

问：哪些患者可以/应该使用CRH O'Regan System进行治疗？

答：绝大多数痔疮患者都非常适合此项治疗。CRH-O'Regan一次性痔疮结扎系统几乎适用于所有I-III度患者，以及部分IV度患者。

若IV度痔疮经复位可转为II-III度，则非常适合本疗法。若无法复位则建议转诊外科手术治疗。

问：III度痔疮患者真的能进行结扎术吗？

答：是的，真的可以！虽然其他技术通常建议将III度痔疮患者送至手术室治疗，但我们的技术已积累了治疗此类患者的显著成功案例。毫无疑问，III度患者治疗难度高于II度，且可能需超过常规的三次结扎，但本技术已积累大量成功案例。

问：轻中度患者适用吗？

答：其他疗法通常仅用于症状严重的患者，因为这些疗法往往伴随显著疼痛及恢复困难。而CRH O'Regan结扎器的并发症风险极低，因此非常适用于复发性轻度症状患者，以及中度至重度症状患者。一般而言，只要患者症状明显到需要就医，且检查结果显示适合结扎治疗，就值得进行此项治疗。

问：我担心结扎圈内夹取的组织太少，无法为患者带来症状缓解。使用你们的结扎器进行结扎时，对痔核的大小有最低要求吗？

答：我们所采用的技术无需夹取大量组织即可获得良好的治疗效果。结扎术实际上并非一种"微型痔切除术"，因为其成功治疗症状性痔疮的主要机制在于：它会引起痔垫黏膜下层的炎症反应，进而导致瘢痕形成，从而使痔垫重新固定于下方组织。换言之，这更像是一种痔固定术，而非痔切除术！

传统的结扎术常引起术后疼痛。疼痛多发生在结扎位置过低、组织夹取过多或一次结扎过多处时。这正是我们通常每次只处理一个痔核、结扎位置要足够“高”，以及圈内通常不套取大量组织的原因。

现在，如果术后检查发现结扎圈内组织极少，因而担心结扎圈过早脱落，那就说明夹取

组织确实不足！此时应再加一个结扎圈，并确认位置理想。

总之，我们不需要夹取大量组织，只需足够确保结扎圈不会滑脱即可。简单来说，只要结扎圈内的组织宽度不小于橡皮圈展开宽度，即为理想。

**问：如果患者结扎后主诉疼痛，我该怎么办？**

答：通常，当结扎圈内组织过多、包含过多周围黏膜或组织过于靠近齿状线时，患者会主诉“夹痛”感。已有文献描述，齿状线“上游”约1.5厘米范围内存在一个“过渡区”。因此，我们希望结扎位置“高于”此区域以确保患者舒适。套扎到肌层的可能性也是存在的。这种情况下可行直肠指检，拨动已结扎的痔核，确认结扎组织“直立”不牵连其他黏膜并能自由活动（即未与肌层粘连）。如果患者仍感到夹痛，可将结扎圈向上移动一到两毫米。若此法效果不足，可用手指轻柔地取下结扎圈，然后在比原位置稍“高”的地方重新套扎。

确保患者在结扎术后不感到疼痛的最佳方法是在操作前对患者进行正确评估。若患者在直肠指检时即显明显疼痛（常因合并肛裂），那么应先处理肛裂或其他引起疼痛的问题，待症状改善后再进行结扎。如果食指或肛门镜检查会引起显著疼痛，那么结扎术也会引起剧烈疼痛。因此，直肠指检与肛门镜检查不仅是诊断手段，也是判断患者是否适合结扎的“耐受测试”。

**问：患者离开诊所后的不适如何处理？**

答：为减少术后不适，应要求患者在结扎后在检查室停留几分钟。CRH建议最后一次干预后至少观察10分钟，尤其是对“首次”接受治疗的患者。

如果患者仅感到“压迫”感而无“夹痛”，则不太可能出现问题。如果患者在最初几小时内感到不适，应要求其返回诊所，尝试调整结扎圈以缓解症状。此后出现的不适通常源于结扎位置（位置过“低”）或盆底肌痉挛。可使用外用硝酸甘油或钙通道阻滞剂缓解肌肉疼痛，5%利多卡因膏（非处方可购）可用于肛裂或低位结扎后溃疡。如果患者没有禁忌症，非甾体抗炎药和/或温水坐浴也有助缓解。

**问：关于败血症的风险？**

答：幸运的是，败血症是橡皮圈结扎术极为罕见的并发症，因为它非常严重。关于其病理生理学存在相当多的争议……可能原因包括结扎后菌血症的血行播散，或结扎过程的

局部蔓延（细菌移位，甚至因套取组织过深导致的“微小穿孔”）。

CRH O'Regan System可最大限度地降低这种本就发生率极低的风险，其优势包括：

- 不使用带齿器械……仅以轻柔负压吸附组织。
- 产生的吸力不足以轻易套取过深组织。
- 最重要的是，术后会进行检查以确保结扎位置正确，如果发现问题，还可以“调整”或移除结扎圈。

但是，如果患者出现发热、寒战、不适、心动过速、疼痛、尿潴留或其他症状，必须考虑败血症的可能。此时应开始为患者静脉补液，并使用广谱抗生素，通过影像学检查等进行彻底评估。

