

1. 外用药物

硝酸甘油：使用稀释的硝酸甘油软膏配方，如0.125% 硝酸甘油（NTG）* 配方，已被发现对肛门括约肌痉挛、骨盆底痉挛以及肛裂患者有帮助。提醒患者在最初几次涂抹软膏时应平躺。如果他们不愿意用手指将药膏涂抹到肛管内，可以让他们将豌豆大小的药膏放在栓剂上，这样可以起到类似涂抹器的作用。

务必确保患者未服用勃起功能障碍药物，因为同时使用硝酸甘油（NTG）和勃起功能障碍（ED）药物存在已知风险。

地尔硫卓或硝苯地平：这些药物也可以配制并用作NTG的替代品。在文献中可以找到许多关于这些化合物的不同“配方”建议。我们有使用2%地尔硫卓和0.5%硝苯地平软膏的经验。

*在这些适应症中，大部分硝酸甘油和所有钙通道阻滞剂的使用都属于“超说明书”用药。

这些药物是你的朋友！在有症状的患者中，一个经常被忽视的问题是并存性肛裂。你不需要看到裂缝就知道它的存在。如果患者在距离肛缘2-3厘米内、中线处（通常在后方，较少在前方）有压痛，并且没有肛瘘、脓肿或血栓性外痔，那么极有可能是肛裂！

如果您在中线摸到增厚的区域、“硬结”、“瘢痕”，或任何先前或并存炎症的其他迹象——他们极有可能是肛裂！未能解决这一问题将严重影响您在治疗这些患者时的“成功率”。

克里特医生 (Dr. Cleator) 甚至为几乎所有患者开具了硝酸甘油，因为他注意到患者的疼痛有所减轻，并认为常规使用该药后，结扎术后溃疡的愈合速度也略有加快。

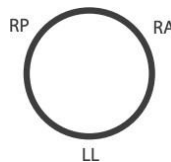
与您附近的配药药房建立关系。

配制药物的价格差异很大。我们发现，与能为患者提供高性价比的配药者建立合作关系，对于治疗肛门直肠疾病患者来说是无价的，因为许多患者需要外用药物来解决他们所有临床症状。

2. 血栓性外痔：如果在发病最初的24-48小时内就诊（有些文献以72小时作为最长时间），通常需要进行切除或切开引流。如果病程超过该时限，则除了使用局部麻醉剂进行保守治疗，并强烈考虑使用硝酸甘油、地尔硫卓或硝苯地平*之外，几乎无需其他干预。如果您选择切开引流血栓，我们很乐意为您提供技术指导。如果您决定转诊这些患者，请考虑仅在患者症状出现后的24-48小时内（最迟不超过72小时）能够得到外科医生诊治的情况下进行转诊。

文献表明，与仅采取保守治疗相比，延迟手术干预这种血栓通常会导致患者需要更长时间才能完全康复。

3. 典型痔疮的位置：左侧位、右前位和右后位。在左侧卧位下，这对应于以下位置：



4. 技术：

“触诊手法”：

“盲法”置入橡皮圈：这并非真正的“盲法”，因为如果您进行了肛门镜检查，就已经看到了痔疮。

目前的CRH O'Regan系统包含一个专利的集成闭塞器，相比于其前代产品，它能够实现更为轻柔的插入，且创伤性更小。该器械以“中立”方向引入，遵循肛门直肠的走向。在将器械插入到合适深度之后，我们才会将其“瞄准”目标痔疮进行定位。

使用上述技术，将结扎器置入比最终目标点稍深的位置，然后将结扎器回撤到准备部署橡皮圈的部位，只有在那时，才将结扎器“瞄准”目标痔柱。该部署点可通过外部“推圈器”护套上的脊（或凸缘）进行估算。如果在肛缘内触及到该脊，则说明您处于令人满意的位置，即位于齿状线“近端”至少2厘米处。能够感知结扎器尖端位于直肠“L角”将有助于确认其准确位置。

