

枯痔油注射治疗内痔 150 例疗效分析

谢永俊 彭兵

(解放军第 105 医院 安徽合肥 236635)

关键词: 内痔; 枯痔油; 注射疗法

中图分类号: R 657.18

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.043

痔是一种常见的肛门直肠疾病,有“十人九痔”之说,据报道,肛门直肠疾病发病率为 59.10%,而其中痔的发病率占肛门直肠疾病的 87.25%^[1]。痔的近代概念认为,肛垫内动静脉吻合调节障碍和 Treitz 肌退行变性可导致肛垫肥大或脱垂即谓痔。目前痔的治疗方法多种多样,如保守疗法、注射疗法、胶圈套扎疗法、物理疗法等,而注射疗法为内痔治疗的首选方法,也可因所用药物的不同,产生不同的效果和并发症。我科用枯痔油注射液(又名矾酚注射液,院内制剂,批号:南联制字 2003FM17008 号)对 150 例内痔患者进行注射治疗,取得了满意的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我科于 2009 年 1~9 月对 150 例患者进行注射治疗,其中 I 期内痔 48 例,II 期内痔 79 例,III 期内痔 23 例,年龄 22~82 岁,病程 2~40 年。

1.2 诊断标准 I 期:肛垫单纯性肥大;无明显自觉症状,仅于排便时出现带血、滴血或喷血现象,出血较多,痔块不脱出肛门外;肛门镜检查,在齿线上见直肠柱扩大,呈结节状突起。II 期:肛垫部分失去支持作用;排便时间歇性带血、滴血或喷血,出血量中等,排便时痔块脱出肛门外,排便后自行还纳。III 期:肛垫完全失去支持作用;排便时内痔脱出,或在劳累后、步行过久、咳嗽时脱出,内痔脱出后不能自行还纳,必须用手托入,或卧床休息后方可还纳,出血量较少。

1.3 治疗方法

1.3.1 注射前准备 注射前行血常规、凝血检查,患有高血压、糖尿病者,需控制血压、血糖在正常范围之内,且排空大便。器械:消毒的斜口直肠镜 1 副,20mL 注射器 1 副,一次性麻醉针 1 根,1%新洁尔灭棉球适量,液体石蜡油少许。并告诉病人如何配合,做好安慰和解释工作。

1.3.2 注射方法 患者取胸膝位,将斜口直肠镜涂少许石蜡油,用肛门镜头按摩肛缘,缓缓插入肛内,镜口压在齿线部位,充分暴露内痔痔核(截石位 3 点)。用 1%新洁尔灭棉球局部消毒,左手持直肠镜,右手持连接一次性麻醉针的 20mL 注射器。在齿线上痔核根部上方 0.3~0.5cm 处,刺入黏膜下层,当针头遇抵触感时,停止进针并回撤少许,回抽无血液,即缓慢注射药水,边注射边退针,可不断旋转注射器,使枯痔油注射液在痔核黏膜下层均匀分布。待痔核黏膜呈淡粉红色隆起、表面可见微血管,停住注射并缓慢拔针,无菌干棉球按压注射完毕的内痔片刻即可。同法注射其余内痔(截石位 7、11 点)。注射完毕,将斜口直肠镜缓慢退出。每个内痔注射药量为 3~8mL,但以黏膜表面出现“条纹征”^[2]为度。

1.3.3 注射后处理 注射后,控制排便 24h,1 周内避免剧烈运动,禁骑自行车、电动车等,并常规肛内纳肛泰栓 1 枚,每日 2 次。

1.4 疗效标准 痊愈:便后无出血、无脱出,直肠镜检查痔黏膜恢复正常,痔核完全萎缩。基本痊愈:便后无出血、无脱出,直肠镜检查痔黏膜轻度充血,痔核明显消退。好转:便后时有少量出血,无脱出,直肠镜检查痔黏膜轻度充血。无效:与治疗前相比无任何变化。

1.5 治疗结果 注射后 1 周复查,并随访 1 个月。结果痊愈 118 例,占 78.67%;基本痊愈 25 例,占 16.67%;好转 7 例,占 4.67%。

2 讨论

目前用于注射治疗的药物很多,根据其对痔组织产生的作用不同,可分为坏死剂和硬化剂,因坏

参考文献

[1]国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准[S].南京:南京大学出版社,1994.132
[2]张东铭,王玉成.盆底与肛门病学[M].贵阳:贵州科学技术出版社,2004.664
[3]孔德朋,彭德功.合并前列腺疾病的肛肠病术后尿潴留的防治(附 136 例报告)[J].中国肛肠病杂志,2003,23(11):15-16
[4]黄乃健.中国肛肠病学[M].济南:山东科学技术出版社,1996.620
[5]陈日新,康明非.腧穴热敏化艾灸新疗法[M].北京:人民卫生出版社,2006.10

(收稿日期: 2009-12-22)

减压切口对静脉曲张性混合痔术后肛缘水肿的疗效观察

焦鹏富¹ 指导:叶茂²

(1 江西中医学院 2008 级研究生 南昌 330006;2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:减压切口;静脉曲张性混合痔;术后肛缘水肿

