



中 华 中 医 药 学 会

ZYYXH/T322~341-2012

中医肛肠科常见病诊疗指南

Guidelines for Diagnosis and Treatment of Common
Diseases of Coloproctology in Traditional Chinese Medicine

2012-07-01 发布

2012-08-01 实施

中国中医药出版社

中华中医药学会
中医肛肠科常见病诊疗指南
ZYYXH/T322~341—2012

*

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路28号易亨大厦16层
邮政编码100013

网址 www.cptcm.com

传真 010 64405750

三河西华印务有限公司印刷
各地新华书店经销

*

开本 880 × 1230 1/16 印张 4.25 字数 122 千字
2012年7月第1版 2012年7月第1次印刷

*

书号 ISBN 978-7-5132-0318-0 定价 23.00 元

*

如有质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 84042153

书店网址 csln.net/qksd/

ISBN 978-7-5132-0318-0



9 787513 203180 >

前 言

《中医肛肠科常见病诊疗指南》(以下简称《指南》)包括痔、肛裂、肛管直肠周围脓肿、肛痿、肛门瘙痒症、肛门湿疹、肛隐窝炎、直肠脱垂、直肠内脱垂、直肠阴道痿、肛周克罗恩病、结肠慢传输型便秘、直肠前突、儿童功能性便秘、肛门直肠损伤、盆底失弛缓综合征、结肠癌、直肠癌、骶尾部藏毛窦、骶尾部畸胎瘤等20个部分。

本《指南》由中华中医药学会提出并发布。

本《指南》由中华中医药学会肛肠分会归口。

本《指南》由辽宁中医药大学附属第三医院负责起草,北京长青肛肠医院、北京中医药大学东方医院、中国中医科学院广安门医院、南京中医药大学附属第三医院、上海中医药大学附属龙华医院、山东中医药大学附属医院、湖南中医药大学附属第二医院、河南中医学院第一附属医院、西安市肛肠医院、哈尔滨市中医医院、长春中医药大学附属医院参加起草。

本《指南》主要起草人:田振国、韩宝、张燕生、何永恒、贺向东、周建华、刘佃温、柳越冬、张虹玺。

本《指南》起草人(按疾病顺序排列):李国栋(痔),田振国、柳越冬(肛裂),田振国、张虹玺(肛管直肠周围脓肿),贺向东(肛痿),姜春英(肛门瘙痒症),姜春英(肛门湿疹),姜春英(肛隐窝炎),韩宝、赵宝明(直肠脱垂),杨东生(直肠内脱垂),刘佃温(直肠阴道痿),曹永清(肛周克罗恩病),丁义江、丁曙晴(结肠慢传输型便秘),周建华(直肠前突),丁义江(儿童功能性便秘),张燕生(肛门直肠损伤),刘佃温、宋光瑞(盆底失弛缓综合征),何永恒、张国胜(结肠癌),何永恒、凌光烈(直肠癌),刘佃温(骶尾部藏毛窦),刘佃温(骶尾部畸胎瘤)。

引 言

1 范围

本《指南》规定了痔的诊断、辨证、治疗。

本《指南》适用于痔的诊断和治疗。

2 术语和定义

《中医肛肠科常见病诊疗指南》(以下简称《指南》)的编写目的在于规范肛肠科常见病症的中医临床诊断、治疗,为临床中医师提供肛肠科常见病症中医常规处理策略与方法,全面提高肛肠科常见病症的中医临床疗效和科研水平。本《指南》的编写遵循科学性、实用性、严谨性原则,符合医疗法规和法律要求,具有指导性、普遍性和可参照性,可作为临床实践、诊疗规范和质量评定的重要参考依据。

本《指南》是国家中医药管理局政策法规与监督司立项的标准化项目之一。2009年9月,《指南》正式立项。2009年10月,在西安市召开的“全国第十三次中医肛肠学术交流大会”上,中华中医药学会肛肠分会专家讨论确定了《指南》的编写计划、编写体例和编写工作程序等。2009年11月~2010年4月,专家组成员完成《指南》初稿。其间,专家完成《指南》的第一轮和第二轮问卷调查。2010年5月下旬,在沈阳召开的国家中医药管理局中医药标准化项目《指南》定稿会上,专家组成员对《指南》相关内容进一步审订和统一。2011年7月26日在北京通过了全国中医标准化技术委员会的终审。此后,根据终审意见,经过反复认真修改,于2012年6月形成定稿。

I度:便时带血,滴血,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:可有便血,排便或久咳及负重、劳累、负重时有痔脱出,需用手还纳。

