

普通高等教育“十二五”规划教材 全国高等医药院校规划教材

(第2版)

中医肛肠科学

供中医药类相关专业用

● 主编 何永恒 凌光烈

清华大学出版社

普通高等教育“十二五”规划教材 全国高等医药院校规划教材

(第2版)

中医肛肠科学

供中医药类相关专业用

● 主编 何永恒 凌光烈

清华大学出版社

北京

内 容 简 介

本教材分为上、下两篇。上篇 8 章,为肛肠科学总论,介绍了结肠、直肠、肛门的胚胎学、解剖学、生理学、病理生理学、手术学等相关内容,以及结肠、直肠、肛门的微生物学与免疫学等,从医学基础方面对中医肛肠科学进行总结与论述;下篇 20 章,为肛肠科学各论,针对临床上的各种具体的疾病,分别介绍其概念、病因病机、病因病理、分型与分期、临床表现、诊断及治疗、疗效判断、预防与调护等。本教材贴近临床,深入浅出,突出了中医特色与最新进展;以临床治疗和实际应用为侧重点,同时融入了西医学的新技术、新理论、新方法,结合图片,翔实、生动形象地论述了每种疾病的发生发展与治疗过程。

本教材主要用于全日制高等医药院校五年制本科、七年制本硕连读、八年制本硕博连读学生以及本专业博士后的临床课程学习,并可作为部分西医院校学生的选用教材,也可作为临床上普通外科、胃肠外科、结直肠肛门外科医师的最新参考用书。

版权所有,侵权必究。侵权举报电话:010-62782989 13701121933

图书在版编目(CIP)数据

中医肛肠科学/何永恒,凌光烈主编. — 2 版. — 北京:清华大学出版社,2012.10

(普通高等教育“十二五”规划教材. 全国高等医药院校规划教材)

ISBN 978-7-302-30180-6

I. ①中… II. ①何… ②凌… III. ①肛门疾病—中医外科学—医学院校—教材 ②直肠疾病—中医外科学—医学院校—教材 IV. ①R266

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 223276 号

责任编辑:李 君 王 华

封面设计:戴国印

责任校对:王淑云

责任印制:沈 露

出版发行:清华大学出版社

网 址: <http://www.tup.com.cn>, <http://www.wqbook.com>

地 址: 北京清华大学学研大厦 A 座 邮 编: 100084

社 总 机: 010-62770175 邮 购: 010-62786544

投稿与读者服务: 010-62776969, c-service@tup.tsinghua.edu.cn

质 量 反 馈: 010-62772015, zhiliang@tup.tsinghua.edu.cn

印 装 者: 北京鑫海金澳胶印有限公司

经 销: 全国新华书店

开 本: 185mm×260mm 印 张: 26.25 插 页: 4 字 数: 822 千字

版 次: 2011 年 4 月第 1 版 2012 年 10 月第 2 版 印 次: 2012 年 10 月第 1 次印刷

印 数: 3001~7000

定 价: 59.80 元

产品编号: 048864-01

《中医肛肠科学》(第2版)编委会名单

- 主 编** 何永恒 湖南中医药大学
凌光烈 中国医科大学
- 主 审** 田振国 中华中医药学会肛肠分会会长
韩 宝 中华中医药学会肛肠分会副会长、秘书长
- 副主编** 王晓艳 湖南中医药大学
鹿晓理 中国医科大学
- 编 委** (按姓氏拼音排序)
- 成立祥 南华大学
韩金红 南华大学
胡 捷 中国人民解放军第一六三医院
胡响当 湖南中医药大学
李 芳 长沙医学院
李 可 湖南中医药大学
李 敏 湖南中医药大学
李帅军 湖南中医药大学
刘 杨 湖南中医药大学
刘 景 南华大学
刘海光 南方医科大学
刘丽兵 南华大学
鲁海燕 湖南中医药大学
鲁龙生 湖南中医药大学
罗 敏 湖南中医药大学
罗育连 南方医科大学
史晓辉 第二军医大学
宋 艳 湖南中医药大学
谭正洋 中国人民解放军第一六三医院
王东宏 新疆医科大学
吴志强 湖南中医药大学
徐焱尧 湖南中医药大学
张国民 湖南中医药大学

前言

《中医肛肠科学》(第2版)为“十二五”规划教材,是由湖南中医药大学与中国医科大学联合主编的创新教材。本书主编所在院校的肛肠学科尤其是中医肛肠学科历年来在科研、教学、临床医疗等方面享有盛誉,近年来发展更是迅速,成为最早一批卫生部国家中医药管理局“十五”、“十一五”、“十二五”重点专科,国家临床重点专科、“十二五”重点学科。本教材综合几大高校的优势特长,参照国内外权威教材、论著及公认的诊疗规范,对中医肛肠学科进行了全面、严谨、真实的阐述,是目前国内外相关专业方面比较难得的正规全国性教材。

本教材分为上、下两篇。上篇8章,为肛肠学科总论,介绍了学科内涵、学科历史及学科“基石”,如结肠、直肠、肛门的胚胎学、解剖学、生理学、病理生理学、手术学等相关内容,以及以往同类教材中没有提及的结肠、直肠、肛门的微生物学与免疫学等,从医学基础方面对中医肛肠学科进行总结与论述。下篇20章,为肛肠科学各论,针对临床上的各种具体疾病,分别介绍其概念、病因病机、病因病理、分型与分期、临床表现、诊断及治疗、疗效判断、预防与调护等。本教材贴近临床,深入浅出,突出了中医特色与最新进展;以临床治疗和实际应用为侧重点,结合图片,翔实、生动形象地论述了每种疾病的发生、发展与治疗过程。

本教材主要用于全日制高等医药院校五年制本科、七年制本硕连读、八年制本硕博连读学生以及本专业博士后的临床课程学习,并可作为部分西医院校外科学专业学生的选用教材,也可作为临床上普通外科、胃肠外科、结直肠肛门外科医师的最新参考用书。

本教材目前在国内外本专业尚属首本正规教材,具有一定的创新性和先进性;中医特色鲜明;内容详细,条理清楚,图文并茂。

本教材为第2版,编委们在第1版基础上反复编校,同时融入了现代中西医结合的新技术、新理论、新方法,使本教材充分体现了实用性和时代特征,力求做到精益求精。尽管如此,书中一定还存在着不少缺陷和错误,诚恳地希望各院校师生及相关专业的同行在阅读和使用本教材的过程中提出宝贵的修改意见,以便日后不断改进。