中图分类号:R 587.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.044

为了观察减压切口对静脉曲张性混合痔术后所致肛缘水肿的效果,笔者 2009 年 3~12 月间,对 127 例静脉曲张性混合痔患者分别进行了减压切口和传统切口手术治疗。现将观察结果报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 依据《上海市中医病症诊疗常规》需手术治疗患者,年龄 18 岁以上。排除:(1)肛管直肠有占位性病变者;(2)就诊时已使用其他影响伤口疼痛、水肿的药物者;(3)妊娠及哺乳期妇女;(4)有明显排便障碍者;(5)有糖尿病史及凝血障碍者。按入院顺序随机分两组:治疗组 65 例,男 40 例,女 25 例;年龄 28~67 岁,平均 45 岁;病程 4~11 年,平均 6 年。对照组 62 例,男 35 例,女 27 例;年龄 25~69 岁,平均 43 岁;病程 3~9 年,平均 6 年。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 采用减压切口手术。取侧卧位,先行骶骨部或肛门部常规消毒,铺无菌洞巾,局部麻或腰俞麻。肛管消毒,让患者努挣使痔全部脱出,充分暴露组织,根据痔的形态、大小及自然凹陷设计合理的断面。应注意以正常皮肤作切口点,痔外缘至切点的距离约为痔核基底面的半径。用弯钳夹持切点,作“V”字形切口^[1],方向要与肛管方向一致,深达组织下,剥离曲张性静脉丛或血栓要彻底,进入肛管处改为“倒 V”字形,切口内端达齿线上 0.2~0.5cm,10 号线结扎,剪去残端。在原切口两侧分别作与原切口近乎平行的两条切口,长度约为原切口的 1/2~2/3,距原切口 0.2~0.5cm,深达皮下组织。同

法处理其他痔核。但要说明的是,一定要保留皮桥和黏膜桥,痔核之间必须上下错开成锯齿状,若皮桥张力过大或痔核直径小于 0.5cm,在其上作纵形减压切口。

1.2.2 对照组 采用传统开放式痔切除^[2]手术。

1.3 结果 在术后抗炎、软化大便、坐浴、换药的同等条件下,比较两组水肿情况。治疗组术后肛缘水肿的例数少于对照组,差异有显著意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术后肛缘水肿比较 例(%)

	n	无水肿	有水肿			总有效率(%)
			轻	中	重	
治疗组	65	60(92.3)	3(4.6)	2(3.1)	0(0)	92.3
对照组	62	46(74.2)	5(8.1)	9(14.5)	2(3.2)	74.2

2 讨论

肛缘水肿是静脉曲张性混合痔术后常见并发症,水肿、疼痛往往同时存在,是临床医师和患者共同关注的问题。(1)“V”字形切口充分保证了排便时即肛管开放时切口无张力,此切口达到减张的作用。(2)在距痔外缘约痔基底面半径处作切口,可很好地避免切口过大、过短的缺点,起到减压效果。(3)两边平行修剪,避免了术中潜行切除皮桥下组织导致皮桥呈悬空状,因受压、扭曲、摩擦引起的水肿。本研究结果显示,减压切口大大降低了术后肛缘水肿,减轻了患者的痛苦。

参考文献

[1] 段海涛,沈瑞子.减张切口预防痔术后肛门水肿的临床观察[J].大肠肛门病外科杂志,2003,9(2):93-94
[2] 丁义江.丁氏肛肠病学[M].北京:人民卫生出版社,2006.249
(收稿日期:2010-01-18)

死剂常发生广泛组织坏死、感染,引起大出血,目前多主张使用硬化剂。将硬化剂注入痔核黏膜下层,可产生无菌性炎性反应,促进痔核及其周围组织纤维化,将脱垂的肛垫粘连固定于肠壁肌层,从而达到止血及防止脱垂的目的^[2]。我院采用明矾、苯酚、甘油、枸橼酸钠等研制成枯痔油注射液,是一种硬化剂。明矾性酸寒,具有清热燥湿、杀虫止痒、止泻止痒之功。《本草纲目》载:“硝石之用有四……治诸血痛、脱肛、阴挺、疮疡,取其酸涩而收液;治痰饮、泄利,取其酸而燥湿也……”现代医学认为明矾水解之铝离子能刺激组织产生无菌性炎症,使组织产

生较强的异物胶原纤维化。苯酚又名石碳酸,可使局部组织变性引起无菌性炎症。甘油能延缓组织吸收并有轻度的致炎硬化作用。使用枯痔油注射液注射前不需配制,操作简单,见效快,容易掌握,无痛苦,并发症较少,对人体无隐蔽性损害,是当前内痔治疗的首选方法,尤其对年龄较大、体质欠佳、不适合手术治疗的老年患者,大大减轻了他们的痛苦。

参考文献

[1] 李润庭.肛门直肠病学[M].沈阳:辽宁科技出版社,1987.101
[2] 张东铭.盆底与肛门病学[M].贵阳:贵州科技出版社,2001.383
(收稿日期:2009-12-22)