

GANGCHANG JIBING
LINCHUANGZHENZHI
CAISE TUPU

肛肠疾病

临床诊治彩色图谱



喻德洪 田振国 主审
于永铎 主编

64



辽宁科学技术出版社
LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

肛肠疾病 临床诊治彩色图

喻德洪 田振国 主审 于永铎 主编



辽宁科学技术出版社

沈阳

主 审 喻德洪 田振国
主 编 于永铎
副主编 刘铁龙 党长宁 尹玲慧 孟庆凯 柳越冬
编 委 孟 强 李中卓 陈玉泽 于金霞 关世春
李 师 董在权 焦 放 李春雨 张虹玺
林学军 田树成 龙在菊 张 锦 宋 铎
张勤良 王 军

图书在版编目 (CIP) 数据

肛肠疾病临床诊治彩色图谱 / 于永铎等主编. —沈阳:
辽宁科学技术出版社, 2003. 8

ISBN 7-5381-3855-2

I. 肛… II. 于… III. ①肛门疾病—诊疗—图谱②肠疾
病—诊疗—图谱 IV. R574-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 105096 号

出 版 者: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路 25 号 邮编: 110003)

印 刷 者: 辽宁美术印刷厂

发 行 者: 各地新华书店

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

字 数: 240 千字

印 张: 10.25

印 数: 1~3 000

出版时间: 2003 年 8 月第 1 版

印刷时间: 2003 年 8 月第 1 次印刷

责任编辑: 寿亚荷 许 平

封面设计: 杜 江

版式设计: 于 浪

责任校对: 王春茹

定 价: 95.00 元

联系电话: 024-23284360

邮购咨询电话: 024-23284502

E-mail: lkzrb@mail.lnpgc.com.cn

http://www.lnkj.com.cn

序

PREFACE

祖国医学的历史发展源远流长,在疾病防治方面积累了大量宝贵的经验,其中对肛肠疾病的论述早在《内经》中就有记载,距今已有两千多年的历史,并随着历史的发展而不断得到完善和发展,为人类健康事业做出了巨大贡献。随着科技的进步和近年来临床工作者的努力,肛肠学科发展很快,许多新技术、新设备应运而生,为肛肠疾病在预防、诊断、治疗和康复等方面提供了新的理念和方法。由于肛肠部位组织多样,结构复杂,而且是人体比较重要的器官,在临床诊治中有一定的特殊性,这就需要从事本专业的医务人员,深入掌握其发病特点,努力钻研,以期不断提高诊治水平。

目前,国内有关肛肠疾病防治图谱类图书还不多,于永铎医生总结了十余年来在肛肠学科医疗、教学和科研的经验,收集和积累了大量资料,编著本书,这种精神是可嘉的。作为老一辈从事肛肠专业的工作者,我看到新的青年工作者茁壮成长,肛肠事业后继有人,从内心感到欣慰。

《肛肠疾病临床诊治彩色图谱》一书内容实用,图文并茂,对各种肛肠疾病的诊断、手术治疗多配有清晰、直观的图片,收集了彩色照片近300幅。行文流畅,描述准确,具有一定的临床指导性,适用于肛肠外科医生、普通外科医生及医学院校学生参考使用。我愿将此书做以热忱推荐。

喻德洪

2003年3月

前言 INTRODUCTION

随着社会的发展,人们饮食结构和生活习惯的改变,肛肠疾病发病率也有上升趋势。与此同时,随着医学科学的进步,临床工作者在肛肠疾病的预防、诊断、治疗和康复等方面不断摸索,不断创新,开发了许多新技术,研制了许多新设备。然而,由于肛肠疾病部位隐秘,患者大多是在病情比较严重时才去就医,使病情复杂多变,以致许多初到临床的医务人员在诊断、治疗肛肠疾病方面感到很茫然。为此,我们组织这方面的专家编写了《肛肠疾病临床诊治彩色图谱》。

