

# 肛肠病

GANGCHANGBING  
XINLUN

新论

主编 姜春英 管仲安

New Concept of  
Coloproctology



第二军医大学出版社

# 肛肠病新论

---

主 编

姜春英 管仲安

第二军医大学出版社

## 内 容 简 介

本书重点介绍了肛肠科 10 种常见疾病近年来的基础理论和临床方面的研究成果。这 10 种疾病包括痔、肛门直肠周围脓肿、肛瘘、肛裂、便秘、直肠脱垂、溃疡性结肠炎、大肠息肉、大肠癌和肛周湿疹。其中在许多方面作者提出了自己的观点,阐述了自己的临床经验和学习心得。另外,为方便读者,在最后简述了肛肠科的基本问题。本书资料丰富,内容新颖,具有较高的学术价值和实用价值,可供肛肠科医师、进修医师、研究生及医学生临床参考。

## 图书在版编目(CIP)数据

肛肠病新论/姜春英,管仲安编. - 上海:第二军医大学出版社,2003.8

ISBN 7-81060-324-8

I. 肛... II. ①姜...②管... III. ①肛门疾病-诊疗②直肠疾病-诊疗  
IV. R574

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 057417 号

## 肛肠病新论

主 编:姜春英 管仲安

责任编辑:王景梓 高敬泉

第二军医大学出版社出版发行

(上海翔殷路 818 号 邮政编码:200433)

全国各地新华书店经销

句容市排印厂印刷

开本:787×960 1/16 印张:14.25 字数:260 千字

2003 年 8 月第 1 版 2003 年 8 月第 1 次印刷

印数:1~5 000

ISBN 7-81060-324-8/R·244

定价:26.00 元

主 编 姜春英 管仲安  
副主编 祝 颂 白克运 陈秀杉  
胡 雁 李兆俊

编 委 (以姓氏笔画为序)

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| 于明庆 | 史学文 | 白克运 | 刘 鹏 |
| 刘永军 | 孙风华 | 李兆俊 | 陈秀杉 |
| 胡 雁 | 侯新良 | 姜春英 | 祝 颂 |
| 秦广珍 | 徐兆宇 | 管仲安 |     |

在中医、西医、中西医结合肛肠病工作者的共同努力下,肛肠医学逐渐发展成为一门独立的学科。全国及区域性学术活动日渐增多,内容亦越来越丰富,肛肠科专著不断问世,对推动肛肠科学的发展起到了重要的作用。

山东中医药大学附属医院是一所集医疗、教学、科研为一体的大型中医、中西医结合综合性医院,其中肛肠科是医院建科最早的科室之一,在治疗肛肠疾病方面积累了丰富的经验。我们身处其中,为学科的发展深感责任重大,希望将几十年来的医疗、教学、科研经验作以总结,以展示给大家。

我们从对本科生、研究生、进修医师进行临床讲座的内容中选取 10 类常见病,并以其为主线写成本书,内容涉及痔、肛周脓肿、肛痿、肛裂、便秘、直肠脱垂、溃疡性结肠炎、大肠息肉、大肠癌及肛周湿疹等近 30 种肛肠疾病,对各种疾病的概念、发病机制、临床表现、诊断和治疗进行了叙述,重点阐述了 10 类常见病近年来的进展和治疗方法,其中许多疾病提出了我们的观点和经验,可供肛肠科医师及本专业的进修医师、研究生、医学生临床参考。

