

痔（混合痔）优势病种诊疗方案（2023 版）

【优化诊疗方案】

在 2021 年版诊疗方案的基础上，继续以丰富中医治疗为原则，优化围手术期中医治疗手段：1. 针对体现患者术后生活质量的排便及排尿的问题，我们通过科内讨论，增加揞针治疗。2. 根据中医辨证个体化的特点，中医辨证以风伤肠络、湿热下注、气滞血瘀、脾虚气陷四个为主，中药处方优先选择相应的经典方，但不必拘泥于经典方，可随证加减调整，前提是保证理法方药一致。该治疗措施并无指南及相应文献支持，故我科计划在对应用的临床效果进行观察，并撰写临床报告或申请临床课题。

【概 况】

混合痔是指肛垫病理性肥大、移位，齿线远侧皮下的直肠下静脉丛发生病理性扩张、血栓或纤维化，并相互融合。在肛肠疾病中，痔是最常见的，任何年龄都可发病，随着年龄的增长，发病率增高。本病以便血、痔核脱垂、肛门不适为临床特点，属中医学中“痔”的范畴。

【中西医病名】

中医病名：第一诊断为痔病(TCD 编码：BWG000)。

西医病名：第一诊断为混合痔（ICD-10 编码：I84.102）。

【诊断依据】

一、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)。

1. 症状:

(1) 间歇性便血: 特点为手纸染血、滴血、喷射状出血, 色鲜红, 血不与粪便相混淆。

(2) 脱垂: 便后颗粒状肿物脱出肛门外(齿线下为皮赘), 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。

二、西医诊断标准:

参照《外科学》第七版(吴在德等主编, 人民卫生出版社, 2008 年)。

1. 疾病分类:

(1) 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;

(2) 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痔 4 类;

(3) 混合痔: 是内痔和相应部位的外痔血管丛的相互融合。

2. 症状:

(1) 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，2000 年中华医学会外科组《痔诊疗暂行标准》将本病分为 4 期：

