

痔 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E7_97_94_c22_304909.htm 名称痔所属科室普通外科病因痔的病因并不完全了解，可由多种因素引起，目前有下列几种学说：（一）肛垫下移学说肛管血管垫是位于肛管和直肠的一种组织垫，简称rdquo.，系出生后就存在的解剖现象。当肛垫松弛、肥大、出血或脱垂时，即产生痔的症状。肛垫由3部分组成：静脉，或称静脉窦；结缔组织；Treitz肌，该肌是指介于**衬垫和肛管内括约肌之间的平滑肌，它具有固定肛垫的作用，当Treitz肌肥厚或断裂时，肛垫则脱垂。Goligher认为，若在痔切除时保留Treitz肌，则可防止损伤括约肌，减少手术创面，有利伤口愈合。他报告100例，80%创口一期愈合，术后疼痛轻，多数人排便无痛苦。正常情况下，肛垫疏松地附着在肌肉壁上，排便后借其自身的纤维收缩作用，缩回肛管。当肛垫充血或肥大时，即易受伤而出血，并可脱出于肛管外；肛垫充血的程度除受肛管压力影响外，如便秘、妊娠等，还与激素、生化因素及情绪有关。（二）静脉曲张学说从解剖上看，门静脉系统及其分支直肠静脉都无静脉瓣，血液易于淤积而使静脉扩张，加之直肠上、下静脉丛壁薄、位浅、抵抗力低，末端直肠粘膜下组织又松弛，都有利于静脉扩张，若加上各种静脉回流受阻的因素，如经常便秘、妊娠、前列腺肥大及盆腔内巨大肿瘤等，都可使直肠静脉回流发生障碍而扩张弯曲成痔。肛腺及肛周感染也可引起静脉四周炎，静脉失去弹性而扩张成痔。（三）遗传、地理及食物因素遗传是否可致痔的发生，目前无确切证据，但痔患者常有家族史，可能与食物、排便习惯及环境有关。多数人相信发

展中的国家痔的发病率低，如在非洲农村患痔者少见，可能与高纤维食物饮食有关。目前，在发达国家多食高纤维饮食，除了预防大肠癌的发生，也可减低痔的发病率。分类痔根据其所在部位不同分为3类：（一）内痔表面由粘膜覆盖，位于齿线上方，由痔内静脉丛形成。常见于左侧正中、右前及右后3处。常有便血及脱垂史。（二）外痔表面由皮肤覆盖，位于齿线下方，由痔外静脉丛形成。常见的有血栓性外痔、结缔组织外痔（皮垂）、静脉曲张性外痔及炎性外痔。（三）混合痔在齿线四周，为皮肤粘膜交界组织覆盖，由痔内静脉和痔外静脉丛之间彼此吻合相通的静脉形成。有内痔和外痔两种特性。临床表现（一）便血 无痛性、间歇性、便后有鲜红色血是其特点，也是内痔或混合痔早期常见的症状。便血多因粪便擦破粘膜或排便用力过猛，引起扩张血管破裂出血。轻者多为大便或便纸上带血，继而滴血，重者为喷射状出血，便血数日后常可自行停止。这对诊断有重要意义。便秘、粪便干硬、饮酒及食刺激性食物等都是出血的诱因。若长期反复出血，可出现贫血，临床并不少见，应与出血性疾病相鉴别。（二）痔块脱垂常是晚期症状，多先有便血后有脱垂，因晚期痔体增大，逐渐与肌层分离，排便时被推出^{***}外。轻者只在大便时脱垂，便后可自行回复，重者需用手推回，更严重者是稍加腹压即脱出肛外，如咳嗽，行走等腹压稍增时，痔块就能脱出，回复困难，无法参加劳动。有少数病人诉述脱垂是首发症状。（三）疼痛单纯性内痔无疼痛，少数有坠胀感，当内痔或混合痔脱出嵌顿，出现水肿、感染、坏死时，则有不同程度的疼痛。（四）瘙痒晚期内痔、痔块脱垂及肛管括约肌松弛，常有分泌物流出，由于分泌物刺

激，***四周往往有瘙痒不适，甚至出现皮肤湿疹，病人极为难受。诊断内痔的诊断，主要靠肛管直肠检查。首先做***视诊，用双手将***向两侧牵开，除一期内痔外，其他3期内痔多可在***视诊下见到。对有脱垂者，最好在蹲位排便后立即观察，这可清楚地看到痔块大小、数目及部位的真实情况，非凡是诊断环状痔，更有意义。其次做直肠指诊：内痔无血栓形成或纤维化时，不易扪出，但指诊的主要目的是了解直肠内有无其他病变，非凡是除外直肠癌及息肉。最后做***镜检查：先观察直肠粘膜有无充血、水肿、溃疡、肿块等，排除其他直肠疾患后，再观察齿线上部有无痔，若有，则可见内痔向***镜内突出，呈暗红色结节，此时应注重其数目、大小和部位。鉴别诊断根据内痔的典型症状和检查，诊断一般无困难，但需与下列疾病鉴别。

