

肛肠疾病 防治

110问

赵昂之 编著

G
C
J
B
F
Z



江西科学技术出版社

1127/17

96
R657.1
16
2

作者的话

作者从事肛肠专科医疗、教学工作多年。在长期临床、教学工作中,遇到患者朋友和进修、实习医生提出许多问题,在回答之余,每每产生付诸文字的念头。在有关人员的支持和鼓励下,我终于拿起笔,搜集资料,结合多年的临床体会,参考查阅了大量书籍,吸收国内外最新研究成果,历经数年,终将此书编纂成册。

作者在编写过程中,力争做到文字简炼、浅显易懂,内容新颖而不流于形式。使读者用最短时间得到自己最需要的知识,意欲搭起医生与患者之间的桥梁,沟通彼此,相互配合,提高疗效。

本书自始至终贯穿着实用性、通俗性,将患者关心的问题归纳为一问一答形式。患者尽可以按图索骥、对号入座,实为肛肠病患者之良师益友,亦为肛肠专科医生的必备助手。此外,本书尚有大量专科预防保健知识,有病可医、无病先防,又不失为健康朋友的护身利剑!

赵 昂 之

1994 年 10 月于江西中医学院



C

336457

目 录

1、肛门直肠有哪些重要的解剖结构？	(1)
2、什么是齿线？它有何临床意义？	(2)
3、肛门直肠有哪些血管、神经、淋巴分布？	(2)
4、肛门直肠周围有哪些间隙？分布在哪些部位？	(4)
5、肛门直肠有何生理功能？	(5)
6、肛肠科检查治疗常用哪些体位？如何区别运用？	(6)
7、肛肠疾病是如何标记的？	(7)
8、如何做直肠指诊？	(8)
9、如何做直肠、乙状结肠镜检查？	(9)
10、痔瘘患者如何合理安排生活起居？	(10)
11、便后坐浴有哪些益处？	(11)
12、为什么要提倡肛门按摩和提肛运动	(12)
13、肛肠科治疗哪些疾病？	(13)
14、肛肠疾病有哪些常见症状？它们有哪些特点？	(14)
15、老年性肛肠疾病有哪些特点？	(15)
16、如何使用中药坐浴治疗肛肠疾病？	(16)
17、如何运用针灸治疗肛肠疾病？	(17)
18、肛肠手术常用哪些麻醉方法？各有何优点？	(19)
19、肛肠手术创面为什么不宜缝合？	(20)
20、痔疮分哪几类？如何分期、分型？	(21)
21、内痔是如何形成的？	(22)
22、何谓母痔、子痔？	(23)
23、什么叫“痔疮病”？	(23)

24、痔疮会遗传吗？	(24)
25、便血与脱垂常见于哪些疾病？如何区别？	(25)
26、痔核脱出肛外不能回纳怎么办？	(26)
27、痔疮能“根治”吗？	(27)
28、中医治疗痔疮有哪些长处？	(28)
29、中医是如何辨证治疗便血的？	(29)
30、痔疮发作期间可以手术吗？有哪些疾病不宜 手术？	(29)
31、痔疮患者手术当天应注意哪些问题？	(30)
32、什么是枯痔疗法？	(31)
33、什么是枯痔钉疗法？	(32)
34、什么是挑痔疗法？	(32)
35、什么是套扎疗法？使用时有哪些注意事项？	(33)
36、什么是扩肛疗法？适应症如何？	(35)
37、红外线凝固器是怎样治疗内痔的？	(36)
38、痔疮能一针治愈吗？	(36)
39、如何正确使用消痔灵疗法？ (附消痔灵注射方法与注射液配制方法)	(38)
40、内痔发生嵌顿如何治疗？	(41)
41、内痔环切术有哪些优缺点？	(42)
42、外痔分为那几类？各有何临床表现？	(43)
43、便后肛门肿痛常见哪些原因？如何治疗？	(44)
44、外痔切除(剥离)术有哪些手术要点？	(45)
45、混合痔有哪些常用手术方式？应如何选择使用？	(46)
46、痔疮会癌变吗？	(47)
47、孕妇得了痔疮怎么办？	(48)