在本书编写过程中,我们参考了全国各地肛肠病专家较多的观点,在此表示衷心的感谢。同时本书许多内容仅代表作者观点,敬请专家、同道讨论、指正。

姜春英 管仲安

2003 年 6 月

# 目 录

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 第一章 痔                    | 1  |
| 第一节 痔的认识过程               | 1  |
| 一、痔本意的演变                 | 1  |
| 二、对痔的普遍认识及误区             | 3  |
| 三、痔的现代定义及讨论              | 5  |
| 四、痔的本质探讨与分类              | 5  |
| 第二节 痔的解剖生理病理学基础          | 7  |
| 一、痔静脉丛曲张是形成痔的基础          | 7  |
| 二、齿状线是痔分类的标志             | 7  |
| 三、肛垫的病变是痔形成的本质           | 8  |
| 第三节 痔的临床表现与诊断            | 9  |
| 一、痔的流行病学                 | 9  |
| 二、痔的分类                   | 9  |
| 三、痔的临床表现                 | 10 |
| 四、痔的诊断                   | 11 |
| 第四节 痔的治疗                 | 11 |
| 一、痔的一般调理                 | 12 |
| 二、痔的口服药物                 | 12 |
| 三、局部用药                   | 14 |
| 四、肚脐贴药                   | 15 |
| 五、枯痔疗法与注射法               | 16 |
| 六、消痔灵注射法                 | 18 |
| 七、套扎疗法                   | 20 |
| 八、冷冻疗法                   | 21 |
| 九、扩肛疗法                   | 22 |
| 十、其他非手术疗法                | 23 |
| 十一、手术治疗                  | 24 |
| 附 1: 山东中医药大学附属医院混合痔的控制标准 | 35 |

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 附 2:痔诊治暂行标准 .....          | 36 |
| <b>第二章 肛门、直肠周围脓肿</b> ..... | 38 |
| 第一节 肛周脓肿的解剖学基础 .....       | 38 |
| 一、肛腺 .....                 | 38 |
| 二、肛管、直肠周围间隙 .....          | 39 |
| 三、肛提肌 .....                | 41 |
| 四、肛门皮肤 .....               | 41 |
| 第二节 关于肛周脓肿分类问题的探讨 .....    | 42 |
| 一、传统以肛提肌为界的分类 .....        | 42 |
| 二、Eisenhammer 的分类 .....    | 43 |
| 三、坐骨直肠窝脓肿的假说 .....         | 44 |
| 四、肛周脓肿的病因分类 .....          | 44 |
| 五、肛周脓肿致病菌的特点 .....         | 45 |
| 第三节 肛周脓肿的临床表现与诊断 .....     | 45 |
| 一、肛周脓肿的诊断标准 .....          | 45 |
| 二、肛周脓肿的鉴别诊断 .....          | 46 |
| 三、肛管 B 超在肛周脓肿患者中的应用 .....  | 46 |
| 第四节 各间隙肛周脓肿的特点及治疗 .....    | 46 |
| 一、非瘻管性肛周脓肿 .....           | 47 |
| 二、瘻管性肛周脓肿 .....            | 48 |
| 三、特殊类型的肛周脓肿 .....          | 49 |
| 四、肛周脓肿的中医治疗 .....          | 51 |
| <b>第三章 肛瘻</b> .....        | 52 |
| 第一节 肛瘻形成的解剖学基础 .....       | 52 |
| 一、肛隐窝与肛腺 .....             | 52 |
| 二、肛管直肠环 .....              | 53 |
| 三、肛尾韧带 .....               | 54 |
| 第二节 肛瘻的形成及病因研究进展 .....     | 55 |
| 一、胚胎学进展 .....              | 55 |
| 二、免疫学进展 .....              | 55 |
| 三、内分泌学进展 .....             | 56 |
| 四、细菌学进展 .....              | 56 |
| 五、中央间隙感染学说 .....           | 56 |

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| 第三节 肛瘻的分类方法与诊断 .....        | 57  |
| 一、肛瘻常用的分类方法 .....           | 57  |
| 二、肛瘻的诊断标准 .....             | 59  |
| 三、肛瘻的检查与诊断问题 .....          | 59  |
| 第四节 肛瘻的治疗 .....             | 62  |
| 一、肛瘻的非手术疗法 .....            | 62  |
| 二、肛瘻的手术治疗 .....             | 63  |
| 附: 山东中医药大学附属医院肛瘻的控制标准 ..... | 72  |
| 第四章 肛裂 .....                | 74  |
| 第一节 肛裂的解剖生理病理学基础 .....      | 74  |
| 一、肛裂的解剖学基础 .....            | 74  |
| 二、肛裂发病机制的研究与讨论 .....        | 77  |
| 三、肛裂的病理变化特点 .....           | 78  |
| 第二节 肛裂的临床表现 .....           | 79  |
| 一、肛裂的一般资料 .....             | 79  |
| 二、肛裂的临床表现 .....             | 80  |
| 第三节 肛裂的诊断 .....             | 81  |
| 一、肛裂的诊断要点 .....             | 81  |
| 二、肛裂的临床类型 .....             | 81  |
| 三、肛裂的鉴别诊断 .....             | 82  |
| 第四节 肛裂的治疗 .....             | 83  |
| 一、新鲜肛裂的治疗 .....             | 83  |
| 二、陈旧性肛裂的治疗 .....            | 86  |
| 第五章 便秘 .....                | 91  |
| 第一节 便秘的解剖生理学基础 .....        | 92  |
| 一、大肠的形态 .....               | 92  |
| 二、盆底 .....                  | 93  |
| 三、大肠的生理 .....               | 96  |
| 四、排便 .....                  | 96  |
| 第二节 便秘的病因、病理 .....          | 97  |
| 一、便秘的致病因素 .....             | 97  |
| 二、便秘的发病机制 .....             | 98  |
| 第三节 便秘的临床表现与诊断 .....        | 100 |

