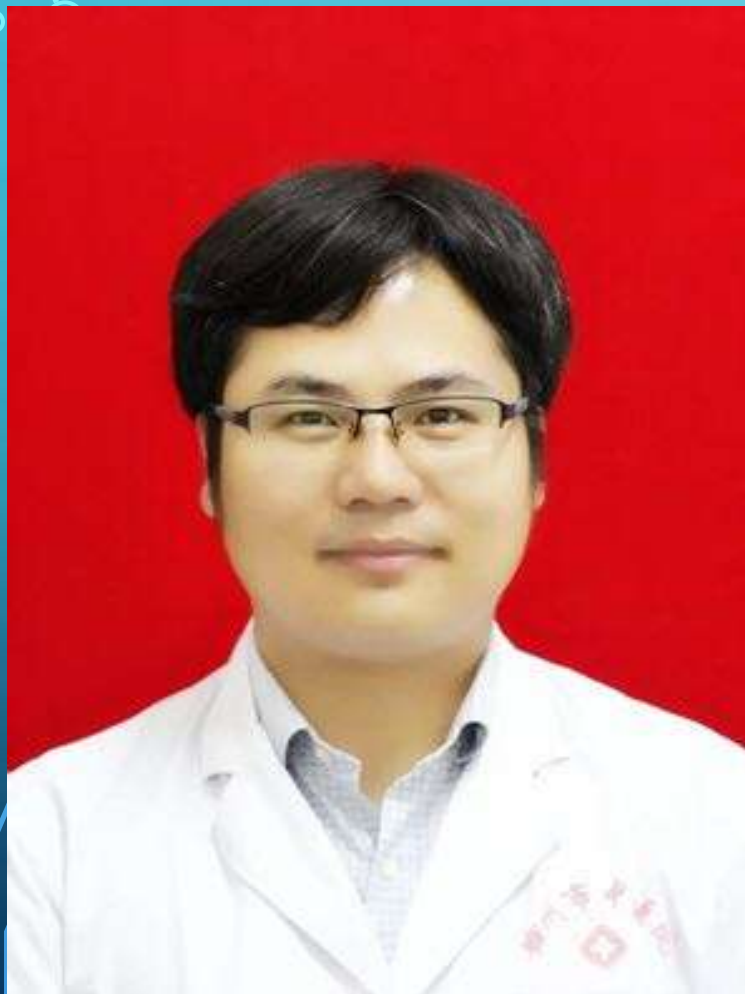


多种术式联合治疗重症痔



赣州市中医院肛肠科张晓飞

内容

1. 痔的概况

2. 保守疗法

3. 手术疗法

4. 新技术简介

5. 重度混合痔联合治疗体会

痔的症状

- 便血
- 脱垂
- 肿痛
- 瘙痒
- 流粘液
- 肛门不适



痔概况

20世纪70年代以前有关痔的学说层出不穷

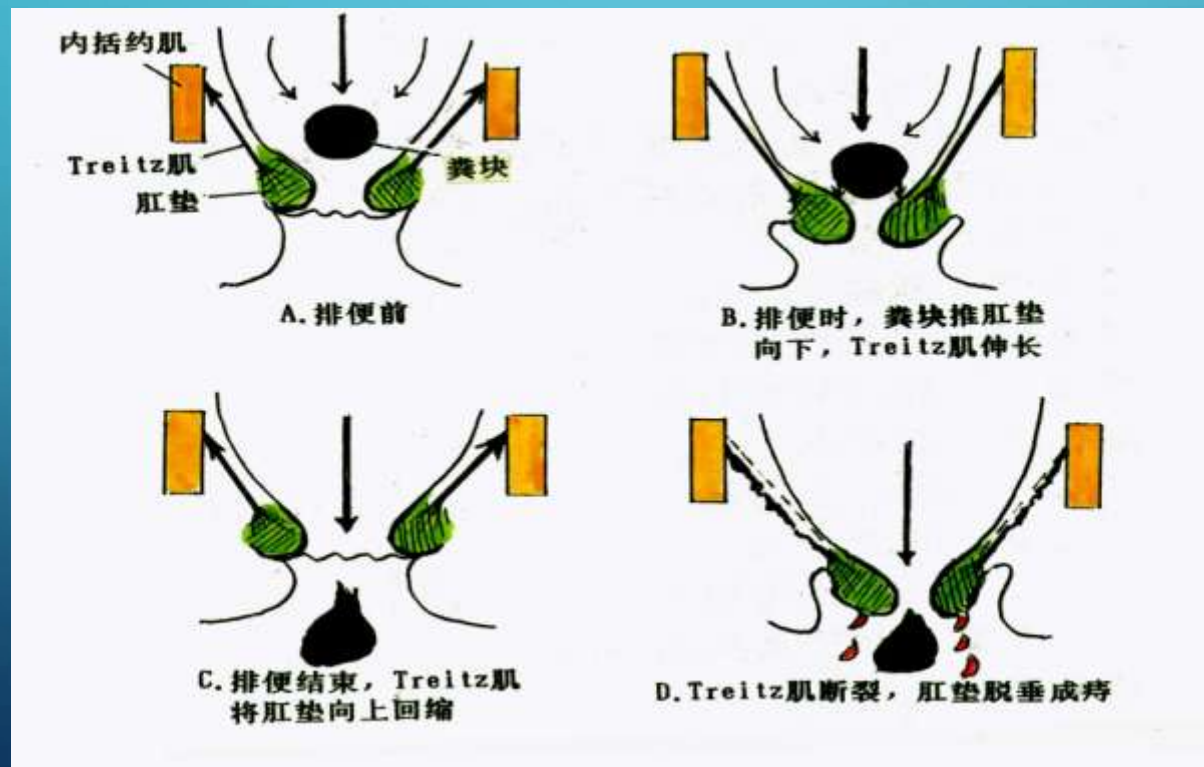
最具代表的是 → 静脉曲张学说

→ 认为痔静脉曲张瘀血曲张形成痔。

痔概况

肛垫下移学说——1975年THOMSON首次提出

直肠下端的唇状内赘称**肛垫** (Anal Cushions)，是人体正常结构。肛垫呈右前、右后及左侧三叶排列，与直肠上动脉分支无关。它们宛如心脏的**三尖瓣**，协助括约肌维持肛管的正常开合。肛垫的病理性肥大即谓**痔病** (haemorrhoidal disease)。



