

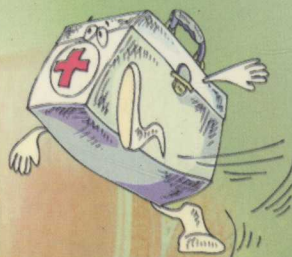
GANGCHANGBING DE JIATINGFANGZHI

肛肠病

的

家庭防治

徐伟祥 柏幼安 朱跃国 编著



上海中医药大学出版社

责任编辑 张杏洁
技术编辑 徐国民
责任校对 郁 静
封面设计 王 磊
出版人 朱邦贤

图书在版编目(CIP)数据

肛肠病的家庭防治 / 徐伟祥, 柏幼安, 朱跃国编著.
上海: 上海中医药大学出版社, 2003. 9
ISBN 7-81010-705-4

I. 肛... II. ①徐...②柏...③朱... III. ①肛
门疾病-防治②直肠疾病-防治 IV. R574

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 078625 号

肛肠病的家庭防治

徐伟祥 柏幼安 朱跃国 编著

上海中医药大学出版社出版发行

(零陵路 530 号 邮政编码 200032)

新华书店上海发行所经销

上海市印刷四厂印刷

开本 850mm×1168mm 1/32 印张 7.75

字数 195 千字 印数 1—4 100 册

版次 2003 年 10 月第 1 版

印次 2003 年 10 月第 1 次印刷

ISBN 7-81010-705-4/R·670

定价: 17.10 元



随着社会发展和医疗卫生事业的长足进步,人类的平均寿命不断增长,人们对自身保健日益重视,迫切需要专家指导,以增长知识,祛病健身。为了及时普及常见病防治知识和技能,在肛肠疾病患病率不断上升的情况下,我们编写了这本《肛肠病的家庭防治》。

根据我们在临床、教学、科研工作中的经验,本书面向广大患者和基层临床医生,采用设问答疑的形式,精选出患者最想了解的问题和疑点进行解答。为此,我们立足于科学,着眼于实用,在介绍疾病的症状、流行趋势、诊断、治疗等方面力求通俗易懂、深入浅出。

当前,生物-医学模式正向生物-心理-社会的医学模式转变,影响健康的主要因素是生活方式、环境因素和医疗服务。因此,本书在阐述肛肠疾病的病因、护理和预防等方面,对心理、社会影响和生活方式等问题给予了高度重视。在治疗方面,中西医并重,将传统医学的精华和现代医学新知识、新技术相融合,使患者对疾病有全面的了解,从而使患者对肛肠疾病有正确认识,提高自我保健能力。

编者学识有限,经验欠丰,缺点谬误在所难免,祈求读者和同仁不吝赐教。同时,希望本书能在防治肛肠疾病方面发挥积极作用,成为广大患者增进健康、提高生命质量的忠实朋友。

编 者

2003年8月



第一章 肛门直肠和结肠的解剖及其生理功能

- 一、肛门直肠和结肠的解剖 1
- 二、肛门直肠和结肠的生理功能 12

第二章 中医治疗肛肠病的特色

- 一、何谓内治法 16
- 二、何谓外治法 18
- 三、何谓药物疗法 19
- 四、何谓刀法 20
- 五、何谓烙法 20
- 六、何谓结扎法 21
- 七、何谓洗涤法 21
- 八、何谓针灸法 22
- 九、何谓挂线法 22
- 十、何谓灌肠法 23
- 十一、何谓栓塞法 23

