

要更慢些。每个痔核用药量在 0.3~1.5ml, 总量不超过 4ml。对巨大内痔为防止注射过深, 可在痔根部用线结扎, 再注射。②环状痔治疗: 每次选 1~3 个最大痔核进行注射。有出血、溃疡者列为首选。以制止出血。③混合痔治疗: 应先内后外, 以便于操作。内痔注药要充分, 外痔注药适可而止。因内痔脱落后, 外痔也可缩小。④外痔治疗: 进针皮下, 挑起痔块顶端皮肤缓慢注药, 药量要小一些。

1.3.4 术后护理: ①术后 2 天内要避免久站久坐。对较重的环状痔或嵌顿痔术后尽可能卧床 3~5 天。②要保持肛部干燥干净。注药 3 天内不用 PP 水坐浴, 但可用温水清洗肛周, 3 日后再用 PP 水坐浴。③保持大便通畅, 口服大黄苏打片 0.6g 每日 3 次。④痔核脱落后创面较大者, 可口服抗生素。外痔脱落后, 创面可撒布生肌散, 加速愈合。

1.4 治疗效果

1.4.1 疗效标准: 治愈: 出血停止, 不再脱出, 痔核脱落, 创面修复, 肛门功能正常。好转: 痔核部分脱落、便血、脱出、疼痛未完全消失。无效: 治疗前后痔核无变化, 症状同前。

1.4.2 治疗效果: 本组 1200 例, 治愈 1154 例, 占 96.2%, 其中 1 次注射治愈 925 例, 2 次注射治愈 229 例。好转 32 例, 占 2.66%。注射后由于痔核大面积溃疡, 药液流失未显效者 4 例, 占 0.3%。不详者 10 例占 0.83%。

坏死组织脱落时间最短者 4 天, 最长 16 天, 平均 8 天。治愈时间: 创面修复完成即愈。在治愈的 1154 例中, 15 天以内治愈者 325 例, 15~25 天治愈者 803

例, 25 天以上者 26 例。

2 讨 论

2.1 注射疗法治疗痔核, 目前国内外主要用于内痔的治疗, 应用于外痔、混合痔较少。这主要顾虑术中、术后的疼痛、出血问题。本药之优点就在于它的良好止血和长效止痛作用。从而使适应范围扩大, 冲破了齿线这个禁区。本药属坏死剂, 其作用强烈、迅速, 注药后很快(数十秒钟)就可使痔组织发生干性坏死。并且“切割”整齐, 坏死区血管闭塞, 坏死组织脱落的同时组织呈炎性粘连, 创面新鲜而极少感染。也不易发生出血。从本组病例中未见并发大出血病例。在治疗中为了便于操作减轻注射时疼痛, 我们行常规局部麻醉。所以注射本药时病人仅有 0.5~1min 的烧灼感。以后只有轻度憋胀下坠感, 均能忍受, 无明显疼痛。

2.2 本药兼有较强的杀菌作用。本组病例治疗前行常规消毒。除个别巨大的痔核、注药后创面较大, 口服抗生素外。其它病例术后未用任何抗生素, 复查创面均新鲜, 未发现有感染发生。

2.3 本疗法操作简单、容易掌握, 极少有禁忌证。炎症期非炎症期痔核、出血、溃疡痔核均可使用。治疗不受条件的严格限制。术后不需住院, 轻者只需少活动, 重者卧床 3~5 天即可。本药使用安全、无任何副作用。经观察对人体重要脏器的功能无不良影响, 无任何毒性反应。术后肛门功能均正常。

