

中国肛肠病诊疗集萃

ZHONGGUOGANGCHANGBING
ZHENLIAOJICUI

主编 田振国 韩 宝



中医古籍出版社

中国肛肠病诊疗集萃

主编 田振国 韩 宝

中医古籍出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中国肛肠病诊疗集萃/田振国, 韩宝主编. —北京: 中医古籍出版社, 2014. 9
ISBN 978 - 7 - 5152 - 0687 - 5

I. ①中… II. ①田…②韩… III. ①肛门疾病 - 中西医结合 - 诊疗 - 文集②直肠疾病 - 中西医结合 - 诊疗 - 文集 IV. ①R574 - 53

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 219969 号

中国肛肠病诊疗集萃

主编 田振国 韩宝

责任编辑 刘从明
封面设计 张雅娣
出版发行 中医古籍出版社
社 址 北京东直门内南小街 16 号 (100700)
印 刷 北京金信诺印刷有限公司
开 本 850mm × 1168mm 1/16
印 张 24
字 数 700 千字
版 次 2014 年 9 月第 1 版 2014 年 9 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978 - 7 - 5152 - 0687 - 5
定 价 68.00 元

编委会

主 编
执行主编
副主编

田振国 韩 宝
黄德铨 张虹玺 姚健 李振国

(以姓名拼音为序)

曹 波	陈 敏	陈 平	崔 龙
傅传刚	高 枫	高纪华	韩 平
何永恒	贺向东	姜春英	李国栋
李东平	凌光烈	凌远志	刘佃温
刘仍海	柳越冬	鲁明良	陆庆革
罗湛滨	毛宽荣	芮 冬	石 荣
宋太平	王顺和	王业皇	熊腊根
杨东生	杨 伟	杨向东	于 洪
于永铎	张国胜	张燕生	张 锋
赵宝明	赵 刚	周建华	周妍君
邹振培	张燚		

常务编委

(以姓名拼音为序)

陈 杰	陈诚豪	程 跃	崔志勇
邓高里	杜勇军	都志军	樊志敏
范丁文	耿福能	耿学斯	勾振堂
贺 平	韩笑冰	郝亮亮	何涛宏
侯艳梅	华一敏	黄忠诚	何翰应
康 健	李卫东	李振国	李五生
李华山	李文生	李红燕	李延昭
李学勇	林汉卿	廖国庆	令狐庆
刘岩松	刘世茹	刘鸿畅	刘锡昭
马富明	孟 强	彭卫红	荣新奇
孙 昱	史仁杰	汤 勇	屠世良
唐德金	唐学贵	唐太春	王建民
王 竟	王绍臣	王 玉	王晏美
魏峰明	席作武	徐 玲	杨 巍
杨 顺	袁小杰	殷志韬	俞立民
曾宪东	张淑芹	张苏闽	张 元
张晓明	张健柏	张书信	张铁辉
张 亮	朱 钢		

前 言

金秋十月，硕果飘香，由中华中医药学会肛肠分会主办，成都中医药大学附属医院承办的“2014 年肛肠分会学术年会”于 2014 年 10 月 16 日在天府之国四川·成都隆重召开。这是在我国全面深化改革的新形势下肛肠领域的一次非常值得期待的盛会。

本次学术交流收到全国各级医院专家、临床及护理医生撰写的学术论文百余篇，田振国会长，韩宝秘书长对所投稿件非常重视，以期待通过论文集的浏览，对肛肠领域目前的医疗、教学、科研的状况有一个大概的了解，引导有志者向未知领域研究的兴趣。

本次论文经会务筹备组专家审定修改后汇编成《中国肛肠诊疗集萃》一书，特别感谢山东信诺医疗器械有限公司的大力支持，借此机会向他们表示衷心的感谢。

中华中医药学会肛肠分会暨
2014 年肛肠分会学术年会

2014 年 8 月 28 日

目 录

名医学术思想	1
田振国教授治疗老年慢性便秘经验总结	隋楠 田振国 1
田振国教授治疗肉芽肿性结肠炎经验	胡占起 田振国 4
曹吉勋教授自体肛门括约肌紧缩术治疗肛门失禁简述	陈敏 黄德铨 曹吉勋 6
王顺和主任中医师学术思想及临证经验总结	穆云 牛苏剑 王玉 刘纪锋 卢家玉 8
徐廷翰教授临证经验总结	毛红 13
实验研究	17
白芍七物颗粒剂对溃疡性结肠炎大鼠 TLR4/NF - KB 信号通路的影响	何永恒 ¹ 杨周雨 ² 17
溃愈散对溃疡性结肠炎患者血清细胞因子 IL - 6、IL - 8 的影响	赵刚 乔翠霞 张立泽 王丹丹 刘鹏林 邸爱婷 20
养荣润肠舒对便秘小鼠排便功能影响的实验研究	张虹玺 25
养荣润肠舒对便秘小鼠肠道 c - Kit 蛋白含量影响的实验研究	张虹玺 28
养荣润肠舒对便秘小鼠肠道 ICC、SP 及 VIP 影响的实验研究	张虹玺 32
芪榆油纱布对大鼠创面愈合中 bFGF 生长因子表达的影响	曹波 ¹ 姜娜 ² 37
熏洗 I 号对大鼠肛瘘术后创面组织修复中血管生成及微循环的影响	谢贻祥 王传思 郑学海 姚磊 黄鸿武 王永森 吴永军 41
临床研究	48
自拟助阳通便汤治疗慢性功能性便秘 90 例临床观察	隋楠 田振国 48
大肠癌“湿热瘀毒”证候病机的理论研究与探讨	于永铎 隋楠 刘剑 宋天宇 荣誉 杨雯雯 51
直肠前突的诊治探析	荣誉 导师：于永铎 56
从肾论治老年性便秘	河北省中医院肛肠科 王娜杜红红 导师：高记华 64
如何写出有助于肛肠事业发展的有价值论文	汪草原 66
深入研究银花三黄愈疡方洗剂在治疗肛肠疾病中的重要性	殷绪胜 卢攀基 张亮 宣泽良 梁榆明 班玉凤 杨爱贞 70
嵌顿性内痔病机及治疗研究	赵自星 ¹ 彭志红 ² 徐会娟 ³ 马丹 ⁴ 李林 ⁵ 72
中药熏蒸对痔病患者术后并发症的疗效观察	陈凤鸣 屈玉华 75
2 种硬化剂在内痔注射治疗中的疗效观察	徐庆 78
TST 结合聚桂醇注射术治疗混合痔疗效观察	徐庆 80
TST 手术治疗混合痔的部分临床问题分析	郭玉琨 付皓 82

