

痔的研究进展

★ 赵虞文¹ 指导:欧春² (1. 浙江中医药大学第一临床医学院 2002 级中西医结合临床七年制肛肠外科专业 杭州 310053; 2. 浙江中医药大学 杭州 310053)

关键词:痔;分类治疗;综述

中图分类号:R 266 文献标识码:A

痔是一种常见病,多发病。人类对痔的认识、治疗由来已久。在漫长的研究过程中,人类对痔的成因提出来了许许多多的理论学说,相应的治疗手段也是层出不穷。值得一提的是 1975 年 Thomas 提出的“肛垫学说”推动了人们对痔的重新认识,对痔有了全新的认识。在此基础上,人们对痔的治疗方法

进行了改进及创新,其目的是为了减轻患者痛苦,提高生活质量。据我国 1977 年在 29 个地区 155 个单位约 76 992 人进行普查,其中取得完整资料 57 292 人,结果患有肛门直肠疾病共 33 837 人,其发病率为 59.1%,其中痔发病率最高,占肛门直肠疾病构成比的 87.25%^[1~3]。国外亦有统计报道,成人痔疮发

医源性传播,远离毒品。中医药治疗慢性丙型肝炎虽然取得了较好疗效,但缺少随机双盲的大样本的研究,缺乏远期疗效的观察,且抗 HCV-RNA 方面不如干扰素确切,中西医结合为可行之路,我们对更严谨的实验设计及更有效治疗方法拭目以待。

[12]潘向荣.辨证治疗丙型肝炎 18 例[J].四川中医,2000,18(5):26-27.

[13]赵文霞.中医辨治慢性丙型肝炎 38 例[J].河南中医药学刊,1996,(3):52-54.

[14]金实,汪悦.慢性丙型肝炎中医辨证分型与临床检测指标关系的探讨[J].中医杂志,1998,39(4):233-23.

[15]周珉,薛博瑜.丙肝宁冲剂治疗慢性丙型肝炎的临床研究[J].南京中医药大学学报(自然科学版),2001,17(5):283-286.

[16]齐京,关幼波,温庆祥,等.复肝抑纤汤治疗慢性丙型肝炎肝纤维化 36 例临床观察[J].中国中医基础医学杂志,2003,9(11):42-44.

[17]徐建良,盛国光,李晓东,等.松栢丸治疗慢性丙型肝炎疗效观察[J].湖北中医杂志,2007,29(2):12-13.

[18]夏安平.清下疗法治丙肝 16 例小结[J].中外健康文摘(医药学刊),2008,5(1):110.

[19]张道运.中西医结合治疗丙型肝炎 100 例疗效观察[J].河北中医,2001,23(9):704.

[20]朴春善,杨秀君等.干扰素配合加味逍遥散治疗慢性丙肝 58 例[J].中外健康文摘,2007,4(10):90.

[21]王艳莉.中西医结合治疗丙型肝炎 62 例[J].长春中医药大学学报,2008,24(3):278.

[22]李京涛.丙肝合剂联合安法特治疗慢性丙型肝炎临床观察[J].山西中医,2007,23(6):34-35.

[23]杜伟,张航.加味甘露消毒丹联合干扰素 α -2b 治疗慢性丙型肝炎 28 例[J].陕西中医,2007,28(9):1116-1117.

[24]李莹,陈建杰.苦参素联合中药治疗慢性丙型肝炎临床观察[J].中西医结合肝病杂志,2007,17(6):335-336.

[25]首个源于中草药的抗丙型肝炎药 PYN17 进入临床试验.药学进展[J].2008,32(5):240.

参考文献

[1]刘士敬.丙型肝炎的流行病学、传播途径及预防[J].中国社区医师,2006,22(11):8-9.

[2]Alter HJ, Seeff LB. Recovery persistence, and sequence in hepatitis C virus infection, a perspective on long-term outcome[J]. Semi Liver, 2000,20(2):17.

[3]Fried MW, Shiffmann L, Reddy R, et al. Peginterferon- α 2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection[J]. N Engl J Med, 2002,347(13):975-982.