第三章 常见肛肠病的防治

一、痔	25
二、肛裂	44
三、肛痿	51
四、肛门直肠周围脓肿	59
五、肛窦炎和肛乳头炎	63
六、直肠脱垂	66
七、肛门、直肠狭窄	69
八、大肠息肉	72
九、家族性腺瘤性息肉病	78
十、便秘	80
十一、溃疡性结肠炎	87
十二、克隆病	96
十三、肛门瘙痒症	102
十四、肛门湿疹	106
十五、肛门尖锐湿疣	110
十六、肛门直肠良性肿瘤	113
十七、大肠癌	117
十八、肠道菌群失调症	130
十九、肛门直肠神经官能症	133
二十、缺血性结肠炎	137
二十一、大肠子宫内膜异位症	139
二十二、大肠憩室病	142
二十三、肠道激惹综合征	144
二十四、肠梗阻	147

二十五、大便失禁	152
二十六、真菌性结肠炎	156
二十七、放射性肠炎	158

第四章 肛肠病的预防和保健

一、肛肠病的家庭预防	163
二、妇女的肛肠保健	169
三、婴幼儿的肛肠保健	171
四、老年人的肛肠保健	176
五、自我保健锻炼法	178

第五章 肛肠病常用方药及食疗方

一、常用方药	183
二、食疗方	218

第一章

肛门直肠和结肠的解剖及其生理功能

一、肛门直肠和结肠的解剖

1. 何谓肛门?

肛门是肛管的外口,在臀部正中线、会阴体与尾骨之间,两侧坐骨结节横线的交叉点上。肛缘与坐骨结节之间的范围称之为“肛周”。平时肛门收缩呈椭圆状,排便时肛门口松弛呈圆形,直径约为 3 cm。前方连于会阴正中线,再向前与阴囊(男性)正中线相接。为便于定位描述病变发生的部位,通常患者取截石位(屈髋屈膝仰卧),把肛门比作一个时钟面,上面正中为 12 点,下面正中为 6 点,左正中为 3 点,右正中为 9 点,其他点依次类推。由肛门向后至尾骨尖形成一个纵沟,沟下有肛尾韧带,使肛管固定在尾骨尖背侧。肛门直肠后间隙形成的脓肿和肛痿,在手术切开时,如过多损伤或切断肛尾韧带,会造成肛门向前移位的后遗症。肛门不仅主管排泄粪便,而且还有禁制粪便的功能。

2. 肛门部的皮肤有哪些?

肛门会阴部的皮肤较人体其他部位的皮肤厚。皮下与筋膜

紧密相连,手术时不易分离。由于色素沉着的缘故,肛门周围皮肤呈黑色,真皮内孔头很多,成堆状排列。当外括约肌和肛门皱皮肤收缩时,肛门口向外形成很多放射状皱褶。肛门周围皮下组织、毛囊、汗腺及皮脂腺较多,若此处伤口不洁净,腺管被分泌物阻塞,可引起感染化脓而生成皮下脓肿和肛痿。肛门周围的皮肤比较松弛,因此手术时切除一处肛门皮肤不至于引起皮肤收缩而导致肛门狭窄,但过多地或多处切除肛门皮肤,则会引起狭窄。

3. 何谓直肠?

直肠是消化管的末段,位于盆腔内,上端约在第三骶骨平面,与乙状结肠相连,向下沿尾骨屈曲,穿过盆底终于齿状线。成人直肠约12~15 cm,直肠并不是垂直状的,它的两端狭小,中间宽阔。上端狭窄区位于直肠与乙状结肠结合部,是整个直肠的最狭窄部分。下端狭窄区是平时紧闭的肛管。中间膨大部分称为“直肠壶腹”,是大肠最宽阔的肠段。直肠壶腹的前壁向前膨出,后壁沿骶尾骨弯曲前方下行,形成了一个几乎与肛门呈直角的大弯曲,这就是直肠骶骨曲。然后,直肠绕过尾骨尖,转向后下方,在肛管处又形成一个拱向前的弯曲。直肠的这种弯曲现象决定了在临床上行乙状结肠镜检查时,方向先拐向脐部,过肛管后再改向骶骨岬,才能顺利到达直肠壶腹。直肠固定于盆腔腹膜外间隙的结缔组织中,直肠壁由4层组织所构成,分浆膜层、肌层、黏膜下层和黏膜层。直肠肌层是不随意肌,分外纵、内环两层。肌层的内面为黏膜下层,其间有神经血管,最内层为黏膜层(图1)。