48、什么叫便秘？	(49)
49、便秘如何治疗？	(50)
50、如何合理使用泻药？	(50)
51、治疗肛裂为什么要消除便秘？	(52)
52、肛裂为什么好发于肛门的前后方？	(53)
53、陈旧性肛裂有哪些临床表现和并发症？	(53)
54、为什么陈旧性肛裂难以愈合？	(55)
55、肛裂有哪些手术方式？如何选择使用？	(55)
56、肛乳头肥大症是如何产生的？应如何治疗？	(57)
57、肛周化脓性汗腺炎有哪些临床表现？如何治疗？	(57)
58、肛窦为什么容易感染？常见的诱因有哪些？	(58)
59、如何使用灌肠法治疗肛窦炎？	(59)
60、肛门直肠周围脓肿有哪些临床表现？	(60)
61、肛周脓肿能保守治疗吗？	(61)
62、肛周脓肿能一次手术治愈吗？	(62)
63、肛周脓肿溃后为什么容易形成肛瘘？	(63)
64、肛瘘如何分类？	(63)
65、寻找肛瘘内口有哪些方法？如何区别运用？	(64)
66、化脓性肛瘘有哪些临床表现？	(65)
67、化脓性、结核性、梅毒性、癌性肛瘘如何鉴别？	(66)
68、肛瘘中不完全瘘有哪些类型？如何诊治？	(67)
69、肛瘘为什么需手术治疗？	(68)
70、肛瘘合并感染时能否手术？应如何选择手术 时机？	(69)
71、低位肛瘘手术有哪些要点？	(69)
72、马蹄形肛瘘如何治疗？	(70)

73、肛瘻挂线手术有哪些优缺点？	(71)
74、如何运用挂线疗法？	(72)
75、为什么说高位肛瘻使用切开挂线术要优于单纯挂 线术？	(73)
76、肛门失禁常见哪些原因？如何防治？	(74)
77、肛瘻手术后大便难以控制是什么原因？	(75)
78、肛瘻手术后感肛门潮湿常见哪些原因？	(76)
79、蛲虫病是否与痔瘻有关？如何防治？	(77)
80、患结核性肛瘻怎么办？	(77)
81、直肠脱垂有哪些类型？如何分度？	(78)
82、引起直肠脱垂常见哪些原因？	(79)
83、为何老年人与儿童易患直肠脱垂？	(80)
84、药物注射疗法为什么能治疗直肠脱垂？	(82)
85、直肠息肉有哪些治疗方法？应如何区别运用？	(83)
86、溃疡性结肠炎有哪些表现？如何治疗？	(84)
87、一过性直肠痛是怎么回事？	(86)
88、肛门潮湿、搔痒是怎么回事？	(86)
89、肛门瘙痒症如何治疗？	(87)
90、肛肠手术引起直肠阴道瘻如何防治？	(88)
91、引起肛门直肠狭窄常见原因有哪些？如何治疗？	(89)
92、骶尾部畸胎瘤是如何形成的？有哪些临床表现？	(91)
93、尾部藏毛窦是如何形成的？	(91)
94、先天性肛门闭锁有哪些临床表现？	(92)
95、尖锐湿疣在肛门部有哪些表现？应如何防治？	(93)
96、梅毒和淋病在肛门部有哪些表现？应如何防治？	(93)
97、如何早期发现直肠癌？	(94)

98、直肠癌误诊常见哪些原因？	(95)
99、肛管癌有哪些临床表现？	(95)
100、肛管直肠癌有哪些转移途径？	(96)
101、青年性直肠癌有哪些特点？	(97)
102、直肠癌手术患者为什么要定期复查？	(97)
103、腹壁造瘘口(人工肛门)应如何护理？	(98)
104、放射性直肠炎如何治疗？	(99)
105、肛肠手术后大便困难怎么办？	(100)
106、肛肠手术后尿潴留怎么办？	(101)
107、肛门手术后水肿怎么办？	(102)
108、肛肠手术后大出血怎么办？	(103)
109、肛肠手术后感染怎么办？	(105)
110、肛肠手术后疼痛怎么办？	(106)
111、痔瘕术后复发常见哪些原因？	(107)
112、肛肠手术患者饮食上如何护理？	(108)
113、痔瘕术后换药有哪些注意事项？	(109)
114、痔瘕术后创面愈合缓慢和不愈常见哪些原因？	(110)
115、肛肠科换药常用哪些药物？各有何特点？	(111)

