

中华医学会系列杂志

ISSN 1007-5232

CN 32-1463 / R

中华消化内镜杂志®

ZHONGHUA XIAOHUA NEIJING ZAZHI

2023年3月 第40卷 第3期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 40 Number 3
March 2023



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



FUJIFILM

清晰诊疗 健康相伴

广告

New Generation Endoscope System

NEW

ELUXEO 7000

新一代内窥镜系统



LCI: 联动成像技术
BLI: 蓝光成像技术

新定义
新选择

NEW DEFINITION NEW CHOICE



沪械广审(文)第231206-44262号

富士胶片株式会社
FUJIFILM Corporation
东京都港区西麻布二丁目26番30号

富士胶片(中国)投资有限公司
FUJIFILM (China) Investment Co., Ltd.
上海市浦东新区平家桥路100弄6号晶耀前滩T7, 6楼
Tel: 021-5010 6000 Fax: 021-5010 6700

⚠ 禁忌内容或注意事项详见说明书。

ELUXEO7000为VP-7000与BL-7000的统称

VP-7000: 电子图像处理器 国械注进 20172062462

BL-7000: 医用内窥镜用冷光源 国械注进20182060487

商标 FUJIFILM 和产品标识均为日本富士胶片株式会社持有。

中华消化内镜杂志®

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊 1996年8月改刊 第40卷 第3期 2023年3月20日出版



微信: xhnjsw



新浪微博

主 管

中国科学技术协会

主 办

中华医学会

100710,北京市东四西大街42号

编 辑

中华消化内镜杂志编辑委员会

210003,南京市紫竹林3号

电话: (025)83472831, 83478997

传真: (025)83472821

Email: xhnj@xhnj.com

http://www.zhzhnjjz.com

http://www.medjournals.cn

总编辑

张澍田

编辑部主任

唐涌进

出 版

《中华医学杂志》社有限责任公司

100710,北京市东四西大街42号

电话(传真): (010)51322059

Email: office@cmaph.org

广告发布登记号

广登32010000093号

印 刷

江苏省地质测绘院

发 行

范围: 公开

国内: 南京报刊发行局

国外: 中国国际图书贸易集团

有限公司

(北京399信箱, 100044)

代号 M4676

订 购

全国各地邮政局

邮发代号 28-105

邮 购

中华消化内镜杂志编辑部

210003, 南京市紫竹林3号

电话: (025)83472831

Email: xhnj@xhnj.com

定 价

每期25.00元, 全年300.00元

中国标准连续出版物号

ISSN 1007-5232

CN 32-1463/R

2023年版版权归中华医学会所有

未经授权, 不得转载、摘编本刊文章, 不得使用本刊的版式设计

除非特别声明, 本刊刊出的所有文章不代表中华医学会和本刊编委会的观点

本刊如有印装质量问题, 请向本刊编辑部调换

目 次

述 评

- 我国消化内镜领域行业现状及展望 169
邹文斌 毛霄彤 侯丽 刘燕 李兆申

菁英论坛

- 消化内镜手术机器人发展现状及展望 173
李清敏 左秀丽 季锐
人工智能在胃肠镜质量控制方面的应用 178
贾轩 徐丽怡 蔡杨珂 蔡建庭

论 著

- 消化内镜微创手术机器人系统的研发及其辅助离体猪胃内镜
黏膜下剥离术的可行性评估 182
杨笑笑 高沪昕 付士宸 陈剑箫 侯诚 周智峰 季锐 刘会聪
任洪亮 孙立宁 杨嘉林 杨晓云 李延青 左秀丽
基于数据增强和混合神经网络的人工智能技术在上消化道
内镜检查部位识别中的应用 189
王士旭 柯岩 楚江涛 贺舜 张月明 窦利州 刘勇 刘旭东
刘雨蒙 伍海锐 苏飞雄 彭烽 王美玲 张凤英 王琳 张玮
王贵齐
三维成像装置在结肠镜检查中的可行性研究 196
马宗慧 张倩 邢洁 李鹏 张澍田 孙秀静
一种新型网篮在无射线内镜胆总管结石取石术中的应用研究
(含视频) 201
冯亚东 李媛媛 梁燕 刘洋 张有玉 张炯 张胤秋 施瑞华
消化内镜人工智能辅助诊疗设备的成本效益分析 206
李佳 吴练练 杜代如 刘军 王青 骆孜 于红刚
农村上消化道癌早诊早治项目地区内镜清洗消毒人员现状分析 ... 212
李纪宾 魏文强 刘玉琴 王家林 贾尚春 张韶凯 乔良
杜立彬 周金意 张永贞 张立玮 王贵齐
内镜全层切除术与透明帽辅助内镜全层切除术治疗老年患者
胃小间质瘤的疗效比较 218
杨金萍 任喜梅 倪牧含 金祥雨 徐桂芳

PENTAX
MEDICAL



阔“视”界 大有可为

ELISU10

超声电子上消化道内窥镜：国械注进 20213060225
超声电子上消化道内窥镜：国械注进 20213060226
超声电子上消化道内窥镜：国械注进 20213060227
沪械广审（文）第 260623-25522 号
生产商：豪雅株式会社
生产商地址：东京都新宿区西新宿六丁目 10 番 1 号
禁忌内容或注意事项详见说明书

