

新编普通外科 与血管外科学

(下)

陈俊卯等◎主编

肛肠外科

第一节 内痔

内痔位于齿线以上，由于静脉丛屈曲、扩张所致。内痔好发于任何年龄，随年龄增长，发病率逐渐上升。大量男性和女性患有内痔，而更多的人则是处于常规查体所发现的一种无症状状态，女性患者多于男性。但由于内痔存在病程长短、病变程度的不同，又分为4度。

I度：便时带血、滴血或喷射状出血，便后出血可自行停止，无痔脱出。

II度：常有便血，排便时有痔脱出，便后可自行还纳。

III度：偶有便血，排便或久站、咳嗽、劳累、负重时痔脱出，需用手还纳。

IV度：偶有便血，痔脱出不能还纳。

一、临床表现

内痔初期症状不明显，无痛苦，有时可有轻微的肛门不适感。临床表现往往随痔核的逐渐增大而明显或加重。常见的临床症状有以下几点：

1. 出血 出血是内痔最常见的症状，往往是患者就诊的主要原因。临床上出血程度有很大不同。轻者仅在排大便时发现大便表面附有少量血液，或仅有手纸上染有血迹；中等者可在排便时见有鲜血自肛门滴出；重者则在大便后或下蹲做排便动作时即有鲜血自肛门部喷出。

少量出血对患者健康无明显影响，反复大量出血，则可引起慢性失血性贫血。

2. 肛门肿物脱出 由于内痔长期存在及体积逐渐增大，在大便时受到粪便的挤压，逐渐与肠壁肌层分离，以至脱出肛外。最初仅在排便时脱出，便后可自行还纳。如果继续发展，则排便时内痔脱出后，必须经手托或长时间卧床休息方可还纳。更为严重的除排便脱出外，即使是下蹲、举重、行走及咳嗽时也可脱出。脱出的痔核，若不及时还纳，易受感染。常因炎症、水肿致使脱出痔核体积增大，以至还纳困难，造成嵌顿。

3. 黏液外溢、瘙痒 由于痔核的长期刺激，使末段直肠黏膜发生慢性炎症，肛腺及黏膜内杯状细胞分泌量增加，轻者仅在大便时有黏液流出；重者黏液随时流出肛外，尤其是内痔脱出时，分泌物更多。患者肛门周围潮湿不洁，局部皮肤长期受到此分泌物刺激而发生湿疹、瘙痒。

4. 疼痛 单纯内痔一般无疼痛，仅有肛门内坠胀感或感大便排出困难。只有当痔核发

生肿胀或痔内有血栓形成时,才会出现肛门部疼痛。一旦痔核脱出不能还纳时,则疼痛加重。当痔核发生嵌顿,坏死时,可有剧烈疼痛。

5. 局部检查 肛门部外观常有黏液性分泌物,单纯内痔患者外观无皮肤隆起。初期内痔在指诊时,一般不易摸到痔核,但在肛门镜等窥镜下,可见齿状线以上有圆形发暗的痔核。晚期内痔由于体积较大,指诊时可在齿状线上方摸到较大柔软无痛性肿物,有时指套上可有血迹带出;因其反复脱出肛门外,致使黏膜变厚,窥镜下见痔核表面粗糙,可见出血点或溃疡面。内痔痔核常见位置有3处,即右前、右后及左正中位(截石位3、7、11点)。在此3处发生的内痔俗称母痔,其余部位发生的内痔称继发性内痔、俗称子痔。继发性内痔无明显规律,齿状线处任何部位都可以发生。

二、诊断与鉴别诊断

根据上述症状、体征和检查,诊断并不困难,有时仅根据症状一项即可作出明确诊断。有时因临床粗心大意,极易误诊,故应与下列疾病相鉴别。

1. 直肠癌 直肠癌早期即有大便不规律,排便不尽感明显。随即出现里急后重,大便稀溏,内挟脓血和黏液,便血紫褐或暗红,血液与大便混杂,如有瘤体脱落可发生大出血。有些患者出现肛门疼痛或剧痛。肛门指检检查,可触及表面粗糙不平,呈菜花样的肿块。肿块与肠壁相连,质硬,活动度差,指套染血。在临床症状不典型的情况下,常规肛门指检是鉴别直肠癌的关键,若发现肿物,可做病理检查以明确诊断。

2. 直肠息肉 肛门指检可触及球状肿物,较硬,有蒂;若系无蒂息肉,在直肠内可触及丛生颗粒,低位有蒂息肉,触及活动度大,便时易脱出肛门外,可伴有便血症状。

3. 肛乳头肥大 肛乳头肥大患者常有肛门不适,疼痛或异物感等。肥大的肛乳头在排便时脱出于肛门外呈灰白色,圆形或三角形,有蒂,一般为头大蒂细,肛门指检时可触及质硬之肿块。

4. 直肠脱垂 肛门局部检查可见肛门口松弛,脱出物长圆而大,有环状沟纹,多呈锥体形,表面附有黏液。

5. 直肠炎 痔与直肠炎二者均有便血症状,容易混淆,如果对炎性肠病的患者进行痔切除术或冷冻治疗,可能引起严重的问题。但只要通过病史及详细检查,根据出血部位,直肠黏膜色泽,有的曾经做过内痔治疗无效,应考虑该病存在。血便多,嘱患者蹲位排便时检查可直接看到内痔是否有出血点,此法有助于排除内痔出血。高位的直肠炎单靠肛门镜检查不足以鉴别,有时需行乙状结肠镜检查。

三、治疗

(一) 西医治疗

西医对内痔的治疗方法主要有保守疗法、注射疗法、扩肛疗法、降温疗法、套扎疗法、手术疗法,以及随着现代科技的发展而出现的冷冻疗法、红外线凝结法、激光疗法等。

1. 保守疗法 无症状的内痔无需治疗。若患者出现便血、脱出或由此而导致的肛门瘙痒,则需要进行治疗。内痔初期或Ⅰ期内痔,可采用润肠通便药物,或嘱患者多食含纤维素的食物,如蔬菜、水果等,并经常清洗肛门部,或局部使用软膏或栓剂。常用的有安纳素栓、洗必泰痔疮栓、消炎痛栓。对于任何Ⅰ期痔疮,要教会患者如何克服习惯性便秘。若上

述姑息疗法无效，应采取进一步治疗。

2. 注射疗法 目前，欧美的外科医生多采用痔蒂部注射法治疗痔疮。

(1) 适应证：除特殊禁忌证外的所有Ⅰ期内痔患者，注射疗法可完全治愈或解除症状。多数Ⅱ期内痔患者，应慎重考虑使用注射疗法。若痔核较小，疗效较好。痔核越大，越接近Ⅲ期内痔，疗效越差。般来讲，注射疗法不能治愈Ⅲ期内痔的患者。只可以暂时缓解症状。如年老体弱，一般条件差，或因某种原因不能手术的患者，注射疗法可暂时控制便血，或改善部分脱出症状。