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| 一、便秘的临床表现 .....          | 100 |
| 二、便秘的诊断与分类 .....         | 100 |
| 第四节 便秘的治疗 .....          | 104 |
| 一、病因治疗及一般治疗 .....        | 104 |
| 二、泻剂药物治疗 .....           | 105 |
| 三、中医药治疗便秘 .....          | 106 |
| 四、灌肠排便 .....             | 108 |
| 五、生物反馈在治疗便秘中的应用 .....    | 109 |
| 六、便秘的手术治疗 .....          | 110 |
| 第五节 出口梗阻型便秘 .....        | 110 |
| 一、直肠内套叠 .....            | 111 |
| 二、直肠前突 .....             | 113 |
| 三、盆底肌失迟缓综合征 .....        | 117 |
| 四、会阴下降综合征 .....          | 118 |
| 五、盆底腹膜膨出 .....           | 119 |
| 第六节 结肠慢传输性便秘 .....       | 120 |
| 附:便秘诊治暂行标准 .....         | 121 |
| <b>第六章 直肠脱垂</b> .....    | 124 |
| 第一节 直肠脱垂的解剖生理病理学基础 ..... | 124 |
| 一、直肠周围支持组织变性 .....       | 125 |
| 二、直肠膀胱凹或直肠子宫凹过深 .....    | 125 |
| 三、骶骨直肠分离 .....           | 125 |
| 四、乙状结肠冗长 .....           | 126 |
| 五、肛门括约肌松弛 .....          | 126 |
| 六、其他诱发因素 .....           | 126 |
| 第二节 直肠脱垂的临床表现与分类 .....   | 128 |
| 一、直肠脱垂的临床表现 .....        | 128 |
| 二、直肠脱垂的分类 .....          | 128 |
| 第三节 直肠脱垂的治疗 .....        | 129 |
| 一、直肠脱垂的一般治疗 .....        | 129 |
| 二、注射疗法 .....             | 130 |
| 三、手术治疗 .....             | 132 |
| <b>第七章 溃疡性结肠炎</b> .....  | 139 |

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| 第一节 溃疡性结肠炎的解剖生理病理学基础····· | 139        |
| 第二节 溃疡性结肠炎的检查·····        | 140        |
| 一、肠道准备·····               | 141        |
| 二、纤维结肠镜操作原则与过程·····       | 141        |
| 三、溃疡性结肠炎镜下表现·····         | 142        |
| 第三节 溃疡性结肠炎的临床表现和诊断·····   | 143        |
| 一、溃疡性结肠炎的流行病学·····        | 143        |
| 二、溃疡性结肠炎的诊断标准·····        | 144        |
| 第四节 溃疡性结肠炎的治疗·····        | 146        |
| 一、营养疗法·····               | 146        |
| 二、对症治疗·····               | 147        |
| 三、西药治疗·····               | 147        |
| 四、中医药及中西医结合治疗·····        | 150        |
| 五、溃疡性结肠炎的手术治疗·····        | 152        |
| 第五节 其他常见的肠病·····          | 154        |
| 一、肠道易激综合征·····            | 154        |
| 二、克罗恩病·····               | 156        |
| <b>第八章 大肠息肉·····</b>      | <b>158</b> |
| 第一节 大肠息肉的解剖学基础与发病机制·····  | 159        |
| 一、大肠的解剖与肠腺·····           | 159        |
| 二、大肠息肉的分布特点·····          | 159        |
| 三、大肠息肉的发病机制·····          | 160        |
| 第二节 大肠息肉的临床表现及检查方法·····   | 160        |
| 一、大肠息肉的临床表现·····          | 160        |
| 二、大肠息肉的检查方法·····          | 161        |
| 第三节 大肠息肉的分类和特点·····       | 161        |
| 一、非肿瘤性息肉及息肉病·····         | 162        |
| 二、腺瘤·····                 | 163        |
| 三、腺瘤的不典型增生·····           | 165        |
| 第四节 大肠息肉的治疗·····          | 166        |
| 一、大肠息肉的治疗·····            | 166        |
| 二、大肠腺瘤的治疗·····            | 168        |
| <b>第九章 大肠癌·····</b>       | <b>169</b> |

