·指南与共识·

痔芍倍注射疗法临床应用指南(2017版)补充意见
——芍倍注射疗法用于特殊疾病合并痔出血

扫码阅读电子版

中国中西医结合学会大肠肛门疾病专业委员会
通信作者:任东林,Email:rendl111@163.com,电话:020-38254005

【摘要】 特殊疾病合并痔出血是临床上常见疑难病例,手术创伤大、风险高,易增加术后并发症的发生,延长住院时间,甚至危及患者的生命安全。针对这部分患者,通常采取保守治疗或创伤微小的注射疗法。2017年本专业委员会规范化芍倍注射疗法操作流程并制定相应临床指南,仍缺乏特殊疾病合并痔出血指导意见。鉴于此,本指南编写委员会的专家基于目前医学条件,结合多年临床实践,经过反复多次讨论,综合多学科观点,针对凝血功能障碍、高血压、糖尿病、门脉高压、肾功能障碍、免疫缺陷、抗栓治疗等特殊疾病患者,制定相应临床处理策略,主要强调术前基础疾病管理、麻醉方式选择及术中注意事项。

【关键词】 痔出血,特殊疾病; 芍倍注射疗法; 指南
DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2019.07.018

Supplementary clinical guideline for Shaobei injection in hemorrhoid: Shaobei injection for special diseases with hemorrhoid hemorrhage

Professional Committee on Colorectal Anus Diseases, China Society of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine
Corresponding author: Ren Donglin, Email: rendl111@163.com, Tel: 020-38254005

【Abstract】 Special diseases with hemorrhoid hemorrhage are intractable cases in clinical practice. Surgery may result in serious trauma and high risk, such as higher morbidity of postoperative complication, delayed hospital stay, and even death. These patients usually underwent conservative therapy or injection therapy. In 2017, our Professional Committee standardized the procedure of Shaobei injection and established the clinical guideline, but still lacked guidance for special diseases with hemorrhoid hemorrhage. In view of this, based on current medical conditions, combined with years of clinical practice, after repeated discussions, comprehensive multidisciplinary perspectives on patients with special diseases such as coagulopathy, hypertension, diabetes, portal hypertension, renal dysfunction, immunodeficiency, and antithrombotic therapy, the experts of this guideline-writing committee formulate the corresponding clinical management strategies, mainly emphasizing on preoperative management of underlying disease, choice of anesthesia methods, and precautions during surgery.

【Key words】 Hemorrhoid hemorrhage with special diseases; Shaobei injection; Guideline
DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2019.07.018

2017年 中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会制定了《痔芍倍注射疗法临床应用指南(2017版)》,针对芍倍注射疗法的适应证、禁忌证、操作方法和术中并发症的处理进行了规范[1]。临床上一些特殊疾病如血液系统疾病、肝硬化门脉高压症、特殊感染疾病等,当合并严重痔出血时,临床处理十分棘手。如何选择最优治疗方案,既能兼顾基础疾病特殊性、又能保证痔治疗安全有效性,目前亟待解决。而芍倍注射疗法用于此类特殊疾病人群的治疗已取得很好的效果,在此基础上,中国中西医结合学会大肠肛门疾病专业委员会再次组织相关临床研究领域的专家,围绕特殊疾病合并痔出血使用芍倍注射疗法的安全性和有效性进行了深入探讨,形成了《痔芍倍注射疗法临床应用指南(2017版)补充意见——芍倍注射疗法用于特殊疾病合并痔出血》,供同道参考。

一、适应证及其临床策略

1.接受抗栓治疗的患者:各种心脑血管疾病诸如冠心病、心脏搭桥术后、冠脉支架术后、心脏瓣膜置换术及大血管疾病术后等,因治疗需要长期服用阿司匹林、华法林等抗栓药物,而抗栓药物的使用可导致患者出现不易控制的痔出血[2]。如果停止抗栓药物,将对原发病不利,甚至有危及生命的可能性;如果外科手术切除痔,无论是开放创面还是闭合创面,术后会有一定概率的创面出血,一旦出血,处理较困难;且术后排粪时粪便干结或伤口换药时,都有继发出血的可能。此类患者是胶圈套扎法禁忌证,行开放性创伤手术时需要谨慎[3]。芍倍注射疗法直接针对出血灶,短期内即有明显的大血管收缩反应,使痔核组织含血量减少,之后部分血管腔完全闭合,从而止血[4]。芍倍注射液中的芍药苷能促进损伤黏膜的再生而修复黏膜;注射后局部产生硬结少,降低术后排粪对组织产生损伤造成再出血的可能性。

