



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

外科护理

WAI KE HU LI



主编：周庆湘
主讲：周佳





外科护理



第十八章 肛管良性疾病病人的护理

GANG GUAN LIANG XING JI BING BING REN DE HU



目录

> 第一节 痔病人的护理

> 第二节 肛裂病人的护理

> 第三节 直肠肛管周围病人的护理

> 第四节 肛瘘病人的护理



第一节 痔病人的护理

痔（hemorrhoid）是最常见的肛肠疾病，可发生于任何年龄，且发病率随年龄增长而增高。

一、病因与发病机制

1. 肛垫下移学说 肛垫位于肛管的黏膜下，由静脉、平滑肌、弹性组织和结缔组织组成，起着肛门垫圈的作用，协助括约肌完全



封闭肛门。正常情况下，肛垫在排便时被推挤下移，排便后可自行回缩至原位；若反复便秘、妊娠等引起腹内压增高，肛垫内正常纤维弹力结构破坏伴有肛垫内静脉的曲张和慢性炎症纤维化，肛垫出现病理性肥大并向远侧移位后形成痔。

2. 静脉曲张学说 认为痔的形成与静脉曲张淤血相关。门静脉系统及其分支直肠静脉都无静脉瓣、直肠上下静脉丛管壁薄且位置浅、末端直肠黏膜下组织松弛，都容易出现血液淤积和静脉曲张。直肠肛管位



于腹腔最下部，任何引起腹内压增高的因素如久坐久立、便秘、妊娠、腹水及盆腔巨大肿瘤等均可阻碍直肠静脉回流，导致痔的形成。此外，长期饮酒和进食大量刺激性食物可使局部充血，肛周感染可引起静脉周围炎使肛垫肥厚，营养不良可使局部组织萎缩无力，这些因素都可诱发痔的发生。

二、病理与分类

根据痔所在部位的不同分为内痔、外痔及混合痔。

1. 内痔 是发生于齿状线以上，直肠末端黏膜下的痔内静脉丛扩大曲张和充血而形成的柔软静脉团。

2. 外痔 是发生于齿状线以下，由痔外静脉丛扩张或痔外静脉丛破裂或反复发炎、血流淤滞、血栓形成或组织增生而成的。外痔表面被皮肤覆盖，不易出血，分为血栓性外痔、结缔组织性外痔（皮赘）、



