

肛门常见病临床治疗

福建省人民医院编 · 福建人民出版社

肛门常见病临床治疗

福建省人民医院编

福建人民出版社

（福州）

001.2-1 12717

肛肠科常见病治疗

福建省人民医院编

肛肠常见病临床治疗

福建省人民医院编

*

福建人民出版社出版

福建省新华书店发行

福建新华印刷厂印刷

1973年4月第1版

1973年4月第1次印刷

印数：1—8,000

统一书号：14173·4 定价：0.18元

毛主席语录
白求恩同志
现在他对工作的热
即极端的热情。
现在他对工作的问题，所
以极端的热情。
毛主席语录
白求恩同志
现在他对工作的热
即极端的热情。
现在他对工作的问题，所
以极端的热情。

一切为了
人民健康

毛泽东

毛主席语录

白求恩同志毫不利己专门利人的精神，表现在他对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱。每个共产党员都要学习他。

为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

前 言

肛门疾病是常见病、多发病，它直接危害着广大劳动人民的身体健康，也影响了“抓革命，促生产，促工作，促战备。”

在毛主席无产阶级革命医疗卫生路线的指引下，我院革命医务人员遵照伟大领袖毛主席关于“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高”的教导，总结了一九五五年以来治疗肛门疾病七万多人次，使用各种疗法的经验和教训，以“一分为二”的观点，分析各种疗法的优缺点，并在近年的临床实践中，经过中西医共同研究作了一些改进，提高了疗效。

为了广大农村、工矿的赤脚医生和基层医务人员的需要，我们编写了《肛门常见病临床治疗》一书。由于我们经验不足，编写中存在的缺点，希望广大工农兵群众和革命医务人员提出宝贵意见。

一九七三年二月

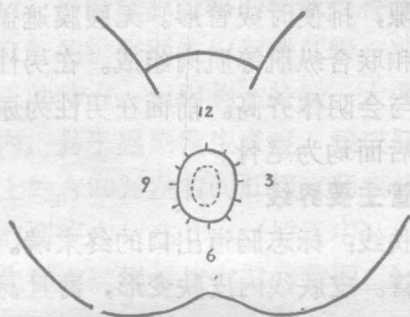
目 录

第一章	肛门局部解剖和临床意义	(1)
第二章	检查	(12)
第三章	手术前准备	(15)
第四章	手术后处理	(17)
第五章	痔	(19)
内 痔		(20)
外 痔		(36)
一、血栓外痔		(36)
二、结缔组织外痔		(38)
三、静脉曲张性外痔		(40)
四、炎性外痔		(42)
混合痔		(43)
第六章	肛门直肠周围脓肿	(46)
第七章	肛门直肠瘘管	(50)
第八章	肛门裂	(60)
第九章	肛门乳头炎和乳头状纤维组织瘤	(65)
第十章	肛门直肠癌	(66)
第十一章	肛门直肠脱垂	(69)
第十二章	肛门瘙痒症	(74)
第十三章	直肠息肉	(76)
第十四章	肛门疾病的预防	(78)

第一章 肛门局部解剖和临床意义

肛 门

肛门是消化道终末端通于体外的出口，位于臀部正中线上、会阴体与尾骨之间。其直径约2~3厘米（附图一）。



图一 肛门部位示意图
(分为12个点)

(一) 肛门皮肤

肛门周围皮肤因有色素沉着，呈暗褐色。其组织细胞为复层鳞状上皮细胞。紧靠肛门的皮肤较薄，容易受损伤而破裂。肛门皮内的毛囊、汗腺和皮脂腺较丰富，容易感染化脓，形成疖、皮下脓肿和瘘管等。

