

· 专家共识 ·

痔套扎治疗中国专家共识(2015 版)

中国中西医结合大肠肛门病专业委员会痔套扎治疗专家组

痔是肛门常见病与多发病。痔的治疗方式有多种,各有其优缺点。简单、微创、费用低廉而又效果良好的手术方式一直是我们的追求目标。痔胶圈套扎治疗是应用橡胶圈进行弹性结扎的一种方法,其原理是通过器械将小型胶圈套住内痔的上极区域,利用胶圈持续的弹性束扎力阻断内痔的血供,诱发炎症反应,使局部组织纤维化,瘢痕形成,以达到治疗目的。

Blaisdell^[1]于 1954 年首用套扎法治疗内痔。1962 年,由 Barron^[2]进行了改进并报道了痔胶圈套扎的良好疗效。之后,痔胶圈套扎法开始在临床上得到广泛的应用。经过数十年的发展及改进,套扎器械从最初的手术钳套扎发展到后来的专用胶圈套扎器,包括拉入式套扎器械和吸入式套扎器械,也有学者通过内镜实施胶圈套扎治疗。临床实践及越来越多的文献证实,套扎对痔具有良好的近期及远期效果^[3-9]。目前,胶圈套扎治疗已成为治疗症状性痔的首选方法^[10-11]。

痔胶圈套扎操作虽然简单、方便,但要取得良好的效果及降低并发症发生率仍需要规范的操作。因此,由中国中西医结合大肠肛门病委员会痔套扎治疗专家组全体专家共同讨论并达成共识,旨在规范痔胶圈套扎治疗的临床应用。

一、痔胶圈套扎治疗的适应证与禁忌证

(一) 适应证

痔胶圈套扎治疗适用于具有脱出和出血症状的痔,包括Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ度内痔及混合痔的内痔部分。混合痔的内痔部分经套扎后,其提吊作用使黏膜回缩,外痔脱出也可得到不同程度的改善。

(二) 禁忌证

痔胶圈套扎的禁忌证包括:(1)有严重的心、肝、肾疾患及凝血功能障碍(包括正在进行抗凝治疗);(2)有盆腔放疗史;(3)严重免疫功能缺陷^[12];(4)直肠及肛管有严重感染或炎性病变;(5)近期(3个月内)有行硬化剂注射治疗史。

二、痔胶圈套扎治疗操作

(一) 准备工作

1. 患者的准备:(1)详细询问病史,排除手术相关禁忌,重视引起主诉症状的病变部位。(2)常规治疗前检查,包括心电图和凝血功能等。(3)常规行肛门直肠指诊及肛门镜检查。有预警症状如高龄、胃肠道肿瘤病史、便血、黑粪等,推荐治疗前行肠镜及相关检查,以排除直肠相关疾患。(4)治疗前排空粪便。(5)必须重视治疗前与患者的谈话,需要将

痔胶圈套扎治疗的操作流程和可能带来的不适感以及需要患者如何配合等详细交代,取得知情同意。

2. 场地及物品的准备:(1)痔胶圈套扎治疗需要在独立的诊室进行,注意保护患者隐私。(2)需要良好的光源条件。(3)套扎专用肛门内镜。(4)良好的肛门润滑。(5)专用套扎器(牵拉式或者吸入式),吸入式多需连接专用负压吸引设备(负压范围 0~0.10 kPa),推荐使用自带负压及光源的一次性微创痔套扎器。(6)使用的胶圈大小及内径应合适,弹力及韧性适度,胶圈质量是治疗成功的关键性因素之一。