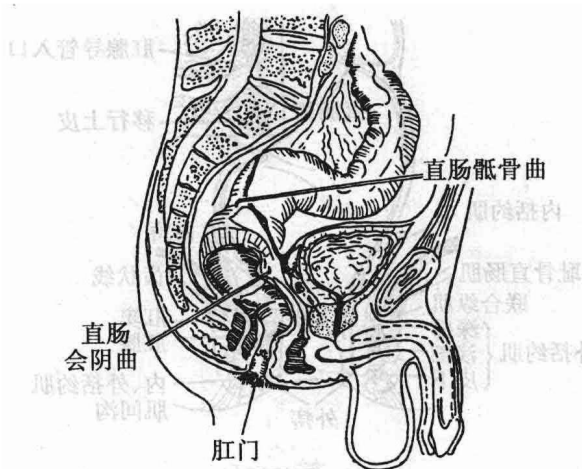


图1 肛门直肠的形态

4. 何谓肛管？

肛管上端止于齿状线，与直肠相接，下端是肛门缘，从肛门缘到直肠末的一段叫“肛管”。肛管是消化道的最终端，成人肛管平均长约 2.5~4 cm，肛管周围无腹膜遮盖，有内括约肌和提肛肌围绕，肛管表层为复层上皮，受脊神经支配，非常敏感，肛管中下部交界线正对内括约肌下缘与外括约肌皮下层的交界处(图 2)。指诊可触到一个明显的环形沟，此沟称为“括约肌间沟”(亦称“肛白线”)。肛管对肛门功能有重要作用。一些疾病的发生与其密切相关。因此，肛管在肛肠外科上十分重要。

肛管可分解剖学肛管和外科学肛管两部分。解剖学肛管是指齿状线至肛门的部分，成人平均长约 3 cm。外科学肛管是指肛门到肛管直肠环平面(肛直线)的部分，成人平均长约 4 cm。其上界，男性与前列腺齐高，女性与会阴体齐高。周围是内、外括约肌，联合纵

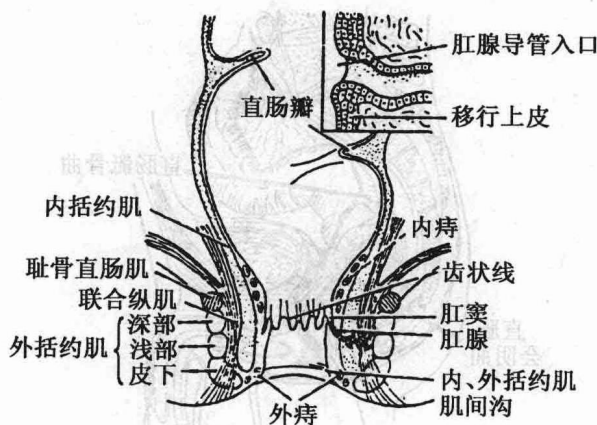


图2 肛管解剖

(右上角小图为肛腺导管入口)

肌和提肛肌,紧闭时管腔呈前后位纵裂状。肛管长轴和直肠壶腹之间角度很大,约 $90^{\circ} \sim 100^{\circ}$,称“直肠角”。该角距肛门上方 3.2~3.3 cm,距尾骨尖 5.1~6.4 cm,Shafik 认为应把提肛肌内侧缘至齿状线的一段称为“直肠颈”,把齿状线至肛门段称为“肛管”(解剖肛管),把直肠与直肠颈交界处称为“直肠颈内口”,肛管外口称“肛门”。

5. 何谓直肠柱和肛门瓣?