[4]王琳,徐东平,张岭霞,等.丙型肝炎病毒基因分型及临床意义[J].肝脏,2006,11(6):416-417.

[5]康富标,赵敏.丙型肝炎抗病毒治疗研究进展[J].中华肝脏病杂志,2006,14(12):933-935.

[6]俞文军.肝乐合剂治疗慢性丙型肝炎 32 例临床观察[J].河北中医,2001,23(10):736-73.

[7]苏进才.丙型肝炎的中医论治[J].陕西中医学院学报,2003,26(1):24-25.

[8]邓玉群.益气健脾法治疗慢性丙型肝炎 32 例[J].现代医药卫生,2006,22(8):1185.

[9]戴晓萍.小柴胡汤加减治疗肝郁脾虚型慢性丙型肝炎 36 例[J].浙江中医杂志,2008,43(5):272.

[10]周珉.慢性丙型肝炎的辨治规律探讨[J].江苏中医,1998,19(7):13-14.

[11]叶丽红.慢性丙型肝炎的辨证治疗[J].新中医,2007,39(7):92-93.

(收稿日期:2008-08-05)

病率达 60% ~ 70%, 自 20 岁以后发病率随年龄增长而逐渐增高^[4]。其虽发生于肛门局部, 但青壮年发病率高, 又与整体关系密切, 故严重影响人们生活、工作和学习, 危害社会生产劳动, 历来受人们重视。

1 痔的概念

1.1 中医学关于痔的概念

痔是祖国医学最早认识的疾病之一。我国早在夏商时代就有关于痔的文字记载, 战国时期之《山海经·西山经》记有:“有鸟, 名曰栋, 食之已痔。”是世界上最早关于痔的命名。古人对痔的定义主要是以形态学为依据, 如《医学纲目》说:“如大泽之中有小山突出为痔。在人九窍中, 凡有小肉突出者曰痔, 不独生于肛门边。”《诸病源候论》、《千金方》将痔分为, 牡痔、牝痔、脉痔、肠痔、血痔, 简称“五痔”。金·《疮疡经验全书》又将痔疮按形态分为 25 种。《外科大成》又有“锁肛痔”一症: 肛门外如竹节锁紧, 形如海蜃, 里急后重, 粪便细而带扁, 时流臭水, 此无治法。可见中医学中的痔还包括了肛门内外的恶性病变。

1.2 现代医学关于痔的概念

Blanchard^[5]认为, 痔是人类为现代文明所付出的代价, 从进化论的角度来说就是人类直立行走的结果。人类直立行走使肛门部血液回流不畅, 而肛门部的解剖结构尚不能适应这种变化造成肛门缘血管扩张、曲张和扭曲所致。可见, 现代医学对痔的认识主要是以解剖学为依据。自 19 世纪以来, 许多学者做了大量的研究, 普遍认为痔是直肠粘膜下和肛管皮肤下痔静脉丛淤血、扩张和屈曲形成的柔软静脉团^[6]。随着现代医学的发展, 证实了直肠上动脉分支模式与母痔好发部位无关, 痔静脉的扩张并非病理现象从而动摇了静脉曲张学说的理论根基^[7]。

1975 年 Thomson^[8]首次提出:“痔是人人皆有的正常解剖结构。”人体肛管内齿线上方有一宽 1.5 ~ 2.0 cm 的环状组织带, 通常称痔区。该区厚而柔软, 为高度特化的血管性衬垫, 简称肛垫。它是由平滑肌纤维、结缔组织及血管丛构成的复合体。单靠内括约肌的收缩并不能完全闭锁肛门, 尚会留有 0.7 cm ~ 0.8 cm 的间隙, 这一间隙的闭合需靠肛垫来完成^[9]。

1994 年 Londer 等^[10]提出的肛垫下移学说。目前肛垫下移学说为更多的学者所认可, 认为痔是肛垫病理性肥大、移位及肛周皮下血管丛血流瘀滞形成的团块^[11]。