痔全息注射液对各型痔核具有疗效高, 毒性低, 操作简单, 适应范围广等特点, 是非手术治疗各型痔核的理想药物。

门诊综合疗法治疗急性嵌顿痔

广西桂林市中西医结合医院肛肠科(541004) 秦兵芬

嵌顿痔发病急、痛苦大, 处理不及时或方法不当, 易引起感染、坏死等并发症。如何治疗, 争议颇多^[1]。保守疗法多用抗生素、中药内服及外洗等, 疗程长、见效慢。早期手术疗法, 能取得迅速解除痛苦和满意的远期疗效, 已在临床广泛应用, 但需住院治疗。从 1989 年开始, 我科采取了在门诊“注射、按摩、扩肛、封闭、微波”等一组综合疗法, 取得较满意疗效。本疗法适用于嵌顿时间短(一般一周内), 痔组织无明显溃破、坏死者, 现介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 本组 40 例, 男 26 例, 女 14 例; 年龄 18~72 岁, 以 30~50 岁为多, 计 34 例, 占 85%; 病程最短半天, 最长 7 天, 以 2~4 天内就诊者最多, 计 35 例, 占 87.5%。因大便干结、排便困难而引起本病者 25 例, 占 62.5%; 过度疲劳、剧烈运动引起本病者 4 例, 占 10%; 慢性肠炎、痢疾, 多次排便引起本病者 4 例, 占 10%; 饮酒过度致本病者 3 例, 占 7.5%; 原因不明者 4 例, 占 10%。患者均起病急, 主要临床表现为痔核脱出后不能还纳、剧痛、大小便困难、痔组织明显肿胀。

1.2 治疗方法:患者取侧卧位,肛周常规消毒,局麻,将嵌顿痔还纳,然后按下列顺序进行治疗。

注射:在肛镜直视下,用北京第四制药厂生产的消痔灵注射液按 1:1.5 比例(即消痔灵原液 1:1% 普鲁卡因溶液 1.5)行内痔注射:①从内痔上部进针,将药液注射至粘膜下层;②从内痔中部进针,使粘膜下层首先着药,退针再向粘膜固有层注药;③从齿线稍上、内痔最低部位进针,将药液注射至粘膜下层。总注射量约 20ml,使内痔充盈变色为度。

按摩、扩肛:痔核靠近外端部分往往因水肿不能完全还纳,尤其对已形成血栓者,此时采用按摩、扩肛手法。术者手指涂润滑油用指腹按在痔核表面,向上向肛门内轻轻揉按,逐渐增加压力,持续约 3~5min,水肿可消退。对已形成血栓者,用拇、食指捏碎血栓块,至触不到血栓块为度。然后术者双手食指伸入肛内,向上下左右不同方向缓缓扩肛,持续 5min,以能轻松放入三横指为宜。对年老体弱者,动作宜轻柔,以能耐受为度。

封闭:用“亚布合剂”按 10:1 比例(即 0.25% 布比卡因溶液 10:2% 亚甲蓝溶液 1),于肛门后正中、左右正中三个点位进针,扇形注射至皮下及括约肌层,注射量为 10~15ml。

微波:经以上处理(约需 8min),仍有肛缘水肿、疼痛者,则用上海激光仪器厂生产的“WF-83 型肛肠微波治疗机”治疗,辐射器插入肛门,功率调在 10~25W,以患者感到肛门内温热舒适为度,时间 20min 左右,每日 1 次。

1.3 疗效观察

1.3.1 疗效标准:治愈:急性嵌顿解除,疼痛、水肿消失;好转:嵌顿解除,仍有轻微水肿、疼痛;无效:症状、体征无改变。

1.3.2 治疗效果:全部病例治疗一次嵌顿解除,其中 34 例因排便、活动后又出现不同程度的水肿、疼痛,经微波治疗 1~7 次,症状、体征消失者 33 例,仍有轻微肿痛者 1 例。治愈 39 例,占 97.5%,好转 1 例,占 2.5%,总有效率为 100%。

1.3.3 疗程:最短 1 天,最长 7 天,平均 3 天。

1.3.4 随访:治疗后半年内复查 12 例,无 1 例复发,半年至 6 年内复查 16 例,复发 3 例,占复查人数的 18.75%,其中 1 例因饮酒过度所致,2 例因便秘所致。