(二) 肛门皱襞

正常的皱襞小、整齐而较平坦，富有弹性，有病态者多

松弛，容易发炎水肿，常易诱发内外痔。在作肛裂、外痔、肛痿等手术时，要尽量顺着肛门放射状纹向切除皱襞，以减少疤痕、出血和术后疼痛。

（三）肛尾间沟

肛门与尾骨之间的陷沟，沟的深部有肛尾韧带。如行深部脓肿和马蹄形肛痿手术，不可一次全部切断韧带，宜用橡皮筋挂线，防止肛门移位。

肛 管

肛管位于肛门缘之上、直肠之下。长约2~3厘米。平时呈一纵形裂隙，排便时成管形。无腹膜遮盖，由内括约肌、外括约肌和联合纵肌等肌肉组成。在男性与前列腺尖端齐高；在女性与会阴体齐高。前面在男性为尿道和前列腺；女性为阴道。后面均为尾骨。

（一）肛管主要界线

1. 肛门皮肤线：标志肠道出口的终末端。线环绕一周成肛口，上为肛管。皮肤线内皮肤变形，薄且易破裂。

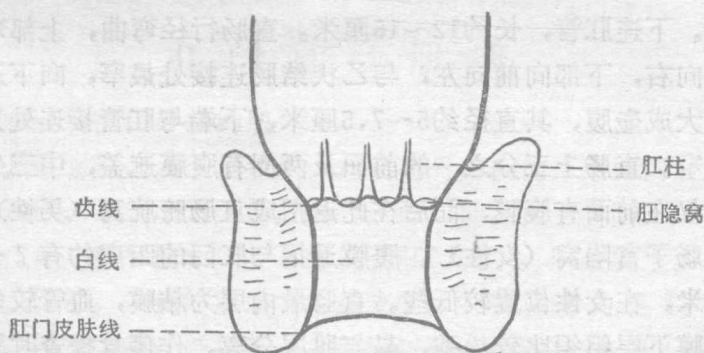
2. 肛门白线：在肛管中段稍下的部位。此界线正是内外括约肌分界处。实际上易触知而不易目睹，若将手指稍伸入肛管可以摸到环形的沟，即为白线。

3. 齿线（梳状线）：形如锯齿状，为肛管与直肠连接的界线。是解剖上的重要标志，在临床上显得十分重要。齿线是胚胎时内外胚叶的交界处。内外痔以齿线来区分，齿线上痔静脉丛迂曲扩张即成内痔，齿线下即为外痔。内痔的枯痔丁、注射、结扎等疗法，均须在齿线上进行，忌累及齿线下部分，以防化脓、疼痛。肛裂、肛痿切开术须在齿线以下进行，以防严重损伤括约肌而引起肛门失禁、松弛及多量出血。

(二) 肛管内几个主要解剖结构

1. 肛柱 (直肠柱)：位于齿线上，是直肠下端粘膜因括约肌收缩而形成的纵形条状皱襞。长约 1~2 厘米，数约 8~12 条，当直肠内充满粪便时肛柱即消失。肛柱内有痔上动脉终末枝和同名静脉所形成的痔内静脉丛。内痔核即由此静脉丛膨大而成。肛柱最易被误认为初期内痔。前者色粉红、光滑、质韧，呈直条形；后者色鲜红，粘膜粗糙或有糜烂，质柔软，呈圆形或椭圆形。

2. 肛隐窝 (肛窦)：位于齿线上的相邻两个肛柱的基底部之间，形如袋状，深约 3~5 毫米，底向下，口朝上，其底部有肛腺开口。平时肛腺分泌的粘液贮存于隐窝内，便时受粪便挤压和肛管的扩张而流出润滑肛管，减少粪便的摩擦。这是生理上的特点。但因构造特殊，大便通过时难免有小粪块进入窝内，易于感染发生炎症，酿成肛周脓肿、乳头炎等。在临床上约有 90% 左右的肛门直肠瘻管内口在隐窝部位，约有 60% 的肛瘻内口在 6 点 (后正中) 的肛隐窝处，作肛瘻探查时首先要在这里寻找内口 (附图二)。



