مجـلەی علمی-تحقیقی حـوزەی علوم
طـبیعی پـوهنتـون کـابـل، ۲ (۳) ۱۳۹۹

د بواسیر ناروغیو اناتومیکی څیړنه

پوهنوال دوکتور اسدالله حامد[۸]
تقریظ‌ورکوونکی: پوهنوال نسرین ستانکزی

لنډیز

بواسـیر د مقعد د سـاحې له مهمو ناروغیو څخه شـمیرل کیږي، چې د مقعد د سـاحې د وریدونو د پاړسـوب په پایله کې رامنځته کیږي. مقعد او کانالیې د اناتومي له نظره له هډوکو، عضـلاتو، کولاجن او الاسـتیکی الیافو او د وینې له مختلفو رګونو څخه جوړ دی. د بوا سیر په رامنځته کیدو کې د عمر زیاتوالی، چاغښت، په میندو کې امیدواري، په تشناب کې د زیات وخت لپاره کیناسل او زور وهل او د مقعد د برخې د رګونو شکیدل مهم رول لري. د بواسیر په تشخیص کې د مقعد د برخې فزیکي معاینات ډیر اړین دي. په ډیری حالاتو کې بواسیر پرته له جراحي څخه د کورني او عادي درملو په واسطه د درملنې وړ ده. د بواسیر څخه د مخنیوي لپاره ځینې ساده تمریناتې کړنلارې شـتون لري، چې ناروغ یې باید په پام کې ونیسي او په ورځني ژوند کې یې پلي کړي.

کلیدی اصطلاحات: د مقعد اناتومي؛ داخلي بواسیر؛ خارجي بواسیر؛ د مقعد وریدونه او انساج؛ د مقعد بندښت

Anatomical Study of Hemorrhoidal Diseases

Associate Prof. Asadullah Hamid

Abstract

Hemorrhoid is a rectal disease that appeared due to venous inflammation. Rectal canal is made of bones, muscles, collagen and elastic fibers and blood vessels. Generally, hemorrhoid is appearing in two ways, internal hemorrhoid and external hemorrhoid. Various factors involves in creation of hemorrhoid such as, age, obesity, pregnancy in women, lack of fibers in diet, inadequate intake of liquid, sitting long time in bowl, anal sex and rupture of the anal veins. Physical examination is very important for the diagnosis of the hemorrhoid. Treatment of the hemorrhoid is often divided between no operative management, office procedures, and surgical management utilizing an operating room. In conclusion, hemorrhoid is a common, complex, and multifaceted entity. There are a variety of no operative and operative treatments that have their own benefits. Each patient should be treated individually based on the type and degree of their symptoms as well as considering their other medical problems.

Keywords**:** Rectal anatomy; Internal hemorrhoid; External hemorrhoid; Rectal vessels; Rectal prolapse

ارجاع

حـامـد، اسـدالـلـه. (۱۳۹۹). د بواسـیر ناروغیو اناتومیکی څیړنه. مجـلەی علمی- تحـقیقی حـوزەی علـوم طـبیعی پوهنتـون کـابل، شماره ۲ (۳)، صص ۷۷ – ۸۶.

---

[۸] استاد پوهنځی علوم وترنری، پوهنتون کابل

سریزه

بواسیر (hemorrhoid) د مقعد د ساحې له مهمو عفونتونو څخه شمیرل کیږي، چې د مقعد د ساحې د وریدونو له پاړسوب څخه منځته راځي. بواسیر د مقعد یوه ناوړه ناروغي ده چې د نړی په کچه ۵۰ سلنه انسانان پرې اخته کیږي. د دغې ناروغی اصلی لامل د ګیډې په لاندینې برخې کې زیات فشار دی چې په پایله کې د مقعد د برخې رګونه (وریدونه) پاړسوب کوي او بواسیر رامنځ ته کیږي. همدا رنګه بواسیر په ښځو کې هغه وخت رامنځ ته کیږي چې د امیدواری په وخت کې په کولمو او مقعد فشار زیات شي، د بدن وزن زیات شي او یا هم د تشناب کولو په وخت کې په مقعد زیات زوز راشي. د عمر په زیاتیدو سره هم بواسیر څرګندیږي. د پنځوس کلنی په موده کې تقریبا د نړی پنځوس سلنه وګړي د بواسیر یوه یا څو نښې تجربه کوي، چې د مقعد له درد، خارښت، وینې بهیدل او د مقعد له څوړندیدو سره یو ځای وي. په دې څیړنه کې به د بواسیر په رامنځته کیدو کې د اناتومیکی رول، د بواسیر لاملونه، د بواسیر علایم، تشخیص او درملنه وڅیړل شي. د بواسیر درملنه ډیره اسانه ده، په بواسیر اخته ناروغان باید لومړی له عادي کورني درملنې څخه استفاده وکړي او که چیرې د بواسیر شدت زیاد شي او د وینې بهیدل ورسره مل وي، نو بیا پکار ده چې ډاکتر ووینې او د بواسیر شدت ته په کتو سره لازم اقدامات وکړي.

