

一格。从医院层面讲,各医院中医技术水平、专科特色和配套设施均不一样,有必要把中医诊疗项目进一步整合,既有利于各临床医生的技术发挥,符合所在医院中医技术实力,又有利于临床路径的统一管理。

通常,患者对医疗服务的不满意主要原因在于医疗行为不规范、医疗费用高、患者需求难以得到及时满足。如前所述,临床路径可规范医疗行为、降低医疗费用。就医患沟通方面,临床路径可增强医患之间的沟通,医患双方互相理解,提高患者对疾病的认识,保证患者知情权,使患者积极参与到诊疗过程当中。对患者而言,通过对临床路径的了解,可以提高患者对自身疾病治疗的心理准备,提高患者的自身管理意识,减少并发症的发生,提高疗效。从本次门诊临床路径实施效果来看,临床路径的实施可有

效降低医疗费用,这是临床路径的最大优势。临床路径的应用还可进一步改善医疗品质,规范诊疗行为,减少资源浪费。

参考文献

[1]中华医学会.临床诊疗指南骨科分册[M].北京:人民卫生出版社,2009.102
[2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.186
[3]蔡华,尹斌.临床路径在带状疱疹患者中实施效果分析[J].新疆医学,2013,43(1):113-114
[4]Holroyd-Leduc JM,Steinke V,Elliott D,et al.Improving the quality of care for older adults using evidence-in-formed clinical care pathways [J].Can Geriatr J,2013,16(3):111-113
[5]倪阳,王魁平,龚睿婕,等.带状疱疹的临床路径实施效果评价研究 [J].上海交通大学学报医学版,2014,34(5):736-740
[6]关智勇,萧旗坚,刘清,等.儿科单病种管理的临床路径应用评价[J].华中科技大学学报医学版,2014,43(1):102-105

(收稿日期:2017-07-20)

缝扎止血术治疗痔核脱落期大出血 37 例的回顾性分析

陈富军¹ 咎朝元¹ 原相军¹ 李杉¹ 李成书¹ 李刚¹ 骆川云¹ 贺平²
(1 四川大学华西医院龙泉医院 / 四川省成都市龙泉驿区第一人民医院肛肠外科 成都 610100;
2 四川省成都肛肠专科医院 / 中国西部 PPH 培训中心 成都 610000)

摘要:目的:总结痔核脱落期大出血的时间、原因及治疗方法。方法:回顾性分析 37 例痔核脱落期大出血患者的临床资料。结果:痔核脱落期大出血时间发生于手术后 6~20 d,平均(10.0± 3.8) d。37 例均为搏动性出血,经缝扎止血后均有效止血。出血前红细胞为(4.63± 0.63)× 10¹²/L,血红蛋白为(133.84± 18.29) g/L,白细胞为(5.65± 1.60)× 10⁹/L,中性粒细胞为(3.71± 1.50)× 10⁹/L;出血后红细胞为(3.72± 0.58)× 10¹²/L,血红蛋白为(114.46± 17.43) g/L,白细胞为(6.40± 2.14)× 10⁹/L,中性粒细胞为(4.54± 2.00)× 10⁹/L,差异均具有统计学意义(P<0.05)。结论:痔核脱落期大出血主要发生在手术后 6~15 d,局部感染是痔核脱落期出血的主要原因,缝扎止血是治疗痔核脱落期大出血的有效方法。

关键词:痔核脱落期大出血;手术并发症;缝扎止血术

A Retrospective Analysis on 37 Cases of Postoperative Hemorrhage After Haemorrhoidectomy Treated by Seaming Hemostasis
CHEN Fu-jun¹, ZAN Chao-yuan¹, YUAN Xiang-jun¹, LI Bin¹, LI-Cheng-shu¹, LI Gang¹, LUO Chuan-yun¹, HE Ping²
(1 The Department of Coloproctology, the West China Longquan Hospital of Sichuan University/The First People's Hospital of Longquanyi District, Chengdu610100; 2The Chengdu Rectum Faculty Hospital/PPH Technology Training Center in the West of China, Chengdu610000)