TST 手术治疗混合痔 40 例临床观察	郭玉琨 付皓	83
376 例混合痔患者的体质研究	刘鸿畅	85
横切横缝术治疗混合痔 266 例的临床研究	于强 王曼 李进	88
原位皮瓣留置或移行术治疗环状混合痔临床对比性观察与研究	徐飞 ¹ 涂圣兵 ² 张毅 ² 汪昭民 ²	90
Ferguson 痔切除术联合 RPH 治疗环状混合痔的临床疗效观察	俞泳 徐俊 邱润丰	92
急性环状嵌顿痔手术时机的选择与比较	杨丽梅 王仙锐	96
吸注套扎治疗 II、III 期内痔 60 例疗效观察	梁新成	98
自动痔疮套扎术 (RPH) 结合剪口结扎术治疗混合痔的临床研究	何永恒 ¹ 易佳敏 ²	101
原位皮瓣留置或移行术治疗环状混合痔临床对比性观察与研究	徐飞 ¹ 涂圣兵 ² 张毅 ² 汪昭民 ²	104
运用信诺 XNG-ZZ. XNECR 专利电极钳配合芍蓓注射液治疗环周型混合痔 285 例临床观察:	陆敬华 葛晓平	105
痔上黏膜缝扎 + 多发混合痔分段外剥内扎术治疗多发混合痔疗效观察	孔令玉 高树波	106
中西医结合治痔病概述	泰来县人民医院 赵玉华	109
中西医治疗嵌顿性混合痔	王晓光 徐占民	111
混合痔、肛裂伴肛周乳头状汗腺瘤 1 例报告	贾瑞刚 杨丽敏	112
血管介入肠系膜下动脉栓塞止血治疗高龄患者痔大出血 1 例	董先政 陈永富 邹劲云 杨赛 鲁龙生	113
12 点位采用椭圆形切口治疗混合痔伴肛裂的疗效观察	曾伟 林代富	114
TST 术联合剥扎术治疗环状混合痔的疗效观察	张仁鹏 ¹ 曹波 ² 卢丹 ¹ 石开翠 ¹ 齐健彤 ¹	116
浅谈产后嵌顿痔预防措施及治疗	朱丹 ¹ 何启超 ² 黄伟 ² 张锋*	118
PPH 治疗混合痔的临床观察报告	卢本银	120
藻酸钙敷料应用在 TST 联合外剥内扎术中的临床观察	黄伟 ¹ 朱丹 ² 张锋*	123
直肠黏膜柱状缝合固定术治疗混合痔临床研究	四川省仁寿县中医院 彭德 杨冬云 胡菲	124
痔动脉结扎、小切口剥扎、消痔灵注射联合治疗混合痔的临床应用	冯 志	126
自拟外洗散外洗疏通膏外敷治疗急性嵌顿痔疗效观察	陈国安 ¹ 李桂阳 ²	127
克痔针治疗产后混合痔伴嵌顿 120 例	柯玮 刘锡昭 张湘杰 倪吉凯	130
混合痔术后并发症病因及预防分析	陈伟	132
痔治疗从气血论	吴奇田	134
柏硝祛毒洗剂熏洗治疗 60 例混合痔术后的临床研究	陆庆革 ^{1*} 张海磊 ²	136
渴龙奔江丹治疗肛瘘术后伤口不愈 4 例	石珂佳 陈达楼 徐晓秀	139
复方苦参汤防治痔术后并发症的研究	张敏	141
经肛吻合器痔术后吻合口出血的临床体会	余腾江 ¹ 李五生 ¹ 徐玲 ¹ 杨向东 ²	150
蜜调通关散注肛在混合痔术后便秘的应用观察	刘淑果 梁劲军	152
如意黄金膏外敷治疗痔术后肛缘水肿 78 例	杨正祥	153
十灰散加味方治疗痔术后出血 75 例临床观察	张海磊 ¹ 陆庆革 ²	155
补中益气汤治疗 II 度内痔 69 例临床疗效观察	石开翠 ¹ 曹波 ² 张仁鹏 ¹ 黄松 ¹	157
肛瘘的诊治进展	贺向东 张磊	159
复杂性肛瘘治疗方法的探讨	韩生先 刘俊强 指导: 韩青科	163

半开放挂线改道引流术治疗复杂性肛瘘临床小结	李平 王仙锐	164
体外培育牛黄外用治疗婴幼儿肛瘘 30 例	尚锦秀 ¹ 涂林毅 ² 龚元祥 ³	166
利用现代医疗设备及着色显影定影剂对肛瘘定位诊断的探讨	高凤岐 刘建利 闫英杰 周国民 蔡生 齐学军 姜国栋	168
双向等压引流根治术治疗高位肛瘘的临床研究	王晏美 ¹ 郑丽华 ¹ 李辉 ¹ 李昕 ¹ 来丽霞 ²	173
体外培育牛黄外用治疗婴幼儿肛瘘 30 例	尚锦秀 ¹ 涂林毅 ² 龚元祥 ³	176
一期根治术治疗各型肛瘘 289 例临床观察	余洪艳 韦俊武	178
中医诊疗方案在单纯性高位肛瘘挂线术的应用	杨士磊 指导 韦俊武	180
加减腐尽生肌散促进低位单纯性肛瘘术后创面愈合的临床疗效观察		182
内括约肌侧切术与后正位切除术治疗陈旧性肛裂 236 例疗效观察	张波 ¹ 熊明玲 ¹ 张丽 ¹ 张天鹏 ²	184
三联疗法治疗肛周瘙痒症临床观察（附 180 例报告）	方焯	188
青蒿鳖甲汤加减治疗老年患者肛周脓肿术后发热 15 例疗效观察四川省泸州市人民 医院肛肠科	穆云 王顺和 姚健 王玉 刘纪锋 牛苏剑（646000）	189
中医辨证分型结合三联疗法治疗重度直肠黏膜脱垂 38 例术后疗效临床观察	王俊 廖超 张冬	192
切开加内口结扎术治疗低位肛门直肠周围脓肿的疗效观察	陈锦珍 向德志 耿兴琳 黄清华	195
肛周脓肿置管负压引流术后中药替代抗生素治疗的临床应用观察	王玉 王顺和* 姚健 刘纪锋 穆云 牛苏剑 卢家玉	197
肛周脓肿置管负压引流术与切开引流术后形成肛瘘几率的对比研究	卢家玉 王顺和 姚健* 刘纪锋 王玉 穆云 牛苏剑	199
拓展经典理论 - 运用索罗门（Salmon）定律一次性根治肛周脓肿的临床对照研究	李师	201
补气生肌汤促进肛瘘术后创面修复的临床研究	王明华 唐海明 傅军伟 陆彩忠 唐一多	204
改良生肌玉红膏在肛肠科中的应用	刘俊强 张明琴 指导：韩青科	206
芬太尼皮下镇痛治疗肛肠术后疼痛 130 例疗效观察	王文锋 何青峰	207
硝酸洗剂合二妙散加熏洗方对炎性外痔的疗效观察	成川华 李五生 陈文军	209
托里消毒散加减在肛周脓肿术后的应用观察	卢家玉 王顺和* 姚健 刘纪锋 王玉 穆云 牛苏剑	211
中医中药消肿止痛及皮肤治疗性研究	殷绪胜 张亮 梁榆明 龙娟萍 宣泽良 杨爱贞 班玉凤	213
痔灵洗剂与微波治疗肛肠病术后并发症的临床应用（附 1868 例疗效分析）	赵浩翔 陆明 朱桂凤 陆海英	215
5 - ASA 口服联合康复新液保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效分析	邱胜民 杨继闽 吕辉	217
中西医结合治疗溃疡性结肠炎 180 例	方焯	219
消痔灵注射治疗完全性直肠脱垂的临床研究	韦俊武, 余洪艳	221
直肠黏膜柱状缝扎固定术结合硬化剂注射治疗直肠内脱垂的疗效观察	张永安 巫益珍 翟敏 周峰 张旗 徐慧磊	225
不同用药方法治疗肛门瘙痒症的临床研究	郑丽华 王晏美 李辉 石玉迎	227
括约肌松解修补肛门缺损临床疗效观察	陈达楼 石柯佳 徐晓秀	229

