

內部參考資料

學習中醫枯痔散療法 及掛線療法的經驗總結

江 蘇 省 衛 生 廳

1956.7.1.

目 錄

一、中医治療內痔的方法——枯痔療法

1. 藥物的配制

- ①枯痔散的成分，制法及作用
- ②脫落膏的成分，制法及作用
- ③生肌散的成分，制法及作用
- ④清涼散的制法及作用
- ⑤去濕藥膏的成分，制法及作用

2. 应用器械及材料

3. 治療方法

- ①術前准备
- ②術式
- ③上枯痔散
- ④上脫落膏
- ⑤脫落后的处理
- ⑥注意事項
- ⑦療程

4. 用藥期間痔核的变化

5. 治療过程中的伴發症

6. 禁忌症及適應症

7. 本療法的优缺点

8. 枯痔散治療內痔的几項統計

9. 典型病例

二、中医治療肛門直腸瘻的方法——挂線療法

1. 藥線的制备

①藥物的成分

②藥線的制法

③藥線的作用

2. 应用器械

3. 挂線法的操作步驟

4. 挂線期中的症象

5. 挂線期中以及錘線脫落后的处理

6. 全療程

7. 適應症

8. 本療法的优缺点

三、討論

1. 枯痔散的成分及制法

2. 枯痔散的用法

3. 如何止痛?

4. 挂線用藥線的制法

5. 挂線用鉛錘

6. 挂線並結合手術治療

四、結論

附：統計表八种

圖 十一 幅

一、中医治療內痔的方法——枯痔療法

1. 藥物的配制

① 枯痔散的成分，制法及作用：

成分：白礬20兩、信石1兩、明雄黃1兩2錢（在煨制時可按以上比例一次可制10斤左右）。

制法：先將白礬揀淨，除去雜質，稍加打碎，放置鐵鍋內於炭火（或煤火）上加熱，待其熔解成液體，再將研細的信石及明雄黃粉末倒入，然後用木棒（或竹桿）在鍋中徐徐攪拌，因此對三者尚未混合，故不能停留以免沉澱而凝結於鍋底，熬煮片刻後，冒出青煙，液體漸成棕紅色糊狀，此時起操作更要敏捷並因用力不斷攪拌，待成泥狀時，煙氣漸少而藥物呈淡黃色，隨即停止，從火爐上將鍋拿開，把藥物傾倒於清潔的紙上（平鋪在地面）再用力打碎成粒狀，待冷卻後另放置在陰暗濕潤處，約經3、4月（或冷藏於冰箱中七天）待毒性消失後，再放研鉢中研成細末，（越細越好）收貯瓶內備用，（如敷於痔核上患者感覺劇痛，可繼續放於陰暗濕潤處）本品有劇毒，應注意切勿入口。

作用：枯痔散為枯痔療法中的主要藥物，係淡黃色粉末，有粘性，劇毒對粘膜組織具有深在的腐蝕作用，故塗佈於脫出的內痔面，可使與接觸的組織發生凝固性壞死。

② 脫落膏的成分，制法及作用：

成分：（頂）龍骨4兩，石膏8兩，赤石脂3兩，輕粉5分，人中白6錢5分，冰片5分，蘇油4斤。

制法：將龍骨打碎研成細末，石膏放置炭火上煨制後研成細末，輕粉用小型研鉢研成細末，人中白用冷開水漂洗數次去除附着的雜

質，以文火焙酥研成細末，以上各藥混合於研鉢中，用淨水水磨之越細越好（以手摸之細膩爽滑全無細粒）然后用潔淨細布（或消毒紗布）包裹，放置盤中於陽光下曝曬，待所含水分完全蒸發后到入研鉢，加入冰片研勻，然后一同調入蘇油內，攪拌均勻呈暗紅色粥狀，即成脫落膏，裝入油膏罐備用。