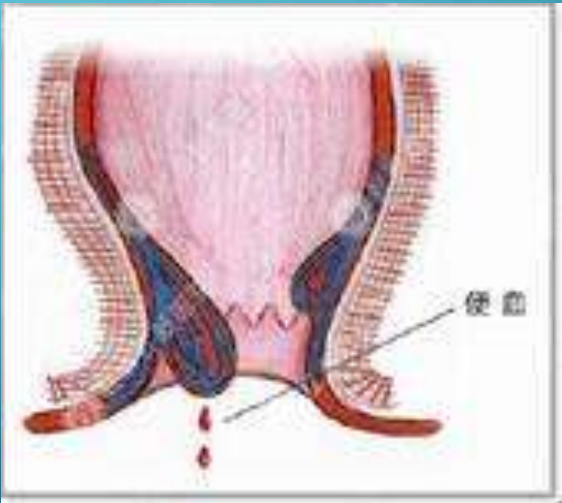
痔概况

- 痔的诊断并不困难，凭病史和体检，多可在门诊明确诊断。
- 对痔分类和内痔的分度，在“痔诊治暂行标准”依据痔的现代概念做了如下的分类：



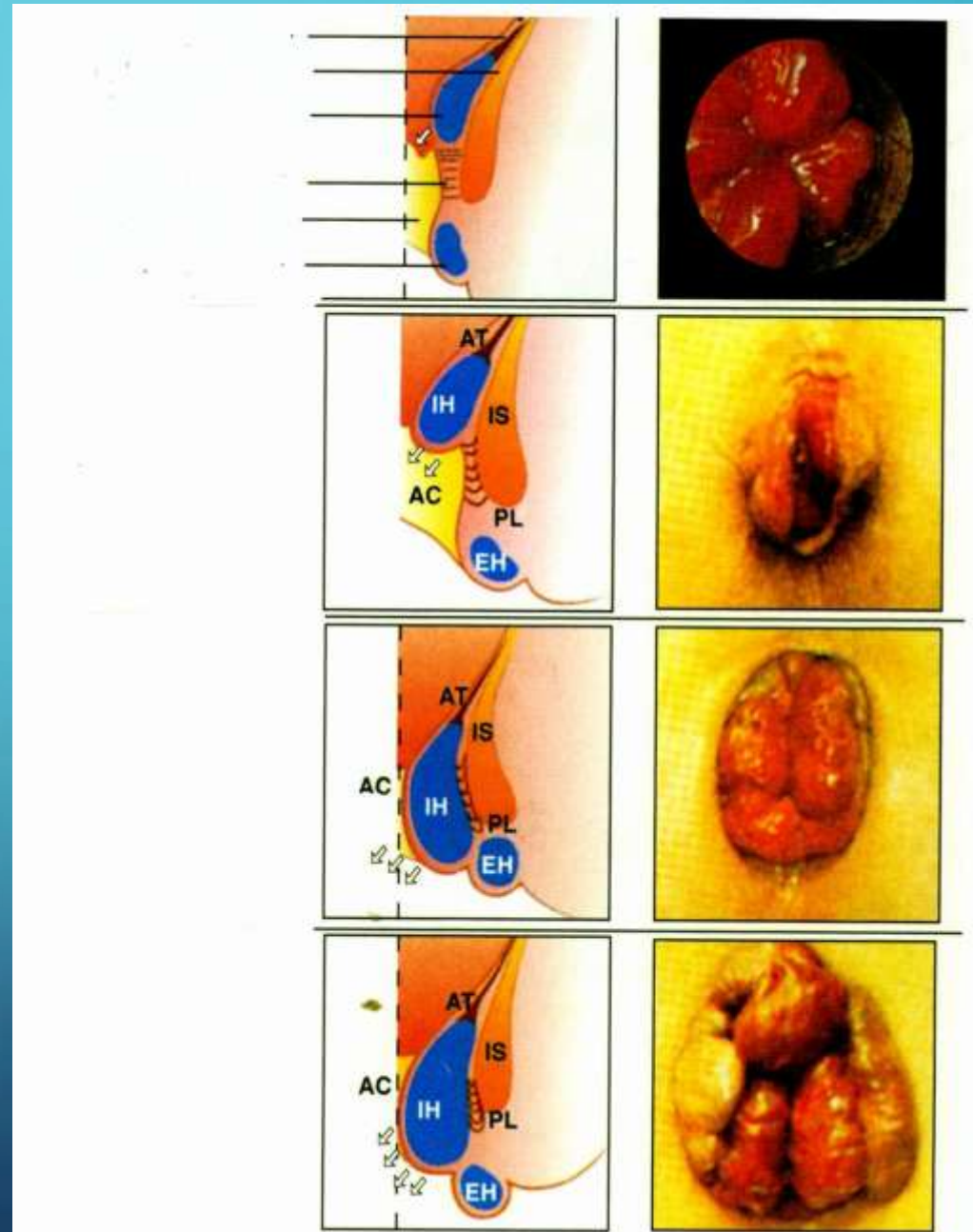
痔概况

内痔:肛垫移位及病理性肥大。包括血管丛扩张、纤维支持结构松弛、断裂。主要症状是出血和脱出。



内痔的分期

- I期:便时出血无内痔脱出,
• 便后出血自行停止
- II期:便时出血伴内痔脱出
• 便后可自行回纳
- III期:便时出血伴内痔脱出,
• 需手助回纳
- IV期:内痔永久脱出,
• 无法回纳



痔概况

外痔:指血管性外痔,即肛周皮下血管丛扩张,表现为隆起的软团块。主要包括:



炎性外痔



结缔组织外痔



静脉曲张外痔



血栓外痔

痔概况

混合痔:内痔和相应部位的外痔相融合。



治疗原则