IV度:可有便血;痔持续脱出或还纳后又出血。

外痔的主要症状是肛门口有软组织团块,可有肛门不适、潮湿、瘙痒或异物感,如发生血栓及炎症,可有疼痛。

混合痔主要表现为内痔和外痔的症状同时存在,严重时表现为环状痔脱出。

3.1.3 体征

3.1.3.1 肛门视诊

肛门视诊可检查有无内痔脱出,肛门周围有无静脉曲张性外痔、血栓性外痔及脱肛。必要时可行蹲位检查,观察脱出内痔的部位、大小和有无出血以及痔黏膜有无充血水肿、糜烂和溃疡。

3.1.3.2 肛管直肠指诊

肛管直肠指诊是重要的检查方法。I、II度内痔指诊时多无异常;对反复脱出的III、IV度内痔,指诊有时可触及齿状线上的纤维化痔组织。肛管直肠指诊还可以排除肛管直肠肿瘤和其他疾病。

3.1.3.3 肛门直肠镜

肛门直肠镜可以明确内痔的部位、大小、数目和内痔表面黏膜有无出血、水肿、糜烂等。

3.1.4 实验室检查

3.1.4.1 大便隐血试验

这是排除全身性疾病的常用筛查手段。

3.1.4.2 结肠镜检查

以便血症状者、有消化道肿瘤家族史或本人有息肉病史者,年龄超过50岁者,大便隐血试验阳性以及怀疑结直肠癌的患者,建议行结肠镜检查。

目次

前言	(I)
引言	(III)
ZYXXH/T322 - 2012 痔	(1)
ZYXXH/T323 - 2012 肛裂	(5)
ZYXXH/T324 - 2012 肛管直肠周围脓肿	(7)
ZYXXH/T325 - 2012 肛瘘	(10)
ZYXXH/T326 - 2012 肛门瘙痒症	(14)
ZYXXH/T327 - 2012 肛门湿疹	(16)
ZYXXH/T328 - 2012 肛隐窝炎	(18)
ZYXXH/T329 - 2012 直肠脱垂	(20)
ZYXXH/T330 - 2012 直肠内脱垂	(24)
ZYXXH/T331 - 2012 直肠阴道瘘	(28)
ZYXXH/T332 - 2012 肛周克罗恩病	(31)
ZYXXH/T333 - 2012 结肠慢传输型便秘	(33)
ZYXXH/T334 - 2012 直肠前突	(36)
ZYXXH/T335 - 2012 儿童功能性便秘	(39)
ZYXXH/T336 - 2012 肛门直肠损伤	(41)
ZYXXH/T337 - 2012 盆底失弛缓综合征	(45)
ZYXXH/T338 - 2012 结肠癌	(48)
ZYXXH/T339 - 2012 直肠癌	(53)
ZYXXH/T340 - 2012 骶尾部藏毛窦	(57)
ZYXXH/T341 - 2012 骶尾部畸胎瘤	(59)

痔

1 范围

本《指南》规定了痔的诊断、辨证、治疗。

本《指南》适用于痔的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本《指南》。

痔 hemorrhoids

痔包括内痔、外痔、混合痔。内痔是由血管静脉丛扩张、纤维支持结构松弛、断裂而形成的肛垫移位及病理性肥大形成的软团块；外痔是由肛周皮下血管扩张、炎性肿胀而隆起的软团块；混合痔则是内痔与外痔相对应部位的融合。痔的形成主要与排便困难、腹泻、低膳食纤维饮食、怀孕、遗传、年龄、解剖学等因素有关。属于中医“内痔”、“外痔”、“内外痔”、“牡牝痔”范畴。

3 诊断

3.1 诊断要点

3.1.1 分类

痔分为内痔、外痔、混合痔。

3.1.2 临床症状

内痔的主要症状是出血和脱出，可并发血栓、嵌顿、绞窄及排便困难。根据内痔的症状，其严重程度分为4度。

I度：便时带血、滴血，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：可有便血；排便或久站及咳嗽、劳累、负重时有痔脱出，需用手还纳。

IV度：可有便血；痔持续脱出或还纳后易脱出。

外痔的主要症状是肛门部有软组织团块，可有肛门不适、潮湿、瘙痒或异物感，如发生血栓及炎症，可有疼痛。

混合痔主要表现为内痔和外痔的症状同时存在，严重时表现为环状痔脱出。

3.1.3 体征

3.1.3.1 肛门视诊

肛门视诊可检查有无内痔脱出，肛门周围有无静脉曲张性外痔、血栓性外痔及皮赘。必要时可行蹲位检查，观察脱出内痔的部位、大小和有无出血以及痔黏膜有无充血水肿、糜烂和溃疡。

