不切不缝无需换药,内镜如何治痔疮

效果接近外科手术水平,但并非所有患者都适合

大咖健康课

痔疮是很常见的肛肠疾病,便血、脱出、肛门坠胀这些问题,让不少人难以启齿。很多人一听说传统手术疼、恢复慢,就吓得不敢治,一拖再拖,结果错过了最佳治疗时机。

本期《大咖健康课》专访江苏省中西医结合医院消化科主任医师顾超。他提到,内镜下治疗痔疮为很多患者提供了一种安全的选择,痛苦小,效果也已经接近外科手术水平。不过,并不是所有痔疮患者都适合内镜治疗,还是需要医生评估。

扬子晚报/紫牛新闻记者 **万惠娟**



专家名片

顾超,江苏省中西医结合医院消化科主任医师,从事消化科临床工作近20年,擅长通过中西医结合治疗萎缩性胃炎、功能性胃肠病、肠易激综合征。精通内镜下胃肠道肿瘤、息肉切除,内痔的内镜微创治疗等。

痔疮为何会找上门?久坐久站是重要因素

“痔疮可以说是人类进化带来的‘副产品’。”顾超解释,人类站立行走后,臀部成了重力的最低点,长年累月坐着或站着,肛门处的“缓冲垫”在引力作用下慢慢下移,痔疮就随之而来了。需长时间站立或坐着的人是痔疮的高发群体,此外,便秘也是加重痔疮的重要因素。不少人久坐、缺乏运动,容易便秘,多个因素叠加,自然更容易“中招”。

很多人把便血简单等同于痔疮出血,但顾超提醒,直肠癌离肛门很近,它引起的出血和痔疮出血症状十分相似,仅凭症状无法区分。临床上不少便血患者,最终被确诊为肠道肿瘤。

“现在做痔疮的内镜微创治疗,也是在无痛肠镜下完成的。一次无痛肠镜,既能把肠道肿瘤、息肉等疾病排查清楚,又能顺手把痔疮问题解决。”顾超说,如果不做肠镜,简单的肛门镜只能看到肛门附近的一小段,只能判断有没有痔疮出血,肠道深处的溃疡、肿瘤、息肉则无法发现。

内镜如何治痔疮?两种主流方法各有千秋

“并不是所有痔疮都要手术。出现明显便血、痔核脱出,严重影响日常生活,就可以考虑内镜下治疗。如果肛周瘙痒、排便不尽感等症状持续困扰患者,也可评估后开展治疗。”顾超说。

痔疮的本质是“肛垫下移”。外科手术的思路是把下移的组织切掉一部分,再把“垫子”往上提。内镜治疗则用更微创的方式实现同样的目标。

顾超介绍,目前主流方法有两种:一是套扎,像扎头发一样用橡皮圈把痔疮部位的黏膜吸起、套住,被套住的组织慢慢缺血脱落,局部形成疤痕后把“垫子”往上提拉,整个过程患者基本无明显痛苦;二是注射硬化剂,让曲张的血管和黏膜下组织硬化,通过无菌性炎症形成疤痕,同样可起到提拉作用,对痔疮出血效果尤其好。两种方法可以单独使用,也可以联合进行。

“所有内痔都适合内镜治疗,所有外痔都不适合。”顾超强调,对于混合痔,如果以内痔为主,也可以通过内镜处理。“内镜治疗的效果已接近外科手术水平,痛苦小、可反复做、无需换药是它最大的优势。”

从临床经验和文献数据来看,内镜术后大部分患者痛感轻微。约70%患者几乎没有明显不适,仅短暂出现肛门坠胀、排尿不畅,一两天内即可缓解;25%的患者会有1~2天轻度疼痛;仅5%患者疼痛持续时间稍长、痛感更明显。

术前准备与术后养护这些细节要注意

前不久,63岁的王先生因反复便血到顾超主任门诊就诊。详细询问后得知,王先生有多年内痔病史。顾超告诉他,仍需完善肠镜检查,排除肠道肿瘤引起的出血,并对痔疮情况进行评估。随后,王先生在门诊做了肠镜检查,不仅排除了肠道肿瘤,还发现了结肠多发息肉。之后,他接受了无痛肠镜下肠息肉切除术和内痔泡沫硬化治疗术,术中、术后无任何不适,后期随访王先生也再未出现便血。

另一位患者董先生同样有痔疮的烦恼,平常时有痔疮脱垂、肛门坠胀不适感。这次因结肠息肉住院治疗,得知能在做结肠息肉的同时内镜下解决痔疮问题,他便要求一起治疗。经评估后,顾超在进行肠息肉治疗的同时进行了内痔内镜下套扎术,帮助患者解决了痔疮经常脱垂的烦恼。

顾超介绍,内镜下治疗痔疮,术前准备和普通肠镜一致,需要规范肠道准备。

不少患者疑惑,只做痔疮治疗为什么还要清肠?顾超解释,肠道清洁不仅方便内镜观察,术后直肠局部会有水肿,若肠道残留粪便,排便时会牵拉患处、加重炎症;肠道准备后,待局部炎症消退再排便,更利于创面恢复。

术后养护方面,顾超强调要避免久坐久站,根源还是重力因素,卧床休息、减少肛门部位重力牵拉,最利于恢复。此外,饮食保持清淡,远离辛辣刺激食物,可在医生指导下服用润肠通便药物,同时做好肛门清洁。