2 痔的病因病理

2.1 中医学的认识

现代中医学家将痔的病机概括为:“脏腑本虚……久坐久立, 负重远行, 或长期便秘或泻痢或临厕久蹲, 或饮食不节……都可导致脏腑功能失调, 风燥湿热下迫, 瘀阻魄门, 瘀血浊气结滞不散, 筋脉横解而生痔。日久气虚, 下陷不能摄纳则痔核脱出。”^[12]

2.2 现代医学的认识

目前, 痔的现代概念认为, 痔即肛垫或称解剖学痔(anatomical hemorrhoids), 是肛管的正常解剖结构。从发生学上看, 它是肛直肠套叠发育而成, 不分年龄、性别和种族, 人人皆有, 不能认为是一种病。只有肛垫组织发生异常并合并出血、脱垂、疼痛等症状时, 才称为病, 即痔病(hemorrhoidal disease)。也有人将痔病称为症状性痔。

历来对痔的发生机制, 众说纷纭, 占主要地位的有如下两种。

2.2.1 静脉曲张学说

早在 Galen 和 Hippocrates 时期, 有人注意到痔组织内有扩张静脉, 并提出痔是由肛管粘膜下静脉曲张所致, Morgagni 根据门静脉及其属支无静脉瓣的解剖特点, 指出静脉曲张与人的直立体位受液体静力压的作用有关, 超限的腹内压增高, 使得这些静脉扩张、迂曲成痔。关于原发性内痔为何好发于肛门的特定部位, Miles 经过研究认为, 与直肠上动脉分支类型有关, 直肠上动脉分左右两支, 右支又分右前、右后两分支。这三条分支及其伴行静脉分布于右前、右后、左外侧的肛管内, 故内痔亦多出现在上述特定部位^[13]。

2.2.2 肛垫下移学说

1950 年 Gass 和 Aams 观察 200 例痔切除标本, 发现痔组织中有结缔组织碎片, 并指出痔是肛管组织变性, 引起部分粘膜及粘膜下组织下移的结果^[14]。在此基础上, 1975 年 Thomson^[8]在他的硕士论文中首次提出“肛垫”的概念, 认为肛垫是齿线上含有窦状血管、平滑肌(粘膜下肌——Treitzes 肌)、结缔组织的粘膜下组织。直肠柱即肛垫纵裂而成, 痔的三个好发部位恰由肛垫“Y”形沟所形成。任何因素破坏了肛垫内的结缔组织和粘膜下肌使肛垫失去支持而下移, 凸入肛管腔内即成痔。肛垫中结缔组织随年龄增长而渐趋老化疏松、破碎断裂, 因而痔的发生亦随年龄增长而增加, 儿童结缔组织排列致密故少发痔^[15]。

3 痔的诊断

为了规范痔的临床诊治, 2006 年 7 月, 在原《痔临床诊治指南(草案)》的基础上, 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中华中医药学会肛肠

病专业委员会、中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会,再次就痔的病理生理以及对痔的诊疗方案进行了反复讨论,进一步修订了《痔临床诊治指南(草案)》。该指南指出: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痔四类;混合痔是内痔和相应部位的外痔血管丛的相互融合。

4 痔的治疗

近年来,在治疗方面中外学者也有许多趋向统一的认识,概括起来包括以下几点:

(1)痔是肛垫,属于正常的解剖结构,有重要的生理功能,不能“见痔就治”。(2)遵循“不治疗无症状的体征,也不治疗无体征的症状”的治疗原则。(3)对有症状的痔,治疗的原则是针对症状而不是痔本身,不能盲目进行根治,以免破坏肛垫的完整性,影响排便功能。(4)遵循先保守,后手术的原则。在实施手术时,时刻牢记肛垫的重要性,警惕盲目扩大手术,造成不良后果。^[16]

