

肛肠疾病防治

广西医学科学情报研究所

肛肠疾病防治

编著 凌朝坤 凌朝光 蔡永康

广西医学科学情报研究所

编 审 林中昌

责任编辑 麻能评 韦挥德 张炳礼

医学文选

编辑 《医学文选》编辑部

1985年第6期

《肛肠疾病防治》

出版 广西医学科学情报研究所

广西报刊登记证第271号

印刷 广西茅桥印刷厂

内部发行

出版说明

我们从广大基层医务人员开展肛肠疾病防治工作的实际需要出发。组织由中国肛肠病杂志编委、广西肛肠病学会常务理事、广西中医学院第一附属医院痔瘘科副主任凌朝坤等同志编写了《肛肠疾病防治》专辑。作者根据自己多年的临床经验和实践体会，并参考有关文献，以中西医结合、通俗、简便、实用为原则，对肛肠常见疾病的病因、诊断、治疗及预防等作了介绍。在编写过程中由于时间仓促，加之经验不足，定有不少缺点和错误，希望广大读者批评指正。

（附注：本专辑原初定为16开本，后因考虑读者使用方便，现改为32开本）

目 录

痔.....	(1)
肛窦炎.....	(31)
肛乳头炎.....	(33)
肛裂.....	(34)
肛门直肠周围脓肿.....	(52)
直肠脱垂.....	(62)
肛门直肠瘻.....	(75)
肛门直肠术后几种并发症的防治.....	(97)
肛门直肠肿瘤.....	(112)
直肠炎和慢性非特异性溃疡性结肠炎.....	(121)
肛周常见皮肤病.....	(129)
附录——痔瘻手术的无痛技术.....	(135)

痔的发病率较高。根据笔者对829名成人的调查结果,发病率达63.9%,其中以内痔比例最高占73.3%,其次是外痔和混合痔。其发病率在肛门直肠病中占第一位,可见“十人九痔”之说符合情理。患痔者常因反复出血和脱出,影响健康和工作。

痔的病因病机

关于痔的病因病机,众说纷云,至今尚未明瞭,现仅将笔者所了解的部分学说归纳介绍如下:

一、古代关于病因学的论述

早在二千年前,祖国医学对痔核就有详细的文字记载,如《内经·素问》曰:“因而饱食,筋脉横解,肠澼为痔。”明确地指出了痔核的发生与“饮食不节”、“饱食过度”、“五谷满闭塞”有关。至于“筋脉横解”也符合现代医学认为痔是由于扩张、迂曲的静脉团所构成,是由于血液循环障碍而发生的一种血管病变的。在后世各代,对痔的病因病机的认识有了更进一步的发展。《金匱要略》说:“小肠有寒者,其人下重便血,有热者必痔。”李东恒在总结前人经验基础上则认为痔是风、湿、燥、热四气相合而成。由此可见,四气相合是痔发病的重要因素,且多是乘虚而入。气为血之帅,血为气之母,气行则血行,气虚则血瘀,血瘀则气滞,血虚气不足。气血虚损,则四气相合,乘虚而入即发病。这些因素。有时位独致病,有的相合而成。如气虚则中气不足,气

虚下陷，无以摄纳而脱肛不收，痔脱不纳，血虚则生燥，燥热内结，耗灼津液、无以滑润大肠，大便干燥，排便努挣，肛门裂伤擦破痔核而下血；风热下冲、风多挟湿，热伤肠络，血不循经而下溢纯下清血而色鲜，下血暴急，为内痔诸痒皆属于风，风热下免而肛门搔痒；湿热下注，湿性重下，湿与热结，气血纵横，经络交叉而发内痔。湿热蕴阻肛门，经络阻隔，气血凝滞，郁久化热，溃腐成痈（肛周脓肿）。湿热下注大肠，肠道气机不利，经络阻滞，瘀血凝聚，发为息肉等。所有这些，既是病因，也是病理过程。不同的相合方式，其病理及所出现的症状也不一样。如风热相合则痒痛；湿热相合则肿痛；燥热相合则灼痛。这对痔的诊断、证型及辨证施治均提供了理论依据。