3.1.3.2 肛管直肠指诊

肛管直肠指诊是重要的检查方法。I、II度内痔指检时多无异常；对反复脱出的III、IV度内痔，指检有时可触及齿状线上的纤维化痔组织。肛管直肠指诊还可以排除肛管直肠肿瘤和其他疾病。

3.1.3.3 肛门直肠镜

肛门直肠镜可以明确内痔的部位、大小、数目和内痔表面黏膜有无出血、水肿、糜烂等。

3.1.4 实验室检查

3.1.4.1 大便隐血试验

这是排除全消化道肿瘤的常用筛查手段。

3.1.4.2 全结肠镜检查

以便血就诊者，有消化道肿瘤家族史或本人有息肉病史者，年龄超过50岁者，大便隐血试验阳性以及缺铁性贫血的痔患者，建议行全结肠镜检查。

3.2 鉴别诊断

即使有痔存在，也应该注意与结直肠癌、肛管癌、息肉、直肠黏膜脱垂、肛周脓肿、肛痿、肛裂、肛乳头肥大、肛门直肠的性传播疾病以及炎性肠病等进行鉴别。

4 辨证

4.1 风伤肠络证

大便滴血、射血或带血，血色鲜红，大便干结，肛门瘙痒，口干咽燥，舌红，苔黄，脉浮数。

4.2 湿热下注证

便血色鲜红，量较多，肛门肿物外脱、肿胀、灼热疼痛或有滋水，便干或溏，小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉浮数。

4.3 气滞血瘀证

肿物脱出肛外、水肿，内有血栓形成，或有嵌顿，表面紫暗、糜烂、渗液，疼痛剧烈，触痛明显，肛管紧缩，大便秘结，小便不利，舌质紫暗或有瘀斑，脉弦或涩。

4.4 脾虚气陷证

肿物脱出肛外，不易复位，肛门坠胀，排便乏力，便血色淡，面色少华，头晕神疲，食少乏力，少气懒言，舌淡胖，苔薄白，脉细弱。

5 治疗

5.1 治疗原则

无症状的痔无需治疗。痔的治疗目的重在消除、减轻其症状。解除痔的症状较改变痔体的大小更有意义，应视为治疗效果的评价指标之一。

5.2 分证论治

5.2.1 风伤肠络证

治法：凉血祛风。

主方：凉血地黄汤（《脾胃论》）加减。

常用药：地黄、当归、地榆、槐角、黄连、天花粉、升麻、枳壳、黄芪、荆芥、侧柏炭、生甘草。

5.2.2 湿热下注证

治法：清热燥湿。

主方：槐花散（《普济本事方》）加减。

常用药：槐花炭、侧柏炭、地榆炭、当归、荆芥炭、地黄、槐角、甘草。

5.2.3 气滞血瘀证

治法：活血消肿。

主方：活血散瘀汤（《外科正宗》）。

常用药：当归、赤芍、桃仁、大黄、川芎、牡丹皮、枳壳、瓜蒌、槐角、地榆、槟榔。

5.2.4 脾虚气陷证

治法：益气升提。

主方：补中益气汤（《脾胃论》）加减。

常用药：黄芪、党参、白术、陈皮、当归、升麻、柴胡、赤石脂、槐角、地榆、炙甘草。

5.3 中成药

5.3.1 马应龙麝香痔疮膏：适用于痔肿痛。

5.3.2 地榆槐角丸：适用于痔出血及肿痛。

5.4 中药外治

包括栓剂、乳膏、洗剂。中药煎水坐浴可消肿止痛、燥湿止痒。中药常用药有：五倍子、芒硝、

冰片、明矾、大黄、黄连、黄芩、黄柏、苦参、三七、珍珠、荆芥、无花果叶等。

5.5 西药治疗

5.5.1 局部药物治疗

含有角菜酸黏膜修复保护和润滑成分的栓剂、乳膏对痔具有较好的治疗作用。含有类固醇衍生物的药物可在急性期缓解症状，但不应长期和预防性使用。

5.5.2 全身药物治疗

常用药为静脉增强剂，如微粒化纯化的黄酮成份、草木犀流浸液片、银杏叶萃取物等，可减轻内痔急性期症状，但数种静脉增强剂合用无明显优越性；抗炎镇痛药能有效缓解内痔或血栓性外痔所导致的疼痛。

5.6 手术治疗

5.6.1 适应证

Ⅱ度内痔伴出血严重者，或内痔已发展至Ⅲ度或Ⅳ度，或急性嵌顿性痔、坏死性痔、混合痔以及症状和体征显著的外痔。

5.6.2 手术方式

5.6.2.1 注射疗法

黏膜下层硬化剂注射是常用治疗内痔的有效方法，主要适用于Ⅰ、Ⅱ度内痔，近期疗效显著。并发疼痛、肛门部烧灼感、组织坏死溃疡或肛门狭窄、痔血栓形成、黏膜下脓肿与硬结。外痔及妊娠期痔应禁用。

