向上轻轻挑起,缓慢注射,可见被药液浸润部分逐渐由灰白 → 灰黑色。稍后如有部分未完全变色,可调整进针方向,再注入少许药液,按痔核的大小总量控制在 3mL 以内。术后将痔核轻轻送还,可减轻肛门局部水肿。

2.2 混合痔注射方法 内外一体的混合痔可同时注射,对环行混合痔分次注射,每次选 2~3 个点,行环断注射,有溃疡出血的痔核应列为首选。并以先内后外、先大后小为原则。

2.3 肛裂的注射方法 针头斜刺肛裂基底部 1~2mm,缓慢注射的同时,逐步退针,直至肛裂部位完全被药液浸润,药浸区的组织逐渐变成黑色为止,无须扇型注射,伴有哨兵痔的可一并注射。

2.4 直肠息肉 注射如同内痔,但注射时以息肉基底部为主,蒂长的只需注射到蒂根部即可。

以上治疗术后,用生理盐水纱布拭净痔块和肛门部残留药液,避免损伤正常组织,表面覆盖无菌纱布,胶布固定。术后 3~6 h 伴有的肛门不适或轻度

疼痛,可服阿斯匹林 0.3g/ 次,休息 3~5 d,忌辛辣、烈酒。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈:痔核、息肉、肛裂病灶完全脱落,创面愈合,症状消失。好转:痔核、息肉、肛裂病灶脱落有残留,症状消失或减轻。无效:痔核、息肉、肛裂病灶脱落少,症状同前。

3.2 治疗结果 1126 例中,有 992 例痊愈,疗程 15~18d,平均 16.8d;122 例好转,疗程 15~23d,平均 20.2d;无效 12 例。

4 讨论

坏死剂的注射疗法,以前主要用于内痔的治疗。而痔全息非金属阴离子液,加入芳香开窍中药制剂,药物作用迅速,“切割”整齐,注药区血管闭塞,坏死脱落的同时,创面开始修复,在本组病例中未见感染或大出血的情况发生。痔核注药时,要均匀、饱满,色泽灰黑为度,否则易造成脱落不完全,症状不能完全改善。少数病人有 II 度以上疼痛,可能与注药较深,药量偏大,造成创面较大,刺激肛门括约肌痉挛有关。我们在控制注药深度和剂量的同时,术前采用 1%亚甲蓝注射液 2mL+1%利多卡因 10mL+注射用水 8mL 的混合液^[1],作肛周局麻,有效地使肛管组织及括约肌长时间处于松弛状态,消除肛门部疼痛 7~12d;另外,由于肛管部的松弛降低了肠腔内静息压,使坏死组织渗出液得以顺利排除肛门外;开放了侧枝循环,血供、静脉和淋巴回流得以保证,加快了水肿的吸收和炎症的控制及创面的愈合。多发性混合痔,采用选择 2~3 个点行环断注射,在创面之间能保留良好的粘膜桥,不仅有效地控制术后肛门狭窄并发症的发生,而且由于炎症的消除、血运的改善,剩下的痔核明显缩小,症状大大减轻。同样,肛裂在注药后,剔除了肛裂部位纤维增生组织,肛管松弛,环状栉膜带、内括约肌、外括约肌皮下部痉挛缓解,从而愈合加快。

参考文献

[1] 俞宝典.复方亚甲蓝长效止痛剂在肛周术后应用的对比观察[J].中国肛肠杂志.1999,19(11):(20)

(收稿日期:2003-02-10)