

痔病微创治疗

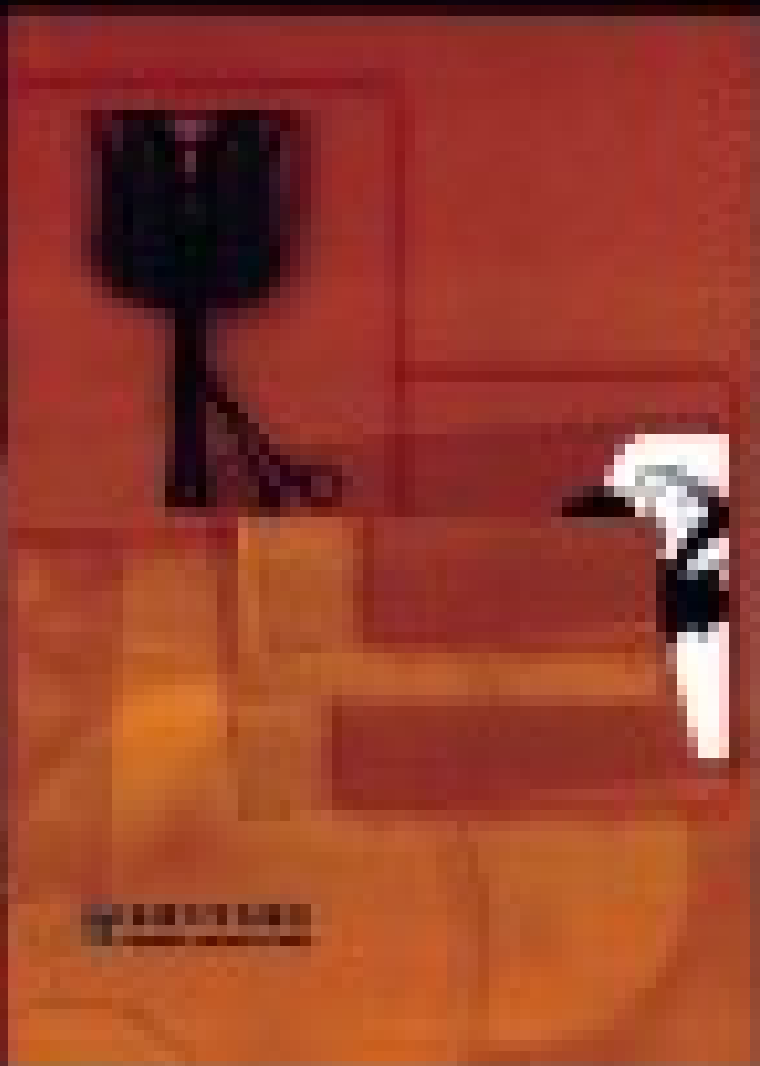
王业皇 郑雪平 · 主编



东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

痔

病從口治



痔

痔病微创治疗

主 编 王业皇 郑雪平

副主编 章 阳 张 兵 彭 澎 童景飞
康雨龙 王永强 姚卫健

编 委 (按姓氏笔画排序)

王业皇 王永强 叶 妮 吴金萍
张 兵 郑雪平 赵 平 姚卫健
康雨龙 章 阳 彭 澎 蒋 捷

东南大学出版社

· 南 京 ·

内 容 提 要

随着对痔病病因病理认识的逐渐深入,对痔病治疗方法的不断改进,特别是微创理念的不断加强,痔病的治疗趋于微创化。本书总结了痔病的各种微创治疗方法,如内痔注射术、吻合器痔上黏膜环切吻合术(PPH术)、超声多普勒引导下痔动脉结扎术(DG-HAL术)、围扎悬吊术等,分别介绍其治疗原理、适应证、禁忌证、手术操作方法等,探讨微创外科在痔病治疗上的发展前景。

本书适合广大肛肠疾病专业的临床医务人员学习、使用。

图书在版编目(CIP)数据

痔病微创治疗 / 王业皇,郑雪平主编. —南京:

东南大学出版社,2011.12

ISBN 978-7-5641-2915-6

I. ①痔… II. ①王… ②郑… III. ①痔—治疗

IV. ①R657.105

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 153380 号

痔病微创治疗

出版发行:东南大学出版社

社 址:南京市四牌楼 2 号 邮编:210096

出 版 人:江建中

网 址:<http://www.seupress.com>

电子邮件:press@seupress.com

经 销:江苏省新华书店经销

印 刷:常州市武进第三印刷有限公司

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:5.25

字 数:136 千字

版 次:2011 年 12 月第 1 版

印 次:2011 年 12 月第 1 次印刷

书 号:ISBN 978-7-5641-2915-6

定 价:35.00 元

本社图书若有印装质量问题,请直接与读者服务部联系。电话(传真):025-83792328

目 录

第一章 痔病的概念与治疗进展	1
一、祖国医学对痔病的认识	1
二、西医对痔病的认识	3
三、痔的现代概念——肛垫下移学说	4
四、痔的外科治疗进展	6
五、痔病微创医学的发展	10
六、痔病治疗存在的问题	12
第二章 痔病的流行病学	14
第三章 微创理念的历史沿革	16
一、微创与微创外科的概念	16
二、微创外科的兴起	19
三、微创外科的历史沿革	19
四、微创外科发展中需要深入思考的问题	22
五、微创外科的范围	25
六、微创外科的发展前景和展望	26
第四章 内痔微创治疗	30
一、中医学在内痔治疗中的微创体现	30
二、枯痔钉的演变	37
三、内痔注射疗法	50
四、内痔微创治疗的探索——悬吊术	59
五、吻合器痔上黏膜环切钉合术(PPH 术)	61
六、选择性痔上黏膜切除吻合术(TST 术)	72

七、超声多普勒引导下痔动脉结扎术(DG-HAL 术)	82
八、套扎疗法	95
第五章 外痔的微创治疗	108
一、外痔的分类	108
二、外痔微波治疗	110
三、外痔冷冻治疗	112
四、外痔的透皮吸收治疗——巴布剂治疗	116
第六章 混合痔的微创治疗——围扎悬吊术	123
一、围扎悬吊的理论基础	123
二、围扎悬吊的思想来源	124
三、围扎悬吊的适应证	125
四、围扎悬吊术的具体操作方法	125
五、围扎悬吊术的手术关键及注意事项	125
六、围扎悬吊术的疗效评价	127
七、围扎悬吊术的意义	127
八、围扎悬吊术的优点	128
第七章 痔病微创治疗适应证的选择	129
一、痔病治疗中存在的问题	129
二、痔病综合微创治疗适应证的选择	132
附一、痔临床诊治指南(中国 2006 版)	135
附二、痔病临床治疗指南(法国版)	141
附三、DE-01S 肛肠内窥镜技术	152
参考文献	155

第一章 痔病的概念与治疗进展

一、祖国医学对痔病的认识

中医痔病学与祖国医学其他学科一样,有着悠久的历史。历代医家经过反复实践,不断改进和提高治疗方案,创造了许多疗效独特的治疗方法。

关于肛肠病学的历史起源,经文献资料分析,首推《山海经》。《山海经·南山经》记载:“泝水出焉,而南流注于海。其中有虎蛟,其状鱼身而蛇尾,其音如鸳鸯,食者不肿,可以已痔。”这里最早提出了痔与痿的病名和食疗。

秦汉时期已有了关于痔病的病因病机、辨证、治则和方药的记载。如《素问·生气通天论》篇曰:“因而饱食,筋脉横解,肠澼为痔。”《神农本草经》记载有槐实、黄芩和蛇蛻等 21 味中药可治疗痔。《金匱要略》记述:“下血先便后血,此远血也,黄土汤主之。下血先血后便,此近血也,赤小豆当归散主之。”在解剖生理方面,《素问·五脏别论》中记载:“魄门亦为五藏使,水谷不得久藏。阴味出下窍,阳气出上窍,味有质,故下流于便泻之门,气无形,故上升呼吸之门。”《难经》记载:“肛门重十二两,大八寸,长二尺八寸,受谷九升,三又八分之一合。”在此时期,记载详细者首推《五十二病方》,该书对痔病作了三大分类,记载了“牡痔”、“脉痔”、“血痔”等多种痔病和灸法、涂法(熏洗)、熨法和敷药法等多种治法。可以肯定地说,这些都是世界上最早、最详细的肛门疾病诊疗方法。由此可知,秦汉时