该书系统介绍了肛门直肠、结肠的解剖和检查,重点介绍了痔、肛裂、肛门直肠周围脓肿、肛管直肠瘘、肛管直肠脱垂、肛门失禁、肛门直肠狭窄、肛门直肠性病等13类肛门直肠疾病和大肠炎性疾病、大肠息肉、家族性腺瘤病、大肠癌4类大肠疾病。对每种病的病因病理、临床表现、诊断和治疗进行了详细的介绍。全书内容丰富,图文并茂,在疾病的临床表现、治疗过程中都配有直观、清晰的彩色图片。可使广大业内同仁及后来同道,更直观地了解和掌握肛肠疾病的诊治技术和相关进展,以求达到促进交流,共同传承肛肠学科东西方古今文明的目的。

本书在编写过程中,得到了全国肛肠学会副会长、辽宁省中医研究院院长兼肛肠医院院长田振国教授的大力支持。同时,第二军医大学长海医院外科主任喻德洪教授主审并做序。在此一并表示由衷感谢。

由于本书编写时间仓促,错误纰漏在所难免,恳请各位同道批评指正。

编著者

2003年3月

目 录 CONTENTS

第1章 肛门直肠解剖和检查	1	6.诊断	36
1.正常肛门解剖	1	7.鉴别诊断	36
2.正常肛管直肠解剖	1	8.并发症	38
3.肛门直肠疾病的检查法	3	9.治疗	39
第2章 痔	6	第6章 肛管直肠脱垂	45
1.病因病理	6	1.病因病理	45
2.痔的分类及表现	7	2.临床表现	45
3.痔的鉴别诊断	9	3.诊断	46
4.治疗	9	4.分类	48
第3章 肛裂	17	5.鉴别诊断	49
1.病因病理	17	6.治疗	50
2.临床表现	17	第7章 肛门失禁	53
3.诊断	18	1.病因病理	53
4.鉴别诊断	19	2.临床表现	55
5.治疗	20	3.诊断	55
第4章 肛门直肠周围脓肿	22	4.治疗	55
1.病因病机	22	第8章 肛门直肠狭窄	57
2.病因病理	22	1.病因病理	57
3.临床分类	23	2.临床表现	57
4.临床表现	24	3.诊断	59
5.诊断	25	4.治疗	59
6.鉴别诊断	25	第9章 先天性肛门直肠畸形	61
7.中医辨证论治	25	1.概述	61
8.西医治疗	26	2.先天性肛门直肠狭窄	63
第5章 肛管直肠瘘	29	3.肛门闭锁	64
1.病因病机	29	4.异位肛门	65
2.病因病理	29	5.直肠阴道瘘	66
3.分类	30	6.先天性直肠尿道瘘	67
4.症状	32	7.先天性直肠膀胱瘘	68
5.检查	33	8.肛门会阴瘘	68

9. 直肠前庭瘻	69	4. 治疗	108
第 10 章 肛周皮肤病	70	第 15 章 正常结肠解剖	110
1. 肛周湿疹	70	第 16 章 大肠炎性疾病	115
2. 肛周接触性皮炎	72	1. 慢性非特异性溃疡性大肠炎	115
3. 肛周神经性皮炎	73	2. 肉芽肿性结肠炎	119
4. 肛周癣	74	3. 肠结核	125
5. 肛周化脓性汗腺炎	74	4. 细菌性痢疾	129
6. 肛周皮肤结核	76	5. 大肠黑变病	132
7. 肛周瘙痒症	77	6. 结肠憩室病	133
第 11 章 肛门直肠性病	81	7. 伪膜性肠炎	134
1. 肛门尖锐湿疣	81	第 17 章 大肠息肉	135
2. 阴部疱疹	86	1. 管状腺瘤	136
3. 梅毒	87	2. 绒毛状腺瘤	138
4. 性病性淋巴肉芽肿	90	3. 炎性息肉	140
5. 淋菌性直肠炎	91	4. 幼年型息肉	141
第 12 章 肛门直肠良性肿瘤	92	5. 腺瘤癌变	142
1. 乳头状纤维瘤	92	第 18 章 家族性腺瘤病	143
2. 粉瘤	92	1. 概述	143
3. 良性畸胎瘤	93	2. 临床表现	143
4. 纤维瘤	94	3. 临床检查	143
5. 脂肪瘤	94	4. 诊断标准	144
6. 血管瘤	95	5. 治疗	144
第 13 章 肛周皮肤及肛管恶性肿瘤	96	第 19 章 大肠癌	146
1. 肛门周围皮肤和肛门缘癌	96	1. 病因	146
2. 肛管恶性肿瘤	99	2. 病理	146
3. 其他各种肛门肿瘤	101	3. 转移途径	147
第 14 章 便秘	104	4. 临床表现	148
1. 病因	104	5. 诊断	150
2. 临床表现	105	6. 鉴别诊断	153
3. 诊断与相关检查	105	7. 治疗	155

