

中医肛肠疾病

特色疗法新论

ZHONGYI GANGCHANG JIBING
TESELIAOFA XINLUN

杨云 刘建平

编著



黄河出版传媒集团
阳光出版社



杨云，女，副主任医师。1998年毕业于宁夏医学院中医系。现任银川市中医医院肛肠科主任，国家临床重点专科建设项目负责人，中国民族医药学会肛肠分会副会长，宁夏中西医结合学会肛肠专业委员会副主任委员。被中华中医药学会肛肠分会命名为“全国中医肛肠名专家”。成立有“杨云名医工作室”。主要研究方向为结直肠肛门良、恶性疾病的治疗（痔疮、肛裂、肛周脓肿、肛痿、直肠脱垂、结直肠肿瘤等），炎症性肠病（溃疡性结肠炎、克罗恩病），慢性功能性便秘的中西医结合治疗。

中医肛肠疾病

特色疗法新论

ZHONGYI GANGCHANG JIBING
TESELIAOFA XINLUN

杨云 刘建平 编著



黄河出版传媒集团
阳光出版社

图书在版编目(CIP)数据

中医肛肠疾病特色疗法新论 / 杨云,刘建平编著.
—银川: 阳光出版社, 2015.12
ISBN 978-7-5525-2391-1

I. ①中… II. ①杨… ②刘… III. ①肛门疾病—
中医治疗法②直肠疾病—中医治疗法 IV. ①R266

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 312170 号

中医肛肠疾病特色疗法新论

杨云 刘建平 编著

责任编辑 马 晖 谢 瑞
封面设计 齐玉成
责任印制 岳建宁

 黄河出版传媒集团 出版发行
阳 光 出 版 社

出 版 人 王杨宝
地 址 宁夏银川市北京东路 139 号出版大厦(750001)
网 址 <http://www.yrpubm.com>
网上书店 <http://www.hh-book.com>
电子信箱 yangguang@yrpubm.com
邮购电话 0951-5014244
经 销 全国新华书店
印刷装订 宁夏银报印务有限公司
印刷委托书号 (宁)0000434

开 本 720mm×980mm 1/16
印 张 19.5
字 数 320 千字
版 次 2015 年 12 月第 1 版
印 次 2015 年 12 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-5525-2391-1/R·66
定 价 36.00 元

版权所有 翻印必究

目 录

第一章 痔 病	001
第一节 概 述	001
第二节 临床表现	003
第三节 诊断及鉴别诊断	005
第四节 非手术治疗	006
第五节 手术治疗	009
第二章 肛门直肠周围脓肿	038
第一节 概 述	038
第二节 临床表现	039
第三节 诊断及鉴别诊断	040
第四节 治 疗	042
第三章 肛 瘻	054
第一节 概 述	054
第二节 临床表现	057
第三节 诊断及鉴别诊断	058
第四节 治 疗	061
第四章 肛 裂	077
第一节 概 述	077
第二节 临床表现	080
第三节 诊断及鉴别诊断	081
第四节 治 疗	082

第五章 大肠息肉和息肉病	092
第一节 概 述	092
第二节 肿瘤性息肉	095
第三节 错构瘤性息肉	104
第四节 增生性息肉	109
第五节 炎症性息肉	110
第六章 大肠癌	113
第一节 概 述	113
第二节 临床表现	118
第三节 诊断及鉴别诊断	120
第四节 治 疗	124
第七章 溃疡性结肠炎及克罗恩病	149
第一节 溃疡性结肠炎	149
第二节 克罗恩病	163
第八章 常见肛肠动力障碍性疾病	176
第一节 概 述	176
第二节 结肠慢传输性便秘	178
第三节 直肠前突综合征	185
第四节 直肠内脱垂综合征	192
第五节 盆底失弛缓综合征	196
第六节 会阴下降综合征	201
第九章 肛肠科其他疾病	212
第一节 肛门失禁	212
第二节 肛窦炎	233
第三节 肛门直肠神经症	238
第四节 肛门直肠痛	243
第五节 藏毛窦	248