期的医学家们不仅创造了有关痔病的理、法、方、药，而且在肛肠解剖、生理方面的认识也初具雏形。

晋皇甫谧的《针灸甲乙经》中记载用针刺疗法治疗痔疾，曰：“痔痛，攒竹主之；痔，会阴主之；脱肛下利，气街主之。”《外台秘要》在痔的认识上提出了气痔和酒痔，理论上提出了出血与不出血、疼痛与不疼痛之分，以便辨证施治。

宋金元时期是中国文化极为发达的时期，医学也不例外，古人谓“方书之多莫过于宋”，即可说明其发达程度。在此时期各派最负盛名的医学家，在治疗上俱以凉血散瘀、清热解毒治之。《丹溪心法》记载：“痔疮专以凉血为主。痔者，皆因脏腑本虚，外伤风湿，内蕴热毒，醉饱交接，多愁自戕，以致气血下坠，结聚肛门，缩滞不散，而冲突为痔也。”金元时期窦汉卿的《疮疡经验全书》进一步将肛门疾病按部位、症状、形态的不同分为二十五种，为辨证施治提供了依据，肛肠科现行的治疗方法大多起于此时。“枯痔法”始载于元代《外科精义》，挂线疗法据《古今医统》记载是从“复斋治痔法”演变而成。明代对痔疾等肛肠疾病诊治更有突出成就。《外科正宗》记载：“凡疗内痔者，搽枯痔散，早午晚三次，轻者七日，重者十余日，其痔自然枯黑干硬，待痔脱之后，换搽生肌散、生肌收口。”同书也记载治痔的结扎疗法，曰：“治诸痔，凡蒂小而头大者，用此线缠系其根，两头留线，日渐紧之，其痔自然紫黑，冰冷不热，轻者七日，重者十五日，必枯脱，后用月白珍珠散收口，至妙。”至此肛肠科已开始成为独立学科，有了从事本专业的专家。总之，我国明代在肛门疾病的诊断和治疗方法，无论是内治还是外治皆臻于完善。

清代对肛门疾病的诊治，以《医宗金鉴》记载较详，该书还绘有二十四痔图、肛周肿胀图和图解，并编有歌诀，曰：“痔疮形名亦多般，不外风湿燥火源，肛门外内俱可发，溃后成病最难痊。”该书介绍的内服药物和外用药物也较以前全面。《外科图说》记有“探肛筒”、“过肛针”、“钩针”、“镰形刀”等检查方法和治疗工具的图样，并注明了规格尺寸，以便照图制作。其中，对于怎样使用工具也有详

细说明。清代的《古今图书集成》是部百科全书巨著,其中对历代医学成果进行了总结,内外妇儿各科俱全,在诊治肛肠疾病的“后阴门”一章中,介绍治疗肛肠疾病的方药竟达 500 余种,每一法则的理论阐述、方药的适应证都有具体说明,时至今日仍有临床指导意义。此书还有针灸、导引、医案、治验和外治各法的详细描述。

综上所述,中医治疗肛肠病内容丰富、行之有效,国外学者公认,从古至今,中医对肛肠学科的发展都作出了重要贡献。

二、西医对痔病的认识

国外医学对痔病的概念存在很多不同观点。1749 年 Morgagni 提出,痔是肛直肠区静脉扩张引起的团块。“静脉曲张学说”认为,直肠下端或肛管内丰富的静脉丛发生扩张或曲张即成为痔,也就是说痔是曲张的静脉团块,是各种原因造成的血管本身病变。这种认识着眼于病理学。而痔的现代概念是从解剖、组织和生理学的角度来研究并证明扩张的静脉无任何病理性损害,血管的扩张只是肛垫调节血量的表现,属生理现象。