第1章

肛门直肠解剖和检查

1 正常肛门解剖

肛门(见图1-1)是人体消化道末端的开口,位于人体躯干部的最下端,臀部的正中线,会阴体与尾骨之间,两侧坐骨结节横线的交叉点上。平时因肛门外括约肌收缩,肛门紧闭,呈一前后纵裂,排便时肛门括约肌松弛呈圆形,直径可达3cm,肛门向后至尾骨之间有肛尾韧带,起固定肛门的作用。如果手术时切断此韧带,可造成肛门向前移位的后遗症。肛缘皮肤比较松弛富有弹性,有毛发、皮脂腺和汗腺,并且有色素沉着呈褐色。因外括约肌和肛门皱皮肤收缩,使肛门皮肤缩成放射状皱襞,因潮湿而容易形成肛周湿疹、肛门皲裂等肛门疾病。手术切除过多肛缘皮肤可致肛门狭窄。



图1-1 正常肛门解剖图

2 正常肛管直肠解剖

2.1 肛管

2.1.1 肛管是消化道的最终端,上端止于齿线与直肠相连接,下端是肛缘,成人肛管平均长约3~4cm,而临床上外科通常将肛管的上界扩展,至齿线上1.5cm处,即肛管直肠环平面,又称外科肛管。肛管无腹膜遮盖,周围有内外括约肌和提肛肌环绕。平时紧闭为一纵裂,排便时扩张成管状,长度变短,直径为3cm,肛管两侧为坐骨直肠窝,其前方男性有尿道和前列腺,女性有阴道,后方有尾骨。肛管上皮上部为移行上皮,下部为鳞状上皮,肛管中下1/3交界处有肛门白线,是内外括约肌的分界线,提肛肌的附着点。指诊可摸到一环状沟,又称括约肌间沟(亦称肛白线)。

2.1.2 肛管皮肤与直肠粘膜的交界处,有一条形如锯齿状的环形线,叫齿状线或梳状线。齿线是内外胚层的移行区,其上下组织的上皮,血管,淋巴和神经的来源完全不同。其临床意义十分重要。齿线以上发源于内胚层,其上皮为粘膜柱状上皮,齿线以下发源于外胚层,其上皮为移行上皮和鳞状上皮。齿线上的动脉来自直肠上动脉,其静脉回流于门静脉,齿线以下的动脉来自髂内动脉,其静脉回流于下腔静脉。齿线以上属于植物神经,齿线以下属于脊神经。齿线以上的淋巴回流至内脏淋巴结群,齿线以下的淋巴经腹股沟入体淋巴结群。

2.1.3.齿线上下有四大组织:

(1)直肠柱: 又叫肛柱, 由于括约肌收缩, 直肠下端缩窄, 直肠下端粘膜折成许多纵形皱襞而成, 长约1~2cm, 有6~10个, 排便或直肠扩张时此柱可消失。

(2)肛瓣: 两个直肠柱之间形成的半月形粘膜皱襞, 称为肛瓣。有6~12个, 肛瓣是比较厚的角化上皮, 它没有“瓣”的功能。

(3)肛窦: 又叫肛隐窝, 是肛瓣与两个直肠柱底之间形成的凹陷隐窝, 叫肛窦。窦口向上, 底向下(似漏斗状), 深约0.3~0.5cm, 肛腺开口于窦底, 平时分泌腺液储存于肛窦内, 起润滑粪便作用, 由于肛窦容易感染, 引发隐窝炎, 许多学者认为隐窝炎是继发一切肛周疾病的祸根。