肛周脓肿细菌培养及药敏结果分析 (附 106 例报告)

.....	王大祥 王万里 邓台燕 曾国剑 武乃金	230
妊娠期肛周脓肿手术治疗 12 例临床分析	尚秀娟 李荣先	232
一次性根治术治疗肛周脓肿 152 例临床分析	李五生 谢飞 成川华 徐玲 马亮 葛曼青 陈卫东	233
一期根治术治疗肛周脓肿 225 例	王晓光 徐占民	235
中西医结合治疗坏死性筋膜炎	陈卫东 李五生	236
溃结灌肠液治疗湿热蕴结型溃疡性结肠炎的临床观察	柯玮	239
肛周脓肿发病的中西医认识	毛红 李薇 唐平 赵强 杨军义	241
某武警部队两万官兵肛肠疾病流行病学调查及相关影响因素分析	柯玮 ¹ 刘锡昭 张湘杰 倪吉凯等	244
直肠黏膜切除术治疗重度局限性溃疡性直肠炎临床观察	乔峰妮 曹哲剑 杨向东	247
新型组合药物保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床疗效	高凤岐 刘建利 闫英杰 赵天宇	249
中西医结合分期治疗溃疡性结肠炎的临床研究	王传思, 谢贻祥, 郑学海, 姚磊, 黄鸿武, 王永森, 吴永军	252
益气养阴汤口服联合该方灌肠治疗结肠黑变病的临床研究	张锋 周兴华	256
从脱肛病的临床疗效看中医诊疗方案的可行性	杨士磊 指导 韦俊武	258
重度直肠脱垂手术治疗体会	黄德荣 张晓飞 谢沐初 刘歆 王莹 张金凤	260
肛管直肠异物临床体会	李朝阳 高旭波 毛宽荣	261
经阴道修补和直肠荷包缝合治疗直肠前突临床观察	刘君德	262
两种术式治疗女性中重度直肠前突的疗效对比观察	陆庆革 ^{1*} 王爱磊 ² 刘松 ³	263
长强穴切挂联合生物反馈治疗耻骨直肠肌综合征的临床研究	杨继闽 邱胜民 吕辉	266
补中益气汤加味治疗气虚型便秘 69 例	胡占起	268
非药物治疗成人功能性便秘的系统评价研究	陈敏 ^{1,2} 郑晖 ³ 李涓 ³ 黄德铨 ^{1,2} 陈琴 ⁴ 方剑乔 ⁴	269
洁肠水疗仪术后创面冲洗便秘直肠清空临床观察 224 例	西安市中医医院肛肠科 李五九 杨正安 黄蓓, 李泽	270
242 例便秘患者精神心理类型分析	贾英田 ¹ 杨向东 ^{1*} 麻倩 ² 张迪 ³ 龚文敬 ⁴	271
参苓白术散治疗产后便秘的临床疗效观察	郝亮亮 ¹ 何涛宏 ²	275
电针配合气囊反馈疗法治疗痉挛性便秘 38 例	李红波	277
济川煎合当归补血汤治疗老年性便秘 50 例	王芳 ¹ 孔祥友 ² 尚锦秀 ³	278
学习刘佃温教授长强穴切挂加中药治疗排便障碍 29 例临床体会	河南省修武县中医院肛肠外科 闫国和	281
枳实槟榔汤联合中医推拿手法治疗功能性便秘 40 例	朱丹 ¹ 张锋 ²	282
自拟黄芪润肠颗粒结合 XN-SL 结肠水疗治疗慢传输型便秘 60 例疗效分析	赵京贤 马传玉	283
结肠宁治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的临床观察	河北省中医院肛肠科 许建成 杜红红 导师: 高记华	285
参苓白术散治疗脾虚型小儿便秘 47 例临床观察	姚秋园 ¹ 张志红 ² 导师: 于永铎 ¹	288
慢传输型便秘不同手术方法的临床疗效观察与评价	于永铎 刘铁龙 路越 李金龙	290
直肠癌早期诊断	符发年 张引兄	292
直肠肿瘤的误诊与防范	河南中医学院第三附属医院肛肠科 刘佃温	293
高清晰结直肠镜检查系统诊断直肠癌的重要作用	陕西省蒲城县中医院外科 王全平	294