- 1.直肠癌 临床上常将下端直肠癌误诊为痔，延误治疗。误诊的主要原因是仅凭症状诊断，未进行直肠指诊及***镜检查，因此在痔诊断中一定要做以上两种检查。直肠癌在直肠指诊下可扪到高低不平硬快，表面有溃疡，肠腔常狭窄，指套上常染有血迹。非凡要注重的是内痔和环状痔可与直肠癌同时并存，绝不能看到有内痔或环状痔，就满足于痔的诊断而进行痔的治疗，直至病人症状加重才进行直肠指诊或其他检查而明确诊断，这种误诊、误治的惨痛经验教训，在临床上并非少见，值得重视。
- 2.直肠息肉 低位带蒂的直肠息肉，若脱出***外有时误诊为痔脱垂，但息肉多见于儿童，为圆形、实质性、有蒂、可活动。
- 3.肛管直肠脱垂 有时误诊为环状痔，但直肠脱垂粘膜呈环形，表面平滑，直肠指诊时括约肌松弛；环状痔的粘膜呈梅花瓣状，括约肌不松弛。并发症不能错误地认为痔切除是一种小手

术，若掉以轻心，稍一不慎，可发生严重的并发症，甚至造成大的悲剧。Buls (1978) 曾分析连续500例的痔切除，其并发症如下：肛痿0.4%，肛裂0.2%，肛管狭窄1.0%，***失禁0.4%，皮垂6.0%，粪块嵌塞0.4%，血栓性外痔0.2%及尿潴留10%。

1.出血 内痔术后出血的原因有早期及晚期两种。前者由于线结不紧，滑脱所致；后者发生在术后7~10d左右，由于结扎处感染所致。由于肛管括约肌的作用，血液多向上反流入肠腔，而不流向***外，故临床上不能发现rdquo.的现象。因此这种rdquo.常不易早期发现。凡有下列现象应考虑是rdquo.的早期征象：有阵发性肠鸣、肠痛及急迫便意感；病人伴有头昏、恶心、出冷汗及脉快等虚脱症状。凡出现上列情况，应立即在止痛情况下进行直肠指诊或镜检，以便及时诊断和处理。确诊有出血应及时止血。若肛管直肠内积血较多，看不清出血点，可先用气囊压迫止血。如无气囊，可用30号肛管，外裹凡士林纱布，两端用丝线扎紧，外面再涂麻醉软膏，塞入***内作压迫止血，一般应用此法都可止血。若找到出血点，可用缝扎止血，并全身应用止血药及抗生素。

2.狭窄 细致的手术操作及早期肛管扩张，可以预防肛管狭窄。狭窄可在肛缘、齿线处或齿线。肛缘处狭窄主要由于肛缘的皮肤及粘膜切除过多，致伤口收缩造成肛缘狭窄。瘢痕处常伴有肛裂，由于排便时造成撕裂所致。用手法及器械扩肛多无效，常需多次手术治疗。齿线处狭窄可发生于闭式痔切除术后，齿线上狭窄由于痔基底部结扎过宽，后者可用多个小的结扎来代替大块结扎。肛管扩张常有效，不行则需手术矫正。

3.尿潴留 尿潴留是痔或其他肛管手术后最常见的并发症，约有6%需行导尿术 (Crytal 1974)。预防尿潴留

，可用下列措施： 指导病人在术前及术后当天12h内限制饮水，以造成轻度失水状态。有人认为这是一重要措施，因在麻醉未消失前，膀胱过早膨胀，常致尿潴留。 术后镇静剂尽量少用。 早期起床活动。 首次排尿应急起去厕所小便，引起条件反射。 最好采用局部麻醉。 肛缘皮肤伤口尽量不缝合，术后直肠内尽可能不置肛管或大块纱布作压迫止血用，可减少术后疼痛及原发性尿潴留。治疗目前对痔的治疗有下列看法。1.痔无症状不需治疗，只需注重饮食，保持大便通畅，保持会阴部清洁，预防并发症的发生。只有并发出血、脱垂、血栓形成及嵌顿等才需要治疗。痔很少直接致死亡，但若治疗不当，产生严重的并发症，亦可致命。因此，对痔的治疗要慎重，不能掉以轻心。2.内痔的各种非手术疗法的目的都旨在促进痔四周组织纤维化，将脱垂的肛管直肠粘膜固定在直**的肌层，以固定松弛的肛垫，从而达到止血及防止脱垂的目的。3.当保守疗法失败或三、四期内痔四周支持的结缔组织被广泛破坏时才考虑手术。根据以上观点，内痔的治疗宜重在减轻或消除其主要症状，而非根治术。因此，解除痔的症状较痔的大小变化更有意义，并被视作治疗效果的标准。内痔的治疗方法很多，可以根据病情来选择。（一）注射疗法用作注射疗法的药物很多，但基本上是硬化剂及坏死剂两大类，由于坏死剂所致并发症较多，目前多主张用硬化剂，但硬化剂若注入量过多，也可发生坏死。注射疗法的目的是将硬化剂注入痔块四周，产生无菌炎症反应，达到小血管闭塞和痔块内纤维增生、硬化萎缩的目的。常用的硬化剂有5%石炭酸植物油、5%鱼肝油酸钠、5%盐酸奎宁尿素水溶液及4%明矾水溶液等。用5%石炭酸植物油做大剂