二、现代病因学观点

（一）解剖因素 1. 人体系统无静脉瓣，肛门直肠位于躯干下部，人们多取直立势，因而痔上静脉丛承受的压力最大。加上血流的重力关系和地心吸引力的作用，痔静脉血液向上回流困难，血管充盈膨胀，天长日久，扩张的静脉就会逐渐蜿蜒成痔。2. 直肠下段的肛门直肠静脉，在不同高度斜形穿过直肠肌层和肛门括约肌。当肌肉收缩或排便时，腹压增高，粪便压迫，均能阻碍局部血液回流，静脉迂曲怒张成痔。3. 直肠静脉起始于痔的内静脉丛，而痔内静脉丛又位于直脉末端疏松的粘膜下间隙内，因此，它缺乏支持组织，血管壁周围的阻力较弱，容易发生血管瘀滞而使血管怒张或脱出。

（二）肛门衬垫下移学说 ThomSou. Bouzgezy 等氏

曾做直肠镜检查，见到直肠下端右前、右后及左侧三处，有三块增厚的组织（衬垫样包块）。解剖学证实，这些衬垫是由粘膜下层肥厚的结缔组织及静脉丛所构成，并有勃起性，它有助于肛管的闭合，组织学检查证实，衬垫是由直肠静脉丛和平滑肌弹力纤维和结缔组织所组成，为不均匀的网状结构。当粪便干硬、粗大，粪便排出时推压衬垫下移，充血而成痔。

（三）洞状静脉曲张学说 1976年日本学者宫琦治男报告了他对肛门部血管形态学的研究发现在直肠上、下动脉和肛门动脉的终末枝走行都集中在齿线附近。这些细小的动脉在齿线上附近粘膜下层与相应的小静脉以直肠吻合的方式连接，而不是回过组织内的动静脉毛细血管。他把这种动静脉直接连回的血管命名为“洞状静脉”，这些静脉血管肌层比较薄，弹力纤维少，胶原纤维多，容易受外力的作用而扩张^③。

（四）其他疾病的影响 1. 前列腺肥大，尿路结石，尿道狭窄等疾患，均可引起排尿困难，因而必然要增加腹压，而影响肛门直肠静脉回流，使静脉丛瘀血扩张成痔。2. 心、肺、肝脏疾病：心脏病或肺气肿，都能影响静脉循环，末端血液瘀滞；肝硬化，门静脉高压症，直接障碍直肠静脉回流，肛门直肠静脉扩张，痔核发生。3. 高血压患者，由于血管发生了改变，痔的发病率较高。据沈阳痔瘻医院统计占73.7%

（五）遗传因素 有些学者注意到某些家族具有患痔的倾向，推想这些家族的成员具有静脉壁脆弱的先天性因素，认为这可能与遗传因素有关。

(六)国内外对痔的发病因素的有关调查和分析 1. 排便方式与痔的关系:苏联阿米诺夫对500名健康人和患者用X线观察排便情况,证明直肠排空后,随着不断的肠蠕动,粪便不断进入直肠,并逐渐存积于直肠壶腹部,当存贮相当数量的粪便后,由于压力刺激直肠壁,反射性地产生便意,如果不能及时排空,粪便水份被吸收而形成硬块,特别是直接近直肠壶腹部的干硬块,对周围产生压力和刺激,这在痔形成上是一个重因素。他还观察到人们的排便有两种方式,即一次式或二次式。一次式是在排便反射冲动下,一次排出直肠和乙状结肠的粪便;所谓二次式,就是在第一次排便后,还需要第二次排便冲动,以再次增加腹压和松弛肛门括约肌以排出随之而来的残余粪便。他认为二次式排便与痔的发生有关。研究表明,在1,000名痔患者中,有98%的人是二次式的排便。T. C. Goligher指出,有些人在排便时沉溺于阅读报纸或小说,从而延长了排便的时间。这时痔静脉的损伤10倍于正常排便习惯的人,这些人中痔的发病率亦较高。我国陆琦等氏对大便的方式,即坐坑与蹲式坑作了对比,结果表明,用蹲坑方式排便的发病率高达82.5%,坐坑排便的发病率为58%,两者差异明显。因蹲式大便,会使臀部失去扶托,加重了痔静脉的压力,易使直肠粘膜与周围的肌肉松弛、下坠,而易发生肛门直肠疾病。作者等调查892人排便习惯与痔的关系,660人排便时间在9分钟以下,有382人患痔,占57.9%;10分钟以上232人,其中168人患痔,占72.4%,差异非常显著,这说明久蹲厕所的人,痔的发生率较高。