何永恒 凌光烈
2012年9月

目 录

上篇 总 论

第 1 章 肛肠科学发展简史	3
第 2 章 中医学对肛肠科学的论述	8
第 1 节 中医对肛肠解剖学的论述	8
第 2 节 中医对肛肠生理学的论述	8
第 3 节 病因病机	10
第 4 节 四诊合参	12
第 5 节 中医辨证	15
第 6 节 中医治法	18
第 3 章 肛肠胚胎学和手术解剖学	21
第 1 节 肛肠胚胎学	21
第 2 节 肛肠手术解剖学	24
第 4 章 肛肠生理学与病理生理学	53
第 1 节 肛肠的微细结构	53
第 2 节 结直肠肛门的运动功能	54
第 3 节 肛肠的吸收与分泌功能	55
第 4 节 肛肠的神经与激素调控	56
第 5 章 肛肠微生物学与免疫学	58
第 1 节 微生态环境以及致病菌	58
第 2 节 肛肠免疫的特点	59
第 3 节 肛肠免疫系统的结构	59
第 4 节 肛肠的免疫细胞	60
第 5 节 大肠肛门淋巴细胞的归巢	62
第 6 节 大肠肛门的免疫应答与调节	64
第 7 节 肠道菌群与大肠肛门免疫	68
第 8 节 肠道疾病与大肠肛门免疫	69
第 6 章 肛肠科检查方法	72
第 1 节 体位与标记	72
第 2 节 专科检查	73
第 3 节 内镜检查	75
第 4 节 X 线检查	78
第 5 节 超声检查	79
第 6 节 CT、MRI、放射性核素检查	80
第 7 节 实验室检查	82
第 8 节 肛管直肠肛门压力测定	82
第 9 节 盆底肌电图检查	84
第 10 节 肠道运输功能检查	85
第 11 节 腹腔镜检查	87
第 12 节 病理学检查	88
第 7 章 肛肠科常用麻醉	89

第 1 节 麻醉前准备及用药	89
第 2 节 麻醉药物	91
第 3 节 常用麻醉方法	94
第 8 章 肛肠疾病围手术期处理	100
第 1 节 手术前准备	100
第 2 节 肛肠手术后一般处理	101
第 3 节 手术并发症和后遗症防治	102
第 4 节 小儿液体疗法	119

下篇 各 论

第 9 章 痔	125
第 1 节 内痔	125
第 2 节 外痔	135
第 3 节 混合痔	139
第 10 章 肛窦炎、肛乳头炎及肛乳头纤维瘤	145
第 11 章 肛门直肠周围脓肿	150
第 12 章 肛痿	157
第 13 章 直肠阴道瘘	168
第 14 章 肛裂	172
第 15 章 直肠脱垂	178
第 16 章 肛门直肠狭窄(后天获得性)	186
第 17 章 肛门失禁	194
第 18 章 大肠息肉与息肉病	207
第 1 节 大肠息肉	207
第 2 节 大肠息肉病	210
第 3 节 大肠息肉及息肉病的治疗	215
第 4 节 大肠息肉治疗后的随访	233
第 19 章 大肠癌	235
第 1 节 结肠癌	235
第 2 节 直肠癌	250
第 3 节 肛管及肛门周围癌	264
第 20 章 大肠肛门其他肿瘤	270
第 1 节 大肠肛门良性非上皮瘤	271
第 2 节 大肠恶性淋巴瘤(原发性)	280
第 3 节 大肠间质瘤	281
第 4 节 大肠类癌	283
第 5 节 直肠、肛管恶性黑色素瘤	285
第 6 节 骶尾部畸胎瘤	288
第 21 章 非特异性炎症性肠病	292
第 1 节 克罗恩病	292

第2节	溃疡性结肠炎	297	第26章	常见的先天性大肠肛门疾病	352
第22章	肛肠科常见综合征	302	第1节	先天性巨结肠症	352
第1节	肠道易激综合征	302	第2节	先天性肛门直肠畸形	360
第2节	白塞综合征	305	第27章	肛门周围常见的皮肤病与性病	366
第23章	常见的慢性功能性便秘	310	第1节	化脓性汗腺炎	366
第1节	概述	310	第2节	肛周皮肤湿疹	369
第2节	直肠前突综合征	311	第3节	肛门瘙痒症(原发性)	372
第3节	直肠内脱垂综合征	314	第4节	肛周皮肤与肛管直肠尖锐湿疣	378
第4节	盆底失弛缓综合征	316	第28章	肛肠科其他疾病	383
第5节	会阴下降综合征	319	第1节	缺血性结肠炎	383
第6节	结肠慢传输型便秘	321	第2节	放射性肠炎	386
第24章	大肠肛门损伤及异物	325	第3节	肠道菌群失调症	388
第1节	结肠损伤	325	第4节	大肠色素沉着症	392
第2节	直肠肛管损伤	330	第5节	大肠肛门子宫内脱位症	393
第3节	大肠内异物	333	第6节	大肠憩室病	396
第25章	肛肠科常见急症	337	第7节	骶尾部藏毛窦	398
第1节	肠套叠	337	第8节	肛门直肠神经症	401
第2节	结肠扭转	340	参考文献		404
第3节	结肠梗阻	343	附录	方剂名录	406
第4节	下消化道大出血	346	彩图		412
第5节	肛周坏死性筋膜炎	348			

上 篇

总 论

第1章 肛肠科学发展简史

一、中国肛肠科学发展史

华夏五千年,历史文化源远流长,中医医学博大精深。肛肠科学是中华民族传统医学伟大宝库中极为珍贵的一部分,是我国人民长期同肛肠疾病作斗争的结晶。历经数千年的发展,中医肛肠科学已形成独立的理论体系,国内外学者在讨论肛肠科学发展史时,都大量引用中医经典医籍,公认中国对肛肠专业的发展做出了卓越贡献。中医肛肠科学为中华民族的繁衍昌盛做出了巨大的贡献,而且至今仍指导着临床实践。

(一) 萌芽阶段

春秋时期,我国医学家提出了“痔”、“瘻”的病名,为后世所采用,沿用至今。“痔”、“瘻”病名的提出,首见于《山海经》。《山海经·南山经》有:“南流注于海,其中有虎蛟,其状鱼身而蛇尾,其音如鸳鸯,食者不肿,可以已痔。”同书《中山经》云:“仓文赤尾,食者不痢,可以为瘻。”战国时期,对一些常见肛门直肠病已经有了相当的认识。《庄子·列御寇》载:“秦王有病召医,破痈溃座者,得车一乘,舐痔者,得车五乘。”《韩非子·解老》有:“内无疮疽瘰疬之害。”《淮南子·说山训》有:“鸡头已瘻。”