|                        |     |
|------------------------|-----|
| 第一节 大肠癌的解剖学基础          | 169 |
| 一、大肠的血管分布              | 169 |
| 二、大肠的淋巴组织              | 171 |
| 三、大肠的静脉血回流             | 175 |
| 四、大肠的神经支配              | 176 |
| 第二节 大肠癌的发病因素及过程        | 177 |
| 一、大肠癌的发病因素             | 177 |
| 二、大肠癌的发病过程             | 180 |
| 第三节 大肠癌的临床表现与病理学分类     | 180 |
| 一、早期大肠癌                | 180 |
| 二、进展期大肠癌               | 181 |
| 三、晚期大肠癌                | 183 |
| 第四节 大肠癌的治疗             | 184 |
| 一、大肠癌的手术治疗             | 184 |
| 二、大肠癌的辅助疗法             | 192 |
| <b>第十章 肛门皮肤病</b>       | 198 |
| 第一节 肛周湿疹               | 198 |
| 一、肛周湿疹的解剖生理学基础         | 198 |
| 二、肛周湿疹的病因及发病机制         | 199 |
| 三、肛周湿疹的临床表现及鉴别         | 199 |
| 四、肛周湿疹的治疗              | 200 |
| 第二节 其他肛门皮肤病            | 203 |
| 一、肛门瘙痒症                | 203 |
| 二、肛周化脓性汗腺炎             | 204 |
| 三、肛门尖锐湿疣               | 204 |
| <b>附一 肛肠科的基本问题</b>     | 206 |
| 一、肛肠科常用体位              | 206 |
| 二、肛肠病手术前的准备            | 206 |
| 三、肛门部手术的麻醉             | 208 |
| 四、肛肠病手术后处理             | 209 |
| 五、肛肠病术后主要反应与并发症        | 209 |
| <b>附二 肛肠科常见病名中英文对照</b> | 213 |

# 第一章 痔

痔疮曾经包括了大部分肛肠疾病,如中医文献的痔漏(肛痿)、裂肛痔(肛裂)、息肉痔(直肠息肉)、锁肛痔(肛管直肠癌)等。但目前在医学上痔单指一种疾病,包括内痔、外痔、混合痔。痔是一种最常见的肛门疾病,占肛门病的首位。

## 第一节 痔的认识过程

到目前为止,尽管人类对痔的认识已经有 4 000 多年的历史,痔的含义也几经改变,但对痔本质的认识远未达到完全明了的程度。

### 一、痔本意的演变

痔是一个古老的病名。对痔的认识,可以追溯到秦汉时期。如现在“痔”字就是从“寺”、“峙”字发展而来。马王堆出土的秦汉医书《足臂十一脉灸经》,就将痔写成“寺”。“寺”的意思是移行、变迁,具有交界之意。古人认为人体九窍是人体与外界环境交流的出入点,即移行、变迁的部位,故凡人体九窍部位发生的疾病,均称为“痔”。肛门为人体九窍之一,故发生于肛门部位的疾病可统称为“痔”,即今之肛门直肠部疾病。