静脉曲张性外痔和炎性外痔，其中血栓性外痔最常见。

3. 混合痔 是内痔和相应部位的外痔血管丛跨齿状线相互融合成一个整体。

三、护理评估

（一）健康史

了解病人的年龄、职业，是否有长期饮酒、好食辛辣刺激食物的习惯，是否有肛窦、肛腺慢性感染的病史，是否有长期坐、立、便秘、



咳嗽，前列腺增生，盆腔肿瘤等导致腹内压持续增高的因素。

（二）身体状况

1. 内痔 主要表现为便血及痔脱出。其便血的特点是无痛性间歇性便后出鲜血。若发生血栓、感染及嵌顿时，可伴有肛门剧痛。内痔分为4度：

Ⅰ度：便时带血、滴血或喷射状出血，便后可自行停止，无痔脱出，肛门镜检查可见齿状线以上直肠柱结节状突出。

II度：常见便血，排便时痔脱出，便后可自行回纳。

III度：偶有便血，劳累、久站、负重、咳嗽或排便时痔脱出，需用手回纳。

V度：偶有便血，痔持续脱出于肛门外，无法回纳或回纳后又立即脱出，偶伴有感染、水肿、糜烂、坏死和剧烈疼痛。

2. 外痔 主要表现为肛门部软组织团块，有肛门不适、潮湿瘙痒或异物感，若发生血栓及炎症时可有疼痛。

3. 混合痔 内、外痔的症状同时存在，严重时表现为环状痔脱出。

（三）辅助检查

肛门镜检查可确诊，不仅可见到痔的情况，还可观察到直肠黏膜有无充血、水肿、溃疡、肿块等，以及排除其他直肠疾患。

（四）心理-社会状况

因有便血且病程时间长，反复发作，病人常产生焦虑、烦闷心理。

（五）处理原则

治疗遵循3个原则：①无症状痔无须治疗；②有症状的痔旨在减轻及消除症状，而非根治；③首选非手术治疗，失败或不宜保守治疗时才考虑手术治疗。

1. 非手术治疗

（1）一般治疗：适用于初期及无症状静止期的痔。主要包括饮食调整、温水坐浴、肛管内用药、手法痔块回纳。



(2) 注射疗法：用于治疗Ⅰ、Ⅱ度出血性内痔。方法是在痔核上方的黏膜下层注入硬化剂，使痔及其周围产生无菌性炎症反应，黏膜下组织发生纤维增生，小血管闭塞，痔块硬化、萎缩。

(3) 胶圈套扎法：适用于Ⅰ-Ⅲ度内痔。将特制的胶圈套在内痔根部，利用胶圈弹性回缩力将痔的血供阻断，使痔缺血坏死，脱落而治愈。

(4) 痔动脉结扎术：适用于Ⅱ-Ⅳ度内痔。通过多普勒超声探头探测供应痔血流的动脉并进行缝合结扎，通过阻断痔的血液供应以达到缓

解症状的目的。

2. 手术治疗 当保守治疗效果不满意、痔脱出严重、套扎治疗失败时，手术切除是最好的方法。包括：①痔切除术主要适用于Ⅱ、Ⅲ度内痔和混合痔的治疗；②吻合器痔上黏膜环切术主要适用于Ⅲ、Ⅳ度内痔、环状痔和部分Ⅱ度大出血内痔；③激光切除痔核；④血栓性外痔剥离术适用于治疗血栓性外痔。

四、常见护理诊断/健康问题

1. 疼痛 与肛管病变、手术创伤有关。
2. 便秘 与惧怕排便时疼痛及饮食中纤维素含量少有关。
3. 尿潴留 与直肠肛周感染、麻醉方式、切口疼痛、肛管内敷料填塞过多有关。
4. 知识缺乏：缺乏直肠肛管疾病相关的防治知识。
5. 潜在并发症：术后创口出血、感染、肛门失禁、肛门狭窄等。

五、护理措施

（一）非手术治疗的护理/术前护理

1. 饮食与活动 调整饮食结构，包括摄入足量的液体和膳食纤维；养成定时排便的习惯；保持适当的运动量，切忌久站、久坐、久蹲。
2. 温水坐浴 便后及时清洗，保持局部清洁舒适，可采用1:5000高锰酸钾溶液3000ml，温水坐浴2-3次/d，每次20-30min，温度控制在43-46℃，以改善局部血液循环，预防病情进展及并发症的发生。



3. 痔块回纳 痔块脱出时应及时用手轻轻将脱出的痔块推回肛内，阻止其脱出。嵌顿性痔应尽早行手法回纳，注意动作轻柔，避免损伤。

4. 疼痛护理 肛管内注入抗生素油膏或栓剂，以润滑肛管、促进炎症吸收、减轻疼痛。血栓性外痔者局部热敷、外敷消炎镇痛药物后，疼痛可缓解，暂不需要手术治疗。

5. 术前准备 关心体贴病人，缓解其紧张情绪；指导病人进少渣食物，术前排空粪便，必要时采用全肠道灌洗；做好会阴部皮肤准备及



药敏试验；及时纠正贫血。

6. 直肠肛管检查配合与护理 常用的检查方法有直肠指检和肛门镜检查。

检查的体位：①左侧卧位，病人向左侧卧，左下肢髋膝微屈，右下肢髋膝屈曲各约 90° ，此体位适用于老年体弱者；②膝胸位，病人屈膝俯卧跪于检查床，两肘屈曲着床，头部伏于枕头，适用于较短时间的检查；③截石位，常用于手术治疗；④蹲位，病人下蹲，用力增加腹压，

适用于检查内痔脱出或直肠脱垂。

检查的记录：直肠肛管病变记录，应先写明何种体位，再用时钟定位法记录病变的部位。以截石位为例，肛门前正中点为12点，后正中点为6点。内痔好发于截石位3点、7点、11点。