量注射，有以下优点：用5%浓度，总剂量可注射10~15ml，一般无不良反应。而用其他硬化剂，小剂量疗效不佳，大剂量可引起粘膜坏死或溃疡。植物油配制溶液易吸收，且反应小，而用其他矿物油配制药物不易吸收，并可致不良后果。石炭酸本身有杀菌作用，有益于**易被污染部位。注射后局部产生瘢痕较少。注射疗法通过100多年的临床实践证实，对人体无隐蔽性损害，已成为世界公认的疗法。

- 1.适应证 无并发症的内痔，都可用注射疗法。一期内痔，主诉便血无脱垂者，最适宜于注射疗法，对控制出血，可达到一针止血，效果明显，有很高的两年治愈率。二、三期内痔注射后可防止或减轻脱垂，痔术后再度出血或脱垂仍可注射。对年老体弱、严重高血压、有心、肝、肾等疾患者，都可用注射治疗。
- 2.禁忌证 任何外痔及有并发症的内痔（如栓塞、感染或溃疡等）均不宜行注射疗法。
- 3.方法（图1）病人在注射前排空大便，取侧卧位或膝胸位，经斜头或圆头**镜，在注射处消毒后将针尖刺入齿线上痔块根部上方粘膜下层约0.5cm，刺入后针头能向左右移动即证实在粘膜下层，如刺入太深，进入粘膜肌层或括约肌，针尖部不易左右移动，应将针头拔出少许，经抽吸无回血，即可注射。针头不应刺入痔块中心静脉丛内，以防硬化剂进入血循环，引起急性痔静脉栓塞。注入5%石炭酸植物油，依粘膜松弛程度和痔块大小而定。一般每一个痔注入2~4ml，如粘膜很松弛可注入6ml。注射3个母痔，总量为10~15ml。将药液注入粘膜下层内，使注射部成为淡红微带白色的隆起，在隆起表面有时可见微血管，这种现象称为“。若注射太浅，可马上见到注射处粘膜变成白色隆起，以后坏死脱落将遗留一浅表溃疡；若注射太

深，刺入***肌层，可马上引起疼痛；若注射在齿线以下，也可马上引起剧痛。因此注射的深浅度，关系到本疗法成败。前正中处不宜穿刺注射，因易损伤前列腺、尿道或***。注射完毕，拔针后应观察穿刺点有无出血，若有出血，可用无菌棉球压迫片刻即能止血。通常当***镜取出后，括约肌收缩，即可防止针孔流血或硬化剂由针孔流出。每隔5~7d注射1次，每次注射内痔不超过3个，1~3次为一疗程。第2次注射的部位应较第1次低些。若采用10%石炭酸植物油或5%鱼肝油酸钠，每次注射不得超过1ml，最好用结核菌素注射器注射。

图1 内痔注射治疗4.注射疗法的注重点 首次注射最重要，如注射足量则疗效良好，以较少量多次注射为佳。注射针宜用9号长的穿刺针，因太细药液不易推入，太粗易致出血。注射中和注射后，都不应有疼痛，如觉疼痛，往往为注射太近齿线所致。因此，针尖刺入处，绝不能在齿线以下。注射后24h内不应大便，以防痔块脱垂。如有脱垂，应告诉病人立即回纳，以免发生痔静脉栓塞。第2次注射前，先做直肠指诊，如痔块已硬化，表明粘膜已固定，则不应再注射，或经***镜先以钝针头试探，如痔核表面粘膜松弛，则再进行注射。若注射部位过深，均可导致局部坏死，疼痛或脓肿形成。注射后应卧床休息片刻，防止虚脱等反应。

5.并发症 用5%石炭酸植物油注射治疗内痔很安全，很少发生并发症，如发生多是注射深度不正确所致。如注射太浅，可致局部坏死及溃疡；注射太深，可致损伤，如为男性注射右前内痔，若注射太靠近前正中处，可损伤前列腺及尿道而致血尿；注射到直肠外，可伤前列腺及尿道而致血尿；注射到直肠外，可致狭窄、脓肿及肛瘘。因此，要重视注射技术。