加味四物汤治疗老年性晚期结直肠癌的临床研究	邓泽潭 邓萍萍	296
结直肠癌腹盆腔内活体征象与中医辨证分型相关性的临床研究	杨宗亮 ¹ 何永恒*	298
肛周间叶源性恶性肿瘤 1 例报告	董聿锟 曹波	304
肛周小细胞癌 1 例报告	陈勇 韦俊武	305
结直肠癌血清癌胚抗原、糖类抗原 19-9 表达水平及其临床价值探讨	乔峰妮 曹暂剑	306
经肛门内镜显微手术治疗直肠肿瘤的手术配合体会	付莉 ¹ 刘静 ²	309
直肠癌保肛手术后吻合口瘘的预防与处理	李相阳	311
电子高清晰直肠镜在避免直肠癌误诊中起到的作用	安徽省亳州市人民医院 樊平	314
非切除式肛垫提升复位固定技术的临床应用研究	张延德 周佳	315
无辜的受害者——浅谈肛门内括约肌切断术	吴盟	318
直肠异物取出 2 例及分析	何耀普 任建国 何向	321
多切口挂药线内口切除引流术治疗复杂性肛周脓肿 200 例临床分析	李毅忠 张冬 王俊	323
肛肠病术后疼痛的治疗进展	贺向东 张磊	326
80 例肛周脓肿脓液培养结果分析四川省泸州市人民医院 (646000)		
..... 牛苏剑 姚健 王顺和 卢家玉刘纪锋 王玉 穆云		329
经阴道行分离隔膜修复术联合个性化方案治疗直肠前突的体会	祝峰	330
双侧足三里新斯的明穴位注射治疗混合痔术后尿潴留疗效观察		332
肛裂合并直肠黏膜内脱 51 例治疗体会	肖兰福 李进忠 饶承淑 文海波 马超	336
XN 电子直肠镜、治疗仪加消痔灵注射术治疗直肠黏膜脱垂疗效分析	原晓梅	338
穴位按压缓解肛肠病术后尿潴留	陈凤鸣	339
中药灌肠配合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎疗效观察		
..... 山东省曹县人民医院中医痔瘡科 孔卫华		340
基于直肠脱垂病因再认识的新直肠脱垂注射法		
..... 长春中医药大学附属医院 周建华 李国峰		341
盒灸防治痔术后腹胀的临床疗效观察	杨洁 薛宇彤 邓杨	343
参麦注射液在 TST 术中的疗效观察	刘永霞	345
治疗肛肠疾病用熏洗法的临床观察	殷绪胜 龙娟萍 梁榆明 班玉凤 杨爱贞 张亮	346
子宫内膜异位症 1 例	陈勇 韦俊武	348
护 理		349
混合痔围手术期临床护理 300 例体会	李莲英	349
定期电话回访健康教育在肛肠专科中的应用	朱桂凤 陆海英 赵浩翔	350
1 例先天性无肛伴会阴缺损患儿的护理	陈凤鸣 屈玉华	352
中药熏洗治疗肛肠术后水肿的临床观察	薛宇彤	354
手术室病人安全管理	王羽桐	355
手术室护士长在安全管理中的作用	王淑英	357
肛肠疾病围手术期的优质护理	辽宁中医药大学附属第三医院 痔瘡二科 李轶	359
优质护理服务开展的体会	辽宁中医药大学附属第三医院 张慧慧	361
中医护理特色与实践在肛肠科应用	隋兴茹	362
中医护理技术对痔患者术后疼痛的超前干预的效果研究	屈玉华	364
浅谈肛肠手术后肛缘水肿的防治与处理		366
吻合器痔上黏膜环切术的护理	刘洪妹 王玲	368
自然排空法在痔病患者术前肠道准备的应用	刘静 邹莉 陈素平	370

名医学术思想

田振国教授治疗老年慢性便秘经验总结

隋楠 田振国

(辽宁中医药大学附属第三医院, 辽宁省肛肠医院)

田振国教授, 主任医师, 博士生导师, 从事肛肠病研究数十年, 学验俱丰, 医术高超, 享誉一方。尤其对老年慢性便秘的中医药治疗有独特的理论见解, 临床疗效颇佳, 身受同行和广大患者的赞誉。现试将田教授治疗老年慢性便秘的学术思想及临床经验整理如下。

一、病因病机

便秘是指粪便干结, 排便不尽感, 排便次数减少。关于便秘《内经》称为“大便难”, “便不利”。在《伤寒论》中有“阳结”, “阴结”及“脾约”名称, 其后又有“风秘”, “气秘”, “热秘”, “寒秘”, “湿秘”及“热燥”, “风燥”等说。《景岳全书》认为“其立名太烦, 又不确据”, 把便秘实际上分为阳实和阴虚两类。田教授认为便秘是多种疾病的一个症状, 病机错综复杂, 变化多端, 就年老体虚之人来说其根本原因就在于动力缺乏, 气机不畅。若机体受邪不畅, 或脏腑、气血、阴阳虚衰, 是凡影响大肠的传导功能, 均可致粪便排出不利, 发生便秘。本虚邪实贯穿于始终: 《内经》曰: “正气存内, 邪不可干, 邪之所凑, 其气必虚。”本虚主要表现为脏腑、气血、阴阳的虚损, 因虚致邪, 无力驱邪; 标实是指邪实糟粕, 浊气积聚体内不得以排出。

本病的病变部位主要在大肠。饮食入胃经过脾胃, 小肠等腐熟, 运化, 分清别浊, 清者吸收入体内, 浊者下传大肠, 排出体外是为大便, 整个过程约需 24 ~ 48 小时, 正如《儒门事亲·斥浪分支派》云: “胃为水谷之海, 日受其新以易其陈, 一日一便, 乃常度也。”《素问·录兰秘典论篇》曰“大肠者, 传导之官, 变化出焉”明确指出了大肠是大便暂时储存及排出之处。大肠要发挥正常的排便功能需要大肠阳气的温煦和阴血的濡养作用。只有当大肠阳气和阴血充足, 协调平衡才能发挥正常的排便作用, 否则当阳气亏虚和阴血不足时则会便秘难解。大肠为六腑之一, 泄而不藏也, 故气机调畅亦是排泄糟粕的条件, 否则, 大肠传导功能失常, 大便秘结难排。

田教授认为便秘病位虽在大肠, 但与肺、脾、肾、肝、心密切相关。正如《诸病源候论·大便难候》云: “大便难者, 由五脏不调, 阴阳偏有虚实, 谓三焦不和则冷热并结故也。”

大肠属胃家, 脾胃位居中焦, 为气机升降之枢纽, 脾(胃)主运化、传进。脾主升清, 胃主降浊, 大肠的传导功能实乃胃降浊功能的延伸, 而胃的降浊又与脾的升清功能密切相关, 亦即大肠传导功能有赖于脾的升清功能, 故脾胃失司、清阳不升、浊阴不降, 则大肠传导功能失常, 糟粕内停, 大便秘结难排。大肠的正常传导还必须依靠脾胃中气的推动。中气充盛, “津液盛, 则大便调和”; 中气虚弱, 传导乏力而气滞, 皆可形成便秘。