请勿将结扎器“推向”待处理的痔核，试图“够到”组织，因为这往往会增加获取足够组织的难度，并可能使器械置入超出预期的深度。只需将器械“瞄准”正确的方向，即可让最突出且已紧密贴合结扎器的组织被注射器捕获。让结扎器自行完成工作——您在获取组织上付出的精力越多，成功的几率就越低。如果在结扎器首次定位时未能获取组织（表现为抽吸后松开注射器活塞时活塞未回缩，或在回拉活塞时感到“阻力”），请勿将结扎器继续推深，而应增大持握器械的角度。

释放橡皮圈：

在释放橡皮圈之前，需固定外护套（即“推圈器”），并来回旋转内注射器数次，旋转角度为90至180度。随后询问患者是否感觉到压力、“夹捏感”或疼痛。如果患者主诉有“夹捏感”，则说明当前确实存在夹捏，因为患者在感知到这种感觉后，通常会将其对感觉的描述改为“压力”。

如果出现夹捏感或疼痛，应将活塞推回，释放被抓取的组织，并将结扎器向前推进1厘米。随后重复上述过程。如果仅感觉到压力，即可释放橡皮圈；执行此操作的最佳方式是固定外推圈器，并缓慢回撤内注射器。操作得当时，术者会注意到橡皮圈释放时发出的“咔哒声”，随后在组织释放时发出的抽吸声。这种“咔哒声与吸声”的组合几乎总能成功完成令人满意的套扎。

结扎术后检查：

在释放橡皮圈后，需进行指检以确认以下四点：

- 您已套扎了足够量的组织。
- 未出现肌肉嵌顿。
- 所形成的“息肉”颈部直径相当窄，这可使所致溃疡的面积最小化，并最大限度地降低结扎后出血的风险。
- 患者未主诉疼痛或“夹捏感”。

套扎痔核的手法调整：

建议您在释放橡皮圈后，常规对套扎痔核进行手法调整，以确保套扎的组织没有被肌层卷入。该痔核应像手背上的皮肤一样滑动和移动，而非像手掌上的皮肤一样固定。同时，应注意确保痔核周围的黏膜没有发生嵌顿。通过感知套扎圈具有相当窄的直径，并且痔核的“颈部”摸起来像一个小的带蒂息肉，将有助于最大限度地降低疼痛、出血或其他并发症的风险。

如果在套扎后患者出现疼痛，则需要更“积极”的手法调整：使用手指从右侧、左侧以及痔核近端“牵拉”套扎组织的基部，同时从下方“推顶”痔核，通常即可松解必要的组织并缓解不适。如果患者仍感觉不适，应使用检查指轻轻地“滚动”橡皮圈。如果橡皮圈置入得“过低”，接近或低于齿状线，则不要尝试“调整”橡皮圈；而是用两个指尖将其移除，如有必要。

请记住，调整橡皮圈可能需要从橡皮圈周围的任何一个点进行。当患者处于左侧卧位时，惯用右手的术者自然会从橡皮圈的前方进行操作。但这可能并非橡皮圈被“压紧”的部位。因此，如果这种常规手法调整不足以实现预期目标，请务必围绕橡皮圈360度进行操作，以找到最能有效调整橡皮圈的点。

结扎术后评估

让患者在套扎后等待几分钟，以确保他们没有感觉到“夹捏感”。如果患者出现夹捏感，应调整橡皮圈或在必要时将其移除。否则，这种夹捏感会变得更加严重。如果患者离开时没有感觉到“夹捏感”，那么只有不到1%的患者可能会经历明显疼痛。在套扎手术或后续橡皮圈调整后，通常适合进行10分钟的观察期来监测患者。

5. 大症状轻微（正在愈合）的肛裂患者：经验告诉我们，肛裂有轻重之分。如果患者出现肛周疼痛，建议先处理肛裂，并推迟套扎术，直到患者感觉更舒适为止。如果治疗得当，大多数肛裂会在2-3周内得到显著改善，但通常仍未完全愈合。因此，建议继续使用外用药物总共2-3个月，以实现更彻底的伤口愈合。

当患者无压痛时，如果存在处理其痔核的适应症，则应选择套扎外观最严重且不邻近并存肛裂的痔核。例如，对于一名患有无压痛、正在愈合的后位肛裂患者，我们选择最后处理右后位的痔核。