**问：我的患者在结扎术后来电，称其第一次排便后发现在马桶里有橡皮圈漂浮。我该怎么办？**

答：安抚患者，按原定时间开展复查。尽管橡皮圈通常在第2-5天才会脱落，但偶尔提前脱落仍能达到预期效果。橡皮圈有可能过早脱落，这在后续复查中可以明显判断。

我们诊所统计显示，这种情况的发生率约为1/200至1/300。最初，我们会要求此类患者返回进行肛门镜检查，并在合适的情况下更换结扎圈。但我们发现，在患者离院前的结扎术后检查结果令人满意的情况下，结扎部位均会存在一些外观似坏死的组织，这与结扎圈在数天后脱落时的预期表现一致。因此，只要确认结扎令人满意，我们便不再提前召回患者，而是让他们等待下次预约就诊。

**问：患者结扎后出血如何处理？**

答：结扎术后有些出血非常常见。可能来自伴随的肛裂、未结扎的痔，或在少数情况下来自结扎痔本身。如果出血非常轻微，则无需担心，很可能自行停止。若出血稍多，大多数患者通过平躺并适当抬高双脚即可缓解。对于那些出血不止或出血量大的患者，应指示其前往急诊室。

通常，显著出血者存在以下两种情况之一：要么是小动脉“喷血”，要么是结扎后溃疡出血。消化内科医生最常对“喷血”使用夹子闭合，对溃疡则采用任何偏好的方式进行电灼，而外科

医生通常使用槽式肛门镜，用硝酸银棒处理出血性溃疡，对“喷血”则使用结扎器。

**问：服用抗凝药物的患者如何处理？**

答：这是一个非常有争议的话题，坦率地说，在讨论使用新型抗凝药物的患者时，文献中几乎找不到能帮助我们的资料。这个话题的讨论范围远超本文的适宜长度，因此我们建议大家参考我们关于抗凝药物的专门声明（此处插入链接）。

**问：我过去使用硝酸甘油时遇到过严重问题，但我发现你们经常用它。**

答：肛周局部使用硝酸甘油所产生的大部分问题，是由于使用浓度过高或剂量过大（或两者兼有！）。我们建议使用0.125%的硝酸甘油软膏\*，每次取豌豆大小的剂量涂入肛内，每日2-3次。如为肛裂患者，必须在肛裂愈合后继续治疗至少2-3个月以防复发。服用勃起功能障碍药物者需谨慎使用。

作为替代，可以使用钙通道阻滞剂，如地尔硫草和硝苯地平。它们的半衰期比硝酸甘油短，因此应每日给药4次。

**问：哪些患者适合使用硝酸甘油/钙通道阻滞剂？**

答：我们意识到本文提供的信息大多涉及这些药物的“超说明书”使用，但我们的经验表明，至少有以下问题的患者可以通过使用其中一种复合药物得到帮助：

- 肛裂
- 肛门痉挛
- 肛周疼痛
- 血栓性痔疮（内痔或外痔）
- “双括约肌征”
- 排便不尽感患者
- 括约肌紧张患者

Cleator医生建议对绝大多数患者使用硝酸甘油，因为他同样观察到，使用硝酸甘油可使结扎后溃疡愈合更快，疼痛主诉更少。

**问：硝酸甘油/钙通道阻滞剂使用效果不佳的患者怎么办？**

答：如果按推荐使用0.125%的硝酸甘油\*效果不足，可以增加用药频率或剂量。如果仍然无效，且患者没有头痛，可以让患者将药物用量加倍，或换用0.2%的硝酸甘油\*制剂。如果患者出现头痛，可以尝试外用硝苯地平或地尔硫草。

若仍无效，可以注射肉毒杆菌毒素，每侧内括约肌12.5单位（这是我们的首选技术——我们了解有多种关于肉毒毒素的注射技术和剂量建议）。我们发现上述技术相当简单、有效，并且未发现任何显著的注射后失禁问题。如果此法失败，可以尝试每侧20单位的重复治疗。此方案可治愈约80–85%的患者，且几乎没有长期问题（如失禁）。如果所有上述方法均失败，则应考虑外科手术（侧方内括约肌切开术）。

问：患者5天前出现血栓性外痔。我该怎么办？

答：血栓性外痔可以保守治疗，但通常，如果在早期通过切除或切开引流进行治疗，缓解会更迅速、更彻底。一旦超过2-3天，血栓通常开始“机化”过程，通过简单切口引流变得困难得多。事实上，为这些患者切开血栓很可能导致其恢复延迟。

在大多数情况下，此时外用麻醉剂和坐浴非常有效。由于我们发现此类患者常伴明显肛门内括约肌高张力，因此我们也观察到“超说明书”使用硝酸甘油/钙通道阻滞剂效果非常良好。

问：能否对合并血栓或肛裂的患者进行结扎？

答：如果患者因血栓或肛裂症状非常严重，则应先开始治疗肛裂或血栓，待临床改善满意后，可在其下次门诊时开始痔疮结扎术。如果患者因任一病情仅表现出轻微症状，那么开始结扎术是完全可行的。这些患者通过使用“触诊技术”（不使用肛门镜）进行结扎获益极大，因为这种治疗对患者的创伤要小得多。

\* “超说明书”使用。参考文献：Guttenplan, Mitchel。《肛肠外用药 – 白皮书》。2015年1月