直肠下端缩窄,肠腔内壁垂直的黏膜折成许多皱襞,皱襞突出部分叫“直肠柱”,或称“肛柱”,有 6~10 个,长约 1~2 cm,宽 0.3~0.6 cm,儿童比较明显,直肠柱是括约肌收缩的结果,在排便及直肠扩张时此柱可消失。直肠柱上皮对触觉和温觉的刺激甚至比齿状线下部肛管更敏感。各柱的黏膜下均有独立的动脉、静脉或肌肉组织,直肠柱这种现象越接近齿状线越明显。在直肠左壁、右后和左前壁最为明显。此三处也是内痔的原发部位。两柱之间有

半月形皱襞叫“肛门瓣”(图3)。这些半月形的黏膜皱襞形成的肛瓣有6~12个,肛瓣是比较厚的角化上皮,是原始肛膜的遗迹,它没有“瓣”的功能,当大便干燥时,肛瓣可受粪便硬块的挤压而损伤撕裂。

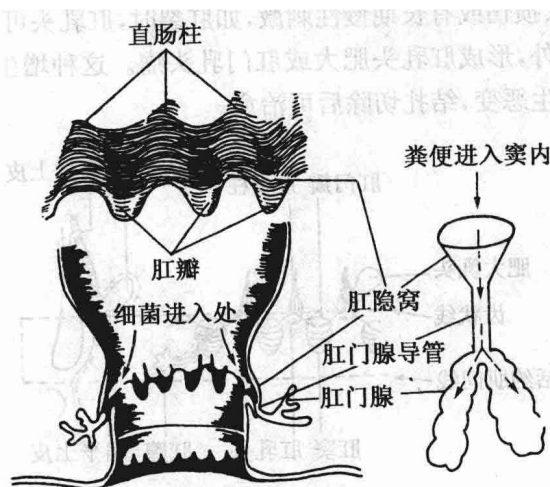


图3 直肠柱、肛瓣和肛隐窝

6. 何谓肛窦?

肛窦或称“肛隐窝”(图3),是位于肛柱之间、肛瓣之后的小憩室,它的数目、深度和形状变化较大。人的肛隐窝约有6~8个,呈漏斗形,肛隐窝有存储黏液润滑排便的作用。由于该处常存积粪杂质,容易发生感染,引发隐窝炎。许多学者强调指出,隐窝炎是继发一切肛周疾病的祸根。

7. 何谓肛乳头?

肛乳头是指肛管与直肠柱相接区隆起的小圆锥体或三角形的

小隆起。肛乳头表面覆盖着光滑的乳白色或淡红色皮肤,沿齿状线排列(图4)。多数人没有肛乳头,有肛乳头者约28%。乳头多为1~4个,数目、形态和大小因人而异,存在着个体差异。当肛管处有感染、损伤或有长期慢性刺激,如肛裂时,肛乳头可增生变大,脱出肛门外,形成肛乳头肥大或肛门乳头瘤。这种增生性病变一般不会发生恶变,结扎切除后可治愈。

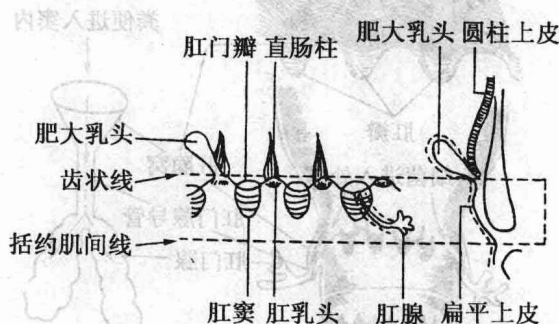


图4 肛乳头

8. 何谓齿状线?