5.6.2.2 结扎疗法

用丝线或药制丝线、纸裹药线缠扎在痔核的根部，使痔核坏死脱落，创面经修复而愈。

5.6.2.3 器械治疗

胶圈套扎疗法：适用于各度内痔和混合痔的内痔部分，尤其是Ⅱ、Ⅲ度内痔。套扎部位在齿状线上区域，并发症有直肠不适与坠胀感、疼痛、胶圈滑脱、迟发性出血、肛门皮肤水肿、血栓性外痔、溃疡形成、盆腔感染等。

物理治疗：包括激光治疗、冷冻疗法、直流电疗法和铜离子电化学疗法、微波热凝疗法、红外线凝固治疗等。主要适应证为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ度内痔。主要并发症有出血、水肿、创面愈合延迟及感染等。

5.6.2.4 痔切除术

原则上应将痔核完全或部分切除，常用手术方式包括：外剥内扎创面开放式（Milligan - Morgan）手术，创面半开放式（Parks）手术，创面闭合式（Ferguson）手术，外剥内扎加硬化剂注射术。术中应注意合理保留皮肤桥、黏膜桥，其对缩短创面愈合时间有重要作用。

5.6.2.5 痔上黏膜环切钉合术

用吻合器经肛门环形切除部分直肠黏膜和黏膜下组织。适用于环状脱垂的Ⅲ、Ⅳ度内痔和反复出血的Ⅱ度内痔。术后应注意防治出血、肛门坠胀、狭窄、感染等并发症。

5.6.2.6 多普勒引导下的痔动脉结扎术

利用多普勒专用探头，于齿状线上方2~3cm探测到痔上方的动脉，直接进行结扎，阻断痔的血液供应，以达到缓解症状的目的。适用于Ⅱ~Ⅳ度内痔。

5.6.2.7 其他手术

对Ⅰ、Ⅱ度出血性内痔伴内括约肌处于高张力状态的患者，可采用针对肛门内括约肌的手术方式，包括手法或借助球囊装置进行扩肛和肛门内括约肌后位或侧位切开术。并发症主要有肛管黏膜撕裂、黏膜脱垂、肛门失禁等。

5.6.3 术后并发症的防治

5.6.3.1 出血

各种痔手术都有发生出血的可能，部分患者手术后可有迟发性出血。应注意手术中严密止血和术后观察，必要时需手术止血。

5.6.3.2 尿潴留

术前排空膀胱，控制输液量和输液速度，选择合适的麻醉方式，可预防尿潴留的发生。如发生尿潴留，可采用针刺关元、三阴交、至阴穴，还可用耳压、中药内服的方法治疗，必要时可导尿。

5.6.3.3 疼痛

采用局部黏膜保护剂和镇痛药可减轻痔手术后疼痛。中药熏洗可活血消肿止痛，还可采用针刺龈交、二白、白环俞或肛周电刺激治疗。

5.6.3.4 肛缘水肿

采用坐浴、药物外敷，必要时可手术处理。

5.6.3.5 肛门直肠狭窄

由于痔术后有肛门狭窄的可能，手术时应注意保留肛管皮肤。治疗措施包括扩肛和肛管成形术。

5.6.3.6 肛门失禁

过度扩肛、肛管括约肌损伤、内括约肌切开等治疗易发生肛门失禁。患者原有肛管功能不良、肠易激综合征、产科创伤、神经疾患等疾病可增加肛门失禁发生的危险。

5.6.3.7 其他并发症

手术创面延迟愈合、直肠黏膜外翻、肛周皮炎、感染等并发症，需注意防治。

肛 裂

1 范围

本《指南》规定了肛裂的诊断、辨证、治疗。

本《指南》适用于肛裂的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本《指南》。

肛裂 anal fissures

肛裂是齿状线下肛管皮肤纵行全层裂开后形成的缺血性溃疡，好发于青壮年。目前，本病发病机理不明确，主要与内括约肌痉挛、损伤后感染等有关。中医认为多由于肠燥津亏，肛门皮肤裂伤。属于中医“钩肠痔”范畴。

3 诊断

3.1 诊断要点

3.1.1 临床症状

排便时和排便后肛门剧烈锐痛，可持续数小时，少量便血，色鲜红，可伴有大便秘结，肛门分泌物、瘙痒等。Ⅰ期肛裂：肛管皮肤浅表纵裂溃疡，创缘整齐，基底新鲜，色红，触痛明显。Ⅱ期肛裂：有肛裂反复发作史。创缘不规则，增厚，弹性差，溃疡基底部常呈灰白色，有分泌物。Ⅲ期肛裂：肛管紧缩，溃疡基底部呈现纤维化，伴有肛乳头肥大，溃疡邻近有哨兵痔，或有潜行瘻形成。