2. 大便异常与痔的关系:据我国一些地区普查报告表明,大便异常者,患病率显著升高,尤以便秘者为甚。大便秘结

时，粪便停留在直肠内，形成机械压迫，加上排便时排气努挣，腹压剧增，直肠下段静脉血回流障碍。另外，硬便块常易擦伤肛管直肠的皮肤及粘膜，引起感染，发生急慢性炎症，是诱发痔核的主要原因之一。陆琦等氏调查结果，便秘患者2,669人中，有1,989人发病，发病率为66.5%。而稀烂粪便进入肛窦内，引起肛窦炎，炎症借助肛窦底部的肛门腺和肛门腺导管蔓延扩散，累及痔静脉丛，痔静脉丛慢性炎症改变，血管壁脆弱，弹性差，也易扩张成痔。

3. 饮食、嗜好与痔的关系：古人认为饮食不节，醉饱无时，恣食肥腻，辛辣之品，风湿下冲，易生五痔。辛辣食物可直接刺激肛门直肠粘膜皮肤及肛隐窝，以至痔静脉与肛隐窝充血发炎。酒精饮料可引起痔静脉充血，并减弱血管的抵抗能力。陆琦等普查证明，在喜食辛辣的5,949人中，发病人数达3,664人，发病率为61.6%，饮酒的2,573人中，发病人数为1,663人，发病率为64.6%。国外有人注意到在非洲农村居民中患痔者非常少，城市居民生活欧洲化者，痔的发病率高。农村生活的非洲人和欧化了非洲人之间的这种差异，可能是与饮食有关。农村居民以谷物为主食，粪便多质松，在肠道运行时间短，排便畅快。生活欧化的城市黑人，谷物食品少，粗纤维缺乏，粪便量少质硬，在食道停留时间很长，干硬粪便对直肠壶腹部施加压力大大增加，因而容易生痔。D. P. Burkiet调查10万非洲农民中只有1例患痔者，而在尼日利亚城市，由于经济比较发达，受西方文化的影响最深，所以痔的发病率远比其他不发达的非洲国家要高。

4. 年龄、职业与痔的关系：

①痔的发病率与年龄的增长成正比例，呈阶梯形上升，年龄越大，发病率越高。儿童、青少年处于发育阶段，肛肠血管

回流通畅，因此发病的可能性较少。成年后由于肛肠肌肉紧张度加强，排便用力，加以大量腹压增高因素，以及肛隐窝加深，受感染的机会增多，而容易发生痔瘕等肛肠疾病。尤其老年后，机体各部组织发生退行性改变，血管硬化，血循环减慢，肌肉松弛，加以生活以静多动少，痔的发病率增高。

②职业与工作体位与痔的发病关系甚大。早在明代《外科正宗》（1617年）就有“因久坐而血脉不行……以及负担轻重、竭力远行……以致浊气瘀血流至肛门，涸能为痔”的记载。某些职业如店员、理发员、车工等因长时间站立，翻砂工人长时间下蹲，银行职员、司机、车缝、打字员等的久坐，都有利于痔的发生。1980年有人调查久站者5,523人中，4,058人患痔，占73.5%，久坐者4,855人中，3,539人有痔，占72.9%；而不活动的人员5,555人中，患痔者2,390人，占43%。因职业关系患痔的机制还有待阐明，但多数人相信，这可能与腹部和盆腔压力有关。