2 讨论

2.1 病因病机:以便秘、排便努挣、腹压增高而引起嵌顿者最多,计 25 例,占 62.5%,白细胞 $10 \times 10^9/L$ 以下者 36 例,占 90%,体温在 $37^\circ C$ 以上者 39 例,占

97.5%,这说明嵌顿痔的发生并非炎症所致,这已被大多数学者证实^[2,3]。因便秘、腹泻、剧烈运动、劳累、饮酒等原因致内痔脱出,未能及时还纳,而使痔血管扭曲、畸形、同时因牵拉、疼痛等引起肛门括约肌痉挛,使血液及淋巴液回流受阻,是引起本病的病机。

2.2 门诊治疗痔:方法简便、器械简单、易于推广。目前门诊治疗痔的障碍是:①强调病床使用率,强调经济收入,不该住院者亦收住院;②部分单位只有住院治疗方能报销医疗费;③对门诊治疗,患者、医者存有戒心,害怕出事;④门诊条件受限,如无观察床、设备不配套等,当然门诊治疗痔有其局限性,对一些痔疮严重、复杂及伴有其它并发症者,仍需住院治疗,不能一概而论。从本文 40 例急性嵌顿痔的观察,嵌顿痔的治疗可以在门诊进行。

2.3 疗法选择及综合疗法的作用机理:对一些具有手术禁忌证、年老体弱不适宜手术者,以及经济拮据、恐惧手术、工作繁忙、不愿住院手术又急于解除病痛者,如何选择一种适合于门诊治疗,既安全可靠、见效快、痛苦小,病人又乐于接受的疗法,是一个值得研究的问题。本文介绍的方法,已具备上述优点,其作用机理为:

注射:消痔灵治疗内痔,其疗效早就被证实了,其药液直接注射内痔部分,使痔血管收缩,以无菌性炎症使痔血管堵塞、痔间质硬化粘连萎缩消失^[4]。

按摩、扩肛:通过扩肛,利用外在相反的力量,持续作用于括约肌,使其疲劳,然后完全松弛,打断形成嵌顿痔的恶性循环链。对已形成血栓者,靠药物及机体本身的能力吸收,需要较长时间,通过按摩、挤压、提捏等手法,捏碎血栓块,疏通血脉,改善局部的血液循环,使血栓吸收、水肿消退、疼痛消失。

封闭:“亚布合剂”能够可逆性地阻断肛门皮肤、括约肌的神经传导,有长效止痛作用,使括约肌松弛,利于肛门处血液、淋巴回流。

微波:我们观察到,经局麻复位、注射、扩肛、按摩、封闭等处理后,基本上一次就能解除嵌顿,但大部分患者大便及活动后,肛缘又出现不同程度的水肿、疼痛,微波治疗利用微波场强产热的作用,改善局部血液循环,并能抑制细菌生长,巩固了治疗效果,一般治疗 1~7 次,水肿、疼痛等症可消失,比以往的保守疗法及早期手术疗法疗程明显缩短。

2.4 本文介绍的疗法,对病程越短的患者效果越好,但由于没有从根本上切除内痔。因此,远期疗效不如早期手术疗法。韩生先等对采取早期手术治愈的 203 例嵌顿痔随访 1 年以上,无复发^[5],本组 6 年复发 3

例,占 18.75%,究其原因,复发均有诱因,如便秘、饮酒过度等,若能从饮食、生活起居上调理,避免这些诱因,我们认为还是能达到满意的远期疗效。

参考文献

1 喻德洪. 肛肠外科疾病问答. 第 1 版. 上海:上海科学技术出版社,1983.106
2 张德辉. 外剥内扎术治疗嵌顿痔 120 例. 中国肛肠病杂

志,1991;11(1):38
3 王振义. 剥离结扎术治疗嵌顿痔 70 例分析. 中国肛肠病杂志,1993;13(1):20
4 史兆岐. 中国大肠肛门病学. 第 1 版. 郑州:河南科学技术出版社,1985.634
5 韩生先. 扎注洗结合法治疗急性嵌顿内痔 205 例. 中国肛肠病杂志,1995;15(5):41