广告

短篇论著

- 内镜下三种微创治疗方案治疗内痔的疗效及安全性评价 224
肖梅 王慧群 贾勇 郑帮海 许朝 王松 张开光 张明黎 余跃 吴正祥

病例报道

- 经腹体外牵引装置辅助内镜下阑尾切除1例 229
陈章涵 齐志鹏 贺东黎 时强 李冰 徐恩盼 刘婧依 周平红 钟芸诗
幽门螺杆菌阳性的帽状息肉病1例 231
吴传楠 陈光侠 张海涵 李振涛 刘霞 刘世育

综 述

- 内镜下肠道息肉大小测量方法的研究现状与进展 234
魏云蕾 刘枫
内镜下切除术后食管狭窄的防治新进展 237
王智杰 郑海峡 李诗钰 李兆申
胶囊内镜全小肠检查完成率影响因素的研究进展 243
吴向玲 王芬
胆道支架治疗远端恶性胆道梗阻相关并发症的防治 248
马天翼 万超 白成

读者·作者·编者

- 《中华消化内镜杂志》对来稿中统计学处理的有关要求 172
发表学术论文“五不准” 200
中华医学会系列杂志论文作者署名规范 228
《中华消化内镜杂志》2023年可直接使用英文缩写的常用词汇 233

插页目次 205

本刊稿约见第40卷第1期第82页

本期责任编辑 顾文景 唐涌进

本刊编辑部工作人员联系方式

唐涌进, Email: tang@xhnj.com

周 昊, Email: zhou@xhnj.com

顾文景, Email: gwj@xhnj.com

朱 悦, Email: zhuyue@xhnj.com

钱 程, Email: qian@xhnj.com

许文立, Email: xwl@xhnj.com

本刊投稿方式

登录《中华消化内镜杂志》官方网站 <http://www.zhxnjzz.com> 进行在线投稿。



唐涌进



周 昊



顾文景



朱 悦



钱 程



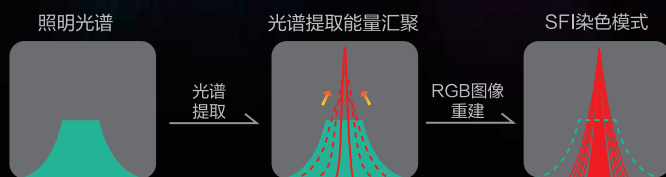
许文立

(扫码添加编辑企业微信)



多光谱技术 聚谱成像

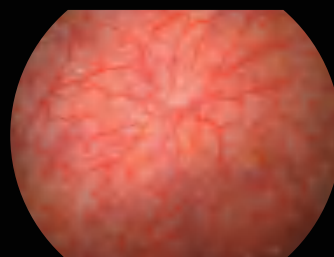
VLS-55系列四波长LED光源，助力消化道早期疾病诊断



白光图像



白光图像



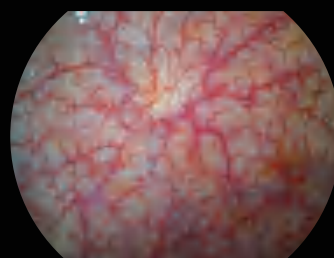
白光图像



SFI图像



SFI图像



SFI图像

·短篇论著·

内镜下三种微创治疗方案治疗内痔的疗效及安全性评价

肖梅 王慧群 贾勇 郑帮海 许朝 王松 张开光 张明黎 余跃 吴正祥

中国科学技术大学附属第一医院消化内科, 合肥 230001

通信作者: 肖梅, Email: xiaomei7511@126.com

【摘要】 为了评价内镜下内痔治疗的安全性和有效性, 对中国科学技术大学附属第一医院 2018 年 1 月—2020 年 6 月行内镜下治疗且有完整随访资料的 166 例 I ~ III 度内痔病例进行了回顾性总结, 其中单纯硬化组 35 例、单纯套扎组 104 例、套扎联合硬化组 27 例。结果显示: 3 组术后均未出现严重并发症, 单纯套扎组和套扎联合硬化组术后肛门疼痛发生率[分别为 35.6%(37/104)和 33.3%(9/27)]和肛门坠胀感发生率[分别为 70.2%(73/104)和 70.4%(19/27)]均较高, 但一般均可耐受或经简单处理后缓解; 出院前, 3 组的患者满意度均达 90% 以上, 手术接受程度均达 95% 以上; 3 组术后 3 个月时的治疗有效率均在 90.0% 以上, 术后 12 个月时的治疗有效率均有不同程度下降, 其中单纯硬化组的治疗有效率最低[74.3%(26/35)], 其他 2 组的治疗有效率仍能维持在 85.0% 以上。由此可见, 内镜下微创治疗内痔是一种安全有效的治疗方法, 具有有效改善症状、患者术后满意度和手术接受程度高等特点。

【关键词】 痔; 内痔; 内镜下套扎术; 内镜下硬化术; 并发症; 疗效

Efficacy and safety of three minimally invasive endoscopic procedures for the treatment of internal hemorrhoids

Xiao Mei, Wang Huiqun, Jia Yong, Zheng Banghai, Xu Chao, Wang Song, Zhang Kaiguang, Zhang Mingli, Yu Yue, Wu Zhengxiang

Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of University of Science and Technology of China, Hefei 230001, China