图二 肛管纵切面图

3. 肛门瓣：系肛隐窝游离的边缘，呈半月形皱襞，受到撕裂时，往往引成肛门裂创、肛隐窝炎、乳头炎等。

4. 肛乳头：位于齿线上肛柱下端，为锥体形或三角形略带黄白色乳头状突起，系纤维结缔组织，含有微细淋巴管。其数目约有8~12个，高仅1~2毫米。乳头如重度肥大可长达2~3厘米，必须与直肠息肉鉴别。前者在齿线处，覆盖有皮肤，表面光滑，呈乳白色或淡红色，不易出血；后者在直肠壶腹居多，覆盖着粘膜，常有溃烂，色暗红，易出血。

5. 栉膜带：在肛门白线之上、齿线之下，宽约5~10毫米，常受炎症刺激而增厚，为灰白色环形带。它不受神经支配，常保持紧张状态。局部麻醉后仍需用手指插入肛管按摩，才能使肛管得到满意的松弛扩张。行肛裂切除术、肛门狭窄扩肛术时，必须把它切断，才能使肛门松弛而得到良好的疗效。

直 肠

乃为大肠的终段，相当于第三骶椎高度与乙状结肠相连接。下连肛管，长约12~15厘米。直肠行径弯曲，上部弯向后向右，下部向前向左，与乙状结肠连接处最窄，向下逐渐扩大成壶腹，其直径约5~7.5厘米，下端与肛管接连处又呈狭窄。直肠上三分之一的前面及两侧有腹膜遮盖，中三分之一仅在前面有腹膜，而后在此返摺成直肠膀胱窝（男性）或直肠子宫陷窝（女性）。腹膜返摺与肛门的距离约有7~8厘米，在女性位置较低些。直肠最内层为粘膜，血管较多，粘膜下层组织比较松弛，易与肌层分离，作瘻管探查时忌用细的探针强行探入，以免发生细菌感染而成直肠周围炎。直

肠肌层为不随意肌，分为内外两层，内层为环肌，在直肠上部肌纤维较少，在下部发达，在肛管部分环肌特别肥厚而形成内括约肌；外层是纵肌。直肠腔内可见上、中、下三个横形半月状的直肠瓣突向肠腔内1~3厘米高，中瓣在直肠壁的右前侧，位置是固定不变的，腹膜返摺一般在此。

直肠与周围组织的关系：前方在男性有前列腺、精囊、输精管及膀胱；在女性有阴道和子宫。直肠后均是骶尾骨及提肛肌，两侧有输尿管。直肠周围有疏松结缔组织，把它包围在骨盆腔内，并借其纤维鞘附着于盆筋膜，有侧韧带和肛尾韧带使直肠固定。

直肠是消化道的末段，具有吸收粪便中的水份及少量葡萄糖、氨基酸和分泌粘液润滑直肠粘膜以利大便的生理功能。直肠没有感觉神经，因而，在行肛门镜检查时，操作宜轻巧，以免损伤直肠壁。直肠经常处于空虚状态，仅为粪便的通道。便意是由于结肠的总蠕动，把结肠内容物推向直肠，使之扩张后产生反射作用所致。如果经常有便意而推延时间解便或不定时大便，以致于习惯忍受这种感觉，久而久之，使感觉不灵敏，易发生习惯性便秘。

肛 门 直 肠 肌 肉

(一) 肛门外括约肌

是随意肌，属于横纹肌。起自尾骨，向前下至肛门后方分为两部，围绕肛管下部，会合于肛门前，止于会阴。外括约肌上缘与提肛肌相邻，下缘位于肛门皮下。肌分皮下部、浅部、深部。外括约肌由脊神经支配，主要功能为控制大便，其浅深两部一并切断，如破坏过多，可能导致肛门失禁。约有90%左右的肛瘘，自皮下部与浅部或浅部与深部之

间通过。

（二）肛门内括约肌

为不随意肌，属于平滑肌。其宽度约2.5~3厘米，其下部1.5~2厘米为外括约肌所围绕。内括约肌受植物性神经系统支配，主要作用为帮助排便，对维持肛门括约功能并不重要。