作用：促進組織新陳代謝，有收斂、去腐生新、消炎殺菌、清涼退火等作用。

③生肌散的成分，制法及作用：

成分及制法：主藥大体同脫落膏，改頂龍骨為五花龍骨（量同）加去殼海螵蛸3錢共按上法水磨曬乾后不加冰片而改加血竭1錢共同研細末即成，不再調成油膏。

作用：去腐生新作用較脫落膏強，並有止血止痛作用。

④清涼散（可名之為複方生肌散）的制法及作用：

制法：將生肌散1兩、加青黛1錢、冰片5分共研細末即成。

作用：有清涼殺菌、收斂等作用，當痔核脫落后創面呈粉紅色久而不退時用之。

⑤去濕藥膏的成份、制法及作用：成份：大楓子肉5錢，香木必肉5錢，當歸1兩，生地1兩，元參5錢，紫草5錢，黃柏5錢，防風5錢（后入），麻黃5錢（后入），黃占2兩（和入收膏），蘇油八兩。

制法：將以上藥物與蘇油同煎，后入的待先入的將要熬至枯時，然後加入，熬至完全枯黑濾去藥渣和入黃占即成藥膏（天熱時多加黃占，天冷時黃占可減少為二分之一），在治療時可視濕疹之情況，如奇癢或分泌物大量排出，可調入密陀僧末少許，能使療效提高。

作用：是暗紅色的油膏，能去濕止癢，殺菌收斂等作用。

2. 应用器械及材料

①銅片二个（見附圖）作調藥和敷枯痔散於痔面及包裹棉紙之用。

②瓷質藥杯（或酒杯）一只，作調和枯痔散之用。

③棉紙（或軟皮紙）數張；用以圍護痔核周圍之健康組織並包裹

所敷藥物不使流散（用前最好經過消毒）。

④生理鹽水1瓶：作調和枯痔散之用，（原用唾液調和現已改進）。

⑤鑷子數把：用以清除瘡面污物，

⑥消毒棉花球、紗布、丁字帶：用以揩拭瘡面及敷料固定之用。

（見附圖）

3. 治療方法：

①術前準備：術前應先大便（必要時可灌腸）而后以溫開水（可加入過錳酸鉀少許）坐浴5——10分鐘，即可使內痔核脫出於肛門之外以便上藥。

②術式：一般均取側臥位，根據痔核大小及左右側部位以患痔的一面或較大的一面近於床面，在上方的腿盡量向股部彎曲，在下方的腿則稍彎曲，必要時左右側可交換躺臥以便左右應用。

③上枯痔散：用雙層棉紙條在內痔核周圍緊緊嵌塞，使痔塊與周圍皮膚及肛管直腸粘膜等完全隔離，然後將調好之枯痔散（用生理鹽水調枯痔散成糊狀，以銅片挑起敷於痔塊上不使流下為度）塗敷於痔塊里面，由頂尖漸向四週根部，約銅元厚，然後將紙條反摺包裹，外加紗布棉墊並用丁字帶固定，如此每日換藥2次，直至脫出之痔核乾性坏死變硬呈焦黑色時停止。

④上脫落膏：於每晨大便坐浴后，在焦黑乾硬的痔面上用乾淨毛筆或鷄毛（可用消毒棉花籤）蘸脫落膏塗敷1次，不需包裹，直至脫落為止。

⑤脫落后的處理：當痔核枯死后的創面，肉芽新鮮，常有滲出液，應於大便坐浴后撒布生肌散或清涼散，外加紗布墊以膠布固定，直至完全愈合為止。（見附圖）

⑥注意事項：

1. 枯痔散的用量依照痔核的大小多少而定，但應防止周圍組織遭受破壞。

2. 大便后如內痔仍舊不能脫出或脫出不完全者，可行喚痔法，即

使患者用力摒气增加腹压待內痔翻出時，隨將調和之枯痔散約 0.1 公分塗於痔面，然後使之自然收回肛內，1.2 次後即可完全脫出，再正式上藥。

3. 於最初數次敷藥以及用棉紙嵌塞包裹時操作應輕，不宜過重以防痔核表面或直腸粘膜破碎出血，如有出血情況，應壓迫止血後再敷藥。

4. 於每次敷藥時，應將痔面殘存藥物清除，充分發揮新塗藥物的作用，清除的方法乃以銅片尖端於痔面輕輕往返平刮，避免生硬過重引起表皮破碎出血，對部分不易刮除之殘留藥物亦無須勉強刮除。