I 期内痔：便时带血或滴血或喷射出血，无内痔脱出，便后出血可自行停止；

II 期内痔：便时带血、滴血或喷射出血，伴内痔脱出，便后可自行回缩；

III 期内痔：便时带血或滴血，伴内痔脱出，或久站、咳嗽、劳累、负重时内痔脱出，须用手回纳；

IV 期内痔：内痔脱出不会回纳，内痔可伴发嵌顿、绞窄。

(2) 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。

(3) 混合痔：主要临床表现为内痔和外痔同时存在，如便血（为最常见症状）、脱出、肛周潮湿、瘙痒、疼痛、便秘，严重时表现为环状痔脱出、急性水肿疼痛、嵌顿等。

3. 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、有无出血及痔黏膜有无充血水肿、糜烂、溃疡等。

(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、息肉、出血等的常用

筛查手段。

(5) 电子结肠镜检查：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，建议行电子结肠镜检查。

【中医证候诊断】

1. 风伤肠络证：

大便滴血、射血或带血，血色鲜红，大便干结，肛门瘙痒，口干咽燥。舌红、苔黄，脉浮数。

2. 湿热下注证：

便血色鲜红，量较多。肛门肿物外脱、肿胀、灼热疼痛或有滋水。便干或溏，小便短赤。舌质红，苔黄腻，脉浮数。

3. 气滞血瘀证：

肿物脱出肛外、水肿，内有血栓形成，或有嵌顿，表面紫暗、糜烂、渗液，疼痛剧烈，触痛明显，肛管紧缩。大便秘结，小便不利。舌质紫暗或有瘀斑，脉弦或涩。

4. 脾虚气陷证：

肿物脱出肛外，不易复位，肛门坠胀，排便乏力，便血色淡。面色少华，头晕神疲，食少乏力，少气懒言。舌淡胖，苔薄白，脉细弱。

【治疗常规】

一、一般治疗

1. 注意休息、加强营养，饮食宜清淡，忌食辛辣刺激食物。
2. 保持大便规律、通畅，防止腹泻或便秘，以减少粪便对创面的刺激。
3. 保持肛门清洁。

二、中医内治法：辨证选择口服中药汤剂、中成药

1. 中药汤剂

（1）风伤肠络证

治法：清热疏风，凉血止血

推荐方药：凉血地黄汤《外科大成》加减：生地、当归、地榆、槐角、黄连（炒）、天花粉、生甘草、升麻、赤芍、枳壳、黄芩、荆芥。

（2）湿热下注证

治法：清热利湿，凉血止血

推荐方药：脏连丸《中国药典》加减：黄连、黄芩、地黄、赤芍、当归、槐角、槐花、荆芥穗、地榆炭、阿胶。

（3）气滞血瘀证

治法：活血化瘀

推荐方药：止痛如神汤《外科启玄》加减。

方药组成：秦艽 15g 桃仁 15g 皂角刺 15g 苍术 10g 防风 10g 黄柏 10g 当归尾 5g 泽泻 5g 槟榔 5g 熟大黄 5g。

（4）脾虚气陷证

治法：补气摄血

推荐方药：补中益气汤《脾胃论》加减：黄芪、人参、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡、白术。

（5）围手术期中药汤剂辨证口服：

若患者术后痛甚，加乳香、没药；如便秘甚，加生大黄、麻仁、枳实；如肿甚，加黄柏、黄芩、猪苓；如痛甚，加羌活、郁李仁；如血下多，

加地榆、荆芥穗、槐花。

2. 中成药

(1) 栓剂纳肛：肛泰栓、麝香痔疮栓、普济痔疮栓等。

(2) 中药膏剂外用：肛泰软膏、龙珠软膏等。

(3) 中成药口服：麻仁软胶囊口服润肠通便。

三、中医内痔硬化技术

是将药物注射（插入）痔核内，使痔核萎缩或坏死脱落，是中医治疗内痔的一种有效方法。目前常用的枯痔（硬化）注射技术适用于 I、II、III 期内痔或混合痔，对痔出血和轻度脱垂者疗效较好。

（一）常用药物及器具

1. 常用药物：消痔灵（消痔灵原液加氯化钠注射液配成 1:1 药液）。

2. 器械：喇叭形肛门镜 1 个，1ml、5ml 注射器各 2 支，5 号齿科针头 2 个，弯血管钳等。

（二）前期准备工作

1. 术前准备

(1) 术前备皮、灌肠清洁直肠下段。

(2) 预防性使用清热解毒的中药或抗生素。

2. 体位

截石位或侧卧位。

3. 麻醉方式

局部浸润麻醉或腰俞穴麻醉。

（二）消痔灵注射法

1. 在肛门镜下或将痔核暴露于肛门外，检查内痔的部位、数目，通过指检确定母痔区有无动脉搏动，确定注射部位；
2. 黏膜以碘伏局部消毒；
3. 消痔灵液 4 步注射法（见图 1）：

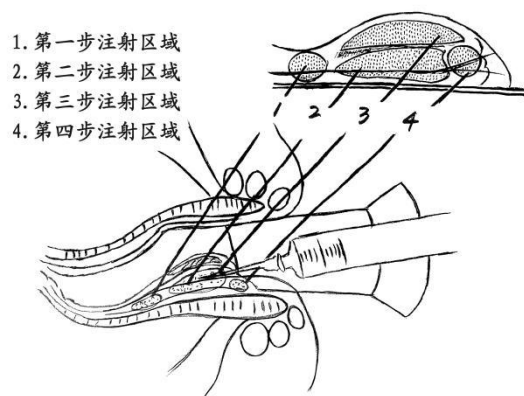


图 1 消痔灵 4 步注射方法示意

①将消痔灵液与氯化钠注射液 1: 1 配置液在 3、7、11 点的痔核上方的痔动脉区（距离齿状线约 2.5cm），回抽无血液，注射药液 1~2ml，进针应在黏膜下，避免穿破直肠壁进入周围组织。

②用上述浓度的药液，在内痔痔核中央进针，（距离齿状线约 1cm）刺入直肠黏膜下层后均匀注射，使药液尽量充满黏膜下层。注入药量以痔核弥漫肿胀、黏膜颜色变浅为度，一般每个痔核注射药物 3~5ml。

