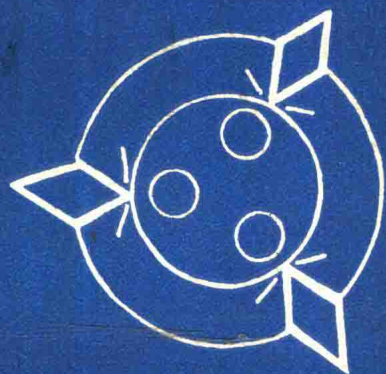


中西医结合治疗痔瘕图谱



陕西省人民医院

中西医结合治疗痔瘕图谱

陕西省人民医院

前 言

肛痿和痔作为一种常见病、多发病，多少年来罹病人数之多，以及给病人所带来的苦恼是举世公认的。术后的疼痛，对一些复杂痔痿的治疗，痔痿手术所造成的后遗症及并发症等仍旧使一部分医护人员几乎一筹莫展。

其实，祖国医学治疗痔痿已有二千余年的历史，并积累了极为丰富的经验。全国广大医护人员遵照毛主席的教导，“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”近几年来在中西医结合治疗痔痿方面取得了很可喜的成果，基本上总结了一系列方法治疗各种痔痿，后遗症很少，经过多年的临床实践，成万病例的观察证明中西医结合治疗痔痿操作简单，病人痛苦少，疗效确实。与单用西医或仅用传统中医方法相比优点很多。1975年、1976年、1977年先后在河北衡水、山西稷山、江苏南京，举行了三次全国性的肛肠外科会议、学习班、鉴定会，对中西医结合治疗痔痿进行了初步的总结、交流、鉴定。可惜这些简单，安全的方法始终未能普及。整理和推广这些行之有效的方法乃是当务之急。

现将我们学习各地的经验，根据我们以前和现在临床所应用治疗痔痿的情况汇编成本书。由于我们实践方面的局限性，认识水平不高，在编排内容、绘图等方面肯定有很多的不足之处，希望读者指出。

陕西省人民医院 外科

1978年2月

目 录

第一章 肛瘘和痔的检查 (2)	
一、体位(图 1)..... (2)	
二、常用的器械(图 2)..... (4)	
三、基本操作(图 3)..... (6)	
四、符号及图表(图 4)..... (8)	
第二章 麻醉法(图 5) (9)	
一、局麻..... (9)	
二、鞍麻..... (9)	
三、腰俞麻醉(即低位骶管麻醉) (9)	
四、全麻..... (10)	
五、针刺麻醉..... (10)	
第三章 肛瘘和痔手术前后处理 (12)	
一、术前处理..... (12)	
二、术后处理..... (12)	
第四章 肛瘘 (14)	
一、病因(图 6)..... (14)	
二、症状..... (16)	
三、局部检查(图 7)..... (16)	
四、肛瘘的图表记录(图 8) (18)	
五、肛瘘的病历表式(表 1、2) (19)	
六、肛瘘的分类..... (21)	
七、鉴别诊断..... (21)	
八、肛瘘和括约肌的关系(图 9~14) (22)	
九、肛瘘的药物治疗..... (30)	
十、肛瘘的手术治疗(图 15) (30)	
切开法(图 16、17)..... (32)	
挂线法(图 18、19)..... (36)	
切开挂线法(图 20)..... (39)	
切除法或切除缝合法(图 21) (42)	
切开缝合引流法(图 22)..... (44)	
保留括约肌手术(图 23)..... (46)	
十一、各种肛瘘的手术治疗适应证(表 3) (46)	
第五章 痔 (48)	
一、应用解剖(图 24, 25)..... (48)	
二、病因..... (52)	
三、症状和鉴别诊断..... (52)	
四、痔的分类..... (53)	
五、痔的病历表式(表 4、5) (54)	
六、痔的药物治疗..... (56)	
七、痔的手术治疗..... (56)	
枯痔疗法(图 26)..... (58)	
结扎疗法(图 27)..... (60)	
结扎明矾注射压榨疗法(图 27) (60)	
环形内痔分段结扎(图 28) (60)	
胶圈套扎疗法(图 29, 30) (62)	
注射疗法(图 31)..... (66)	
内痔注射疗法(图 31) (66)	
母痔基底硬化注射疗法(图 32) (68)	