齿状线距肛门口约3 cm左右,于肛管皮肤与直肠黏膜的连接处,是胚胎期原始直肠的内胚叶与原始肛门的外胚叶交接的地方,上下组织构造不同(图5)。齿状线在解剖学和临床上十分重要,约占85%的肛门病患发源于此处。齿状线以上是直肠,肠腔内壁覆盖着黏膜;齿状线以下是肛门,肛管覆盖着皮肤。痔在齿状线以上为内痔,在齿状线以下为外痔。发生在齿状线以上的息肉、肿瘤多数是腺瘤;齿状线以下的肿瘤,附以皮肤,是皮肤癌。齿状线以上的神经是自主神经,没有明显痛感,此处是无痛区,故患内痔不痛。齿状线以下的神经是脊神经,痛感强烈,故外痔、肛裂、血栓外痔以及肛周脓肿均非常疼痛,手术时此处是有痛区。齿状线以上

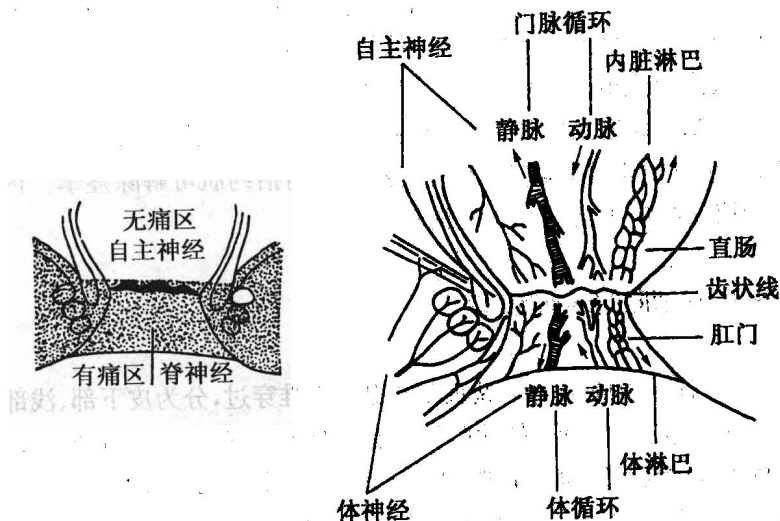


图5 齿状线上下的不同结构

的血管是直肠上血管,其静脉与门静脉系统相通;齿状线以下的血管是肛门血管,其静脉属下腔静脉系统。在齿状线附近门静脉与体静脉相通。齿状线以上的淋巴向上回流,汇入盆腔淋巴结;齿状线以下的淋巴结向下回流,经大腿根部汇入腹股沟淋巴结,所以肿瘤转移,齿状线上的向腹腔,齿状线下的向大腿根部。齿状线是内胚层与外胚层的汇合处,所以几乎肛门所有疾病、直肠先天性畸形如锁肛等都发生在齿状线。

9. 何谓肛门内括约肌?

肛门内括约肌是直肠环肌延续到肛管部增厚变宽而成,属于平滑肌,受自主神经支配。内括约肌的作用主要是参与排便反射,当直肠内粪便达到一定量时,通过直肠内的压力感受器和齿状线区的排便感受器,可反射性引起内括约肌舒张而排出粪便。排便

中止时,内括约肌收缩,可使肛管排空,排便结束后内括约肌可长时间维持收缩状态而不疲劳,并保持一定张力,储存粪便。由于内括约肌是消化道环肌层,属不随意肌,保持平滑肌特性,所以在受到有害刺激时容易痉挛。肛裂、肛门狭窄等可致内括约肌持续痉挛,产生排便困难和剧痛,此时切断部分内括约肌可解除痉挛。内括约肌切断后不会引起排便失禁。

10. 何谓肛门外括约肌?

