

痔(混合痔)诊疗方案

一、诊断

(一)疾病诊断

1. 中医诊断标准：参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY / T001. 7-94）。

中医病名：痔

(1)症状：

①间歇性便血：特点为便时滴血、射血，量多、色鲜红，血不与粪便相混淆。亦可表现为手纸带血。

②脱垂：便后颗粒状肿物脱出肛外，初期可自行还纳，后期需用手托回或卧床休息才可复位，严重者下蹲、步行、咳嗽或喷嚏时都可能脱出。

③肛门不适感：包括肛门坠胀、异物感、瘙痒或疼痛，可伴有粘液溢出。

(2)体征：肛检见齿线上下同一方位粘膜皮肤隆起，连成整体，质柔软，多位于3、7、11点处。

具备以上第(2)项加第(1)项中的①或②，诊断即可成立。

2. 西医诊断标准：参照2006年中华医学会外科分会结直肠肛门外科学组、中华中医药学会肛肠分会和中国中西医结合学会肛肠分会联合制定的“痔临床诊治指南”。

痔分为内痔、外痔和混合痔。

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，根据组织的病理特点，外痔可分为结缔组织性、血栓性、静脉曲张性和炎性外4类；

混合痔是内痔和相应部位的外痔血管丛的相互融合。

(1)临床表现

内痔：主要临床表现是出血和脱出，可并发血栓、嵌顿、绞窄及排便困难。根据内痔的症状，其严重程度分为4度。I度：便时带血、滴血，便后出血可自行停止；无痔脱出。II度：常有便血；排便时有痔脱出，便后可自行还纳。III度：可有便血；排便或久站及咳嗽、劳累、负重时有痔脱出，需用手还纳。IV度：可

有便血；痔持续脱出或还纳后易脱出。

外痔：主要临床表现为肛门部软组织团块，有肛门不适、潮湿瘙痒或异物感，如发生血栓及炎症可有疼痛。

混合痔：主要临床表现为内痔和外痔的症状同时存在，严重时表现为环状痔脱出。

(2) 检查方法

①肛门视诊：检查有无内痔脱出，肛门周围有无静脉曲张性外痔、血栓性外痔及皮赘，必要时可行蹲位检查。观察脱出内痔的部位、大小和有无出血及痔黏膜有无充血水肿、糜烂和溃疡。

②肛管直肠指诊：是重要的检查方法。I、II度内痔指检时多无异常；对反复脱出的III、IV度内痔，指检有时可触及齿状线上的纤维化痔组织。肛管直肠指诊可以排除肛门直肠肿瘤和其他疾病。

③肛门直肠镜：可以明确内痔的部位、大小、数目和内痔表面黏膜有无出血、水肿、糜烂等。

④大便隐血试验：是排除全消化道肿瘤的常用筛查手段。

⑤全结肠镜检查：以便血就诊者、有消化道肿瘤家族史或本人有息肉病史者、年龄超过50岁者、大便隐血试验阳性以及缺铁性贫血的痔患者，建议行全结肠镜检查。

(二) 证候诊断

1. 风伤肠络证：大便带血，滴血或喷射状出血，血色鲜红，大便秘结或有肛门瘙痒，舌质红，苔薄黄，脉数。

2. 湿热下注证：便血色鲜，量较多，肛内肿物外脱，可自行回纳，肛门灼热，重坠不适，舌质红，苔黄腻，脉弦数。

3. 气滞血瘀证：肛内肿物脱出，甚或嵌顿，肛管紧缩，坠胀疼痛，甚则内有血栓形成，肛缘水肿，触痛明显，舌质红，苔白，脉弦细涩。

4. 脾虚气陷证：肛门松弛，内痔脱出不能自行回纳，需用手法还纳。便血色鲜或淡，伴头晕、气短、面色少华、神疲自汗、纳少、便溏等，舌淡，苔薄白，脉细弱。

二、治疗方案

(一) 手术治疗

1. 混合痔外剥内扎术

1.1 适应症：非环状混合痔反复出血、脱垂、疼痛，经非手术治疗无效，影响正常工作和生活者。

1.2 术前准备

(1) 辅助检查：血常规、尿常规、便常规、凝血功能、肝功能、肾功能、乙肝五项、丙肝、梅毒及艾滋病检测、胸部 X 线片、肛门镜检查、心电图，必要时可行腹部超声及结肠镜检查。