(二) 治疗

1. 治疗体位:痔胶圈套扎治疗根据患者情况及操作者习惯可选侧卧位、折刀位及膀胱截石位等体位。

2. 操作步骤:(1)充分润滑,适度扩肛。(2)探查评估,包括痔核大小和分布等。(3)套扎部位:首先选择病变最严重的部位进行治疗,一般在齿状线以上 1~2 cm 处,位于痔核上极黏膜,套扎后胶圈应完全位于齿状线上方。如出现判断困难时,可通过吸入目标组织后放开负压,观察吸入黏膜的范围,反复多次以获取满意位置再激发胶圈,完成套扎。需注意套扎部位过低会引起难以忍受的疼痛,而在同一平面或相邻部位多点套扎,易因张力过大而导致组织损伤、出血及胶圈滑脱等情况发生。应当结合病变及肛垫分布,合理布局套扎部位。(4)以吸入式套扎器为例,负压吸引控制在 0.08~0.09 kPa 之间,套扎形成的黏膜球直径以 0.8~1.0 cm 为理想。(5)套扎数目以每次 1~3 枚为宜。大量的临床观察认为,一次同时套扎 3 个痔核与一次套扎单个痔核比较,术后不适有所增加,但这并不会增加主要并发症的危险性,也就是说单次套扎 3 个以内痔核是安全的^[13]。(6)套扎完成后可予药物纳肛。

(三) 术后处理

(1)术后半小时内需加强访视,监测心率和血压等生命体征。(2)术后应当加强饮食相关指导,适当给予缓泻剂、膨胀剂及软化粪便的药物。(3)术后交代患者避免用力排粪。(4)可予消肿和止痛等对症药物治疗,温水坐浴和有效的肛门清洁及肛门栓剂可缓解局部症状。(5)套扎后 1 周左右痔核脱落,3~4 周创面基本可愈合,理想的套扎间隔时间为 4~6 周^[10]。(6)治疗后定期门诊随访,需了解患者排粪、便血及治疗后症状改善情况等,并予对症处理。如症状改善欠佳,可重复套扎治疗。

三、术中并发症的处理

1. 内脏神经反射:因扩肛及黏膜牵拉引起,主要表现为下腹不适感,伴恶心、头晕、胸闷、心悸、冷汗和面色苍白。体

征改变可表现为心率减慢和血压降低。处理方法:治疗前休息良好、正常饮食者在治疗过程中如发现以上情况,立即停止操作,予平卧 30 min 多可自行恢复。紧急情况下可予心电监护、吸氧及阿托品静脉注射等对症处理。特别需要关注的是,既往有心血管疾病及高龄患者,代偿能力相对较差,需谨慎操作,严密观察,尽量缩短操作时间,适当减少套扎个数等。

2. 出血:痔胶圈套扎治疗并无创面,因此出血少见,且多为套扎黏膜出血,多可自愈。如已有痔核出血再行治疗,可于出血点处双痔胶圈套扎,止血效果良好。

3. 套扎位置偏离:主要是把握套扎的准确位置,如操作中出现胶圈位置偏离,过高或者过低,可用普通的拆线剪刀或血管钳取出胶圈,重新套扎。

四、术后并发症及处理

1. 术后出血:出血几乎是痔的各种治疗方法都会遇到的问题。套扎后需手术干预的出血一般发生率在 1%~3%^[4,14]。而痔套扎本身具有即时止血的作用。由于痔核脱落需要 1 周左右的时间,创面血管末端已栓塞,当痔核脱落后,创面未愈合之前,一般有少量出血,主要以毛细血管渗血为主,多能自愈,大量出血少见。可见的黏膜渗血也可予压迫止血。如因粪便干硬或大力排便后引起的大量出血,多为创面撕裂引起血管活动性出血,多需行出血点缝扎止血术,常在检查时一并完成,无需麻醉。但遇到个别探查困难、或者未能确定出血点位置的大出血患者,应果断送手术室在良好麻醉下仔细探查,逐一缝扎各可疑出血点。

2. 术后肛门坠胀:术中及术后出现排便感、肛门坠胀不适为最常见并发症。治疗后平卧休息约 30 min 多可减轻。部分症状可持续数日,但症状多较缓和,常可通过坐浴及口服止痛剂得到缓解。术后应告知患者术后排便感产生的原因,嘱尽量控制排便。术中使用局部麻醉药物不能明显减少该症状的发生^[15]。