肛门外括约肌被直肠纵肌和肛提肌纤维穿过,分为皮下部、浅部和深部3部分。肛管外括约肌的功能平时闭合肛管,排粪时舒张,帮助排粪;排粪后又立即使肛管闭合。近年 Shafik 认为肛管外括约肌的组成像三个“U”形环:顶环是深部外括约肌与耻骨直肠肌,中间环是外括约肌浅部,底环是外括约肌皮下部。当外括约肌收缩时,顶环及底环同时牵拉肛管后壁,中间环向后牵拉肛管前壁,使肛管紧闭(图

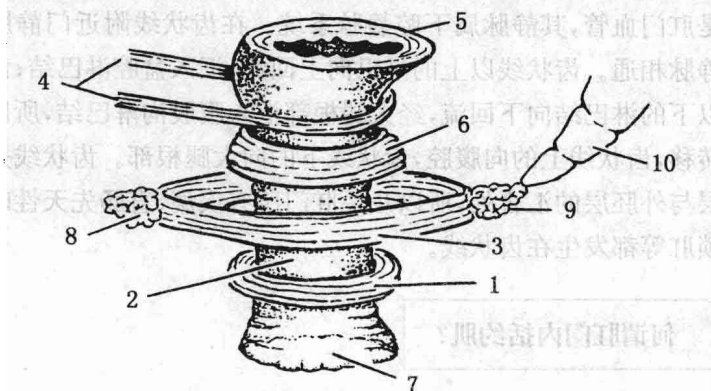


图6 肛门外括约肌

1. 肛门外括约肌皮下部 2. 肛管 3. 肛门外括约肌浅部
4. 耻骨直上肌 5. 直肠 6. 肛门外括约肌深部
7. 肛门 8. 会阴部 9. 肛门尾骨体 10. 尾骨

6)。三个环可反复蠕动收缩,排出肛管内留的粪便。

11. 何谓联合纵肌?

联合纵肌有 3 层肌纤维组成,内层是直肠纵肌的延伸,中层是肛提肌悬带,外层是外括约肌顶环的延长,3 层环约肌下方形成中心腱,由腱分成很多纤维隔(图 7)。其功能如下:固定肛管,联合纵肌层属肛管各部的中轴,以肛管的“骨架”,借其丰富的放射状纤维,将肛管各部,包括内、外括约肌联系在一起,形成一个功能整体,这些纵肌纤维不仅固定括约肌,还通过肛周脂肪,附着骨盆壁和皮肤,还穿过内括约肌止于齿状线附近的黏膜,因而对防止直肠黏膜脱垂和内痔脱出起一定作用。协助括约功能,联合纵肌在括约肌内部呈网状,与肌纤维相粘着。肛管的括约功能是联合纵肌形成的弹性网与括约肌一起活动的结果。当括约肌放松时,使肛门张开,粪便下降。但联合纵肌层组织疏松,又为肛周感染的蔓延提供了有利条件。

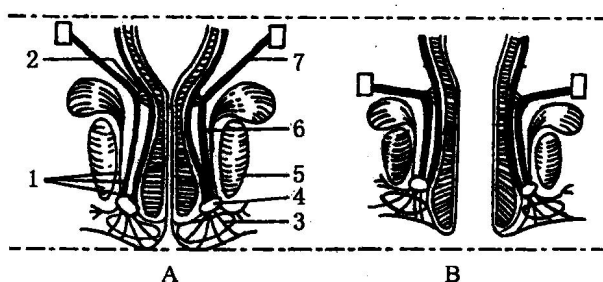


图 7 联合纵肌的作用

- A. 未排便时 1. 裂隙韧带 2. 联合纵肌 3. 肛门悬带
4. 提肌板 5. 外括约肌 6. 耻骨直肠肌 7. 提肛肌
B. 排便时

12. 何谓肛提肌和肛管直肠环?