- ① 痔无症状不需治疗，只有并发出血、脱垂、血栓形成及嵌顿等才需治疗。
- ② 内痔的治疗宜重在减轻或消除其主要症状，而非根除术。解除痔的症状较消除痔体更有意义。
- ③ 应以非手术疗法为主，当非手术治疗无效或三期内痔周围的结缔组织被破坏时才考虑手术。
- ④ 应视痔的不同发病机理采用不同的治疗方法

保守治疗

内治法： 理气化瘀法 （活血散瘀汤）

清热利湿法 （萆薢渗湿汤）

理气健脾升提法 （补中益气汤）

外治法： 熏洗法 （苦参汤、五倍子汤或热水）

外敷法 （消痔膏、太宁乳膏或黄连膏等）

塞药法 （复方痔疮栓、太宁栓、肛泰栓等）

本院特色用药：复方硝矾洗剂、痔疮膏、金黄膏、
生肌玉红纱条、祛毒消肿方。

其他疗法

1 注射疗法：个人认为最微创

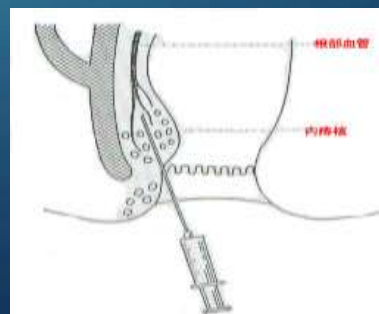
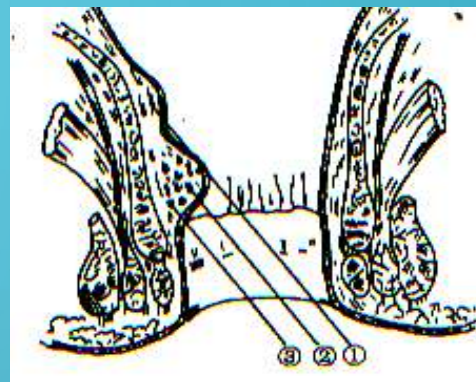
目的：硬化萎缩，坏死脱落。