(2) 禁忌证：所有外痔或低位内痔表面为皮肤的部位不能注射，所有注射都须经黏膜而不能经皮肤进行。

(3) 注射药物：欧美现多采用5%石炭酸杏仁油注射液。

(4) 注射方法：插入直肠镜检查肛管上部及肛管直肠环的部位；将药液注入痔核上方的肛管直肠环附近，注射药液的剂量视黏膜松弛程度而定，一般为3~5ml。

(5) 并发症：注射区坏死和溃疡；黏膜下脓肿；狭窄。

3. 扩肛疗法

(1) 适应证：主要是大而易脱出，难以复位的痔核。

(2) 禁忌证：老年患者，肛门内压低于正常值者，肛门不全失禁者，痔核合并腹泻或结肠炎症性疾病者，孕妇，曾做内痔注射治疗者。

(3) 治疗方法：手指扩肛可在全麻、骶麻或局麻下进行。取侧卧屈膝位，术者依次将右手示指、左手示指插入，用左手示指向上提，右手示指向下压，之后依次插入左手中指和右手中指。肛管前后位组织脆弱，扩肛时应注意保护，防止损伤。扩肛疗法早期强调全麻下示指扩肛。目前多采用局麻或骶麻下4~6横指为标准，具体扩肛程度根据患者情况。

(4) 并发症：①失禁：为本疗法最严重的并发症。有完全失禁和不完全失禁两种；②血肿形成：偶可见大面积挫伤，伴血肿形成和术后疼痛；③撕裂：撕裂是暴力扩肛的结果。若出现撕裂，可采用抗感染、局部换药治疗；④黏膜脱垂：是因为痔核较大、纵肌被过度伸展所致。若出现黏膜脱垂，可采用结扎、手术等疗法治疗。

4. 降温疗法

(1) 方法：将预先冷却用的圆筒放入电冰箱2小时以上，冷却温度至-20℃或-10℃，取出插入患者肛门内，方法简便。

(2) 适应证：Ⅰ期、Ⅱ期内痔患者。

5. 套扎法 有简易套扎法、血管钳套扎法和器械套扎法三种。器械套扎法又分吸引式套扎法和非吸引式套扎法两种。其中吸引式套扎法因其使用简便，价格低廉，在临床上使用较为广泛。下面简单加以叙述。

(1) 适应证：各期内痔、混合痔内痔部分、直肠黏膜脱垂、直肠息肉。

(2) 禁忌证：内痔嵌顿发炎。

(3) 术前准备：术前排空大小便，脱出痔核应及时还纳。准备好套扎器，并将乳胶圈正确地放置在套扎环上。

(4) 使用方法：侧卧位，肛镜下检查痔核分布情况，决定套扎顺序和个数。一般先套扎小内痔，后套扎大内痔，用洗必泰消毒痔黏膜。在肛镜下，将内痔吸入套扎器内，通过套扎器头上的玻璃窗观察被吸入的内痔是否完全。将胶圈推出，套在内痔的基底部，去除负

压,退出肛门镜。重复上述步骤,套扎其他内痔。术后肛门内入放消炎止痛的栓剂即可。

(5) 注意事项:若胶圈老化,弹力差,则不能起到机械性阻滞血运的作用。应选用未老化的橡胶圈。不能将齿线以下组织套入胶圈内,以免引起剧痛。若胶圈未套扎于痔核的底部,应重新套扎,否则极易复发。一般一次套扎不宜超过两个痔核,否则会产生肛门坠胀疼痛。再次套扎最好间隔7天以上。

(6) 术后护理:术后控制排便24小时;保持大便通畅,必要时可服缓泻药物;肛门局部使用消炎止痛药物3~5天。

6. 结扎法

(1) 适应证:各期内痔及混合痔,尤以Ⅱ、Ⅲ期及纤维型内痔为适宜。

(2) 禁忌证:嵌顿痔,肛门周围有急性炎症者。

(3) 方法:侧卧,肛门局部会阴常规消毒,1%普鲁卡因局部浸润麻醉,肛门松弛后,消毒肠腔。用止血钳夹住内痔的最突出部分,轻轻拉出肛门,再用另一止血钳纵形呈放射状夹于痔核的底部,在此止血钳下黏膜皮肤交界处做一切口,用7号丝线沿此切口结扎,剪去结扎线远端的内痔,注意应留有不小于1cm的痔蒂,以防丝线滑脱,引起出血。亦可在止血钳下“8”字缝扎,同样可起到机械性阻断痔核血液供应的目的。若伴有外痔,可在外痔处做一梭形切口,剥离至齿线上相应部位内痔的底部,再予结扎剪除,外痔处切口开放。处理其他内痔或外痔方法同上。术后对症处理。

7. 冷冻疗法

(1) 适应证:各期内痔、嵌顿痔。

(2) 禁忌证:外痔。

(3) 使用方法:确定痔核部位后,通过直肠镜将冰冻治疗头放于痔核黏膜上,接通液氮后,将治疗头紧贴痔黏膜组织,使之立即冻结成冰球,冰球逐渐向四周扩散。一般治疗大的痔核约需5分钟,冰球直径要超过冰冻头0.5~1cm以上。操作者可根据冰球大小判断其坏死范围。

(4) 存在的主要问题:术后大量浆液性分泌物溢出,需经常坐浴或更换敷料。肛缘残留皮赘。

8. 红外线凝结治疗法 术中患者只有轻度烧灼感。术后除每日坐浴外,不需特殊处理。

9. 激光在痔核中的应用 1977年激光开始应用于治疗痔疮,目前已有多种激光器用于临床。如红宝石激光器、氦氛激光器、二氧化碳激光器、氮分子激光器、氩离子激光器、氪镭激光器等。在治疗方法上,多采用病灶照射法、烧灼法等,使组织凝固,炭化和汽化,或用切割法去除痔核。

(二) 中医治疗

1. 内治法

(1) 风伤肠络

主症:大便带血,滴血或喷射状出血,血色鲜红,或有肛门瘙痒,舌红,苔薄白或薄黄,脉弦数。

治则:清热凉血祛风。

方药:凉血地黄汤加减。细生地10g,当归尾10g,地榆10g,槐角10g,黄连10g,天花粉10g,升麻10g,枳壳10g,黄芩10g,荆芥10g,侧柏炭10g,生甘草6g。每日1剂,水

煎服。

(2) 湿热下注

主症：便血色鲜红，量多，肛内肿物外脱，可自行回缩，肛门灼热，舌红，苔黄腻，脉滑数。

治则：清热除湿，活血化瘀。

方药：五神汤加减。茯苓 10g，金银花 20g，牛膝 10g，车前子 10g，地丁 15g，黄芩 10g，归尾 10g，赤芍 10g，甘草 10g。每日 1 剂，水煎服。

