

Curative Effect Observation of Transparent Cap Assisted Internal Hemorrhoid Sclerotherapy and Endoscopic Internal Hemorrhoid Ligation

Qianwen Geng Linglong Xue

Department of Gastroenterology, General Hospital of Taiyuan Iron and Steel (Group) Co., Ltd., Taiyuan, Shanxi, 030003, China

Abstract

Objective: To observe the clinical efficacy and safety of transparent cap assisted sclerotherapy of internal hemorrhoids and endoscopic internal hemorrhoid ligation in the treatment of internal hemorrhoids. **Methods:** The clinical data of 76 patients with grade I - III internal hemorrhoids in the Department of Gastroenterology of the author's Hospital from December 2019 to December 2020 were analyzed retrospectively. **Ligation group:** 8 patients with grade I - III internal hemorrhoids in gastroenterology department due to bloody stool were treated with endoscopic internal hemorrhoids ligation. **Sclerotherapy group:** 66 patients with grade I-III internal hemorrhoids treated in gastroenterology department due to bloody stool were treated with transparent cap assisted endoscopic sclerotherapy of internal hemorrhoids. The total effective rate, postoperative bleeding and pain, pain 2 hours after operation, internal hemorrhoid prolapse improvement score, life satisfaction score, rebleeding 3 months after operation, anal doorway pain, swelling and discomfort were compared between the two groups. **Results:** 76 patients were included, including 68 cases in the sclerosis group and 8 cases in the ligation group. **Clinical efficacy:** in the sclerotherapy group, 70 cases were cured and 6 cases were improved, the cure rate was 92.1%, and the effective rate was 100%; in the ligation group, 6 cases were cured and 2 cases were improved, the cure rate was 75%, and the effective rate was 100%; there was no significant difference in cure rate and effective rate between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Endoscopic sclerosing agent injection and ligation have good clinical efficacy in the treatment of I-III degree internal hemorrhoids, which needs to be further confirmed by large sample research.

Keywords

hemorrhagic internal hemorrhoids; transparent cap assisted sclerotherapy of internal hemorrhoids; endoscopic ligation of internal hemorrhoids

透明帽辅助内痔硬化治疗及内镜下内痔套扎术的疗效观察

耿倩雯 薛玲珑

太原钢铁(集团)有限公司总医院消化科, 中国·山西太原 030003

摘要

目的: 观察透明帽辅助内痔硬化治疗及内镜下内痔套扎术治疗内痔的临床疗效和安全性。**方法:** 回顾性分析2019年12月—2020年12月因便血就诊于笔者所在医院消化内科76例 I-III度内痔患者的临床资料。套扎组: 因便血就诊于消化内科的8例 I-III度内痔患者采取内镜下内痔套扎治疗内痔; 硬化组: 因便血就诊于消化内科的66例 I-III度内痔患者采取透明帽辅助内镜下内痔硬化治疗术; 比较两组的总有效率、术后出血及疼痛、术后2小时疼痛、内痔脱出改善评分、生活满意度评分以及术后3月再出血、肛门口疼痛、肿胀、不适。**结果:** 纳入患者76例, 其中硬化组68例、套扎组8例。临床疗效方面: 硬化组中, 痊愈70例、好转6例, 痊愈率92.1%, 治疗有效率为100%; 套扎组中, 痊愈6例、好转2例, 痊愈率75%, 治疗有效率为100%; 两组患者痊愈率及治疗有效率的差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。术后并发症方面: 硬化组术后并发症发生率为10.5% (8/76), 其中3例出现肛门疼痛和发热, 5例出现少量便血; 套扎组术后并发症发生率为25% (2/8), 其中2例出现肛门疼痛。两组患者术后并发症发生情况的差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 内镜下硬化剂注射术与套扎术治疗 I-III度内痔均具有较好的临床疗效, 有待大样本研究进一步证实。

关键词

出血性内痔; 透明帽辅助内痔硬化治疗; 内镜下内痔套扎术

1 引言

痔病是全球性的常见肛肠疾病之一, 其症状及并发症

严重影响人们的正常生活和工作。美国的流行病学调查结果显示, 痔病的患病率可高达 50% 以上, 其中 45~65 岁人群患痔病的风险最高^[1]。最新全国肛肠疾病流调结果显示, 中国 18 周岁以上城镇及农村居民的常住人口中, 肛肠疾病患病率高达 50.1%, 其中痔病占 98.09%。而又以