适应证：各期内痔或兼有体弱贫血者及较严重患者；混合痔的内痔部分，有显著止血效果。

禁忌证：内痔感染、嵌顿坏死、炎性水肿及外痔；合并严重内科疾病者。

常用药物：消痔灵注射液、5%石炭酸甘油、6%明矾液等。

操作方法：四步注射法。



其他疗法

2 枯痔疗法：

- (1) 枯痔法 使痔核干枯坏死，脱落。
- (2) 插药法

适应症： 各期内痔及混合痔的内痔部分。

禁忌症： 各种急性疾病，严重的慢性疾病，肛门直肠急性炎症，腹泻，恶性肿瘤，有出血倾向者。

附： 其他疗法还包括肛管扩张疗法、物理疗法（液氮冷冻疗法、红外线凝结疗法、微波辐射疗法及激光疗法等）

手术疗法

- 1 **单纯切除法** 直接作放射状梭形切口切除痔核。
- 2 **静脉丛剥离法** 外痔静脉丛剥离至齿线附近结扎或直接切除，相邻切口间注意保留足够皮桥。
- 3 **血栓外痔剥离术** 在肿块中央作放射状或梭形切口，将血栓剥离并摘除，修剪皮瓣。

以上主要是针对外痔的手术疗法。

手术疗法

2 痔环切术

环形痔核完成切除，粘膜断端对位缝合。

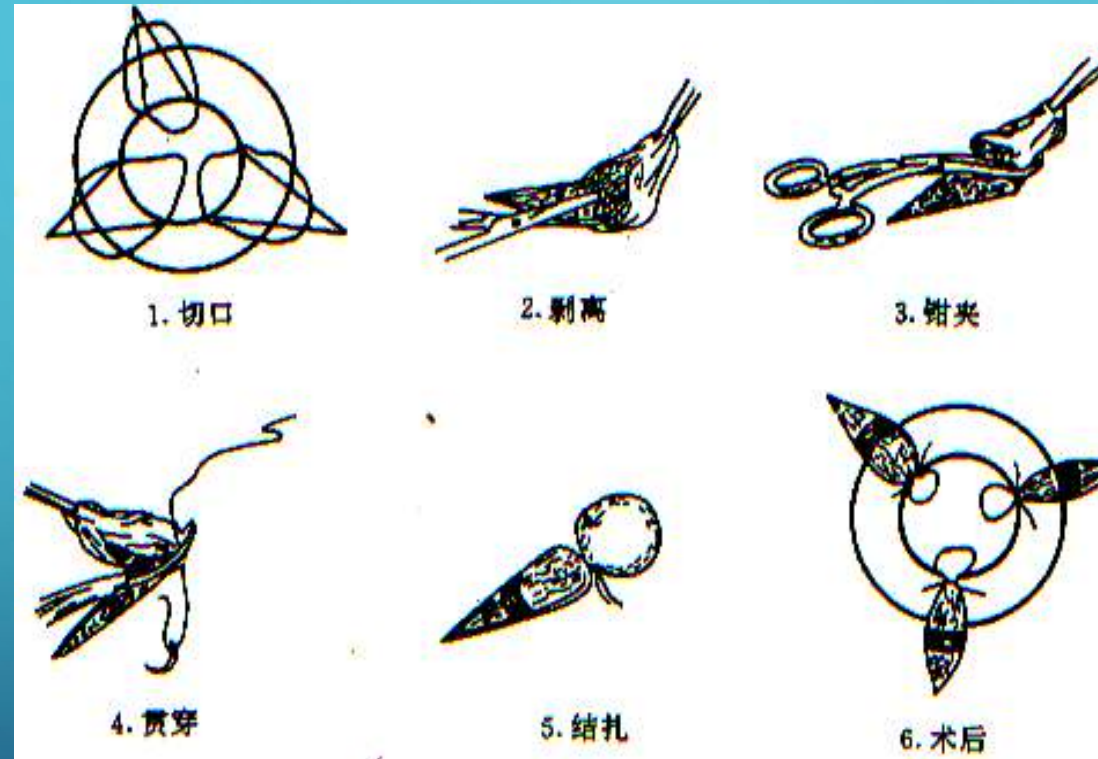
缺点：创面大，出血多，粘膜外翻及肛门狭窄等。

结扎疗法及痔环切术，适应于内痔的治疗



手术疗法

3 外痔剥离内痔结扎术

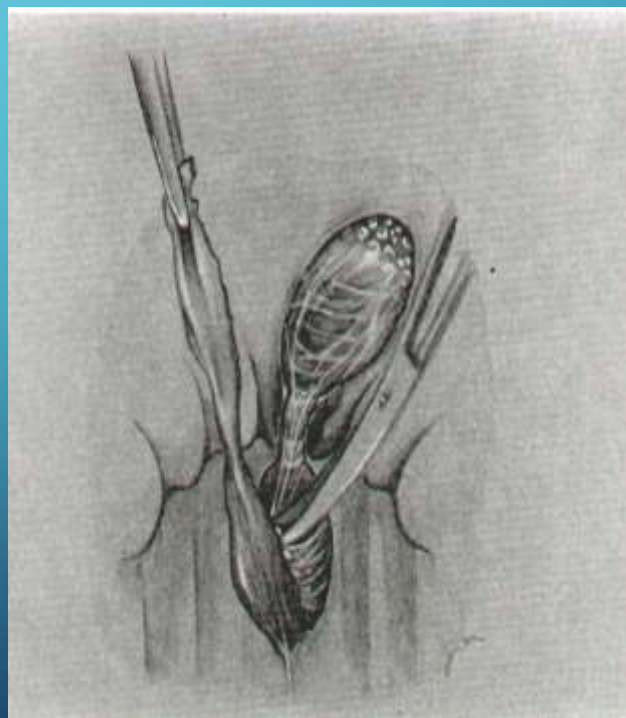
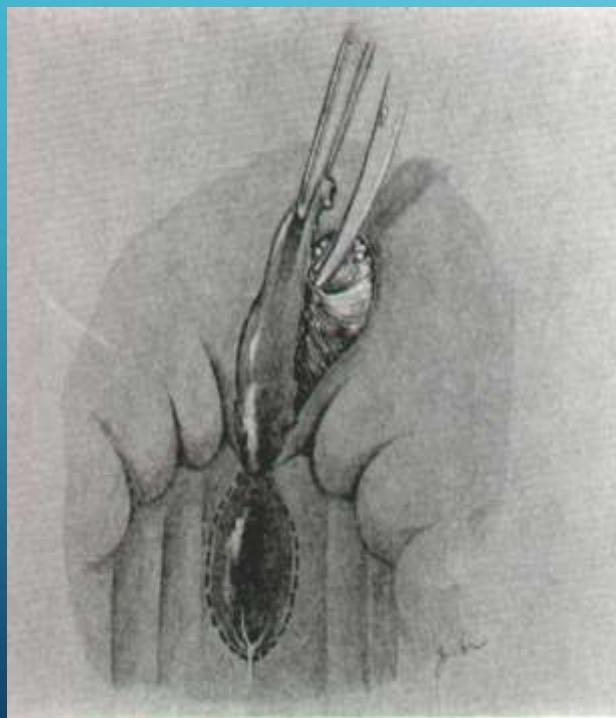


临床适用于各期混合痔的治疗。此外，根据此术式还进行了改进，产生了很多新的术式：包括截断结扎术，分段结扎术等。

手术疗法

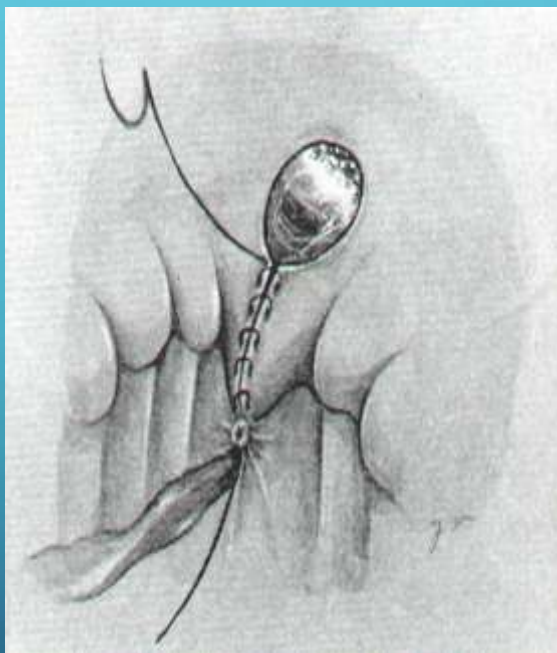
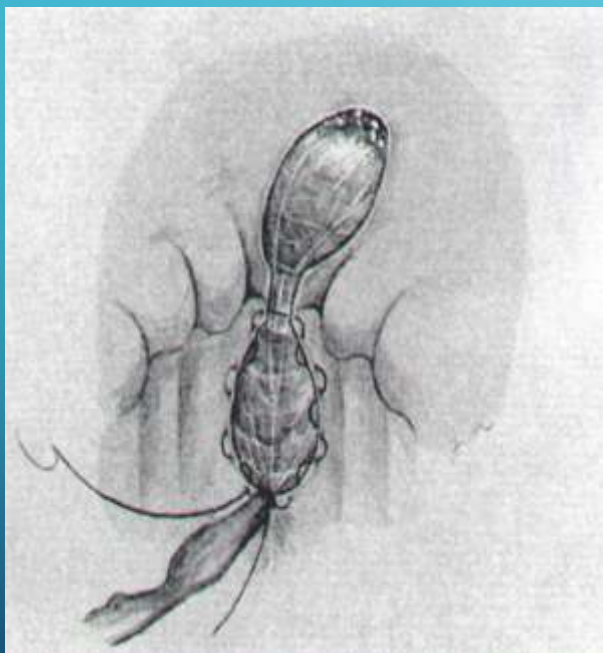
4.高野式保留肛门上皮痔核根治术