(3) 气滞血瘀

主症：肛内肿物脱出，甚至嵌顿，肛管紧缩，坠胀疼痛，甚至肛缘有血栓，水肿、触痛明显，舌质暗红，苔白或黄，脉弦细涩。

治则：活血化瘀。

方药：活血散瘀汤加减。归尾 10g，赤芍 10g，桃仁 10g，大黄 10g，川芎 10g，丹皮 10g，枳壳 10g，瓜蒌仁 10g，槟榔 10g。每日 1 剂，水煎服，药渣加水熏洗患部。

(4) 脾虚气陷

主症：肛门坠胀，肛内肿物外脱，需手法复位。便血色鲜或淡，可出现贫血，面色少华，头昏神疲，少气懒言，纳少便溏，舌淡胖，边有齿痕，舌苔薄白，脉弱。

法则：温中补虚。方药：黄芪建中汤加减。黄芪 15g，桂枝 10g，白芍 10g，白术 10g，生姜 3 片，大枣 7 枚，陈棕炭 10g，旱莲草 10g，侧柏炭 10g，陈皮 10g，甘草 6g。每日 1 剂，水煎服。

2. 栓剂法 常用的栓剂有。

(1) 消炎止血栓：地榆炭粉 20g，黄柏粉 10g，五倍子粉 10g，仙鹤草面 10g，丁卡因 0.7g，冰片 1.7g，栓剂基质 100g，制成栓剂 70 枚，每日纳入肛内 2~3 个。

功能：止血止痛，消炎消肿。

主治：各期内痔，肛裂出血疼痛，肛窦和肛乳头炎症肿痛及直肠炎。

(2) 复方痔疮栓：地榆粉 20g，黄柏 10g，次没食子酸铋 10g，仙鹤草素 6 片，地卡因 0.7g，冰片 0.7g，栓剂基质 100g。做成肛门栓 70 枚，每晚临睡前纳肛门 1~2 枚。

功能：消炎、止血、止痛。

主治：内痔、肛窦炎、肛裂。

(3) 其他常用的痔疮栓有：洗必泰痔疮栓、消炎痛栓、红霉素栓、马应龙痔疮栓等。均有消炎止痛、止血之功能。

3. 针灸疗法 常用的穴有攒竹、燕口、龈交、白环俞、长强、承山等。主要适用于内痔出血、脱出、肿痛和肛门坠胀不适等症状，具有独到的疗效。

(三) 手术治疗

目前最常用的是胶圈套扎术、硬化剂注射术、吻合器直肠黏膜环切术（PPH）、内痔手术切除法等。

1. 胶圈套扎法 内痔胶圈套扎法是由祖国医学文献记载的方法发展而来的。祖国医学古籍，如《外科正宗》《太平圣惠方》等就有用结扎方法治疗痔疮的记载。本方法主要利用橡胶皮圈较强的弹性，通过器械紧扎于内痔基底部，阻断其血液循环，人为的使内痔发生机械性绞窄，从而因缺血、坏死而脱落，以达到治疗的目的。

(1) 适应证：适用于单纯的Ⅱ、Ⅲ度内痔，尤其适用于已纤维化的较大而又孤立的内痔。

(2) 禁忌证：①糖尿病患者；②血液病患者；③门脉高压症患者；④内痔伴有直肠炎，肛周感染等应待其治愈后再行套扎治疗；⑤服用抗凝药的患者，如阿司匹林、波利维等。

(3) 术前准备：套扎前的准备：套扎前嘱患者排尽大便，便秘者可用温水 500ml 加液状石蜡 50ml 灌肠 1 次。

套扎器使用前应高压灭菌，但橡皮圈不宜高温消毒，以免变质不能使用，可将其浸泡于 0.1% 苯扎溴铵溶液或 75% 乙醇溶液中，经过 25min 即可使用。如无套扎器时，可用两把无齿直钳代替。

(4) 操作方法：患者侧卧位，肛门内插入喇叭状肛门镜，将内痔核充分暴露，用 0.1% 苯扎溴铵棉球或碘仿棉球，充分消毒直肠下段及痔核表面黏膜。将套扎器通过肛门镜套在痔核上，轻扣扳手，将套扎器内产生负压，吸紧痔核，进一步扣动扳手，将橡皮胶圈推出，套住内痔的基底部。根据患者具体情况，每次最多可套扎 3 个痔核。

如无套扎器，可用两把直血管钳代替。方法是：将胶圈套在一把直钳根部，用该直钳夹住内痔核的基底部，用另一直钳穿入胶圈，扩张拉长胶圈，跨过痔核顶端，套扎于内痔的基底部，然后去除两把钳。

(5) 术后处理：套扎后控制排便 24h，避免剧烈活动，套扎治疗期间保持大便通畅。

(6) 注意事项：①在套扎痔核脱落时，局部可遗留一创面，在此期间应避免局部机械检查，防止大便干燥，以免造成继发出血；②女性直肠前壁痔套扎或贯穿缝扎时，一定要注意直肠阴道壁，过度牵拉套扎和缝扎，愈后易造成直肠阴道瘘。

(7) 并发症：直肠轻度不适感与充盈感可能会存在数日，但症状多较缓和，一般可通过坐浴与止痛药缓解。另外我们发现还有以下并发症。

1) 迟发性出血：一般多见于胶圈套扎疗法后 1~2 周。

2) 剧烈疼痛：一般可通过坐浴与止痛药缓解，如不行应考虑其他治疗方法。

3) 外痔血栓形成：血栓形成后，可采用坐浴及大便松软剂治疗，必要时切除血栓。

4) 溃疡形成：胶圈脱落早，一般 2~5d 脱落，形成溃疡。有的溃疡较大，合并肛裂。可采用坐浴及大便松软剂治疗，必要时行肛门内括约肌切开术。

5) 胶圈脱落：多见于第 1 次或第 2 次排便。

6) 败血症：注意术前清洁洗肠；术后肌注破伤风抗毒素；应用抗生素。

2. 硬化剂注射法 作用原理：目前公认的是利用硬化剂在组织中产生无菌性炎症，促进痔组织及其周围组织纤维化，将脱垂的肛垫粘连固定于内括约肌的表面，从而达到止血和防止脱垂的目的。

(1) 适应证：①Ⅰ度内痔，即有便血的非脱出性内痔，可以达到明显止血的目的，效果显著；②Ⅱ、Ⅲ度内痔可以防止或减轻内痔脱垂的症状；③对年老体弱、严重高血压或合并有心、肝、肾等疾病患者可缓解或消除便血或脱出的症状。

(2) 禁忌证：①任何外痔及有内痔并发炎症或血栓、嵌顿的；②有炎症表现的内痔，如痔黏膜溃疡形成或坏疽、糜烂的内痔；③肛门皮赘、肛瘘、肛裂、肿瘤等；④溃疡性结肠炎、克罗恩病等。