4.1 中医治疗

4.1.1 外治法 (1)熏洗法:早在秦汉时期《五十二病方》中就有了烟熏治疗痔疾的记载,因临场操作不便,现已很少采用。熏洗法适用于血栓痔,炎性外痔,嵌顿性内痔,肛门术后开放性切口。药物通过肛门皮肤和直肠黏膜直接吸收,能促进病灶局部血液循环,从而达到清热化湿解毒、活血化瘀、消肿止痛的效果^[17]。

(2)栓剂:最早见于《备急千金要方·卷二十三》,中药长选具有清热解毒、清热利湿、行气活血、消肿止痛、收敛止血等作用的药物。目前常见洗必泰痔疮栓、普济痔疮栓,太宁肛栓等。直肠给药通过药物的溶化弥散和浓度差造成分子扩散运动,移向肠壁,由直肠黏膜缓慢吸收。

(3)外敷药:主要用于炎性外痔及血栓性外痔及各类痔术后,作用同栓剂相似。目前常见生肌红玉膏、马应龙麝香痔疮膏、肛泰软膏等。

4.1.2 针灸疗法 《黄帝内经》中已有针灸治疗痔的穴位和经验记载。针刺穴位:攒竹、燕口、龈交、白环俞、长强、会阴、飞扬、委中、承山等;调治穴位:肾俞、大肠俞、上髎、次髎、中髎、下髎、长强等。

4.1.3 枯痔疗法 枯痔疗法首见于宋《魏氏家藏方》,是中医治疗痔疾的传统方法。在明代《外科正宗》、《医学纲目》中有详细的记载,分枯痔散、枯痔

钉、枯痔液,主要成分是砒和白矾。1958年陈济民改进制成无砒枯痔液。枯痔钉插入痔核,使痔发生坏死脱落或萎缩,上世纪50年代,经我国医学专家的努力,制成无砒枯痔钉,使使用更加安全。

另有用丝线或药制丝线、纸裹药线缠扎在痔核的根部,使痔核坏死脱落,创面经修复而愈。

枯痔疗法的近期疗效好,简便易行,术后无肛门狭窄后遗症,但是其远期疗效欠理想。

4.1.4 内治法 根据痔的临床辨证分型,风伤肠络证治以凉血止血;湿热下注证治以清热燥湿;气滞血瘀证治以活血消肿;脾虚气陷证治以益气升提。以及多种内服中成药可供选择。主要针对I、II期的痔疮,作用是改善和消除痔的症状,而非根治,没有损伤肛门结构,保护了肛门的生理功能。

4.1.5 注射法 史兆岐^[18]发明消痔灵注射液是痔病治疗史上的一个里程碑。其主要成分是从中药五倍子中提取的鞣酸和从明矾中提取的硫酸钾铝,加入枸橼酸钠、低分子右旋糖苷、甘油和蒸馏水经特殊工艺制成。注射时用消痔灵原液与0.75%利多卡因配成1:1溶液,分别于痔核上下极处黏膜下层及痔核内注射,目的在于促使直肠上动脉的左右分支和窦状静脉闭塞,周围组织纤维化而使痔核缩小,如果手法熟练几乎无痛。史氏报道应用该法治疗21361例,治愈率为99.0%,3年后复发率为0.97%。本法无论是对黏膜性痔还是血管性痔均适用,而且不仅对单纯内痔,对伴有外痔的内痔也适用。由于直接注射到外痔核会引起剧烈的疼痛,因此对以外痔为主的患者禁忌应用。

4.2 西医疗法

4.2.1 口服药物 对于I、II度痔临床上以非手术治疗改善症状为主。口服药物为微循环调节剂或称静脉活性药物,其治疗痔的理论基础是血流动力学障碍学说,即痔的发病与肛垫的微循环改变有关,包括毛细血管前括约肌痉挛、动静脉吻合开放、静脉丛扩张,以及血液呈高粘滞高聚集状态的流变学异常。这些改变导致痔静脉循环淤滞或血栓形成,引起肛垫组织缺氧及营养素供应不良,临床上表现为水肿、出血甚或糜烂、坏死等一系列症状。实验证明,静脉活性药物可以纠正上述微循环失调现象,因而痔的症状可以得到缓解,达到治疗的目的^[19]。口服药亦用于痔术后,用以改善术后水肿。