3.1.2 体征

肛裂好发于肛管后正中或前位溃疡，慢性肛裂可伴有哨兵痔、肛乳头肥大、肛窦炎、皮下瘻。

3.2 鉴别诊断

肛裂需与肛门皮肤皲裂、炎症性肠病肛管溃疡、肛管部鳞状细胞癌、梅毒性溃疡、结核性溃疡等鉴别。

4 辨证

4.1 热结肠燥证

症见便秘时肛门灼热疼痛，甚则面赤汗出，大便带血，血色鲜红，滴血，或手纸带血，舌质红，苔黄燥，脉实而滑数。

4.2 湿热下注证

症见大便干结不甚，便秘时腹痛不适，排便不爽，肛门坠胀，时有黏液鲜血，有时伴有肛门部湿疹，肛裂口内常有少许脓液，舌红，苔黄腻，脉濡数。

4.3 阴（血）虚肠燥证

症见大便干燥，欲解难下，便秘时肛门疼痛，痛如针刺，出血，口干心烦，欲饮不多，舌红少苔，脉细数。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病治疗需解除括约肌痉挛、止痛、软化粪便，以终止恶性循环，促使创面愈合，同时解除伴随的各种并发症；对经久不愈、非手术治疗无效的肛裂，可以采用手术疗法。

5.2 分证论治

5.2.1 热结肠燥证

治法：清热润肠。

主方：新加黄龙汤（《温病条辨》）加减。

常用药：生大黄、芒硝、玄参、生地、麦冬、炒地榆、炒槐花、枳壳、甘草。

5.2.2 湿热下注证

治法：清热利湿。

主方：四妙丸（《成方便读》）加减。

常用药：黄柏、苍术、怀牛膝、薏苡仁、茯苓、泽泻。

5.2.3 阴（血）虚肠燥证

治法：养阴清热润肠。

主方：知柏地黄丸（《医方考》）合增液汤（《温病条辨》）加减。

常用药：知母、黄柏、生地、玄参、麦冬、黄连、白芍、麻仁、木香、甘草。

5.3 中成药

马应龙麝香痔疮膏：适用于肛裂疼痛。

5.4 中药外治

止痛如神汤：当归、黄柏、桃仁、槟榔、皂角刺、苍术、防风、泽泻、秦艽、生大黄。

5.5 西药治疗

0.2% 硝酸甘油膏外涂，早晚各 1 次。少数患者使用后可见头痛，多于停药后消失。

5.6 手术治疗

5.6.1 适应证

Ⅱ、Ⅲ期肛裂非手术治疗无效。

5.6.2 手术方式

5.6.2.1 扩肛法

扩肛法是用手指或器械扩张肛管的方法。部分患者可出现皮肤撕裂伤、局部血肿和轻度肛门失禁。对肛门括约肌功能明显减弱的患者，需慎用该方法。

5.6.2.2 内括约肌部分切断术

内括约肌部分切断术分为经侧方和经后方。侧方内括约肌部分切断术是目前临床上最常选择的术式，包括开放式和闭合式两种。后方内括约肌部分切断术，直接经肛裂处切断内括约肌下缘，有时也切开外括约肌下部。如伴发肛窦炎症、肛乳头肥大或哨兵痔，可同时切除。本术切口开放，愈合缓慢，偶有“锁洞”畸形形成。

5.6.2.3 移动皮瓣成形术

移动皮瓣成形术适合治疗肛管皮肤有较大缺损、肛裂并肛管明显狭窄、且内括约肌切开后易发生肛门失禁的患者，如老年人、多产妇等，也可用于肛管压力不高的患者。

5.6.2.4 肛裂挂线术

肛裂挂线术适用于肛裂伴有潜行瘻管。为避免术后疼痛，可局部注射、纳入止痛剂。适合门诊治疗。

5.6.3 术后并发症的防治

5.6.3.1 肛门失禁

对有产科损伤史的患者，手术治疗需谨慎。由于术后“锁洞”畸形造成的肛门失禁，需行肛门成形术。

5.6.3.2 创面延期愈合或复发

如果采用坐浴、软化大便等保守治疗仍不能愈合，可再次行侧方内括约肌部分切断术。

肛管直肠周围脓肿

1 范围

本《指南》规定了肛管直肠周围脓肿的诊断、辨证、治疗。

本《指南》适用于肛管直肠周围脓肿的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本《指南》。

肛管直肠周围脓肿 perianal abscess

肛管直肠周围脓肿是指肛管直肠周围软组织内或其周围间隙发生急、慢性感染并形成脓肿。脓肿可由特定和非特定的病因引起。大多数直肠肛管周围脓肿起源于肛腺导管堵塞后，因细菌过度生长形成。引起肛管直肠周围脓肿的特定病因包括：外来细菌侵入（包括结核、放线菌病）、创伤、恶性肿瘤、放射性损伤、免疫功能减退、感染性皮炎等。本病中医称“肛痈”。