第六节 肠道菌群失调 251

第七节 肠易激综合症 257

第八节 直肠脱垂 263

第十章 肛门周围常见皮肤病 273

第一节 肛门周围化脓性汗腺炎 273

第二节 肛周湿疹 275

第三节 肛周瘙痒症 279

第四节 肛周神经性皮炎 284

第五节 肛门尖锐湿疣 285

第六节 梅毒 292

第七节 淋病 297

第九节 艾滋病 299

参考文献 308

第一章 痔 病

第一节 概 述

一、概念

痔,是直肠末端黏膜下和肛管皮肤下的直肠静脉丛发生扩大、曲张所形成的柔软静脉团,或肛缘皮肤结缔组织增生或肛管皮下静脉曲张破裂形成的隆起物。根据发病部位不同,痔分为内痔、外痔及混合痔。痔俗称痔疮,是一种常见病,任何年龄都可发病,其中 20~40 岁的人较为多见,并随着年龄的增长而逐渐加重。中医学亦称为“痔”或“痔疮”。

二、病因病机

中医学认为本病的发生多与风、湿、淤及气虚有关,多因脏腑本虚,外伤风湿内蕴病毒,兼因久坐,负重远行,或长期便秘,或泻痢日久,或临厕久蹲努挣,或饮食不节,过食辛辣肥甘之品,导致脏腑功能失调,风燥湿热下迫,气血淤滞不行,结聚肛门宿滞不散,筋脉横解而生痔。或因气血亏虚,摄纳无力,气虚下陷,则痔核脱出。

痔病发生的病因,学说很多,但目前为止尚无统一认识。痔虽然是一种局部病变,但它的形成却与全身有着十分密切的联系。例如,长期直立的站姿、日常某些饮食嗜好、过量食用辛辣等刺激性食物、直肠血管不规则地斜穿肠壁肌肉以及痔静脉无静脉瓣等因素,都可以促进痔的发生。总之,痔发生的原因是多方面的,主要与下列因素有关系。

1.解剖因素

早在 18 世纪,国外就有人重视这方面的研究,但对这个问题的研究尚有分歧,归纳起来,主要有三个学说。

(1)静脉曲张学说。认为与人体直立、痔静脉缺少瓣膜、括约肌痉挛及粪便嵌塞等有关,导致肛门直肠静脉回流障碍,痔静脉曲张而形成痔。

(2)血管增生学说。一般认为齿线以上的黏膜下组织含有大量的窦状血管、平

滑肌、弹力纤维和结缔组织等,组成直肠海绵体,随着年龄的增长而出现增生、肥大而形成痔。

(3)肛垫下移学说。齿线以上的黏膜和黏膜下存在着静脉丛、Treitze 肌、结缔组织,统称为“肛垫”,是正常的解剖组织。当“肛垫”增生、肥大,或因与肛门直肠壁的支持固定发生改变而松弛,或肛门括约肌的紧张度发生改变,使得肛垫向下移位形成本病。

此外,还有细菌感染学说、括约肌功能下降学说等。

2.感染因素

痔静脉丛的血管内膜炎和静脉周围炎可导致部分血管壁纤维化、脆化、变薄,使得局部静脉曲张。

3.排便因素

粪便不易排空,对直肠下段、肛管部产生较大的压力,使血管受压;排便次数过多,腹压增加,导致肛门直肠静脉回流障碍。

4.遗传因素

静脉壁先天性薄弱,不易抵抗静脉腔内压力,因而逐渐扩张。

此外,还与饮食因素、妊娠和分娩、慢性疾病和职业、年龄等有关。

三、分类

临床上,根据发病部位及病理的不同,又可分为内痔、外痔和混合痔三大类。

1.内痔

内痔是指发生于肛门齿线以上,直肠末端黏膜下的痔内静脉丛扩大、曲张所形成的柔软静脉团块。内痔是肛门直肠疾病中最常见的疾病,病程有长有短,随年龄增加其发病率有所提高。本病好发于膀胱截石位 3、7、11 点处,通常又称为母痔,发生于其他部位的则称为子痔。本病的临床表现特点是便血、痔核脱出、肛门不适感。