5. 在第一次開始敷藥後，每次大便或藥物脫落時均須重新敷藥，不能中斷停止，否則痔核表面結成硬蓋就會妨碍以後藥效。

6. 開始敷藥後應盡量臥床休息，保持肛門局部安靜，防止藥物脫落。

7. 治療期間的飲食，以少刺激性而易於消化的食物為宜，如有食慾減退的病人，可給予適當的健胃劑。

8. 治療期間應隨時注意小便情況，通常必須給予適量的水份，以便吸收的砒素由小便排除，而避免積蓄中毒現象，如有小便不暢的患者，應即給予利尿劑。

9. 對便秘患者，可酌量應用潤腸劑或給予灌腸，以利通便而免局部刺激。

10. 在原患有心臟病、腎臟病、高血壓症或肝臟病者，必須治療痔瘡時，可以小量枯痔散小心治療，如發現有不良症狀時，應即減少用量，反應厲害時，並應即考慮停止。

11. 對有伴發症應根據不同情況予以對症治療，遇有毒性反應發生時，應即減少用量或減少換藥次數（一日一次），反應過大者，應考慮中止治療。

⑦療程：

1. 用枯痔散時間：根據痔核大小形態及分泌物多少而定，一般小

型痔核（紅棗大以下）而有莖者敷藥2——4天（4——8次）即可達枯死目的，如形如饅頭的中型痔核（蜜棗大小）敷藥7天左右（痔核的多少不影响敷藥時間）如患者有大量飲酒嗜好並有大量分泌物或痔核呈息肉狀則敷藥時間較為延長，須視痔核乾枯坏死情況而定，從過去經驗中應用敷痔散大多在2——8天。

2.用脫落膏時間：小型痔核一般2——3天可脫落，中型痔核4——9天可脫落，大型痔核10——15天可脫落。

3.用愈合藥時間：小型瘡面2——3天，中型瘡面4——6天，大型瘡面7——10天。

4.全療程，因患者年齡、體質、營養以及痔核大小多少而定，一般小型者約需1——2週，中型者約需2——3週，大型者約需3——4週。

4.用藥期間痔核的變化

第一次敷藥后痔核呈鮮紅色或紫紅色或褐色經過2——3次敷藥后，痔核周圍呈輕度浸潤，大出原痔塊 $\frac{1}{2}$ —— $\frac{2}{3}$ ，痔核表面呈斑點黑色，質柔軟，並有大量分泌物排出，經過4——6次敷藥后痔核表面逐漸呈豬肝色或黑色，質漸硬，分泌物減少，此后痔核全部逐漸呈黑色、乾硬，失去感覺，痔核與周圍組織顯著分裂而收縮，改用脫落膏2——3日后痔核堅硬如石，逐漸與組織脫離，終於完全脫落，脫落后的創面有少量血清樣液體滲出。

5.治療過程中的伴發症：

①墜感及疼痛：最初多無感覺，一般在敷藥3——4次后，自覺肛門墜脹不適，以后幾次敷藥20分鐘后常有灼痛感，此后稍輕，可能有跳痛，刺痛或乾裂痛，改用脫落膏后第一天並常有陣發性收縮痛，2——3日后逐漸減輕或消失，待痔核脫落后，每於第1、2次大便時因摩擦創面可有疼痛感。

②失眠：常因疼痛引起，多在第2天以后，但並非徹夜不眠，而是昏昏然不能入熟睡。

③小便困難：多在用枯痔散后的前幾天發現，或為小便不暢，次數增多，尿量減少，小便不能完全排出，但很少會發生尿閉的。

④大便困難：多因病人怕痛或恐糞便摩擦瘡面而不願大便，久之則引起大便秘結。

⑤反應：在應用枯痔散后當痔核組織發生凝固性壞死的过程中，由於病灶的局部刺激，機體每有反應發生，常見者是發熱，熱度多在 38°C 左右，很少達 39°C 以上者，同時也常伴有食慾不振。

⑥濕疹：在痔核枯黑改用脫落膏前后，往往可見到肛門周圍皮膚有濕疹，並有分泌物排出，如遇此症狀，勿使用熱水燙局部，敷用去濕藥膏，數日后即可痊癒。

6. 禁忌症及適應症：

由於枯痔散中含砒的成分較多，而砒的毒性很大，故在用藥期間必須要隨時觀察週身情況及反應，更應在事先進行較全面的體檢，以便選擇和掌握，對於本療法的一般禁忌症及適應症大致如下：