处理策略:国外有使用注射疗法止血而未停止抗栓治疗

的安全性报道[5]。抗栓治疗患者因停药时间不足或基础疾病可能造成麻醉手术高风险。条件许可时,该类患者可以不停用抗栓药,此时推荐首选局部麻醉下芍倍注射疗法,这样可以规避麻醉及手术带来二次创伤。若需要麻醉下治疗,需停用抗栓治疗5~7 d以上后进行注射治疗。

2.凝血功能障碍类疾病患者:先天性凝血障碍如血友病或血管性血友病,先天性血小板病如血小板无力症,获得性凝血因子减少与免疫性血小板减少症等疾病患者,因血小板量或质的异常和凝血障碍。这类患者本身就有出血倾向,如合并痔出血,由于痔的特征而出血量更多、疾病更加凶险。对这种痔出血的各种保守治疗常常难有快速的效果,即使其他部位的出血情况改善,痔出血未必能明显缓解。

处理策略:术前完善相关检查,包括凝血功能检测。必要时输新鲜血或针对性补充凝血因子,使凝血因子Ⅷ(血友病)活性维持在50%左右,以改善患者术前的凝血功能[6]。如果仅仅是芍倍注射治疗,凝血因子Ⅷ活性维持在30%即能保证痔注射的安全性。芍倍注射疗法可减少医源性损伤出血,是较安全、有效的方法,推荐在不麻醉下直接进行注射治疗。

3.高血压患者:高血压患者一般血管脆性增加,血管弹性差,易导致消化道的出血[7]。尤其是高危的患者对麻醉性手术的耐受性差,术中或术后疼痛易加重高血压症状,甚至引发高血压危象或心脑血管病等严重并发症。

处理策略:进入手术室后,血压仍高于180/110 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)的择期手术患者,建议推迟手术;如确有手术需要,患者及家属同意可手术。术前重度以上(>180/110 mmHg)高血压者,不建议在数小时内紧急降压治疗,否则常带来重要靶器官缺血及降压药物的不良反应。原则上对轻、中度高血压(<180/110 mmHg)可进行手术[8]。芍倍注射疗法,因微创和治疗时间短,反射性刺激弱,患者耐受性好,且止血效果可靠,并发症少而受到关注与推荐。行芍倍注射治疗时还需注意对血压和心功能的监测。

4.肾功能障碍患者:肾功能不全者因血管脆性高,血小板质量差,凝血机制失调,易发生各种显性或隐性的出血症状。如合并痔出血,贫血将进一步加重,或间接地加重肾功能不全的程度[9]。因此,对肾功能不全合并痔出血的患者,在处理原发病基础上应积极治疗痔。

处理策略:术前完善肾功能与水电解质等相关检查。一般来说,患者肌酐清除率高达50 ml/min或肌酐低于176.8 μmol/L,手术危险性不大;如果肌酐清除率低于15 ml/min或血肌酐高于530.4 μmol/L,手术时可能发生严重并发症,如出血、内环境紊乱、心肺功能衰竭等[10]。如果血钾浓度超过5.5 mmol/L,择期手术应延迟;血钾浓度超过6.5 mmol/L时,则需紧急处理高血钾问题,以防出现心律失常[10]。芍倍注射液不含铝、钾,不增加肾脏负担,不易引起蓄积中毒和危及生命的高钾血症。因此推荐其作为肾功能障碍合并痔出血患者治疗的首要选择,注射后应常规监测肾功能情况。

5.肝硬化门脉高压患者:痔是肝硬化患者常见的肛门直肠病变。当肝硬化形成门静脉高压症时,痔静脉更易曲张、破裂和出血。由于该病的凝血因子和血小板减少、毛细血管脆性增加以及血中纤维蛋白原减少等特殊原因,其痔出血往往较多。芍倍注射疗法止血迅速有效,患者易耐受,是肝功能障碍患者优选治疗方案之一。