奎宁—乌拉坦注射结扎疗法 (图 33)	(70)
切除法	(72)
钳夹灼除或钳夹切除 (图 34)	(72)
切除缝合法 (图 35)	(73)
改进切除缝合法 (图 36)	(73)
急性血栓性外痔切除 (图 37)	(76)
外痔切除 (图 38)	(77)
环切术 (图 39)	(78)
改良环切术 (软木塞法)	(80)
环切止血带法 (图 42)	(84)
外剥内扎注射疗法 (图 43, 44)	(86)
冷冻疗法 (图 45)	(90)
扩张疗法 (图 46)	(92)

磁疗 (图 47)	(94)
八、各种痔的治疗适应证 (表 6)	(96)

第六章 肛瘘和痔手术后常见的并

发症及处理

一、尿潴留	(97)
二、出血	(97)
三、疼痛	(98)
四、水肿	(98)
五、便秘	(99)
六、发烧	(99)
七、伤口愈合缓慢	(99)
八、肛门直肠狭窄	(100)
九、肛门失禁	(100)
附录一：常用药物	(101)
附录二：国外关于内痔分类参考	(107)
资料 (表 7)	(107)
附录三：国外关于肛瘘分类参考资料	(108)

编写说明

痔瘕在中医外科中虽占有一定的比重，在一般外科领域内也是一个基础专业，但在大部分外科书籍内仅作为一个章节而被编入，痔瘕专题论著不多或只强调了某种方法，本书的编写主要突出了以下几点：

1. 比较系统和全面地介绍了国内目前所采用的中西医结合治疗肛瘘和痔的各种方法。材料基本上来源于近几年的几次全国性肛肠外科会议。
2. 我们根据自己的临床实践及其它单位的经验，参考文献对每一方法提出了它的优缺点或评价，不一定完全正确。
3. 采用了新的解剖学观点，如对联合纵肌纤维的认识等来解释肛瘘发生多样化的原因，并以此作肛瘘和痔的治疗学根据。
4. 介绍了我国 1975 年全国肛肠外科会议制定的痔和肛瘘的分类方法。
5. 对于冷冻疗法、磁疗是近几年来才应用于临床的方法，本书也已收入。
6. 卫生部在 1976 年曾举办学习班，建议向全国推广的山西省稷山县“母痔基底硬化注射疗法”等经验，方法简单、安全可靠，适用于农村基层，书内也分别进行了推荐。
7. 为使本书通俗易懂，全书多以插图说明。一部分图谱参考其它书籍，一部分图谱系编者自绘。
8. 痔瘕的治疗方法不说药物，仅就手术而言不下数十种，但多大同小异，为了叙述清楚而有条理，我们大概作了归纳，仅供参考。
9. 本书可供痔瘕科医师、一般外科医师阅读参考，特别可作工矿基层，广大的农村医务人员、实习进修医师在临床上指导。