1973年马王堆汉墓出土的《五十二病方》载有“牡痔”、“牝痔”、“脉痔”、“胸痒”(肛门瘙痒)、“血痔”、“巢者”(肛门瘻管)、“人洲出”(脱肛)等多种肛肠病,并载有灸法、熨法、熏洗法、系痔法、切除法等多种治疗方法。如“牡痔居窍旁……絮以小绳,剖以刀”的结扎切除法。治痔瘻“巢塞直者,杀狗,取其脾,以穿答禽,入直(直肠)中,炊(吹)之,引出,徐以刀去其巢”的牵引切除法。治“牡痔”之有数巧,“先道(导)以滑下铤(探针)令血出……坐以熏下窍”的肛门探查术及熏治法。治“牡痔……与地胆虫相半,和,以博之。燔小隋(髓)石,淬醢中,以熨”的敷布法和热熨法,是世界上最早记载的肛肠病疗法。《五十二病方》书中肛肠病的治疗方法丰富,如内服药法、外治法、心理疗法和体势疗法等,虽距今遥远,但它为后人提供了宝贵的经验,其中的“体势”疗法具有简便、实用的特点,且与 Morgagni 提出的“人的直立状态,给痔的发生和发展提供了条件”这一学说相符。难能可贵的是,《五十二病方》为肛肠病及其他疾病创立了辨病辨证为主,开同病异治之先河。此

外,《五十二病方》中提出了治疗牝痔应该“日三熏”,内服药应“恒先食之”等,反映了古人在治病时已注意到时间对疗效的影响。书中还有关于蛲虫病的“蛲白”之名。

成书于春秋战国时期的《黄帝内经》,是我国医学宝库中现存成书最早的一部医学典籍。它对中医肛肠科学的发展起到了非常重要的作用,突出表现为以下几个方面:

(1)《内经·灵枢·肠胃篇》记述了回肠(结肠)、广肠(直肠)的长度、大小、行走方向。

(2)《黄帝内经》对肛肠解剖、生理、病因病理等有详细论述。如《黄帝内经·素问·五脏别论第十一》有:“魄门亦为五脏使,水谷不得久藏。”《素问·灵兰秘典论》中指出:“大肠者,传道之官,变化出焉。”《素问·五脏别论》中指出:“夫胃、大肠、小肠、三焦、膀胱……此不能久留,输泻者也。”说明祖国医学很早就认识到胃肠功能是紧密联系的,肠胃功能在一定程度上是相辅相成、相因为用的。

(3)《黄帝内经》对大肠肛门病的病因病机有很多精辟的论述。《内经》在论述外邪致病时,特别强调风、寒、热及寒热错杂的影响,如《内经·素问·脉要精微论》中指出:“春伤于风,夏生飧泄。”《内经·素问·举痛论》中说:“内经寒气克于小肠,小肠不得成聚,故后泄腹痛矣。”《内经·灵枢·水胀第五十七》有“寒气客于肠外,与卫气相搏,气不得荣,因有所系,癖而内著,恶气乃起,瘕肉乃生。”强调了寒邪在肠道息肉发病中的作用,这也是我国最早记载肠道息肉的论述。《内经·灵枢·刺节真邪第七十五》有:“寒与热相搏,久而内著……连以聚居,为脊瘤,以手按之坚。”最早描述了肠道肿瘤的病因、证候。《内经·灵枢·厥病篇第二十四》又说:“肠中有虫瘕及蛟蛔。”蛟音回,与蚘、蛔音义同。

(4)《内经·素问·生气通天论第三》:“因而饱食,经脉横解,肠澼为痔。”在世界上首先提出了痔的病因病理,认为痔是血管扩张、血液瘀滞所致,这与西医学认为的静脉曲张是痔的发病因素基本一致。同时强调饮食不节是诱发肛肠病的重要因素。

(5)《内经》在对肛肠病的诊断上,注重从脉象分析来诊断大肠肛门病。如《内经·素问·平人氣象论》中“数动一代者,病在阳之脉也,泄及便脓血”等。

(6)《内经》在对肛肠病的治疗上,其针刺穴位

疗法从整体出发,结合症状,灵活取穴。如《内经·灵枢·四时气》中“飧泄,补之阴之上,补阳陵泉,皆久留之,热行乃止”及“肠中不便,取三里,盛泻之,虚补之”等。

东汉许慎《说文解字·玉篇虫部》:“蛭,人腹中长虫也。”这是对肠道寄生虫的最早描述。汉代《神农本草经·下卷虫兽部中品》并首次提出脱肛病名,“蛭蛄味咸寒。主贼风,咽僻,铁筋,脱肛,惊痫挛缩。一名陵蠹。生池泽”。

东汉张仲景在《伤寒杂病论》中首创了肛门栓剂和灌肠术。他提出对津亏便秘证候使用蜜煎导方:以食蜜炼后捻作挺,令头锐,大如指,长二寸许,冷后变硬,内纳谷道中,为治疗便秘的肛门栓剂。他又用土瓜根或大猪胆汁和少许法醋灌谷道中以通便,发明了灌肠术。《伤寒杂病论》还对下痢、便脓血、便血、便秘、肠痛、蛔厥、痔等大肠肛门病,确立了辨证施治、立方用药的原则。如《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证并治第十二》已有“远血”和“近血”之分,首次将上消化道出血及下消化道出血区分开来,提出以黄土汤治疗近血的治则治法方药,现广为传用。

西晋葛洪《肘后备急方》中“治大便不通,土瓜根捣汁。筒吹入肛门中,取通”。从记载来看,当时已有了灌肠器——“筒”。西晋皇甫谧《针灸甲乙经·卷九足太阳脉动发下部痔脱肛篇》记述了针灸治疗脱肛、痔、下痢等肛肠病的方法,并首载了“凡痔与阴相通者,死”。这是对肛肠病合并阴道、尿道痿的最早论述。该书还首载了针刺穴位治疗痔疾的方法“痔痛,攒竹主之;痔,会阴主之;痔篡痛,飞扬、委中及扶承主之;痔篡痛,承筋主之;脱肛,下刺气街主之。”