(3) 注射前准备

1) 注射前,向患者说明本疗法操作特点,解除患者的思想顾虑,安定患者情绪,同时嘱患者在治疗期间忌食辛辣等刺激性食物,取得患者合作。

2) 对于个别精神紧张的患者,可在注射前1d晚上服用镇静药物。

3) 应了解患者既往出血性疾病及重型高血压史,以防注射后发生渗血不止的现象。

4) 注射前嘱患者排净大便,便秘患者,可在注射前清洁灌肠,以防注射后过早排便,引起痔核脱出、感染、水肿、嵌顿、坏死及诱发大出血。

5) 对于急性肠炎的患者应先积极治疗肠炎,控制肠道炎症,减少排便次数。

6) 药物及器械准备:①消痔灵1支(每支10ml),消痔栓或消炎止痛膏适量;②液状石蜡棉球数个,0.1%苯扎溴铵棉球或碘仿棉球,生理盐水棉球,灭菌干棉球适量,敷料2块;③5ml或10ml注射器1具,6~7号长针头2个,肛门镜1具,弯盘2个,长镊子2把。

(4) 用量及操作方法

1) 用量:成人每千克体重0.2~0.5ml,小儿用量酌减。

2) 操作方法:取5ml注射器,选用6~7号长针头,抽消痔灵及利多卡因按1:1备用。患者取侧卧位,肛门镜外涂液状石蜡置于肛门内,充分显露内痔。先用生理盐水棉球清洗痔核表面,再用0.1%苯扎溴铵棉球或碘仿棉球对下段直肠及痔核表面黏膜反复进行消毒。注射时,从痔核最高点进针达中心部位,回抽无回血,即可注药,使药液均匀地分布在痔核内,要严防药液注入过深或过浅。然后再将针刺入痔核基底部及痔核稍上方,注入少量药液,以阻断痔动脉的血液供应。注射的药量,视痔核大小而定,每个痔核可注射1.5~2.0ml,1次注射2~3个痔核。退针后,注射部位如有渗血,可用于棉球轻轻按压止血。注射完毕,肛内放置消炎止痛膏棉球1个或消痔栓1枚。

(5) 注射后处理:注射后嘱患者控制大便24h,以后每日大便后用消炎止痛膏换药1次;或将消痔栓交予患者,嘱其每日大便后自行塞入肛门1枚;连续换药3~4d。注射后第3~5天做肛门镜检查,了解注射后痔核萎缩情况,如果痔核萎缩不满意或有遗漏,同时再做第2次补充注射治疗。

(6) 注射后的并发症及其处理

1) 下坠感:多在注射后2h内出现,这些都是药物刺激而出现的一种正常反应,一般不需处理,4~6h后即可自行消失。

2) 水肿:多是由于药液注射过浅,或是注射后患者活动过多,受到强烈摩擦而引起的,可用花椒、食盐水坐浴(花椒15g,食盐30g,加水3000ml煮沸,待水温降至适宜坐浴,每日2次),或用消水肿膏塞入肛门,每日1次,直至水肿消除为止。

对于因水肿而脱出的痔核,可将脱出的痔核复位,局部可涂以消水肿膏,每日1次。

3) 尿潴留:由于药物的局部刺激作用,影响到了支配膀胱括约肌的神经支配,反射性地引起膀胱括约肌发生痉挛,从而导致尿潴留;或者由于患者惧怕疼痛,不敢增加腹压逼尿,也可以出现尿潴留,尤其是在6点或12点部位的痔核注射后较容易发生。这种反应一般在3~6h可以自行缓解。如不缓解,可行下腹部热敷,并配合针刺三阴交穴,强刺激不留针处理后,都能解除。

4) 疼痛:多因注射部位太靠近齿状线而引起。疼痛较剧烈者,可酌情给予止痛药物来对症处理。

5) 出血: 注射退针后, 有时针眼处可有少量出血, 多为针尖刺破小血管造成, 用干棉球轻轻按压片刻即可止血。注射 3d 以后发生的出血, 多因注射技术不熟练, 或某一痔核注射过量药物, 导致痔核坏死、脱落而造成。对于少量出血, 一般经再次在出血点旁注射消痔灵及利多卡因按 1 : 1 的 2.5ml 后即可达到止血目的。

6) 发热: 注射后 12h 内出现的发热, 可能为患者对某种药物过敏而引起的变态反应性发热, 酌情口服脱敏药即可缓解。注射 1d 后出现的发热, 多由于药液误注入前列腺引起急性前列腺炎, 或注射后换药不及时而引起继发感染所致。治疗以抗炎为主, 给予广谱抗生素, 必要时可静脉滴注, 配合加减三黄汤保留灌肠。

3. 吻合器直肠黏膜环切术 (PPH) PPH 环形切除直肠下端 2~3cm 黏膜和黏膜下组织, 恢复直肠下端正常解剖结构, 即肛垫回位。同时, 黏膜下组织的切除, 阻断痔上动脉对痔区的血液供应, 术后痔体萎缩, 也被认为是 PPH 治疗痔的机制。因为 PPH 仅切除直肠下端黏膜和黏膜下组织, 在感觉神经丰富的肛管和肛周不留切口, 理论上减轻术后疼痛。因为吻合口位于肛管直肠环以上, 括约肌损伤的机会相对减少。

(1) 适应证: ①直肠黏膜脱垂、直肠黏膜内套叠; ②Ⅲ度、Ⅳ度内痔, 特别是脱出呈环状、伴有黏膜外翻和黏膜脱垂的患者; ③进展期的Ⅱ度内痔: Ⅱ度内痔以便后痔块自行回纳为特点。

(2) 禁忌证

1) 直肠壁全层的脱垂被视为 PPH 绝对禁忌证。

2) 女性直肠阴道隔薄弱时不宜行 PPH 手术, 因为术中荷包缝合或吻合器击发时易损伤阴道壁, 导致直肠阴道瘘, 属于相对禁忌证。

3) 有肛门直肠手术史的患者, 术后瘢痕挛缩, 吻合器置入困难或术后痔回缩受限, 也应谨慎使用吻合器。

4) 脱出物为肛乳头, 反复脱出致脱出物硬化纤维化、脱出物可疑其他病理改变等, 肿物回纳后致患者术后肛门坠胀、异物感。

5) 溃疡性结肠炎、克罗恩病等。

6) 嵌顿痔: 为痔的急症, 以脱出物水肿、剧痛为特点。

(3) 术前准备: 一般术前 1d 采用硫酸镁或聚乙二醇电解质散行肠道准备, 排除肠道内宿便, 使患者手术日和术后第 1 天无成形便通过吻合口。手术日晨起清洁灌肠, 清洁手术野。女性患者还需行阴道冲洗。

(4) 麻醉的选择和体位: 一般采用骶麻, 其操作简便, 安全, 有效, 很大程度上减少术后尿潴留的发生。一般采用截石位或剪刀位。

(5) 手术步骤

1) 探查: 探查中应注意: ①仔细检查直肠、肛管, 排除不能行 PPH 的一切情况, 如肿瘤、溃疡、肥大纤维化的肛乳头等; ②判断内痔的位置、大小、脱出程度, 外痔、单发、环状、皮赘的情况; ③确定齿状线的位置, 预计荷包缝合的高度; ④对于难以回纳的外痔和皮赘, 用纱布尽量回推, 可以初步判断术后回纳的效果, 对于回纳程度差、内痔脱出轻的患者可以放弃 PPH 手术; ⑤探查结束后决定是否行 PPH。