6.结果

Marti (1990) 报道用5%石炭酸植物油注射1~2期内痔治愈达75%，Kilbourne (1934) 复习25000例，估计3年内复发率为1.5%。

(二) 枯痔钉疗法其原理是将枯痔钉插入痔块中心引起rdquo.，使痔组织液化、坏死，逐渐愈合而纤维化。适用于二、三期内痔或混合痔内痔部分。但在肛管直肠在急性炎症时，不宜用此疗法。枯痔钉分有砒和无砒两种，目前多采用黄柏、大黄制成的rdquo.，既有枯痔钉疗效，但无砒中毒之弊。

方法：取侧卧位，按常规消毒、铺巾，用吸肛器将内痔缓慢吸出。术者用左手食、中二指固定痔块，再消毒内痔表面粘膜。右手拇、食二指捏住枯痔钉后段，与肛管平行或不超过15ldquo.Vldquo.Vldquo.充血mdash.梗阻mdash.充血ldquo.V&rdquo.形切口，注射只剪开皮肤，不要剪破痔静脉丛。夹取皮肤，用包有纱布的手指钝性分离外痔静脉丛。沿外痔静脉丛和内括约肌之间向上分离，并将痔块两侧粘膜切开少许，充分显露痔块蒂部和内括约肌下缘。用弯曲管钳夹住痔块蒂部，在蒂上用7号粗丝线结扎一道，再贯穿缝合一道，防止结扎不牢出血，最后剪除痔块。若痔块较大，也可用2-0络制肠线连续缝合痔块蒂部。皮肤切口不必缝合，以利引流。

用同法切除其他两个母痔。一般在切除的两个痔块之间，必须保留一条宽约1cm的正常粘膜和皮肤，以免发生***狭窄。创面敷以凡士林纱布。

图5 混合痔行外痔剥离，内痔结扎

2.痔环形切除术 适用于严格环形痔或内痔伴有直肠粘膜脱垂者。优点是一期将环形痔全部切除。缺点是手术创面较大，若术后感染将形成***狭窄，并发症较多，因此目前不常采用。

方法（图6）：腰麻或骶管麻醉后，截石位，扩张肛管，选一口径与扩张后肛管相适应的特制软木置入肛管内

，用大头钉将痔块固定其上，在齿线四周做环形切口，尽量多留肛管皮肤以防将来粘膜脱出，细致分离所有曲张静脉团，并予以切除，边切边缝。注重切断直肠下端粘膜时，前、后侧的粘膜长度要一致，以防术后粘膜外翻。粘膜与皮肤用3-0铬制肠线间断缝合。如有出血，可在粘膜切缘处加缝数针。切口愈合后，应做直肠指诊，如有狭窄倾向，需定期扩肛，以防术后肛管狭窄。图6 痔环形切除术 插入软木塞，拉出环痔并用大头针固定于软木塞上； 在齿线上环形切开粘膜； 锐性分离痔核； 在痔上1cm处再用大头针将粘膜固定于软木塞上； 在上排大头针的下方0.5cm处边切边缝；

痔核切除后外观。3.急性嵌顿性内痔的手术治疗 内痔脱出嵌顿，非凡是环状痔急性脱垂嵌顿（又称急性痔病），有广泛血栓形成及水肿，过去不敢用手术治疗，因担心感染扩散而产生门静脉炎等并发症，常用保守疗法。缺点是治疗时间长，病人痛苦大，有时还可发生坏死，感染等后患。近年来认为痔急性水肿，是由于静脉及淋巴回流受阻，并非炎症所致，即使痔有溃疡形成，但炎症多在痔表层，不在深层组织并不影响手术。同时肛周组织对细菌感染有较强的抵抗力，因此，应行急症痔切除，并发症并不比择期手术高，术后疼痛及水肿大为减轻或消失。若病人不宜行痔切除或痔套扎，可行侧位内括约肌切断术，以解除疼痛。De Roover报道用内括约肌侧位切断术治疗急性痔病25例。结果术后疼痛即刻消失，水肿、血管栓塞和脱垂于术后数日内逐渐好转，平均住院3天（0~13天）。25例中，20例作单纯侧位内括约肌切开，另5例在数月后行痔结扎。随访26个月（1~56月），23例非常满足，2例较满足。De Roover认为本手术优点是较内痔

切除简单，可即刻消除疼痛、住院日期短，一次手术即可，仅少数术后需加结扎治疗。内痔的治疗方法很多，由于非手术疗法对大部分内痔有较好的效果，因此，近年来国内外已较少采用手术疗法。注射疗法对大部分内痔有良好效果，非凡是出血痔，应作首选。脱垂性内痔可用胶圈套扎治疗。由于手术疗法有一定的并发症，适应证要严格把握，手术应只限于保守疗法失败或不适宜保守疗法者。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com