(4)肛乳头: 肛瓣下方, 肛管与直肠柱连接处有2~6个圆锥形或三角形黄白色突起, 叫肛乳头, 肛乳头容易发炎而增生肥大, 形成肛乳头肥大或肛乳头瘤。

2.2 直肠

直肠是结肠的末端, 位于骶尾骨的前方, 与第三骶椎平齐, 上接乙状结肠, 下连肛管, 长约12cm。直肠与乙状结肠连接处最窄, 向下扩大成直肠壶腹, 下端又变狭窄, 似袋状。直肠不是直的, 上部向后向右, 下部向前向左, 呈弯曲状, 称为直肠骶曲和直肠会阴曲。直肠位于盆腔内, 直肠上1/3前面及两侧有腹膜遮盖, 中1/3仅在前面有腹膜, 并在此返折, 形成直肠膀胱和直肠子宫隐窝, 下1/3直肠无腹膜遮盖, 直肠腔内有上、中、下3个横行皱襞叫直肠瓣, 它的作用是, 当用力排便时可防止粪便逆行。中瓣距肛缘约8cm处, 相当于腹膜返折部, 是镜检和手术时的标志。

直肠壁的组织结构与结肠相同, 共有4层。由内向外依次为粘膜, 粘膜下层, 肌层和浆膜层, 直肠肌层为不随意肌, 外层是纵肌, 内层是环肌, 直肠粘膜下层疏松, 易与肌层分离, 造成脱垂。

肛门直肠的血管十分丰富, 动脉供应主要来自直肠上动脉、直肠下动脉、骶中动脉和肛门动脉。其动脉之间有很丰富的吻合, 肛门直肠的静脉以齿线为界分为两个静脉丛, 痔内静脉丛, 痔外静脉丛。见图1-2, 图1-3。

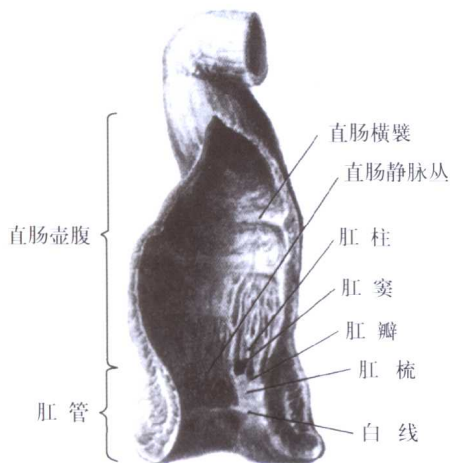


图 1-2 肛门直肠局部解剖图

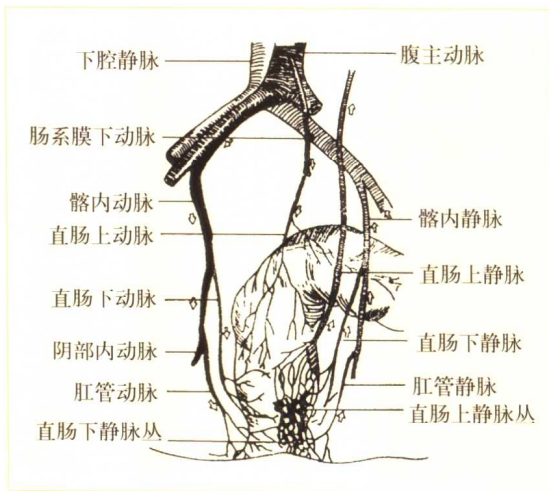


图 1-3 肛门直肠血管的供应

3 肛门直肠疾病的检查法

肛门直肠疾病的检查法主要分为全身检查、局部检查、专科器械检查及辅助检查部分。

3.1 全身检查

肛肠疾病虽然表现为局部病变,但与全身脏器密不可分,例如因内痔而长期便血的病人,其全身表现为贫血貌,所以必须把局部病变与全身情况结合起来,进行综合分析,才能辨证施治。

3.2 局部检查

在全身检查的基础上,肛门直肠疾病的局部检查具有其特殊的临床意义,局部检查主要包括视诊、指诊和肛门镜检查。

1.视诊:主要查看肛门外形是否正常,有无移位松弛及变形,肛周皮肤有无红肿、结节、凹陷、溃破及异常分泌物,并判断其性质,查看有无肿物从肛内脱出等。

2.指诊:正确的指诊应先将食指戴上涂有润滑剂的指套后,用食指轻轻触摸肛门周围皮肤,查看有无触痛、波动感、硬结及条索等,然后按摩肛门缘,使肛门括约肌松弛,将手指徐徐伸入肛管直肠内,查看肛门有无狭窄和松弛,肠腔及肛周内有无肿块以及肿块的部位、大小、质地和活动度,指套退出后观察指套是否有血迹及脓粘液等。