痔与“峙”字本义相通,“峙”有高突之意。如《医学纲目》中说:“如大泽之中有小山突出为峙;在人九窍中,凡有小肉突出皆曰痔”。认为凡是在孔窍如眼、耳、口、鼻、肛门等九窍发生的高突肿块,都称为痔。后来由于肛门部发病的概率较高而专指肛门部的突起疾病。故在中医肛肠病文献中多是依此为依据,对痔进行定义,如目前中医沿用的“凡肛管内、外生有小肉突起,均称为痔”的说法。

在历史的文献中,中医对痔的分类及描述较多,但多是对肛门部疾病外形的描述,如四痔、五痔、内外痔、九痔、二十一痔、二十四痔、二十五痔、七十二痔等。其中最具有代表性的是《医宗金鉴》的二十四痔,即气痔、血攻痔、莲子痔、翻花痔、子母痔、担肠痔、脱肛痔、蜷肉痔、雌雄痔、内痔、泊肠痔、悬珠痔、鸡冠痔、樱桃痔、鸡心

痔、盘肠痔、蜂巢痔、珊瑚痔、牛奶痔、栗子痔、莲花痔、菱角痔、鼠尾痔、核桃痔(图 1-1)。近代及现代中医一般将痔疮分为内痔、外痔、内外痔(混合痔)(图 1-2)。

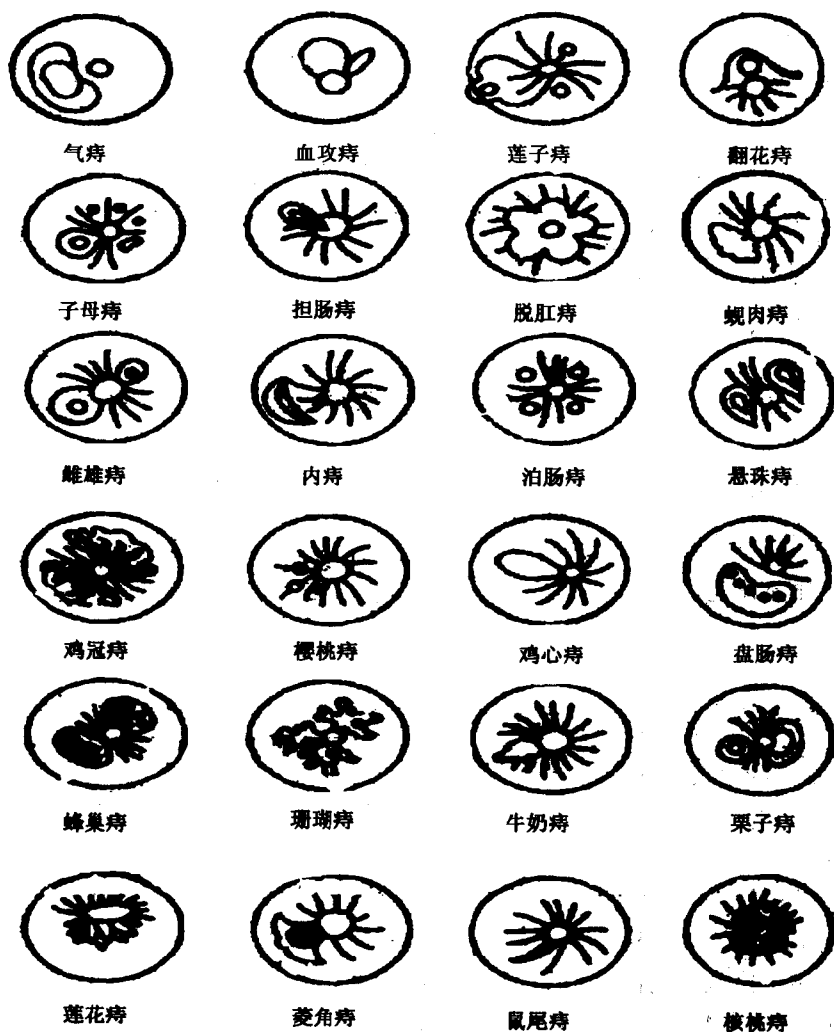


图 1-1 《医宗金鉴》之二十四痔图

随着国外医学的传入,我国医学工作者将“piles”或“hemorrhoids”译成痔。“piles”意指球状肿块,“hemorrhoids”意指出血,使中医“痔”与现代医学“痔”有了互