（二）术后护理

1. 饮食与活动 术后1-2d应以无渣或少渣流质、半流质饮食为主。术后24h 内可在床上活动四肢、翻身等，24h后可适当下床活动，逐渐



延长活动时间，并指导病人进行轻体力活动；伤口愈合后可以恢复正常工作、学习和劳动，但避免久站、久坐、久蹲。

2. 控制排便 术后早期病人会有肛门下坠感或便意，告知其是敷料刺激所致；术后3d内尽量避免排便，以利于切口愈合，可于术后48h内口服阿片酊以减少肠蠕动，控制排便；之后应保持大便通畅，防止用力排便使伤口裂开。如有便秘，可口服缓泻剂，但切忌灌肠。

3. 疼痛护理 大多数肛肠术后病人伤口疼痛剧烈，是由于肛周末



梢神经丰富，或因括约肌痉挛、排便时粪便对伤口的刺激、敷料堵塞过多等导致。评估疼痛的原因，给予相应处理，如使用镇痛药、去除多余敷料等。

4. 并发症的护理

(1) 尿潴留：术后24h内，嘱病人每4-6h排尿1次，避免因手术、麻醉、疼痛等原因造成尿潴留。若术后8h仍未排尿且感下腹胀痛、隆起时，可行诱导排尿、针刺或导尿等。



(2) 出血：由于肛管直肠的静脉丛丰富，术后易因止血不彻底、用力排便等导致伤口出血。通常术后7d内粪便表面会有少量出血，如病人出现恶心、呕吐、心慌、出冷汗、面色苍白等并伴肛门坠胀感和急迫排便感进行性加重，敷料渗血较多时，应及时报告医师予以处理。

(3) 切口感染：术后3d内控制好排便；保持肛门周围皮肤清洁，便后用1:5000高锰酸钾溶液温水坐浴，切口定时换药，充分引流。

(4) 肛门狭窄：术后观察病人有无排便困难及粪便变细，以排除肛门狭窄。如发生狭窄，应在手术切口愈后及早行扩肛治疗。



第二节 肛裂病人的护理

肛裂 (anal fissure) 是指齿状线以下肛管皮肤层裂伤后形成经久不愈的缺血性溃疡，方向与肛管纵轴平行，长约0.7cm，呈梭形或椭圆形，常引起肛周剧痛。多见于青中年人。

一、病因

病因尚不清楚，可能与多种因素有关，但直接原因大多是因长期便秘、粪便干结致排便时损伤肛管及其皮肤层。

二、病理

1. 急性肛裂 大多病程短，裂口边缘整齐，底浅、色红并有弹性，未形成瘢痕。

2. 慢性肛裂 因反复损伤与感染，基底深且不整齐，呈灰白色，质硬，边缘纤维化增厚。肛裂常为单发的纵行、梭状溃疡或感染裂口。裂口上端的肛瓣和肛乳头水肿，形成肥大乳头；下端皮肤因炎症、水肿及静脉、淋巴回流受阻，形成外观似外痔的袋状皮垂向下突出于肛



门外，称“前哨痔”。“前哨痔”、肛裂与肛乳头肥大常同时存在，合称肛裂“三联征”。

三、护理评估

（一）健康史

了解病人饮食习惯及是否有长期便秘史。



（二）身体状况

1. 症状 典型的临床表现为疼痛、便秘、出血。

（1）疼痛：为主要症状，一般较剧烈，有典型的周期性。排便时干硬粪便刺激裂口内神经末梢，出现烧灼样或刀割样疼痛；便后数分钟可缓解；随后因肛门括约肌反射性痉挛，再次发生剧烈疼痛，常持续半小时到数小时，直到括约肌疲劳、松弛后，疼痛缓解。以上“排便时疼痛—间歇期—括约肌痉挛痛”称为肛裂疼痛周期。