编者

第一章 肛瘘和痔的检查

一、体 位

痔瘘的检查和治疗体位常采取以下六种姿势，各有其特点，可根据需要及具体情况应用。

1. 胸膝位：病人俯卧，双膝屈曲跪伏床上，头转向一侧。此种体位暴露好，但病人不舒适，病重、年老体弱者不宜采用。仅作检查用。

2. 弯腰扶椅式位：受检者弯腰，双手扶椅，暴露臀部。此种检查法不必让患者上床卧于各种姿势，节省时间，方便，适用于多数人或作团体检查。

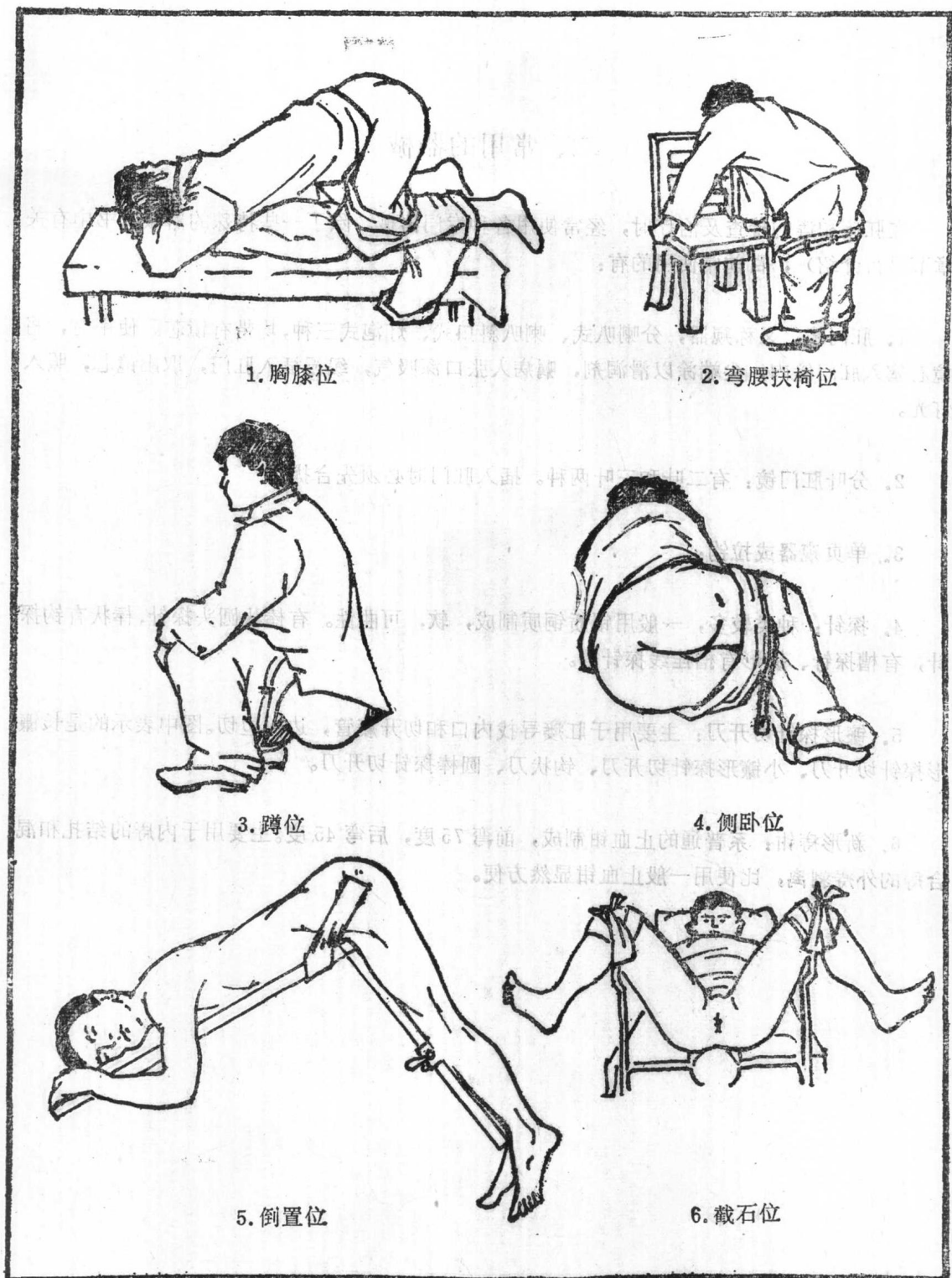
3. 蹲位：检查内痔可使患者取蹲踞式，用力作排便状。

4. 侧卧位：患者向左或向右侧卧，两腿向前屈曲，充分暴露臀部和肛门。是一种常用的检查和治疗体位。

5. 倒置位：病人俯卧，双臂舒适放于头前或两侧，两腿下垂或跪于床端，臀部抬高，头部稍低。如采用此体位手术，可用胶布固定臀部牵拉至床的两边，或用四把鼠齿钳暴露。这种姿态病人较舒适，因为生殖器显露较少，脓血及粪便对手术区的污染也可避免，手术操作方便。

6. 截石位：病员仰卧，双腿放于腿架上，臀部移至手术台边缘。适用于体小肥胖者，是一种比较常用的体态，肛门暴露虽良好，但不合生理。

图1 肛瘻和痔的检查治疗体位



二、常用的器械

在肛瘘和痔的检查及治疗时，经常使用各种专门器械。除了一些特殊的器械（书中有关章节另行介绍），目前常使用的有：

1. 肛门镜：又称窥器，分喇叭式、喇叭斜口式、灯泡式三种，均带有镜芯。使用时，将镜芯塞入肛门镜内，尖端涂以滑润剂，嘱病人张口深吸气，缓慢插入肛门，取出镜芯，照入灯光。