3 诊断

3.1 诊断要点

3.1.1 症状和体征

局部红肿疼痛，直肠指检可触及压痛性肿块，或有波动感，局部穿刺可抽出脓液，且无明显全身症状者，多位于肛提肌以下间隙，属低位肛管直肠周围脓肿。

出现寒战、高热、乏力、脉数等全身症状，血白细胞总数及中性粒细胞数增高，局部饱满，穿刺可抽出脓液者，多位于肛提肌以上间隙，属高位肛管直肠周围脓肿。

3.1.2 分类诊断

以肛提肌为界，将肛管直肠周围脓肿分为低位肛管直肠周围脓肿和高位肛管直肠周围脓肿。前者包括肛门周围皮下脓肿、坐骨直肠间隙脓肿、括约肌间隙脓肿、肛管后间隙脓肿，后者包括骨盆直肠间隙脓肿、直肠后间隙脓肿、直肠黏膜下脓肿。

3.1.3 超声诊断

有条件者，可行肛周或肛内超声检查。病灶内部常出现液性暗区，边界清楚。有助于判定肛管直肠周围脓肿的位置、大小、形态、边缘、密度等。

3.2 鉴别诊断

肛管直肠周围脓肿需与骶前囊肿、化脓性大汗腺炎、肛周毛囊炎、疖肿、克罗恩病并发脓肿及女性前庭大腺囊肿等相鉴别。

4 辨证

4.1 火毒蕴结证

肛门周围突然肿痛，持续加剧，肛周红肿，触痛明显，质硬，表面灼热，伴有恶寒发热，便秘溲赤，舌红，苔薄黄，脉数。

4.2 热毒炽盛证

肛门肿痛剧烈，可持续数日，痛如鸡啄，夜寐不安，伴有恶寒发热，口干便秘，小便困难，肛周红肿，按之有波动感或穿刺有脓，舌红，苔黄，脉弦滑。

4.3 阴虚毒恋证

肛门肿痛、灼热，表皮色红，溃后难敛，伴有午后潮热，心烦口干，夜间盗汗，舌红，少苔，脉细数。

5 治疗

5.1 治疗原则

脓成应及时切开和充分引流，切口大小应适当，切口的走向原则是近肛门的宜作放射状切口，距肛门口较远的较大脓肿宜作沿肛门的弧形切口；除小儿外，尽量进行一次性根治。若术中未探及内口，不必一次性根治，可敞开创面或置管引流；若肛管直肠周围脓肿伴有克罗恩病、结核、糖尿病等全身疾病，应注意全身疾病的治疗；复杂感染需要在麻醉下探查，以确保充分的引流；常规切开和引流浅表较小的肛管直肠周围脓肿之后，不需加用抗生素；若病人有高风险状况，诸如免疫抑制、糖尿病、广泛的蜂窝组织炎或人工辅助装置等，在感染组织切开和引流术前需要应用抗生素。

5.2 分证论治

5.2.1 火毒蕴结证

治法：清热解毒。

主方：仙方活命饮（《女科万金方》）、黄连解毒汤（《肘后备急方》）加减。

常用药：金银花、黄连、黄芩、黄柏、防风、白芷、当归、白芍、浙贝母、天花粉、乳香、没药、穿山甲、皂角刺。

5.2.2 热毒炽盛证

治法：清热解毒透脓。

主方：透脓散（《外科正宗》）加减。

常用药：黄芪、当归、穿山甲、皂角刺、川芎、连翘。

5.2.3 阴虚毒恋证

治法：养阴清热，祛湿解毒。

主方：青蒿鳖甲汤（《温病条辨》）合三妙丸（《医学正传》）加减。

常用药：胡黄连、青蒿、鳖甲、地骨皮、知母、牡丹皮、黄柏、牛膝。

5.3 外用药治疗

5.3.1 初起

以消法为主，可外敷清热解毒、软坚散结的药物。实证可选用金黄散外敷。位置深隐者，可用金黄散调糊灌肠。虚证用冲和膏外敷。

5.3.2 成脓

用托法，外敷托毒拔脓药物。早期切开引流，并根据脓肿部位深浅和病情缓急选择手术方法。

5.3.3 溃后

以提脓祛腐、生肌收口为主。可用生肌玉红膏外用。日久成漏者，按肛漏处理。

5.4 手术治疗

5.4.1 手术方式

5.4.1.1 一次切开术

适用于低位肛管直肠周围脓肿。

操作方法：骶麻下，先行脓肿切开引流，再彻底冲洗脓腔，充分打开脓腔间隙，然后持球头探针从切口处向肛内探入，仔细寻找内口，并由内口探出，于探针下引入有槽探针，切开内外口之间的组织，修剪创缘，使之引流通畅，查无活动性出血后，以凡士林纱条嵌入创面，用塔形纱布包扎，丁字带固定，术毕。