根据 2000 年中华医学会外科组《痔诊疗暂行标准》将本病分为四期:

I 期内痔:便时带血或滴血或喷射状出血,无内痔脱出,便后出血可自行停止。

II 期内痔:便时带血、滴血或喷射状出血,伴内痔脱出,便后可自行回纳。

III 期内痔:便时带血或滴血,伴内痔脱出,或久站、咳嗽、劳累、负重时内痔脱出,须用手回纳。

IV 期内痔:内痔脱出不能回纳,内痔可伴发嵌顿、绞窄。

2.外痔

外痔是指发生于肛管齿状线以下,由痔静脉丛扩大曲张或痔静脉破裂或反复

炎症纤维增生而成的疾病。可发生在任何年龄,其特点是自觉肛门坠胀、疼痛,有异物感。临床根据其形态、病理变化组织结构分为四种,即结缔组织外痔、静脉曲张外痔、炎性外痔和血栓性外痔。

3.混合痔

混合痔是指内外痔静脉丛曲张,相互沟通吻合,使得内痔部分和外痔部分形成一整体者。多发生于肛门截石位 3、7、11 点处,以 11 点处更为多见。兼有内痔、外痔的双重症状,中医属“痔病”范畴。

第二节 临床表现

一、内痔

【病史】

内痔多发生于成年人,婴幼儿和青少年较少见。早期患者可见有间歇性便血,随着病情的发展,又多以痔核脱出为主。

【症状】

临床表现为便血、痔核脱出和肛门潮湿瘙痒不适,可并发血栓、嵌顿、绞窄及排便困难。

1.出血

出血为内痔最常见症状,临床上出血程度有很大的不同。轻者仅在排便时发现大便表面有少量血液,或仅有手纸上染有血迹;中等者在排便时可见有鲜血自肛门滴出;重者在大便后或者下蹲做排便动作时即有鲜血自肛门喷出。少量出血对患者健康无明显影响,反复大量出血,可引起慢性失血性贫血。常因饮酒、过劳、便秘、腹泻等诱因使病情加重。

2.脱出

随着病程延长及病情发展,痔核会逐渐增大,可在排便时脱出肛门外。最初仅在排便时脱出,便后可自行还纳,如果继续发展,则排便时内痔脱出后,必须经手托或长时卧床休息方可还纳。更为严重时,即使是蹲下、举重、行走,甚至是咳嗽时也可脱出。脱出物颜色鲜红或灰白,若不及时回纳,局部肿胀可加剧。常因炎症、水肿致使脱出痔核体积增大,以至还纳困难,造成嵌顿。

3.肛周潮湿、瘙痒

痔核反复脱出,肛门括约肌松弛,常有分泌物溢出肛门外,故自感肛门潮湿;分

分泌物长期刺激肛周皮肤易发湿疹,瘙痒不适。

4.疼痛

单纯内痔一般无疼痛,仅有肛门内坠胀感或感大便排出困难。但当痔核发生肿胀或痔内有血栓形成时,就会出现肛门部疼痛。当脱出的痔核发生嵌顿,糜烂坏死时,可有剧烈疼痛。

5.便秘

常因便血恐惧而人为地控制排便,引起排便习惯的改变,或造成习惯性便秘;长期便秘或粪便干燥容易擦伤痔核表面黏膜,引发内痔出血,二者互为因果,导致病情加重。

6.局部视诊

肛门部外观常有黏液性分泌物,单纯内痔患者外观无皮肤隆起。初期内痔在诊断时,一般不易摸到痔核,但在肛门镜等窥镜下,可见齿状线以上有圆形发暗的痔核。晚期内痔,由于体积大,在诊断时可在齿状线上方摸到较大柔软无痛性肿物,有时指套上可有血迹带出,因其反复脱出肛门外,致使黏膜变厚,窥镜下见痔核表面粗糙,可见出血点或溃疡面。