肺与大肠表里相合, 脏腑气化相通, 大肠得肺肃降之气而后传导排便。《医经精义·脏腑之官》曰: “大肠之所以能传导者, 以其为肺之腑。肺气下达, 故能传导。”肺气虚, 无力推运, 生便秘; 肺为水之上源, 肺阴耗伤, 津液不足, 大肠属阳明燥金, 喜润恶燥, 肠道失于濡养, 大便难。

“肝脉绕后阴”, 肝藏血, 主疏泄。机体脏腑, 器官的活动全赖于气的升降出入运动, 肝的疏泄

功能正常,则气血和调,脏腑,器官的活动就正常和调。肝失条达,气机不畅,传导失职则大便秘结。“小便属清道属气,大便属浊道属血”,《丹溪心法·燥结》认为便秘是由于血少,如说:“燥结血少不能润泽,理宜养阴。”肝藏血,贮藏血液,调节人体各部分血量的分配,若肝阴血不足不能下润大肠,肠道失润则便干。

肾主五液,开窍于二阴,司二便,大肠的传导亦与肾的气化功能有关。《杂病源流犀烛·大便秘结源流》指出:“大便秘结,肾病也。”《内经》曰:北方黑水,入通于肾,开窍于二阴,盖此肾主液,津液盛,则大便调和。《诸病源候论·大便难候》指出:“肾脏受邪,虚而不能制小便,则小便利,津液枯燥,肠胃干涩,故大便难。”

心为“君主之官”,心主血脉,心气充沛才能维持正常的血液运行,若心气不足,血脉不畅,血运障碍,无以推动,动力不足,大肠传送无力大便难。

脏腑功能衰弱导致便秘,便秘又是脏腑功能进一步衰败的重要因素。本病日久,虚实互见,寒热错杂,反复发作,缠绵难愈。

二、治疗特点

1. “以补通塞,以补治秘”的理论

《素问·阴阳应象大论》曰:“治病必求于本。”“治病必求于本”就是先审查疾病发生与发展的规律而从根本上治疗疾病,是辨证论治的一个主要原则。田教授认为老年便秘之本源为“虚”,正气虚。遂从老年便秘之本源“虚”入手,根据中医理论“虚则补之”的治疗原则,提出运用补益法治疗便秘,即“以补治秘”。《素问·至真要大论》提出“逆者正治,从者反治”,反治是顺从疾病假象而治的一种方法。便秘是具有闭塞不通症状的病症,临床上多是因虚而闭阻的真虚假实证,因此,单纯的攻下之法不可取,只有补益各脏之不足,用补益药配合少量润下药,标本兼顾方可奏效,即“以补通塞”。“以补通塞,以补治秘”理论正是中医治病求本原则的具体体现。

2. “调肝理脾健胃,补肺强肾养心,通腑润肠”的治法

田教授在本病的治疗上以中医理论为依据,辨证与辨病相结合,发挥出中医辨证治疗多角度、多层次的特长和优势。综合病人的临床表现、舌象、脉象,辨证分析,针对本病的病机提出调肝理脾健胃,补肺强肾养心,通腑润肠的具体治疗法则,和“秘而不通,通而不秘,扶本达标”的技术路线,灵活运用中药,科学配伍,形成自己独特的用药风格,在临床上取得了满意疗效。

2.1 调肝理脾健胃

肝藏血,肝阴肝血不足,不能下润大肠故大便秘结,血虚不上荣则面色无华,肝阴血虚,肝阳上亢则头晕目眩,阴血虚不能制阳而致烦躁易怒、口干渴,舌红少津,脉弦细,为肝阴血不足之象,故田教授指出治疗中应滋水涵木,润肠通便,以“增液行舟”,田教授常选用:当归、生地、白芍、玄参、首乌、柏子仁、郁李仁、桃仁、枳壳、甘草等。肝主疏泄,肝失疏泄,不能宣达,腑气通降失常故见大便秘结,欲便不得,腑气不通,气不下行则暖气频作,胸胁痞满。气机郁滞则腹胀。苔薄腻,脉弦为肝郁之象。故治疗中应疏肝清热,润肠通便,方药有:柴胡、香附、火麻仁、榔片、郁金、薄荷、丹皮、枳实、莱菔子、决明子、吴茱萸、肉蔻等。

脾胃代表脾、胃、大小肠的功能。脾主运化,为气血生化之源,机体生命活动的持续和气血津液的生化都有赖于脾胃运化水谷精微和中气的作用。中气不足者证见大便不畅,临厕努挣乏力,大便并不干硬,伴头晕倦怠,口淡无味,舌淡苔白,脉弱无力。应健脾益气,以“益气通幽”,理脾以达健运,充盈水谷精微。基本方:党参、黄芪、白术、陈皮、升麻、当归、木香、砂仁、甘草等。有学者认为白术补气健脾,燥湿利水用于治疗脾虚泄泻。田教授认为白术可用于治疗脾虚便秘。白术性苦温而燥,但无伤阴之虞。如《本草正义》中说:“白术最富脂膏,故虽苦温能燥,而亦滋津液,……万无伤阴之虞。”清朝王泰村《王旭高·医书六种》中云:“白术生肠胃之津液,大便硬是肠胃之津液

干枯，故加白术”。因脾主运化，脾虚大肠传导无力，使大便艰涩难通。用之临床，多有效验。伴食少纳呆者加麦芽、神曲、山楂。伴有腹胀加用莱菔子、榔片。莱菔子入脾胃经，下气，消食，用于食积气滞，胸闷腹胀，下痢后重，又可利大小便，助肺治喘^[4]。榔片：入脾、胃、大肠经，破积、下气，引水，治食积，脘腹胀痛，泻痢后重，《本草》“除一切风，下一切气，宣利五脏六腑雍滞，破坚满气，除瘤结。”

2.2 补肺强肾养心

肺为华盖，主一身之气，肺与大肠相表里，肺主宣发肃降，为水之上源。肺气郁闭，宣降失职，津液不能正常输布，则肠道津液亏少，形成上窍塞而下窍闭之大便涩滞，胸膈满闷，咳嗽，吐痰，喘憋，舌质淡，苔白腻或黄腻，脉沉滑。故肺气郁闭者应宣降肺气，“开上窍以通下窍”，即“提壶揭盖”法。补肺以助百脉，强壮大肠功能，调节排泻，以助通畅。田教授常用黄精、瓜蒌仁、杏仁、枳壳、升麻、苏子、桔梗、甘草、陈皮、薤白、苏梗等，使肺气足而魄门启闭有度。此下病治上之法，亦腑病治脏之法也。田教授推崇瓜蒌仁一味，此药入肺，大肠经，润肺、散结、滑肠，《饮片新参》记载：“瓜蒌仁治老年或病后之肠结便秘。”

