

肛门镜内缝扎治疗继发性内痔术后大出血 15 例

★ 赵昂之 万顺兰 (江西中医学院附属医院肛肠科 南昌 330006)

关键词: 镜内缝扎; 内痔手术; 继发性大出血

中图分类号: R 657.1⁺8 **文献标识码:** B

目前注射和结扎疗法仍为内痔的基础疗法,内痔术后大出血为临床上较为常见的严重并发症,国内资料显示发病率为 0.5%~0.2%。我科自 1998~2005 年共收治继发性痔术后大出血患者 15 例,应用肛门镜内缝扎止血方法治疗,效果满意,现报道如下:

1 临床资料

本组病例 15 例,其中男性 13 例,女性 2 例,年龄 30~50 岁,发生大出血时间为内痔术后 7~16 天,手术方式为注射坏死剂或结扎疗法。

2 诊断标准

出血标准判定:发生于内痔术后 7~16 天。轻度:大便时滴鲜血或喷射状出血,每次量<100 mL,便后出血停止;中度:每次便血 100~300 mL,伴有血凝块,间隔 4~6 小时后再次便血,经保守治疗后出血停止;重度:每次便血>300 mL,短时间内再发便血,伴有失血性休克表现,必需手术才能止血。

同时可伴有不同程度的肛门坠胀,便意强,肠鸣音亢进(血液大量瘀积刺激肠壁所致),肛门内排出大量瘀血块和鲜血,伴有头晕、出汗、面色苍白、血压下降、脉搏快等症状。

3 治疗方法

常规消毒,局麻扩肛。在喇叭形肛门镜内,清除肠腔内瘀血块及痔核残端。在出血点上方肠腔放置一干棉球,避免残存血液影响视野。于距出血点 0.5 cm 处用“4”丝线行“8”字缝扎,切忌钳夹出血点(已成为腐烂创面)。操作需快、轻、准。在确定无其它出血点后,用凡士林纱条填塞压迫出血部位。

4 治疗结果

本组患者中,轻度出血 3 例,中度 4 例,重度 8 例。应用经肛门镜内缝扎止血方法,除 4 例就诊时经评估已自行止血外,11 例患者均一次止血成功,生命体征平稳,治愈率达 100%。

5 讨论

成因和对策:内痔体积过大,致痔核坏死不全;或坏死剂腐蚀过深,伤及深部动脉;或术后坏死痔核与正常组织尚未完全分离时过度运动(故出血患者以青壮年居多)。手术中如痔核体积大,可将其分段结扎。避免使用坏死剂治疗内痔。术后 20 天内避免重体力劳动和剧烈运动。

由于内痔发生部位隐匿,肛管直肠环的收束功能使其术后继发大出血很难及时发现,具有突发性、难以预测、短时间内大量出血和止血困难等特点,处理不当可导致失血性休克、死亡,应高度重视。

实践证明,对于位于直肠末端的内痔创面止血,传统的肛管压迫止血方法作用甚微,还易将血液堵回直肠腔内,不利于医生对出血的观察和加剧便意感。也有人主张用肾上腺素滴注肛内治疗术后出血,但作用有限。气囊或水囊压迫止血盲目性较大,并可能引起肠粘膜广泛坏死等严重并发症。在直视下准确的缝扎,应是内痔术后大出血止血成功的关键。

在实践中我们发现,应重视创面上尚未完全脱落的痔核,多数出血均与其有关,甚至有部分患者在止血过程中因痔端被及时清除而出血停止,故止血时该步骤不可省略。

此外,针对少数患者可能为一过性出血现象,我们对所有大出血患者,均采取“先评估、后止血”方法观察,另外 4 例患者就诊时肠鸣音已正常,血压稳定,未实施止血,避免了止血之苦。因此我们在止血前后,均以肠鸣音是否亢进和血压是否稳定,作为观察有无继续出血的重要指标。

此外,提高内痔手术的精确性,规范操作,降低内痔创伤性手术率,避免术后大便干燥等,均为减少内痔术后大出血的有效措施。

(收稿日期:2007-01-01)