二、外痔

【病史】

本病患者的病程可长可短,一般仅有肛门部坠胀感、异物感等,当病情进一步发展时可出现不同症状。

【症状】

1.炎性外痔

炎性外痔是肛缘皮赘因感染和炎性增生所致。患者感肛门部灼痛、瘙痒,排便或活动时尤甚。检查见肛门皱襞充血、肿胀、触痛,并有少量渗出物。

2.血栓性外痔

血栓性外痔即肛周皮下血肿。好发于肛门两侧,一般只有1个,有时也有2个以上同时发生,甚或多个小血栓同时集合成块。患者用力排便后,肛缘突起一圆形或椭圆形肿物,疼痛剧烈。检查见肛缘肿物,呈暗紫色,稍硬,触痛明显。

3.静脉曲张性外痔

静脉曲张性外痔是齿状线以下肛缘处曲张静脉团块。大多无明显自觉不适或伴有轻度的肛门坠胀,排便时明显。检查可见肛缘某一方位或绕肛缘有不规则肿物隆起,质软,皮色紫暗,皮下有扩大曲张的静脉丛。

4.结缔组织性外痔

此类痔又称皮赘外痔或赘皮痔,呈黄褐色或黑色,大小形状不等。患者有肛门异物感或便后肛门不易清洁;因少量分泌物或粪便积存刺激,可伴有肛门潮湿、瘙痒。检查时,初起肛门皱襞重大,有粪便和分泌物积存,色暗红,在肛缘存在散在的或呈环状的、鸡冠状或不规则形状的赘物(皮),质软或硬,触痛不明显。

三、混合痔

【病史】

本病患者病程往往较长,可达几年甚至是几十年,常反复发作。

【症状】

同时兼有内痔、外痔的症状和体征,如便血及肛门肿物(皮赘、静脉团、血栓、水肿等),肛门坠胀,异物感或疼痛,伴有肛门部分泌物、瘙痒等。肛门内在齿线上、下方同一方位出现团块状肿物,内痔与外痔相连吻合为一体,无明显界线,括约肌间沟消失。

第三节 诊断及鉴别诊断

根据上述症状、体征和检查,诊断并不困难,有时仅根据症状一项就可以做出明确的诊断。为了能快速、准确地诊断,并不与其他疾病混淆,在诊断时要与下列疾病相鉴别。

1.肛裂

肛裂可有急性肛门疼痛和便血,患者常自我诊断为“痔病”,易与皮赘性外痔、血栓性外痔或内痔血栓形成相混淆。其鉴别要点是:肛裂以周期性疼痛为主,与血栓性外痔剧烈的局限性疼痛不同。内痔很少与急性肛门疼痛有关,除非并发血栓形成。内痔出血是有特征性的,常为鲜血,滴血或呈喷射状出血,而肛裂出血一般为在手纸上见到几点血迹。局部检查可见截石位6点或12点处有梭形溃疡,病程较长者可见局部病理性改变。

2.直肠脱垂

有脱出症状须与内痔脱出相鉴别。直肠脱垂多见于儿童和老人,脱出物呈环状或螺旋状,色淡红,质地中等,表面光滑,无静脉曲张,一般不出血,可回纳肛内,伴肛周分泌物较多。单纯的直肠黏膜脱垂较少嵌顿,其在急性期与嵌顿环形痔较难鉴别,主要根据病史。

3. 直肠息肉

低位直肠息肉易误诊为痔。带蒂的直肠息肉,若脱出肛门外有时误诊为痔脱垂或脱出性痔。正常肛垫在排便时可有一定程度的脱出。有些脱出性痔由于排便时肿胀的肛垫被紧缩的括约肌圈套,可呈充血状态,可是一旦还纳肛内,充血立即消失,一般不可能摸到。可息肉的特点是多见于儿童,位置较低的直肠息肉便后常可脱出于肛门外,脱出的息肉一般为单个,有长蒂,表面光滑,质较痔核硬,可活动,容易出血,但多无喷血、滴血现象。