做**葫芦形**创面，内小外大，从肛门外剥离外痔直到内痔根部，缝扎内痔后，缝合创面。

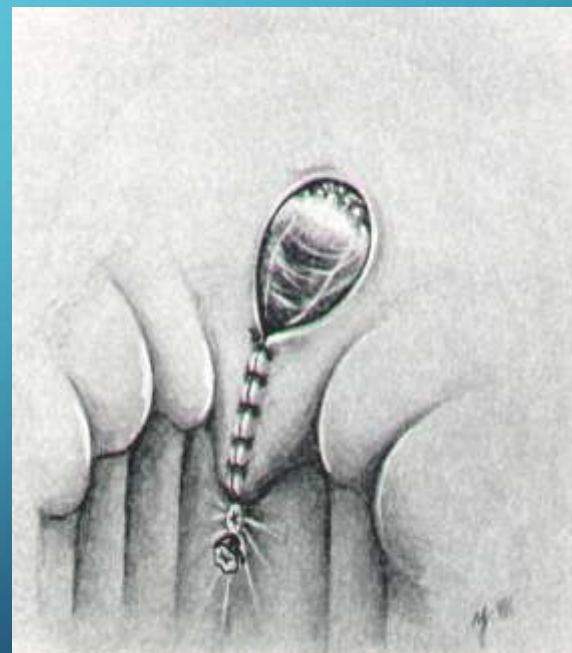


手术疗法

黏膜创缘的锁边



术后完成图



手术疗法

高野式痔核切除全闭锁术



新技术应用

1 多普勒超声引导痔动脉结扎术（DG-HAL）

利用带有超声多普勒探头的直肠镜结合超声多普勒血流流量计进行的痔动脉结扎术的一种手术方式。具有安全、有效、术后痛苦少、住院时间短和恢复快等优点，它满足了最低侵袭性外科手术的要求。

适应症：适用于II～III度内痔或以II～III度内痔为主的混合痔，尤其适合以出血为主要症状且年老体弱、基础疾病较多不能耐受传统手术的患者。

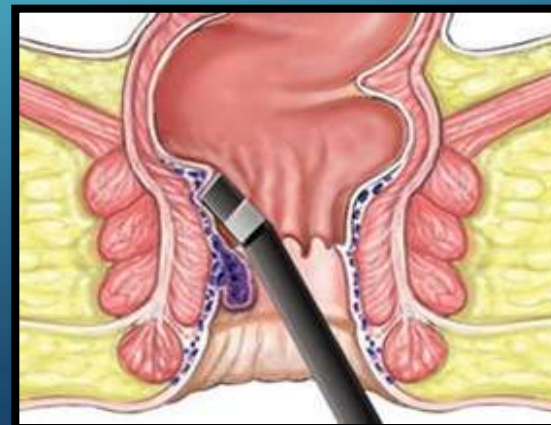


新技术应用

2 套扎疗法 (RPH)

原理： 通过器械将胶圈套扎在痔核基底部，利用胶圈较强的弹性阻断血供，致使痔核缺血、坏死、脱落，进而治愈。具有简单、快速、安全、有效、疗程短、病人痛苦少等特点。包括：血管钳胶圈套扎法、吸入胶圈套扎法、器械胶圈套扎法（常用）

适应症： II、III期内痔及混合痔的内痔部分。



新技术应用

3 痔上粘膜环切钉合术（PPH）

1998年意大利的Longo以“肛垫下移学说”为理论基础，以“悬吊、断流、减积”为治疗机理，运用吻合器治疗环状脱垂痔的新技术。具有疼痛轻、损伤小、恢复快等特点。

适应症： II、III、IV期内痔或以内痔脱垂为主混合痔。

原理： 保留肛垫，将部分内痔及痔上黏膜、黏膜下组织环形切除的同时，进行瞬间吻合。既阻断了痔的血液供应，又将滑脱组织悬吊固定，将病理状态的肛管直肠恢复到正常的解剖状态。