隋代巢元方的《诸病源候论》详列痔病诸候5种,痿病35种,大便病诸候5种,痢候40种,对肛肠疾病的认识比较深入。如“脱肛候”有:“脱肛者,肛门脱出也。多因旧痢后大肠虚冷所为。”“痔病诸候”中,提出了“牡痔、牝痔、脉痔、肠痔、血痔”五痔分类法,另文提出了“气痔、酒痔”。认为“痔久不瘥,变为痿也。”“脓痿候,是诸疮久不瘥成痿。”后世“痔痿”病名,即始于此。在防治肛肠病方面,最早记载了导引之术:“一足踏地,一足屈膝,两手抱挽鼻下,急挽向身极势,左右换易四七,去痔、五劳、三里气不下。”该书中记载“谷道生疮候”有:“谷道,肛门大肠之候也。大肠虚热,其气热结肛门,故令生疮。”“谷道痒候”有:“谷道痒者,由胃弱肠虚则蛲虫下浸谷道,重者食于肛门,轻者淡痒也。蛲虫状极细微,形如今之蛔虫状也。”这些描述都很具体确切。这与现代医学的蛲虫病、肛门皮肤病以及肛周炎症有相似之处。

书中对肛肠病病因病机的观点,可总结为以下几个方面:①与前人相比,《诸病源候论》强调了“劳伤”的致病作用,如“劳伤筋脉”导致“大便血”,“冒触劳动”致“血痢”,军事劳伤导致肛肠病的论述。②巢元方认为,冷热不调是引发大便异常的常见因素,如“滞利候”中说:“滞利,由冷热不调,大肠虚,冷热气客于肠间。”又如“大便不通候”中说:“三焦五脏不调和,冷热之气结于肠胃,津液竭燥,大便壅塞,故大便不通。”③该书正确的认识到了肛痿是由于肛周脓肿经久不愈演变形成的。④该书明确地指出气虚下陷或腹压增高是直肠脱垂的主要原因。

唐代孙思邈的《千金方》和《千金要方》中首载了用鲤鱼肠、刺猬皮等治疗的脏器疗法。记载了以鼻、面、舌、口唇出现的粟粒疹、斑点诊断肠道寄生虫的经验。唐代王焘的《外台秘要》中引用许仁则的:“此病有内痔,有外痔,内但便时即有血,外有异。”科学地将痔分为内痔、外痔两种,并描述了内外痔的不同临床表现。该书引用《古今录验》治疗关格、大小便不通方“以水三升,煮盐三合使沸,适寒温,以竹筒灌下部,立通也”,首创了利用竹筒作为灌肠器的盐水灌肠术。

(二) 发展阶段

宋、元、明三代,中医肛肠科学逐渐发展成为一个独立的学科,并取得了重大进展。

宋代出现了治疗痔痿的专科和专家。宋代《太平圣惠方》中记载了将砒溶解于黄蜡中,捻为条形,纳痔痿疮窍中的枯痔钉疗法,并发展了痔的结扎术。载有:“用蜘蛛丝,缠系痔鼠乳头,不觉自落”的治疗方法。该书在诊断和治疗方面,较前代有所突破,如首先将痔、痿分列为两章,对肛门痿管的形成和主证都有详细的描述。南宋魏岷的《魏氏家藏方》进一步详载了制作枯痔散的具体方法和过程。南宋《疮疡经验全书》在五痔基础上,将痔分为二十五痔,虽然分法过于复杂,但是反映了作者研究肛肠疾病的细致和深入,如作者最早提出“子母痔”的概念,正确地反映了痔核之间的关系,为后世所沿用。

明代徐春甫的《古今医统大全》中首倡肛痿挂线法:“上用草探一孔,引线系肠,外坠铅锤悬,取速效。药线自下,肠肌随长,潞处既补,水逐线流,未穿疮孔,鹅管自消。”挂线疗法的贡献在于成功地解决了高位复杂性肛痿手术后引起肛门失禁的问题,对肛肠学术的发展作出了不朽的贡献。

明清时代对“痔”、“痿”等疾病的病因病机有了新的认识。明代陈实功的《外科正宗》记载有“夫痔者乃素积湿热,过食炙煿;或因久坐而血脉下(不行);又因七情而过食生冷,以及担轻负重,竭力远行,

气血纵横,经络交错;又或酒色过度,肠胃受伤,以致血流注肛门,俱能发痔。”清代祁坤《外科大成》说:“妇人或产难,小儿或夜啼等因,致使气血纵横,经络交错,流注肛门而成此痔。”这些观点,与现代医学对痔的病因认识颇有共同之处。

《外科正宗》一书较为全面地总结了明代以前的外科成就,对肛肠病以痔疮、脏毒立篇论述,提出了一套辨证施治、内外兼治的方法,其方药至今仍为临床习用。陈实功在前人基础上,发展了枯痔疗法、挂线疗法,并提出了许多新的内服外用方药。该书专门对结核性肛痿、肛门病兼杨梅下疳、砒中毒的防治等作了专门论述,如“又有虚劳久嗽,痰火结肿,肛内如粟者,破必成痿,沥尽气血必亡”,这是对全身结核病并发肛痿的具体描述。《外科正宗》还记载了“三品一条枪”的制作及使用方法,由过去的外搽枯痔散到药钉插入痔核内,在痔的治疗方面取得了突破性进展。

明代薛己的《薛氏医案·外科枢要》提出肛门病的发生与局部气血运行不足有关。书中记载:“臀,膀胱经部分也,居小腹之后,此阴中之阴。其道远,其位僻,虽太阳多血,气运难及,血亦罕到,中年后忧虑此患(指痔、漏)。”这种见解与近现代医学,认为痔是人类直立后局部进化未跟上,肛门部位的静脉回流受阻,血流运行阻滞而生痔的观点相似。

清代在学术方面虽乏创新,但在文献整理方面作出重要贡献。其中以祁坤的《外科大成》贡献最大,书中《外科大成·痔漏篇》中记载:“锁肛痔,肛门内外如竹节锁紧,形如海蜇,里急后重,便粪细而带扁,时流臭水,此无治法。”此乃对肛门直肠癌的生动描述。又如:“钩肠痔,肛门内外有痔。摺缝破烂,便如羊粪,粪后出血,秽臭大痛。”此为对肛裂的生动描述。陈梦雷的《古今图书集成·医部全录》全面、系统地整理了历代医学文献,其中所收集的治疗肛肠病的方法有内治、外治、枯痔、结扎、熏洗、熨贴、针灸、引导等十余种。所载治疗肛肠疾病的内服方有242首,单验方317首,为后代的研究工作提供了宝贵的资料。高文晋的《外科图说》中绘有多种手术器械,其中治疗肛肠疾病的手术器械有弯刀、钩刀、柳叶刀、笔刀、尖头剪、小烙铁、探肛筒、过肛针等。这些器械设计独特,精巧实用,至今仍被沿用。赵谦的《医门补要》对肛痿挂线、异物入肛、先天性无肛症的手术方法有进一步的改良和发展,反映了肛肠外科在清代的新进展。