د مقعد د کانال اناتومي

مقعد او کانال یې له هډوکو، عضلاتو، کولاجن او الاستیکی الیافو او د وینې له مختلفو رګونو (شریانونو او وریدونو) څخه جوړ دی (۱). تغوط د مقعد حمایوي عضلات کشوي او د مقعد د کانال قطر لویوي، ترڅو غایطه مواد په آسانی سره وځي (۲). د مقعد مخاطي غشا له طولاني کونځو څخه جوړ دی او د مقعد د ستونونو (anal columns) په نامه یادیږي، چې په مخکینی برخه کې له عرضاني ګونځو سره یو ځای کیږي او د مقعد والفونه (anal valves) جوړوي (۳). د مقعد په ساحه کې د مقعد د ستونونو او والفونو ترمنځ ځینې واړه سوري (anal sinuses) لیدل کیږي چې میوکس تولیدوی. د مقعد د کانال خارجي سفنکتر د مقعد د کانال د لاندینی برخې ۳/۱ جوړي او له اسکلیتي عضلاتو څخه جوړ دی، چې د مقعد کانال د وازیدو او بندیدو دنده په غاړه لري. دغه سفنکتر د پودینتال عصب (pudendal nerve) پواسطه کنترلیږي او ارادي دی (۴). د مقعد د کانال داخلي سفنکتر د مقعد د کانال د پورتني برخې ۳/۲ جوړوي او د غیرارادي حلقوی نرمو عضلاتو څخه جوړ دی او د انتریک عصبی سیستم (enteric nervous system) پواسطه کنترلیږي. د دغه سفنکتر دنده د مقعد د کانال د فشار کمول دي (۵).

د بواسیر ډولونه

بواسیر په عمومي توګه په دوه ډوله رامنځته کیږي:

۱. داخلي بواسیر

داخلی بوا سیر (internal hemorrhoid) هغه ډول دی چې د مقعد د داخل په لاندینۍ برخه کې رامنځ ته کیږي. دغه ډول بواسیر د هستولوژی له نظره اپتلیوم یې سطحی استوانه یی جوړښت لري. په داخلي بوا سیر کې معمولا درد ډیر نه احـسا سیږي، آن تر دې چې د وینې بهیدل هم ورسره وي. په دې ډول بواسـیر کې شـاید روښـانه سره وینه د تشـناب په کاغذ یا کمود کې ولیدل شي (٦). که چیرې داخلي بواسیر پرمختګ وکړي، نو شاید د مقعد د برخې بندیدل او شدید درد احساس شي او ډیرې ستونزې رامنځ ته کړي. کله چې بواسـیر د یوې کتلې په شـکل ځوړند شي، نو په دې وخت کې میوکس او د غایطه موادو وړې ټوټې ځان ته کشوی، چې حجم یې لویږي او د خارښت سبب کیږي او د مقعد د ساحې زیات خارښت ستونزه نوره هم ډیروي (۷). داخلي بوا سیر د شدت له اړخه په دوه ډوله دی. لومړی درجه بواســیر: په دې ډول بواســیر کې رګونه لویږي او په زوړند حالت کې لیدل کیږي، خو هیڅکلــه له مقــعد څخه بیرون ته نه‌وځي او د پیژندلــو او تشــخیص یواځینی نښه‌یې د وینې بهیدل دي. دوهم درجه بواســیر: په‌دې ډول بواســیر کې هم رګونه لویږي او هم په زوړند حالت کې لیدل کیږي، خو د غایطـــه موادو د دفعې په وخت کې له مقـــعد څخه بیرون‌ته وځي او بیرته په‌خپل سر داخل ته ننوځي (۸).