4. 肛乳头肥大

较大的肛乳头肥大(肛乳头纤维瘤)虽肛内也有肿物隆起,或有脱出,擦破时也可见便血,有时会被误诊为脱出性痔,但易被鉴别。因为肛乳头位于齿状线部,呈乳头状或三角形,灰白或黄白色,表面为上皮,质地中等偏硬,一般无便血,常有疼痛或肛门坠胀,过度肥大者便后可脱出肛门外,可还纳。检查时可触到,而痔一旦返回肛肠,就不可能摸到。

5. 肛管直肠癌

肛管癌及低位直肠癌因有便血及齿状线上或齿状线下肿块隆起,常易被误诊为内痔。误诊的原因似仅凭症状诊断,未进行肛门指诊和肛门镜检查。因此,在痔的诊断中一定要做到以上两种检查。直肠癌在肛门指诊时可触及菜花状物或凹凸不平的溃疡,质地坚硬,不能推动,触之易出血,病理学检查可以明确诊断。直肠癌引起的直肠出血多为暗红色或果酱色,内痔出血多为鲜红色,多呈间歇性。需要特别注意的是,内痔或环状痔可与直肠癌同时并存,因此对已经确认为内痔的患者,如果发现直肠内同时存在可疑的硬结、溃疡、黏膜下包块等,都应提高警惕。

6. 下消化道出血

多见于溃疡性结肠炎、克罗恩病、直肠血管瘤、憩室病、家族性息肉病等,常伴有不同程度的便血,需作肠镜或X线钡剂灌肠造影等检查才能确诊。

第四节 非手术治疗

一、中医治疗

中医学非常重视应用内治法治疗痔病。内治法大致可以概括为八大方法,即疏风法、利湿法、清热法、润燥法、凉血法、通下法、升举法等。方剂和中药很多,例如“凉血地黄汤”“止痛如神汤”“脏连丸”“苦参地黄丸”等。这些方剂是在中医辨证施

治理论下拟定的,不仅注重局部治疗,还注重全身脏腑功能的调整以及对饮食结构和大便习惯的调整和治疗,有其独到之处。

1.辨证论治

多适用于Ⅰ、Ⅱ期内痔;内痔嵌顿伴有继发感染者;或年老体弱者;内痔兼有其他严重慢性疾病而不宜手术治疗者。

【风伤肠络证】

证候: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。

治法:清热凉血、祛风润燥。

方药:凉血地黄汤合槐花散加减。

【湿热下注证】

证候: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。

治法:清热渗湿止血。

方药:脏连丸加减。出血多者加地榆炭、仙鹤草。

【气滞血淤证】

证候: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。舌质紫暗或有淤斑,脉弦或涩。

治法:清热利湿,活血祛淤。

方药:止痛如神汤加减。

【脾虚气陷证】

证候: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。

治法:健脾益气摄血。

方药:补中益气汤加减。血虚者合四物汤。

【阴虚肠燥】

证候:头昏咽干,五心烦热,盗汗,形体消瘦,大便秘结,便时肛门疼痛,痔核下脱,滴血。舌红,少苔或苔薄黄,脉细数无力等。

治法:养阴润燥。

方药:六味地黄丸加地骨皮 15g,阿胶(烊化兑服)10g,地榆 15g,槐角 15g,黄精

35g;或用扶正润肠汤丸合消痔合剂。

【大肠实热】

证候:渴喜饮,唇燥咽干,大便燥结,便时出血较多,滴血或射血,血色鲜红,痔核脱出,糜烂不能回缩,灼热疼痛。舌质红,苔黄,脉洪数。

治法:清热泻火,凉血止血。

方药:凉血地黄汤合槐角丸加减或服消痔合剂与复方穿心莲片。

2.中成药治疗

该法常用的有化痔栓、槐角丸、脏连丸、痔宁片、补中益气丸等。

3.西药治疗

(1)微循环调节剂。具有抑制组胺和自由基产生、改善微循环的口服药物,目前常用的有迈之灵、地奥司明、消脱止-M等。

(2)直肠黏膜保护剂。主要成分为复方角菜酸酯和氧化锌。制成栓剂外用,具有润滑肠道,在直肠黏膜上形成胶状覆盖,保护炎性或受损的黏膜,有止血、止痒和减轻肛管直肠黏膜充血,促进创面愈合的作用。