(2) 便秘：肛裂病人因惧怕疼痛而不愿排便，引起或加重便秘，粪便更加干结，便秘又加重肛裂，形成恶性循环。

(3) 出血：排便时粪便擦伤溃疡面或撑开肛管撕裂裂口会有少量出血，故在粪便表面、便纸上见到少量血迹或排便过程中滴鲜血，大量出血少见。

2. 体征 典型体征是肛裂“三联征”，若在肛门检查时发现此体征，即可明确诊断。肛裂病人行肛门检查时，常会引起剧烈疼痛，有时需在局麻下进行。



（三）辅助检查

已确诊者，一般不宜行直肠指检或肛门镜检查，避免增加病人痛苦。可以取活组织做病理检查，以明确诊断。

（四）心理-社会状况

由于疼痛、便血，病人产生焦虑和恐惧。



（五）处理原则

1. 非手术治疗 原则是软化大便，保持大便通畅；解除肛门括约肌痉挛，缓解疼痛，中断恶性循环，促进局部创面愈合。具体措施包括服用缓泻剂、局部坐浴、扩肛疗法。

2. 手术治疗 适用于经久不愈、非手术治疗无效且症状较重的陈旧性肛裂。手术方法有肛裂切除术和肛管内括约肌切断术，现在前者已较少使用。

四、常见护理诊断/健康问题

参见本章第一节中痔的护理。

五、护理措施

1. 保持大便通畅 增加膳食中新鲜蔬菜、水果及粗纤维食物的摄入，少食或忌食辛辣和刺激食物，多饮水，以促进胃肠蠕动，防止便秘；指导病人养成每日定时排便的习惯，进行适当的户外锻炼；必要时可少量服用缓泻剂。



2. 心理护理 向病人详细讲解肛裂的相关知识，鼓励病人克服因惧怕疼痛而不敢排便的情绪，配合治疗。

3. 并发症的护理

(1) 切口出血：常因术后便秘、剧烈咳嗽等导致，多发生于术后1-7d。告知病人保持大便通畅，预防感冒，避免腹内压增高的因素如剧烈咳嗽、用力排便等；密切观察创面的变化，一旦出现切口大量渗血，紧急压迫止血，并报告医师处理。

(2) 排便失禁：多由于术中不慎切断肛管直肠环所致。应询问病人排便前有无便意，每日的排便次数、量及性状。若仅为肛门括约肌松弛，可于术后3d 开始指导病人进行提肛运动；若发现病人会阴部皮肤常有黏液及粪便沾染，或无法随意控制排便时，立即报告医师，及时处理。

4. 其他护理措施参见本章第一节中痔的护理。

第三节 直肠肛管周围脓肿病人的护理

直肠肛管周围脓肿（perianorectal abscess）是指直肠肛管周围间隙或其周围软组织的急性化脓性感染，并发展成为脓肿。

一、病因与病理

绝大多数直肠肛管周围脓肿源于肛腺感染，少数可继发于外伤、肛裂或痔药物注射治疗等。肛窦呈袋状开口向上，肛腺开口于肛窦



底部，位于内外括约肌之间。当粪便存留于肛窦引发感染时，会累及肛腺。肛腺形成脓肿后导致括约肌间感染，还可蔓延至直肠肛管周围间隙，其间所含的疏松脂肪结缔组织极易使感染扩散，从而形成不同部位的脓肿。多数脓肿可穿破皮肤或在切开引流后形成肛瘘。在直肠肛管周围炎症病理过程中，急性期表现为脓肿，慢性期则表现为肛瘘。

三、护理评估

（一）健康史

了解病人有无肛周软组织感染、损伤、内痔、肛裂、痔药物注射治疗等病史。

（二）身体状况

1. 肛周脓肿 多见，以肛门周围皮下脓肿最为常见，占40%-48%，位置多表浅。肛周持续性跳动性疼痛为主要表现，可因排便、局部受

压、摩擦或咳嗽而疼痛加剧。早期局部红肿、发硬，压痛明显，脓肿形成后则波动明显，若自行穿破皮肤，则脓液排出。全身感染症状不明显。

2. 坐骨肛管间隙脓肿（坐骨肛门窝脓肿） 较为多见，占20%-25%，该间隙空间较大，因此形成的脓肿较大且深，全身感染症状明显。病人在发病初期即可出现头痛、寒战、发热、乏力、食欲缺乏、恶心等全身表现。早期局部症状不明显，患侧出现持续性胀痛，逐渐加重，继而患处红肿，双臀不对称，疼痛为持续性跳痛，排便或行走时加剧，有的病