禁忌症：

①嚴重的心臟病、腎臟病、肝臟病或伴有心臟、腎臟病變的高血壓患者。

②活動性肺結核患者。

③急性傳染病患者。

④肛門周圍合併有急性感染者。

⑤接近產期的孕婦。

⑥因直腸癌或其他局部病變所致的內痔。

⑦不脫出的初期内痔。

註：以上諸病的輕度者遇有必要時亦可考慮枯痔療法的应用，但須謹慎小心。

適應症：

①3期內痔脫出肛外非用手推不能復位者。

②3期內痔合併有直腸粘膜脫垂者。

③絞窄性內痔，尤其是痔面已有潰爛者。

④任何可由肛門脫出的內痔。

⑤貧血患者兼患有必須治療的內痔者。

⑥肺結核患者兼患有必須治療的內痔時，只要病灶穩定，即可以考慮治療。

⑦原發性高血壓病但不伴發心腎病變，然却兼患有必須治療的內痔者。

7. 本療法的優缺點：

優點方面：

①設備簡單，操作簡便，容易學習，便於推廣，一般不受環境限制。

②治療前無須過多的術前準備工作。

③治療過程中不致出血，對貧血病人或體質較差不能接受外科手術者尤為適宜。

④病人因不動刀、不流血、不控制飲食，故可消除精神緊張及思想顧慮。

⑤嵌頓性內痔可以及時治療，不須採用保守療法。

⑥多數痔核可以一次治療，脫落后無肛門狹窄後患。

⑦治療期間飲食如常，大小便不受限制，對身體營養很少影響。

⑧藥品價格極為低廉，可避免不必要的手術所造成的浪費。

缺點方面：

①本療法不能完全代替所有治療痔瘡的方法，對初期內痔及外痔無效。

②對腎臟、肝臟等有實質性病變的患者應加考慮使用。

③治療全程較長，一般患者如因工作或學習緊張就不可能抽空治療。

8. 枯痔散治療內痔的幾項統計：

①療程：（見表一、表二）。

1. 痔核乾枯：每日上枯痔散兩次，據中醫醫院一八一例統計，普

通为四——八天平均五·七天每日上枯痔散一次。据公費醫療門診部二九例統計普通为六——一〇天，平均八天。

2. 枯痔脫落：据中医医院一八一例統計为三——十一天，平均六·七天，据公費醫療門診部二九例統計普通为五——九天，平均六·九天。

3. 瘡面愈合：据中医医院一八一例統計普通为二——一〇天平均六天，据公費醫療門診部二九例統計普通为四——八天，平均六天。

4. 全程：每日上枯痔散二次，据中医医院一八一例統計普通为一三——二五天平均一八·四天每日上枯痔散一次，据公費醫療門診部二九例統計普通为一六——二四天，平均一九·三天。

②疼痛：（見表三、表四、表五）

据中医医院一八一例統計，無痛者佔30%，疼痛者佔70%，開始感覺疼痛多在用枯痔散后的第二——三天佔49.6%，但也有少數人是在枯痔脫落時發生，至於疼痛的持續時間大多二——三天佔4.8%。

③發熱：（見表六、表七、表八）

据中医医院一八一例統計，在痔核凝固性坏死过程中体温升高至 37°C 以上者佔66.9%，大多起始於用枯痔散后的第二——三天佔60%，熱度通常在 37°C —— 38°C 之間佔52.5%，極少達到 39°C 以上者。

9. 典型病例：

本科治療的痔核突出病例報告

病例一

患者岳某，年四一歲，職業農，門診号九一八九，住院号二四二。

於一九五五年五月十六日入院治療，在六月十六日出院共計三十一天。

主訴：大便經常出血如噴射且有痔核脫出，已有二〇年。

現在症：每次大便后痔核脫出肛外，須用手推之，痔核才能还入

肛內，工作疲勞痔核亦易脫出肛外；（余略），一般檢查：中等體質，營養尚佳，發育良好，心臟可聽到收縮期雜音，肝脾可觸知一橫指，無顯著壓痛。

血壓130/90mm.Hg

血像：紅血球 420 萬，血色素50%，出血時間二分鐘，凝血時間一分鐘。

小便常規：色黃透明，酸性（反應）蛋白痕跡，糖（-）上皮細胞（+）濃細胞（+）粘絲（+）。

肛門檢查：大便後肛門內痔脫出，盤繞肛門周圍，直徑約13公分厚3.5公分。

診斷：繞腸痔：

治療經過：住院後第二天，患者便後痔核脫出肛外，即敷枯痔散，敷藥後，患者並無疼痛，僅覺肛門墜脹，小便不暢，次多量少，3、4 天后逐漸好轉。共敷枯痔散 13 次（6 天半），每次敷藥最多 3.2 克最少量 2.6 克，改用脫落膏後，17 天痔核全部脫落，脫落後 7 天，癒合出院。