肛提肌是直肠周围形成盆底的一层肌肉,由耻骨直肠肌、耻骨尾骨肌及髂骨尾骨肌 3 部分组成,起自骨盆两侧壁,斜行向下止于直肠壁下部两侧,成漏斗形,对于承托盆腔内脏,帮助排粪,括约肛管有重要作用。特别是耻骨直肠肌,在收缩时能将肠管向耻骨联合处牵拉,增加肛管直肠交接处的角度(直肠向下向前,肛管向下向后)形成“肛直角”,有重要的括约作用。肛管直肠环由耻骨直肠肌,外括约肌深部,内括约肌和联合纵肌纤维组成一个肌环,在直肠指诊时可清楚打到(图 8)。此环有重要括约功能,如手术时不慎完全切除,可致肛门失禁。

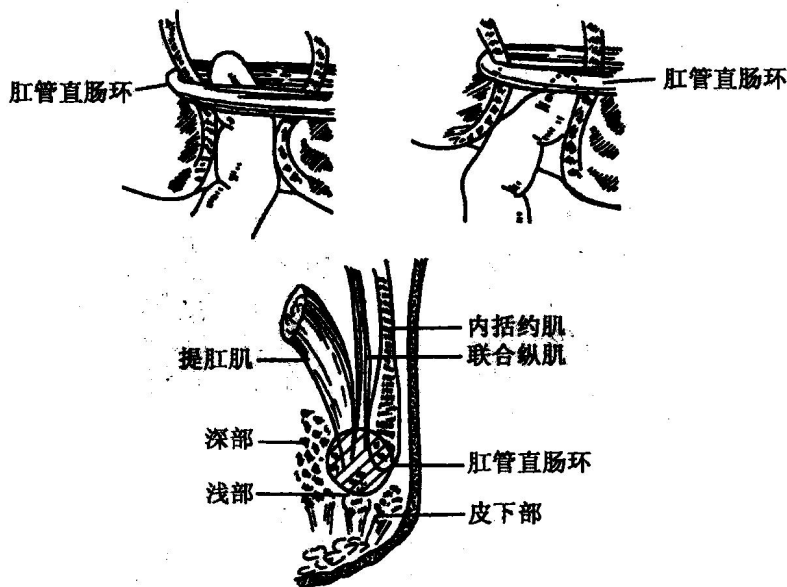


图 8 肛管直肠环

13. 肛门直肠周围的动脉有哪些？

肛管直肠的血液供应来自直肠上动脉、直肠下动脉、肛门动脉和骶中动脉。直肠上动脉是肠系统膜下动脉的末支，肠系膜下动脉的起点在十二指肠第三段下方的腹主动脉前壁，在进入乙状结肠系膜根部时，与左侧输尿管靠近。高位结扎肠系膜下动脉时，必须将十二指肠向上推并显露左输尿管，以免误伤。直肠下动脉由髂内动脉前干或阴部内动脉分出，左右各一，通过直肠侧韧带进入直肠，与直肠上动脉在齿状线上下相吻合。肛门动脉由两侧阴部内动脉分出，通过坐骨直肠间隙，供应肛管和括约肌，并与直肠上、下动脉相吻合。骶中动脉由腹主动脉分叉处的后壁分出，紧靠骶骨前面下行，供应直肠下端的后壁(图9)。

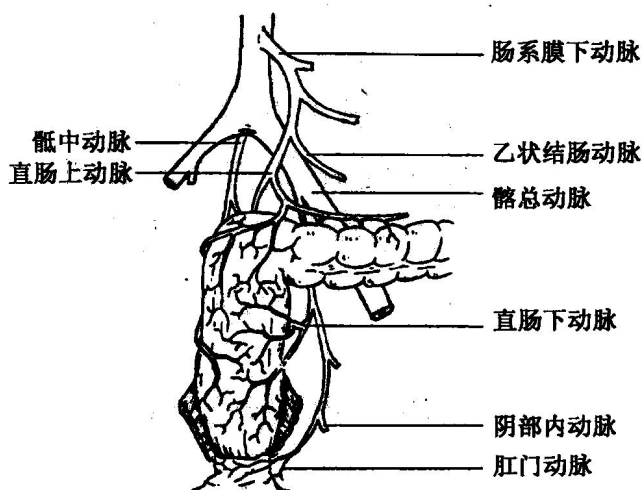


图9 肛门直肠周围的动脉