5. 妊娠、生育与痔的关系：妊娠是引起腹压增加的原因之一。特别是妊娠后期，下腔静脉受日益膨大的子宫压迫，直接影响到血液回流，致使痔静脉丛充血扩张，而分娩时用力努挣，常引起不同程度的会阴撕裂，加重静脉回流的障碍，从而促使肛肠病变，尤其是痔，肛裂的发生。女性患痔率高，除妊娠分娩因素外，还与肛门局部解剖弱点有关。女性的肛门外括约肌皮下部在肛门前方不与浅层肌束连结固定，而是跨越浅层肌束直接与阴道括约肌纤维连结，在肛门后方也不与浅层肌束连结，呈游离状态环绕肛门。因此，肛门前方的组织支持固定力较弱，易于该部形成混合痔^④。

痔的分类和症状

为便于临床使用，痔分为内痔、外痔和混合痔三种。凡表面为粘膜覆盖，位于齿线以上，由直肠上静脉丛所形成的称为内痔；凡表面为皮肤覆盖，位于齿线以下，由直肠下静脉丛所形成的称为外痔；在同一方位齿线上下为粘膜皮肤覆盖，由直肠上静脉和直肠下静脉之间的吻合相通，彼此融合为一个整体者，称为混合痔。痔核的分类各有不同，临床表现亦异，分述如下：

一、内痔

为便于指导治疗，根据内痔的程度不同分三期，按病理不一样而分三型。

(一) 分期 1. 第一期：无明显自觉症状，仅于排便时粪便带血，滴血或射血，肛门镜检查，在齿线上可见粘膜结节状突起。2. 第二期：排便时间歇性带血，滴血或射血，内痔脱出，便后可自行还纳。3. 第三期：大便时内痔脱出，或在劳累、步行过久、甚至咳嗽时也可脱出，内痔脱出后不能自行还纳，必须以手托之，或卧床休息、坐浴后方可送回。4. 嵌顿性内痔：嵌顿性内痔是三期内痔的一种特殊类型，是痔核脱出后不能回位而被嵌顿在肛门外形成的。这是因为内痔发展到了晚期阶段，由于长期脱出，粘膜下间隙及痔核悬吊韧带松弛，痔静脉丛内的血液不断充盈，痔体逐渐增大，难以被动还纳而嵌顿，如果时间过长，还可

引起肛门括约肌的痉挛收缩，加剧绞窄程度导致坏死；或因排便时拼气努挣和粪块的挤压，使痔内静脉丛的压力剧增，痔的实质组织内产生血栓，痔核肿胀疼痛，甚至坏死溃烂。

(二)分型 1. 第一型(血管肿型)：痔变发生于粘膜下层，是毛细血管增殖与扩张而成。表面粗糙柔软，呈鲜红色，粘膜菲薄，易出血，肉眼所见呈充血性结节。2. 第二型(静脉瘤型)：是由于痔血管进一步扩张，不仅粘膜下层发生痔变，在粘膜固有层中也出现了痔血管丛，在外观上呈紫红色蚯蚓样变，粘膜表面光泽、增厚、很少出血。3. 第三型(纤维肿型)：是由于内痔的反复脱出，在外界长期刺激下，粘膜纤维增生、坚厚，痔的间质疏松，结缔组织也有所增长，表面呈纤维性白膜样变，不易出血。

(三)内痔的主要症状 1. 便血：无痛性便血为其特点，也是临床常见的症状。便血多因粪便擦破粘膜和排便时用力努挣，引起扩张的血管破裂而出血，若长期出血，可出现贫血。2. 痔核脱出：随着痔的不断发展，痔体增大，逐渐与肌层分离，大便时脱出于肛外，轻者大便时脱出，便后自然还纳；重者则必须手托才能送回；更严重者，回复困难，发生内痔嵌顿。3. 胀痛及分泌物：一般内痔只坠胀感，当嵌整时才有疼痛。晚期，肛门括约肌松弛，痔核经常脱出，由于外界刺激或擦伤感染，出现炎性分泌物，由于分泌物的刺激，肛周往往常有瘙痒不适。4. 便秘：病人常因便血而恐惧排便，人为控制排便，故常造成便秘。