关于直肠上动脉分支模式与母痔好发部位关系的错误认识。传统概念认为,三个母痔(右前、右后和左侧)的成因与直肠上动脉三个终末支分布相应。但近代研究证明,直肠上动脉的分布无固定模式,上述典型三支分布者仅占 6.6%,且直肠上动脉的分支均位于直肠壁外面,并非走行于黏膜下,其血供范围限于直肠的中下部,一般不达痔区,而肛垫的动脉血供主要来源于直肠下动脉和肛门动脉。因此,直肠上动脉分支模式与母痔的好发部位无关。

关于门脉高压导致痔静脉丛瘀血成痔的错误观点。过去认为,痔上静脉丛的静脉血经直肠上静脉回流至门静脉系统,而痔下静脉丛的静脉血引流至腔静脉系统,当门脉高压时,门脉血经痔上和痔下静脉间扩张的交通支流至腔静脉,此扩张的交通支易形成痔。但现在认为,痔是齿状线以上肥大下移的肛垫,肛垫黏膜下静脉丛(痔上丛)是直肠静脉丛的一部分,后者只有吸收前者过度充血的作用。

同直肠上动脉分布与母痔形成无关一样,直肠上静脉与痔的形成并无直接的解剖关系,门脉高压时并发的只是直肠上静脉曲张,而不是痔。临床上统计也表明,门脉高压患者的痔发生率并不比正常人高。因此,传统的门脉高压导致痔静脉丛瘀血成痔的观点是错误的,应予摒弃。

1963年 Stelzner 提出痔是直肠海绵体组织勃起所致。1975年 Thomson 首次提出“肛垫”的概念,并经过众多学者的不断完善,肛垫指的是“位于直肠末端的组织垫,为平滑肌纤维、结缔组织及血管丛构成的复合体,其功能是协助肛门括约肌完善肛门的闭锁”;而痔病是“由于支持组织松弛导致肛垫下移,因下移而出现充血、水肿、肥大和出血而形成。”以此为基础,1994年 Londer 等提出了肛垫下移学说,此学说受到许多国内外学者的支持,在我国肛肠外科学界亦逐渐得到承认。我国 2006 年制定的《痔临床诊治指南》中对内痔、外痔分别定义为:“内痔是肛垫(肛管血管垫)的支持结构、血管丛及动静脉吻合发生的病理性改变和移位;外痔是齿状线远侧皮下血管丛扩张、血流瘀滞、血栓形成或组织增生。”

三、痔的现代概念——肛垫下移学说

长期以来,有关痔的“学说”层出不穷,对什么是痔,概念混乱,因而痔的分类标准和治疗方法也相当繁杂。自 20 世纪 70 年代起,痔本质的研究获得突破性进展。1975 年 Thomson 首次提出:“痔是人人皆有的正常解剖结构”,并强调“痔不是病,不应当切除,除非它有确切的手术指征。”1977 年在英国召开的痔的专题讨论会,1979 年美、英、澳三国肛肠外科医师协会举办的联合学术会议以及 1984 年在科伦堡举行的第 9 届德国结肠直肠外科学术会议上,与会代表根据痔的新概念,对痔的分类标准及治疗方法展开了热烈讨论。特别是 1980 年 6 月在美国佐治亚州的亚特兰大市召开的痔外科专题讨论会,争论得更加激烈。在这次会议结束时,大会主席 Marino 教授作了简短总结,提出:“(1) 不要治疗没有肛门体征的症