附

1、肛肠疾病患者药膳与食疗	(113)
2、肛肠科常用中药方剂	(118)
3、肛肠科常用中西成药	(124)

1、肛门直肠有哪些重要的解剖结构？

肛门直肠周围有许多重要解剖结构，除齿线、肛隐窝以外，尚有：

(1) 肛管直肠环：是由直肠纵肌、耻骨直肠肌、内外括约肌（深、浅部）环绕肛管直肠连接处共同组成的一个肌环，它对维持肛门的括约功能起重要作用。若手术中误将其完全切断，可造成肛门失禁。

(2) 直肠瓣：位于直肠中段，直肠瓣左二右一，以右侧的大而恒定，其高度约与腹膜返折线平齐，距肛缘约 7.5 厘米，由直肠粘膜及结缔组织构成，在直肠充满粪便时直肠瓣可消失，它有支撑粪便和防止粪便逆向运动的功能。直肠镜检查时常以右侧直肠瓣来确定肿瘤与腹腔的关系。

(3) 肛乳头：位于齿线略下，并沿其排列，数目 2~6 个，由结缔组织和淋巴组成，正常时如米粒大小，呈桔黄色，如遇炎症易发生增生、肥大。

(4) 括约肌间沟：在肛管的中段，指诊检查时可触及一明显环状凹陷即此。因其表面皮肤血管分布较少，颜色较淡，故此处又称为肛白线，内、外括约肌在此交汇，肛裂行内括约肌切断术时常以此为界。

(5) 肛腺：其开口于肛隐窝内，腺体导管位于肛管皮下，走

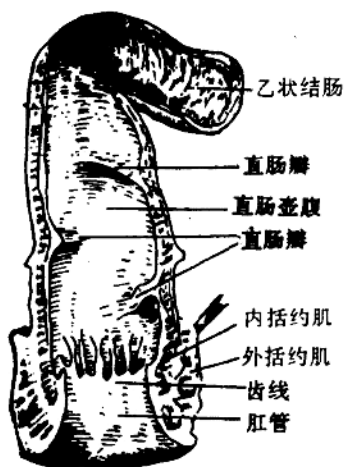


图 1 肛门、直肠解剖结构

行复杂,长短不一,少数可长达 10 余厘米,贯穿几个间隙。肛周脓肿常沿其向四周蔓延,并发数个间隙脓肿或高位脓肿。

(6)肛管皮肤线:又称为“肛缘”。是肛管和体表皮肤的分界线,其上方为移行上皮,下方为鳞状上皮。肛门周围的毛发生长至此线止。

2、什么是齿线?它有何临床意义?

在肛管皮肤与直肠粘膜交界处有一条形似齿状的线,被称为齿线,或称梳状线。它是在胚胎后期由内、外胚叶交汇所形成,距肛门缘约 3 厘米,是肛肠科重要的临床标志。

齿线是划分直肠粘膜与肛管皮肤的分界线,齿线以上发生痔核称为内痔。由于粘膜质地薄而脆弱,故内痔易出现便血症状。齿线以上的血管属直肠上血管,其静脉称为痔上静脉丛,与门静脉系统相连,门静脉高压时,痔上静脉易扩大、曲张形成内痔;齿线以下称为外痔,齿线以下属肛门血管,其静脉又称痔下静脉丛,属下腔静脉系统,如发生扩大、隆起,则表现为外痔。齿线上、下的神经支配截然不同,齿线上属植物神经支配,无痛觉,仅有牵拉和胀感,在该部位施行手术时无需麻醉;齿线以下属躯体神经支配,痛觉敏锐。淋巴组织也以齿线为界分为上、下两组淋巴网,分别向腹腔内和腹股沟回流。

此外,齿线区尚有排便感受功能,如手术中将该区域完全破坏,术后会出现排便紊乱,发生感觉性肛门失禁。

3、肛门直肠有哪些血管、神经、淋巴分布?