(三) 成熟阶段

新中国成立以后,在党的中医政策指引下,中医肛肠专科事业迎来了最辉煌的时期,其发展速度之

快,取得的成就之多,是我国历代所未有的。新中国成立后60多年来,肛肠界在党和政府的关注下,继承祖国医学的宝贵经验,不断创新,在肛肠科学的科研、临床、教学等各个方面都取得了重大的进展。

(1) 学术团体的建立:在中国科学技术协会、中华全国中医学会的支持下,1980年全国肛肠学会成立,它标志着我国肛肠科学进入了一个新的发展阶段。此后全国各省基本建立了分会,定期开展了形式多样的学术活动。随后又单独成立了全国中医肛肠学会。

(2) 开展学术交流,创办专业期刊:新中国成立后,在党和政府的关怀和支持下,我国的中医肛肠学术活动日渐增多。

1975年10月27日,在河北省衡水市召开了全国第一次肛肠学术经验交流会,“母痔基底硬化疗法”、“长效麻醉剂”问世。

1977年11月19日,在南京召开了第二次全国学术会议,不同类型的新疗法、新技术如激光治疗痔疮等脱颖而出。

1980年7月12日,在福州市召开了第三次全国交流会,并正式成立了“中华全国中医学会肛肠分会”,选举产生了学会领导机构。于1983年(昆明),1986年(沈阳),1989年(安阳),1992年(成都),1996年(南京),1998年(张家界),2000年(沈阳),2003年(北京),2006年(吉林),2009年(西安)召开了全国肛肠学术交流会。大会重点对中医肛肠学术领域传统治疗经验、中医特色手术疗法和治疗经验、内治疗法及适宜技术、现代创新技术的临床应用以及国内外大肠肛门病的最新研究进展做了专题学术报告,为与会代表提供优良的交流和学习平台。

20世纪80年代以来,肛肠科学专业的杂志先后创办。1981年创办了《肛肠病学》杂志(1984年更名为《中国肛肠病杂志》),1995年创办了《大肠肛门病外科杂志》。

(3) 肛肠病专科队伍的壮大:新中国成立后,在各级党和政府的关怀和支持下,我国肛肠科学的专业队伍不断壮大,先后建立了许多专科医院和科研单位。据统计,在我国中医院中,90%以上都设有肛肠科。1955年中央卫生部在北京举办了全国痔瘕学习班,以继承发掘为主,面向临床,面向基层,培养师资和人才。1971年以来,全国各地多次举办了肛肠学习班,培养了大批专业人才。20世纪70年代以来,我国中医院校不断建立了肛肠科学硕士、博士研究生培养点,培养了一大批高级专业人才。

(4) 科研:1953年李雨农等成立了重庆痔瘕小组,为我国最早的科研小组。1956年中国中医研究院成立了痔瘕研究小组,1964年在北京召开了全国

第一次痔瘕科研学术会议,并初步制定了肛肠病的诊治标准。1978年全国科学会议上“复杂性肛瘘的术式研究”、“新6号枯痔液治疗内痔的研究”等均获奖。史兆歧等发明的“消痔灵注射液”取得了国际上的认可。1982年丁泽民提出的分段齿形结扎法治疗环状混合痔,提高了临床疗效,并有效地减少可术后并发症的发生。

中医肛肠科学作为祖国医学中独特的一部分,历经数千年的发展,尤其是新中国成立以后,获得了快速的发展。其专业队伍、技术水平及新技术的研发、推广、应用都进入了一个崭新的历史阶段。近年来,我国肛肠科学已经形成了以中医、中西医结合、西医协同作战的阵容,取得多项国家级、部级、省、市级科研成果,出版了各类专著四十余本,与国外的学术交流也日益深入。我们将继续努力,为人类的健康事业作出更大的贡献。

二、国外肛肠科学发展简史

(一) 古代史

公元前2500年的埃及壁画中反映出当时的宫殿内已设有腹部内科医和肛门保护医,被后世尊为肛门专科医的始祖。公元前2550年巴比伦的汉莫拉比(Coole, Hammurabi)法典即有明文规定:“如果医生治愈肠病,患者当酬之以五银币。”公元前1700年的古埃及文献中也有治疗肛门疾病的记载和治疗方法的说明。但对其记载最详,影响较大的是希腊的医圣希波克拉底(Hippocrates)(公元前460—前375年)。他最先提出以出血为依据定义痔的病名(Haern. orrh. oiden意为血球),详尽地谈到了痔的灼灸、切除等疗法,并载有痔、瘰的结扎法和肛门指诊法。他认为治疗痔疾可以防止胸膜炎、疝子、丘疹等疾病。他的这种病因观,被后世称为痔的“安全阀”学说,影响颇大。

古罗马的医学虽不如古希腊发达,但对肛肠病也有记载,凯尔苏斯(Celsus)(公元前25—公元14年)在《医学》一书中,简略地论述了肛瘘切除术,并提到了结扎法和结扎切除法。

(二) 中世纪

古罗马的盖伦(Galen)(公元131—201年)通过对动物直肠的研究提出了直肠(rectum)命名。依据痔的大小、数目、形态、位置和性质,将痔分为五类,主张药物治疗和必要的手术治疗。

拜占庭帝国的御医伊提厄斯(Yitiesi)(527—565年)对痔疮和痔手术的论述是古代医学文献中最突出的,他认为:“痔是由血液下流引起的,很像动脉

瘤,从而造成了许多痛苦,甚至导致死亡”。提出彻底的切除术是最理想的,也是最彻底的治法。

1918年在罗马庞贝城考古发掘中,发掘出一窥器,类似现代的直肠内窥器。根据考古鉴定,为公元79年制成,被认为是世界上最早的肛门镜。

1376年英国医生阿登(Ardezne)著有痔、肛瘘相关论文,采用烧灼治痔,沿导向探针切开肛瘘,提倡采用切开并挂线治疗高位肛瘘。

(三) 近代

18世纪后,随着科学技术的发展和人体解剖学与外科学的发展,肛肠科学也得到了较快发展。

Stahl(1729年)通过解剖学观察提出了门静脉回流受阻导致静脉曲张生痔的学说。Wirinslor(1733年)提出了肛门小窝的命名。1749年 Morgane gui依据动物无痔病,提出了痔是人类直立后发生的特有疾病的病因学说,动摇了古希腊希波克拉底提出的痔是人体生理器官的“安全阀”学说。1774年现代外科的创始人之一的Petit,改进了痔切除术。