2) 置入扩肛器和肛门镜: 3 把或 4 把无创伤钳向外牵拉肛缘, 润滑扩肛器后旋转进入肛管。前后位正中各固定 1 针。也可以将固定线预先留置在肛缘, 向外牵拉预留线后将肛门

镜置入肛管，系紧预留线固定肛门镜，取出内芯（扩肛器）。肛门括约肌张力高或有肛管狭窄时，可先置入扩肛器，并持续1~2min，一般不需要手法扩肛。

3) 荷包缝合：借助半弧形肛门镜，在3点位置进针，顺时针缝合一圈。荷包缝合是PPH手术的关键，以下问题值得关注。

A. 荷包缝合的位置：齿状线以上至少2cm。＜2cm吻合时易损伤齿状线，导致术后疼痛。在痔脱垂的情况下，齿状线可能发生移位，特别是不均匀脱垂时，齿状线也可能不在同一水平，加上扩肛器挤压，齿状线难以辨认。因此也有人建议在距离肛缘4~6cm处，或距离痔核顶点2cm以上行荷包缝合。

B. 荷包缝合的深度和距离：荷包缝合深及黏膜和黏膜下层。如果太浅，仅缝合黏膜层，影响痔的回纳效果，向下牵拉痔核进入钉仓时易导致黏膜撕脱，导致吻合不全。太深则易致括约肌损伤。荷包缝合应连续，不留间隔。在黏膜皱褶处或缝至10~12点时，对女性患者要特别注意不要缝穿直肠阴道隔全层而导致直肠阴道瘘，缝合后阴道指诊可以确定。

C. 单荷包和双荷包：根据国内外报道，以术者的经验决定。

4) 置入吻合器、击发：旋松吻合器，在荷包缝合线之间将吻合器头端送入直肠。收紧荷包缝合线，将其系于吻合杆上，分别从侧空引出。向下牵拉荷包缝线，打开保险装置，旋紧吻合器至安全刻度，击发，保持击发状态20~30s，逆时针旋松并取出吻合器。检查吻合口是否完整和出血。手术结束后，肛管内留置保护黏膜的栓剂和薄片油纱，以利于术后观察和引流残余血液。术后检查切除标本，黏膜应呈均匀环状，并送病理检查。

(6) 手术中注意事项

1) 吻合前用手指再次检查确保黏膜环完全进入钉仓。

2) 保持“适当”张力牵拉荷包缝合线，并保持吻合器纵轴与直肠方向一致，否则易损伤直肠壁肌层。

3) 在旋紧吻合器时，女性患者还需阴道内触诊，防止直肠阴道隔全层进入钉仓而导致直肠阴道瘘。

4) 击发后吻合口多有渗血，可压迫、灌注生物纤维蛋白胶或局部注射肾上腺素盐水，如有搏动性出血需用0号或1号丝线缝合止血。

5) 吻合不全或痔核回纳不充分时需要补缝或切除痔核。残留孤立皮赘也应切除。

(7) 术后处理：术后预防性应用抗生素1~3d，麻醉恢复后即可下地活动，一般不用控制饮食，但需缓泻1周。患者排便后坐浴，不用换药。如无特殊情况，1周后行肛门指诊。术后处理应注意以下事项。

1) PPH术后疼痛轻微，一般服用非甾体类药物镇痛可以有效地控制术后疼痛，少数情况（多数在出现并发症的时候）需要静脉或肌肉注射哌替啶或吗啡。

2) 控制术中出血的主要方法是减少术中创伤、术后彻底止血、缝合出血点，留置薄片油纱的目的是为了观察术后出血和引流残余血，切勿采用大卷油纱或肛门排气管压迫止血，增加患者疼痛，因为吻合口在肛管直肠环以上，很难达压迫止血的目的。

3) 术后缓泻非常重要，可以减少因用力排便而导致的并发症。一般采用乳果糖类泻剂。

4) 术后麻醉恢复后即可下地活动，一般不控制饮食，但为了减少术后尿潴留的发生，需减少手术中和手术后输液量和输液速度，并限制患者过多饮水。

(8) 并发症: 吻合器痔切除是一种治疗Ⅲ度、Ⅳ度内痔和混合痔的新方法。虽然多数随机临床试验证实 PPH 治疗痔脱垂具有安全、有效的特点, 并且与传统痔切除相比明显减轻术后疼痛, 很快恢复正常生活和工作。但经近 10 年的临床应用, 还是有多家报道一些临床并发症。如继发性出血、直肠狭窄、尿潴留、下腹痛, 甚至严重的腹膜后感染、直肠穿孔等并发症的发生。

1) 吻合口出血: 最常出现于术后 12h 以内, 鲜血外渗容易诊断, 有些患者因鲜血积存于直肠内而仅觉肛门坠胀。术后活动性出血经保守治疗不缓解者需在麻醉下结扎出血点、局部注射肾上腺素盐水或止血纱布压迫。术后渗血或少量排便带血往往不需要特殊处理。

2) 尿潴留: 发生比例各家差异较大, 与术后肛门疼痛和麻醉方式有关。

3) 肛门疼痛和下腹痛: PPH 环状切除直肠下端黏膜, 在感觉神经相对丰富的肛管没有切口, 因此术后疼痛轻, 多数患者术后感觉轻微疼痛。当吻合口接近齿状线或位于齿状线以下时, 会感觉术后剧烈疼痛。但多数患者感觉下腹牵拉痛或坠胀感, 其发生机制尚不明确, 可能与牵拉和吻合口刺激有关。一般无需特殊处理, 术后 1 周逐渐缓解。如有持续性的肛门疼痛、下腹疼痛伴有发热、便秘等症, 应高度怀疑有肛周或腹膜后感染的可能, 肛门指诊和腹部 X 线平片可以协助诊断。

4) 吻合口狭窄: Seow - Choen 报道 8.8% 患者发生吻合口狭窄, 与术后不遵医嘱服食纤维素食品有关。

5) 手术无效: PPH 与外剥内扎手术不同的是手术依靠对痔上方直肠黏膜切除, 将肛垫向上方牵拉, 使肛垫复位。如果荷包缝合部位过高, 尤其是重度痔脱垂患者, 手术可能完全无效, 使术者处于非常尴尬的境地。因此荷包缝合线位置应在齿状线以上 3~4cm 处为宜, 对于脱垂 >3cm 的患者可以通过双荷包缝合, 切除更多的组织, 提高悬吊作用。如果出现痔核回缩不全, 应当追加外剥内扎手术, 避免二次手术。

