

痔发病机制学说演变带来痔术式的突破

▲ 中国中医科学院西苑医院肛肠科 贾小强



贾小强 教授

学说不断发展与演变

传统的痔发病机制学说是由Gallen和Hippocrates提出的静脉曲张学说。早在两千多年前的战国时代《黄帝内经》中就明确地指出痔是血管迂曲扩张形成的疾病，如《素问·生气通天论》所言：“因而饱食，筋脉横解，肠澹为痔。”长期以来，静脉曲张学说一直做为权威经典的理论为学术界所公认。

虽不断有新的学说出现，但

静脉曲张学说的地位一直没有动摇，一直持续到20世纪90年代。20世纪90年代，意大利学者Longo在肛垫学说的基础上提出肛垫下移学说。肛垫下移学说，更加深入、全面地阐释了痔发生的机制，强调了Treitz肌和Parks韧带断裂在痔形成和发展过程中的重要意义，提出了恢复肛垫的生理位置是治疗痔的关键，更为重要的是创造性地设计出吻合器痔上黏膜环切术(PPH)作为治疗脱出性痔的新术式。

近二十多年来出现在肛肠外科领域里，影响最大最深刻的理论与实践的突破，就是肛垫下移学说的提出和建立在此学说基础上的PPH技术。PPH术式一改传统的混合痔手术由外向内的彻底去除痔组织的手术程式，而采用痔上黏膜环切吻合的方法，使肛垫上提复位，部分阻断痔组织供血，从而达到治疗目的。

在这一理念的引领下，许多新的术式不断涌现。如选择性痔上黏膜吻合术、超声多普勒引导下痔动脉结扎术等。这一理念同时也带动了中西医结合手术方式的发展。

临床不断探索新变革

笔者团队近十余年来一直在探索基于中医传统结扎术的高悬低切术式治疗混合痔。中医传统结扎法治疗混合痔的精髓在于“系以小绳，剖以刀”，将内痔处理与外痔处理分别进行，直接将突起的痔核结扎，将多余的部分切除，而非现代医学所采用的Milligon-Morgan术式，由外向内剥离至内痔基底部再予缝扎。笔者团队采用的高悬低切术式的要点在于，先内后外、高悬低切、环形保留肛管移行上皮。这一手术方式既遵循了中医传统结扎术的内痔、外痔分别处理的特色，又符合现代痔成因的肛垫下移学

说所倡导的保护肛垫、复位肛垫的理念。笔者团队先后完成了两次相关临床研究，第一次完成于2010年，观察了64例，随机分为两组，经统计学统计，两组术后肛门疼痛积分、局部水肿、肛门溢液、肛门皮赘比较均有极显著差异，治疗组(高悬低切组)优于对照组(外剥内扎术)；治愈率、平均住院时间、复发率比较均无显著差异。第二次的临床研究完成于2015年，结果显示，高悬低切术式与外剥内扎术式均有较好的临床疗效，无统计学差异。观察组伤口愈合时间为平均值为26.86d，对照组为

36.52d，有统计学差异，说明高悬低切术式较外剥内扎术式能明显缩短患者术后伤口愈合时间；d值(d=外痔点位数-外痔术中处理点位数)观察组明显少于对照组，有统计学差异，说明高悬低切术式较外剥内扎术能明显减少术中外痔处理点位数，此项差别有助于减少肛缘伤口面积、缩短创面愈合时间、减少术后肛缘皮肤瘢痕形成；高悬低切组患者满意度评分高于外剥内扎组。术后排便肛门疼痛持续天数观察组短于对照组。临床研究证实，高悬低切术式在保护肛门功能和减轻痔术后局部疼痛方面具有一定优势。

36.52d，有统计学差异，说明高悬低切术式较外剥内扎术式能明显缩短患者术后伤口愈合时间；d值(d=外痔点位数-外痔术中处理点位数)观察组明显少于对照组，有统计学差异，说明高悬低切术式较外剥内扎术能明显减少术中外痔处理点位数，此项差别有助于减少肛缘伤口面积、缩短创面愈合时间、减少术后肛缘皮肤瘢痕形成；高悬低切组患者满意度评分高于外剥内扎组。术后排便肛门疼痛持续天数观察组短于对照组。临床研究证实，高悬低切术式在保护肛门功能和减轻痔术后局部疼痛方面具有一定优势。

注射治疗直肠脱垂应以个体化为原则

▲ 中国中医科学院广安门医院肛肠科 李华山



李华山 教授

直肠脱垂为肛肠科较为严重的难治疾病，任何年龄均可发生，但多见于小儿、老人、经产妇及体弱的青壮年。成人发病率占0.4%~2.1%，平均患病时间达20年，长期的完全性直肠脱垂将会导致阴部神经损伤而产生肛门失禁、溃疡、出血、狭窄及坏死的危险。