1818年 Boyen提出了侧方切断括约肌治疗肛裂的手术方法。大肠肛门学科的确立应归功于英国医生 Salmon,1835年他在伦敦创建了肛门直肠专病的圣·马克医院。该院名医辈出,对肛肠解剖、生理、病理、治疗做了大量研究工作,几乎现行的一些手术都与该院的研究有关。

Cuersant(1847年)报道了青年性直肠息肉病。Cripps(1882年)报告了家族性息肉病。Wiks与 Moxon(1875年)首先从细菌性疾病中分离出了溃疡性大肠炎。1878年 Ciari提出了肛门小管及肛门腺的命名。1888年 Syminton提出肛管的命名。1895年 Kelly制成35cm的以额镜反射观察的乙状结肠镜。1882年 Whitehead首创痔环状切除术。1914年 Quervain与 Case报道了大肠憩室症。1932年 Crohn报道了克罗恩病。

1934年英国 Milligan与 Morgan发表了《肛肠外科解剖学》密切结合临床,填补了肛肠应用解剖学的某些空白,将肛肠外科推向了一个新阶段。

1889年美国首先成立了大肠肛门病学会。日本(1940年)成立类似学会组织。1948年在美国成立了“国际大肠肛门病学会”,创办的《美国结直肠肛门病学会杂志》是第一个国际的肛肠学会刊物。随后部分欧洲国家(1960年)在罗马,部分美洲国家在墨西哥(1962年),部分亚洲国家在孟买(1973年),拉丁美洲国家在阿尔及利亚(1973年)又相继成立了国际性的学会,各自出版刊物,定期召开学术会议,使肛肠专业得到了很大发展。

20世纪50年代以后,随着科学技术的飞速发展,肛肠疾病的诊治有了长足进步。1966年日本松永藤雄成功研制光导纤维结肠镜,提高了结肠疾患的诊断水平,并且使许多患者免除开腹手术的痛苦。1975年托马森(Thomson)首次提出了肛垫学说,奠定了痔的现代概念基础。20世纪80年代腔内B超的应用,为更深入了解直肠、结肠肿瘤与周围组织的关系提供了可靠方法,同时促进治疗水平的提高。CT技术、消化道电位测试和全消化道压力测试技术的开展为全面研究肛肠疾病的发生、转化提供了有利条件。

1912年第一台腹腔镜应用于临床,20世纪90年代初应用于结肠、直肠手术。腹腔镜手术有创伤小、恢复快、疼痛轻、肠功能恢复快等许多优点。目前虽然对腹腔镜手术治疗癌肿仍有较大的分歧,但凭借其微创优势,被誉为21世纪结、直肠外科的发展方向。

1997年,朗格(Longo)博士在托马森(Thomson)肛垫学说的基础上发明了PPH(procedure for prolapse and hemorrhoids)吻合器,并成功进行了世界上第一例PPH(吻合器痔上黏膜环切术)痔疮手

术。目前,PPH术已经广泛应用于临床。

1977年日本大肠癌研究会制定了《临床与病理大肠癌处理规范》,对大肠淋巴结的分布、分组、分站及编号作了一系列规定,这一规定对大肠癌治疗的规范化、合理化产生了较大影响。

2006年3月,在澳大利亚悉尼召开了“国际151次炎症性肠病学术会议”,有来自中国、美国、日本、英国、法国等33个国家共614位代表参加了会议,各国代表相互交流了各自国家的对炎症性肠病的最新研究进展。在大会上我国著名中医肛肠专家田振国教授向来自世界各地的专家、学者阐述了中医药治疗大肠炎性疾病的特色与优势,并以大量实验数据论证了中医药疗法的确切疗效,精彩的报告得到了与会代表的充分肯定。

近年来,各国学者在肛肠疾病的生理、解剖、病理研究、临床诊治等方面取得了许多重大进展,为推动肛肠科学的蓬勃发展做出了积极的贡献。

(刘 景 王晓艳)

第2章 中医学对肛肠科学的论述

第1节 中医对肛肠解剖学的论述

中医将大肠列为六腑之一。与脾、胃、大肠、小肠、三焦、膀胱共为仓廩之本,为营之居处。其功能如容盛食物的器皿,能传糟粕,传味而司出入,其气象天,泻而不藏,故又名曰传化之腑。大肠属手阳明经,其经络肺,与肺相表里。居小肠之下,上起阑门,下至魄门,包括回肠(结肠)和广肠(直肠)、魄门等。大肠与肺共应皮毛,是人体消化道的最下段。以消化运转食物,形成并排出粪便,吸收水分等为主要职能。

祖国医学对人体肛门直肠解剖的认识,在两千多年前就有大量的记载,最早见于《灵枢》和《难经》。《内经·灵枢·第三十一篇·肠胃》载:“黄帝问岐伯曰:予愿闻六腑传谷者,胃肠之大小长短,受谷之多少,奈何?岐伯曰:请尽言之,谷所从出入浅深远近长短之度……广肠傅脊以受回肠,左环叶脊上下辟,

大八寸,径二寸寸之大半,长二尺八寸。肠胃所入至所出,长六丈四寸四分,回曲环反三十二曲也。”《内经·灵枢·第三十二篇·平人绝谷》进一步载:“回肠大四寸,径一寸寸之少半,长二丈一尺,受谷一斗,水七升半。广肠大八寸,径二寸寸之大半,长二尺八寸,受谷九升三合八分合之一。肠胃之长,凡五丈八尺四寸,受水谷九斗二升一合合之大半,此肠胃所受水谷之数也。”《医宗必读》曰:“广肠即回肠之更大者,直肠又广肠之末节也,下连肛门,是为谷道后阴,一曰魄门,总皆大肠也。”我国古代医学家对肛门直肠的长度、大小和走向均有所研究,并将肛门直肠包括于大肠之中。