(1)血管:

动脉:肛门直肠血管丰富,血液供应主要来自直肠上动脉、直肠下动脉、骶中动脉、肛门动脉。

直肠上动脉是肠系膜下动脉向下直接延续的分支,位于直肠的后方,主要分布于直肠前壁及两侧除直肠粘膜以外全部直肠。于第三骶椎水平面分为左、右两支,沿直肠的两侧下行,在直肠中段,陆续发出数小枝穿过直肠肌层分布于粘膜下层与肛管内括约肌。直肠上动脉在直肠下段与直肠下动脉和肛门动脉有吻合。终末枝分为右主枝和左主枝,左主枝直接分布于直肠末端的左侧(3点),右主枝又分布为右前枝(11点)、右后枝(7点),以上三个部位称为痔上动脉区,是内痔的好发部位,又称为母痔区。肛肠手术大出血常发生于此。

直肠下动脉为髂内动脉的分枝,于第三骶椎水平面,分为左、右两枝,沿骨盆直肠间隙内直肠侧韧带下行,主要分布于直肠粘膜及直肠后壁。该动脉血管细小,且变异较大,故临床意义不大。

骶中动脉发自腹主动脉的后壁,沿腰骶椎下行,分布于直肠后方及部分肛管,并与直肠上、下动脉有吻合。

肛门动脉起发自阴部内动脉,向下穿越坐骨直肠窝达肛管周围,分布于肛提肌和内、外括约肌以及肛管等区域,血管较细小。肛门直肠手术常损伤该动脉。

静脉:肛门直肠的静脉由于与动脉伴行,故其分布与动脉同,这些静脉可归纳为痔上(内)静脉丛和痔下(外)静脉丛,并各自回流入门静脉与下腔静脉。由于痔上静脉丛属门静脉系,无瓣膜,静脉壁较薄弱,穿过直肠肌层时易受压迫,尤其在排便异常时更为加剧,这些均构成了发生内痔的重要因素。痔上静脉丛扩大曲张即为内痔。痔下静脉丛位于齿线下方的皮下,由于它与痔上静脉丛有吻合,当肝硬化门脉高压时,即形成代偿性侧枝循环通路,痔内外静脉丛充血、曲张,形成痔核。

(2)神经:肛管与直肠分别由躯体神经和植物神经支配。肛

门皮内与皮下含有丰富的神经末梢,感觉十分敏锐。由于神经来源众多,局部麻醉常不够彻底,手术仍有痛感,分布于直肠的植物神经分为交感神经与副交感神经。交感神经兴奋,抑制直肠蠕动,减少腺体分泌,收缩内括约肌,副交感神经兴奋则相反。

(3)淋巴:肛门直肠周围淋巴系统以齿线为界,分为上组淋巴结和下组淋巴结。上组淋巴向上回流至腹主动脉旁淋巴结,下组淋巴结回流至腹股沟淋巴结,肛管直肠癌肿亦循以上通路向远端转移。

4、肛门直肠周围有哪些间隙?各分布在哪些部位?

在肛门直肠周围,有五种共七个间隙,它们又称为外科间隙。在这些间隙内,组织疏松,多充填脂肪和结缔组织,遇有细菌感染极易向这些间隙扩散。

(1)肛门皮下间隙:分布于肛门周围皮肤下,是由于皮肤与皮下组织结合不够致密而形成的潜在腔隙,内含痔外静脉丛等。

(2)肛门后间隙,位于肛门后方,外括约肌浅部向后伸展将它分成深、浅两部。肛门两侧的脓肿常通过此间隙侵入对侧,形成双侧“锤铃状”脓肿。

(3)坐骨直肠间隙:位于直肠两侧,直肠与坐骨之间,左右各一。该间隙内脂肪丰富,血流较缓慢,抗病能力差,极易发生感染。由于位置较浅,如发生感染,肛旁红肿明显。如感染化脓成熟,应尽早切开排脓引流,以免脓液向上穿透肛提肌,形成骨盆直肠间隙脓肿。