Abstract: Objective: To investigate the time, the risk factors and the treatment of postoperative hemorrhage after haemorrhoidectomy. Method: 37 Cases of postoperative hemorrhage after haemorrhoidectomy related clinical data were retrospectively analyzed. Results: The time of postoperative hemorrhage was 6 to 20 days, the average time was (10.0± 3.8) days. 37 Cases of active bleeding were successfully treated by transfixion during operation. Before the postoperative hemorrhage, the number of red blood cells was (4.63± 0.63)× 10¹²/L, white blood cells was (5.65± 1.60)× 10⁹/L, neutrophils was (3.71± 1.50)× 10⁹/L, the Hemoglobin was (133.84± 18.29) g/L, while after was (3.72± 0.58)× 10¹²/L, (6.40± 2.14)× 10⁹/L, (4.54± 2.00)× 10⁹/L, (114.46± 17.43) g/L, the difference was significant (P<0.05). Conclusion: The time of postoperative hemorrhage after haemorrhoidectomy is 6 to 15 days. Local infection is the main cause, transfixion during operation is an effective method for postoperative hemorrhage after haemorrhoidectomy.

Key words: Postoperative hemorrhage after haemorrhoidectomy; Operating complication; Seaming Hemostasis

中图分类号:R657.18 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.002

外剥内扎术是目前治疗混合痔最常用的术式,但部分患者术后可能发生痔核脱落期大出血这一严重并发症,甚至出现失血性休克,危及患者生命。我

院肛肠科 2014~2016 年共收治混合痔患者 3 450 例,其中发生痔核脱落期大出血 37 例。现回顾分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者共 37 例，其中男性 24 例，女性 13 例；年龄 19~77 岁，平均 (44.9 ± 13.3) 岁；病史 6 个月~30 年，平均 (7.8 ± 7.0) 年；混合痔 29 例，环状混合痔 8 例；合并肛乳头肥大 19 例，合并肛裂 4 例，合并低位单纯性肛瘘 2 例，合并低位直肠息肉 2 例；合并高血压病 7 例，合并前列腺增生症 6 例；术后排便不畅、大便干结者 9 例，排便次数多（每天 3~6 次）、大便不成形者 6 例。所有患者母痔区均行外剥内扎术。

1.2 临床表现 患者主要表现为肛门坠胀、有急迫排便感，矢气频繁，自觉有液体从肛门溢出，如厕便出鲜血及血凝块后便意感减轻，可伴有头昏、心慌、肠鸣等症状。严重者可出现面色苍白、汗出、四肢湿冷、口渴、血压下降、心率增快等失血性休克的表现。肛门镜检查时可见鲜血或血凝块从肛门涌出。

1.3 出血程度 按 1978 年第一次全国肛肠学术经验交流会意见，将术后出血分为三度。Ⅰ度出血：主要表现为便后手纸带血或粪便表面少量染血。Ⅱ度出血：排便时滴血或排出较多血液和血块。Ⅲ度出血：除有明显的大量出血外，并且出现休克需特殊处理者^[1]。本组 37 例表现为Ⅱ度出血者 33 例，Ⅲ度出血者 4 例。

2 治疗方法

2.1 快速补充血容量 快速建立静脉通道，必要时建立双静脉通道，给予晶体溶液（生理盐水、平衡液）迅速补充血容量，维持有效循环血量；必要时应用胶体液扩容、多巴胺等血管活性药物抗休克治疗。补充血容量方案为第 1 个 30~60 min 内输入平衡盐溶液 750~1 500 ml，观察输入量至 500~750 ml 时根据情况可于另一通道输入胶体液 500 ml^[2]；对于休克患者应该尽早手术治疗，将收缩压维持在 80~90 mm Hg 即可手术^[3]，在手术止血同时行容量复苏，进一步纠正休克。

2.2 手术止血 麻醉方式采用骶管麻醉或腰硬联合麻醉，手术体位采用膀胱截石位。肛门括约肌松弛后，清除直肠腔内的积血及粪便，暴露手术视野，探查出血部位，明确出血情况，在找到动脉搏动性出血点后，置入喇叭形肛门镜，在其出血点上、下方大约 0.3~0.5 mm 处以 3-0 可吸收线行“8”字缝扎止血。观察出血点 5~10 min，无活动性出血后可结束手术。