(2) 局麻患者可以不禁食，采用其他麻醉须术前禁食 4 小时以上。

(3) 术前局部备皮，排空直肠。

(4) 填写麻醉及手术知情同意书。

1.3 手术方法

(1) 麻醉选择：一般采用骶麻，必要时可采用连续硬膜外麻醉等麻醉方法。

(2) 操作方法：麻醉满意后，适当扩肛，指诊及肛门镜全面检查肛门情况，根据痔体大小及分布合理选择手术切口，弯钳提起外痔基底部，放射状锐性分离外痔组织至齿线上 0.5cm，做梭形切口，大弯钳提起并钳夹对应部位内痔，7 号线贯穿缝扎内痔组织。多个手术切口者需注意保留切口间的肛门皮桥，修剪手术切口，充分止血，油纱条纳肛，加压包扎固定。

1.4 术后常规处理

(1) 依据相关麻醉情况处理。

(2) 无需禁食，但忌辛辣之品。

(3) 术后当日注意出血情况和小便情况，活动出血应及时处理，术后 8 小时未排小便应采取措施。

(4) 酌用润肠通便药物，防止便秘和粪便嵌塞。

(5) 酌用抗生素预防感染。

(6) 便后坐浴，换药，可选用肛肠综合治疗仪、超声雾化熏洗仪、熏蒸床(坐式)、智能肛周熏洗仪。

(7) 观察伤口情况，术后 1 周，应注意肛门功能情况，注意有无肛门狭窄。

2. 混合痔外剥内套术

2.1 适应症：非环状混合痔反复出血、脱垂、疼痛，经非手术治疗无效，影响正常工作和生活者。

2.2 术前准备

(1) 辅助检查：血常规、尿常规、便常规、凝血功能、肝功能、肾功能、乙肝五项、丙肝、梅毒及艾滋病检测、胸部 X 线片、肛门镜检查、心电图，必要时可行腹部超声及结肠镜检查。

(2) 局麻患者可以不禁食，采用其他麻醉须术前禁食 4 小时以上。

(3) 术前局部备皮，排空直肠。

(4) 填写麻醉及手术知情同意书。

2.3 手术方法

(1) 麻醉选择：一般采用骶麻，必要时可采用连续硬膜外麻醉等麻醉方法。

(2) 操作方法：麻醉满意后，适当扩肛，指诊及肛门镜全面检查肛门情况，弯钳提起外痔基底部，梭形切除外痔组织，根据内痔痔体大小及分布情况，合理选择套扎部位。多个外切口者需注意保留切口间的肛门皮桥，修剪手术切口，充分止血，油纱条纳肛，加压包扎固定。

2.4 术后常规处理

(1) 依据相关麻醉情况处理。

(2) 无需禁食，但忌辛辣之品。

(3) 术后当日注意出血情况和小便情况，活动出血应及时处理，术后 8 小时未排小便应采取措施。

(4) 酌用润肠通便药物，防止便秘和粪便嵌塞。

(5) 酌用抗生素预防感染。

(6) 便后坐浴，换药，可选用肛肠综合治疗仪、超声雾化熏洗仪、熏蒸床(坐式)、智能肛周熏洗仪。

(7) 观察伤口情况，术后 1 周，应注意肛门功能情况，注意有无肛门狭窄。

3. 选择性痔上黏膜切除吻合术 (Tissue-selecting Therapy stapler, TST)