(4)骨盆直肠间隙:位于骨盆与直肠之间,左右各一,上为腹膜,下为肛提肌,前为膀胱或阴道,后为直肠侧韧带,属高位间隙,发生感染时,肛门周围外观常无明显变化。

(5)直肠后间隙:位于直肠后方,直肠与骶骨之间,又称骶前

间隙,与骨盆直肠间隙相邻,中间隔以直肠侧韧带,上为腹膜返折,下为肛提肌,属高位间隙。

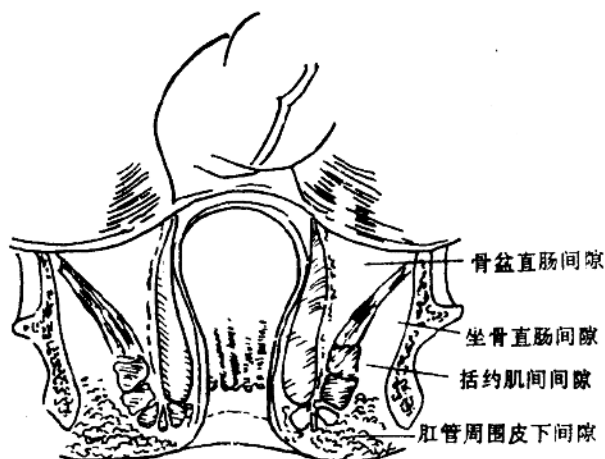


图2 肛管及直肠周围间隙

5、肛门直肠有何生理功能？

肛门直肠最重要的是排便功能,其次是吸收功能。

当食物进入人体小肠后,已处于食糜状态,小肠吸收其中营养成分及大部分水分,剩余的残渣通过细菌(主要是大肠杆菌)的作用,发酵分解,变成粪便并贮存于结肠。

人体存在两种生理排便反射,即起床时引起的“起立反射”,又称为“直立反射”,进食后引起的“胃—结肠反射”。正常人体直肠内无粪便。排便反射引起结肠发生强烈的蠕动,将粪便推入直肠,此时会感觉到左下腹痛,当粪便积存到足够量时,产生压力刺激直肠壁内感受器,将信号传至大脑中枢,引起便意感。此时,

腹内压上升，直肠强烈收缩，肠内压进一步升高，直肠因生理弯曲消失而变得伸展笔直，肛门内括约肌松弛，排出粪便。

排便反射虽属不随意反射活动，但在很大程度上仍受大脑约束。如受条件限制而不能排便时，大脑可随意收缩外括约肌而封闭肛门，继之结肠与直肠反射性扩张，通过直肠的逆向蠕动，使粪便重返乙状结肠，便意消失。如长期忍便，造成排便感受能力降低，久而久之形成习惯性便秘。

如前所述，结肠在贮存粪便的同时，能吸收大量水分及药物，如粪便在肠道内停留时间过长，会引起大便干硬。临床上常利用其吸收功能而采取直肠给药。

此外，直肠粘膜内含有大量杯状细胞，分泌粘液，润滑肠道，成人每天约 100~150 毫升，它能保护直肠粘膜免受粪便的损害。如遇炎性刺激，腺体分泌旺盛，则粪便中会带有粘液，排便次数增加。

6、肛肠科检查治疗常用哪些体位？如何区别运用？

(1)侧卧(屈膝)位：患者侧卧于检查床上，臀部靠近床沿，屈膝、屈髋各 90 度，上边大腿尽可能向腹部收缩。该体位左右均可，以患处在下部为宜。其优点是：舒适、耐久，患者不易随便移动，常用于检查及手术，尤其适宜于年老体弱患者。

(2)膝胸卧位：患者跪伏于床上，两膝和两肘着床，臀部抬高，腰部尽量贴向床面，该体位患者便于行动，常用于团体检查及换药治疗。缺点：不能持久，年老体弱患者慎用。

(3)截石位：患者仰卧床上，两腿举起分开，分别置于手术床端侧腿架上。该体位耐久、肛门暴露充分。常用于肛肠手术及术后大出血止血及肥胖患者。缺点是：不符合生理现象，患者不易接受。