1994~1995 年住院死亡病历统计分析

解放军 202 医院(沈阳市 110003) 郑元明 胡 军 谢 萍 刘稚贤

本文对 1994 年 1 月~1995 年 12 月在我院住院的死亡患者作回顾性统计分析。

1 资料来源与方法

资料来源于我院住院死亡报表,死亡病案,共 292 例,其中男性 180 例,女性 112 例。死亡诊断按《国际疾病分类》(ICD-9)统计。

2 结果与分析

2.1 死因顺位

1994 年死亡顺位的前 5 位是:肿瘤(38.3%),脑血管病(11.7%),消化系疾病(11%)及心血管病(11%),呼吸系统、外伤(7.1%)。

1995 年前 5 位是肿瘤(31.2%),脑血管病(20.3%),消化系统(13.8%),心血管病(9.4%),1994 年与 1995 年死亡顺位的前 5 位疾病相同。

表 1 292 例死亡患者主要死因分布

死 因	例 数		占死亡数百分比%	
	1994 年	1995 年	1994 年	1995 年
肿 瘤	59	43	38.3	31.2
脑血管病	18	28	11.7	20.3
消化系统	17	19	11	13.8
心血管病	17	13	11	9.4
呼吸系统	13	7	8.4	5.1
外 伤	11	8	7.1	5.8
胶 原	1	2	0.8	1.5
传 染 病	5	4	3.2	2.9
血 液 泌	2	4	1.3	2.9
内 分 泌	4	2	2.6	1.4
泌尿系统	1	4	0.7	2.9
儿 科	2	1	1.3	0.7
中 毒	0	1	0	0.7
其 它	4	2	2.6	1.4
合 计	154	138	100	100

2.2 年龄与疾病

在 292 例死亡病例中,比例高的前 5 位年龄段为 61~, 51~, 71~, 41~, 31~。分别为 28.4%, 20.5%, 15.4%, 8.6%, 7.5%。

在各年龄段中,死亡比例最多的疾病为:

0~: 儿科疾病

11~: 胶原病

21~: 传染病、中毒

31~:

41~: 传染病

51~: 消化系、血液病、泌尿、外伤

61~: 肿瘤、传染病、内分泌、脑血管病

71~: 心血管病、呼吸系、其他

其中传染病在 21~, 41~, 61~ 三个年龄段死亡比例均较高。

2.3 性别与疾病: 292 例死亡病例中男性 180 例(61.4%),女性 112 例(38.6%)。男女死亡数之比为 1.6:1, 男性主要死因肿瘤为首位(38.9%),其次消化系疾病(13.8%),脑血管病(13.3%),心血管病(7%)。女性主要死因依次为肿瘤(28.6%),脑血管病(19.6%),心血管病(15.1%),消化系疾病(9.8%),男女死因疾病排序首位均为肿瘤。

2.4 住院天数: 292 名死亡病人总住院天数 5491 天,平均住院天数 18.8 天(三甲医院住院天数≤23 天)。前 3 位死因平均住院天数依次肿瘤 29.8 天,消化疾病 28.6 天,血液病 28.3 天。

2.5 身份与费用:见表 2。

表 2 身份与费用

身 份	人 数	住院天数 (d)	人均费用 (元)	日均费用 (元)
干部(军)	13	728	7723	138
战 士	3	118	2540	65
职工(免)	8	199	3079	124
家属(免)	35	681	1708	88
地方(公)	216	3570	6024	365
地方(自)	17	195	1877	164
合 计	292	5491	4781	254

从表 2 可以看出 292 名死亡病人,每人平均费用