状;(2) 不要治疗没有症状的肛门体征。”这一名言目前已被肛肠学界所公认。Thomon 提出的关于痔的新概念奠定了痔的现代概念的理论基础。他认为痔是直肠下端的唇状的肉赘或肛垫,是人人皆有的正常结构。痔不同于痔病,肛垫病理性肥厚即是痔病。人类肛管内齿状线上方有一宽 1.5~2.0 cm 的环状组织带,人们通常称为痔区(heamorrhoided zone),为一高度特化的血管性衬垫(简称肛垫),有 3 个垫状组织于右前、右后及左侧位排列。肛垫是痔的代名词,两者既是解剖学名词,又是外科学术语,但肛垫不是解剖学的法定术语,其英文是“cushions”或“pades”,指“护垫”、“缓冲器”之意,形象而又恰当地描绘了痔块的形态特点和功能特性。从发生学上看,痔是肛直肠套叠发育而成,是人体解剖的正常结构。确切地讲,肛垫或痔组织是肛管黏膜或痔组织及齿线上区黏膜局部增厚所致。肛垫酷似海绵体组织,不但具有很大的可塑性,而且可以调节其中血流量的多少来动态地调整其弹性,从而有助于肛门自制。痔的主要结构成分是黏膜上皮、血管及纤维肌性组织。肛垫上皮具有一定的免疫及内分泌功能,有精细的辨别功能,有多种化学性和机械性受体,可以引发保护性肛门反射,对维持正常排便活动有极其重要的意义。

1994 年 Londer 等进一步提出内痔发生的肛垫下移学说,即其发生是由于固定肛垫的悬韧带 Treitz 肌和 Park 韧带发生损伤或断裂,导致肛垫的脱垂和下移引起。痔病的治疗原则是根据其症状,没有症状的痔无需治疗;相反,有症状的痔,即使很小也应治疗。这一概念已获得肛肠界广泛的赞同与支持,1984 年在德国科伦堡举行的第九届德国结肠直肠外科学术会议上获得一致认可。国内外新近出版的肛肠病专著也采纳了这一概念。基于上述理论并结合我国的特点,为更好地规范痔病的诊治,中华医学会外科分会肛肠外科学组 2000 年 4 月在成都制定了《痔诊治暂行标准》,即:(1) 痔的定义:痔是肛垫病理性肥大、移位及肛周皮下血管丛血流淤滞形成的团块。(2) 痔的分类:内痔、外痔及混合痔。(3) 痔的临床表现

及内痔的分度:① 内痔的分度及临床表现。Ⅰ期:便时带血,无内痔脱出,便后出血可自行停止;Ⅱ期:便时带血,内痔脱出,便后可自行回纳;Ⅲ期:便时带血,内痔脱出或久站、咳嗽、劳累、负重时内痔也脱出,需用手回纳;Ⅳ期:内痔脱出,不能回纳,可伴绞窄嵌顿。② 外痔的临床表现:肛门不适、潮湿不洁,可伴发血栓形成及皮下血肿。③ 混合痔的临床表现:内痔和外痔的症状可同时存在。

四、痔的外科治疗进展

根据现代痔的概念,痔的治疗原则是治疗痔的症状而不是根治痔本身,因此“见痔就治”很显然是一种错误的观念,需要加以纠正。现代观点认为,痔无症状时不需要治疗,只有合并脱垂、出血、嵌顿和血栓时才需要治疗。对有症状的痔,治疗目的是消除或缓解症状,不是根治有病理改变的肛垫。由于肛垫在控便过程中发挥作用,因而从保持肛垫和肛管黏膜完整性的角度出发,应该加强保守治疗和非手术治疗。只有在保守治疗无效后才考虑手术治疗。在手术方法上将过去的尽可能彻底地在解剖学形态上将痔切除,改为通过手术将脱垂的肛垫复位,并在手术的过程中尽可能保留肛垫的结构,以达到术后不影响或尽可能少地影响精细控便能力的目的。在手术方式的漫长演变过程中,一些方法被继承和沿用了下来,而另一些方法被逐渐摒弃。目前比较常用的手术方法主要有外剥内扎术、吻合器痔上黏膜环切吻合术(PPH术)以及超声多普勒引导下痔动脉结扎术(DG-HAL术)。