5.4.1.2 一次切开挂线术

适用于高位肛管直肠周围脓肿。小儿脓肿也宜采用此法。

操作方法：骶麻下，于脓肿中心行放射状切口或弧形切口，用止血钳钝性分离组织间隔，充分引出脓液，然后以食指分离脓腔间隔，冲洗脓腔，用球头探针自切口插入，沿脓腔底部轻柔而仔细地

肛 瘻

1 范围

本《指南》规定了肛瘻的诊断、辨证、治疗。

本《指南》适用于肛瘻的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本《指南》。

肛瘻 anal rectum fistula

肛瘻是肛周皮肤与直肠肛管之间的慢性、病理性管道，常于肛门直肠周围脓肿破溃或切开引流后形成，主要与肛腺感染有关。本病中医称“肛漏”。

3 诊断

3.1 诊断要点

3.1.1 临床症状

3.1.1.1 流脓

流脓是肛瘻的主要症状。分泌物刺激皮肤可引起瘙痒不适。当外口阻塞或假性愈合，瘻管内脓液积存时，表现为局部肿胀疼痛，甚至发热。

3.1.1.2 疼痛

瘻管通畅无炎症时，常不感疼痛，只感觉局部发胀和不适，行走时加重。当瘻管感染或脓液排出不畅而肿胀发炎时，可引起疼痛。

3.1.1.3 瘙痒

由于脓液不断刺激肛周皮肤，常感觉瘙痒，肛周潮湿不适，皮肤变色，表皮脱落，纤维组织增生和增厚，有时形成湿疹。

3.1.1.4 排便不畅

复杂性肛瘻经久不愈，可引起肛门直肠周围形成纤维化瘢痕或环状的条索，影响肛门的舒张和闭合，大便时常感到困难，有便意不尽的感觉。

3.1.1.5 全身症状

在急性炎症期和复杂性肛瘻反复发作时，可出现不同程度的发热，或伴有消瘦、贫血、体虚等长期慢性消耗症状。反复发作的肛周肿痛、流脓，急性炎症期可发热。

3.1.2 体征

3.1.2.1 肛门视诊

肛门视诊可见肛瘻外口形态、位置和分泌物。

3.1.2.2 肛管直肠指诊

肛管直肠指诊是诊断肛瘻的重要的检查方法。浅部肛瘻肛门周围可触及条索状硬结及其行径。直肠指诊可触及内口、凹陷及结节。

3.1.3 分类诊断

3.1.3.1 低位单纯性肛瘻

低位单纯性肛瘻内口在肛隐窝，仅有一个瘻道通过外括约肌皮下部或浅部，与皮肤相通。

3.1.3.2 低位复杂性肛瘻

低位复杂性肛瘻有两个以上内口或外口，肛瘻瘻道在外括约肌皮下部或浅部。

3.1.3.3 高位单纯性肛瘻

高位单纯性肛瘻内口在肛隐窝，仅有一个瘻道，走行在外括约肌深层以上。

3.1.3.4 高位复杂性肛瘘

高位复杂性肛瘘有两个以上外口，通过瘘管与内口相连或并有支管空腔，其主管通过外括约肌深层以上。

3.1.4 辅助检查

3.1.4.1 探针检查

本方法可初步探查瘘道的形态和走向。

3.1.4.2 肛门直肠镜检查

本方法与亚甲蓝配合使用，可初步确定内口位置。

3.1.4.3 瘘道造影

造影剂造影，对于复杂性肛瘘的诊断有参考价值。

3.1.4.4 直肠腔内超声

本方法可观察肛瘘瘘道的走向、内口以及判断瘘管与括约肌的关系。

3.1.4.5 CT 或 MRI

CT 或 MRI 用于复杂性肛瘘的诊断，能较好地显示瘘道与括约肌的关系。

3.2 鉴别诊断

肛瘘需与结核性肛瘘、炎症性肠病肛瘘、化脓性汗腺炎、肛周皮下囊肿感染、会阴部尿道瘘、骶尾部囊肿或畸胎瘤合并感染脓肿、藏毛窦感染、直肠子宫内异位症、巴氏腺囊肿感染等鉴别。另外，不常见的结核或放线菌等感染亦可表现为特异性肛瘘，临床详细的病史和相关检查有助于正确诊断。