(4)弯腰扶椅位：患者手扶椅背，腰部向前弯曲，暴露肛门。该体位优点：患者行动快捷。缺点：肛门松弛较差，视野欠佳。常用于团体检查。

(5)蹲位：患者蹲下，臀部抬高。该姿势常用于检查肛肠疾病有脱垂症状的患者。

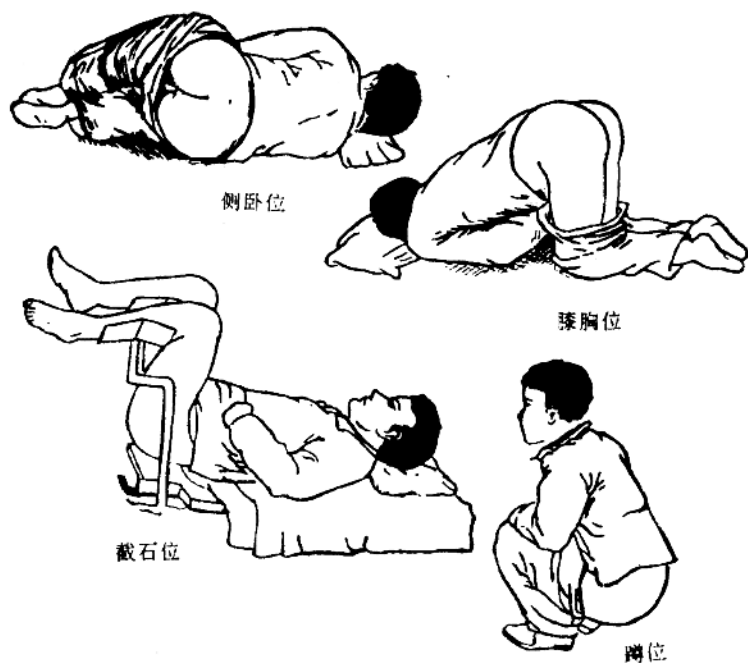


图3 肛肠科常用体位

7、肛肠疾病是如何标记的？

去过肛肠科看病的患者会发现，医生在描述肛肠疾病时，常

以×点来标记其发病部位,这就是常用的十二等分标记法,它按钟表区划将肛门分为十二个区域,并以截石位为标准体位(即除此体位外均需注明检查时所使用体位),少数使用膝胸位。该方法简便明了,有利于了解肛肠疾病的发病规律,指导科研和治疗,提高治愈率。

在肛肠疾病中,多数有一定的易发部位,如:内痔好发于3、7、11点;肛裂、赘皮性外痔常见于6点和12点;血栓性外痔仅见于肛门的两侧(痔嵌顿引起者除外),即3、9点。

此外,尚有八等分标记法,即将肛门分为八个等分,即前、后、左、右、左前、左后、右前、右后,由于该法与患者检查时体位无关,故标记时无需注明体位。

8、如何做直肠指诊?

指诊是肛肠科常用的检查方法。其简便、实用、准确,能发现直肠内硬结、肿块、狭窄、压痛点、肛管直肠环以及部分直肠外病变,并常能检查出内窥镜、钡灌肠易遗漏的病变,是一种不可替代的检查方法,尤其对早期发现直肠癌有重要意义,被誉为医生的“指诊眼”。它与直肠镜检和病理切片检查合称“3P”检查。

医生检查时应动作轻柔,嘱患者侧卧或跪伏床上,自然放松肛门,张口深呼吸。检查前医生以戴有指套的食指,做儿童指诊时换用小指,涂上润滑剂,按柔肛门,待肛门反射减弱变得松弛后,食指再进入肛门。检查时应避免接触疼痛部位,天气寒冷时应将手烘热,以免寒冷和疼痛刺激引起肛门紧张,妨碍检查。