人可出现排尿困难、里急后重。局部触诊或直肠指检时患侧有深压痛，甚至波动感，有时可扪及局部隆起。如不及时切开，脓肿多向下穿入肛管周围间隙，再由皮肤穿出而形成肛痿。

3. 骨盆直肠间隙脓肿（骨盆直肠窝脓肿） 较前两者少见。此处位置深、空间大，因此全身感染症状严重而局部症状不明显。早期即出现持续高热、寒战、乏力等全身中毒症状；局部症状为直肠坠胀感、便意不尽感等，常伴排尿困难。会阴部多无异常体征，直肠指检可在直肠壁上触及肿块隆起，有深压痛和波动感。

（三）辅助检查

1. 局部穿刺抽脓 有确诊价值，且可将抽出的脓液行细菌培养检查。
2. 实验室检查 有全身感染症状者血常规可见白细胞计数和中性粒细胞比值增高，严重者可出现核左移及中毒颗粒。
3. 其他检查 必要时行肛管超声、CT 或 MRI 检查证实。

（四）心理-社会状况

病人因肛周疼痛而产生焦虑。

（五）处理原则

1. 非手术治疗 原则是控制感染，缓解疼痛，促进排便。包括使用抗生素、温水坐浴、局部理疗、口服缓泻剂。
2. 手术治疗 外科引流是肛周脓肿最基本的治疗。现有许多学者

采取脓肿切开引流并挂线术，使脓肿完全敞开引流通畅，还可避免形成肛瘘后的二次手术。

四、常见护理诊断/健康问题

参见本章第一节中痔的护理。

五、护理措施

1. 饮食护理告知病人忌食辛辣刺激食物，多食蔬菜、水果、蜂蜜等，保持大便通畅。
2. 体位 协助病人采取舒适体位，避免局部受压加重疼痛。
3. 控制感染 遵医嘱应用抗生素控制感染。
4. 脓肿切开引流的护理 密切观察并记录引流液颜色、性状及量；予以甲硝唑或中成药等定时冲洗脓腔，当脓液变稀，引流量 $<50\text{ml/d}$ 时，可考虑拔管。
5. 其他 高热病人给予物理降温；用1:5000高锰酸钾溶液温水坐浴



第四节 肛瘘病人的护理

肛瘘（analfistula）是指肛管或直肠与肛周皮肤之间的管道，由慢性感染和引流管道的上皮化导致，30%-70%的肛周脓肿病人伴发肛瘘。

一、病因与病理

大多数肛瘘由直肠肛管周围脓肿发展而来。肛瘘由内口、瘘管及外口组成。内口常位于肛窦，外口为脓肿破溃处或手术切开的肛



周皮肤上，内、外口之间是脓腔周围增生的纤维组织包绕的管道即瘘管，近管腔处为炎性肉芽组织。由于致病菌不断由内口进入，而瘘管迂曲，少数存在分支，常引流不畅，且外口皮肤生长速度较快，常发生假性愈合并形成脓肿。脓肿可从原外口破溃，也可从他处穿出 形成新的外口，反复发作，发展为有多个瘘管和外口的复杂性肛瘘。



二、分类

1. 根据瘘口与瘘管的数目 分为单纯性肛瘘（只存在单一瘘管）和复杂性肛瘘（存在多个瘘口和瘘管，甚至有分支）。
2. 根据瘘管所在的位置 分为低位肛瘘（瘘管位于外括约肌深部以下）和高位肛瘘（瘘管位于外括约肌深部以上）。