目前临床常用药物:

(1)香叶木苷(爱脉朗) 每片含微粒化纯化的黄酮成分500mg、地奥司明450mg、橙皮苷50mg,常规剂量,每日2片;急性痔疮发作期,1~4天,每

天6片;随后3天,每天4片。

(2)复方银杏叶萃取物胶囊(静可福) 复方银杏叶萃取物胶囊是由三种活性成分构成:标准银杏叶萃取物(含24%黄酮糖苷和6%的银杏苦内酯-白果内酯)、三羟乙基芸香素和盐酸庚胺醇。

(3)草木犀流浸液片(消脱止) 该药是从豆科植物草木犀的叶和花中提取的以草木犀流浸液为主要成分的纯植物制剂,有效成分是香豆素。每片400 mg,含草木犀流浸液片2.5 mg,相当于香豆素0.2~0.25 mg。成人:每次1~4片,每日3次。儿童:1~2片,每日3次。草木犀流浸液中主要有香豆素,香豆素对于减轻乳腺癌术后上肢淋巴水肿及烧伤后皮肤水肿有显著作用。

4.2.2 硬化剂注射法 1869年Morgan^[20]首先报告把5%的石炭酸杏仁油注射到痔核、痔核根部的血管周围,引起周围的炎症反应及纤维化,使痔核内血流明显减少、硬化及固定,但是有疼痛剧烈和局部坏死等早期并发症。临床上硬化剂的种类多种多样,但其机理基本相同。

4.2.3 橡皮圈套扎法 1958年由Blaisdell报道^[21],开始时使用丝线,随组织坏死其紧张力逐渐减弱,后来经Barron改用橡胶导尿管切成的橡皮圈代替^[22]。现在得到广泛应用的McGivney结扎器,就是在Barron法的基础上改进的。该法应用结扎器将橡胶圈套扎到痔核根部,7~10日后使痔核自然脱落。适用于距离齿状线较远的孤立性内痔,而外痔由于疼痛剧烈不可应用,过大、过小的内痔和嵌顿痔也不适用。可每次2个甚至3个也可以同时结扎。

4.3 手术治疗

4.3.1 外剥内扎术 (1)创面开放式(Milligan—Morgan)手术^[23]

最早由Miles在1919年提出,1937年英国圣马克医院的Milligan和Morgan对该手术方式进行了改良,是临床上常用的手术方式该手术的要点是在痔下极皮肤与黏膜交界处做尖端向外的“V”字形切口,沿内括约肌表面向上剥离到痔核的根部,局部缝合结扎,切除痔核组织。其优点是手术简单,对于单发或相互之间相对孤立的内痔根治效果较好。缺点是一次最多只能切除三个痔核,在切除的三个母痔创面之间需要保留一定的黏膜桥,否则术后容易引起肛门狭窄。

(2)创面闭合式(Ferguson)手术^[23]

闭合式外剥内扎术由Ferguson和Heaton于1959年首次报道,旨在克服开放式痔切除术的缺

点,达到以下3个目的:①在不牺牲肛膜的情况下,尽可能多的切除痔血管组织。②通过对创面的一期缝合减少术后创面的渗出,缩短愈合时间。③避免开放式痔切除术后创面瘫痕收缩引起的肛门狭窄。手术方法与开放式基本相同,但在切除痔核后间断缝合手术创面,或仅在切口的下方保留部分开放以利于引流。与开放式手术相比,术后肛门口疼痛减轻,切口愈合时间明显缩短,但须比较好的术前肠道准备、手术无菌操作以及术后处理等。约10%的患者出现缝合切口感染、裂开,需要将其敞开。

(3)创面半开放式(Parks)手术^[24]