3.肛门镜检查:在肛肠专科上,肛门镜检查是很重要的,让病人摆正体位后(胸膝位或侧卧位),将涂上润滑剂的肛门镜或直肠镜轻轻插入直肠内查看粘膜的情况,如有无水肿、溃疡息肉、肿瘤及异物,观察有无内痔,肛乳头肥大等,同时可以对肿瘤性病变取病理,进一步确诊。

3.3 专科器械检查

肛肠科的专科器械主要是肛门镜、直肠镜、乙状结肠镜、纤维结肠镜及肛门、直肠、结肠功能检查等器械。

1.肛门镜:常用的有分叶式肛门镜、筒式肛门镜、斜口筒式肛门镜、喇叭形肛门镜(见图1-4~图1-7)。

2.肛门拉钩,见图1-8。

3.动脉瘤针、内痔吸引器,见图1-9,图1-10。

4.直肠镜、病理钳子,见图1-11,图1-12。

5.乙状结肠镜,见图1-13。

6.纤维结肠镜,见图1-14。

3.4 辅助检查

主要包括实验室检查、X线检查、病理、



图1-4 分叶式肛门镜



图1-5 筒式肛门镜



图 1-6 斜口筒式肛门镜



图 1-7 喇叭形肛门镜



图 1-8 肛门拉钩

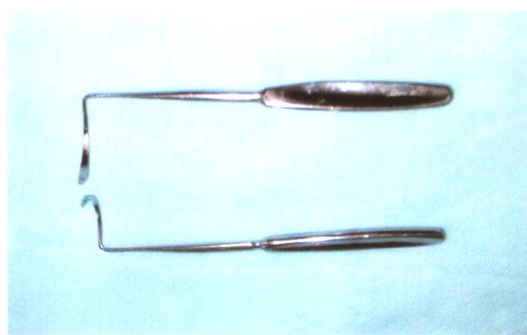


图 1-9 动脉瘤针

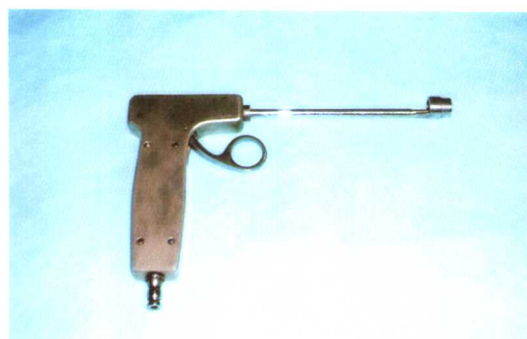


图 1-10 内痔吸引器

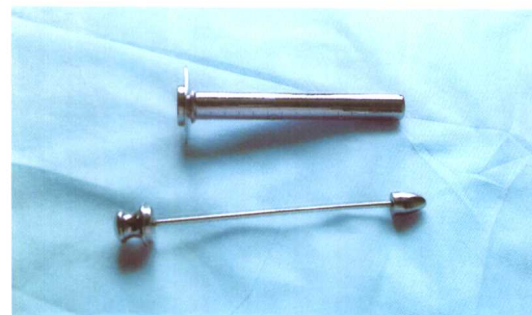


图 1-11 直肠镜

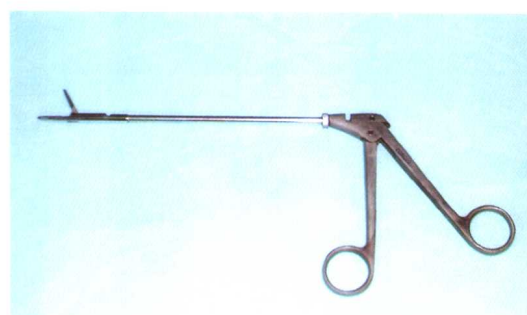


图 1-12 病理钳子

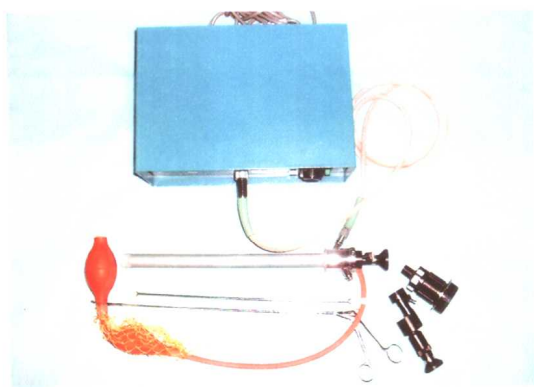


图 1-13 乙状结肠镜



图 1-14 纤维结肠镜



图 1-15 左侧卧位

B超、肛管压力测定、CT以及磁共振等检查。

3.5 肛肠科检查和手术常用体位

肛肠科的病人在手术或检查时的体位，应以患者舒适、术者操作方便，以及病变部位暴露清楚为原则。常用的体位有：左侧卧位、截石位、胸膝位和俯卧位。应根据病人的具体情况加以选择。

1.左侧卧位(见图 1-15)：是一种常用体位，用于老年体弱，不能起床，患有心脑血管疾病或关节炎等疾病的病人，也可用于一些简单手术，如内痔注射、浅部脓肿切开，血栓摘除等。

2.胸膝位(见图 1-16)：是临床检查和门诊小手术的常用体位，该体位肠腔暴露清楚，便于检查和小手术的操作。

