

柏连松 编著

简明肛肠病学

上海科学技术文献出版社



内 容 简 介

本书是以中医特色为主的临床实践与基础理论相结合的肛肠科疾病专著。全书共分上篇、下篇、附篇三部分。上、下两篇系统全面地对各种常见肛门、直肠和结肠疾病的病因、病理、症状、诊断、治疗、预防和保健等诸方面作了详细的介绍。重点阐述了中西医结合治疗肛肠疾病的成果和方法。尤对痔、瘻这两大类疾病的解剖生理知识、诊断和手术操作方法作了扼要的叙述。附篇采用问答的形式，对肛肠科疾病的重点和难点，以及广大病员所关心的问题作了简明扼要的解释。

本书作者系中华全国肛肠学会理事、曙光医院中医外科副主任。

全书内容丰富、系统全面和实用，书内配有插图，深入浅出，通俗易懂。可供一般外科医生、肛肠专科工作者，有关医务人员和医学院学生阅读参考。

简 明 肛 肠 病 学

柏连松 编著

*

上海科学技术文献出版社出版
(上海市武康路2号)

新华书店上海发行所发行
上海市印刷十二厂印刷

*

开本 850×1168 1/32 印张 7.75 字数 208,000

1985年8月第1版 1985年8月第1次印刷

印数: 1—11,900

书号: 14192·34 定价: 1.75元

《科技新书目》97-226

目 录

上 篇 总 论

第 一 章	中医肛肠科的发展史	1
第 二 章	肛管和直肠外科的解剖学	7
一、	肛管	7
二、	直肠部分	9
第 三 章	肛肠疾病的病理解剖学	11
一、	痔	11
二、	肛肠炎症性疾病	15
三、	肿瘤性疾病	19
第 四 章	肛肠疾病的病因病机	23
一、	外因	23
二、	内因	24
三、	辨证	26
第 五 章	肛肠科常用器械	31
第 六 章	肛肠疾病的检查	36
一、	四诊	36
二、	肛门直肠检查的部位及体位	38
三、	肛门疾病的局部检查	41
四、	其他检查	45
五、	中医肛肠科病史书写	48
第 七 章	麻醉	51
第 八 章	肛肠疾病手术前后并发症的处理	55
第 九 章	治疗	65
一、	内治法	65

二、	外治法.....	69
三、	手术疗法.....	77
四、	其他疗法.....	79
第十章	肛肠疾病的护理.....	83
第十一章	肛肠疾病的预防.....	88

下 篇 各 论

第一章	痔.....	90
一、	内痔.....	91
二、	外痔.....	103
三、	混合痔.....	108
第二章	肛裂.....	111
第三章	炎症.....	123
一、	肛窦炎.....	123
二、	肛乳头炎.....	125
三、	肛门直肠周围脓肿.....	127
四、	直肠炎.....	132
第四章	肛痿.....	135
第五章	直肠脱垂.....	152
第六章	大肠息肉.....	158
第七章	特发性溃疡性结肠炎.....	169
第八章	肛门皮肤病.....	172
一、	肛门瘙痒症.....	172
二、	肛门湿疹.....	174
三、	股癣.....	175
四、	肛门神经性皮炎.....	176
五、	固定性药疹.....	177
六、	单纯疱疹.....	178
七、	尖锐湿疣.....	179
八、	皮肤结核.....	180

第一章 中医肛肠科的发展史

肛肠疾病是一种常见病、多发病,在我国几千年来的漫长的历史过程中,我国人民对肛肠疾病早就有了比较全面的认识,并积累了丰富的治疗经验。

有关痔瘕的记载,最早可追溯到三千多年前的殷商时代,如《山海经》卷之二,西山经第二:“又西三百五十里曰天帝之山。有鸟焉,其状如鹑,黑文而赤翁,名曰栎,食之已痔。”又《山海经·中山经》:“合水,多鳢鱼,食之不痢,可以已瘕。”说明上古之人用药物治疗痔瘕等一类肛肠病早就有了一定的经验,那时的人们将肛肠方面的疾病统归于“痔”疾。

战国《庄子·列御寇》又说:“秦王有病召医,破痈溃痤者,得车一乘,舐痔者,得车五乘……。”又如《尸子》说:“有医均者,秦之良医也,为宣王割痤,为惠王割痔,皆愈。”可见春秋战国时代就有了专治痔瘕的医生和治痔方法,并说明治疗痔疾的医生,在那时已经受到了社会的重视。

关于肛肠的概念,据考证,肛门一词首见于《难经》,言此处如车缸故名,肛肠一词首见于宋代《太平圣惠方》,距今约一千年,为世界上“肛肠”一词最早应用者。直肠一词推测出自《难经》注解者杨玄操之笔。商周时期的我国医学巨著《黄帝内经》对于肛肠疾病的生理学说,病理学说,诊断与治疗等就有精辟的论述,并在以后的历代著述中不断地得到发展和完善。