2. 分叶肛门镜：有二叶和三叶两种。插入肛门时必须先合拢。

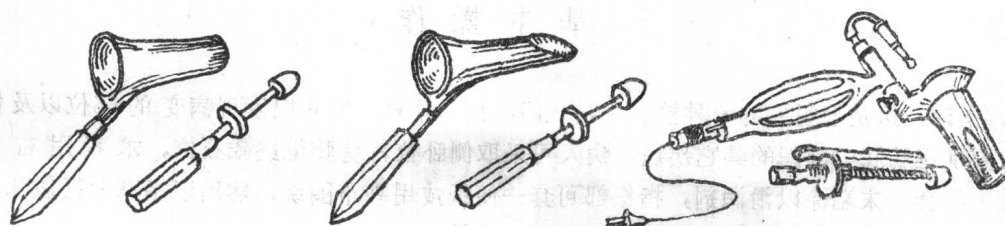
3. 单页窥器或拉钩：

4. 探针：种类较多，一般用银质铜质制成，软，可曲性。有棒状圆头探针，棒状有钩探针，有槽探针、镰形有槽挂线探针等。

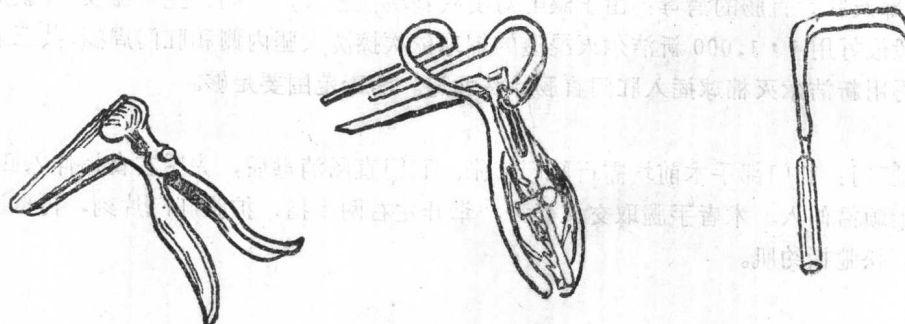
5. 镰形探针切开刀：主要用于肛瘘寻找内口和切开瘘管，边探边切。图中表示的是长镰形探针切开刀、小镰形探针切开刀、钩状刀、圆棒探针切开刀。

6. 新形痔钳：系普通的止血钳制成，前弯 75 度，后弯 45 度。主要用于内痔的结扎和混合痔的外痔剥离，比使用一般止血钳显然方便。

图 2 常用的器械

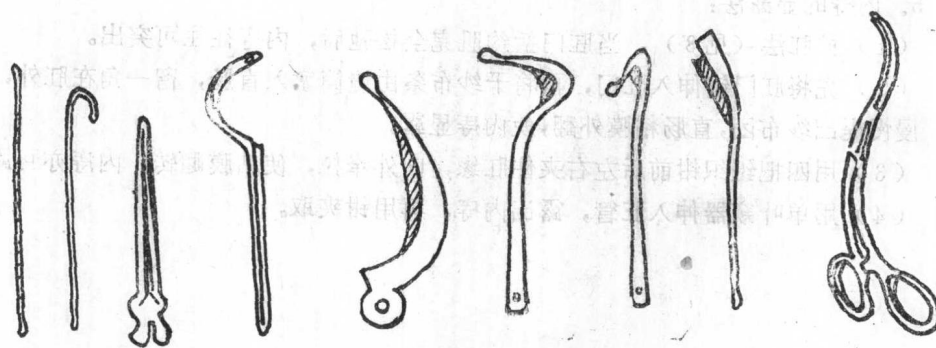


1. 各种肛门镜



2. 分叶肛门镜

3. 单叶窥器



4. 探针

5. 镰形探针切开刀

6. 痔钳

三、基本操作

1. 指诊：这是很重要的一种检查法，一般应列为常规。它可以发现病变的部位以及性质等，鉴别直肠肛门周围的其它疾病。病人可采取侧卧位，胸膝位或截石位，术者用右食指，戴上指套，末端涂以滑润剂，指根部可套一便纸或用纱布围绕，然后以指掌面抵住肛门口，嘱病人张口深吸气，缓慢轻轻地插入肛门口内检查。

2. 会阴部及肛管直肠的消毒：由于碘酊对皮肤刺激性较大，会阴、生殖器及粘膜处禁用，所以一般最好用1:1,000新洁尔灭浸透的棉球依次擦洗大腿内侧和肛门周围，共三遍，待皮肤干后再用新洁尔灭棉球插入肛门直肠涂洗两遍。消毒范围要足够。

3. 扩张肛门：肛门部手术前均需行肛门扩张。肛门直肠消毒后，先用右食指伸入肛管，而后将左食指顺沿伸入。术者手腕取交叉姿势，牵开左右两手指，扩张肛门片刻，再依次插入左右中指，松弛括约肌。