Corresponding author: Xiao Mei, Email: xiaomei7511@126.com

【Summary】 In order to evaluate the safety and effectiveness of endoscopic hemorrhoids treatment, a retrospective analysis was conducted on data of 166 patients with grade I to III hemorrhoids who underwent endoscopic treatment in the First Affiliated Hospital of University of Science and Technology of China from January 2018 to June 2020 with complete follow-up data. There were 35 cases in the simple sclerotherapy group, 104 cases in the simple ligation group, and 27 cases in the ligation combined sclerotherapy group. The results showed that, no serious complications occurred in the 3 groups after surgery. In the simple ligation group and the ligation combined with sclerotherapy group, the incidence of postoperative anal pain [35.6% (37/104) and 33.3% (9/27), respectively,] and anal pendant distension [70.2% (73/104) and 70.4% (19/27), respectively] were higher, but symptoms could be tolerated or relieved after simple treatment. The satisfaction of patients in the 3 groups was all more than 90% before discharge, and the degree of operation acceptance was more than 95%. The effective rate of the 3 groups was above 90.0% at 3 months after surgery. At 12 months after surgery, the effective rate of the simple sclerotherapy group was the lowest [74.3% (26/35)], and the effective rate of the other two groups was still above 85.0%. In conclusion, minimally invasive treatment for internal hemorrhoids under endoscopy is safe and effective with effective improvement of symptoms, high postoperative satisfaction of patients and high degree of acceptance.

【Key words】 Hemorrhoids; Internal hemorrhoids; Endoscopic ligation; Endoscopic sclerotherapy; Complications; Curative effect

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20211223-00767

收稿日期 2021-12-23 本文编辑 顾文景

引用本文: 肖梅, 王慧群, 贾勇, 等. 内镜下三种微创治疗方案治疗内痔的疗效及安全性评价[J]. 中华消化内镜杂志, 2023, 40(3): 224-228. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20211223-00767.



痔是临床上常见的肛肠疾病之一,主要分为内痔、外痔和混合痔三种。痔的主要症状有出血、痔核脱出和肛门分泌物增多等。近年来,随着内镜下内痔治疗的逐步开展,内痔患者的就医体验得到明显改善。内镜下内痔治疗技术具有安全、经济、有效、微创、微痛、低复发率、术后并发症少、可早期恢复正常活动等特点,但由于该技术开展时间较短,尚需要大样本、多中心、随机对照的研究进一步论证。本研究对我院近年内镜治疗的内痔病例进行了回顾性总结,旨在评价内镜下内痔治疗的安全和有效性,为临床寻求更加优化的治疗方式提供帮助。

一、资料与方法

1. 病例资料: 本研究纳入 2018 年 1 月—2020 年 6 月我院消化科接诊行内镜下治疗且有完整随访资料的 166 例 I~III 度内痔病例,诊断均符合《痔的诊疗指南(2011 版)》^[1] 的诊断标准,以出血、脱出为主要症状,经外科吻合器痔上黏膜环切术等治疗效果不佳。其中,单纯硬化组 35 例、单纯套扎组 104 例、套扎联合硬化组 27 例,3 组一般临床资料见表 1。

表 1 内痔内镜下不同治疗方法组的一般临床资料

分组	例数	性别 (男/女)	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	痔疮分度(例)		
				I 度	II 度	III 度
单纯硬化组	35	16/19	44.2 $\pm$ 10.6	8	21	6
单纯套扎组	104	49/55	42.4 $\pm$ 12.8	19	61	24
套扎联合硬化组	27	15/12	45.6 $\pm$ 15.0	4	16	7

2. 内镜治疗

(1) 术前准备: 术前行血常规、生化、凝血象、心电图、胸片等检查评估有无手术禁忌,对于无手术禁忌者给予清洁肠道后行常规肠镜检查以排除肠道其他疾病,随后再行内镜下内痔治疗。

(2) 手术器材: 日本 Olympus 公司 GIF-Q260J 胃镜,美国 COOK 套扎器(国械注进 20163225031,型号 MBL-6-F),安特尔一次性穿刺 25 G 注射针(国械注准 20173153024,型号 ATE-ZSZ-23*1800*25*8),透明帽,CO₂ 注气泵,注水泵,注射器 5 mL 若干,三通阀,硬化剂为聚桂醇(国药准字 H20080445,10 mL/支)。

(3) 操作步骤: 患者取左侧卧位,镜下对内痔程度、部位、累及范围等情况进行全面观察和评估。①单纯硬化组: 抽取聚桂醇硬化剂,通过三通阀与抽取空气的注射器相连,硬化剂与空气比例为 1:4,反复推拉 20 次充分混合,制作出均匀细腻的泡沫,采用 25 G 内镜下注射针,正镜戴透明帽进入肛直肠,经由痔核齿状线部由肛侧向口侧进针,药液推注时应平稳且无明显阻力,注射至痔核表面呈现均匀白色为单点硬化治疗终点,单点聚桂醇原液 0.5~1.0 mL,泡沫用量不超过 4 mL,总量应小于 10 mL(泡沫小于 40 mL),注射完毕后保持注射器压力,缓慢将注射针针芯退回,用外鞘管压迫穿刺点 5~10 s 止血,必要时给予多点注射,重复上述操作,冲洗观察无出血,手术结束。②单纯套扎组: 采用 6 连

发套扎器,正镜于肛管齿状线上方距齿状线 0.5~1.5 cm 处进行套扎,根据痔核脱出及出血情况分别行痔核套扎及痔上套扎,将痔表面黏膜及黏膜下组织吸纳入套扎圈,至界面“满堂红”,释放胶圈,每例患者正镜套扎 3~4 环,倒镜根据黏膜及痔核脱出情况采用串联法或三角形加固法追加套扎,共使用胶圈 3~6 环,术后冲洗观察无出血退镜,手术结束。③套扎加硬化组: 对于较大痔核、痔上区域采用单纯套扎组的方法进行套扎治疗,较小痔核、套扎球间隙以及基底部给予聚桂醇泡沫注射治疗,冲洗观察无出血退镜,手术结束。