3.截石位(见图 1-17)：是肛门部手术的最常用体位，手术暴露充分，视野开阔，便于手术操作，但对下肢关节强直或行动不便者不宜采用此体位。



图 1-16 胸膝位



图 1-17 截石位

第2章

痔

痔是直肠下端粘膜下、肛管和肛门缘的皮下静脉丛发生瘀血扩张和屈曲所形成的柔软静脉团。痔是一种最常见、最多发的肛肠疾病。我国民间有“十人九痔”之说，痔约占所有肛肠疾病的85%，男女皆可发病，以女性发病率为高，任何年龄都可发病。

1 病因病理

1.1 现代医学对痔的病因，目前认为主要与下列因素有关

1.解剖因素：①直立位，重力作用；②肛门位于躯干部最下端，与腹压增高有关；③痔静脉无静脉瓣，与血液回流有关；④直肠粘膜下层组织疏松，血管壁周围的阻力弱。以上这些因素的共同作用造成局部血液回流差，血管扩张瘀血成痔。

2.不良的饮食和排便习惯：因过食肥甘厚味、辛辣刺激之品，致大便燥结，以及不良的排便习惯，如蹲而过频、时间过久而致。

3.职业因素：如工作过度劳累，以及从事一些久站、久坐、久蹲、久行等工作的人，痔的发病率较高，这可能与腹部及盆腔压力增高有关。

4.其他因素：如妊娠、前列腺肥大、下腹部肿瘤、肛门交媾，以及高血压、肝硬化、肛门直肠慢性炎症等。

1.2 痔的发病机理

痔的发病机理，目前内外学者对其一直有争论，观点颇多，主要有以下几种学说：

1.静脉曲张学说：认为痔的形成主要是由于静脉扩张瘀血所致，可能与局部血管分布有关，其原因已经论述。

2.血管增生学说：痔是由血管增生形成的血管瘤，该学说认为痔组织与海绵体组织二者结构有相似之处，具有勃起性。

3.肛垫下移学说：认为痔是肛门直肠下端的扩张静脉平滑肌，以及胶原纤维和弱性结缔组织纤维组成的肛垫，当干硬的粪便排出时，推压肛垫向下移位，而形成痔，目前该学说已受到人们的广泛注意。

4.感染学说：认为静脉壁反复受到炎症刺激，增生并失去弹性，造成静脉回流差而成痔。

5.括约肌功能下降学说：由于肛门括约肌功能下降，组织结构松弛，导致肛管压降低，为维持肛管压常数，局部痔静脉丛代偿性扩张瘀血而形成痔。

1.3 中医对痔的病因的认识

痔不单纯是局部原因，更主要的是由于人体阴阳失调，加外感六淫七情内伤而得，如“大肠积热久忍大便”、“过量饮酒，饥饮不均，过食辛辣，久泻久痢，致脾胃失调，湿热下注”、“气血亏损，气虚下降”、“伤风积湿，风湿下冲”、“妇人妊娠，关格雍塞经脉流溢渗漏