3. 术后肛门疼痛:偶见术后肛门疼痛,多因套扎涉及齿状线以下的肛管皮肤,治疗时辨认齿状线非常重要。必要时可予止痛药物处理,多可耐受。

4. 术后感染:文献报道,痔胶圈套扎治疗存在罕见致死性感染风险^[16-19]。患者多有免疫缺陷或相关基础疾病,因此,治疗前准确评估是防止严重感染发生的关键。对于免疫力低下或有全身感染高危因素的患者,治疗前后可预防性使用抗生素。若患者治疗后出现肛门直肠疼痛进行性加重、会阴疼痛、阴囊肿胀或者排尿困难,则必须急诊检查及处理,这可能是局部感染加重的征兆。体格检查如果出现发热、阴囊会阴肿胀或溃疡等表现,直肠检查见套扎创面溃疡、渗液、水肿甚至组织活性丧失,盆腔 CT 或 MRI 提示有肛管直肠周围积液、积气等表现时,应考虑严重感染甚至坏疽可能^[20]。致死性感染的发生原因尚不十分明确,预后较好的案例多得益于早期发现及积极干预治疗。

5. 外痔血栓形成:内痔套扎后,相应部位外痔因静脉回流被阻断可能继发血栓形成,发生率为 2%~3%^[21]。如形成

血栓可予止痛或坐浴等方式待其缓慢自愈,也可手术切除血栓痔。

6. 胶圈滑脱或断裂:胶圈滑脱或者胶圈断裂可能发生在套扎操作的任何时候,选用高质量的胶圈可减少断裂及滑脱的发生风险。胶圈滑脱常见于术后首次排便过程中,粪便干硬或者用力排便造成胶圈滑脱的诱因。因此,术后应常规予以缓泻剂、膨胀剂或软化粪便药物等。如果胶圈滑脱或断裂而影响治疗效果,可在首次治疗后 3~4 周后重复套扎。

7. 发热:临床常见套扎后出现一过性体温升高,多为低热,具体原因不明,多自行缓解。如出现发热不退,需予短期口服抗生素以预防全身性感染,并且需严密观察发热情况及套扎局部症状变化。

8. 溃疡形成:套扎后胶圈脱落可形成局部创面,在罕见的情况下可能出现溃疡,有时并发肛裂。治疗上可先予局部药物外用、坐浴理疗以及止痛药物等保守治疗,如肛裂经久未愈,可按肛裂予以手术治疗。

参与讨论专家的姓名(按汉语拼音字母顺序排列):曹永清(上海中医药大学附属龙华医院)、陈朝文(北京大学附属第三医院)、崔俊辉(浙江同德医院)、丁义江(南京中医院)、付佳颖(佳木斯市肛肠医院)、何红艳(成都肛肠病医院)、李春雨(中国医科大学)、刘飞(南京中医院)、彭慧(中山大学附属第六医院)、任东林(中山大学附属第六医院)、王东(深圳市人民医院)、肖梅(哈尔滨中医院)、辛学知(山东省肛肠病医院)、杨巍(上海中医药大学附属曙光医院)、杨云(银川市中医医院)、姚奇(深圳市人民医院)、殷志韬(沈阳肛肠病医院)、章阳(南京中医院)

参 考 文 献

- [1] Blaisdell PC. Prevention of massive hemorrhage secondary to hemorrhoidectomy [J]. Surg Gynecol Obstet, 1958,106:485-488.
- [2] Barron J. Office ligation treatment of hemorrhoids[J]. Dis Colon Rectum, 1963,6:109-113.
- [3] MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis[J]. Can J Surg, 1997,40:14-17.
- [4] Bartizal J, Slosberg PA. An alternative to hemorrhoidectomy[J]. Arch Surg, 1977,112:534-536.
- [5] Forlini A, Manzelli A, Quaresima S, et al. Long-term result after rubber band ligation for haemorrhoids [J]. Int J Colorectal Dis, 2009,24:1007-1010.
- [6] Lu LY, Zhu Y, Sun Q. A retrospective analysis of short and long term efficacy of RBL for hemorrhoids [J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2013,17:2827-2830.
- [7] Sekowska M, Kosciński T, Wierzbicki T, et al. Treatment of the hemorrhoids and anal mucosal prolapse using elastic band ligation—early and long term results [J]. Pol Przegl Chir, 2011, 83:654-661.
- [8] Bayer I, Myslovaty B, Picovsky BM. Rubber band ligation of