(一) 外剥内扎术

该术分为开放式和闭合式两种。

开放式手术最早由 Miles 在 1919 年提出,1937 年英国圣·马克医院的 Milligan 和 Morgan 对该手术方式进行了改良,目前一般称为 Milligan-Morgan 手术或开放式外剥内扎术,是临床上常用的手术方式。手术要点是在痔下缘皮肤与黏膜交界处做尖端向外的“V”字切口,沿内括约肌表面向上剥离到痔核的根部,局部缝合

结扎,切除痔核组织。其优点是手术简单、对于单发或相互之间相对独立的内痔根治效果好。缺点是一次最多只能切除3个痔核,在切除的3个母痔创面之间需要保留一定的黏膜桥,否则术后容易引起肛门狭窄,其缺点是术后内痔复发率可达10%左右。另外,术后常伴有肛门部明显水肿,疼痛剧烈并且持续时间长,创面愈合慢,一般需要3~4周的时间。如果切除的组织过多,术后可伴有一定程度的肛门失禁或肛管狭窄。为了减轻术后肛门部疼痛,近年来许多学者尝试了很多新的方法,例如痔切除的同时加侧方内括约肌部分切除,用电刀或激光刀替代剪刀或普通手术刀切开皮肤等。

闭合式外剥内扎术由 Ferguson 和 Heaton 于 1959 年首次报道,旨在克服开放式痔切除术的缺点,达到以下三个目的:①在不牺牲黏膜的情况下,尽可能多地切除痔血管组织。②通过对创面的一期缝合,减少术后创面的渗出,缩短愈合时间。③避免开放式痔切除术后创面瘢痕收缩引起的肛门狭窄。手术方式与开放式基本相同,但在切除痔核后间断缝合手术创面,或仅在切口的下方保留部分开放,以利于引流。与开放式手术相比,术后肛门部疼痛减轻,切口愈合时间明显缩短,但需比较好的术前肠道准备、手术无菌操作以及术后处理等。由于肛门部位的特殊性,其创面的愈合过程不可能与身体其他部位的切口相同。在手术过程中切口处于牵开状态,即使不进行缝合,其在括约肌张力的作用下也可以自然回缩,在排便时切口被动扩张,创面靠肉芽组织填充,上皮生长而愈合。缝合的肛门部位切口,虽增加了创口的张力,但减少了肛门在排便时的扩展度,容易在排便时因括约肌扩展而使缝合线张力增加引起疼痛,同时缝合处易引起引流不畅导致感染,反而会延长愈合时间。

Milligan - Morgan 痔切除手术是目前最普遍使用的痔切除术,被认为是痔切除的经典术式。Ferguson 所倡导的闭合式痔切除术,在痔切除的基础上闭合切除,多数学者认为能够减轻术后疼痛和出血,在某些地区较为流行,但术后疼痛、愈合时间长等并发症在一定程度上已经无法被现代社会所接受。

(二) 痔环切术

最早由 Walter Whitehead 于 1882 年创用,主要适用于环形脱出的内痔或环形混合痔,后于上世纪 40 年代由 Sareola 和 Klose 改良,目前一般称为 Sareola-Klose 法或 Klose 法,又称 Whitehead 法。该手术的基本要点是在齿线上方 0.3~1 cm 处沿内括约肌表面上分离,环形切除宽约 2~3 cm 的直肠黏膜、黏膜下组织及其全部组织,将直肠黏膜与肛管黏膜皮肤缝合。痔环切术的优点是痔核完全被切除,术后复发率低;但缺点是手术时间长,术后出血多,术后 10%~13% 的患者伴有比较严重的并发症,如肛管狭窄、黏膜外翻、肛管感觉丧失导致的感觉性大便失禁等。目前已很少采用。

(三) Parks 手术(黏膜下痔切除术)

Petit(1774 年)和 Cooper(1809 年)分别介绍了一种痔切除方式,其实质即高位结扎和黏膜下痔切除。1955 年 Parks 改良了黏膜下内痔切除,利用 Fansler 手术暴露肛管的方法行黏膜下内痔切除,因此也称为“Parks 痔切除”。Parks 黏膜下内痔切除术的主要优点在于:① 结扎内痔的部位不包含任何肛管上皮,术后疼痛轻;② 不切除黏膜和皮肤,因切开的部位手术后自然回缩覆盖伤口,避免术后纤维瘢痕形成和肛管狭窄。但同时此术式也存在不少缺点:① 手术难度大,容易出血;② 比其他痔切除术所需时间多;③ 复发率高。