肠间”等。

2 痔的分类及表现

临床根据痔的发生部位一般将痔分为外痔、内痔、混合痔3大类。

2.1 外痔

又分为炎性外痔、血栓性外痔、静脉曲张性外痔和结缔组织外痔，主要临床表现疼痛和肛门皮肤隆起。

炎性外痔(见图2-1~图2-3): 是肛缘皮肤皱襞突起，有红、肿、热、痛等炎性表现。



图2-1 炎性外痔瘀血水肿，表面光滑



图2-2 炎性外痔

血栓性外痔(见图2-4, 图2-5): 是肛门静脉炎或静脉血栓形成，多因排便时肛门静脉丛破裂，血液漏出血管外，形成血栓在皮下降起。局部有肿胀，疼痛。



图2-3 炎性外痔充血水肿



图2-4 炎性外痔合并血栓



图2-5 血栓性外痔

结缔组织外痔(见图2-6, 图2-7): 因慢性炎症刺激，反复发炎，肿胀，致使肛门静脉丛周围结缔组织增生，形成皮赘。

静脉曲张性外痔: 用力排便时，肛门缘的静脉丛瘀血扩张，形成圆形或不规则突起，恢



图 2-6 结缔组织外痔。肛周有增生的皮赘



图 2-7 结缔组织外痔。肛周有环形、柔软的皮赘

复体位后又可消失。

2.2 内痔

内痔的主要临床表现为便血，较大的内痔伴有脱出、嵌顿和疼痛。内痔在临床上可分为四期，I 期内痔：无自觉症状，仅在排便时见粪便带鲜血或滴血，肛门镜下见直肠粘膜呈结节状突起，质软，色红(见图 2-8)。II 期内痔：排便时内痔脱出肛门，便后可自行还纳，大便时周期性、无痛性从肛门内滴鲜血或射鲜血(见图 2-9)。III 期内痔：排便下蹲或步行过久、咳嗽、任何动作增加腹压时，内痔均可脱出肛门，不能自行还纳，必须用手送回(见图 2-10)。IV 期内痔：内痔核脱出，用手不能还纳，此时最易感染，水肿，嵌顿，糜烂和坏死，疼痛剧



图 2-8 内痔 I 期。见齿线上痔核隆起充血、水肿



图 2-9 内痔 II 期。可见脱出肛门外的 2 个内痔，齿线下有静脉曲张



图 2-10 内痔 III 期。内痔呈环形脱出肛外，充血水肿

烈。

2.3 混合痔

混合痔的临床表现是便血和疼痛,对于比较重的混合痔绕肛门可形成一圈,临床称环形混合痔(见图2-11~图2-13)。

3 痔的鉴别诊断

3.1 肛裂

肛裂可有便血及皮赘外痔,易与内痔及结缔组织外痔相混,其鉴别要点是肛裂的疼痛成周期性刀割样,检查时在肛管的前后正中处可见皮肤有纵形裂口。

3.2 直肠脱垂

直肠脱垂有脱出症状需与内痔脱出、环形混合痔脱出相鉴别,直肠脱垂的粘膜或直肠呈圆柱状,有环形沟表面光滑柔软,色为正常粘膜色,表面有少量粘液,很少出血可回纳肛门。

3.3 直肠癌

发病年龄多在40岁以上,便脓血,有特殊臭味,与大便相混,同时伴有便频、肛门下坠、疼痛。低位指诊可触及菜花样肿物,质硬、表面脆、易出血,取病理可确诊。

3.4 低位直肠息肉

多见于儿童,以便血为主或脱出肛外,多有蒂质较硬单个为主,一般位于齿线上3~5cm处直肠壶腹部,呈球形肉红色。此外还需与肛乳头肥大,溃疡性直肠炎,肛门良性肿瘤等相鉴别。