《灵枢》所称之回肠又名大肠,即今回肠和结肠的大部分,所称之广肠即今乙状结肠、直肠和肛门。

第2节 中医对肛肠生理学的论述

一、大肠肛门的功能

中医学认为,人是一个有机的整体。整体统一性的形成,是以五脏为中心,通过经络“内属于脏腑,外络于肢节”的作用实现的。大肠、肛门是机体的重要组成部分,在生理上不但有其独特的功能特点,而且与五脏等器官的功能也有密切的关系。

大肠上连阑门,与小肠相接,下极为肛门。大肠具有排泄水谷糟粕等作用,肛门具有调节和控制排便的功能。故《内经·素问·第八篇·灵兰秘典论》曰:“大肠者,传导之官,变化出焉。”

(一) 属传化之腑,以通为用

大肠属六腑之一,六腑以通为用。故《内经·素问·第十一篇·五脏别论》云:“夫胃、大肠、小肠、三焦、膀胱,此五者,天气之所生也,其气象天,故泻而不藏。此受五脏浊气,名曰传化之腑,此不能久留,输泻者也。”传导排泄糟粕,这一功能活动,主要体现在“以通为用,以降为顺”这一生理特点上。从形态

上来看,大肠为一管状结构,内藏较小肠大而广,回运环曲亦少。这一形态结构与大肠排泄功能相一致。清·顾世澄《疡医大全·卷三·内景图说(上)·大肠篇》谓:“经曰:大肠者,传导之官,变化出焉。上受胃家之糟粕,下输于广肠,旧谷出而新谷可进,故字从肉从易,又畅也,通畅水谷之道也。”这一精辟论述。从六腑的动态观角度,说明了大肠传导变化,以通为用的生理特点。

大肠“以通为用,以降为顺”的生理特点,对维持人体饮食物的消化吸收和水液代谢起到了重要作用。《内经·灵枢·第三十二篇·平人绝谷》云:“平人则不然,胃满则肠虚,肠满则胃虚,更虚更满,故气得上下,五脏安定,血脉和利,精神乃居,故神者,水谷之精气也。”

大肠传导功能的实现,还赖于气血的推动和濡养。只有气血旺盛,血脉调和,大肠才能传导有序,排泄正常。大肠传导功能,主要靠肺气之下达,才能承小肠之传物,故在生理上与肺、小肠的关系密切。清·唐容川《医宗精义·脏腑之官》说:“大肠之所以

能传导者,以其为肺之腑,肺气下达,故能传导。”肺的生理功能正常,肺气充足则大肠传导能顺利进行。若肺气虚弱或宣降失常,可导致大肠传导功能失常。“承小肠下传之物,如不受则逆”,大肠传导功能失常,可影响小肠之传导,亦可影响胃之功能,使胃实肠虚、肠实胃虚的生理现象不能实现。

(二) “变化出焉”是小肠泌别清浊的延续

大肠变化靠小肠余气,太过则实,不及则虚。大肠的变化功能是小肠泌别清浊功能的延续。所以小肠之余气,直接影响大肠的“变化”功能。

小肠通过泌别清浊,清者上输于脾,浊者下输于大肠,其中部分未被小肠吸收利用的水液和精微物质,则要靠大肠的“变化”作用来完成,即将浊中之清重新吸收,浊中之浊由魄门排出。

大肠主津,靠肺肾气化,《内经·灵枢·第十篇·经脉》云:“大肠……是主津液所生病者”。张景岳注:“大肠与肺为表里,肺主气而津液由于气化,故凡大肠之泄或秘,皆津液所生之病。”金元·李东垣《脾胃论·卷下·大肠小肠五脏皆属于胃胃虚则俱病论》说:“大肠主津,小肠主液,大肠小肠受胃之营养乃能行津液于上焦。”大肠参与津液代谢,分泌某些物质濡润大肠,并参与机体其他部位的生理活动。

小肠与大肠相连,生理上相互联系,病理上相互影响。如大肠传导功能失调,不能承受小肠的下传之物,则可能出现腹痛呕吐等梗阻不通之症;反之,小肠泌别清浊功能失常,使水谷停滞,清浊不分,混杂而下,超过了大肠变化功能的承受能力,则会发生腹泻。

二、肛门的生理特点

正常生理状态下,成人排便规律主要取决于大肠的传导变化和肛门的正常启闭。肛门的舒缩启闭因生理的需要而有节奏。根据子午流注的原理及时辰与脏腑的配属关系,大肠的功能在一昼夜中有两个生理功能旺盛时期:一是卯时,因十二经脉气血充盈,有利于排便;另一是申酉(日入),与肺大肠金气相配。在这两个时期,大肠的传导功能最强,魄门随之开启而排便。根据调查统计,发现晨起及早饭后排便者占75%,午饭及晚饭后排便者占12.8%。根据大肠、肛门的这一生理节律,以生物钟的规律指导患者择时排便,对预防便秘有一定的意义。

三、大肠肛门与脏腑经络的关系

《内经·素问·第十一篇·五脏别论》云:“魄门

亦为五脏使,水谷不得久藏。”人体脏腑之间在功能上既有明确分工,又有密切联系,既能相互促进,又能相互制约,从而保持着机体内外环境的统一,维持着人体的正常生命活动。

(一) 肺主气,主宣发肃降,有助于大肠的传导

肺的生理功能正常,肺气充足,则大肠传导能顺利进行。若肺气虚弱或宣降失常,可导致大肠传导失常。如肺气虚弱之气虚便秘,肺热下迫大肠之脱肛等。反之如大肠传导失司,腑气不通,魄门不能输泻浊气,则影响肺的肃降,产生咳喘胸闷,故古人用“泄肺大黄煎”治疗肺脏气实,心胸烦壅,咳嗽喘促,大肠气滞之症。

此外,肺与大肠共应用皮毛。《内经·灵枢·第四十七篇·本藏》云:“肺合大肠,大肠者,皮其应。”临床上,外感泄泻是为外邪侵入皮毛后,内应于大肠而发病。如胃肠型感冒,既可见到发热、恶寒、咳嗽、舌淡脉浮之表证,又可见到腹泻、腹痛之里证。治疗则可采用宣肺发表,清泻里热的表里双解法。

(二) 脾主运化升清,关联大肠之传导

脾为后天之本,气血生化之源。脾气主升,胃气主降。脾为气机升降的枢纽。气机升降有序,则肛门启闭正常。此外,脾气具有升清固脱作用。直肠肛门位置居下,之所以能正常舒缩活动而不致脱垂,全赖脾之升举固脱。若脾气虚弱,升清固脱失常,一方面可出现水谷精微不化等大肠传导功能的障碍,产生腹泻;另一方面则因中气下陷,摄纳无权而发生脱肛。中气下陷,脾虚运化失职,大肠传导无力,肛门开启迟缓,也会出现气虚便秘。反之,若久泄、久痢则可伤脾,出现神疲倦怠,形体消瘦,纳食呆滞等脾气虚弱之象;浊气不降可以影响脾胃气机,出现腹胀、腹痛、脘闷暖气,食欲减退,甚至呕吐。