在治療過程中：患者全無疼痛現象，體溫最高為 $37^{\circ}5\text{C}$ ，小便不暢，大便在痔核枯死後脫落前有便秘現象，共使用藥量如下：

枯痔散計 38.6 克、三溴合劑 100c.c.，烏洛~~多品~~ 63~~×26~~片，抗壞血酸 50mg × 60 片，維生素 K 30 片，複合維生素乙液 100c.c.，加匹拉米洞一克，消治龍 0.5 × 36 片，蘇打 0.3 × 16 片，~~石炭酸~~ 8cc.，蓖麻油 30c.c. 灌腸一次。

病例二：

患者劉某、男性、年 50 歲、職業麵粉廠工人、門診號 5001，住院號 260。

於 1955 年 6 月 2 日入院治療，至 6 月 24 日出院，共計治療 22 天。

主訴：大便出血，稍有疼痛，最近幾天有大量出血。

現在症：患痔已 20 多年，大便後痔核脫出肛外，身體疲勞即易出

血，（余略）

一般体检：中等體質，营养發育良好，主動脈區心音亢進，血压210/145m.m.Hg.

血像：紅血球456万，血色素80%白血球7800嗜中性76%淋巴球16%嗜酸性8%出血時間二分鐘凝血時間一分鐘。

小便常規：色黃，反应酸性，透明度清，蛋白(-)糖(-)上皮細胞(+)濃細胞(+)粘絲(+)赤血球(-)草酸鈣結晶(++++)。

肛門檢查：胸膝位11點鐘處，离肛門2公分有瘻管外口一處，向肛門放射至1點鐘、5點鐘處，靜脈曲張成內痔2粒如小紅棗大（右前右后）。

診斷：內痔和瘻管（瘻管未治）。

治療經過：住院第二天，大便后痔核脫出肛外，敷枯痔散后無疼痛和不適現象，第三日痔核局部呈黑色，敷藥后肛門墜脹有微痛。上午測量血压240/156m.m.Hg，下午260/160m.m.Hg，痔核呈黑色已達半枯死狀，減敷為50%的枯痔散，第4日上午仍敷50%的枯痔散各一次，上午測量血压210/150m.m.Hg，下午血压190/140m.m.Hg第5日上下午繼改敷80%的枯痔散二次，患者無疼痛，肛門局部亦無不適現象，上午血压160/110m.m.Hg，下午156/116m.m.Hg，嗣后每日均敷以80%的枯痔散二次，血压最高未超过180/130m.m.Hg，在全療程中，患者每次敷藥量最多為4.4克，最少為3.2克，共敷枯痔散13次（6天半），改用脫落膏后，10天痔核全部脫落，脫落后五天，愈合出院。在治療过程中，患者局部無疼痛，体温最高為37.5°C大小便正常，敷藥后二天，時有头晕、耳鳴、食慾不振，口不喝，無心悸，無氣急，心濁音界稍向左擴大約在鎖骨中線外一握，共敷枯痔散計41.1克，生肌散（和在枯痔散內使用的）16.7克，使用克尼西林40万×5瓶，在血压高達260/160m.m.Hg時，當邀請內科醫師會診处方，治以平肝熄風，另服羚羊角6分（一日一次服三分共服二日）並給予溴化物等鎮靜劑，血压漸平，出院時血压180/100m.m.Hg。

病例三：

患者葉某、年23歲、男、職工、門診号5515、住院号282。

於1955年6月23日入本科住院治療，至7月8日出院，共計治療15天。

主訴：大便時或多坐后肛門內有鮮血流出，並有異物感覺脫於肛門外已10多年，近半年來几乎每日帶血，以致頭暈眼花，並伴有先天性心臟病。

現在症：大便后有脫肛出血，並有內痔外翻，大便后疼痛一至二小時。（余略）

一般體檢：中等體質，營養發育尚可，心臟心濁音界向右下擴大於瓣膜區有貓喘狀雜音，心搏動規律有間歇或增快不整等現象，尤其在端坐呼吸時最為顯著，血壓120/65mm.Hg。