۲. خارجي بواسیر

خارجي بواسـیر (external hemorrhoid) هغه ډول دی، چې د مقعد په سـاحه کې د جلد لاندې وده کوي. خارجي بواسیر ډیر خطرناکه دی، ځکه چې د بواسیر د ساحې جلد خارښت کوي او د وریدونو د پړسوب په نتیجه کې بیرون راوځي او په ځوړند شکل لیدل کیږي. که چیری په خارجي بوا سیر کې د مقعد په داخل کې د وینې ټوټې رامنځ‌ته شي، نو درد ډیر زیاتیږي او د اندیښنې وړ ګرځي. او شاید د مقعد په شاوخوا کې یوه کتله احساس یا ولیدل شي (۹).

د بواسیر لاملونه

د بواســیر په رامنځ ته کیدو کې ډیر زیات فکتورونه رول لري چې مهم یې مزمن اســهالات، د عمر زیاتوالی، چاغښــت، په مینډو کې امیدواري، په غذایي رژیم کې د فایبر کموالی، د اوبو او مایعاتو نه څښل، په تـشناب کې د زیات وخت لپاره کینا سل او زور وهل، لواطت، د غایطه موادو کلکیدل او د مقعد د برخې د رګونو شــکیدل دي (۱). همدارنګه بواســیر له دوامداره قبضــیت، د تشــناب کولو په

وخت کې ډېر فشار، او په تشناب کې له اوږدې نا ستې سره مل وي. او په دغه ټولو پورتنیو حالاتو د وینې بهیدل هم ورسره وي، چې د وریدونو د لویدو سبب گرځي. همدا رنگه د امیدواری په وخت کې هم بواسیر لږ یا ډېر شتون لري او علت یې دا دی چې کله رحم لویږي نو د رکتوم او مقعد په برخو کې فشار لوړیږي او وریدونه لویږي چې په پایله کې د وینې د بهیدو سبب گرځي (۵). وروستی څیړنې ښیي چې په بواسیر د اخته کسانو د مقعد کانال ډېر وخت د استراحت په حال کې وي او د مقعد د کانال هغه نرم عضلات ډېر سختیږي حتې که د تشناب کولو وخت هم نه وي. قبضیت د بوا سیر ستونزه نوره هم ډیروي، ځکه د تشناب کولو په وخت کې د مقعد په کانال فشار زیاتیږي او د بواسیر کتلې د دې باعث گرځې چې د مقعد کانال په سفنکتري عضلاتو فشار راوړي. په پایله کې هغه انساج چې د بوا سیر کتلې حمایت کوي او په خپل ځای کې یې ساتي، ضعیفیږي او د دې باعث کیږي چې د بواسیر کتلې ځوړندې شي او د مقعد بندښت رامنځ ته کړي (۱۰).

د بواسیر علایم

بواسیر ډېر زیات علایم لري چې مهم یې په دې ډول دي: د تشناب کولو په وخت کې د وینې لیدل، د مقعد د ناحیه خارښت، د مقعد د ساحه درد چې ډیری وخت د استنجا او مینځلو په وخت کې احساسیږي، د مقعد د ناحې پاړسوب، د تشناب کولو په وخت کې بې له درده د وینې بهیدل او د بواسیر د غوټې پخپل سر وتل او بیرته ننوتل چې درد ورسره احساسیږي (۴).

د بواسیر تشخیص او پیژندنه

د بواسیر په تشخیص کې د مقعد د برخې فزیکي معاینات ډېر رول لري. په خارجي بواسیر کې د مقعد د ساحې معاینه ډیره اړینه ده، خو د داخلي بواسیر په تشخیص کې د اندوسکوپي معایناتو کارول اړین دي (۱۱). بوا سیر کیدای شي په ډیرې ا سانی سره د تاریخچې په اخیستلو او فزیکي معایناتو په ترسره کولو سره تشخیص شي. خارجي بواسیر عموما ډېر واضح وي او په سترگو لیدل کیږي، په خاصه توگه په هغه وخت کې چې د وینې ټوټې جوړې شي. ډاکتر شاید د مقعد معاینات هم ترسره کړي تر څو په غایطه موادو کې د وینې شتون ثابت کړي (۱۲).