PPH 术式适应证为直肠黏膜内脱垂, 环状内痔。它存在几点不足: ①费用太昂贵, 不适合乡村等医疗单位推广使用。一般 1 例患者治疗费用为万元左右; ②环状内外混合痔, 只能消除内痔, 对外痔还得切除, 不能一次完成; ③在吻合钉未完整脱落前, 多数患者有肛门下坠感加重, 有的钉子脱落时易出血; ④在直肠黏膜荷包缝合时, 女性患者前壁不慎缝合过深, 易造成直肠阴道瘘。

尽管 PPH 为重度环形脱垂性痔的治疗提供了一种简单、有效、痛苦小的手术方法, 但其只是对原有痔治疗方法的一种补充, 而不是替代。由于其本身的特点, 应当加强手术适应证的合理选择和并发症的预防, 使其达到应有的治疗效果。

4. 内痔缝扎切除术

(1) 适应证: Ⅲ度、Ⅳ度内痔。

(2) 手术步骤: 肛周皮肤肛管常规消毒, 用 0.25% 丁派卡因 (或 1% 普鲁卡因) 于肛管做局部菱形或扇形浸润麻醉; 或常规消毒骶尾部在两骶角连线中点垂直进针进入骶裂孔内, 将 0.25% 丁派卡因 10ml 注入下段骶管内做低位骶管麻醉, 然后进行如下操作。

1) 内痔切除钳下缝合法: 扩肛显露痔核, 碘仿消毒, 用小血管钳钳夹内痔顶部上提, 再用中弯血管钳在齿状线上 0.5cm 处于内痔根部钳夹, 用剪刀剪去中弯血管钳上部钳夹之痔核, 然后用 2-0 肠线在钳下连续贯穿褥式缝合以关闭伤口, 同法处理其他痔核。为预防术后出血, 可在传统母痔 (即 3、7、11 点) 上部即痔上动脉区用肠线缝扎一针深达黏膜

肌层。

2) 内痔切除绕钳缝合法: 扩肛显露痔核, 碘仿消毒, 用小血管钳钳夹内痔顶部上提, 再用中弯血管钳在齿状线上 0.5cm 处于内痔根部钳夹, 用剪刀剪去中弯血管钳上部钳夹之痔核, 然后用 2-0 肠线围绕弯钳连续缝合黏膜, 边退钳边抽紧缝线打结关闭伤口。

以上为单钳连续缝合法。另外尚有双钳连续缝合法、边切边缝法以及全程缝合法。双钳法是在单钳切去钳上痔组织后, 再置一弯钳, 然后进行连续缝合, 肠线绕过双钳, 缝至齿状线处, 松去下钳, 上钳提起缝线, 边退钳, 边逐个收紧缝线, 切勿颠倒顺序, 以免影响紧线, 造成出血。

5. 内痔结扎术

(1) 适应证: Ⅲ度、Ⅳ度内痔。

(2) 手术步骤

1) 单纯结扎法: 在麻醉下常规消毒肛周和肛管, 显露痔核, 于齿状线上痔核高突点用蚊式血管钳钳夹牵拉固定痔核, 用碘仿消毒后, 再用中弯血管钳于痔核底部齿状线上 0.5cm 处钳夹痔核高突部位, 然后用 7 号丝线做单纯结扎。

2) 8 字缝扎法: 在麻醉下常规消毒肛周和肛管, 显露痔核, 于齿状线上 1.5cm 处, 即内痔核上端用组织钳或蚊式血管钳钳夹黏膜上提使下脱痔核复位或向上移位, 再用中弯血管钳于组织钳下部钳夹, 一般选择截石位 3、7、11 点结扎或 3、7、9、11 点结扎。用圆针穿 7 号丝线于中弯血管钳钳夹处上中 1/3 交界处进针做 8 字缝扎。

6. 分段贯穿结扎术

(1) 适应证: Ⅲ度、Ⅳ度内痔。

(2) 手术步骤: 扩张肛管, 常规消毒后将痔核牵出肛管; 以中弯钳自齿状线上约 0.3cm 夹住痔基底, 取长约 50cm 的 10 号丝线, 自线两端各穿一圆针, 将痔核于钳下分段贯穿 2 针, 结扎 3 段。

7. 内括约肌部分切断术

(1) 适应证: 内痔伴肛管静息压增高的患者。

(2) 手术步骤

1) 直尖剪刀皮下切开法: 消毒皮肤肛管黏膜后, 左手示指伸入肛管作指示, 于 5 点位或 7 点位切一个放射状切口或用直尖手术剪刀在距肛缘 1.5cm 处刺入皮下, 然后分离进入内括约肌外侧。

在左手示指引导下, 经内括约肌外侧分离至齿状线, 张开剪刀喙部, 用左手示指将内括约肌下缘推入剪刀喙并剪断, 此时即刻有肛管松解感。

退出手术剪刀, 左手示指在内括约肌切开处能摸到缺损并用力压迫, 此项操作目的有三: ①检查内括约肌切开情况, 如果切开满意, 应能扪及局部缺损; ②凭借示指向外压力, 使未断裂的内括约肌纤维断裂; ③通过 2~3min 的压迫, 以防切口渗血。

退出左手示指, 缝合切口 1 针, 肛管内填塞油纱条, 无菌纱布加压包扎, 以防渗血和水肿。

2) 手术尖刀皮下切开法: 消毒后, 左手示指伸入肛管作指示, 用 4 号手术尖刀在 9 点位括约肌间沟刺入, 刀在内括约肌肉侧面潜行, 进刀的多少根据切开内括约肌的宽度定。

转刀 180°刀刃向内括约肌, 并向外下方用力, 切断内括约肌下缘。

拔出手术刀，在切断内括约肌处用示指尖稍用力向外压迫。退出示指，缝合切口1针，肛管内填塞油纱条，无菌纱布加压包扎，以防渗血和水肿。

3) 内括约肌直视切开法：消毒后，左手示指伸入肛门，摸清括约肌位置后，在7点位距肛缘1cm处放射状切口长余约1cm。用中弯血管钳由切口经括约肌间沟在皮下与内括约肌间向上分离至齿状线。

退血管钳回括约肌间沟，在内括约肌外侧分离至齿状线，向上向内用力，将内括约肌挑出，直视下切断。

缝合切口1~2针，肛管内填塞油纱布，无菌纱布加压包扎。

(张会英)

第二节 外痔

齿状线以下肛周皮肤和皮下结缔组织炎性增生，静脉曲张或血栓淤滞而形成的肿块。临床又有炎性外痔、血栓性外痔、静脉曲张性外痔、结缔组织性外痔之分。其表面被皮肤覆盖，不易出血，其形状大小不规则。

一、临床表现

1. 结缔组织性外痔 此类外痔又称皮赘外痔或赘皮痔，呈黄褐色或黑色，大小形状不等，往往无明显不适感，或只有轻度异物感，或因存在皮赘而难于擦干净肛门而便后有内裤易污的表现。检查时可见肛缘存在散在的或呈环状的、鸡冠状或不规则形状的皮肤赘，表皮皱褶往往也增多、变深，并常常色素增生，触之柔软无疼痛。在女性患者，结缔组织外痔常见于肛门前侧，尤其在经产妇更是如此。肛裂时伴发的结缔组织外痔多位于肛门前正中。