4. 包扎：

术后包扎可先用纱布或塔形纸垫盖肛门，再用两条长胶布起于腹股沟内侧沿耻骨枝经会阴部，止于对侧臀骶部，交叉固定，或用丁字带悬吊固定。

5. 内痔的显露法：

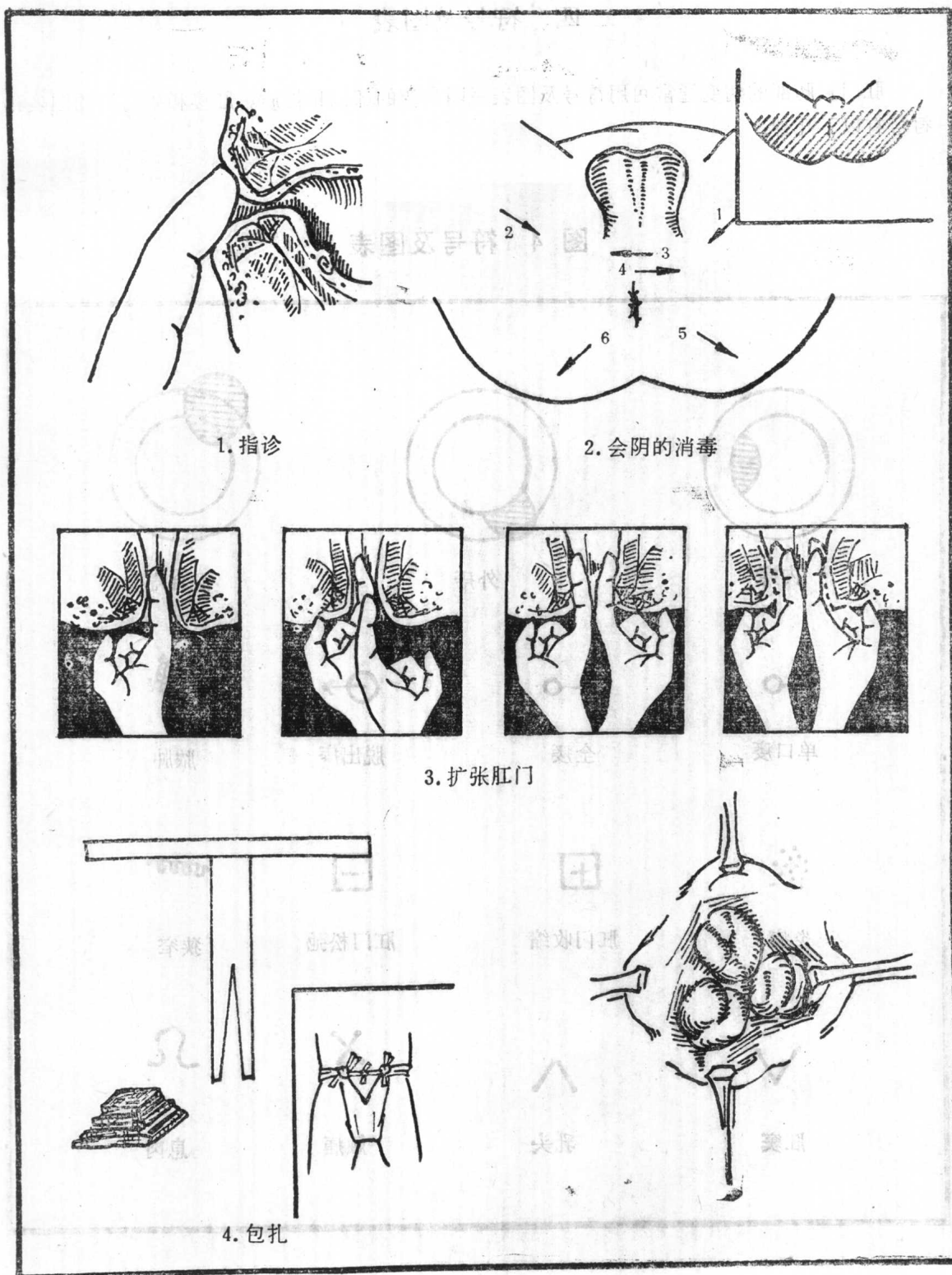
(1) 扩肛法（见3），当肛门括约肌完全松弛后，内痔往往可突出。

(2) 先将肛门镜伸入肛门，再将干纱布条由镜筒塞入直肠，留一角在肛外，取出肛门镜，慢慢提出纱布团，直肠粘膜外翻，使内痔显露。

(3) 用四把组织钳前后左右夹住肛缘，向外牵拉，使粘膜翻转，内痔亦可露出。

(4) 用单叶窥器伸入肛管，露出内痔，再用钳夹取。