3. 术后处理及随访: 术后患者可进食流质、半流质,给予润肠剂软化大便。嘱患者平卧休息,避免久坐久站、剧烈活动。口服左氧氟沙星至术后 48 h 预防感染。观察并记录患者术后有无发热、出血、肛周坠胀感、肛周疼痛、尿潴留等不良反应,必要时给予相应对症治疗。无特殊情况患者可在术后 2 d 出院,于术后 3 个月、12 个月门诊随访,复查肠镜。

4. 观察指标: (1) 术后并发症: 主要包括肛门坠胀感,出血(本研究中不包含大便表面少量血丝的少量出血,这种情况是硬化或套扎术后创面愈合必经的过程,纳入的出血并发症标准为术后连续 3 d 以上发生的、单次出血量 >20 mL 的血便),感染,疼痛(疼痛程度采用视觉模拟评分法,即 VAS 评分法,1~3 分为轻度,4~6 分为中度,7~10 分为重度),尿潴留,排便困难。(2) 患者满意度和手术接受程度; (3) 治疗有效率: 治疗有效率=痊愈率+好转率。痊愈指患者治疗后其便血、脱出等临床症状完全消失,其中内痔分度较治疗前下降一个等级及以上,痔核较治疗前缩小 50% 及以上,出血情况较前改善 50% 及以上;好转指经治疗后上述临床症状获得了明显的改善,其中内痔分度较治疗前下降一个等级及以上,痔核较治疗前缩小不足 50%,出血情况较前改善 50% 以下;无效指治疗后达不到上述标准甚至加重。

二、结果

1. 术后并发症: 3 组术后均未出现严重并发症,单纯套扎组和套扎联合硬化组术后肛门疼痛发生率和肛门坠胀感发生率均较高,但一般均可耐受或经简单处理后缓解。具体情况见表 2。

2. 满意度和手术接受程度: 3 组患者满意度均在 90.0% 以上,患者接受程度均在 95.0% 以上,具体结果见表 3。

3. 治疗有效率: 3 组术后 3 个月时的治疗有效率均在 90.0% 以上,术后 12 个月时的治疗有效率均有不同程度下降,具体结果见表 4、图 1~3。

讨论 痔的病因尚未完全阐明,可能与多种因素相关,目前主要有肛垫下移和静脉曲张两种发病学说,其中最为广泛接受的理论是肛垫下移学说。肛垫是人体的正常解剖结构,有助于保持肛门在咳嗽、用力和打喷嚏时的自制作用,此外,在区分液体、固体和气体方面,肛垫也起到关键性作用^[2]。一般认为,肛垫和支撑组织的减弱以及内括约肌的痉挛是痔的主要病因,而不健康的生活方式(如饮酒、辛辣饮食、久坐久行)以及错误的排便习惯会增加患痔的风

表2 内痔内镜下不同治疗方法组的术后并发症发生情况[例(%)]

分组	例数	肛门坠胀感	出血	感染	疼痛				尿潴留	排便困难
					轻度	中度	重度	合计		
单纯硬化组	35	2(5.7)	3(8.6)	5(14.3)	3(8.6)	0(0.0)	0(0.0)	3(8.6)	2(5.7)	5(14.3)
单纯套扎组	104	73(70.2)	10(9.6)	2(1.9)	18(17.3)	15(14.4)	4(3.8)	37(35.6)	11(10.6)	2(1.9)
套扎联合硬化组	27	19(70.4)	1(3.7)	3(11.1)	5(18.5)	2(7.4)	2(7.4)	9(33.3)	4(14.8)	3(11.1)

注:出血定义为术后连续3 d以上发生的、单次出血量>20 mL的血便;疼痛程度采用视觉模拟评分法(VAS评分法),1~3分为轻度,4~6分为中度,7~10分为重度

表3 内痔内镜下不同治疗方法组的患者治疗满意度和接受程度[例(%)]

分组	例数	患者满意度	患者接受程度
单纯硬化组	35	34(97.1)	35(100.0)
单纯套扎组	104	101(97.1)	103(99.0)
套扎联合硬化组	27	25(92.6)	26(96.3)

表4 内痔内镜下不同治疗方法组术后随访时的治疗效果[例(%)]

分组	例数	有效	
		术后3个月	术后12个月
单纯硬化组	35	32(91.4)	26(74.3)
单纯套扎组	104	97(93.3)	92(88.5)
套扎联合硬化组	27	26(96.3)	24(88.9)

险^[3]。大多数痔病症状通过非手术治疗即可缓解,治疗以消除症状为主要目的,症状较重影响生活和工作的患者则需要手术治疗。随着临床技术的进步和微创治疗理念的发展,特别是中华医学会消化内镜学分会在2019年10月成立了内痔诊疗协作组后,消化内镜医师逐步开展并规范应用软式内镜进行内痔的微创治疗,包括内镜下痔硬化术、套扎术。

内镜下内痔硬化剂注射治疗是一种有效治疗内痔的方法,在内镜下将硬化剂注入到内痔黏膜下、基底部或痔核,刺激黏膜下层及血管(静脉及小动脉)发生痉挛,导致血管内皮细胞被快速损伤、破坏,之后诱发血小板、纤维蛋白聚集、沉积,促进血栓形成,闭合血管,内痔萎缩;同时,由于硬化剂注射后可以在内痔周围黏膜组织中引起无菌性化学炎症,导致周围黏膜纤维化,通过硬化后的瘢痕形成及挛缩