相包容的含义,也使痔成为一种独立的疾病。其标志是1975年全国首届肛肠学术会议制定的痔的统一诊断标准,即将痔分为内痔、外痔和混合痔。但由于中外历史和文化背景不同,不可避免地会产生认识上的差异,如现代医学将研究的重点放在内痔及病因的研究上,而中医学的重点多在临床观察和对各类痔的治疗上。

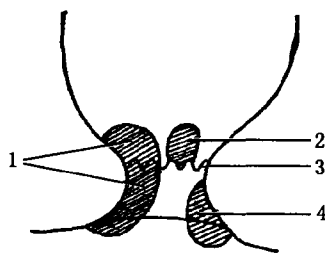


图 1-2 痔的分类

1 混合痔; 2 内痔; 3 齿状线; 4 外痔

## 二、对痔的普遍认识及误区

### (一)痔是曲张的静脉团

19世纪以来,静脉曲张学说曾经在痔发病学上占主导地位,人们普遍认为痔是直肠黏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(图1-3)。当时的解剖学研究支持静脉曲张学说。解剖发现痔内、痔外静脉丛的静脉壁本身的抗力较弱,容易淤血、曲张,是形成痔的主要原因,且据此推测痔具有遗传性。如果这样,则痔患者必然伴有下肢静脉曲张的高发病率,这显然与临床不符。解剖学发现痔静脉系统与门静脉系统相同,腔内无静脉瓣,加上人类独有的直立行走,可使静脉内血液回流不畅,血液淤积,静脉内压力增高则容易形成痔;后天的多种因素包括年老、体弱、久坐久立、便秘以及盆腔内肿瘤、肝硬化等久病患者及妇女怀孕导致全身情况衰弱和营养不良,可以使肛管直肠的静脉平滑肌无力和弹性纤维萎缩,容易患痔。但大量临床资料否定了门静脉高压与痔发病密切相关的说法。

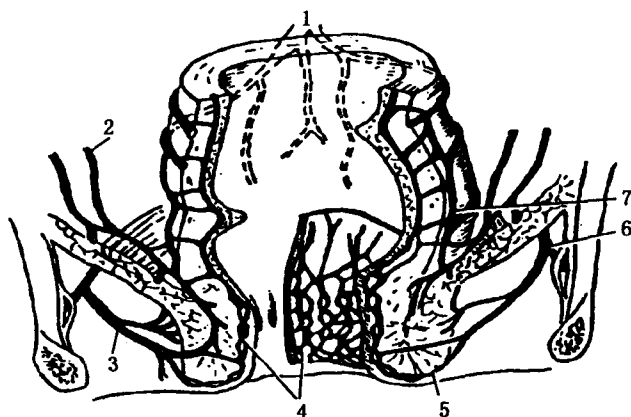


图 1-3 肛管直肠的静脉及痔静脉丛

1 直肠上静脉; 2 直肠下静脉; 3 肛门静脉; 4 痔内静脉丛; 5 痔外静脉丛; 6 阴部内静脉; 7 直肠壁外侧静脉

这种痔静脉曲张学说在切除痔组织的病理切片中也可得到部分支持。显微镜下可以清楚地观察到静脉扩张、管壁萎缩,管壁的中层和外层弹性组织被纤维组织代替,管壁中有时有炎症细胞,管壁内、外有血栓形成。而且在电镜下也能观察到痔静脉丛确实发生曲张,有淤血存在,并且由于血管壁的通透性增高,间质组织水肿,静脉回流变差,导致动脉扩张。故痔是曲张的静脉团的观点容易被临床工作者接受。

另一原因是医生在对痔患者的询问中,发现以便血症状为多。有时在痔切除的标本中肉眼也能够清楚地看到曲张的血管及其内含的血栓,所以相信痔静脉曲张学说的正确性。但这只是部分表象,临床上更多时候所看到的是切除的黏膜及其下部的结缔组织,并没有肉眼能够看到的明显曲张血管。

有人对痔的血气分析发现,痔内的血氧分压更接近动脉血,提出痔发病的主要原因是直肠上动脉供血过剩,从而使痔静脉曲张学说的观点产生了动摇。侧支循环学说的研究将门静脉高压形成的肛门血管瘤与痔区分开来,并推论痔静脉压增高形成痔的说法值得怀疑。