③上述步骤注射完毕后，缓慢退针至痔核黏膜固有层。可将落空感做为针尖退到黏膜肌板处的标志，注入药液 2ml 使黏膜颜色变浅为度；

④用上述浓度的药液，于齿线上 0.2cm 处进针，刺入痔体的黏膜

下层，0.5~1cm 呈扇形注射，每个痔核注射 2~3ml，一般不超过 4 个痔核；

⑤单次注射用量以上述浓度计算，为 20~40ml。注射完毕后，肛管内放入红油膏纱条，外覆棉垫，胶布固定。

（三）适应证

I、II、III 期内痔，混合痔的内痔部分。

（四）禁忌症

1. 外痔、内痔伴肛门周围急、慢性炎症。
2. 内痔伴有凝血功能障碍、严重肝肾疾病患者。

（五）注意事项

1. 每次注射前需严格消毒。注射后当天避免过多活动，不宜排便。
2. 进针后应先作回血试验，避免药液注入血管，注射药液宜缓慢进行。
3. 防止将药液注射入外痔区，造成肛门周围水肿和疼痛。

四、西医治疗

1. 非手术治疗：

（1）口服药物：口服地奥司明片/柑桔黄酮片等（静脉张力剂）以治疗痔急性期发作有关的各种症状。便秘者予以小麦纤维素、乳果糖、多库脂钠片等。

（2）外用药药物治疗：

- 1) 医用冰垫、硫酸镁湿敷消肿止痛。高锰酸钾、硫酸镁溶液外

洗坐浴；

2) 药膏外用：复方角菜酸酯乳膏、利多卡因乳膏。

(3) 西医辅助治疗：红外线、激光照射治疗。

2. 手术治疗

(1) 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、肿瘤标志物、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 6-8 小时以上。

③术前局部备皮，开塞露纳肛，排空直肠。

④填写手术知情同意书，授权委托书、一次性高值耗材同意书等。

(2) 手术方法：

①麻醉选择：视患者病情而定，目前一般采用椎管内麻醉或局麻等。

②手术体位：一般采用侧卧位、俯卧折刀位或截石位。

③手术方式：

A. 混合痔外剥内扎术：

适用于常规混合痔。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，

痔组织钳提起并钳夹对应部位内痔，3-0 号可吸收线结扎内痔组织。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，结扎止血，油纱条纳肛，加压包扎固定。

注：环状混合痔切除术：适用于环状混合痔。依病情将环状混合痔分数段行外切内扎，注意内痔结扎处不要在同一平面而应呈锯齿状，并保留足够的皮桥与粘膜桥。

B. 经肛门镜内痔套扎术：

适用于反复内痔脱出。插入肛门镜，消毒直肠与肛管，显露齿状线和内痔块。将套扎器及胶圈安装好，并确认负压释放开关处于关闭状态。经肛门镜置入枪管并对准目标，在负压抽吸下组织即被吸入枪管内，同时将目标组织牢牢套住。打开负压释放开关，释放被套扎的组织（约小指尖大小）。每次套扎 1-3 个即可。

五、术后处理：

1. 中医外治法：

（1）每日院内专科经验方中药熏洗坐浴 ≥ 2 次，方以清热利湿、生肌止痛为法，拟方：

坐浴方一（梁靖华教授经验方）：

黄连 15g，黄芩 15g，黄柏 15g，乳香 10g，没药 10g，牛膝 10g，桃仁 10g，牡丹皮 10g，贯众 10g，蒲公英 15g，紫花地丁 10g，甘草 10g，仙鹤草 10g，地榆 15g

坐浴方二：

地榆 5 克，槐角 5 克，蒲公英 5 克，紫花地丁 5 克，黄柏 5g。

(2) 每日可予生肌玉红膏涂抹创面 ≥ 2 次,方以解毒消肿,生肌止痛,组方如下:

白芷 15g 甘草 36g 归身 60g 血竭 12g

轻粉 12g 白芨 60g 紫草 6g 麻油 500g

上药浸油煎熬、烱化、搅拌后外用制成生肌玉红纱条。

(3) 耳穴压豆(神门镇静安神,肛门、直肠下段、便秘、膀胱、脾、肾、肺、三焦止痛通便)。

(4) 常规予揸针皮下埋针预防术后疼痛、尿潴留等不适,常用取穴有:天枢、中脘、下脘、八髎等。

(5) 予中药热奄包热敷下腹部以利小便,具体组方如下:

桂枝 90g 吴茱萸 40g 猪苓 40g 泽泻 90g

车前子 40g 木香 30g 牛膝 30g 枳壳 30g

用法:外用,热敷下腹部 30 分钟膀胱区

(6) 中药热奄包热敷骶尾部、下腹部行气止痛,具体组方如下:

川楝子 90g 醋乳香 40g 醋没药 40g 黄芩 40g

黄连 40g 黄柏 40g 牡丹皮 40g 川芎 40g

防风 40g

用法:外用,热敷下腹部 30 分钟创面

(7) 针对术后出现腰背部疼痛、便秘、腹泻、头晕、失眠、腹胀、外感等各类临床症状,可根据具体情况,予以辨证施治予针刺治疗。

2. 西医术后常规疗法:

- (1) 依据相关麻醉情况处理。
- (2) 根据麻醉方式选择禁食或者普食，忌辛辣刺激之品。
- (3) 除痔急性发作或者白细胞升高外，一般仅预防性使用抗生素。
- (4) 疼痛：双氯芬酸钠栓、曲马多等药物。
- (5) 便秘：口服乳果糖、多库脂钠片等。
- (6) 小便困难：西医：口服坦索罗辛胶囊（男性患者）或肌注新斯的明；因肛门敷料过多或压迫过紧引起者，可适当放松敷料；必要时采用导尿术。
- (7) 出血：对于创面渗血，可用凡士林纱条或云南白药粉填塞压迫；至于小动脉出血，必须显露出血点，进行缝合结扎，彻底止血；如出血过多，面色苍白，血压下降者，给快速补液、输血、抗休克。
- (8) 发热：一般因组织坏死、吸收而引起的发热不超过 38℃，除加强观察以及常规物理降温外，无需特殊处理。局部感染引起的可应用清热解毒药或抗生素等。
- (9) 水肿：红外线局部照射理疗及中频电疗改善局部血循环、达到局部杀菌及促进切口愈合；硫酸镁湿敷、医用冰垫外用、地奥司明及柑橘黄酮片口服。
- (10) 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、肛门失禁等。

【护理调摄】

分为辨证护理、情志护理、饮食护理。

1、辨证护理：混合痔病人的体质多属偏湿、偏热，在整体护理

中，应首先考虑这个因素。安排病床时应注意病房的朝向，衣被适当减少。要注意采用中西医结合护理为主的护理措施，要以患者疾病本身变化，情绪不调，饮食不节，调护不当等因素对健康的影响综合考虑。

2、情志护理：由于混合痔患者大多数是以便血、脱出为主要症状入院，同时又伴有瘙痒等症状，所以易产生烦躁、焦虑不安等紧张情绪。因而要求护理人员做好身、心两方面的护理工作，减轻患者对医院的陌生感，增强战胜疾病的信心。同时还应对患者的社会背景、文化层次，组织结构、家庭内部情况及其患者本人的性格等加以了解，开展全方位的护理。

3、饮食护理：饮食对混合痔的治疗、康复起着极为重要的作用。嘱病人忌烟酒，勿食辛辣刺激性食物。宜进营养丰富、清淡、少渣、易消化的饮食。多食蔬菜、瓜果，预防便秘。不能过度劳累，配合服用润肠通便中药，使之尽早康复。

【中医治疗难点及应对措施】

难点分析：术后患者因肛门疼痛或恐惧排便，往往需要多次使用开塞露或清洁灌肠的办法，虽然能解决排粪的问题，但属于不得不使用之措施，故混合痔术后中医治疗难点就在于如何基于“未病先防、既病防治”思想发挥中医优势让患者在被迫使用开塞露或灌肠前就能通畅、舒畅的自主排便。

【疗效评估】

一、评价标准：

参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》

治愈：症状及体征消失，伤口愈合，积分较治疗前降低 $\geq 2/3$

好转：症状改善，病灶或伤口缩小，积分较治疗前降低 $\geq 1/3$

未愈：症状及体征均无变化，积分较治疗前降低 $<1/3$

二、评价方法

1. 症状评价指标：参照 2004 年国家卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》。

疗效指数计算公式（尼莫地平法）：

$$[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%。$$

2. 症状分级量化评分标准：

（1）出血

0 级：正常 0 分

1 级：轻度 2 分带血

2 级：中度 4 分滴血

3 级：重度 6 分射血

（2）疼痛

0 级：正常 0 分

1 级：轻度 2 分轻度疼痛，可以忍受

2 级：中度 4 分明显疼痛，用药缓解

3 级：重度 6 分剧烈疼痛，难以忍受

（3）分泌物

0 级：无 0 分

1 级：有 1 分

3. 证候评价指标：参照 2004 年国家卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》。

舌红，苔黄

0 级：无

1 级：有

脉数或滑数

0 级：无

1 级：有