（三）提肛肌

是一块阔而薄的肌膜，左右各一，好象两条吊带，从骨盆壁左右两侧伸至肛门。肌分三部：前部为耻骨直肠肌，中部为耻骨尾骨肌，后部为髂骨尾骨肌。提肛肌主要作用是悬吊直肠下部及肛管，大便时提举肛管，帮助排便并使肛门闭合。其支配神经为第四骶神经和阴部内神经。提肛肌是随意肌。

（四）直肠尾骨肌

是两条不随意肌，起自尾骨前韧带，向前与直肠下部纵肌连合，有固定直肠下端的功能。

（五）会阴浅横肌

为成对的肌肉，起自左右两侧耻骨支，横跨会阴体，在肛门前正中线的会阴体处会合。

（六）肛管直肠环

为外括约肌深浅两部围绕直肠纵肌及肛门内括约肌，并连合提肛肌的耻骨直肠部而形成。其位置在正常肛管的齿线上下，约有1~2厘米宽度。占有10%左右的肛门直肠瘘管从肛管直肠环的底层或表层通过。施行肛门直肠瘘管手术不可全部或斜行切断该环。挂线结扎疗法治疗肛门直肠瘘管可避免发生肛门失禁。如果是年老衰弱肛门松弛和年幼常腹泻的患者，挂线结扎疗法不可收线太紧，应待挂线松时再逐渐

收紧橡皮筋。

肛门直肠周围间隙

肛门直肠周围间隙又称外科间隙，由于解剖上的位置与结构的关联，而易发生肛周脓肿、肛门直肠瘘管和痔核。

（一）肛门周围皮下间隙

位于肛管下段的周围。

（二）肛门后间隙

此间隙以外括约肌浅部的后伸展部分成深浅两部。深部介于外括约肌浅部的后伸展部与提肛肌之间，其两侧与坐骨直肠窝之间呈一交通道，脓液可从一侧的坐骨直肠窝经过此交通道而侵入对侧，形成严重的后马蹄形瘘管；浅部位于外括约肌皮下部和浅部之间，常是肛裂而引起的皮下脓肿所在位置。