## (二)痔是血管瘤

血管学方面的研究认为,痔的本质是血管瘤。痔的组织实际上是一种勃起组织,与海绵体组织有相似之处,称为直肠海绵体。直肠海绵体是由大量的血管及平滑肌、弹力纤维和结缔组织构成,其增生和肥大可形成痔。这就是著名的血管增生学说。这种直肠海绵体在肛管直肠的右前、右后、左中三个部位比较发达,故痔好发于右前、右后、左中三个部位,一般认为与直肠上动脉分支有关,即直肠上动脉分为左、右两支,右支又分为右前和右后两支。一种否定的意见认为肛管黏膜下的终末分支与直肠上动脉的分支无关。在直肠海绵体中有丰富的动静脉吻合,这种血管称为窦状静脉。窦状静脉的发育特点是管壁胶质纤维多,肌性发育差,容易淤血,形成血管瘤样肿大,认为这是痔形成的基础。血气分析可以证明窦状静脉实际上不是静脉,而是动脉。而动脉造影也可以显示痔丛的部位。

根据痔是血管瘤这一学说推断,痔应该是先肿大,随后才是出血,这显然与临床不符。有人对痔标本进行了组织学观察,这种勃起组织与黏膜肌层和浅部是不同的,而痔出血是黏膜上皮与黏膜肌层之间的扩张毛细血管网出血的,所以这种说法显然不是痔的本质。

## (三)痔是肛管静脉炎症的结果

在静脉曲张学说的基础上,有人提出痔静脉扩张是由于静脉壁被破坏,这种破坏是因为排便时肛管壁受到微小创伤,引起静脉炎,炎症反复发作使静脉管壁失去弹性而扩张,据此提出感染学说,但并未得到广泛承认。主要原因在于虽然临床上确实有部分痔切除的标本中可以看到炎症的现象,但试图通过抗生素消炎治疗痔,结

果是徒劳无功。有人认为在肛管壁上有一种组织称为栉膜带,它在排便时不能松弛,使粪便通过时痔静脉受到挤压而曲张,最终形成痔。这种说法目前也已经被否认。

总之,到目前为止,临床工作者仍然喜欢将痔归结于静脉曲张,并且容易得到患者的认同。因为痔的主要表现之一就是出血,人们理所当然地联想到血管的曲张或破裂。目前内痔的分期是将以出血/便血为主证的痔称为第一期,将脱垂为主证的痔称为第二、三期,使患者认为痔的早期症状是便血,晚期症状是脱垂的误区。实际上这种分期并无理论根据,临床也并非如此,我们常常能够见到有患者始终是以便血为主,有些患者初发病就是脱垂症状。

### 三、痔的现代定义及讨论

1975年 Thomson 提出肛垫学说,认为痔是人体正常的解剖结构。在肛管齿状线上方有宽 1.5~2.0 cm 的环状组织带,即原来称为痔区的部分,在右前、右后和左侧形成厚而柔软且高度特化的血管性衬垫,简称肛垫。肛垫由平滑肌纤维、结缔组织和血管丛构成,其功能是协助肛门括约肌完善肛门自制,精细地辨别气、液、便。随着年龄的增长及长期便秘、腹泻、妊娠、肛门括约肌病变等因素,肛垫组织内的结缔组织和肌性组织发生退化,固定和支持作用逐渐减弱,发生下垂、脱出,形成痔。若将肛垫全部切除,肛门的控便功能可出现不同程度的损害。根据这一学说,目前痔的现代概念认为痔是肛垫的病理肥大。

有鉴于此,中华医学会外科分会肛肠病学组于 2000 年制定了《痔诊治暂行标准》,认为痔是肛垫病理性肥大移位及肛周皮下血管丛血流淤滞形成的团块。可以说这是我国肛肠病工作者对痔的认识的一大进步,明确指出了痔的最新定义,并分为四度,以指导确定治疗方法。但这一标准并非完美无缺。有人认为新的痔定义不能完全解释痔,如传统意义上的外痔大部分被排除在外,如结缔组织性外痔、炎性外痔等;除截石位 3、7、11 点位的内痔以外其他传统的内痔亦被排除在外。有人认为痔的基本含义即是疾病,认为痔是肛管正常解剖结构显然是概念混淆,无需用痔与痔病来区别;“无症状的痔”的提法值得商榷;有人认为肛垫学说尚不能解释所有的痔的临床现象;痔的四度分类并没有病理依据,如果是为了更好地选择治疗方法,应以临床表现分为几个临床类型为好。