2.3 观察指标 观察缝扎术治疗痔核脱落期大出血的疗效，并对痔核脱落期大出血发生的时间以及

出血前及出血后红细胞、血红蛋白、白细胞及中性粒细胞进行统计学分析。

2.4 统计学方法 数据采用 SPSS17.0 统计学软件进行统计学分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 *t* 检验；计数资料用%表示，采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 术后出血发生的时间、人数、比率、累计频数及累计频率 本组 37 例均为动脉搏动性出血，其中 28 例做 1 个“8”字缝合止血，9 例做 2 个“8”字缝合止血，所有患者均未再次发生大出血。手术时间最短 15 min，最长 40 min，平均 (26.5 ± 8.9) min。出血点均位于母痔区创面，有 2 例存在 2 个出血点，其余均为 1 个；其中膀胱截石位 3 点 12 例（30.8%），7 点 15 例（38.5%），11 点 12 例（30.8%）。本组痔核脱落期大出血发生时间最短为术后第 6 天，最长为术后第 20 天，平均 (10.0 ± 3.8) d，其中发生在术后第 7~14 天占 64.9%。见表 1。

表 1 术后出血发生的时间、人数、比率、累计频数及累计频率				
时间(d)	人数(例)	比率(%)	累计频数(例)	累计频率(%)
6	8	21.6	8	21.6
7	6	16.2	14	37.8
8	1	2.7	15	40.5
9	4	10.8	19	51.4
10	4	10.8	23	62.2
11	3	8.1	26	70.3
12	2	5.4	28	75.7
13	1	2.7	29	78.4
14	3	8.1	32	86.5
15	2	5.4	34	91.9
16	1	2.7	35	94.6
19	1	2.7	36	97.3
20	1	2.7	37	100.0

3.2 出血前、止血后血常规比较 本组患者出血后与出血前红细胞数目、血红蛋白、白细胞数目、中性粒细胞数目比较均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 出血前、止血后血常规比较 $(\bar{x} \pm s)$				
时间	RBC($\times 10^{12}/L$)	HGB(g/L)	WBC($\times 10^9/L$)	NEUT($\times 10^9/L$)
出血前	4.63 $\pm$ 0.63	133.84 $\pm$ 18.29	5.65 $\pm$ 1.60	3.71 $\pm$ 1.50
止血后	3.72 $\pm$ 0.58	114.46 $\pm$ 17.43	6.40 $\pm$ 2.14	4.54 $\pm$ 2.00
<i>t</i>	12.83	12.65	2.08	2.50

4 讨论

痔核脱落期大出血是混合痔术后最严重并发症^[4]，文献报道其发生率国内为 1.2%~4.1%^[5-6]，国外为 1%~2%^[7]，本组发生率为 1.1% (37/3 450)，与文献报道基本一致。

痔核脱落期大出血发生的时间，目前认识尚未一致。刘仍海等^[8-9]认为常发生于术后第 7~9 天，张东铭^[10]认为多发生在术后 7~10 d，张有生等^[4,11]认为

多发生在术后 7~12 d,李华山等^[1,12]认为多发生在术后 7~14 d。本组结果显示 37 例患者中,痔核脱落期大出血发生的时间平均为术后第 10 天,发生在手术后 6~15 d 占 91.9%,而 7~9 d 占 29.7%,7~10 d 占 40.5%,7~12 d 占 54.1%,7~14 d 占 64.9%,与上述报道有一定的差别,考虑与样本量较小有关。

关于痔核脱落期大出血的原因,目前普遍认为多因素所致^[13],手术后局部感染是其重要原因。内痔组织动静脉吻合多,血供丰富,结扎后本身存在血管闭锁不全可能,加之正常人直肠内存在多种细菌,手术又大多为开放的有菌手术,在一定条件下细菌繁殖生长加速,而致局部感染形成湿性坏死、组织脆弱,易于破裂出血。李华山等^[1]认为肛门口感染未能完全控制即行手术,易于发生感染或使感染加重、扩散,形成术后痔核脱落期出血的有利条件。我们分析结果显示,止血后白细胞数目、中性粒细胞数目明显高于出血前,差异具有统计学意义($P<0.05$),因此考虑痔核脱落期出血是在多因素作用下,创面局部感染所致。

关于痔核脱落期大出血的判定,目前国内暂无统一意见。李国栋等^[14-15]认为出血量达 100 ml 以上为大出血;柏连松^[16]认为出血量达 300 ml 以上为大出血;张有生等^[4,11]认为出血量达 500 ml 以上为大出血;张东铭^[10]认为出血量达 600 ml 以上为大出血。本组 37 例患者血红蛋白平均下降 19.38 g/L,按血红蛋白每下降 10 g/L,失血量为 400~500 ml 计算,则平均失血量为 775~969 ml,这与临床明显不符。分析其原因,我们考虑与出血前血液浓缩以及扩容止血后血液稀释有关。关于痔核脱落期大出血的判定,我们认为应考虑两个方面:一是根据出血量判定,短时间内出血量超过 400 ml,可出现头晕、心悸、乏力等症状^[17];二是根据出血的表现判定,凡动脉搏动性出血均可认定为大出血。因为即使就诊时出血量少,但动脉搏动性出血如未能及时止血,随着时间延长会发生大量出血。符合上述二者之一,均可判定为痔核脱落期大出血。