研究表明，直肠脱垂的治疗至

今仍是一个难题，国外多以手术治疗为主，手术方法多达二百种，但尚无一种十分理想的手术方法。

手术方式的多样性恰恰也证明了没有一种方法适合于所有患者，山东中医药大学附属医院以黄乃健为首的课题组提出：“直肠脱垂不应手术，治疗直肠全层脱垂，最佳方法是注射疗法。”

注射治疗直肠脱垂的七大待解决问题

- ★ 缺少完美的注射药物，有待开发硬化效果更好、并发症少的药物；
- ★ 注射方法尚不完善；
- ★ 现有的直肠脱垂分类与分度标准，对指导直肠脱垂的治疗针对性不强；
- ★ 现有的临床研究样本量偏少，随访时间偏短，尚缺少大样本、前瞻性、长期的随机对照或队列研究；
- ★ 注射疗法治疗直肠脱垂的作用机理尚未搞清；
- ★ 复发，这是注射疗法存在的主要问题；
- ★ 注射后的后遗症问题，如大便失禁，肛门直肠坠胀与疼痛，便秘等。

研究成果

直肠周围注射法 既往，采取双层四步注射疗法，直肠前方不予注射。但临床中，观察到直肠前壁不注射而使脱出物呈水牛角样弯向直肠后方。如何解决此问题，临床中笔者团队首先选择年老的男性患者，于直肠与前列腺之间穿针，首先少量注射1:1的消痔灵稀释液，观察患者术后反应不明显后，再逐步增加剂量，注射浓度由1:1稀释液变成消痔灵原液，取得较好效果。

当然，在用剂量不变的情况下，注射方法与疗效亦密切相关。直肠周围4点注射法强化了直肠前壁的注射。直肠周围8点注射法与原双层四步注射法相比，全方位地增强了直肠周围的注射量，增加了直肠与周围组织的粘连效果。况且，直肠周围注射法与双层四步注射法相比，由于减少了黏膜下层注射，减少了

感染的机会，因不会阻断黏膜下层血液循环，相反有可能保证了黏膜下层的血液供应，以避免直肠的完全坏死，可能减少并发症发生。

消痔灵注射法 据观察，消痔灵注射法治疗直肠脱垂，其疗效与剂量呈正相关关系。在注射方法不变的情况下，用药量越大疗效越好，治愈率越高，复发率越低，反之亦然。为不增加注射总量，将四步注射法中的黏膜下层注射的剂量改在直肠周围注射之中，从而增加了直肠与周围组织粘连的效果。

直肠脱垂检查方法 笔者团队在国内外首先将全消化道小肠造影与排粪造影相结合，称为直肠脱垂的双重造影，对直肠脱垂的诊断具有重要意义。双重造影应作为所有直肠脱垂的常规检查方法。

对于男性患者，双重造影即可

显示直肠脱垂是否伴有小肠脱垂，以此判断直肠脱垂的类型是滑动性疝型还是肠套叠型。

对于女性患者，三重造影(小肠造影+排粪造影+阴道造影)将传统的造影术有机地结合起来，克服了单一盆腔器官造影术在诊断上的一些缺陷，特别是对女性盆腔多器官脱垂的诊断帮助更大。

分型诊断指导治疗 双重造影可诊断直肠脱垂类型，指导直肠脱垂的治疗。如果直肠脱垂不伴小肠脱出者，根据引起直肠脱垂的病因主要有滑动疝学说和肠套叠学说，考虑此类型患者为肠套叠型，予以常规的注射治疗，伴有小肠脱出者，可考虑给予相应的辅助治疗，如在直肠前壁给与消痔灵稀释液注射，或采取结扎治疗，或采取手术治疗，以提高疗效。

展望

注射治疗直肠脱垂创伤小，经济，安全，疗效肯定，而且易于操作，适合在各级医院开展，患者也易于接受，便于临床推广。特别是消痔灵注射疗法，即使大剂量注射亦未出现严重并发症，可作为直肠脱垂的首选治疗方法。各种合并疗法从不同层面固定脱垂的直肠，避免了单一术式的局限性和片面性。所以，根据患者的不同情况，选择不同的治疗方法，制定出个性化的诊疗方案，可能是今后相当长时间内直肠脱垂研究的一个重要方向。

(下转第20版)

中西医结合 专栏编委会

栏目总编辑：陈可冀

本期轮值主编：贾小强

执行主编：

陈香美 唐旭东 黄光英
 刘献祥 蔡定芳 张敏州
 吴宗贵 吴永健 王阶
 贾小强 王文健 崔乃强
 梁晓春 彭军 郭军
 徐丹苹 杨传华 李浩

主编助理：刘龙涛



柏艾胶囊

滋阴凉血 平肝降逆 改善症状



扬子江药业集团
 北京海燕药业有限公司