肾司二便，为先天之本，元阴元阳之府。肾助胃行其津液，肾精不足则肠道津枯，失于传导；肾阳气虚衰，寒自内生，肠道传送无力，故大便艰涩，排出困难，肾阴不足，阴液枯涸，无以行舟则便干。腰为肾之府，故腰膝酸软。阴寒内盛，气机阻滞，故腹中冷痛，喜热怕冷，肾阳虚温煦无权，膀胱气化不利，故小便清长。治易补肾通便。强肾以助元气，增加排泻动力。补肾精温肾阳使阳光温煦而阴凝得解则便通，补肾精滋肾阴使津液濡润则便解。同时在潜方用药中注意调节阴阳平衡，以免矫枉过正，以体现“善补阳者必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者必于阳中求阴，则阴得阳生而泉源不断。”的道理。田教授常用肉苁蓉、牛膝、山芋肉、黑芝麻、附子、肉桂、当归、桑椹、首乌、枸杞子、菟丝子、仙灵脾等，临床效果颇佳。此法之妙，全在不润大肠而补肾，盖大肠居于下流，最难独治，必须从肾经以润之。本法与一般通便药只能暂时缓解症状不同，而重在扶正固本，且远期疗效巩固，值得推广应用。田教授善用肉苁蓉通便，此药入肾、大肠经，补肾、益精、润燥、滑肠，治血枯便秘，《本经》记载其“主五劳七情，补中、养五脏、强阴、益精气。”

心生血主血脉，心气虚，鼓动无力，动力缺乏，血运障碍，无以推动，大肠传送无力，故大便难出，心气不足，心失所养则心悸，动则汗出，舌淡苔白，脉细无力为心气虚之象。治应养心润肠，以当归、黄精、柏子仁、枣仁、甘草、桃仁、瓜蒌、薤白等为基础加减养心气润肠燥使大便通。田教授最欣赏黄精一味，此药味甘性平，入脾、肺、心经，益心气养脾阴，化生气血，能补通运^[5]。“补中气，安五脏，益脾胃”，故前人有“黄精代参芪”之说。《本经逢原》：“黄精，宽中益气，调和五脏，肌肉充盛，补髓强肾。”田教授还认为“久病入络”、大便长期秘结往往导致肠道局部血行不畅。血行不畅刺导致气机升降功能失调从而加重便秘。这样恶性循环往往使便秘缠绵难愈，所以组方中配合活血祛瘀药物也是很必要的。方中配合桃仁、红花、丹参、赤芍等既活血又润肠，从而协调肠道传导通便作用。

2.3 通腑润肠

田教授治疗便秘很注重维护人体的正气，注重保持阴阳平衡，符合中医理论“正气存内，邪不可干”的辨证思想。但便秘为有形之邪引起的病证，《素问·至真药大论》曰：“其实者，散而泻之”“其下者，引而竭之”“留者攻之”等原则。以泻下法为治，使腑气通畅，气血调和。因此，配合通下药亦十分重要。若里实甚，病势急，可用峻下，如大黄，芒硝；大黄：入胃、大肠、肠经，泻热毒，破积聚，行瘀血，治实热便秘，谵语发狂，食积痞满，荡涤肠胃，推陈致新，通利水谷，调和化食，安和五脏。大黄以疗顽固之秘疾，实者用大黄，虚者用酒军。里实不甚，病势不急，可用缓下，如火麻仁，郁李仁；里实甚，病势急，但又正气虚弱者，治疗时就应考虑邪正两方面，单纯攻邪则正气不支，纯用补正则邪气愈盛，根据“实者泻之”“虚者补之”原则，泻实扶虚。泻下剂易伤胃气，得效即止，慎勿过剂。

3. 预防及调护

田教授认为预防之法，首要在于消除病因。避免过度煎炒，酒类，辛辣等刺激食物。田教授在运用中医辨证，中药治疗的同时还根据中医的养生理论指导病人养成科学的饮食习惯，适当增加流质及纤维素较高的食物，如水果、芹菜、韭菜、白菜等，多食黑芝麻、蜂蜜，植物油等润滑肠道的食物，多饮水。生活起居避免久坐少动，宜多运动，劳逸结合以流通气血；养成良好的生活习惯和排便习惯，调畅情志，共奏治秘之功。

4. 典型病案举例

例：魏某，女，65岁，初诊2010年1月9日

主诉：排便困难四年

现病史：患者自述四年前无明显诱因出现大便困难，6~7日一行，需服番泻叶或肛注开塞露方可排出，先干后成形，便条细，量少，无脓无血，伴腹胀，恶寒喜热，食欲不振，睡眠差。舌淡胖苔白，脉沉缓尺弱。

西医诊断：结肠慢传输型便秘

中医诊断：便秘（脾肾阳虚型）

治法：温补脾肾，润肠通便

处方：黄精 30g 决明子 20g 肉苁蓉 30g 白术 20g
厚朴 20g 滑石 20g 吴茱萸 15g 肉豆蔻 15g
山楂 20g 麦芽 15g 莱菔子 20g 瓜蒌仁 20g
枣仁 15g 枳壳 20g 榔片 20g 肉桂 15g

上方每剂水煎取150ml，分3次口服，每日1剂。

二诊：15日后，患者自述服药后有便意感，大便3~4日一行，偶尔需用开塞露，先干后成形，便条增粗，便量增加，腹胀缓解，食欲增加，睡眠差，舌淡胖苔白，脉沉缓尺弱。上方加枳实15g 郁李仁15g 桃仁15g 龙牡各20g 珍珠母20g。

三诊：15日后，患者自述大便2~3日一行，便意感明显，成形质软，无明显腹胀及恶寒，饮食，睡眠好转。舌淡苔白，脉沉。改用养荣润肠舒100ml日3次口服，15日后复诊时患者无明显不适，继服一周以巩固疗效。随访至今未复发。

5. 结语

田振国教授在治疗便秘中运用中医的辨证思维方法，抓住疾病的本质，标本兼治，扶正去邪，达到“以补通塞，以补治秘”之功，使机体功能恢复正常，便秘得以解决。

参考文献：略。

田振国教授治疗肉芽肿性结肠炎经验

胡占起 田振国

（辽宁中医药大学附属第三医院，辽宁省肛肠医院）

田振国教授，辽宁省名中医，主任医师，博士生导师，国务院特殊津贴享受者，国家局级重点学科、重点专科学科及学术带头人，从医40余年，学贯中西，治验颇丰，愈人无数。在临证中形成了自己独特的风格，尤其擅长治疗大肠炎性疾病。笔者在跟师学习的过程中，经常得到导师点播，导师对病人进行辨证施治，解决了很多病人的痛苦。现将其治疗肉芽肿性结肠炎的经验总结如下，以飨