3.1 适应症：非环状脱垂为主的 II-IV 期内痔反复出血、脱垂、疼痛，经非手术治疗无效，影响正常工作和生活者。

3.2 术前准备

(1)辅助检查：血常规、尿常规、便常规、凝血功能、肝功能、肾功能、血脂、血糖、糖化血红蛋白、离子、心肌酶谱、乙肝五项、甲肝、丙肝、梅毒及艾滋病检测、胸部 X 线片、肛门镜检查、心电图、肝胆脾彩超，必要时可行肛门压力测定及结肠镜检查等。

(2)患者术前禁食 4 小时以上。

(3)术前局部备皮，排空直肠。

(4)填写手术知情同意书。

3.3 手术方法：

(1)麻醉选择：一般骶管麻醉，必要时可采用骶管麻醉复合全麻等麻醉方法。

(2)操作方法：麻醉满意后，适当扩肛，指诊及肛门镜全面检查肛门情况，根据痔核的数目和大小选择适合的肛门镜（1 个痔核的用单开口肛门镜；2 个痔核用两开口肛门镜；3 个痔核选用三开口肛门镜），插入肛门镜，拔除内筒后，旋转肛门镜，使拟切除的痔上黏膜位于开环式的窗口内。1 个痔核在痔上 3-4cm 行黏膜下缝合引线牵引，2 个痔核可分别进行两处黏膜缝合引线牵引或可用单线一次缝合两处，3 个痔核则可作分段性荷包缝合，如痔核较大脱出严重时可行双荷包引线牵引。缝合仅在黏膜及黏膜下层进行，避免伤及肌层。逆时针旋开吻合器的尾翼，待吻合器的头部与本体完全松开后，将吻合器的头部插入扩肛器内，将荷包线围绕中心杆收紧打结，通过缝线导出杆将缝线自吻合器本体的侧孔导出，持续牵引，顺时针旋紧吻合器，脱垂的直肠黏膜通过肛门镜的窗口牵进吻合器的钉槽内。此时，感觉旋钮有阻力，吻合器指示窗的指针显示进入击发范围。已婚女性检查是否有缝住阴道后壁。打开机身保险，击发，完成切割和吻合。固定吻合器本体等待 30s 后，逆时针旋松尾翼 3-5 圈，将吻合器拔出。观察吻合口，如两个吻合口间存在缝合线搭桥，则可以直接剪断；两端凸起部分分别上钳后用“7”号丝线双重结扎。若有活动性出血则行“8”字缝扎止血。检查手术切除标本并送检病理。油纱条纳肛，加压包扎固定。