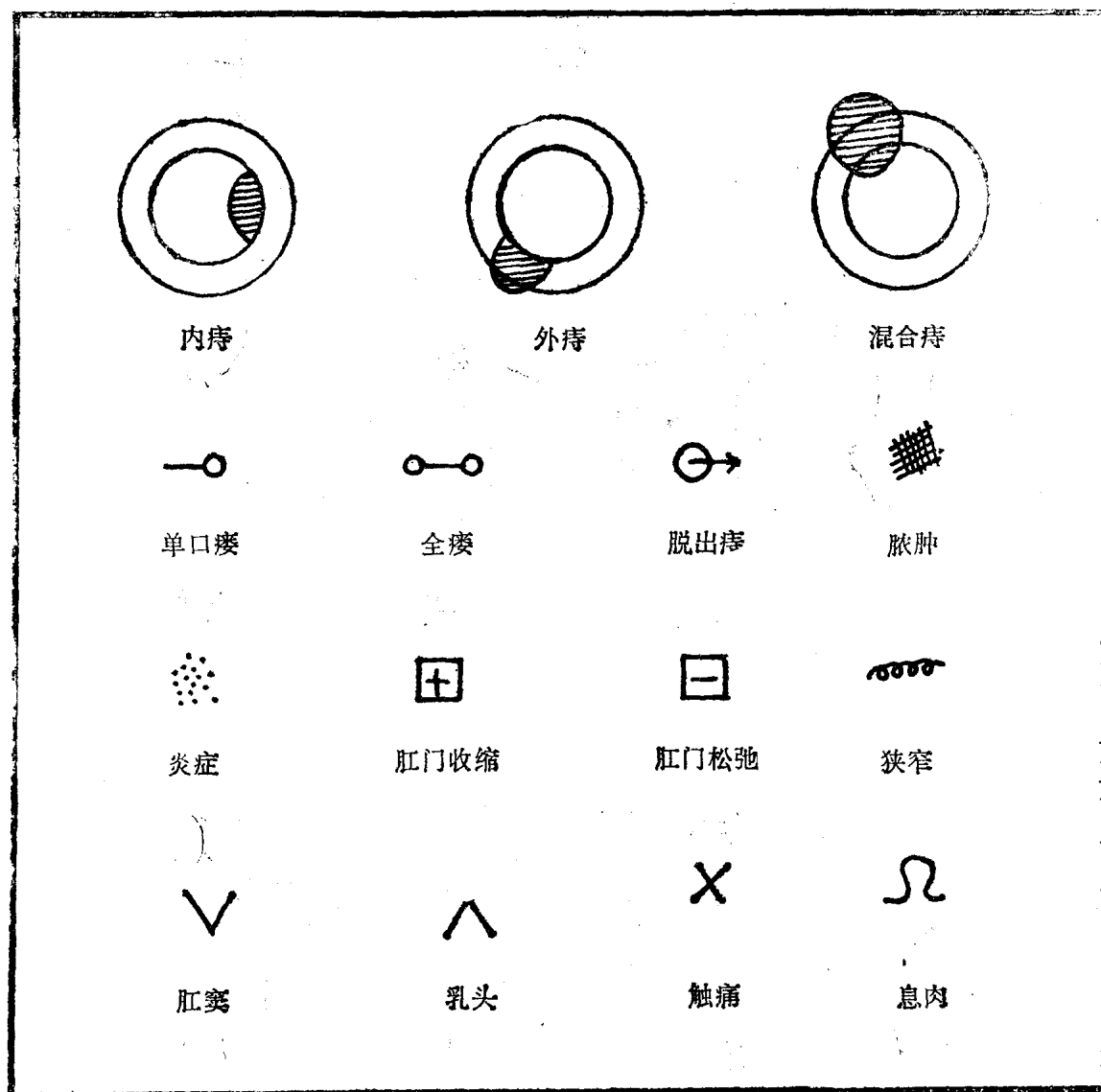
图 3 基本操作



四、符号及图表

肛门直肠部的病变通常可用符号及图表说明病变的部位和性质。肛瘻和痔常用的图表和符号有以下几种：

图 4 符号及图表



第二章 麻醉法

痔瘕的手术虽然比较简单,但病人常因畏惧疼痛而不愿手术、或手术中极为紧张。因此麻醉的选择要求做到术中无痛、括约肌充分松弛,方法简便安全。

一、局 麻

方法简便,术中反应及术后并发症少,如注射恰当,括约肌松弛满意。常用的麻药有1%普鲁卡因和0.5%利多卡因,每100毫升内常可加入肾上腺素0.5毫升。作者常采用两步操作。