同道。

肉芽肿性结肠炎又称克罗恩病,是一种病因尚不十分清楚的慢性复发性的局限性的结肠炎性疾病。根据本病的发病特点及临床表现,田师将其归属于中医腹痛、肠痛范畴,治疗上以“通”字立法。田师认为,所谓“通”并非单指通利攻下而言,实际上包括了一切正治之法,即“通则不痛”。如“宣通气血”、“调气和血”、“理气降逆”、“益气健脾”及“散寒温阳”等皆是。临床治疗多从虚实两纲着手,实证重在祛邪疏导,虚证当以温阳益气。

1. 寒邪内阻

中医认为,风寒之邪,侵入腹中,则寒凝气滞,经脉受阻,不通则痛。正如《素问·举痛论篇》曰:“寒气客于肠胃,厥逆上出,故痛而呕也。寒气客于小肠,小肠不得成聚,故后泄腹痛矣。”《灵枢·邪气脏腑病形》曰:“大肠病者,肠中切痛而鸣濯濯,冬日重感于寒即泄,当脐而痛。”此型病例可见腹痛急暴,得温则减,遇冷则增,喜踞卧,大便溏薄或正常,小便清利,舌淡苔白,脉沉紧。田师认为,外受寒邪或过食生冷,寒邪内阻,阳气不运,气机不畅,不通则痛;寒得温则散,遇冷则凝结更甚;若中阳未伤,运化尚健,则大便正常;若中阳受伤,运化失健,则大便溏薄。舌脉均为寒邪内蕴之像。治当温中散寒。方用正气天香散加减,药用:香附 15g,乌药 10g,紫苏 10g,干姜 5g,陈皮 15g,吴茱萸 10g,延胡索 15g。

2. 湿热壅滞

中医认为,伤于暑热,或寒邪不解,郁而化热,或湿热壅滞,以致传导失职,腑气不通而致疼痛,即《素问·举痛论篇》曰:“热气留于小肠,肠中痛,瘴热焦渴,则坚干不得出,故痛而闭不通矣。”此型病例可见腹胀痛而拒按,大便秘结或溏滞不爽,小便短赤,自汗,烦渴引饮,舌苔黄腻,脉濡数。田师认为,湿热壅滞,腑气不通,不通则痛;湿热阻滞气机,大肠传导失常,故大便秘结或溏滞不爽;热伤阴液则烦渴引饮;热邪迫津外溢则自汗。治当泄热通腑。方用大承气汤加减,药用:芒硝 10g,枳实 15g,大黄 10g,厚朴 15g,黄柏 15g,苍术 15g,牛膝 15g,砂仁 10g,甘草 10g。

3. 饮食积滞

中医认为,暴饮暴食、恣食肥甘厚腻及辛辣、误食馊腐,均可损伤脾胃,腑气通降不利而发生腹痛。如《素问·痹论篇》曰:“饮食自倍,肠胃乃伤。”《脉因证治·心腹痛》曰:“有死血食积湿痰结滞,妨碍升降故痛。”此型病例可见脘腹疼痛胀满而拒按,恶食,噎腐吞酸,或痛而欲泻,泻后痛减,舌苔腻,脉滑实。田师认为,食滞胃肠,气机阻滞,故脘腹胀痛而拒按;宿食不化,浊气上逆,故恶食,噎腐吞酸;食阻气机,运化失常,故痛而欲泻;泻后有形食滞得除,气机稍畅,故痛减。治当消食导滞,行气止痛。方用枳实导滞丸加减,药用:枳实 10g,大黄 10g,白术 15g,黄连 10g,茯苓 10g,泽泻 10g,黄芩 10g,神曲 15g,木香 10g,延胡索 10g。

4. 中虚脏寒

中医认为,素体脾阳不振,或过服寒凉,损伤脾阳,寒湿内停,渐致脾阳衰惫,气血不足,不能温养脏腑而致腹痛。正如《诸病源候论·久腹痛》说:“久腹痛者,脏腑虚而又寒,客于腹内,连滞不歇,发作有时。发则肠鸣而腹绞痛,谓之寒中。”此型病例可见腹痛绵绵,时作时止,喜温喜按,饥饿及劳累后加重,便溏或泄泻,多兼疲劳、气短、怯寒,舌淡苔白,脉沉细。田师认为,中虚脏寒、阳气不运,腹部失去温养,故绵绵而痛,时作时止;气虚为阳虚之基,饥饿和疲劳后更甚;脾阳不振,运化无权,水湿内停,故便溏或泄泻;神疲气短为中气不足之征。治当温中补虚,和里缓急。方用小建中汤加减,药用:白芍 25g,桂枝 15g,生姜 5g,甘草 10g,大枣 7 枚,白术 15g,茯苓 15g,延胡索 10g。

5. 气滞血瘀

中医认为,抑郁恼怒,肝失调达,或忧思伤脾,或肝郁克脾,肝脾不和,气机不利,腑气通降不

顺而发腹痛；或气滞日久，血行不畅，气滞血瘀，腹中络脉瘀阻而致腹痛。如《证治汇补·腹痛》谓：“暴触怒气，则两胁先痛而后入腹。”此型病例可见脘腹或胁下胀痛，攻窜不定，痛引少腹。得嗳气或矢气则痛减，遇恼怒或忧思过度则痛剧，舌苔薄，脉弦细；痛久则痛处不移，舌紫黯或有瘀斑，脉弦或涩。田师认为，肝气郁结，不通则痛，故脘腹或胁下胀痛；气属无形，气滞则气机升降失调，故疼痛攻窜不定；少腹为肝经循行部位，肝郁气滞，故见痛引少腹；嗳气、矢气后气机稍得疏通，故痛减；恼怒、忧思则气结更甚，故痛剧；气滞日久则致血瘀，瘀属有形，故痛处不移。治当疏肝调气，活血化瘀。方用柴胡疏肝散加减，药用：陈皮 10g，柴胡 10g，川芎 10g，枳壳 15g，白芍 20g，香附 15g，炙甘草 10g，延胡索 15g，没药 10g，蒲黄 10g，五灵脂 10g。