4 治 疗

目前对痔的治疗有下列看法:痔无症状不需治疗,只需注意饮食,保持大便通畅,保持会阴部清洁,预防并发症的发生。只有并发出血、脱垂、血栓形成及嵌顿等才需要治

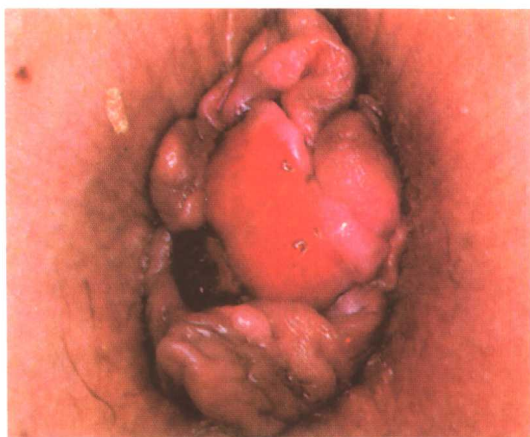


图2-11 混合痔。肛门右侧有一颗内痔呈肉红色,外痔部分为结缔组织外痔



图2-12 混合痔。内外痔连为一体肛白线消失



图2-13 环形混合痔。内外痔连成一体并呈环形脱出

疗。痔很少直接致死亡。但若治疗不当,产生严重的并发症,亦可致命。因此,对痔的治疗要慎重,不能掉以轻心。

内痔的各种非手术疗法的目的都旨在促进痔周围组织纤维化,将脱垂的肛管粘膜固定在直肠壁的肌层,以固定松弛的肛垫,从而达到止血及防止脱垂的目的。

当保守疗法失败或ⅢⅣ期内痔周围支持的结缔组织被广泛破坏时才考虑手术。

根据以上观点,内痔的治疗宜重在减轻消除其主要症状,而非根治术。因此,解除痔的症状较消除痔的大小变化更有意义,并被视作治疗效果的标准。

4.1 保守治疗

1.内治法:根据病情的轻重,辨证施治,口服清热解毒,收敛固涩的药物治疗,如槐角丸,黄连解毒汤等。

2.外治法:

(1)熏洗法:外用熏洗剂,熏洗肛门,以促进局部消肿止痛,行气活血,杀虫止痒目的,如:硝矾洗剂、五倍子汤。

(2)塞药法:直接用药物做成的栓剂,送入肛内,以达到消炎止血目的。

(3)敷药法:用各种膏剂,对肛门局部进行外敷,以消肿、止痛、止血的目的,如马应龙痔疮膏,一效膏等。

4.2 手术治疗

对于各种痔疮,保守治疗无效时,方可手术治疗。

1.对于结缔组织外痔,炎性外痔,血栓性外痔,根据痔核的大小,可采用局麻或骶麻,对外痔进行切除手术,术后熏洗换药。

2.对于静脉曲张形外痔,在局麻或骶麻下,对曲张的外痔行梭形切口,剥离切除静脉丛,尽可能保留肛管皮肤、修剪创缘、引流通畅、彻底止血,切口外敷凡士林纱条,外用塔形纱布压迫,丁字带外固定。

术中及术后注意事项:

(1)在切除多个外痔时,应尽可能多保留肛管皮肤,防止肛门狭窄。

(2)术后每日便后熏洗,常规换药,并口服抗生素。

3内痔手术治疗:

(1)内痔注射疗法:主要有硬化萎缩注射法和坏死脱落注射法,适用于内痔出血Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ期,以及不能耐受手术治疗的病。

硬化萎缩注射法手术操作:

①局部麻醉后,肛周常规消毒,用喇叭镜窥肛,仔细查清内痔的部位、数量及大小。

②将消痔灵注射液配成1:1浓度,按四部注射法依次注射,使痔体及上下充分着药,使内痔硬化萎缩,而达到治疗目的。

坏死脱落注射手术操作:将内痔翻出肛外,用蚊式钳将齿线上一部分内痔拉出固定。用注射器在齿线上0.3~0.5cm处刺入痔粘膜下层,由低向高,呈柱状缓慢将药液注入痔内,使之膨大变色为度,然后送回肛内。

(2)内痔套扎术:是通过器械将胶圈套入内痔根部的一种手术方法,现临床较少应用。

(3)内痔结扎术:是将内痔钳夹后,用丝线结扎于痔核基底部,使其坏死脱落的一种手