【作者简介】耿倩雯(1986-), 女, 中国山西阳泉人, 硕士, 主治医师, 从事脂肪肝的基础代谢研究。

内痔最常见，占痔病人数的 59.86%，而内痔中绝大部分为 I-III 度内痔（99.47%）^[2-3]。

痔是人体的正常结构，根据发生部位可将痔分为内痔、外痔和混合痔，主要临床表现为出血、脱垂、肿胀、疼痛、瘙痒、分泌物、肛周不适、肛门肿块和排便困难等，这些症状严重影响病人的生活质量和正常工作，一些病人因反复出血可导致继发性贫血，有时会引起大出血，需要急诊手术和输血治疗。早期内痔（I-III 度）病人如果不进行治疗任其发展，可形成混合痔和外痔继而引起严重的并发症，不得不进行外科手术。目前最为常用的一种内痔分类方法是 Goligher 分类法，该方法根据痔的脱垂程度将内痔分为 I-IV 度（表 1），临床上一般根据不同分度来选择相应的治疗方案。

表 1 内痔的 Goligher 分类

I 度 (Grade)	明显的血管充血，但不脱垂
II 度 (Grade)	痔在用力时从肛门脱垂，但可自行还纳
III 度 (Grade)	痔在用力时从肛门脱垂，不能自行还纳，需要人工还纳
IV 度 (Grade)	痔持续脱垂，不能复位，出现慢性炎症改变，黏膜萎缩溃疡易见

论文主要回顾性分析 2019 年 12 月—2020 年 12 月因便血就诊于笔者所在医院消化内科的 76 例 I - III 度内痔患者的临床资料，现总结如下。

2 资料与方法

2.1 一般资料

回顾性分析 2019 年 12 月—2020 年 12 月因便血就诊于笔者所在医院消化内科 78 例 I - III 度内痔患者作为研究资料。

硬化组共 66 例患者，男性 39 例，女性 27 例，年龄在 23~85 岁之间，平均年龄为 45.8 ± 2.6 岁；

套扎组中 8 例患者，男性 4 例，女性 2 例，年龄 43~68 岁之间，平均年龄为 43.6 ± 2.8 岁，将上述数据进行统计软件分析，差异无统计学差异（P > 0.05）。

2.2 方法

所有患者术前禁食 12h，肠道清洁准备按结肠镜诊疗要求进行，常规完善血常规、凝血功能、心电图及胸片检查；按手术要求进行相应药械准备。

硬化组：采用透明帽辅助内痔硬化治疗，术前口服和爽清洁肠道，行全结肠镜检查除外排除结肠肿瘤，合并存在息肉等；同时评估表面有无溃疡、感染，合理选择注射部位，内镜前端安装透明帽，适当充气充分暴露视野，辨清齿状线、肛直线及内痔情况，确保注射点位于齿状线之上，采用正镜或倒镜的方法，选取痔核顶部或基底部为进针点，取 25G 硬化注射针，10mL 注射器抽取聚桂醇注射液（陕西天宇制药），由痔核齿状线部向上进针多点注射直视下斜面 10~20 进针，于黏膜下每点注射美兰聚桂醇 0.5~1mL，边缓

慢注射边退针，注射完成后以针鞘或透明帽压迫 10s 左右后拔针。

套扎组：内镜下内痔套扎术，采用左侧卧位，对肛门进行润滑，镜头端和装有套扎器透明帽的外表部分涂润滑油，自肛门缓慢插入胃镜，充气，使直肠肠管扩张。采用倒镜方法对肛窦处内痔观察，使内痔痔核和齿线完全暴露在视野中，将胃镜前端的透明帽与套扎的内痔达到 360° 全面接触，启动吸引器，产生 8~13kPa 负压，将要套扎的内痔吸入透明帽内，持续吸引，顺时针转动多环套扎器柄，直至感觉套圈已放出，提示套扎已完成。松开内镜吸引钮，注入少量空气，轻微收回内镜，释放已套扎的内痔，如有多个内痔，重复上述操作治疗。