6. 病案举例

赵某，女，40岁，2013年8月23日以“腹痛伴黏液稀便4年，加重1个月”来诊。刻诊：腹痛绵绵，时作时止，以右下腹为重，喜温喜按，大便日4~5次，质稀带黏液，食欲不振，夜眠欠佳，伴疲劳、畏寒，病来身体逐渐消瘦，舌淡苔白，脉沉细。经电子结肠镜检查示：回盲部及升结肠可见散在的纵行溃疡伴结节样肉芽肿，呈节段性分布，病变部分之间黏膜正常。同时取病变组织活检示：非干酪坏死性肉芽肿，肠黏膜破坏，溃疡形成，黏膜下层高度增宽，腺间质及坏死处淋巴组织增生，以小淋巴细胞为主，浸润、破坏血管。田师根据其临床表现及辅助检查诊断为肉芽肿性结肠炎，中医按腹痛的中虚脏寒型辨治。以小建中汤加减，药用：黄精 30g，白芍 25g，桂枝 15g，党参 20g，吴茱萸 15g，白术 15g，茯苓 15g，延胡索 10g，酸枣仁 20g，大枣 12枚，生姜 15g，甘草 15g。每剂煎 300mL，每次服 100mL，1天服 3次。同时用本院自制的通灌汤及止血灌肠散保留灌肠，1天2次。2013年9月1日二诊：腹痛减轻，大便日2~3次，质仍稀，黏液量减少，饮食及睡眠好转，舌淡苔略厚腻，脉沉细。原方去党参，加泽泻 15g。余法不变。2013年9月15日三诊：腹痛明显减轻，大便日2~3次，成形通畅，无黏液，舌淡苔白脉沉有力。停灌肠，原方茯苓减为 10g，泽泻减为 10g，继服 15剂，患者未再来诊，电话随访，效果良好。

田师在临证时精研医典，勤求古训，博采众方，并结合自己多年临床经验，对肉芽肿性结肠炎进行辨证施治，取得了良好的临床疗效。同时，田师严谨治学、精益求精、实事求是的工作作风也是我们后学继续钻研、探求新知的动力。

曹吉勋教授自体肛门括约肌紧缩术治疗肛门失禁简述

陈敏 黄德铨 曹吉勋

(成都中医药大学附属医院 四川 成都 610072)

至少4岁以上患者，至少1月以上有反复发生的不能控制的排便即为肛门失禁^[1]。肛门失禁患者存在持续性或反复发作的不能感知肠内容物性状或不能控制肠内容物的排出，包括液态、气态、固态的肠内容物^[2]。肛门失禁并不威胁生命，但给日常生活造成不便，严重影响患者的生存质量。人群中的肛门失禁发病率报告差异很大，据美国的一项大规模调查，普通人群中高达7.1%的人被报告有不同程度的肛门失禁，失禁率随着年龄增大和精神生理状态的下降而上升^[3]。国内缺乏本病的大规模的临床调查。

1. 肛门失禁发病原因

粪便干湿度、直肠顺应性、直肠的感觉功能、肛门括约肌的完整性以及精神意识状态等在维持肛门自制中均起重要作用。其中的任何一项或多项因素受损都可能导致肛门失禁。产伤、肛门直肠手术、肛周疾病等造成括约肌损伤，长期腹泻、肿瘤、放疗、克隆氏病等可破坏括约肌功能；长期便秘

蹲厕努挣导致盆底过度牵拉造成阴部神经变性等均可导致肛门失禁。现有的检查手段未能发现明确病因的肛门失禁称为特发性肛门失禁^[4~5]。特发性肛门失禁无括约肌损伤史,表现为内、外括约肌功能不良,会阴神经传导潜伏期延长^[6]。

2. 肛门括约肌紧缩方法的开创及应用

肛门括约肌紧缩方法由 Thiersch 教授首创,手术采用银丝环植入法治疗肛门失禁。后多数医家采用银丝、烙制线、硅胶圈植入肛门括约肌周围皮下组织,以使松弛的肛门括约肌缩紧,从而治疗肛门失禁,取得一定的临床疗效。

解放初期,肛门括约肌紧缩方法治疗肛门失禁在我国也有所开展,植入肛门括约肌皮下的材质有所不同。北京二龙路医院(现北京市肛肠医院)的著名肛肠专家卢克杰教授的肛门紧缩术,采用 8 号丝线植入肛周括约肌皮下以治疗肛门失禁;哈尔滨市的孙福庆教授采用自体的骶尾韧带植入肛门括约肌周围皮下,以达到缩紧肛门括约肌的目的;成都中医药大学附属医院的曹吉勋教授采用银丝、骶肌膜植入肛门括约肌皮下以治疗肛门失禁。这些方法近期疗效可,不足之处是远期疗效较差,复发率高,且可出现线断裂、粪嵌顿、感染、疼痛等并发症。

1962 年我国正值荒年,人民营养差,普遍消瘦,过度消瘦可使得坐骨直肠窝内脂肪消失,使直肠失去周围支持固定作用,括约肌群收缩力也减弱,直肠容易自肛门口脱出,直肠脱垂发病率高,且多数伴有肛门失禁。采用以上肛门紧缩方法治疗失败率高。

我们采用自体肛门括约肌紧缩方法,利用括约肌本身肌束的缩小,紧缩肛门以恢复肛管的收缩、舒张功能,这种自体的肛门括约肌紧缩法还有一个优点,就是可促使肛门向前移位,这样也增加了盆底的扶托力,远期疗效良好,弥补了以上疗法之不足。

3. 自体肛门括约肌紧缩术适应症

成人完全直肠脱垂的肛门失禁,老年肛门失禁。

4. 自体肛门括约肌紧缩术操作方法

4.1 麻醉方法:腰俞穴麻醉、骶管麻醉、腰麻。

4.2 手术步骤

麻醉显效后转截石位,常规消毒铺巾,消毒肛管及直肠下段。沿肛周 3、9 点位,距肛缘 0.5 ~ 1cm 处作“V”形切口,用阿力氏钳夹住皮瓣向上牵拉,分离皮瓣,暴露肛门外括约肌及肛门后三角间隙。

将松弛的外括约肌皮下层及深层括约肌肌束,用阿力氏钳向下牵拉。用 1 号丝线缝合 3 ~ 4 针,闭合部分括约肌及肛门后三角间隙,使肛门向前移位。再将皮肤层作全层缝合,肛门大小以肛管内可伸入 1 横指半——2 横指为宜。最后将前壁多余的皮瓣切除,使肛管内切口对合良好,缝合 1 到 2 针。肛管内插入油纱条压迫,外敷纱布,用宽胶布固定。

参考文献:略。