血像：紅血球510萬，血色素89%，白血球：6000，嗜中性74%，淋巴球20%嗜酸性：6%出血時間二分鐘凝血時間一分鐘。

小便：色黃：反應酸性，透明度清，糖（-）蛋白（-）上皮細胞少許，濃細胞（+）粘絲（+）

肛門檢查：胸膝位「11」點及「2」點處各有蓮子樣大小內痔一粒，表面破碎糜爛。

診斷：第三期內痔。

治療經過：住院后第二天早晨，大便后痔核脫出肛外，在胸膝位「11」「2」點鐘處如蓮子樣大小各一，即敷以枯痔散約1.0克，下午大便在清洗后再敷藥1.0克，情況良好，無不良感覺，第三日敷藥后，飲食大小便均正常，肛門稍感外翻，能起床行動，晚上感心悶，胃部不適，局部脹感更甚，給服伏散痛。第四日上午便后敷藥時，痔面已呈枯黑堅硬，早飯后起床稍動，自覺頭部昏眩，呼吸氣急，當即臥床休息，患者情緒緊張，局部墜脹疼痛，心悶欲吐等現象隨之而起，當給予鎮痛鎮靜等劑。第五日上午敷藥，痔面情況良好，然全身精神較差，急躁不安，局部有下墜感覺，將近午飯時精神更形不安，

心悶氣急，脈細，患者要求轉院，經本科研究同意轉院配合治療，當担架抬出病房下樓時，患者情況又好轉，下午繼續敷用枯痔散，痔面情況良好無變化。第六口稍感微痛，痔核已達枯死程度，上午便後改敷脫落膏，一日二次，在全療程中，共敷枯痔散8.7克，每天二次共敷四天，改用脫落膏後八日，枯死痔核全部脫落，脫落後五日，創面癒合而出院。

在治療過程中：患者局部有下墜脹感不適，繼至疼痛而使用鎮痛鎮靜劑，敷藥前後三日，患者精神不安，有氣急胸悶欲吐等象，可能情緒緊張刺激所致，因而轉院配合治療，體溫最高為37°C，飲食大便均正常，血壓在120/65mm.Hg左右，脈搏有不整現象，共用枯痔散8.7克，未因心臟變化而減輕枯痔散成分。

患者楊某，年51歲，男，職業教，門診號9871號，住院號258號，於1955年6月1日入本科住院治療，至同月28日出院，共計治療27日。

主訴：大便時，經常出血，並有物脫出肛外，已有20多年，似隨年齡大而增劇，發作時出血情況如噴射或呈點滴狀排出，以致頭昏眼花，失眠不多，並染有肺結核，在年前X光檢查，部分已硬結鈣化好轉吸收。（余略）

一般體格檢查：發育中等，有慢性病貌，精神疲乏狀，顏面枯黃，粘膜呈貧血狀態，胸部：發育不良右側前肋凹陷狀，兩肺尖部叩診略濁，並有氣管音听得，心臟：二尖瓣第一音延長，肺動脈瓣第二音分裂性雜音，血壓125/80mm.Hg。

肛門外科情況：肛門於大便後呈花圈狀脫出，胸膝位「1 1」「5」「1」點鐘處均有內痔核各一，花生米大，有潰瘍面，「9」「1」「4」點鐘處有外痔核各一，如蚕豆樣蓮子樣大，不破碎。