6. 每次治疗仅处理一个痔柱可最大限度地降低并发症：Cleator医生的研究中，每次就诊仅处理一个痔柱的患者，其所述并发症发生率约为每位患者1%。大量文献表明，在单次操作中进行多次套扎会显著提高并发症发生率。

关于此话题存在一些争议，因为有些人认为并发症的增加“值得”避免为额外的两次套扎增加就诊次数。在我们的诊疗中，我们始终致力于将并发症降至最低，因此除非出现特殊情况，我们严格限制每次治疗仅处理一个痔柱。

7. 套扎术的一般禁忌症。这些包括但不限于：

怀孕：普遍共识认为怀孕是套扎术的禁忌症，因为担心会刺激早产。近期有一项针对45名孕妇进行橡皮圈结扎术（RBL）且未出现并发症的回顾研究，但我们不确定这一单一报告是否足以“推翻”这一普遍担忧。

门静脉高压：我们已查阅到两份报告，其结论均为套扎后出血在门静脉高压患者中的发生频率并不高于无门静脉高压的患者，但令人担忧的是，如果门静脉高压患者发生出血，后果可能是灾难性的。

直肠炎：令人担忧的是，如果黏膜受损，套扎后溃疡可能无法正常愈合，或更严重地是，可能形成瘘管。因此建议您务必确认，不存在任何可能干扰安全实施RBL的并存直肠病变。

8. 结扎术的情境禁忌症/注意事项。这些包括但不限于：

乳胶过敏：在这些患者中，请使用蓝色（无乳胶）橡皮圈。

使用勃起功能障碍药物：如果患者在过去24小时内服用了西地那非，或在过去48小时内服用了他达拉非，请勿使用硝酸甘油软膏。

检查中出现明显疼痛/压痛：如果患者在指诊或肛门镜检查时极度压痛，建议先治疗引起该疼痛的原因（最常见的是肛裂）“减轻症状和炎症”2-3周，届时再对患者进行重新评估。如果症状得到显著改善，且情况适宜，可在稍后时间考虑进行RBL。

抗凝药物：这需要更长时间的讨论，一份关于该主题的“白皮书”已在CRH网站上发布。

9. 识别和治疗相关的“非痔疮性”问题：通常，当患者对RBL的反应不完全时，是因为除了痔疮之外，还存在需要处理的非痔疮性问题。根据我们的经验，最常被忽视的问题是部分愈合的肛裂，其引发症状的特点是更具间歇性，且严重程度低于经典的“刀割样”肛裂表现。其他问题包括：

裂缝：如上所述。

皮疹：最常用外用抗真菌药物治疗。

隐性瘘管：这些瘘管可能部分“愈合”，但随后会“复发”，引起疼痛并伴随分泌物。当其处于静止期，且窦道已“闭合”时，这些瘘管通常会被漏诊。

肠道功能异常：如果存在便秘或腹泻问题，则必须始终加以处理。

显然，在初步评估期间，排除血栓性外痔、尖锐湿疣或癌等病变是至关重要的。

外用类固醇往往被显著过度使用，包括在更适合使用其他外用药物的情况下，以及在类固醇有所助益的少数情况下使用时间过长。

10. 利用CRH提供的资源：

办公室内的“实践”培训和/或“复习”课程。

CRH医疗团队提供“24/7”咨询支持
运营以及前台和后台的培训和他持，在线订购和营销支持。

如有任何问题，请随时联系我们——以下是我们医疗主任的联系方式。

Mitchel Guttenplan, MD, FACS

米切尔·古滕普兰，医学博士，美国外科学会会员
医疗主任

CRH医疗公司

手机：770.363.0125 | 办公电话：800.660.2153转1022

电子邮件：mguttenplan@crhmedcorp.com

Andrew Gorchynsky, MD, FACS

安德鲁·戈尔钦斯基，医学博士，美国外科学会会员

副医疗总监

CRH医疗公司

C: 847.274.7660 | T: 800.660.2153 x1026
电子邮件: agorchynsky@crhmedcorp.com

托马斯·科兹洛夫斯基, 医学博士, FACS CRH医疗公司
副医疗总监
手机: 919.357.0769
电子邮件: tkozlowski@crhmedcorp.com

* “超说明书”使用。参考文献: 古滕普兰, 米切尔。肛门直肠局部用药
- 白皮书。2015年1月