(四)内痔的诊断 内痔的诊断，主要靠肛门检查，首先作肛门视诊：用双手将肛门向两侧分开，除一期内痔外，二、三期内痔都可在肛门视诊下见到。其次作直肠指诊：内痔无

血栓形成纤维化，不易扪出，指诊的主要目的是了解直肠内有无其他病变。最后作肛门镜检查：先检查直肠粘膜有无充血、水肿、溃疡、肿块等情况，排除其他直肠疾患后，再观察齿线上部有无痔核。内痔可向肛门镜内口突出，呈暗红色结节，此时应注意其数目、大小和部位。并应注意痔与直肠息肉、直肠癌和直肠脱垂的鉴别。对于不能用痔来恰当解释的临床症状，要进一步检查，切勿轻易地诊断为痔而造成误诊和漏诊。直肠癌误认为“痔”而延误诊断者并不少见。

（五）内痔的鉴别诊断 1. 脱出性病变的鉴别：①内痔脱出：常见于成年人，脱出内痔多是环状、大小不等的粘膜结节，有纵沟，表面呈红色或紫红色，柔软、无触痛，容易出血和容易还纳。②直肠息肉脱出：常见于儿童，脱出息肉多是单个的，有蒂质略硬，活动度大，表面呈肉红色，容易出血。③肛乳头肥大脱出：常见于成年人。脱出肛乳头多是单个的，呈三角形乳头状，表面为上皮覆盖，黄白色，质稍硬、有触痛，无出血。④直肠脱垂：除病史不同外，儿童直肠脱垂，脱出部分为松弛的粘膜，呈环状，皱折沟明显，脱出长度1—5厘米，成年人直肠脱垂为全层脱垂，呈圆柱状，直肠指诊有明显的括约肌松弛，长达6厘米以上。而环状内痔脱垂，常可见明显的出血肥大痔核，呈梅花状，痔核之间有凹陷的正常粘膜，一般鉴别不难。⑤直肠癌脱出：常见于40岁以上者，脱出肿瘤表面凸凹不平，溃疡呈喷火口样或菜花样，坚硬，基底或周围粘连固定，分泌物为脓血，疼痛，不易还纳。2. 出血性病变的鉴别：①内痔出血：多见于成年人，周期性无疼痛出血，以滴血、射血为主。②肛裂出血：多见于青壮年人。排便中和排便后肛门

剧烈疼痛，粪便带鲜血或滴血，多因便秘而出血，出血与肛门疼痛是一致的。③直肠息肉出血：多见于儿童，慢性无痛性粪便带粘液出血。如息肉自然脱落，可大量出血。④直肠血管瘤出血：多见于成年人，每1~2年发作一次，突然排出大量鲜血或紫红色血块。直肠镜检查可见直肠粘膜有扁平柔软海绵状易出血肿块。⑤溃疡性直肠炎出血：多见于20~40岁者，左下腹部阵发性疼痛，便次增多，粘液血便。直肠镜检查可见直肠粘膜出血、溃疡、糜烂。⑥直肠癌出血：多见于40岁以上者，排便不畅，便次增多，里急后重，经常脓血便，偶尔肿瘤破溃也有大量出血者。⑦肛门直肠静脉曲张：先天性髂总静脉为髂内静脉畸形，影响静脉回流，常表现一侧下肢静脉曲张瘀血，肛门直肠静脉曲张瘀血，而且易出血，与内痔出血相似，但它发生于少年，呈持续性出血，贫血。