(四) 吻合器痔上黏膜环切钉合术/吻合器痔上黏膜环切钉合术(PPH 术)

PPH 术是近年来治疗重度脱垂性痔的一种新的手术方法。意大利的 Longo (1998 年)首先将此技术用于治疗痔的脱垂,并对其治疗脱垂痔的机理作了描述。国内姚礼庆于 2000 年开展此手术,用于重度痔的治疗,但手术并无统一名称。PPH 术或经肛门吻合器痔切除术,其实质是经肛门吻合器将直肠下端黏膜及黏膜下层环型切除,肛垫悬吊。它以“肛垫下移学说”为理论基础,以“悬吊(固定)、断流(减流)、减积”为治疗机理。Longo 认为,PPH 环型切除直肠下端 2~3 cm 黏膜和黏膜下组织,恢复直肠下端正常解剖结

构,即肛垫复位。同时,黏膜下组织的切除,阻断痔上动脉对痔区的血液供应,术后痔体萎缩。因为 PPH 术仅切除直肠下端黏膜和黏膜下组织,在感觉神经丰富的肛管和肛周不留切口,理论上减轻了术后疼痛,且吻合位于肛管直肠环上,括约肌损伤的机会亦相对减少。PPH 术一经出现,便有大量随机对照试验研究术后疼痛减轻的特点,以及患者的社会、经济得失。这些随机对照试验多来自欧洲和亚洲,其共同特点认为 PPH 术可减轻术后疼痛。与传统痔切除手术相比,PPH 治疗Ⅲ~Ⅳ期内痔及混合痔的主要优点在于:①主要症状缓解率高;②住院时间短,患者很快恢复正常工作和生活;③术后疼痛轻。Arnaud 等通过压力测定、腔内超声、失禁评分比较术前、术后直肠和肛管压力、形态、功能,通过问卷调查和术后复查观察患者满意度、术后并发症,结果示 PPH 术增加治疗费用,但缩短了患者恢复至正常活动所需要的时间。分析治疗的经济-效益比,较为客观地说明 PPH 术治疗脱垂痔安全、有效,虽然增加治疗费用,但减轻术后疼痛、缩短恢复至正常活动所需时间。虽然目前临床报道的 PPH 手术近期效果良好,但是对于其远期疗效,国外 Pernice、国内姚礼庆等作了相关报道,目前临床报道尚不多见,尤其缺乏大量长期前瞻性随机对照研究的支持。

(五) 超声多普勒引导下痔动脉结扎术

1995 年日本 Morinaga 教授首次运用了痔动脉结扎方法治疗痔病,该方法作为一种简便、安全、无痛、有效和低侵袭性微创外科治疗手段,在日本、欧美等发达国家取得了成功,获得了比较满意的疗效。超声多普勒引导下痔动脉结扎术是一种集超声波探查、缝扎手术为一体的新的诊疗技术。通过特制的带有超声波探头的直肠镜,可快速确定痔动脉的位置,并可通过操作窗口准确、方便地缝扎痔动脉,从而阻断血流,降低痔体内压,达到迅速止血、使痔体萎缩的目的,对出血性痔病疗效极好。Bursics 等认为该术式是治疗痔病的理想方法,符合微创手术的条件,操作简单、安全、有效、疼痛轻、并发症少,其止血疗效确切,创伤小,术后恢复时间短,符合微创

外科发展的潮流。国内学者王业皇等对多普勒引导下结扎痔动脉治疗内痔进行了初步的临床观察,结果表明该法疗效明确,无出血、疼痛、水肿等传统手术常见的并发症,并且可结合悬吊法治疗痔病,与传统手术相比具有明显优势,显示了良好的发展前景。但此术式在临床使用时间尚短,虽然近期疗效满意,远期疗效尚待观察,且并发症也是有一些的,如术后并发大出血、疼痛等。