处理策略:完善血常规、凝血功能等检查,结合CT检查,分析是否存在脾功能亢进;若肝功能较差达Child-Pugh 3级,而痔出血严重,则要进行基础、护肝治疗,而后再行芍倍注射疗法治疗。

6.糖尿病患者:2型糖尿病常伴有肥胖,尤其是腹型内脏性肥胖者,常可引发肛垫病理性肥大及下移成为痔。现代研究发现,高血糖状态激活引起血管损伤,导致手术切口愈合速度延缓[11];高血糖为各种感染提供了易感性的共同基础。因此,糖尿病患者痔出血时不易止血,易致感染,药物保守治疗常常效果不佳。

处理策略:术前控制餐前血糖≤7.8 mmol/L,餐后血糖≤10.0 mmol/L。手术风险越高,术前血糖控制达标的重要性越强。若术前血糖长期显著增高者,围手术期血糖不宜下降过快。因此,应当综合评估风险,合理选择手术时机,可适当放宽术前血糖目标上限至空腹≤10 mmol/L,随机或餐后2 h≤12 mmol/L[12]。芍倍注射疗法在高效止血的同时、又兼具抗菌作用。注射前不需要禁食和停用胰岛素。

7.免疫缺陷患者:艾滋病是一类特殊感染性疾病,手术需要十分慎重。《痔临床诊治指南》中指出:免疫缺陷的存在(艾滋病、骨髓抑制等)是硬化剂注射相对禁忌证[13]。芍倍注射疗法基于其止血机制和临床使用经验,是该类患者安全有效的治疗方式。

处理策略:末梢血液中的淋巴细胞CD4可反映患者的免疫状态。当CD4低于0.5×10^8/L时,要预防性应用磺胺甲基异恶唑和抗真菌药物,防治肺孢子菌肺炎和其他真菌感染[14]。如术前证实艾滋病患者,应与专科医师制定更合理的针对原发病的综合治疗措施[15]。

二、术中注意事项

芍倍注射疗法虽然是微创的治疗手段,对合并特殊性疾病的患者有安全、有效的优势。具体注射方法参照《痔芍倍注射疗法临床应用指南(2017版)》,但仍需注意以下六点。

1.麻醉方式:建议采用对心脑血管及全身影响小的麻醉方式,如肛周局部麻醉,并术前预先用局部麻醉膏麻醉肛管和直肠下段;肛管松弛的患者,可以不用肛周局部麻醉,但要用麻醉膏麻醉肛管与直肠下段。

2.注射用针:宜选择5号或更细的注射针,注射后延长局部按压时间,防止注射后针孔出血。

3.注射速度:注射术中操作要力求做到轻、准、巧、慢推药。

4.肛门括约肌松解程度:以容2横指为度,肛门松弛者仅指法扩肛即可。

5.外痔的处理:若未发炎或伴血栓形成,最好不予处理。因为切除外痔后,疼痛剧烈,患者应激耐受能力差,可诱发或加重相关伴随疾病。

6.术中防护:应严格消毒,糖尿病与艾滋病患者一旦感染,不易控制。肝功能异常患者,感染会诱发肝功能不全。

参与本共识撰写和讨论专家(排名姓氏的首字母排序):陈希琳(北京市肛肠医院)、韩振国(山西大医院)、贺平(成都肛肠专科医院)、黄丹丹(中山大学附属第六医院)、贾山(北京市肛肠医院)、金炜(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、刘佃温(河南中医药大学第三附属医院)、彭勇(成都肛肠专科医院)、任东林(中山大学附属第六医院)、戎放(宁波市鄞州人民医院)、荣新奇(湖南省中医药研究院附属医院)、孙化中(山西省肛肠医院)、王永多(重庆三峡中心医院)、王兆铖(苏州大学附属第一医院)、吴汉泉(湖北省中医院)、席作武(河南省中医院/河南中医药大学第二附属医院)、向世良(绵阳市肛肠病医院)、辛学知(山东第一医科大学第一附属医院/山东省千佛山医院)、杨巍(上海中医药大学附属曙光医院)、袁维堂(郑州大学第一附属医院)、赵斌(北京中医药大学厦门医院)、周艳(广西中医药大学第一附属医院仙葫院区)

执笔:任东林

参 考 文 献

[1] 中国中西医结合学会大肠肛门疾病专业委员会.痔芍倍注射疗法临床应用指南(2017版)[J].中华胃肠外科杂志,2017,20(12):1434-1436. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2-017.12.026.

