DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.04.019

5. Howared DR, et al. Peanut agglutinin: a new marker for tissue histiocyte. Am J Clin Pathol 1982; 77:401
6. Ree HJ. Lectin histochemistry of malignant tumor: II: Concanavalin A: a new histochemical marker for macrophage-histiocytes in follicular lymphomo. Cancer 1983; 51:1639
7. Ree HJ, et al. Macrophage-histiocytes in Hodgkin's disease. The relation of peanut-agglutinin-binding macrophage-histiocytes to clinicopathologic presentation and course of of disease. Cancer 1985; 56:133
8. Daroni CD, et al. Immunohistochemical heterogeneity of macrophages subpopulation in human lymphoid tissue. Histopathology 1987; 11:1029
9. Ree HJ, et al. Macrophage-histiocytes in malignant lymphoma, small lymphocytic type(well-differentiated lymphoma). Cancer 1985; 56:1117

(收稿：1988.7.7；修回：1988.11.19)

胶圈套扎法治疗内痔8500例

唐开业 单治堂 (新桥医院 普外肛肠组)

内痔因出血、脱出、嵌顿、发炎给人们带来痛苦，此病临床甚为常见，治疗方法多样而效果不一。我院自1982年2月～1987年12月应用新82型套扎器行内痔胶圈套扎治疗8500例，现小结如下：

资 料

本组经门诊、厂矿、卫生院治疗8474例，住院治疗26例。男性5250例，女性3250例。年龄最小16岁，最大93岁。Ⅰ°内痔1600例，Ⅱ°内痔2200例，Ⅲ°内痔4700例。首次套扎1个痔核的3500例，2个的1500例，3个的3500例。并发症出血35例，尿潴留1例，晕厥10例。

讨 论

一、临床应用注意事项

自60年代Barron氏首先应用胶圈套扎法治疗内痔以来，该方法目前在国内外正迅速普遍得到推广。胶圈套扎法适用于各期内痔治疗，也适用于混合痔的内痔部分治疗。但在肛门直肠存在急慢性炎症，肛裂，血栓性外痔时，有腹泻或妇女妊娠期，不宜应用。应待炎症控制后，否则易加重症状，引起出血，使感染扩散。外痔不能应用胶圈套扎法治疗，因其由周围神经支配，痛觉敏感。操作时病人取膝胸位，常规指肛检查无异常发现后，放置肛镜显露内痔，直视下通过套扎器将胶圈套扎在内痔上。每次可套扎1～3处，套扎操作一般仅1～2 min即可完成。操作中应注意：①常规指肛检查很重要，因可防止其它肛肠疾病漏诊，尤以直肠癌。本院肛肠门诊自开展内痔胶圈套扎法以来，通过指肛检出较多以痔疮出血就医的直肠癌患者，因此万万不可忽略此点。②内痔的显露是操作中的重要步骤，操作者要熟悉肛门直肠解剖，注意观察确定齿线的肛乳头。因套扎在齿状线以下将会引起难以忍受的疼痛，套扎离齿线过高则将胶圈套扎在直肠粘膜上，内痔未套扎到而疗效不佳。③套扎内痔完毕后，不可在有负压存在的情况下抽回套扎器，应将板机放松负压去掉后方可抽去套扎器，以免撕伤套扎的痔核而引起出血。④套扎后病人需6 h后方可大便，过早大便将使胶圈脱落而失去作用。

二、效果

胶圈套扎法治疗内痔效果确切。经观察套扎后1～2 h痔核组织由暗红变黑，并逐

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

渐坏死、缩小，创面局限一般为1 cm左右，修复愈合5～10天不等，不留瘢痕。术后对肛门括约肌功能无损害，并发症少。术后复查3700例病人，大便通畅，便后无出血及内痔脱出，指肛无肛管狭窄，肛镜检查内痔消失。其中以Ⅰ°、Ⅱ°内痔疗效最好，一次套扎即可治愈。而Ⅲ°内痔常因痔核大需再次套扎。混合痔的内痔经套扎后多数因直肠粘膜回缩，脱出消失，外痔可好转。

三、术后反应及并发症的防治

胶圈套扎治疗内痔法常见的反应及并发症有：1.肛门坠胀便意感约占80%，系套扎内痔处缺血刺激所致，一般3～10h即可缓解消失，无须处理。2.晕厥，本组发生10例，约占0.1%，多系患者精神过度紧张及肛门刺激反射引起。因此操作前应作好解释工作，操作轻柔不可粗暴，晕厥发生后患者平卧和给一些热糖水喝能迅速好转。3.肛门疼痛，一种原因系肛门原有疾患如肛裂、血栓外痔、肛乳头炎未愈、肛门检查后因刺激引起。另一种原因系胶圈套扎在齿线下的肛管粘膜或外痔上。防治方法，操作前要常规肛门检查，如有其它疾患应待好转后，方可进行内痔套扎。如系套扎在齿线下引起的疼痛，则可将套扎的胶圈去掉，疼痛马上消失。4.出血，常发生套扎后5～8天内，与以下情况有关：①在肛门有炎症存在的情况下套扎，感染加重，创面糜烂出血；②套扎胶圈过细、切割锐性大、痔核脱落过快；③大便干燥、过早用力排便，加重创面损伤；④套扎时负压未去掉就抽去套扎器易引起撕伤出血。此外还有一些尚未治疗的痔核出血，此与本术式无关。防治方法：在有炎症时不要套扎，胶圈不可过细，以2～3 mm宽度为好，套扎后勿食刺激性饮食，大便干燥宜给予润肠药。本组出血多不严重，一般给于对症治疗，止血粉局部压迫即可好转，只有3例因创面糜烂较重出血在300ml以上而收入住院治疗，通过局部压迫好转。⑤排尿困难，因套扎在外痔部分疼痛反射所致，经止痛、热敷、消炎、导尿好转。本组发生1例。总的说来胶圈套扎法引起的术后反应及并发症较其它内痔治疗方法轻而少见，易处理。

四、优点与不足

胶圈套扎法治疗内痔，方法简便、安全，疗效好，并发症少，对病人痛苦少，不需用麻醉，不需准备肠道，不用住院，容易掌握，门诊及基层卫生单位均可开展，治疗费用低，易于被病人接受，尤其对年老体弱不适于手术及其它方法治疗的患者较好。但其不足之处是Ⅲ°内痔常需多次套扎，不能同时处理外痔部分，有时混合痔内痔部分套扎后，少数外痔易引起水肿发炎，如掌握不好仍有肛门疼痛、排尿困难、出血等反应及并发症发生。

（收稿：1988.6.8；修回：1988.8.29）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net