痔的治疗问题与展望:痔的治疗方法、手段的出现和发展与对痔发病机理的研究发展是密不可分的。早期认为痔不是病,因此很多人宁愿忍受痔带来的不适也不会选择治疗。以后痔病的治疗又走向另一个极端,认为只要是痔就应该去掉,从而又导致大量的并发症和后遗症的出现。随着解剖学的发展,人们对痔的认识走向了一个比较客观的认识,那就是现代痔的概念。在这一概念的指导下改进了各种治疗方法,也减少了很多的并发症和后遗症。但对于痔的发病机理我们仍然没有完全搞清楚。首先需要做大量工作,以明确痔症状产生的原因,是同一病因还是病因各异,社会、文化和心理因素对痔症状的产生是否与生理因素同等重要等,都需要进一步的研究。也许当痔的病因、发病机理被完全解释清楚的时候,现在的一些治疗方法将被淘汰。

五、痔病微创医学的发展

随着医学科学技术的发展,英文医学文献中出现了“minimally invasive”一词,1985年Payne和Wickham在内镜治疗泌尿道结石的报道中首次使用“minimally invasive procedure”,即“微创”,并被广泛采用,在此基础上建立了一门新的医学理论体系——微创医学,它包括微创理念和微创技术两部分内容。微创理念贯穿于整个疾病诊断、治疗的全过程;微创技术实施过程中,以微创理念为指导,“以病人为主体”,处处体现出“微创人文思想”。现阶段微创医学逐渐运用于临床,微创技术方法主要包括内镜外科技术、腔镜外科技术、介入超声技术、介入放射技术及微创化外科技术等五种基

本技术。肛肠科中应用于临床的如结肠镜技术,可用来辅助诊断和治疗结直肠疾病,属于微创技术方法的一种。注射疗法、物理治疗、套扎疗法是已在临床广泛应用的痔病微创治疗方法。

(一) 注射疗法

注射疗法是目前国内外普遍使用的一种非手术疗法,其优点是治疗内痔的效果可以和手术相媲,而且痛苦小、治疗时间短,适宜于Ⅰ~Ⅱ期内痔,特别对于有出血症状的痔病效果明显。注射疗法依据注射药物对组织的作用,可分为硬化萎缩法、坏死枯脱法等。现采用最多的是5%石炭酸植物油注射疗法,此方法术后反应小,局部产生瘢痕较少;且石炭酸本身有杀菌作用,适用于肛门被污染部位。

(二) 物理治疗

近年来国内外物理疗法治疗痔病逐渐增多,如冷冻、激光、红外线、铜离子电化学疗法等,操作方法的简单,容易掌握,治疗时间短,不需住院,深受患者欢迎。临床对激光治疗痔病的报道较多,该疗法手术时间短,侵袭性小,术后反应轻;手术适应证较广,妊娠期、高龄患者或有其他合并症的患者、不适合创伤性较大手术者,经激光治疗均可取得良好的治疗效果,部分心脏病、高血压患者亦可采用此术式。

(三) 套扎疗法

目前使用较多的是胶圈套扎疗法,因为套扎具有“简、便、廉、验”的特点,术后肛门疼痛、排便困难、水肿等症状较其他手术治疗痔疮不明显,至今在国内外被广泛应用,主要适用于Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ期内痔及混合痔的内痔部分。Nivatvongs 介绍美国 Minnesota 大学附属医院用胶圈套扎疗法治疗内痔,疗效显著。Regan 报道了使用特制的吸引套扎器械治疗内痔的方法,方法简单、无痛,使用的特制橡皮圈效果明显优于其他套扎疗法使用的橡皮圈。该疗法的不足在于治疗时间相对较长,患者痛苦大,并发症中仍有出血、疼痛、坠胀、水肿、小便困难等,甚至有引起严重感染的报道,如结扎、套扎过多,容易引起肛门狭窄。Kumar 等认为尽管套扎疗法缓解症状非常有