指诊检查一般可检查到距肛门缘7~8厘米的病变,如患者取蹲位,则可触摸到10厘米的范围。侧卧位或膝胸位时肿块位置相对固定,易于判断肿块与肛缘的实际距离。

肛管检查时可感觉皮肤质地是否粗糙、温热感和波动感、括

约肌紧张度,发现皮下硬结、瘰癧和狭窄等病理改变。通过肛—直肠环后,嘱患者收缩肛门,检查者可感受到肛管直肠环的压力,尤其是在直肠后壁及侧壁,临床上常用此来判断其收缩功能。检查肛瘘时用拇指食指进行双合诊,一般可感觉出瘘管及其走行方向。肛门后方发生肛瘘时常可在肛门后方隐窝处触及凹陷(内口)。

直肠检查可发现肛乳头肥大、狭窄、硬结、肿块等病变。在正常时,男性直肠前壁可触及前列腺和膀胱;女性可触及到子宫颈,两侧可触到坐骨直肠窝、骨盆侧壁,其后方可触到骶尾骨。指检时应将全部肠壁仔细检查,重点检查直肠后壁,直肠癌约有70%生长在该处。如发现肿块,应与炎性肿块、粪块相鉴别,注意肿块的质地、表面是否光滑、移动度等。柔软而移动者多为直肠息肉。炎性肿块压痛明显,表面光滑,质地较软。恶性肿瘤表面凹凸不平,常向四周浸润并发生粘连,活动度差,指套上可带有脓血、粘液。坚硬粪便亦易与癌肿相混淆,其鉴别要点是:粪块在受压下变形,检查的指套上仅有粪迹。如直肠一侧发现膨隆,应仔细与对侧比较,注意是否有压痛感、温度升高和波动感等。

9、如何做直肠、乙状结肠镜检查?

在肛诊和指诊检查结果尚不能完全解释现有症状时,需行直肠或乙状结肠镜检查。

做直肠镜前一天用番泻叶 20 克开水泡服当茶饮,或清洁灌肠,排尽粪便。

检查时患者取膝胸位,将腰部尽量贴近床面以减小直肠向后的弯曲度。在天状面上由于直肠紧贴尾骶骨,并由此形成直肠骶曲和直肠会阴曲;在额状面上,直肠有三个侧曲:即其上段弯向右侧,中段弯向左侧,下段又弯向右侧。

检查前先在镜端和肛门口涂少许润滑剂,缓缓插入。肠镜先指向患者肚脐,当插至直肠壶腹(约5厘米)后拔出镜芯,放入光源。在直视下见腔进镜,切不可勉强施行。如肠腔内粘膜堆积或肠壁紧贴,可充气后继续进镜。进镜过程中尽量避免触碰肠壁上溃疡和狭窄部位,以免造成医源性穿孔。进入至15厘米即直肠与乙状结肠连接处时,此处较为狭窄,检查时应特别谨慎。直肠镜一般进入约15厘米,乙状结肠镜进镜一般为25~30厘米,然后边退边观察,注意粘膜颜色,是否充血、光滑,有无出血点、溃疡、分泌物、息肉、结节或肿块等病理改变。

检查中如发现肿块应常规钳取部分组织做病理检查。如病理检查为阴性,而临床症状又高度可疑,应重复该项检查,取组织时应改变部位、深度和增加数量,以免漏诊。

10、痔疮患者如何合理安排生活起居?

(1)在日常生活中每个人都会形成自己的生活节奏即生活规律,培养良好的生活规律,每日作息、饮食、排便要有定时,并经常做适度的运动,包括局部和全身运动。从职业习惯来看,久坐、久站、活动较少的人患痔疮疾病者较多,司机、教师发病率高是很好的例证。人体长期处于一种相对固定的体位,会影响血液的循环,造成盆腔内血液瘀积,痔静脉充血、曲张、隆起。出外旅行或工作的变更,生活规律容易打乱,常常因忙于应付外界环境而忽略了正常的排便,都会使发病机会增多。由此可见,避免久蹲、久坐以及参加适度活动对预防本病均具有重要意义。

(2)讲究饮食营养,不吃过热过凉及不易消化的食物。

饮酒(尤其是高浓度酒)不可过量和少食辛辣燥热等刺激性食物。从饮食习惯来看,嗜酒、辛辣煎炒刺激物者易患本病或在发病后增加发作次数。辣椒、酒类对直肠粘膜和肛管皮肤有直接