2.3 临床疗效

所有患者随访 1 年，评估临床疗效：

疗效判定标准参照国家中医药管理局《中医肛肠科诊疗疗效标准》。

①治愈：症状消失，痔核消失，或全部萎缩，创面完全愈合。

②显效：症状明显改善，痔核明显缩小，或萎缩不全，创面基本愈合。

③有效：症状轻度，痔核略有缩小或萎缩不全，创面基本愈合。

④未愈：症状体征均无变化，或创面未愈合。复发定义为再次出现出血、脱出等症状，需再次药物或手术治疗，经肛门指诊或内镜观察再次出现痔核。

2.4 术后并发症的比较

比较两组患者术后肛门口疼痛、出血、感染、尿潴留、发热、直肠狭窄等并发症的差异。

2.5 统计学方法

采用 SPSS17.0 软件包进行处理，计量资料以均数 ± 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验；计数资料的比较采用卡方检验或者 Fisher 确切概率法，等级资料比较采用秩和检验，P < 0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 临床疗效的比较

硬化组中，痊愈 70 例、好转 6 例，痊愈率 92.1%，治疗有效率为 100%。

套扎组中，痊愈 6 例、好转 2 例，痊愈率 75%，治疗有效率为 100%，两组患者痊愈率及治疗有效率的差异均无统计学意义（P > 0.05）。

3.2 术后并发症的比较

术后并发症方面：硬化组术后并发症发生率为 10.5%（8/76），其中 3 例出现肛门口疼痛和发热，5 例出现少量便血；

套扎术后并发症发生率为 25% (2/8), 其中 2 例出现肛门疼痛。两组患者术后并发症发生情况的差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

4 讨论

痔是临床常见病、多发病, 其临床表现主要为便血、痔核脱出、疼痛、潮湿瘙痒、排便异常等, 严重影响人们健康和生活质量。痔的发生、发展与肛垫下移关系密切^[4-5], 治疗方式包括药物治疗、硬化、套扎和手术治疗等, 微创、有效、价廉的治疗方法是痔治疗的发展方向^[6-7]。

痔的治疗以消除、减轻痔的症状为目的, 且解除痔的症状较改变痔体大小更具临床意义^[8]。可根据情况选择非手术治疗和手术治疗。但每种治疗方式均各有优缺点和适应证, 尤其在针对治疗方式的选择和联合应用等问题上仍存有一定讨论空间。因此, 如何有效消除或减少患者术后并发症发生, 保留肛门原有生理功能, 降低复发率, 是临床医生和患者共同关注的问题。早期、微创、简单且疗效良好的治疗方法使患者获益最多, 透明帽辅助内痔硬化治疗和内镜下内痔套扎术是较常用的微创治疗方法, 透明帽辅助内痔硬化治疗使用出血性内痔, 而内镜下内痔套扎术更适合出血性内痔合并脱垂的患者。当然, 本研究观察病例数偏少, 尚缺乏中长期的随访数据, 还需进一步评估。尽管如此, 随着消化内镜及技术的不断普及, 此种治疗方法值得在基层各级医院推广。

参考文献

- [1] Peery A F, Crockett S D, Barritt A S, et al. Burden of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States[J]. *Gastroenterology*, 2015, 149(7): 1731-1741.
- [2] 江维, 张红玺, 隋楠, 等. 中国城市居民常见肛肠疾病流行病学调查[J]. *中国公共卫生*, 2016, 31(10): 1293-1296.
- [3] 最新全国肛肠疾病流调结果公布[J]. *世界中西医结合杂志*, 2015(11): 1489.
- [4] 李天煜, 蔡伟杰, 陆浩林, 等. 基于齿状线保护的TST+分段外痔切除术治疗重度环状混合痔的临床效果观察[J]. *结直肠肛门外科*, 2019, 25(5): 548.
- [5] 贾小强. 痔发病机制学说进展与高悬低切术式研究[J]. *中国中西医结合杂志*, 2018, 38(4): 398.
- [6] 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. 痔套扎治疗中国专家共识(2015版)[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2015, 18(12): 1183.
- [7] 金育雯. 超声多普勒引导下痔动脉微创结扎术与吻合器痔切除术治疗Ⅲ度痔患者的疗效比较[J]. *医学临床研究*, 2017, 34(2): 345.
- [8] 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(5): 461.