此外,脾主统血,有统摄血液在经脉中运行,防止溢出脉外的功能。

(三) 肾开窍于二阴,主司魄门之启闭

肾开窍于前后二阴,司二便,二阴的开阖与肾的气化功能有关。肾中精气充足,气化功能正常,则肛门启闭有度。若肾阳虚损,不能温煦下元,常可致五更泄;肾阴亏虚可致肠液枯涸,魄门不利,出现便秘;肾的封藏失司,关门不利,可出现久泄滑脱。故《内经·素问·第十七篇·脉要精微论》说:“五脏者,中之守也……仓廩不藏者,是门户不要也。”明·薛己

《薛氏医案·脱肛》云:“肾主大便,故肾虚者多患此证。”反之,如肛门受损,泄泻日久,又可损伤肾阴、肾阳,出现腰膝酸痛,畏寒肢冷等。

(四) 肝主疏泄,调畅气机

肝功能正常,则人体气机升降出入疏通畅达,魄门功能正常。肝气不和,气机壅滞,魄门启闭不

利,则腹满胀闷,大便涩滞,疏泄失常,可致肝脾不和。

(五) 心藏神,魄门亦为心使

心为“五脏六腑之大主”,心神主宰魄门的启闭,“主明则下安”,心神正常则魄门启闭有序,排便有时有节。心神不明,则魄门启闭无序,大便失禁。

第3节 病因病机

中医学对肛肠疾病病因病机的认识追溯起来已有两千多年的历史,如《内经·素问·生气通天论》曰:“因而饱食,筋脉横解,肠澼为痔”,认为痔是一种血管病变。金元李东垣则认为痔与湿、热、风、燥四气相合有关。宋代王怀隐《太平圣惠方》曰:“夫酒痔者,由人饮酒过度,伤于脾胃之所成也。”

此后历代均有所发展。总之,肛肠疾病发病主要与人体阴阳平衡失调、脏腑功能下降,饮食不节,感受邪气,局部损伤及气候等因素密切相关。

一、阴阳失衡、脏腑本虚

中医学强调人体整体平衡和阴阳协调,阴阳失衡、脏腑本虚与肛肠疾病的发生有着重要的关系,是肛肠病发病的内在因素。元·朱丹溪《丹溪心法》曰:“痔者皆因脏腑虚。”宋·王怀隐《太平圣惠方·卷第六十·治痔肛边生鼠乳诸方》曰:“夫痔肛边生鼠乳者,由人脏腑风虚,内有积热,不得宣泄……此皆下元虚冷、肾脏劳伤,风邪毒热在内不散,蓄蕴日久,因兹生疾。”

(一) 先天禀赋不足

胎儿在孕育期间由于母体营养不良,或早产,或先天发育不全,导致胎儿出生后先天不足,脏腑虚弱,或脏腑器官先天畸形。《薛氏医案·保婴撮要》曰:“痔疮之症或因禀受胎毒或膏粱食积或过食炙博厚味所致。”如先天性巨结肠、先天性直肠阴道瘘等。痔疮等肛肠疾病可能与遗传因素有关。如《疮疡经验全书·卷二百零七·后阴门·臀附》曰:“人生素不能饮酒亦患痔者,脏虚故也。亦有父子相传者。”

(二) 后天调摄失调

1. 劳逸过度 人体正常的工作、劳动和适宜的锻炼有助于气血流畅,增强体质,预防疾病。但过劳过逸对机体的健康均是有危害的,如长期负重远行,或久站、久坐、久蹲等,都可使肛门局部气滞血瘀或中气下陷,诱发肛肠疾病。明·陈世功《外科正宗·痔疮论》曰:“夫痔者乃素积湿热,过食炙博,或因久坐

而血脉不行……以及担轻负重,竭力远行,气血纵横,经络交错……以致浊气瘀血流注肛门,俱能发痔。”

2. 房劳过度 正常的房事有助于健康,但房劳过度必伤元气。肾藏精,主封藏,若房事过频极易伤及肾精,湿热之邪乘虚下注,可致痔出血,肛痈、肛漏、脱肛等。

3. 七情内伤 七情指喜、怒、忧、思、悲、恐、惊,是人体对客观事物的不同反应。《内经·素问·阴阳应象大论》曰:“怒伤肝”、“喜伤心”、“思伤脾”、“忧伤肺”、“恐伤肾”。七情内伤可直接导致五脏的病变。

怒伤肝:怒则气逆,肝失疏泄,横逆犯脾,伤及脾胃;肝失条达,肝气郁结,化火伤阴,阴虚内热;肝郁日久,气血不和,筋脉失养。

喜伤心:喜则气缓,气缓则血行无力,心气虚弱,气血运行不畅,气滞血瘀,筋脉交错而成痔。

思伤脾:脾失运化,气血生化之源不足,导致津枯血虚,则出现肠燥便秘;清浊不分,出现泄泻或完谷不化;脾伤湿聚,湿热下注,热盛肉腐,则可发为肛门痈疽;脾气亏虚,中气下陷,则可出现脱肛等;脾不统血,可致使血不止。

忧伤肺:肺伤则气耗,肺气虚弱。肺与大肠相表里,肺失肃清,津液不能下达润滑肠腔,或肺气虚弱,大肠传导乏力,可出现便秘;肺气虚弱则肛门脱垂;肺阴亏损,痰热蕴于肛门,可致肛肠肿瘤、肛门痈疽等。

恐伤肾:肾气不足,肾精不足,肾虚不司大便,则大便难下;肾阳虚寒,脾虚失运,可致虚寒泄泻。

4. 气血亏虚 气血相依,气行则血行,气血则血虚,五脏六腑、四肢百骸失于濡养,机体抵抗力下降。血虚多因失血过多,或生血乏源,血虚生燥,易耗伤津液,导致肠燥便秘。失血过多,气随血脱,致气血两虚,抵抗力下降,病后日久不愈。

(1) 气虚:气虚在肛肠疾病常见发病因素,以脾胃失运、中气不足为主。妇人生育过多,小儿久泻久痢,老年气血衰退及某些慢性疾病,都能导致中气不