新技术应用

PPH手术操作



新技术应用

选择性痔上粘膜切除钉合术—TST

4 开环式微创痔吻合术（TST）

- **TST**：通过特制吻合器肛镜**选择性的**切除吻合脱垂内痔上方的直肠粘膜和粘膜下层组织，达到对脱垂痔悬吊复位和**断流减体**的目的。

特点：开环式窗口，病灶定位准确

针对性切除，保护非痔区粘膜

传统与现代结合，有效预防狭窄

微创少痛的治疗理念

新技术应用

TST手术操作



我科较为常用的TST术



环切了比较多，但留了约1 cm多

新技术应用

TST术的优点

- 1、运用特制的肛门镜形成开环式的窗口，只暴露有痔区的痔上黏膜，使得切除病灶定位准确，进行针对性的切除吻合。
- 2、保留了黏膜桥，减少了钛钉的数量，避免环形瘢痕的产生，减轻了术后的坠胀不适感，预防肛门狭窄。
- 3、肛门镜设计合理，长度适中，无需缝扎固定，不影响对黏膜切除的调节；肛镜上端圆弧形撑开器遮挡，减少术野的污染，术野暴露更加清楚；不需做环形荷包，操作较PPH更方便。

重症痔的手术治疗体会

1. 麻醉方式

尽量选择腰麻、硬膜外、腰膮麻；不要选择局麻。

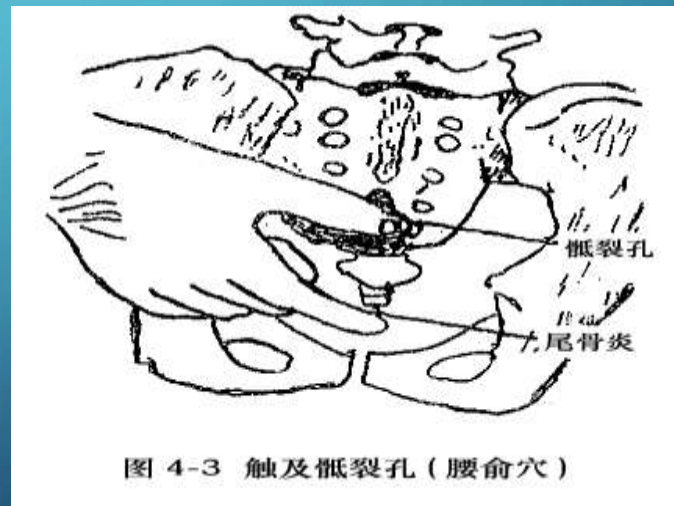


图 4-3 触及骶裂孔 (腰俞穴)