4.其他治疗方法

(1)熏洗疗法。适用于各期内痔及内痔脱出或伴有脱肛者。具有活血止痛、收敛消肿等作用。常用方剂有:五倍子汤、苦参汤、止痛如神汤等。以药物加水煮沸,先熏后洗或用药液湿热敷。常用回药消肿止痛熏洗剂:黄柏 15g、五倍子 15g、苦参 20g、虎杖 15g、大黄 15g、芒硝 20g、延胡索 15g;痔炎宁熏洗剂:大黄 30g、芒硝 50g、五倍子 20g、金银花 50g、野菊花 30g 浸泡熏洗。

熏洗法一般无明显忌证,但对于急性传染病、重度心血管疾病、妇女妊娠及月经期间,饮食或饥饿以及过度疲劳时,内痔出血大量时,均不宜进行。

(2)塞药疗法。适用于各期内痔。具有清热消肿、止痛止血等作用。常用药物有:四黄膏、九华膏、银灰膏、黄连膏、生肌玉红膏、马应龙麝香痔疮膏(栓)、肛泰栓、九华痔疮栓等。

(3)枯痔疗法。适用于较严重的内痔。如Ⅲ、Ⅳ期脱出肛门外内的内痔。具有消痔枯脱作用,主要有枯痔散、灰皂散等。即以药物敷于痔核表面,使痔核干枯坏死,达到痔核脱落治愈的目的。因所用药物大都具有较强的腐蚀作用,故涂药时应避免伤及周围正常组织,此法目前已少采用。

(4)针灸疗法。主穴:攒竹、会阴;配穴:燕口、龈交、白环腧、长强、承山;艾灸:取上述穴位,灸 5~15 分钟,以灸至皮肤温热红晕,而又不致烧伤皮肤为度。

(5)微波疗法。采用高频高压电磁波,通过对微波辐射使组织产生生物物理反应而达到治疗目的。根据微波治疗仪功率大小不同的变化,又可以进行理疗作用(包括肛门周围和直肠内)、凝固止血、烧灼、切割等。

(6)冷冻疗法。通常采用液氮、液态二氧化碳,利用其超低温使组织细胞内液迅速冻结,细胞膜破坏,蛋白变性,血流停止,血管栓塞。一般每次冷冻 1~3 个痔核。该法近期疗效较好,但复发率高。

(7)红外线凝固法。采用特制的红外线凝结仪对痔核组织进行局部照射,使得痔核内的血管凝固,机化。一般每次照射 1~3 个痔核,每个痔核选 3~4 个点,每个点照射 1~1.5 秒。本法对早期内痔的近期疗效较佳。

(8)激光疗法。利用激光照射使组织产生快速的生物物理反应,使得痔核组织蛋白凝固变性,细胞代谢障碍,甚至组织细胞碳化、气化。治疗时应注意必要的保护措施,严格掌握适应证,控制激光器的功率大小、照射时间和距离等,避免不必要的伤害。

第五节 手术治疗

一、内痔

【手术方法】

1. 枯痔钉插药术

适应证:Ⅱ期、Ⅲ期内痔或混合痔的内痔部分。

禁忌证:①任何外痔或肛管直肠有急性炎症时不能插入。②伴有严重的心、肝、肾、血液系统等疾病的患者及汞过敏患者。

术前准备:①查血常规、出凝血时间等。②排尽大小便或开塞露注肛排便。

麻醉:无需麻醉或局麻。

体位:侧卧位。

手术步骤:

(1)徒手插钉术。①术区常规消毒,铺巾。观察内痔的大小、位置、形态及数目。对单发且能脱出的内痔,可直接插入;对不脱出的内痔,先行扩肛再用手压住内痔根部,将其翻出肛外。②术者左手固定内痔,右手捏住钉尾,在距齿线上 0.3~0.5cm,钉尖对准痔体与表面呈 15°角,用力快速插入痔黏膜后,再缓慢插入痔内(图 1-1),每钉之间距离为 0.3~0.5cm,每个内痔根据大小插入 3~5 枚,一次总量可插入 10~

20 枚。③插入后,将痔面多余部分剪掉,仅留 1~2mm 即可(图 1-2)。因痔黏膜收缩则将钉全部埋入痔内,再逐个将脱出痔核送回肛内,包扎固定。

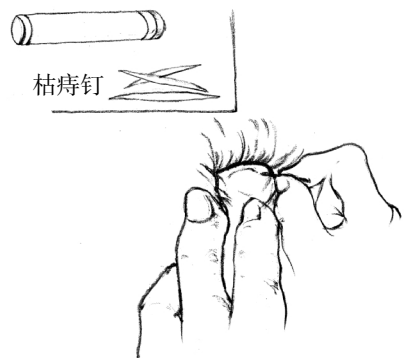


图 1-1 将枯痔钉刺入内痔黏膜下

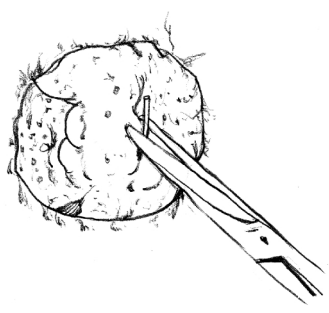


图 1-2 剪去剩余的钉端

(2)器械射钉术。用特制的射入器,通过斜面喇叭镜将半条枯痔钉射入内痔。即将枯痔钉安放在枪筒内,对准痔体呈 15°角,扣动扳机射入痔内(图 1-3)。插射完后送回肛内,可塞入止痛、解痉栓剂,压迫内痔,使之回位。

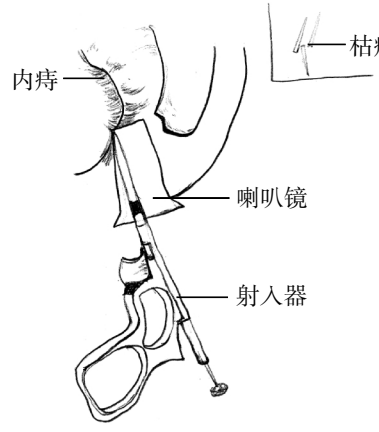


图 1-3 器械射钉术

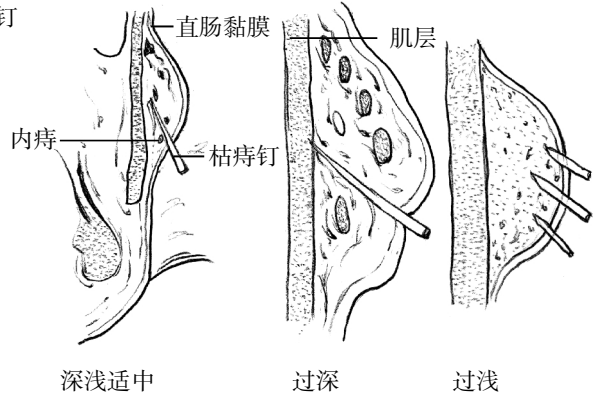


图 1-4 插钉深浅度

术后处理:①嘱患者调理大便使大便软化,每日或隔日 1 次。②术后每日更换引流纱条,至创面平复。③如有发热、出血等应考虑过敏反应,宜早期停止治疗。

术中注意:①不论痔体大小,尽量一次插完,插钉不宜重叠。②插钉不宜过深、过浅、穿透或低于齿线,否则易致健康组织坏死、疼痛和感染(图 1-4)。③先插小的痔核,后插大的痔核。若有出血点,可在出血点插钉一枚即可止血。④一次插钉