- hemorrhoids. Convenient and economic treatment [J]. J Clin Gastroenterol, 1996,23:50-52.
- [9] Iyer VS, Shrier I, Gordon PH. Long-term outcome of rubber band ligation for symptomatic primary and recurrent internal hemorrhoids[J]. Dis Colon Rectum, 2004,47:1364-1370.
- [10] Jacobs D. Clinical practice. Hemorrhoids [J]. N Engl J Med, 2014,371:944-951.
- [11] Bernal JC, Enguix M, Lopez GJ, et al. Rubber-band ligation for hemorrhoids in a colorectal unit. A prospective study [J]. Rev Esp Enferm Dig, 2005,97:38-45.
- [12] 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, 2006,9:461-463.
- [13] Lee HH, Spencer RJ, Beart RW Jr. Multiple hemorrhoidal bandings in a single session[J]. Dis Colon Rectum, 1994,37:37-41.
- [14] Bat L, Melzer E, Koler M, et al. Complications of rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids [J]. Dis Colon Rectum, 1993,36:287-290.
- [15] Law WL, Chu KW. Triple rubber band ligation for hemorrhoids: prospective, randomized trial of use of local anesthetic injection[J]. Dis Colon Rectum, 1999,42:363-366.
- [16] O'Hara VS. Fatal clostridial infection following hemorrhoidal banding[J]. Dis Colon Rectum, 1980,23:570-571.
- [17] Sim HL, Tan KY, Poon PL, et al. Life-threatening perineal sepsis after rubber band ligation of haemorrhoids [J]. Tech Coloproctol, 2009,13:161-164.
- [18] Quevedo-Bonilla G, Farkas AM, Abcarian H, et al. Septic complications of hemorrhoidal banding [J]. Arch Surg, 1988, 123:650-651.
- [19] Shemesh EI, Kodner IJ, Fry RD, et al. Severe complication of rubber band ligation of internal hemorrhoids [J]. Dis Colon Rectum, 1987,30:199-200.
- [20] Scarpa FJ, Hillis W, Sabetta JR. Pelvic cellulitis: a life-threatening complication of hemorrhoidal banding [J]. Surgery, 1988,103:383-385.
- [21] Marvin L, Corman R, John N, et al. Corman's Colon and Rectal Surgery [M]. 6th ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2013:291.
- (收稿日期:2015-10-13)
(本文编辑:卜建红)

·编者·作者·读者·

在国际学术期刊发表论文的“五不”行为守则

中国科协常委会科技工作者道德与权益专门委员会

近年来,我国科技事业取得了长足的发展,在国际学术期刊发表论文数量大幅增长,质量显著提升。在取得成绩的同时,也暴露出一些问题,如在国际学术期刊发表论文时存在不规范行为。对此,我们有必要重申和明确科技工作者的一些科学道德行为规范。中国科协在商有关方面后,制定了“五不”行为守则。本“五不”行为守则中所述“第三方”指除作者和期刊以外的任何机构和个人;“论文代写”指论文署名作者未基于自身研究工作和真实的实验数据亲自完成论文撰写而由他人代理的行为;“论文代投”指论文署名作者未亲自完成提交论文、回应评审意见等全过程而由他人代理的行为。现发布“五不”行为守则,望科技工作者共同遵守。

1. 不由“第三方”代写论文。科技工作者应基于自身研究工作和真实的实验数据完成论文撰写,坚决抵制“第三方”提供论文代写服务。

2. 不由“第三方”代投论文。科技工作者应学习、掌握国际学术期刊投稿程序,亲自完成提交论文、回应评审意见的全过程,坚决抵制“第三方”提供论文代投服务。

3. 不由“第三方”对论文内容进行修改。论文作者委托“第三方”进行论文语言润色,应基于作者完成的论文原稿,且仅限于对语言表达方式的完善,坚决抵制以语言润色的名义修改论文的实质内容。

4. 不提供虚假同行评审人信息。科技工作者在国际学术期刊发表论文如需推荐同行评审人,应确保所提供的评审人姓名、联系方式等信息真实可靠,坚决抵制同行评审环节的任何弄虚作假行为。

5. 不违反论文署名规范。所有论文署名作者应事先审阅并同意署名发表论文,并对论文内容负有知情同意的责任;论文起草人必须事先征求署名作者对论文全文的意见并征得其署名同意。论文署名的每一位作者都必须对论文有实质性学术贡献,坚决抵制无实质性学术贡献者在论文上署名。

2015 年 9 月