重症痔的手术治疗体会

2. 不同痔不同治



分段结扎+硬化剂注射术、不保留皮桥

重症痔的手术治疗体会

2. 不同痔不同治



外剥内扎+硬化剂注射+内括约肌部分切断术
多保留皮桥、粘膜桥

重症痔的手术治疗体会

2. 不同痔不同治



外剥内扎+硬化剂注射术
多潜行剥离、多保留皮桥、粘膜桥

重症痔的手术治疗体会

2. 不同痔不同治



分段结扎+内括约肌部分切断术

结扎不要太上，不保留皮桥、粘膜桥

重症痔的手术治疗体会

2. 不同痔不同治



外剥内扎+硬化剂注射+局部整形术

多保留皮桥、粘膜桥

重症痔的手术治疗体会

2. 不同痔不同治

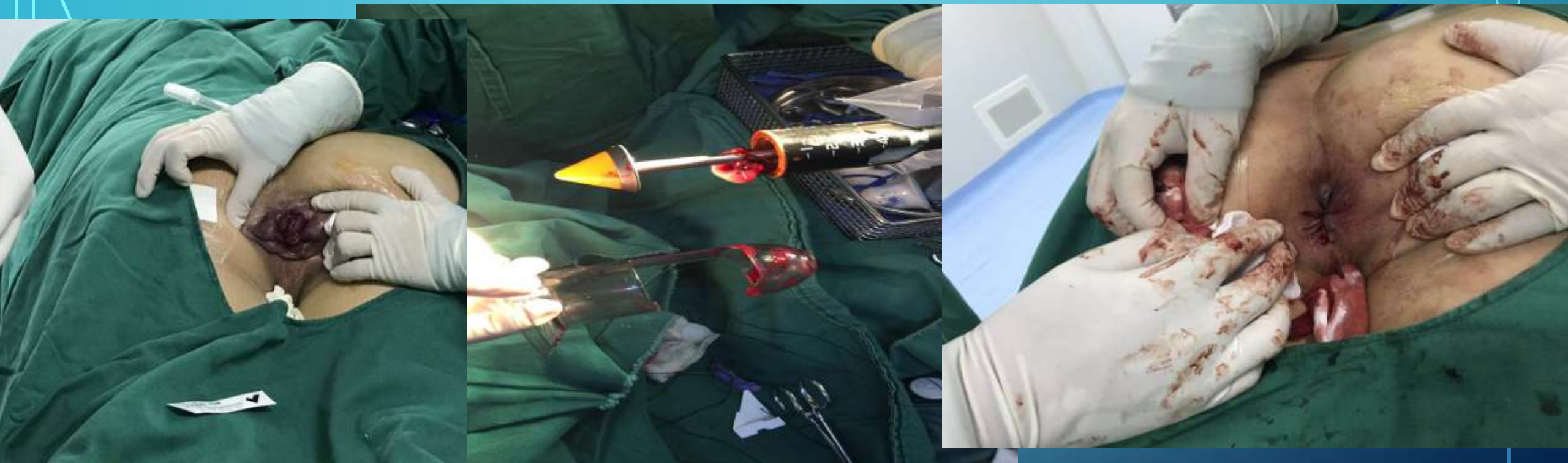


外剥内扎+直肠粘膜硬化剂注射+局部整形术

多保留皮桥、粘膜桥

重症痔的手术治疗体会

2. 不同痔不同治



外剥内扎+TST大“C”环术

多保留皮桥、粘膜桥

重症痔的手术治疗体会

2. 不同痔不同治



外剥内扎+硬化剂注射+RPH术

多保留皮桥、粘膜桥

重症痔的手术治疗体会

3. 对于环形内外痔处理小技巧



横向切除多余皮赘，间断缝合数针

内括约肌松解是有必要的

内痔横扎、斜扎。结扎点**高低错落**，避免结扎点在同一平面。

重症痔的手术治疗体会

4. 术后保持大便通畅很重要。

术后解成形的软便，宁稀不硬。





手术前



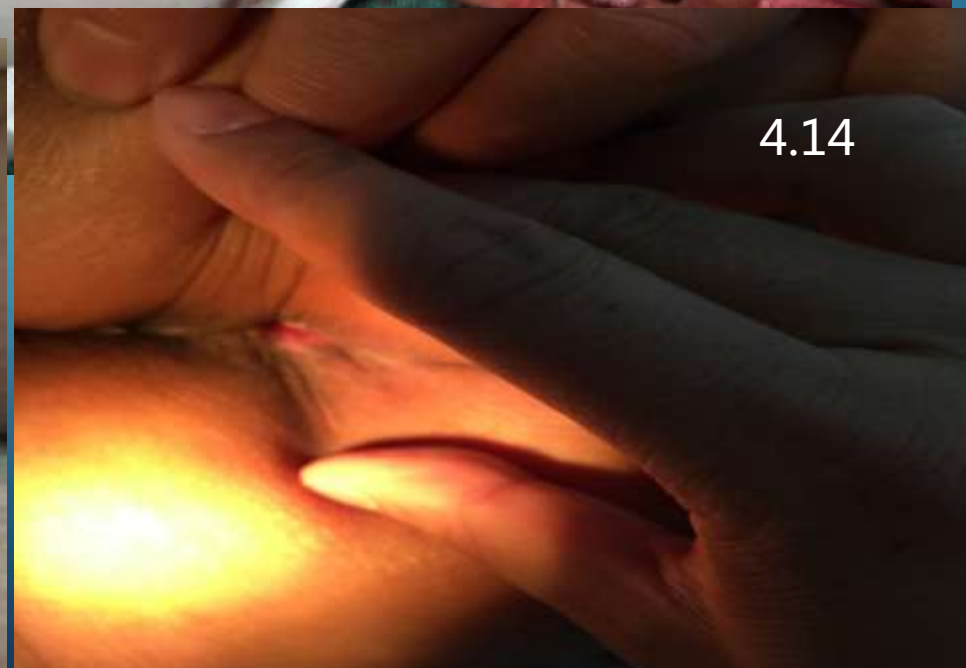
手术后



术后第10天

嵌顿痔患者

重度脱垂伴肛乳头瘤患者随访



我们的目标



小结

- 痔的手术应以个体化为原则；
- 不同的痔应选择不同的手术方法；
- 每一种方法都有其优缺点；
- 没有包治百痔的单一手术方法；
- 重度痔多种手术方式联合效果更好；
- 没有最好，只有最合适。

国家中医药管理局“十二五”重点培育专科

江西省赣州市历史最为悠久，规模最大的独立肛肠专科！



江西省重点中医专科

赣州市医学重点建设专科

赣州市肛肠学会挂靠单位

赣州市肛肠病诊疗质量控制中心

一切为了病人，为了一切病人！

感谢您的聆听！