印象：混合花圈狀內外痔。

X光胸片檢查：左側沒潤型肺結核，右側：模糊陰影並有球形透明區。

血象：紅血球366萬，血色素：50%，白血球：8200，嗜中性71%
淋巴球26%，大單型1%，嗜酸性2%，出血時間6分鐘，凝血時間
2分鐘。

痰檢：塗片三次，未查見抗酸性桿菌。

治療過程：6月6日下午大便後，內痔全部脫出肛外，共計四個，分佈於胸膝位「1」「5」及「11」「7」點鐘處以「1」點鐘處最大（如紅棗大），「7」點鐘處最小（如黃豆樣）經局部消毒剃毛後，進行敷上枯痔散，分別四處包裹，共用枯痔散4.3克，加消毒紗布及丁字帶固定之。6月7日上午大便後，以P.P.水坐浴清洗，取辛木氏臥位敷藥，所有痔核表面已呈褐色，上下午各敷藥一次，有墜脹下垂和陣發性刺痛感，6月8日上下午各敷藥一次，肛門四週粘膜因循環障礙而成水腫充血狀，胸膝位「7」點處痔核最小，被胸膝位「1」處最大痔核壓迫而向上縮入肛內，有小便不暢和疼痛感覺，此因大小痔核在局部互相擠壓所致，見痔面已黑色，給鎮痛劑及潤腸糖內服，體溫37.50°C，6月9日仍分上下午各敷藥一次，痔核已呈強硬黑色，「7」處痔核尚不能全部看到，有陣發性疼痛，觸及時更甚，食慾稍減，精神較差，體溫正常。6月10日上午敷藥後，發現疼痛約一小時好轉，痔面已柔軟光滑，將達枯死程度，肛部依然疼痛不適，晚上失眠，下午5時又大便坐浴後敷藥痔核已呈枯死狀態，改用脫落膏後，灼痛漸好，夜11時尚不能安眠，除給服鎮痛劑外加用安眠劑，共用枯痔散34.3克。6月11日體溫上下不定，今日最高為37.6°C肛部以「1」點鐘處疼痛最顯，飲食稍減精神較差，有小便不暢感，上下午各用脫落膏一次，並給服鎮痛劑。6月12日依然疼痛不適上午注射1%0.5嗎啡，敷脫落膏二次。6月13日肛門部粘膜水腫稍退，或有陣發性收縮痛，精神飲食不如前好，注射1%0.5c.c.嗎啡，上下午各敷藥一次體溫最高為37.5°C 6月14日有發熱頭昏肛門不適，小便不暢，精神食慾不振失眠等情，除給服1%0.5c.c.嗎啡外，下午邀請內科會診，治以洩化濕熱參佐安神利尿為主。6月15日疼痛稍感好轉，「5」

「7」點鐘處痔核已脫落，上下午仍敷藥兩次，給服鎮靜劑。6月16日肛門部仍有陣發性收縮刺痛感，並有咳嗽吐濃痰，頭昏失眠，上下午便后坐浴各敷藥一次注1%5C.C.嗎啡外，再邀內科會診，如前方，6月17日疼痛稍見好轉，精神等全身症狀亦隨之轉好，敷藥二次，6月18日上午大便后有疼痛，經坐浴后轉好，下午痛感又起，即注射1%5C.C.嗎啡，痛停談笑如常。6月19日肛門部陣發性乾灼痛厲害，痔核已能移動，精神緊張，給服鎮痛片，晚上給服安眠劑，6月20日痔核全部脫落，肛部水腫稍退，創面在大便后有刺痛，坐浴清洗后用生肌散撒佈一日二次，疼痛減輕情況良好，仍給鎮痛劑輔助，6月21日局部症狀全身症狀均漸趨好，除敷藥外，給服潤腸糖使大便通暢，（余略）「5」「7」點處創口已愈合，6月28日創口全部愈合，肛門邊緣尚有少許高低不平，無不適感，全身症狀亦良好而出院。

在治療過程中：

病者體質本來瘦弱，有肺結核症，痔核情況大小較多，敷藥后小痔核受大痔核膨脹壓迫而有疼痛感覺，小便不暢飲食減退，發熱精神不安情況，以致用其它輔助藥物如嗎啡、伏散痛、苯巴比妥、潤腸糖較多，共用枯痔散四天半，總量為34.3克，第十天改敷脫落膏八日后愈合。

二、中醫治療肛門直腸瘻的方法——掛線療法

1. 藥線的制备：

①藥物的成分：芫花2兩、蟾酥一錢、巴豆7個、壁錢20個、石黃2兩、槐花5錢、金銀花5錢、中等粗絲線一兩。

②藥線的制法：先將石黃研成細末，蟾酥搗碎，巴豆搗爛去油，后將壁錢、芫花、槐花、金銀花等藥混合浸入冷水約一小時，然后在