4 辨证

4.1 湿热下注证

肛周有溃口，经常溢脓，脓质稠厚，色白或黄，局部红、肿、热、痛明显，按之有索状物通向肛内，可伴有纳呆，大便不爽，小便短赤，形体困重，舌红，苔黄腻，脉滑数。

4.2 正虚邪恋证

肛周溃口流脓，脓质稀薄，肛门隐隐作痛，外口皮色暗淡，时溃时愈，按之较硬，多有索状物通向肛内，可伴有神疲乏力，面色无华，气短懒言，舌淡，苔薄，脉濡。

4.3 阴液亏虚证

肛周溃口凹陷，周围皮肤颜色晦暗，脓水清稀，按之有索状物通向肛内，可伴有潮热盗汗，心烦不寐，口渴，食欲不振，舌红少津，少苔或无苔，脉细数无力。

5 治疗

5.1 治疗原则

手术是治疗肛瘘的主要手段，基本原则是祛除病灶、引流通畅，尽可能减少括约肌损伤，保护肛门功能。本病治疗的关键是清除感染的肛腺，将瘘管内感染的组织彻底清除。其他非手术疗法主要是通过药物控制感染，减轻症状，但不能彻底治愈。

5.2 分证论治

5.2.1 湿热下注证

治法：清热利湿。

主方：萆薢渗湿汤（《疡科心得集》）加减。

常用药：黄柏、苍术、金银花、蒲公英、紫花地丁、萆薢、茯苓、栀子、车前子、白术、茵陈等。

5.2.2 正虚邪恋证

治法：扶正祛邪。

主方：托里消毒饮（《校注妇人良方》）加减。

常用药：黄芪、当归、穿山甲、皂角刺、川芎、白术、茯苓、白芍、熟地、甘草等。

5.2.3 阴液亏虚证

治法：养阴托毒。

主方：青蒿鳖甲汤（《温病条辨》）加减。

常用药：青蒿、鳖甲、知母、地黄、牡丹皮等。

5.3 中成药

如马应龙痔疮栓、马应龙麝香痔疮膏、普济痔疮栓等，功能消炎止血止痛。

5.4 外用药治疗

5.4.1 熏洗法

适用于手术前后缓解症状，用沸水冲泡药品，先熏后洗，具有活血消肿止痛的作用。

5.4.2 外敷法

肛痿急性期局部肿痛者，可选用拔毒膏、金黄膏等，具有消肿止痛的作用。

5.5 西药治疗

对单纯非急性炎症期肛痿，可行纤维蛋白胶封堵法治疗，其优点是无括约肌损伤，不影响肛门功能，且操作简便。

5.6 手术治疗

5.6.1 手术方式

5.6.1.1 肛痿挂线术

挂线疗法是中医传统的经典疗法，可有效地保护肛门括约功能，其机制是依靠挂线逐渐收缩的机械作用，使引流通畅，从而防止急性感染的发生。

5.6.1.2 肛痿切开（除）术

肛痿切开（除）术适用于单纯性肛痿。肛痿切开术较好，肛痿切除术创面大，愈合时间相对较长。

5.6.1.3 肛痿隧道术

肛痿隧道术适用于单纯性高、低位肛痿，病程长，痿管与周围组织界限分明者。

5.6.1.4 肛痿切开旷置术

该方法为在切开挂线术的基础上改良，尤其适用于马蹄形肛痿，应用时需结合挂线术。临床也可采用切开、旷置、挂线、缝合等方法有机结合，减小创伤。

5.6.2 术后处理

术后根据创面情况控制排便48小时，在每次排便后，熏洗坐浴。创面每日换药1~2次，可酌情选用拔毒膏、九华膏、生肌玉红膏等。宜多食新鲜的蔬菜水果，如菜花、芹菜、白菜、青菜、香蕉、梨、猕猴桃等，加强营养。忌辣椒、生葱、生蒜、韭菜、胡椒等辛辣刺激之品及羊肉、海参、荔枝、桂圆等大热之品。

5.6.3 术后并发症的防治

5.6.3.1 尿潴留

术前排空膀胱，控制输液量和输液速度，选择合适的麻醉方式，可预防尿潴留的发生。如发生尿潴留，可针刺关元、三阴交、至阴穴，还可用压耳穴、中药内服的方法治疗，必要时可导尿。

5.6.3.2 疼痛

采用局部黏膜保护剂和使用镇痛药可减轻肛痿手术后疼痛。中药熏洗可活血消肿止痛，还可针刺龈交、二白、白环俞或采用肛周电刺激治疗。