前列腺“长”成心形,堵住膀胱出口

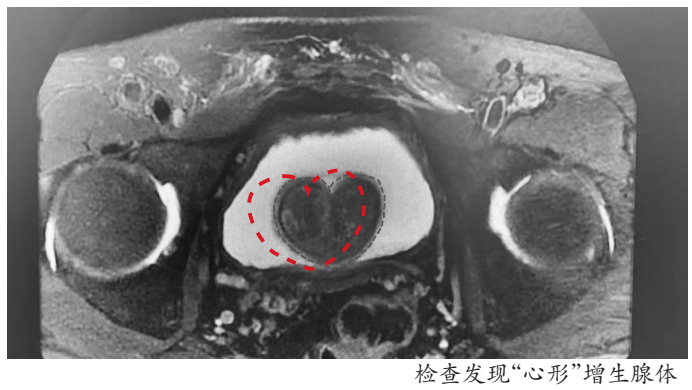
医生提醒:前列腺增生秋冬高发,勿将“起夜多”当成衰老常态

秋季气温降低,不少中老年男性夜尿增多、排尿费力的老毛病又开始加重。很多人把尿频、起夜多当成年纪大的“正常现象”默默忍受,殊不知,这可能是前列腺增生发出的危险信号。近日,江苏省中西医结合医院泌尿外科副主任、主任中医师周翔团队接诊了被“心形”巨大前列腺困扰的王先生。

王先生出现尿频、尿急症状已有2个月,排尿费力、夜间频繁起夜,严重影响了生活和睡眠。入院完善检查后,B超提示前列腺增生,PSA指标升高。磁共振(MRI)显示,增生的前列腺组织向膀胱内突出,其形态在影像上呈现出特殊的“心形”,直接压迫并堵塞了尿道内口。

“这枚‘心形’增生的腺体就像一个巨大的活瓣或塞子,卡在膀胱出口,导致尿道通路严重受阻。”周翔介绍。综合评估王先生的身体条件,周翔团队为他实施了前列腺等离子剜除微创手术。术后配合中西医结合护理,拔除尿管后,患者排尿恢复通畅。

周翔提醒,寒冷刺激会造成盆腔、前列腺充血水肿,秋冬季节是前列腺增生症状加重的高发期,严重时可诱发急性尿潴留(完全排不出尿)。50岁以上男性建议定期进行PSA筛查,有家族史的高危人群建议45岁起筛查。PSA升高不等于前列腺癌,需结合影像综合判断。



检查发现“心形”增生腺体

切勿把夜尿多当成衰老常态硬扛拖延,等到完全排不出尿才就医,此时前列腺可能已出现严重梗阻,甚至损伤肾脏。早评估、早干预,才是保护前列腺的关键。

面对前列腺增生,并非前列腺体积大就一定要手术。临床上主要分为等待观察、药物治疗和手术治疗三种处理方式。

生活中,注意下腹部、会阴部防寒保暖,避免久坐,每1—2小时起身活动,少骑单车;坚持散步、太极拳等适度运动,练习提肛训练;切忌憋尿,保持大便通畅,睡前适当减少饮水。饮食忌酒精、辛辣刺激,少喝浓茶咖啡。

中医将本病归属于“癃闭”,辨证调护有讲究:小便黄赤灼热可多食冬瓜、赤小豆、薏苡仁;夜尿多、畏寒、腰膝酸软可适当食用黑豆、枸杞;会阴坠胀可适量吃藕、山楂。此外,还可以借助艾灸、穴位贴敷、耳穴压豆、火龙罐等中医外治技术,帮助改善排尿不适。

通讯员 **许沈蕊 姚灿安**

扬子晚报/紫牛新闻记者 **万惠娟**

大腿根疼别只当成腰病

股骨头坏死可致残,早筛是关键

46岁的陈强(化名)长期被大腿根部隐痛困扰,起初以为只是久坐引发不适,自行贴膏药、服用止痛药后缓解。随着症状不断加重,疼痛发作愈发频繁,行走出现跛行,他前往镇江江大附院(江滨医院)关节外科就诊,经检查被确诊为左股骨头缺血性坏死,病情已至终末期,最终接受了全髋关节置换手术。

江大附院关节外科副主任医师王晓光介绍,股骨头是股骨上端的球状结构,和髋臼共同构成髋关节,如同人体的“球窝轴承”,支撑行走、下蹲等动作。股骨头供血血管单一,血供十分脆弱,一旦供血中断或者不足,骨组织就会逐步坏死,在身体负重下发生塌陷,且病变过程不可逆。

不少患者容易把腹股沟、臀部、大腿内侧疼痛误认为腰椎问题。王晓光提醒,股骨头坏死的典型信号包括腹股沟深部疼痛、难以完成跷二郎腿、下蹲受限、走路跛行,出现这类症状要及时就诊排查。

股骨头坏死并非老年人专属疾病,高发群体集中在30至50岁中青年男性,致病因素主要分为三类:长期大量饮酒会扰乱脂代谢,是常见诱发因素;长期、大剂量使用糖皮质激素,也可能造成血管栓塞,诱发坏死;股骨颈骨折、髋臼骨折等外伤会直接损伤股骨头血供,属于创伤性诱因,占比约10%—20%。另有约两成患者无法明确发病原因,属于特发性股骨头坏死。

王晓光表示,股骨头坏死不会直接危及生命,但延误诊治有较高致残风险,治疗方案和病情进展程度密切相关。疾病早中期、股骨头尚未塌陷时,可采取保守干预,包括减少负重、拄拐保护、药物调理等方式;一旦发展至终末期,股骨头塌陷变形、疼痛剧烈、活动严重受限,人工髋关节置换是主要治疗手段。

股骨头坏死早期症状隐匿,容易被忽视,等到持续疼痛、步态异常时,大多已经进入中晚期。医生建议,长期饮酒、有髋部外伤史、需要长期服用激素的高危人群,可定期做髋关节核磁共振筛查,做到早发现、早干预,避免髋关节功能遭受不可逆损伤。

通讯员 **孙卉 钱小蔷**

扬子晚报/紫牛新闻记者 **姜天圣**