二、外痔

位于齿线下肛管和肛门缘的痔外静脉丛扩张，表面覆盖皮肤，按其病程性质可分为以下四种：

（一）炎性外痔 可见肛门皱皮充血、水肿、触痛，多在静脉曲张外痔或结缔组织外痔原发病基础上，受外界刺激或感染而引起。

（二）血栓性外痔 发病急骤，初起胀痛，呈暗紫色，触诊可摸到表面光滑、可移动的圆形肿物，从软到硬，逐渐吸收，中医称之为“葡萄痔”。

（三）结缔组织外痔 是肛缘皮肤皱皮增大、肥厚、形状不同，大小不等的柔软皮垂，又称“松皮痔”，“赘皮外痔”，“莲花痔”等。

(四) 静脉曲张性外痔 发生于肛缘周围皮肤下，平时不显露，只有下蹲，排便或增加腹压时，则肛缘有不规则的椭圆形膨胀，呈弥漫性隆起，随着体位的改变和腹压的降低，痔静脉瘀血缓解，曲张膨胀的外痔逐渐消散，中医称“气壮痔”。

(五) 外痔的诊断及鉴别诊断 根据外痔的临床特征及其症状，诊断一般不难，但应与以下疾病加以鉴别：1. 炎性外痔与肛门缘皮下脓肿鉴别：炎性外痔一般很少化脓，但逐渐可形成血栓。血栓无继发感染，一般不化脓，而逐渐被吸收。肛门皮下脓肿，炎症局限时，则有明显波动，破溃出脓血。2. 血栓外痔与肛门缘脂肪瘤、粉瘤、纤维瘤鉴别：血栓外痔为发病急骤，疼痛，局部炎症反映明显的圆形肿物。脂肪瘤发病缓慢，无炎症反映，肿物柔软、无触痛，粉瘤无感染时，无明显症状，是发病慢，病程长的肿物。纤维瘤其病程长，亦无明显炎症，但有时触痛，为较坚硬的肿物。3. 结缔组织外痔与肛乳头尖锐湿疣鉴别：结缔组织外痔是柔软而形状不规则的皮垂；而肛乳头肿是三角形或乳头状、有蒂，质硬的肿物；尖锐湿疣是单发簇，质硬的皮肤表面赘生物。4. 静脉曲张外痔与肛门水肿鉴别：静脉曲张外痔在增加腹压时则膨胀隆起，肿物较硬，可缓解消散，无急性炎症反应；肛门水肿，是外界刺激，便秘，内痔或直肠脱垂的炎症反应，肿物柔软、压痛、但也可逐渐吸收消失。

三、混合痔

指齿线上下同一方位的直肠和肛门静脉丛扩张屈曲，相互吻合，内外痔形成一整体者。这是因为直肠上静脉丛的血液回流入肛门静脉丛而瘀血扩张，形成静脉曲张性外痔，随

着内痔的不断发展，侧交通枝变粗变大，直肠与肛门静脉相互吻合所致。混合痔的诊断主要根据在同一方位上，内外痔形成一个整体，具有内痔和外痔的共同特征，检查时见括约肌间沟消失。诊断混合痔时必须注明外痔部分属于何种病理性质、部位（按时钟12个象限进行标记）、数量（单发、多发或环状）、形状（态）及大小。

痔的治疗

祖国医学对痔的治疗具有悠久的历史，积累了丰富的经验。许多治疗方法具有我国特点，这些疗法由于操作简便，疗效可靠，痛苦小，安全度大，并发症和后遗症少，而深受国内外同道及广大患者的赞赏和欢迎。现将其归纳分述如下：

一、中医内服法

中药内服治疗，适用于各期内痔反复便血及脱出的患者，以及年老体弱，严重的心、肝、肾病、高血压、活动性肺结核及妊娠等伴有痔出血而不宜手术或经其他疗法无效者。临床上按实证与虚证进行辨证施治。

（一）实证 1. 血热者一症见下血鲜红，或便前便后、或量多量少、或如射如滴、大便干结或伴有疼痛，口干、心烧、舌质红、苔黄，脉数。治宜凉血止血，润肠通