1956年Parks提出黏膜下痔核切除+高位结扎术,仅切除肛门皮下和黏膜下组织的痔核,用残留的肛门上皮或黏膜上皮瓣与内括约肌固定来闭锁创面,具有术后疼痛轻微,肛管狭窄率低的优点,但因技术烦琐、费时较长、易出血、复发率高等缺陷,没有得到广泛普及。但单纯切除痔核,最大限度保留肛门上皮的“肛垫温存”概念,却开始得到公认。

4.3.2 环形痔切除术^[23] 最早由Whitehead于1882年提出,主要使用于环形内痔脱出或环形混合痔,又称Whitehead法。该手术是在齿线上方0.3cm~1cm处沿内括约肌表面向上分离,环形切除2cm~3cm的直肠下端黏膜,黏膜下组织及全部痔组织,将直肠黏膜和肛管黏膜缝合。其优点是痔核完全切除,复发率低,但手术时间长,术中出血多,部分患者有较严重的术后并发症,如肛管狭窄,肛门失禁,现临床已少用。

4.3.3 吻合器齿线上直肠黏膜环状痔钉合术(PPH) 1998年意大利学者Longo等^[25]根据内痔形成的新理论,采用通过直肠下端黏膜及黏膜下层组织环行切除(procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)治疗Ⅲ、Ⅳ度内痔的新方法。PPH治疗痔的机制是用吻合器经肛门在脱垂的痔上缘环状切除直肠下端黏膜及黏膜下组织,同时完成对远端肠壁断端的吻合,将脱垂的内痔悬吊上拉,恢复原来肛垫的正常解剖位置。由于同时切断直肠黏膜下供应痔的部分动脉,术后痔血供减少,使移位、肥大和充血的肛垫趋于萎缩变小。由于该手术没有破坏肛垫组织,避免了术后肛门狭窄、精细控便障碍等并发症的发生。同时吻合口位置上齿线上,术后基本无痛或疼痛减轻。

国内各地也从2000年7月开始相继开展PPH术的运用。

4.4 其他

随着现代科技的进步和发展,越来越多的先进

科技成果运用到痔的手术中,以期使手术简便,痛苦小,恢复快,疗效佳。

1995年Morinaga^[26]等创造了超声波引导痔动脉结扎术(Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation, DGHAL)。其采用12 cm长的透明肛门镜,镜管的侧壁开有小窗并装有一个超声波探头,该探头与扩音器相连。将此肛门镜缓慢插入肛内并转动,当超声波探头位于痔动脉或其分支之上时,扩音器会发出随动脉搏动节律性的“呼呼”声,然后通过小窗用缓慢吸收线缝扎该血管,继续转动缝合直至没有血管被探知为止。由于动脉被结扎,痔核内压力下降从而使症状缓解。患者可以当天出院,如果有必要可以口服止痛药物。

超声波下痔切除术:超声波凝固切开装置(harmonic scalpel)是利用55500Hz的超声波振动进行切开,由于振动所产生的摩擦热(100℃以下)使蛋白质变性为凝固块,封闭血管而止血。这种方法对组织损伤轻微而凝固作用强,一般可以凝固直径3 mm的血管。

靛氰绿加强的半导体激光治疗:1999年碓井芳树^[27]开始把此法应用于治疗痔。靛氰绿是肝功能检查时使用的染料,安全性好,价格低廉,其吸光度与半导体激光的波长正好一致,为805 nm,因此,在组织中注入靛氰绿,可以使该注射部位对激光的吸收增强,在局部达到热凝固的效果。

5 结语

综上所述,痔是一种人类很早就认识到的肛门口部常见疾患,学说众多,疗法纷呈。迄今为止,在痔病的病因、发病机制、诊断、治疗等方面仍然有许多问题需要进一步探索和研究。近年来,随着科学研究日趋深入和科学技术的飞速发展,中医药的临床应用,痔的治疗新思路也在不断涌现,新设备新工具的创造,痔的治疗手段不断更新。某些新的手术方式虽然历时尚短,还有许多的不足之处,但为未来痔的研究提供了新的发展方向,新的突破点。