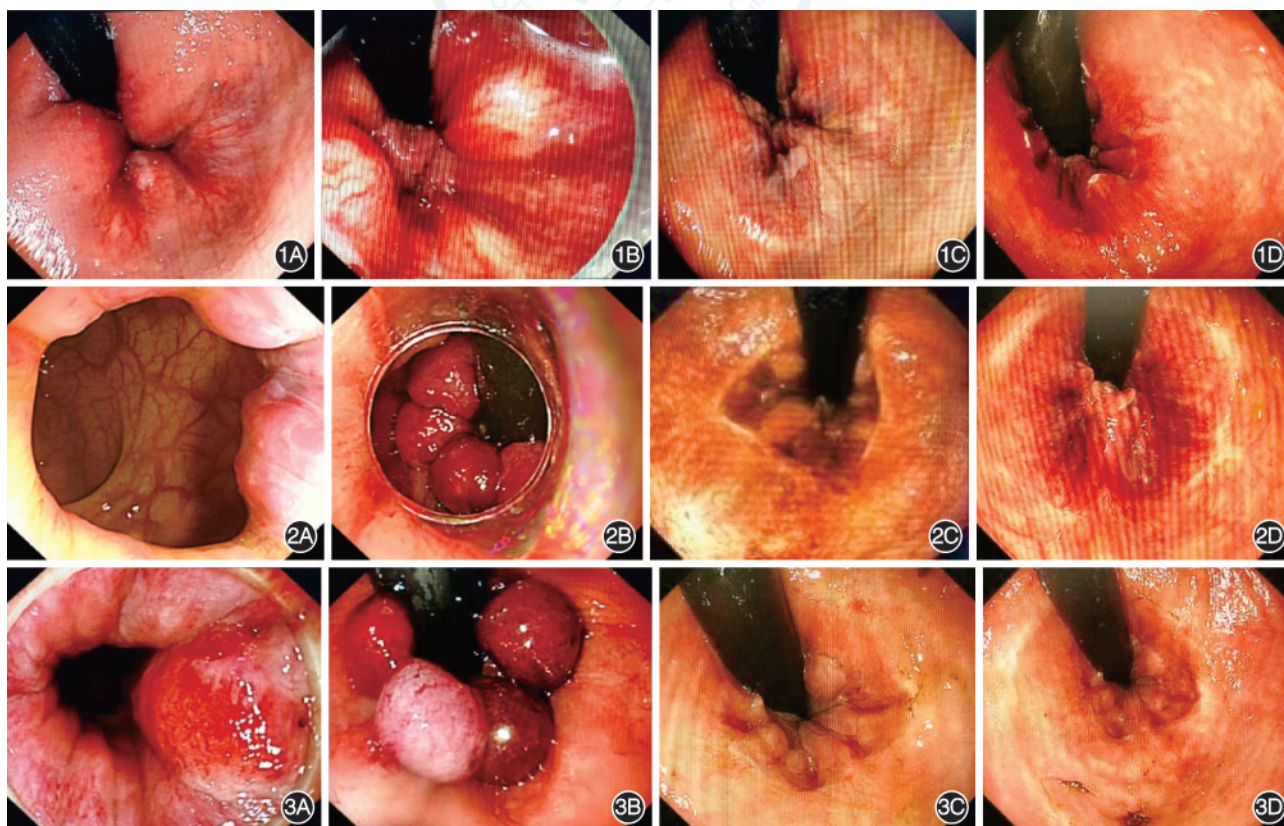


图1 内痔的内镜下单纯硬化治疗 1A:治疗前;1B:泡沫硬化剂注射后;1C:术后3个月复查;1D:术后12个月复查 图2 内痔的内镜下单纯套扎治疗 2A:治疗前;2B:套扎后;2C:术后3个月复查;2D:术后12个月复查 图3 内镜下套扎联合硬化治疗内痔 3A:治疗前;3B:治疗后;3C:术后3个月复查;3D:术后12个月复查

可同时起到明显减少术后再出血和悬吊上提的作用,还纳、固定脱垂的肛管黏膜,改善脱垂症状^[4]。泡沫硬化剂具有用量少、选择性好、黏附性高、致密性好、可视性强、拔针出血少的特点,有效避免了液体硬化剂易被血流冲走或稀释、液体药液与血管壁接触不完全、出现层流现象导致效力下降等缺点,通过快速诱发血管痉挛,增强硬化效果^[5]。清洁型硬化剂聚桂醇对血管内皮选择性高、周围组织损伤小,因此在临床内痔硬化应用时该药品具有显著优势。