三、护理评估

（一）健康史

肛瘘多于直肠肛管周围脓肿的发病及治疗过程有关，要仔细询问病人相关病史，了解病人有无肛周及周围组织损伤的情况。

（二）身体状况

1. 症状 病人常有肛周脓肿的病史，肛门周围可见一个或数个外口，排出少量脓性、血性或黏液性分泌物，可刺激肛门周围皮肤引



起肛门部潮湿、瘙痒，甚至出现湿疹。较大的高位肛瘘外口可排出粪便及气体。当外口因假性愈合而暂时封闭时，脓液积存，再次形成脓肿，可出现直肠肛管周围脓肿症状，脓肿破溃或切开引流后脓液排出，症状缓解。上述症状反复发作是肛瘘的特点。

2. 体征 在肛周皮肤可见单个或多个外口，呈红色乳头状隆起，挤压可排出少量脓性或脓血性分泌物。直肠指检在内口处有轻压痛，瘘管位置表浅时可触及硬结样内口及条索样瘘管。

(三) 辅助检查

确定内口位置对明确肛瘘诊断非常重要。

1. 内镜检查 肛门镜检查有时可发现内口。

2. 特殊检查 若无法判断内口位置，可将白色湿纱布条填入肛管及直肠下端，并从外口注入亚甲蓝溶液1-2ml，根据纱条染色部位确定内口。

3. 实验室检查 当发生直肠肛管周围脓肿时，病人血常规检查可

出现白细胞计数及中性粒细胞比值增高。

4. 影像学检查 碘油瘘管造影是临床常规检查方法，MRI检查可清晰显示瘘管位置及与括约肌之间的关系。

（四）心理-社会状况

由于瘘口排出脓液、粪水和气体，加之肛周瘙痒需要抓挠，影响病人日常人际交往，病人常烦躁、焦虑。

（五）处理原则

肛瘘治疗的主要原则是清除内口及其相关的上皮化管道，并保护肛门括约肌功能。

1. 非手术治疗

（1）堵塞法：瘘管用0.5%甲硝唑溶液、生理盐水冲洗后，自外口注入生物蛋白胶。该方法适用于单纯性肛瘘，但治愈率较低。

（2）挂线疗法：是利用橡皮筋或有腐蚀作用的药线的机械性压迫作

用，使结扎处组织发生血运障碍坏死，以缓慢切开肛瘘，炎症反应引起的纤维化使切断的肌肉与周围组织粘连而逐渐愈合，还可防止大便失禁。适用于距肛门3-5cm，有内、外口的低位单纯性肛瘘；高位单纯性肛瘘或作为复杂性肛瘘切开、切除的辅助治疗。

2. 手术治疗 原则是将瘘管切开或切除以形成敞开的创面来促进愈合。关键是避免损伤肛门括约肌，以防大便失禁，同时避免肛瘘复发。

(1) 瘘管切开术：将瘘管全部切开，靠肉芽组织生长使切口愈合。



适用于低位肛瘘，术后不会出现大便失禁。

(2) 肛瘘切除术：切除全部瘘管壁直至健康组织，创面敞开，使其逐渐愈合。适用于低位单纯性肛瘘。

四、常见护理诊断/健康问题

参见本章第一节中痔的护理。

五、护理措施

（一）挂线疗法的护理

1. 皮肤护理 保持肛周皮肤清洁，嘱病人局部皮肤瘙痒时不可用指甲挠抓，避免皮肤损伤感染；术后创面换药至药线脱落后1周。
2. 饮食护理 术前晚进半流质饮食，术晨可进流质饮食；术后宜进清淡、易消化食物，保持大便通畅。
3. 温水坐浴 术后第2d开始每日早晚及便后用1:5000高锰酸钾溶液温水坐浴或中药坐浴，既可缓解局部疼痛，又有利于局部炎症的消散、



吸收。

4. 健康教育

(1) 收紧药线：嘱病人每5-7d至门诊收紧药线，直到药线脱落。脱线后局部可涂生肌散或抗生素软膏，以促进伤口愈合。

(2) 扩肛或提肛运动：为防止肛门狭窄，术后5-10d内可用示指扩肛1次/d。肛门括约肌松弛者，术后3d起可指导病人进行提肛运动。

(二) 手术前后的护理

参见本章第一节中痔的护理。



谢谢观看