1.选择肛门后2厘米甲点,按1、2、3、……箭头方向皮下浸润一圈,约需麻药10毫升。

2.在肛门周围相当于时钟2、4、6、8、10、12点上,距肛口缘0.5~1厘米处将注射针深入3厘米,每点注射麻药5毫升。再由甲点向两侧坐骨直肠窝深部注入麻药各5毫升。在注射时直肠内可插入食指引导针的方向,以免误入肠壁或腔内。

二、鞍 麻

为一种低位的蛛网膜下腔麻醉法。麻醉范围仅限于肛门和会阴部,下肢活动不受影响。病人取坐位,穿刺第四~五腰椎棘突间隙,针尖入蛛网膜下腔后,针尖开口向下,抽得脑脊液3毫升和普鲁卡因150毫克混匀后一分钟内注完,维持坐位5分钟,再改变成手术体位。

三、腰俞麻醉(即低位骶管麻醉)

是改进的骶管阻滞麻醉。病人侧卧位,在两骶骨角间的凹陷处作一皮丘,再刺破骶尾韧带带裂孔,进针约0.5~1厘米,注1%普鲁卡因或0.5%利多卡因20~30毫升,约15分钟后即可麻醉。有的病人骶管弯度较大,需使针尖和皮肤呈35度角;有10%病人骶裂孔有变异,需仔细寻找。针尖刺入骶孔后注意抽吸无回血后方可注入麻药。

四、全 麻

痔的扩张疗法需要在全麻下进行。病人先摆好一定的体位，再将硫苯妥钠 0.5 克加注射用水 20 毫升配成 2.5% 溶液，静脉缓慢注入，如估计操作时间较长可辅以氧化亚氮一氧吸入全麻。病人处于全麻状态，操作很方便。但全麻要有一定的麻醉经验，有呼吸抑制的可能，并需准备氧治疗装置，一般痔核，肛瘘手术都不用。