痔疮套扎术分为钳夹拉入式和吸引式,内镜下套扎术属于吸引式套扎法,采用内镜操作,正镜结合倒镜,具有术野清晰、操作灵活、定位准确的优点。正镜时我们选择在齿状线上方的适当位置通过负压吸引套扎内痔痔核,阻断内痔的血供,减少痔的充血肥大、缓解血流瘀滞,可使痔核缺血、坏死、萎缩、脱落,达到消除痔体的效果;辅以倒镜,在痔核上方的黏膜与黏膜下层套扎,减少内痔血量、悬吊痔核上方黏膜,可达到痔核减容、复位脱垂痔核及黏膜的效果,随着后期套扎圈脱落,基底部炎症反应、纤维化增生、黏膜挛缩、瘢痕形成,进一步促进黏膜、黏膜下层与浅肌层粘连,将下移的肛垫上提、固定在较高位置,达到复位肛垫的目的,因此套扎可同时治疗出血和脱垂等症^[6-8]。内镜下痔疮套扎术的套扎部位可以选择痔核套扎、痔上黏膜套扎、痔核及痔上黏膜联合套扎,痔核套扎是直接于痔核基底部(距齿状线 0.5~1.0 cm)进行吸套扎,而痔上黏膜套扎是在痔核上方黏膜及黏膜下组织(齿状线上 2.0~3.0 cm)进行的。对于轻度内痔一般采用痔核基底套扎法即可,而对于中度或重度内痔需联合采用痔核基底套扎法和痔上黏膜套扎法,联合套扎的方式多种多样,有串联式套扎法、三角套扎加固法以及双串联式套扎法、三串联式套扎法、错位式套扎法等^[6,9-10]。

内镜下套扎治疗具有痔核断流、减积、悬吊的作用,有效保护肛门的精细感觉功能,充分体现了“超级微创”的治疗理念。但内镜下治疗时我们发现,对母痔区的痔核进行套扎后可能仍有少量痔核残余,尤其是子痔,这往往造成术后迟发性出血,还有部分患者术后早期胶圈脱落,也容易发生术后出血,我们采取将套扎和硬化两种治疗方式有机结合应用于内痔治疗,在胶圈套扎的组织球内或套扎球基底和间隙注射泡沫硬化剂,使套扎组织球明显胀大,通过局部血管的无菌性化学性炎症,不仅有效减少术后胶圈滑脱及脱圈再出血的发生^[11-12],同时闭塞血管减少术后出血的发生^[13]。

通过对术后 3 组治疗方法并发症的分析,我们可以看出,术后 3 组均有一定比例并发症的发生。其中,肛门坠胀感、疼痛、尿潴留以接受套扎治疗(单纯套扎病例以及套扎联合硬化病例)的发生率为高,考虑与套扎术后肛管受器和神经受到的刺激、麻醉对膀胱逼尿肌功能的后继影响、术后会阴部的不适、术后患者床上排便不适及术中补液过多有关^[14]。术后出血方面,3 组方案以接受套扎联合硬化治疗的发生率最低,考虑与在套扎球上或未能套扎的子痔部位

辅硬化剂注射,通过血管内皮炎症闭塞血管腔达到减少术后再出血的发生有关^[12]。3 组治疗病例中,接受硬化治疗(单纯套扎病例以及套扎联合硬化病例)的感染、一过性体温升高的发生率较高,分析与治疗前肠道清洁度、治疗时穿刺针道感染等有关,预防性使用抗生素 24~48 h 有望降低体温升高、菌血症等感染的发生率。关于排便困难的并发症发生方面,本研究显示接受单纯硬化治疗的发生率略高,考虑与局部注射硬化剂弥散,对于肛管黏膜和血管、神经产生刺激,导致局部炎症,腺体分泌黏液减少等有关,因此在治疗时,避免单点注射剂量过大可减少术后排便困难的发生。肛门部位的神经分布以齿线为界限,齿线以上分布植物神经,是手术无痛区,齿线以下为脊神经,痛觉敏感,如果我们在内镜下治疗时,操作位置距离齿线太近,患者容易出现严重的肛门坠胀及疼痛感,因此在内镜下微创治疗时,我们要特别注意保护齿线及其临近肛窦、肛腺等结构,避免术后多种并发症的发生。

通过收集患者手术满意度及接受程度的数据显示,166 例患者对于内镜下内痔治疗的总体满意度和接受程度较高。单纯硬化组术后 3 个月、12 个月的有效率低于单纯套扎组和套扎联合硬化组,原因可能与单纯硬化对于血管无菌性炎症、纤维化、闭合血管效果较好,而对于合并脱垂患者的肛垫复位、黏膜固定效果有限有关,因此对于 II~III 度内痔患者,内镜下微创治疗以套扎为主,可在消除或缩小痔核的同时起到固定脱垂黏膜、复位肛垫的作用^[6]。

通过对内镜下内痔微创治疗 3 种治疗方式术后资料的分析,我们认为,给予 I~III 度内痔患者硬化和(或)套扎的内镜下微创治疗,不仅可以解决患者出血、脱出等症状,同时减轻了患者术中、术后的痛苦,术后并发症少,患者手术满意度和接受程度高,因此内镜下内痔微创治疗技术可成为内痔治疗的新方向,可大大改善患者的就医体验,有利于打造快速康复、超级微创的医疗模式,但同时我们也需看到,内痔内镜下治疗仍有并发症存在,需严格操作规范,避免严重并发症出现。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明 肖梅:直接参与并撰写文章;王慧群、贾勇、郑帮海、许朝、王松直接参与实施研究、临床管理及资料收集;张开光、张明黎、余跃、吴正祥:研究支持

参 考 文 献

- [1] 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): 461-463. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2006.05.039.
- [2] Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids[J]. Surg Clin North Am, 2010,90(1): 17-32, Table of Contents. DOI: 10.1016/j.suc.2009.10.005.
- [3] Yamana T. Japanese Practice Guidelines for Anal Disorders I.