بله د تشخیص لار یې دا ده چې د مقعد کانال د انوسکوپ (Anoscope) الې په واسطه باید معاینه شي، انو سکوپ هغه پلاستیکي تیوب ده چې په مقعد کې داخلیږي او د رو ښنایي په لرلو سره د مقعد مخاطي غشا او انساج ښکاروي. که چیرې د رکتوم په برخه یا غایطه موادو کې مایکرو سکوپیکه وینه

ولیدل شي، نو سیگمویدوسکوپي (sigmoidoscopy) یا کولونوسکوپي (colonoscopy) معاینات هم باید ترسره شي، تر څو د وینې د بهیدو نور لاملونه هم څرګند شي (۱۳).

د بواسیر درملنه

د بواسیر د عادي دردونو د له منځه وړلو لپاره له کورني سنتي تداوی څخه ډیره ګټه اخیستل کیږي. خو که وغواړو چې بواسیر پوره تداوي شي او په مکمله توګه له منځه لاړشي، نو لاندې ټکې باید پهنظر کې ونیول شي:

۱. د فایبري خوړو اضافه کول

کو ښنښ باید وشي چې په ورځنیو خوړو کې فایبر خواړه زیات شي. یا باید فایبري خواړه وخوړل شي او یا هم باید د فایبر سپلیمنټ لکه میتامو سیل (Metamucil)، سیترو سیل (Citrucel) یا فایبر کون (Fiber con) وخوړل شي. د مایعاتو اخیستلو سره سره، فایبرې خواړه غایطه مواد نرموي او په ډیرې اسانی سره وځي او همدا رنګه د بواسیر په کتلو باندې د زیات فشار څخه مخنیوی کوي. ډیر فایبر لرونکې خواړه کوم چې د بواسیر د فشار د کمیدو او درملنې لپاره باید وخوړل شي مهم یې شنه ګلپي، لوبیا او نورحبوبات، غنم او جوغندر او د غنمو سبوس او تازه میوې دي (۴).

د فایبر سپلیمنت د بواسیر د وینې بهیدو، التهاب او د بواسیر د کتلو له لویدو څخه مخنیوی کوي. همدا رنګه کولی شي چې د غایطه موادو د هغو وړو ټوټو څخه مخنیوی وکړي کوم چې د مقعد په خوله کې جوړیږي او د مقعد په مخاطي غشا کې د وریدونو په شاوخوا کې نښلي (۱۴). له اندازې زیات د فایبرونو خوړل ښه نه دي، کیدای شي د ګیډې د باد نیولو او ډیر ګاز د تولید سبب وګرځي. کوښښ باید وشي چې د فایبرو خوړل په کمه اندازه پیل او په تدریجې توګه زیات شي او په ورځ کې باید ۲۰-۳۰ ګرامه فایبري خواړه وخوړل شي. د فایبري خواړو په څنګ کې باید مایعات او میوې هم په مناسبه کچه وخوړل شي (۴).

۲. تمرین

نورماله هوازي تمرین لکه په ورځ کې ۲۰-۳۰ دقیقو چټک قدم وهل کولی شي کولمې تحریک او د بواسیر فشار کم کړي. همدا رنګه کله چې د رفع حاجت یا د تغوط وخت کیږي، نو زر تر زره باید تشناب وشي او حاجت رفع شي (۱۵). ځینې وختونه داسې پیښیږي چې اشخاص د تشناب کولو لپاره یو مناسب او راحت وخت ته انتظار کوي، چې دا عمل د بواسیر په پرمختګ کې مرسته کولی شي، ځکه چې غایطه مواد بیرته شاته ځي او د بیا تشناب کولو په وخت کې فشار زیاتیږي. همدا رنګه د تشناب تللو لپاره هره ورځ یو ځانګړی وخت او مهالویش باید وټاکل شي، د بیلګې په توګه وروسته له