五、针刺麻醉

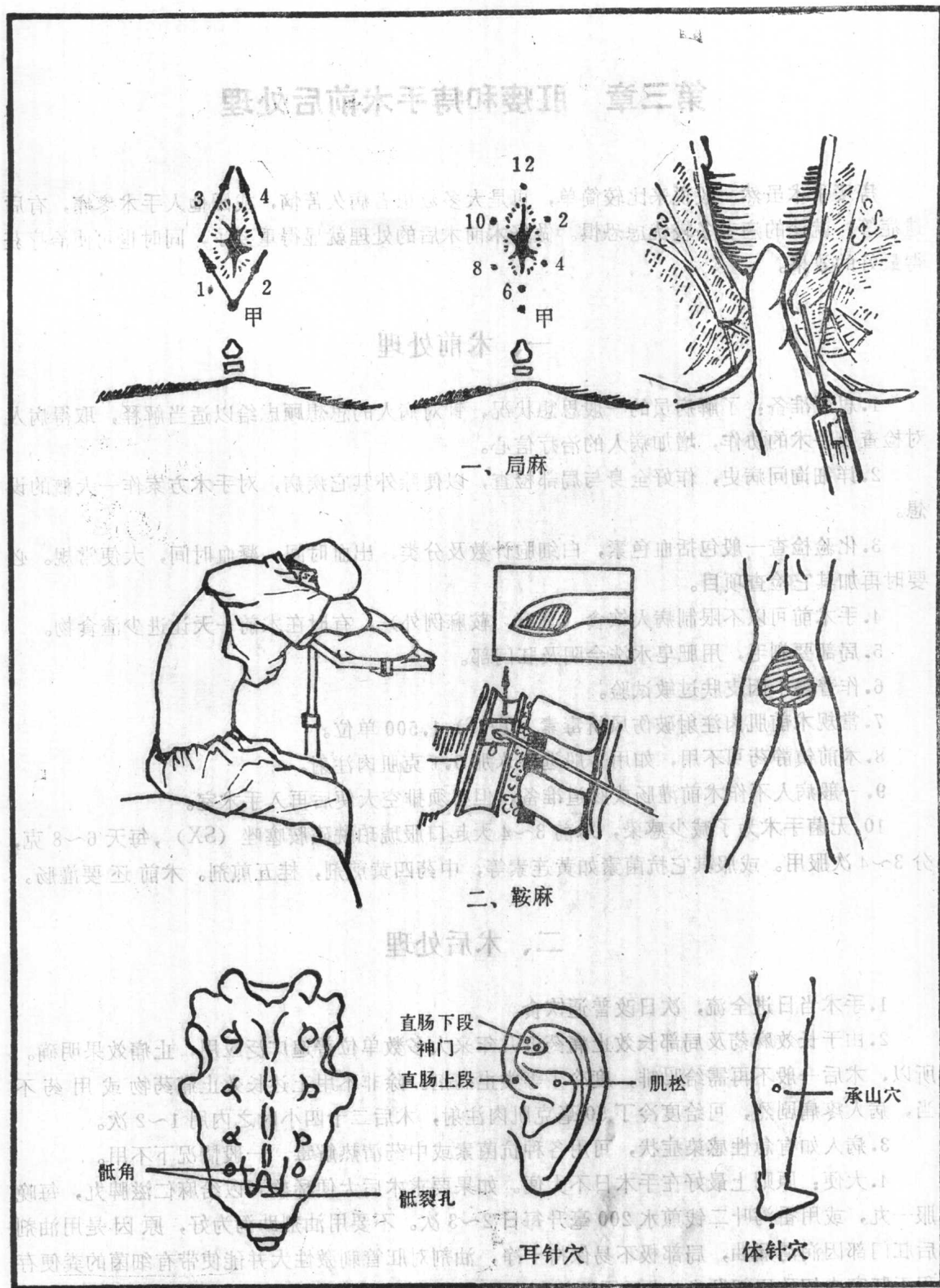
针麻无副作用和后遗症，操作方便、安全。

1. 耳针穴：直肠上段穴，直肠下段穴，神门穴，肌松穴。

2. 体针穴：腰俞，承山，肛门周围。

针刺后留针，接通电针麻醉机，诱导 20~30 分钟，即可手术。但痔瘘手术都要求肛门部括约肌松弛，针麻尚不很理想，目前仍在研究之中。

图 5 麻醉法



第三章 肛瘘和痔手术前后处理

痔瘘手术虽然一般说来比较简单，可是大多数患者病久苦恼，或因他人手术疼痛，有后遗症等，就诊的病者多较忧虑恐惧。做好术前术后的处理就显得重要了，同时也可使治疗获得最好的效果。

一、术前处理

1. 思想准备：了解病员的一般思想状况，针对病人的思想顾虑给以适当解释，取得病人对检查及手术的协作，增加病人的治疗信心。

2. 详细询问病史，作好全身与局部检查，以便除外其它疾病，对手术方案作一大概的设想。

3. 化验检查一般包括血色素，白细胞计数及分类，出血时间，凝血时间，大便常规。必要时再加其它检查项目。

4. 手术前可以不限病人饮食（全麻，鞍麻例外），有时在术前一天让进少渣食物。

5. 局部要剃毛，用肥皂水洗会阴及肛门部。

6. 作普鲁卡因皮肤过敏试验。

7. 常规术前肌肉注射破伤风抗毒素（TAT）1,500 单位。

8. 术前镇静药可不用，如用一般选鲁米那 0.1 克肌肉注射。

9. 一般病人不作术前灌肠或肠道准备，但必须排空大便后再入手术室。

10. 无菌手术为了减少感染，术前 3~4 天起口服琥珀酰磺胺噻唑（SX），每天 6~8 克，分 3~4 次服用。或服其它抗菌素如黄连素等，中药四黄煎剂，桂五煎剂。术前还要灌肠。

二、术后处理

1. 手术当日进全流，次日改普通饮食。

2. 由于长效麻药及局部长效止痛药近几年来大多数单位普遍广泛应用，止痛效果明确。所以，术后一般不再需给吗啡，度冷丁等类止痛剂。除非不用上述长效止痛药物或用药不当，病人疼痛剧烈，可给度冷丁 50 毫克肌肉注射，术后二十四小时之内用 1~2 次。

3. 病人如有急性感染症状，可用各种抗菌素或中药清热解毒。一般情况下不用。

4. 大便：原则上最好在手术日不大便。如果要求术后大便稀软可以给麻仁滋脾丸，每晚服一丸，或用番泻叶二钱煎水 200 毫升每日 2~3 次。不要用油剂助泻为好，原因是用油剂后肛门部因润滑漏油，局部极不易保持干净，油剂对肛管刺激性大并能使带有细菌的粪便存积于肛窦内招致局部发炎。术后需要控制大便者，每日服复方樟脑酊 3~5 毫升或内服止泻煎