- Hemorrhoids[J]. J Anus Rectum Colon, 2017,1(3):89-99. DOI: 10.23922/jarc.2017-018.
- [4] 孙燕, 李刚, 程海鹤, 等. TST 联合聚桂醇注射液治疗Ⅱ、Ⅲ期内痔及混合痔的临床观察[J]. 山东医药, 2018, 58(29): 78-80. DOI: 10.3969/j.issn.1002-266X.2018.29.024.
- [5] 沈峰, 瞿春莹, 张毅, 等. 肠镜下泡沫硬化剂治疗出血性内痔的疗效评估[J]. 中华消化内镜杂志, 2019, 36(12): 917-922. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2019.12.009.
- [6] 中华医学会消化内镜学分会内痔协作组. 中国消化内镜内痔诊疗指南及操作共识(2021)[J]. 中华消化内镜杂志, 2021, 38(9): 676-687. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20210526-00340.
- [7] 李雪芹. RPH 结合外痔切除治疗中重度混合痔临床效果[J]. 中外医疗, 2015, 34(31): 13-15.
- [8] 耿桂飞, 王绍臣, 徐厚兰, 等. 自动痔疮套扎术治疗中重度混合痔疗效分析[J]. 浙江医学, 2013, 35(12): 1184-1186.
- [9] Wehrmann T, Riphaut A, Feinstein J, et al. Hemorrhoidal elastic band ligation with flexible videoendoscopes: a prospective, randomized comparison with the conventional technique that uses rigid proctoscopes[J]. Gastrointest Endosc, 2004, 60(2): 191-195. DOI: 10.1016/s0016-5107(04)01551-2.
- [10] Cazemier M, Felt-Bersma RJ, Cuesta MA, et al. Elastic band ligation of hemorrhoids: flexible gastroscope or rigid proctoscope? [J]. World J Gastroenterol, 2007, 13(4): 585-587. DOI: 10.3748/wjg.v13.i4.585.
- [11] 张新生, 王平和. 自动痔疮套扎术治疗轻中度痔疮临床应用价值探究[J]. 中外医疗, 2014, 33(20): 80-81.
- [12] 麦显峰. 探讨痔上黏膜环切吻合与自动痔疮套扎、消痔灵注射术用于重度痔患者治疗中的临床效果[J]. 结直肠肛门外科, 2016(s1): 144-146.
- [13] 王津, 梁仁峥, 刘卫民. 五点套扎法联合消痔灵硬化注射治疗内痔的临床研究[J]. 河北医学, 2018, 24(12): 2062-2065.
- [14] 陈诗伟, 郭倩. 痔术后尿潴留的研究概况[J]. 湖北中医药大学学报, 2014, 16(3): 117-120.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

中华医学会系列杂志论文作者署名规范

为尊重作者的署名权,弘扬科学道德和学术诚信精神,中华医学会系列杂志论文作者署名应遵守以下规范。

1. 作者署名: 中华医学会系列杂志论文作者姓名在题名下按序排列,排序应在投稿前由全体作者共同讨论确定,投稿后不应再作改动,确需改动时必须出示单位证明以及所有作者亲笔签名的署名无异议书面证明。

作者应同时具备以下四项条件:(1)参与论文选题和设计,或参与资料分析与解释;(2)起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容;(3)能按编辑部的修改意见进行核修,对学术问题进行解答,并最终同意论文发表;(4)除了对本人的研究贡献负责外,同意对研究工作各方面的诚信问题负责。仅参与获得资金或收集资料者不能列为作者,仅对科研小组进行一般管理者也不宜列为作者。

2. 通信作者: 每篇论文均需确定一位能对该论文全面负责的通信作者。通信作者应在投稿时确定,如在来稿中未特殊标明,则视第一作者为通信作者。集体署名的论文应将对该文负责的关键人物列为通信作者。规范的多中心或多学科临床随机对照研究,如主要责任者确实超过一位的,可酌情增加通信作者。无论包含几位作者,均需标注通信作者,并注明其 Email 地址。

3. 同等贡献作者: 不建议著录同等贡献作者,需确定论文的主要责任者。同一单位同一科室作者不宜著录同等贡献。作者申请著录同等贡献时需提供全部作者的贡献声明,期刊编辑委员会进行核查,必要时可将作者贡献声明刊登在论文结尾处。

爱尔博新一代电外科旗舰产品 高频手术系统 水刀



优势

- ※ 超大10.4寸彩色触摸屏
- ※ stepGUIDE引导设置，操作简便
- ※ 19种电切/凝模式
- ※ 支持无线通信，WLAN功能
- ※ 通用插座接口，支持更广泛的器械连接
- ※ 多处理器技术，支持2500万次/秒数据处理

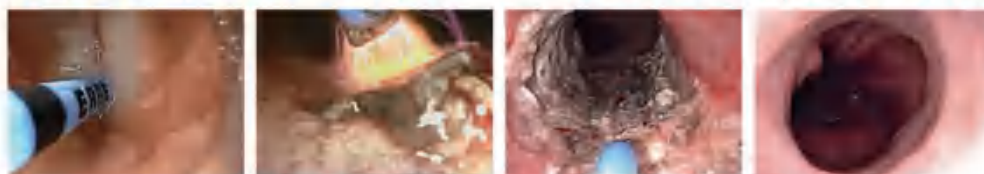
黏膜隆起ESD剥离

一次性使用高频及水刀手柄 Hybridknife (海博刀)



黏膜病变隆起APC消融

水隔离氩气消融导管 HybridAPC (海博APC)



模块化设计理念：
高频手术设备 VIO 3
氩气控制器 APC 3
水刀 ERBEJET 2

禁忌症或注意事项详见说明书

生产企业: Erbe Elektromedizin GmbH 德国爱尔博电子医疗仪器公司

产品注册证号及名称:

- [1] 国械注进 20193010023 (高频手术系统)
 - [2] 国械注进 20173216803 (水刀)
 - [3] 国械注进 20173252475 (水隔离氩气消融导管)
 - [4] 国械注进 20173256650 (一次性使用高频及水刀手柄)
- 沪械广审(文)第220911-08103号

爱尔博(上海)医疗器械有限公司

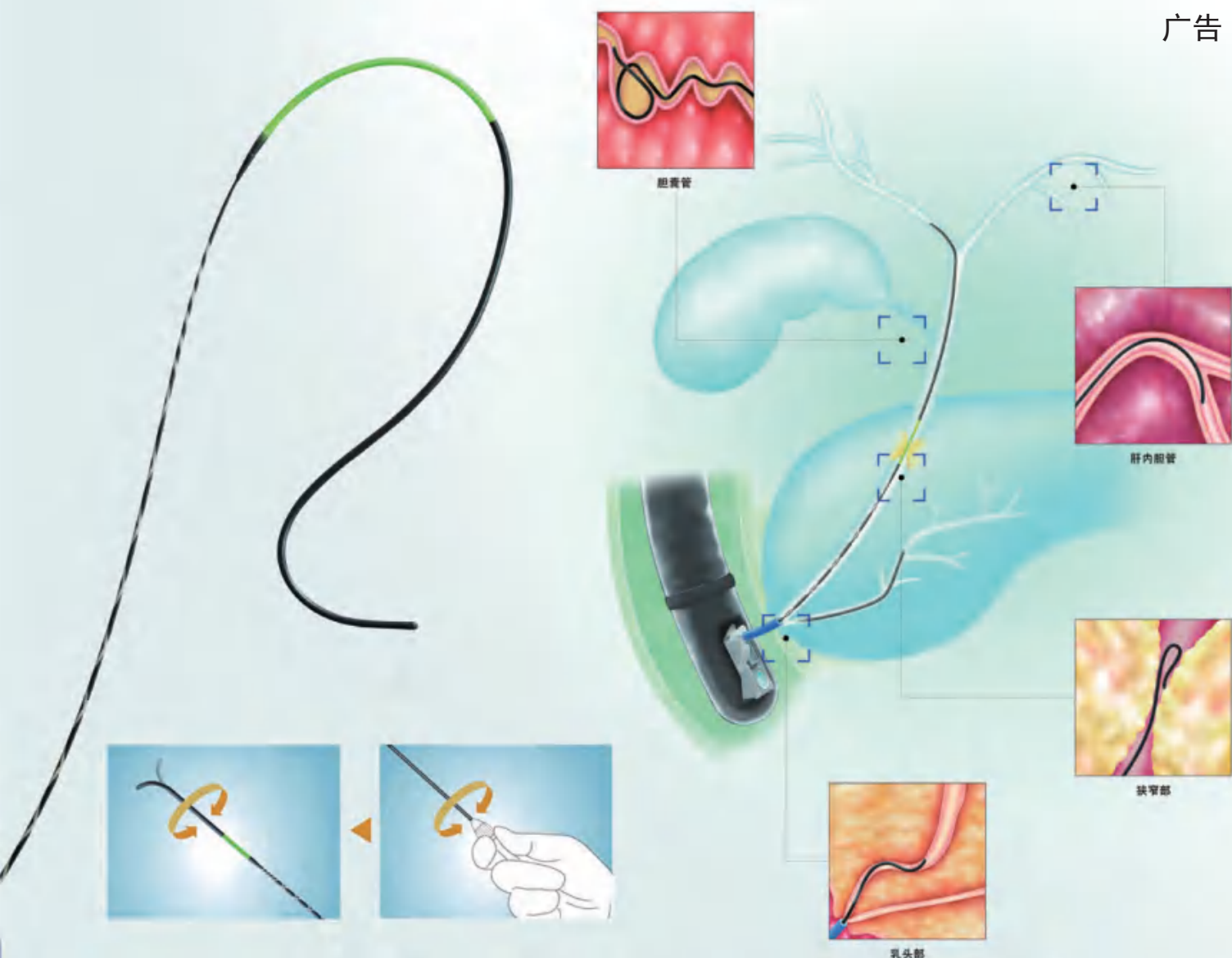
地址: 上海市延安西路2201号上海国际贸易中心3002室 邮编: 200336

电话: 021-62758440

传真: 021-62758874

邮箱: info@erbechina.com

技术服务热线: 400-108-1851



先端柔韧性及狭窄部突破性明显提升。

锥形先端可实现对各弯曲部的灵活插入。

出色的扭转传导性支持胆道狭窄部或弯曲部的精细操作。

一款应用范围广泛的高性能导丝，与奥林巴斯诊疗附件配套使用，用于ERCP*困难病例。

*ERCP：内镜下逆行性胰胆管造影术

一次性导丝 G-260系列

奥林巴斯(北京)销售服务有限公司

北京总部：
北京市朝阳区新源南路1-3号平安国际金融中心A座8层
代表电话：010-58199000

GE092SV V01-2009

本资料仅供医学专业人士阅读。
禁忌内容或注意事项详见说明书。
所有类比均基于本公司产品。特此说明。
规格、设计及附件如有变更，请以产品注册信息为准。
一次性导丝 国械注进20152023806
沪械广审(文)第250603-04454号

OLYMPUS