هر خوړو څخه (۴). بله مهمه موضوع دا ده چې په تشناب کې د یو څو دقیقو لپاره کیناسل اړین دي. دا عمل کولی شي تاسو ته د تشناب کولو منظم عادت رامنځ ته کړي (۱٦). ۳

۳. په تودو اوبو کې کیناستل

په بوا سیر اخته کسان باید په تودو اوبو کې دا سې کینې چې کوناتې او ورنونه یې په اوبو کې پټ شي. دا ډول تداوي کولی شي خار ښت او د مقعد د ساحې د سفنکتر عضلاتو پړسوب له منځه یوسي. د دې درملنې لپاره تا سو کولی شئ له درملتونونو څخه هغه وړوکی پلاستیکی تیوبونه کوم چې په کمود کې نصبیږي، ترلاسه کړئ او یا هم کولی شئ په یوه عادي لګن کې تودې اوبه واچوي او د یو څو دقیقو لپاره پکې کینئ (۴). څېړنو ښودلې ده چې په تودو اوبو کې کیناستل باید په ورځ کې دوه یا درې ځله تکرار شي. کو ښښ باید وشي چې په تودو اوبو کې له کینا ستلو ورو سته د مقعد ساحه ښه وچه شي، د دې مقصد لپاره کولی شئ د ویښتانو د وچولو له ماشین څخه استفاده وکړئ (۱۷).

۴. موضعي مرحمونه څخه استفاده

د بواسیر لپاره هغه کریمونه او مرحمونه چې موضعی انستیزي لري د درد د موقتي له منځه وړلو لپاره کارول کیږي. د ویچ هزل (witch hazel) د بوا سیر د درد د له منځه وړلو لپاره ښه مرحم او کریم دي چې هیڅ منفي تاثیرات نه لري. که چیرې د یخ یوه وړه ټوټه د څو دقیقو لپاره د مقعد په ساحه کې کیښودل شي، نو درد او پاړسوب لهمنځه وړي (۴). همدارنګه پهیوه نرمځای کې کیناستل هم کولیشي درد او پاړسوب لهمنځه یوسي او د بواسیر دنوې کتلې له رامنځته کیدو څخه مخنیوی وکړي (۱۸).

۵. د بواسیر د کتلو درملنه

کله چې خارجي بواسیر د وینې کتله جوړه کړي، نو په دې حالت کې درد ډیر شدیده کیږي. بیا هم که درد د زغملو وړ وه او د بوا سیر کتله له دوه ورځو څخه زیاته پاتې شوه، نو کورني درملنه باید پیل شي او د زیات درد او پاړسوب مخه ونیول شي. په دې حالت کې امکان شته چې د بوا سیر کتله د څو ورځو په جریان کې پخپله له منځه لاړه شي. که چیرې د بواسیر کتله تازه وي، نو باید د جراحي په مرسته له منځه یوړل شي (۱۹).

د بواسیر د درملنې کړنلارې

ځینې بواسیرونه په سنتي شکل نشې تداوي کیدای، چې علت یې شاید د علایمو شدت او یا هم داخلي بوا سیر وي، چې په داخلي بوا سیرو کې د بوا سیر کتلې د مقعد د بندیدو سبب ګرځي. د ځینو

ساده بوا سیرونه د درملنې لارې چارې شتون لري چې نسبت سنتې درملنې ته یې درد کم وي او ډیر زر نورمال حالت ته گرځي. دغه درملنې په لاندې ډول دي:

۱. تړل

د امریکا په متحده ایالاتو کې تر ټولو معمولي درملنه دې یوه رابري تسمې پهوا سطه د بوا سیر د کتلې تړل دي، چې په دې کړنلاره کې یو وړوکې رابري تســمه د بواســیر د کتلې په قاعده کې اچول کیږي (۲۰). دا رابري تسمه د دې باعث گرځي چې د بواسیرو د کتلې د قاعدوي برخې نسج ضعیفیه کړي او په پای کې کتله ولویږي او د څو ځله پانســمانونو په اجرا کولو سره جوړیږي (۲۱). دغه کړنلاره په څو مرحلو کې ترسره کیږي چې تقریبا له شپږو نه تر اته میاشتو پورې وخت نیسي تر څو د بواسیر کتلې په بشپړه توگه له منځه لاړې شي (۲۲). دا کړنلاره ځینې ستونزې هم پیدا کوي چې د هغو له جملې څخه د مقعد د ساحې درد، د مقعد د کانال تنگیدل، د وینې بهیدل او د انتانونو مداخله ده (۲۳).