### 四、痔的本质探讨与分类

虽然痔的肛垫学说目前被多数学者承认,但对痔本质的研究远未明了,导致肛垫发生病理性改变的主要因素并没有确定。肛垫本身是一种复合体,换言之,肛垫是一种功能器官,尽管对其结构有了一定了解,如对其中 Treisz 肌的作用、血管

的特性、结缔组织纤维的变化等有了些认识,但其变化与痔形成的关系仍不清楚,痔的病变究竟是血管性,是肌性,还是结缔组织性,仍不清楚。所以说目前的研究只能说是在最基础的阶段,即对痔特征的认识,还不能真正地指导临床正确选择治疗方法。

目前比较一致的观点认为,痔的形成可能是多因素所致,不仅是局部的静脉曲张,肛管局部的动静脉、结缔组织甚至肌肉都可能参与了痔的形成。

对痔的分类的变化,是对痔认识的不断深入过程,尽管有时是错误的,但实属必要。分类的目的是为了正确认识疾病、指导临床选择正确的治疗方法。既然痔的本质尚不能完全确定,则按临床分类相对而言最为科学。

笔者通过临床观察,认为对痔可作如下分型:血痔、脱痔、炎痔及混合痔。

**血痔:**包括了从前的一期内痔或Ⅰ度内痔、血管肿型内痔、出血性痔、内痔出血型等。临床主要表现为大便前出血、便后手纸带血,或便时带血、滴血、喷射状出血,便后出血可自行停止,无肿物脱出。直肠镜下观察:齿状线附近肛管直肠皮肤、黏膜有明显隆起、充血。根据镜下有无明显出血点分为轻、重两型:未见明显出血点的为轻型血痔,有明显出血点的称为重型血痔。轻型血痔可以采用一般治疗及非手术疗法即可达到治疗目的,治法是保持大便通畅、祛风凉血、止血,选用槐角丸、脏连丸、化痔丸、消痔丸、荷叶丸、痔根断、爱脉朗、消脱痔、三七片、云南白药等内服,局部用九华膏、马应龙痔疮膏、肛泰软膏肛内涂布,或相应栓剂如太宁栓纳肛。重型血痔在上述方法无效时,可采用硬化剂注射或痔结扎的方法。

**脱痔:**包括了从前的二、三期内痔或Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ度内痔、静脉曲张型内痔、纤维肿型内痔、内痔脱垂型、静脉曲张型混合痔等,临床主要表现为便时肛内有肿物脱出,轻者便后可以自行还纳,重者便后不能自行还纳,需帮助还纳,有时负重、久蹲、咳嗽、劳累时也能脱出,有时脱出物还会发生嵌顿、炎症。直肠镜下观察:齿状线附近肛管直肠皮肤、黏膜有明显的颗粒状隆起,表面紫红色或苍白色,隆起物可随直肠镜的退出而脱出肛外。根据病情及年龄不同,可分为青年脱痔、老年脱痔、妇女脱痔。治疗原则是消除脱出。治疗方法有所不同。青年脱痔应首先选择硬化剂注射,充分保留肛垫的功能。老年脱痔应首先采用胶圈套扎或结扎方法,若身体情况不允许,也可用硬化剂注射法,积极进行姑息治疗。若前法效果不佳时再用手术,可选用传统的外剥(切)内扎术、或切除缝合术(部分或完全)。妇女脱痔适用肛门镜下吻合器痔切除术(PPH手术)。

**炎痔:**包括了从前的炎性外痔、血栓性外痔、结缔组织性外痔、外痔水肿、嵌顿痔、急性痔等,临床主要表现为肛门局部疼痛、肿物,排便时加重甚至不敢排便。局部检查发现:肛门皮缘水肿、淤血、血栓形成,或脱出物被覆的黏膜充血、溃疡、出血