（三）坐骨直肠间隙（坐骨肛管窝）

在坐骨结节和肛管之间，呈锥体形。发生炎症经过非手术治疗效果不佳而形成脓肿者，要尽早切开排脓，以免穿破提肛肌脓液，进入骨盆直肠间隙而致高位脓肿。

（四）粘膜下间隙

在直肠粘膜和内括约肌之间，即粘膜下层。内有痔内静脉丛和淋巴管，与内痔发生有关。

（五）骨盆直肠间隙

左右各一，位于提肛肌与盆肌膜之间，内有疏松的结缔组织。常常因为阑尾炎、输卵管炎、前列腺炎等发生骨盆直肠窝脓肿。

（六）直肠后间隙

位于直肠后面。

肛门直肠血管

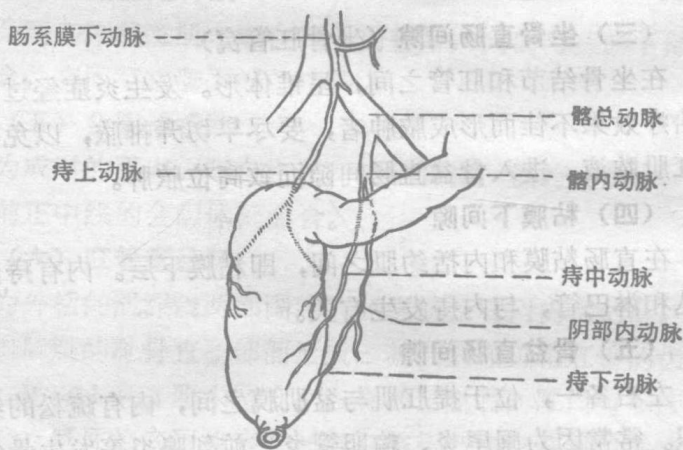
(一) 肛门直肠动脉

1. 痔上动脉：是肠系膜下动脉的末段，在直肠上端后面分为两枝，循直肠两侧下行，穿过肌层到粘膜下层，在肛柱内下行至齿线，再分出许多小枝与痔中和痔下动脉吻合。

2. 痔中动脉：由髂内动脉分出，在骨盆直肠间隙内下行，分布在直肠下端前壁，在粘膜下层与痔上和痔下动脉吻合。

3. 痔下动脉：由阴部内动脉发出，经过坐骨直肠窝分为几个小枝而到达肛门外括约肌、内括约肌及肛管末段。

4. 骶中动脉：直接来自腹主动脉，一般很小，对直肠血液的供应很少（附图三）。



图三 肛门直肠动脉分布图

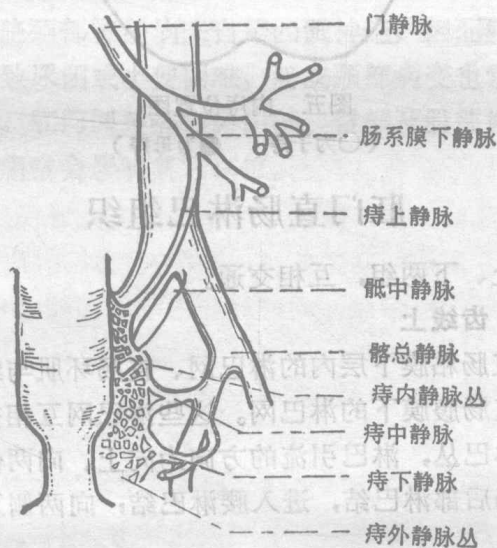
(二) 肛门直肠静脉

1. 痔内静脉丛：在齿线上部、直肠粘膜下层内，汇集成

数支小静脉，穿过直肠肌层而成痔上静脉，与痔上动脉并行，经肠系膜下静脉入门静脉系统。

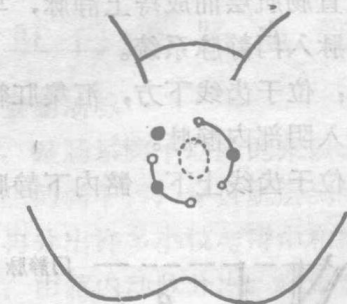
2.痔外静脉丛：位于齿线下方，汇集肛管内及肛管周围静脉，经痔下静脉入阴部内静脉。

3.痔中静脉：位于齿线上下，髂内下静脉（附图四）。



图四 肛门直肠静脉分布图

由此可见，在肛门附近，门静脉系统与体静脉系统互相交通，如有化脓感染可能导致全身感染，在治疗内痔过程中，尤其要提防这一点。肛门直肠静脉在解剖构造上无瓣膜，易发生郁血、静脉扩大曲张而形成痔核。临床上常见在左中、右前、右后三个部位发生原发性内痔（中医称母痔），其它部位为继发性内痔（中医称为子痔）。在作肛门初诊检查时要首先在原发部位寻找内痔（附图五）。



图五 内痔位置图

(○为子痔 ●为母痔)

肛门直肠淋巴组织

分为上、下两组，互相交通。

(一) 齿线上

包括直肠粘膜下层内的淋巴网、直肠环肌与纵肌之间的淋巴网及直肠腹膜下的淋巴网。这些淋巴网互相交通，在直肠外形成淋巴丛，淋巴引流的方向为向上、向两侧及向下。向上至直肠后部淋巴结，进入腰淋巴结；向两侧及向下入髂内淋巴结。

(二) 齿线下

包括肛管下部及外括约肌周围的淋巴管，在肛门皮下形成淋巴丛，经过会阴而入腹股沟淋巴结。肛门炎症常引起淋巴结炎。

肛门直肠神经

(一) 齿线上 (植物性神经系统管理)

1. 交感神经：起于肠系膜下丛及腹下丛，主要分布在直肠粘膜，外纵肌与内括约肌兴奋时抑制直肠运动及增加内括