۲. انفرارید

بله معمولي کړنلاره د لیزر او یا انفرارید (laser or infrared) شــعاع‌گانو پهواســطه د ســکلیروتیراپي (sclerotherapy) او کریوســورجیري (cryosurgery) دی (۲۴). د دې کړنلارې عمومې طریقـه د پورتنې کړنلارې (د رابري تسمې په وا سطه تړل) سره یو شان دی. په ټوله کې پورتنی کړنلارې ځینې جانبې عوارض هم لری، چې د درملنې په وخت کې باید له ډاکتر سره مشوره وشي (۲۵).

۳. د جراحي په واسطه د بواسیر د کتلو لرې کول

که چیرې د بواســیرو کتلې ډیرې لویې شي او د مقعد د ســاحې د بندښــت ســبب وگرځي، نو جراحي حتمي ده، په خا صه توگه خارجي بوا سیر او یا هغه داخلي بوا سیر چې د رابری تسمې د درملنې څخه وروسته بیا ټوکیدلی وي (۱۱). په سنتي جراحي کې، د بوا سیر د کتلې په شواوخوا کې یو وړکی شق ویســتل کیږي او بیا وروســته متاثره وریدونه لرې کیږي. د دغې کړنلارې په واســطه تقریبا ۹۵ ســلنه کیسونه تداوي کیږي (۱۹).

۴. سټیپل

بله د درملنې طریقه چې د بواسـیر د کتلو لرې کولو لپاره په کار وړل کیږي سـټپل هیموروېدوپیکسي- (stapled hemorrhoidopexy) دی (۲۳). د دغې کړنلارې په وا سطه د وینې بهیدنه او داخلي بوا سیر تداوي کیږي. په دې کړنلاره کې جراح ډاکتر دې یوه اوســپنیز کلیپر پهواســطه د بواســیر کتله پخپل

نورمال حالت کې کلکه نیسی او د یوې ورځې په جریان کې د بواسیر کتله د قاعــدې له برخې څخه جلا کیږي او لویږي. په دې کړنلاره کې ناروغ ته باید عمومي انستیزي ورکړل شي (۱۲، ۱۹).

پایله

بوا سیر د مقعد د برخې یوه دردونکې ناروغي ده، چې د نړی په ۵۰ سلنه خلکو کې رامنځته کیږي. په ډیری حالاتو کې بواســیر پرته له جراحي څخه د کورني او عادي درملو پهواســطه د درملنې وړ ده. د بوا سیر د تشخیص پهخاطر باید د کولون او مقعد د برخې اندو سکوپي معاینات وشي، ترڅو د کولمو او مقعد د برخې له نورو ناروغیو څخه تفکیک شي. د بواســیر څخه د مخنیوي لپاره ځینې ســاده تمریناتې کړنلارې شتون لري، چې ناروغ یې باید په پام کې ونیسی او په ورځني ژوند کې پلي کړي. له بواسیر څخه د مخنیوي لپاره نظافت، حفظ الصحه او د ورځني غذایي رژیم تنظیم ډیر اړین دي.

منابع

(1) Aigner F, Gruber H. and Conrad F. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease. Int J Colorectal Dis. 2009; 24 (1), pp 105-113.

(2) Goenka MK, Kochhar R, Nagi B. and Mehta SK. Rectosigmoid varices and other mucosal hanges in patients with portal hypertension. Am J. Gastroenterol. 1991; 86 (9), pp 1185-1189.

(3) Fleshma J. and Madoff R. Hemorrhoids. In: Cameron J, ed. Current Surgical Therapy. Philadelphia, PA: Elsevier. 2004; pp 245-252.

(4) Sanchize C. and Chinn BT. Hemorrhoids. Clin Colon Rectal surg. 2011; 24 (1), pp 5-13.