[2] 林汉群,宋奇,闫俊辉.长期服用抗凝药物的患者接受痔切除术的临床研究[J].当代医学,2013,19(10):9. DOI:10.3969/j.issn.1009-4393.2013.10.005.

[3] Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010) [J]. Dis Colon Rectum, 2011,54(9):1059-1064. DOI:10.1097/DCR.06013e318225513d.

[4] 蒋建婷,安阿玥,王晏美,等.安痔注射液及消痔灵应用后的病理观察[J].中日友好医院学报, 2001,15(2): 77-79. DOI:10.3969/j.issn.1001-0025.2001.02.004.

[5] Yano T, Nogaki T, Asano M, et al. Outcomes of case-matched injection sclerotherapy with a new agent for hemorrhoids in patients treated with or without blood thinners[J]. Surg Today, 2013,43(8):854-858. DOI:10.1007/s00595-012-0365-8.

[6] 李春雨,于好,林树森,等.两种手术方式治疗环状混合痔术后肛门功能比较[J].中国肛肠病杂志, 2010,30(7):21-23. DOI:10.3969/j.issn.1000-1174.2010.07.008.

[7] 王瑜.老年高血压患者合并环状混合痔100例改良PPH治疗体会[J].中华高血压杂志,2014,22(2):155.

[8] 《中国高血压防治指南》修订委员会.中国高血压防治指南2018年修订版[J]. 心脑血管病防治, 2019,19(1):1-44. 2014.22(2):155. DOI:10.3969/j.issn.1007-5410.2019.01.002.

[9] 李声硕.慢性肾功能不全合并混合痔便血一例治疗体会[C].中西医结合肛肠病研究新进展, 2000: 561.

[10] 江鱼,安黎明.肾功能不全患者手术前后的处理[J].临床泌尿外科杂志,1989,4(4):231-233. DOI:10. 13201/j.issn.1001-1420.1989.04.022.

[11] 白国民,陆庆革,王爱磊,等.改良痔上黏膜环切术治疗2型糖尿病伴Ⅲ、Ⅳ期内痔临床研究[J].河北中医, 2012, 34(2):314-318. DOI:10.3969/j.issn.1002-2619.2012.02.082.

[12] 中华医学会麻醉学分会.围术期血糖管理专家共识(快捷版)[J]. 临床麻醉学杂志, 2016,32(1):93-95.

[13] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组.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.

[14] 刘保池.艾滋病病毒感染者的围手术期处理[J].中华胃肠外科杂志,2011,14(7):494-495. DOI:10. 3760/cma.j.issn.1671-0274.2011.07.005.

[15] 冯海荣,许莲芝.痔疮合并艾滋病患者的护理管理[J].中外健康文摘, 2013,19(16):258-259. DOI:10.3969/j.issn.1672-5085.2013.16.280.

(收稿日期:2019-04-28)
(本文编辑:卜建红)

·名词解析·

吻合口漏与吻合口瘘

目前,国内“吻合口漏”和“吻合口瘘”两个名词存在混用现象。为规范这两个名词在论文中的使用,本编辑部征求相关的各位专家意见,现达成以下共识。

吻合口漏 对应英文词汇为“anastomotic leakage”或“anastomotic leak”,指吻合口不完整而导致的消化道内容物外漏。“漏”是一种对于病理过程的动态描述,强调物质通过病理状态下形成的异常交通流向其本不该出现的区域,引起或不引起病理改变。从时间上讲,一般吻合口术后早期发生的破裂应称为“漏”。

吻合口瘘 瘘的对应英文词汇为“fistula”,为器官管道与体表皮肤之间、器官管道与器官管道之间的慢性感染性通道,病灶里的分泌物由此流出,一般由瘘口(内口、外口)和瘘管构成。“瘘”是一种对于病理状态的形态的静态描述,强调形态学可见的异常交通,及其导致的病理结局。从时间上讲,吻合口瘘多指消化道漏并发症发生以后的继发事件。

综上,对于消化道内容物通过破裂的吻合口外溢,推荐使用“吻合口漏”。

(本刊编辑部)