痔核脱落期大出血的治疗,应快速以可靠的治疗为主,积极手术止血^[18],不要过度相信保守治疗。油纱和明胶海绵压迫对创面渗血有效,但对动脉搏动性出血却收效甚微。手术时应注意:(1)良好的麻醉是手术得以顺利实施的保证。麻醉方式应尽量选择骶管麻醉、腰硬联合麻醉或者全身麻醉,起效快,麻醉充分。局麻时间短,麻醉不充分,应审慎选用。(2)不用止血钳去钳夹出血点,因组织脆弱,出血点不易夹住,切忌多次钳夹,否则会扩大创面,使创口

加深,造成难以控制的出血,给处理带来困难;另外由于内痔是黏膜及黏膜下层的病变,手术后创面几乎已无正常的黏膜及黏膜下层,即使能钳夹住出血点,也难以顺利进行缝合止血。(3)缝合方式应尽量采用内“8”字缝扎,使出血点位于内“8”字交叉点上;缝合进针点位于出血点上下 0.3~0.5 cm 处,如出血点周围有正常黏膜,尽量将部分正常黏膜缝入,可避免打结不紧或打结时切割组织;因动脉血管位于肌层组织内,缝合深度需深及正常肌层组织,缝合过浅容易出现打结时切割组织或打结不紧;打结时应取出喇叭形肛门镜,在无张力下打结,否则可能出现打结不紧,强行打结又容易切割组织;缝合应稳、准,尽量做到 1~2 个“8”字缝合即止血,避免多次反复缝扎,否则加重创面损伤。本组 37 例采用上述治疗方法均全部止血。

综上所述,我们认为痔核脱落期大出血主要发生在手术后第 6~15 天,局部感染可能是痔核脱落期大出血的主要原因,及时手术是止血的关键,缝扎止血术是治疗痔核脱落期大出血的有效方法。

参考文献

[1]李华山,李国栋.痔术后出血的诊治体会[J].大肠肛门病外科杂志,2002,8(3):139-140
[2]吴燕.限制性液体复苏在创伤失血性休克救治中的临床应用[J].吉林医学,2014,35(12):2702-2703
[3]中华医学会重症医学分会.低血容量休克复苏指南(2007)[J].中国实用外科杂志,2007,27(8):129-134
[4]张有生,李春雨.实用肛肠外科学[M].北京:人民军医出版社,2009.100-101
[5]王永杰.肛肠病术后出血 52 例分析[J].中国中西医结合外科杂志,2011,17(3):301-302
[6]毛红玉.肛肠病患者术后出血的原因分析与护理[J].临床医药文献杂志,2015,2(15):2933,29351
[7]Jutabha R,Jensen DM,Chavalitdhamrong D,et al.Randomized prospective study of endoscopic rubber band ligation compared with bipolar coagulation for chronically bleeding internal hemorrhoids[J].Am J Gastroenterol,2009,104(8):2057-2064
[8]刘仍海,韩平,张建柏.肛肠疾病诊疗讲座[M].北京:人民军医出版社,2013.211
[9]韩宝,张燕生.中国肛肠病诊疗学[M].北京:人民军医出版社,2011.133
[10]张东铭.盆底肛直肠外科理论与临床[M].北京:人民军医出版社,2011.82
[11]李春雨,汪建平.肛肠外科手术技巧[M].北京:人民卫生出版社,2013.91
[12]何启超,朱丹,刘胡.混合痔术后脱落期大出血治疗观察[J].实用中医药杂志,2015,31(1):55-56
[13]王伟一,李娟,王强.重度混合痔术后大出血的原因分析及处理[J].中外医疗,2015,34(7):28-29
[14]李国栋,寇玉明.中西医临床肛肠病学[M].北京:中国中医药出版社,1996.77
[15]任建国.中医肛肠病学[M].北京:科学技术出版社,2002.74
[16]柏连松.简明肛肠病学[M].上海:上海科学技术文献出版社,1985.63
[17]陈灏珠,钟南山,陆再英.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013.453
[18]黄洪涛,李东平,贾妙柱,等.痔术后出血的原因及防治[J].光明中医,2012,27(1):147-148