参考文献

- [1] 安阿钢. 肛肠病学[M]. 第1版. 北京:人民卫生出版社,1998:97.
- [2] 喻德洪. 现代肛肠外科学[M]. 第1版. 北京:人民军医出版社,1997:199.
- [3] 张东铭,王玉成. 盆底与肛门病学[M]. 第1版. 贵州:贵州科技出版社,2000:375.
- [4] 荣文舟. 现代中医肛肠病学[M]. 第1版. 北京:科学技术文献出版社,2000:90.
- [5] MC Marti1, Surgical Management of Anorectal and colonic diseases (2th ed) [M]. Berlin:Sp ringer,1998. 123.
- [6] 何勤, 阎于梯. 痔的诊断与治疗原则[J]. 中国实用外科杂志,

- 2001,21(11):645.
- [7] 张东铭. 痔的现代概念[J]. 中华胃肠外科杂志 2001,4(1):58-59.
- [8] Thomson WHF. The nature of hemorrhoids [J]. Br J Surg,1975,62:542-521.
- [9] LestarB, Penninckx F, RigautsH, et al. The internal anal sphincter cannot close the anal canal comletely [J]. Int J Colorectal Dis, 1992,7(3):159-161.
- [10] Londer PB, Kamm MA, Nichds RJ, et al. Hemorrhoidspathology, pathophysio ogy and etiol ogy [J]. Br J Surg,1994,81(7):9461.
- [11] 喻德洪. 重新认识提高痔的诊治水平[J]. 中华外科杂志,2000,38(12):890-891.
- [12] 陆德铭. 中医外科学[M]. 第6版. 上海:上海科学技术出版社,1997. 175.
- [13] 黄乃健. 中医肛肠病学[M]. 第1版. 北京:科学出版社,1996:176-177.
- [14] 黄乃健. 中医肛肠病学[M]. 第1版. 北京:科学出版社,1996:178-179.
- [15] 荣文舟. 现代中医肛肠病学[M]. 第1版. 北京:科学技术文献出版社,2000:92.
- [16] 阎于梯,张维胜. 提高对痔的研究和治疗水平[J]. 大肠肛门病外科杂志,2003,9(3):143-144.
- [17] 莫少卫. 外治法在肛肠外科的应用[J]. 中医外治杂志,2004,13(6):30.
- [18] ShiZQ. Xiaozhiling four-step injection in treating hemorrhoids of stages III and IV: A sclerotherapeutic approach of thrombosing branches of artery rectalls superior [J]. CJM,1997,3(4):246-249.
- [19] 易秉强,赵博. 痔的药物治[J]. 中国临床医生,2005,(04):11-12.
- [20] 王顺和,牛苏剑,姚键,等. 痔病的诊治进展[J]. 中华现代外科学杂志,2005,2(11):1009-1011.
- [21] Blaisdell PC. Office ligation of internal hemorrhoids[J]. Am J surg, 1958,96(3):401-404.
- [22] Barron J. Office ligation of internal hemorrhoids[J]. Am J Surg, 1963,105(4):563-570.
- [23] 傅传刚. 痔外科治疗的发展、现状和展望[A]. 中国中西医结合学会大肠肛门专业委员会第九次全国学术会议论文集,2003:36-38.
- [24] 张继民,刘丰,游伟. 痔的现代治疗进展[J]. 国际外科学杂志,2007,34(11):768-772.
- [25] Longo A. Treat ment of hemorrhoids idisease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device;a new p rocedure[M]. Rome Italy:Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery,1998:31.
- [26] Morinaga K, Hasuda K, IkedaT. A novel therapy for internal hemorrhoids;ligation of the hemorrhoidal arterywith a newly devised instrument(Moricom) in conjunction with a Doppler flowmeter[J]. Am J Gastroenterol,1995,90(4):610-613.
- [27] 碓井芳樹. 痔核の非観血的インドシアニンググリーン併用による半導体レーザー治療—新しい痔核の治療[J]. 日本大腸肛門病雑誌,2001,54:921-925.

(收稿日期:2008-09-03)