2. 静脉曲张性外痔 静脉曲张性外痔是齿状线以下肛缘处曲张静脉团块。大多无明显自觉不适或伴有轻度的肛门坠胀不适。检查时可见肛门两侧或周围有柔软的或半圆形隆起，且表皮常较松弛，这种隆起可在排便时、久蹲后、久站后出现或变大，而在卧床休息后萎缩变小。无触压痛。

3. 血栓性外痔 血栓性外痔即肛周皮下血肿。好发于肛门两侧，一般只有1个，有时也有2个以上同时发生，甚或多个小血栓同时集合成块。常在用力排便后，在肛门缘皮下忽然起一圆形或近圆形肿块。肿块越大，疼痛越重，并常在排便或活动时加重，重者可妨碍行走，患者坐卧不安。肿块色紫红，稍硬，可移动，位置比较表浅，触痛明显。有时，肿块小者经2~3d后血栓吸收，疼痛减轻，可以自愈。肿块大者则难以吸收，如渗血广泛，皮肤紧张，可以溃烂，血栓排出。偶尔亦有感染化脓者。

4. 炎性外痔 炎性外痔是肛缘皮赘因感染和炎性增生所致。皮赘红肿隆起，痒热灼痛，排便时加重。检查时可见肛门口皮赘或皱襞红肿充血，甚至鲜红发亮，皮肤纹理变浅或消失，触痛较甚，有时伴有少量分泌物。

二、诊断

1. 症状

(1) 疼痛和瘙痒：是外痔的常见症状。患者多主诉肛门一侧肿痛不适，坐卧不安，行

走不便。其原因是排便时肛缘血管破裂，血液外渗压迫肛周神经，引起肛门剧烈疼痛，当渗出血液凝成血块，其液体成分被吸收后，疼痛亦逐渐减轻，而遗留一硬结。若渗出血液较多，使覆盖的皮肤发生障碍，产生坏死，血块可穿过坏死区而破溃，使疼痛消失。一般外痔症状多不明显，可偶有瘙痒或解便不净感。只有在炎症时，才出现肛门疼痛。

(2) 肛旁异物感：肛缘突起为外痔的标志。肛缘的不规则突起，使肛缘凹凸不平，产生异物感，且便时不易擦净，污染内裤，影响人们的日常生活。

(3) 大便困难：患者肛门疼痛畏惧排便时，尽量延长排便间隔，造成排便习惯紊乱，粪便干硬，增加了排便困难，加重肛门疼痛，形成恶性循环。

2. 检查

(1) 局部视诊：一般采用侧卧位，观察肛门及其附近的外形、颜色等。结缔组织型外痔形状多不规则，大小不等，数量亦不多，颜色与正常组织相同；炎性外痔可见肛缘突起物红肿或破溃成脓；血栓外痔可见肛缘突起呈青紫色，局部皮肤水肿；静脉曲张性外痔患者下蹲时，肛缘突起物加大，为青紫色团斑（静脉曲张团）。

(2) 局部触诊：结缔组织型外痔触之多无疼痛，为柔软包块；炎性外痔触之疼痛甚，中等软；血栓外痔触之硬，触痛明显，可摸及皮下硬结；静脉曲张外痔触之为柔软团块，团块按压后可消失。

(3) 全身检查：若选择手术为治疗方法，全身检查不可少。应注意评价心、脑、肝、肾、血糖情况、有无药物过敏史，以便确定手术方法和麻醉方法。

3. 诊断提示 各型外痔都生长在肛门周围（下称肛门边缘），表面覆以皮肤，否则不是外痔。肛缘突然出现肿块，局部红高突，剧烈疼痛为血栓外痔；肛内前后发生柔软肉块，不时肿大疼痛为结缔组织外痔；肛门左右两侧发现肉块，大便下努时内压增大，肿块高突，便毕而恢复原状为静脉曲张性外痔；肛缘之肿块或皱折发生红肿热痛者为炎性外痔。

三、鉴别诊断

经久不愈之肛瘘外口，有的也出现高突之肉块，但其部位不在肛门边缘而在肛外，肉块上有小孔流脓水。肛门外还有粉瘤，囊肿和疣，也会发生肿块突起，其部位也都不在肛门边缘上，而且病程和症状也与外痔完全不同。

四、治疗

外痔的治疗，分非手术治疗和手术治疗。非手术治疗的目的是缓解症状、控制感染。对部分患者可达到治愈的目的。手术治疗主要是彻底清除肛门局部病灶。

（一）非手术治疗

1. 预防便秘 便秘为各型外痔发作的诱因之一。因此，预防便秘，可减少各型外痔发作的可能。可多食富含纤维素的食物，或口服缓泻药，如酚酞等。必要时可用开塞露或石蜡油灌肠。

2. 外用药 西医常用的外用药物主要有四类：抗生素软膏，如红霉素软膏、四环素软膏等，可用于炎性外痔或血栓性外痔炎症明显者，具有消炎消肿的作用；止痛剂，如复方鱼肝油软膏、复方鞣酸软膏等，可用于各型外痔而致疼痛者，具有止痛、消肿、收敛的作用；止血剂，如十号止血粉、云南白药、明胶海绵等，用于血栓外痔破溃出血较多或术后止血；酶

制剂,如糜蛋白酶,用于分解坏死组织,促进创面愈合。

3. 熏洗剂 局部熏洗药物可起到消炎消肿、止痛的作用,为炎性外痔、血栓外痔治疗常用方法。临床上常用的有高锰酸钾粉等。

(二) 手术治疗

治疗痔核的目的是:消除因痔核而引起的出血、肿胀、疼痛和脱出,无症状的痔核,不论其大小都不需治疗。所以,对痔疮患者采用手术治疗,术式的选择很重要,因为术式选择不当或错误的手术方法会在某种程度上造成对肛门或肛管的损伤,术式的选择应以最小程度的损伤肛管皮肤、最大程度的清除肛门病灶为原则。