必要时配合外痔切除术。

3.4 术后常规处理

(1)依据相关麻醉情况处理。

(2)术后第 1~3 天全流饮食，术后第 3~5 天半流饮食，术后第 5 天后改为普

食。

(3) 术后当日注意出血情况和小便情况，活动出血应及时处理，术后 8 小时未排小便应采取措施。

(4) 针刺穴位或艾灸防治术后排尿困难；王不留行籽贴耳穴治疗术后疼痛、镇静及帮助睡眠。

(5) 酌情用润肠通便药物，防止便秘和粪便嵌塞。

(6) 术后应用抗生素预防感染 5~7 天。

(7) 便后坐浴，可选用智能肛周熏洗仪。理疗，可选用肛肠综合治疗仪、红光治疗仪。

(8) 观察伤口情况，术后 4 天，应注意肛门功能情况，注意有无肛门狭窄。

(二) 中药坐浴熏洗

术后首次排便之后，辨证选用以清热利湿、消肿止痛为主的中药坐浴熏洗，利于预防术后创面出血水肿、疼痛。

推荐处方：黄连、黄芩、黄柏、白及、丹参、苦参、白术、五倍子、延胡索、双花、百部、野菊花、川芎。

上药煎取药液，于排便后坐浴熏洗。

中成药：硝矾散坐浴。

(三) 辨证选择口服汤剂或中成药

1. 风热肠燥证

治法：清热祛风，凉血止血

推荐方药：凉血地黄汤加减，鲜生地、炒枳壳、当归、荆芥炭、地榆炭、粉丹皮、玄参、火麻仁、郁李仁、生大黄(后下)。

2. 湿热下注证

治法：清热利湿，凉血止血

推荐方药：龙胆泻肝汤、五神汤加减，龙胆草、柴胡、泽泻、车前子、木通、生地黄、当归、栀子、黄芩、地榆炭、槐花、甘草。

3. 气滞血瘀证

治法：活血化瘀，行气止痛

推荐方药：血府逐瘀汤、桃红四物汤加减，生地黄、桃仁、红花、赤芍、乳香、没药、当归梢、白芷、牛膝、秦艽、苍术、甘草。

4. 脾虚气陷证

治法：补中益气，升阳举陷

推荐方药：补中益气汤加减，潞党参、黄芪、炒白术、升麻、柴胡、淮山药、白芍、当归、熟地、黄精、甘草。

中成药：术后大便干燥可选用：养荣润肠舒、通便秘等润肠通便。

(四) 中药外敷或中药纱条换药

1. 术后可选用活血生肌中药一效膏换药，每日一次。

2. 术后创面水肿可选用高渗盐水纱条或清热消肿、活血止痛中药外敷，以消肿止痛。

(五) 中药塞药法

便后或睡前或换药时选用栓剂纳肛，如：生肌止痛栓、肛泰栓、马应龙麝香痔疮栓、复方角菜酸酯栓等。

(六) 护理：辨证施护

1. 实证：风伤肠络证、湿热下注证、气滞血瘀证。

病室室温宜偏凉，空气新鲜，衣被不宜过厚。

有汗出者用温热毛巾擦干汗液，汗退后及时更换衣被，避免对流风。

宜卧床休息，避免劳倦。

对于急躁易怒者要注意调畅情志，要鼓励和安慰患者应静心调养，保持情绪稳定，讲解气滞化火会导致病情加重的道理。

饮食以清淡易消化食品如：雪梨，莲藕，荸荠，甘蔗，百合，银耳，花生，蜂蜜等清热化火之品。

夏季暑多夹湿，湿热中阻，因此，有恶心呕吐泄泻者宜少量多餐，避免辛辣刺激食品，忌烟酒。

口服中药宜偏凉。

2. 虚症：脾虚气陷证。

病室宜保温，空气宜流通，注意随天气变化增减衣被。

患者情绪易低落情志不畅，护理人员应多关心爱护患者，使其保持乐观向上的情绪。

饮食予以甘温补气作用的食物，如牛肉，鱼肉，蛋类，山药，扁豆，豆制品

等。

中药宜温热服，服后休息片刻。

三. 疗效评价

(一) 评价标准

按照国家中医药管理局《中医肛肠科诊断疗效标准》

治愈：症状消失，痔核消失或全部萎缩，疗效指数 $\geq 95\%$ 。

显效：症状改善明显，痔核明显缩小或萎缩不全，疗效指数 $\geq 75\%$ 。

有效：症状轻度，痔核略有缩小或萎缩不全，疗效指数 $\geq 30\%$ 。

未愈：症状体征均无变化或手术创面未愈合，疗效指数 $< 30\%$ 。

(二) 评价方法：

疗效指数计算公式(尼莫地平法)：[(治疗前积分—治疗后积分) / 治疗前积分] $\times 100\%$ 。

症状分级量化评分标准：

便血

正常 0分

轻度 2分 带血

中度 4分 滴血

重度 6分 射血

坠痛

正常 0分

轻度 2分 下坠为主

中度 4分 坠胀，有轻度疼痛

重度 6分 疼痛较重

脱垂

正常 0分

轻度 1分 能复位

痔粘膜

正常 0分

轻度 2分 充血

中度 4分 糜烂

重度 6分 有出血点

痔大小

正常 0分 齿线部 2—4 7—9 10—11 粘膜突起为正常

轻度 1分 一个痔核超过 1 个钟表数

中度 2分 二个痔核超过 1 个钟表数或一个痔核超过 2 个钟表数

重度 3分 三个痔核超过 1 个钟表数或一个痔核超过 3 个钟表数