(5) Johansen K, Bardin J and Orloff MJ. Massive bleeding from hemorrhoidal varices in portal hypertension. JAMA. 1980; 244 (18), pp 2084-2085.

(6) Kluiber RM and Wolff BG. Evaluation of anemia caused by hemorrhoidal bleeding. Dis Colon Rectum. 1994; 37 (10), pp 1006–1007.

(7) Rasmussen OO, Larsen KG, Naver L and Christiansen J. Emergency haemorrhoidectomy compared with incision and banding for the treatment of acute strangulated haemorrhoids. A prospective randomised study. Eur J Surg. 1991; 157 (10), pp 613-614.

(8) Ratto C, Donisi L, Parello A, Litta F. and Doglietto GB. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic approach to hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 2010; 53 (5), pp 803-811.

(9) You SY, Kim SH, Chung CS and Lee DK. Open vs. closed hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum. 2005; 48 (1), pp 108-113.

(10) Morandi E, Merlini D, Salvaggio A, Foschi D and Trabucchi E. Prospective study of healing time after hemorrhoidectomy: influence of HIV infection, acquired immunodeficiency syndrome, and anal wound infection. Dis Colon Rectum. 1999; 42 (9), pp 1140-1144.

(11) Ibrahim S, Tsang C, Lee YL, Eu KW and Seow-Choen F. Prospective, randomized trial comparing pain and complications between diathermy and scissors for closed hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum. 1998; 41 (11), pp 1418-1420.

(12) Pescatori M. Stapled hemorrhoidectomy: a word of caution. Int J Colorectal Dis. 2002; 17 (5), pp 362-363.

(13) Saleeby RG, Jr, Rosen L, Stasik JJ, Riether RD, Sheets J and Khubchandani IT. Hemorrhoidectomy during pregnancy: risk or relief? Dis Colon Rectum. 1991; 34 (3), pp 260-261.

(14) Dietrich CS, Hill CC. and Hueman M. Surgical diseases presenting in pregnancy. Surg Clin North Am. 2008; 88 (2), pp 403-419.

(15) Johanson JF and Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. Am J Gastroenterol. 1992; 87 (11), pp1600-1606.

(16) Scaglia M, Delaini GG, Destefano I and Hulte´n L. Injection treatment of hemorrhoids in patients with acquired immunodeficiency syndrome. Dis Colon Rectum. 2001; 44 (3), pp 401-404.

(17) Poon GP, Chu KW and Lau WY. Conventional vs. triple rubber band ligation for hemorrhoids. A prospective, randomized trial. Dis Colon Rectum. 1986 29 (12), pp 836-838.

(18) Bat L, Melzer E, Koler M, Dreznick Z and Shemesh E. Complications of rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 1993; 36 (3), pp 287-290.

(19) Palimento D, Picchio M, Attanasio U, Lombardi A, Bambini C and Renda A. Stapled and open hemorrhoidectomy: randomized controlled trial of early results. World J Surg. 2003; 27 (2), pp 203-207.

(20) Bayer I, Myslovaty B and Picovsky BM. Rubber band ligation of hemorrhoids. Convenient and economic treatment. J Clin Gastroenterol. 1996; 23 (1), pp 50-52.

(21) Conaghan P and Farouk R. Doppler-guided hemorrhoid artery ligation reduces the need for conventional hemorrhoid surgery in patients who fail rubber band ligation treatment. Dis Colon Rectum. 2009; 52 (1), pp 127-130.

(22) Faucheron JL and Gangner Y. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation for the treatment of symptomatic hemorrhoids: early and three-year follow-up results in 100 consecutive patients. Dis Colon Rectum. 2008; 51 (6), pp 945-949.

(23) Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR and Scholefield JH. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized, controlled trials. Dis Colon Rectum. 2004; 47 (11), pp 1837-1845.

(24) Khan S, Pawlak SE and Eggenberger JC. Surgical treatment of hemorrhoids: prospective, randomized trial comparing closed excisional hemorrhoidectomy and the Harmonic Scalpel technique of excisional hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum. 2001; 44 (6), pp 845-849.

(25) Lee HH, Spencer RJ. and Beart RW. Multiple hemorrhoidal bandings in a single session. Dis Colon Rectum. 1994; 37 (1), pp 37-41.