根据病变的类型选择不同术式。

1. 血栓性外痔剥离摘除术

(1) 适应证:①发病急,疼痛剧烈,48h内不见缓解;②保守治疗后仍有剧烈疼痛,肿块仍较硬较大,不易自行吸收消散者;③肿块已经发生破溃、感染。

(2) 具体手术步骤为

1) 在痔核外侧皮内注射0.5%~1%利多卡因注射液,先做皮丘。然后由皮丘将利多卡因注射液2~5ml均匀地注入痔周围的组织中。

2) 以血管钳夹起痔核表面皮肤,切开一个与肛管长轴平行的小切口。

3) 对孤立与周围组织无粘连的血栓,用拇指和示指将血栓向外全部挤出即可。

4) 对有粘连的血栓,提起创缘皮肤,用弯剪刀或蚊式血管钳沿皮肤和血栓之间分离,完整游离血栓。

5) 将血栓取出,切除多余皮肤,用纱布压迫止血。重新消毒创口,缝合切口1~2针。

术后每日或大便后用1:5000高锰酸钾温溶液坐浴,再以油膏纱条嵌塞,外盖纱布块,直至愈合。

(3) 注意事项

1) 分离时勿钳夹栓体,以免包膜破裂。

2) 血栓剥离后余留皮瓣较大时,可切除一部分,以免留下皮赘。

3) 血栓挤出应彻底,不要遗留小血栓。

4) 如果疼痛严重,血栓累及范围不足肛周的一半,可在门诊或急诊室局麻下立即手术切除,不提倡单纯切开排出血栓,因为血栓复发率很高。

2. 结缔组织性外痔切除术

(1) 适应证:①肛周皮赘较大,常有水肿发炎;②多发肛周皮赘,影响局部清洁。

(2) 手术步骤

1) 常规消毒肛周肛管,用1%普鲁卡因或0.25%丁派卡因或长效止痛液做局部浸润麻醉。

2) 用中弯止血钳将欲切除之结缔组织外痔由根部钳夹一会,取下血管钳,再用剪刀顺钳痕剪除外痔,也可顺钳夹血管钳上方将外痔剪除。

3) 观察无出血,创面敷云南白药或生肌散,纱布包扎术毕。

(3) 注意事项

1) 若伤口较宽或有明显出血可缝合固定1~2针。

2) 如果多个外痔切除,应注意保留痔间皮桥,以防肛管狭窄。

3. 结缔组织性外痔切除缝合术

(1) 手术步骤

1) 肛周肛管常规消毒，局部浸润麻醉铺巾。

2) 对于结缔组织性外痔伴静脉曲张者，用血管钳钳夹外痔顶端做放射菱形切口切除皮赘，再用小血管钳将其下曲张静脉丛牵出用剪刀清除干净，然后用小三角针1号丝线全层缝合伤口1~3针，上生肌散，外盖纱布包扎即可。

3) 若为弧形增生的结缔组织性外痔，用血管钳将外痔顶端钳夹固定，由根部平行将其剪除，伤口修剪整齐，再用1号丝线三角针全层缝合，上生肌散纱布包扎术毕。

(2) 注意事项：术中若有多个外痔切除要保留足够皮桥防止肛门狭窄。

4. 结缔组织性外痔锥形剥离切除术

(1) 适应证：①界限明显的结缔组织性外痔；②孤立较小的静脉曲张性外痔。

(2) 手术步骤

1) 常规消毒手术野后，用血管钳提起要切除的痔核，在痔核上1/3与下2/3交界处做梭形切开，切口方向与肛缘平行。

2) 在切口皮下锐性分离至痔核的基底，在基底部切除痔组织。

3) 彻底止血后将切口对合。如果发现保留的皮片过长，可适当修整，直到切口能满意对合为止。然后用无菌纱布覆盖切口胶布固定，丁字带加压包扎。

5. 静脉曲张性外痔剥离切除术

(1) 适应证：单个孤立状静脉曲张性外痔。

(2) 手术步骤

1) 取侧卧位（病侧在下）常规消毒铺巾。

2) 在齿状线下做V形切口，切开皮肤后，用血管钳在两侧皮下做潜行分离，用钳提起曲张静脉团块，用组织剪在皱皮肌浅面剥离出团块并切除之。

3) 两侧皮瓣稍加修平，少许渗血，可盖上明胶海绵压迫止血，或电灼止血，覆盖敷料。

6. 静脉曲张性外痔潜行旁剥缝合术

(1) 适应证：肛缘环状或半环状静脉曲张性外痔。

(2) 手术步骤

1) 取俯卧折刀位，阔胶布牵开臀部，常规消毒铺巾，肛管局部浸润麻醉。

2) 沿曲张静脉外缘做弧形切口至皮下，沿切口向肛管方向潜行剥离曲张的静脉团块并全部剔除，电凝，钳夹后结扎止血。

3) 细丝线间断缝合皮肤皮下组织，如果在摘除曲张静脉丛后皮片过长，应适当修剪多余皮肤后缝合切口。同法处理其他部位的静脉曲张性外痔。

4) 术毕消毒缝合创面，无菌敷料加压包扎。

(3) 注意事项

1) 剔除静脉团时注意勿损伤肛门括约肌。

2) 若同时伴有结缔组织增生，可在剥离切除曲张静脉丛时将多余结缔组织切除。注意设计皮瓣，防止过多损伤皮肤。

7. 炎性外痔切除术

(1) 适应证：①已形成血栓肿痛明显的炎性外痔；②肿痛明显的局限性外痔，炎症消退后会形成明显皮赘者。

(2) 手术步骤

1) 常规消毒肛周肛管皮肤黏膜，根据炎性外痔的病变情况，决定手术切口的部位。一般情况下切口应选在肿胀明显或者已经形成血栓的部位。

2) 钳夹并提起外痔，在痔的基底用剪刀剪一放射状 V 形口，扩大切口，摘除全部血栓，剪除多余痔组织，彻底止血，活跃出血点可以结扎或电凝，渗血用干纱布压迫止血，用同样方法切除其他痔核。

3) 肛缘注射长效麻药，切口用油纱条无菌纱布覆盖，胶布固定，丁字带加压包扎。

(3) 注意事项

1) 炎性外痔疼痛一般均较显著，术后因切除病灶而减轻，为避免疼痛可用长效止痛液做切口周围局部封闭。

2) 若肛周呈环状发炎水肿，可选择痔核高突点明显者进行切除，可缓解其他水肿，或同时做放射状切口减压。

(张会英)

第三节 混合痔

内痔、外痔，由于失治、误治或疾病自然发展，内痔和相应部位的外痔相融合成一体。其中很大一部分患者均以混合痔就医。

混合痔的治疗方法极多，且经常有新的治疗方法报道。归纳起来，可分为非手术治疗和手术治疗两大类。

一、非手术治疗

(1) 栓剂：常用的安纳素栓、洗必泰痔疮栓，具有消炎、止痛、止血作用，多用于混合痔以内痔为主要症状者。

(2) 熏洗剂：常用的有高锰酸钾粉（PP 粉）等。具有消炎止痛作用，可用于混合痔以外痔炎性疼痛为主要症状者。

(3) 外用药物：多用于外痔。

二、手术治疗

目前，临床上最常用的混合痔的术式是外剥内扎术、外剥内扎注射术、环形混合痔整形术、内外痔分离术等。

1. 外剥内扎术

(1) 适应证：混合痔，尤其是较孤立的混合痔或外痔部分较大的混合痔。

(2) 手术步骤

1) 麻醉后用组织钳夹住痔核部位皮肤向外牵拉，显露内痔。在痔核基底部两侧皮肤用小剪刀做 V 形切口，注意只剪开皮肤。不要剪破痔静脉丛。