(1) 关于肛肠解剖方面,我国古代医学家早就有大量的研究,其中最早见于《灵枢》《难经》,如《灵枢·肠胃篇》说:“广肠附脊,以受回肠,左环叶脊上下辟,大八寸,经二寸之大半,长二尺八寸”《难经·四十二难》:“大肠重二斤十二两,长二丈一尺,广四寸,经一寸,当齐右回十六曲,盛谷一斗,水七升半。”“肛门重十二两,大八寸,经二寸大半……。”《难经·四十四难》:“大肠小肠会为阑门,下极为魄门。”古人通过对人体的如实解剖,对肠管的形状、大小、长短、容积及邻近脏腑的关系都有较详尽的度量衡测,虽较粗糙,但也初具面目,与现代医学的肛肠长短、横径、重量和容积也大致相符,实属难能可贵。

(2) 关于肛肠的生理学说:《内经·金匱真言论》曰:“脾胃、大肠、小肠、膀胱、三焦、六腑皆为阳”,《素问·灵兰秘典论》曰:“大肠者,传导之官,变化出焉”,阳者主动,寓变化传导之意,说明人体饮食的消化、吸收,要由大肠参与,所产生的糟粕也要通过大肠的输送而排出体外,《素问·阴阳应象大论》曰:“故清阳出上窍,浊阴出下窍”,《素问·五脏别论》说:“夫胃、大肠、小肠……,此受五脏浊气,名曰传化之府……魄门亦为五脏使,水谷不得久藏……。”《难经·四十四难》:“大肠小肠会为阑门,会者合也,大肠小肠合会之处,分阑水谷精血,各有所归,故曰阑门也,下极为魄门,大肠者肺之腑也,藏其魄,大肠下名肛门,又曰魄门也……。”阑门相当于现代医学的回盲部,为大小肠的交界处,大肠之末称肛门,因肺与大肠相表里,肺主藏魄,故肛门又称魄门,为人体之下窍,肠胃道消化吸收而来的粪便即浊阴,经肛门而出体外,肛门本身无吸收功能。

以后各家医著对肛肠的生理功能也各有描述,如晋《针灸甲乙经》曾云:“肺合大肠,大肠者,传导之腑……,六腑者,传化物而不藏,故实而不能满。”在唐《备急千金方》中对此也作了形象地论述,它说:“肺合气于大肠,大肠者,为行道传泻之腑也,号监仓椽……。”“论曰肛门者,主大行道,肺大肠候也,号为通事令史……”,李东恒的《兰室秘藏》谈到:“夫大肠庚也,主津,本性燥,

清肃杀之气。本位主收，其所司行津，以从足阳明旺则生化万物者也……。”

综上所述，大肠为阳腑，主津主收，本性燥，为传导之官，变化出焉，其特点泻而不藏，实而不满，肛门为肺大肠之候，主行道，无化物之功，经曰魄门，亦为五脏史，水谷不得久藏。

(3) 关于祖国医学对肛肠病的病因病机学的认识：《素问·生气通天论》曰：“因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔。”“营气不从，逆于肉里，乃生痈肿。”《灵枢·百病始生》“……卒然多食饮则肠满，起居不节，用力过度则络脉伤，阳络伤则血外溢，血外溢则衄血，阴络伤则血内溢，血内溢则后血……。”由此可见，《内经》中十分强调饮食起居失调在肛肠发病中的作用，汉《金匮要略》云：“小肠有寒者，其人下重便血，有热者，必痔。”隋《诸病源候论》：“诸痔皆由伤于风湿，饮食不节，醉饱过度，房室劳伤，损于血气，致经脉流溢，渗漏肠间，冲发下部。……痔久不差变为痿也。”这里的“痔”多指肛痛而言，所谓的“风湿”乃泛指一切有关的外邪，从以上的观点来看，对肛肠病的病因病机的认识已经比《内经》时期全面了，以后的千百年间，各家各派医学在长期的摸索中又有了不断的发展。唐·王焘《外台秘要》：“此皆坐中寒湿，或房室失节，或酒饱过度所得，当时不为患，久久不差，终能困人。”宋《太平圣惠方》云：“诸痔皆由伤于风湿……。”“夫痔肛边生鼠乳者，由人脏腑本虚，内有积热，不得宣泄。流传于大肠之间，结聚所成也。此皆下元虚冷，肾脏劳伤，风邪毒热在内不散蕴蓄日久，因兹生疾。亦有饮食不节、醉饱无恒，恣食鸡猪，久坐湿地，情欲耽着，久忍大便，使阴阳不和，关格雍塞，风热之气下冲肛肠。”元·朱丹溪《丹溪心法》云：“痔者皆因脏腑本虚，外伤风湿，内蕴热毒，醉饱交接，多欲自戕，以致气血下坠，结聚肛门，缩滞不散而冲突为痔者。”明·陈实功《外科正宗》云：“夫痔者乃素积湿热，过食炙博，或因久坐而血脉不行，又因七情而过伤生冷，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，以致浊气瘀血流注肛门，俱能发痔。”它对肛肠疾病的病因病机作了概括性的阐述。清《医宗金鉴·外科心法要诀》又

说：“又有产后用力太过而生痔者。”“又有久泻、久痢而生痔者。”这些都对肛肠病因作了正确的补充。

总之，我国古代医学家认为痔瘕的罹患，主要是由人体阴阳失调、脏腑气血虚损，再加风、燥、湿、热等邪之作用及情志内伤，饮食起居不慎，职业等影响，致使气血失调，经络阻滞，瘀血浊气下注肛肠部而成。

(4) 关于肛肠疾病辨证施治原则的确立：肛肠外科作为中医外科独立的专科，它的辨证论治原则的确立是在《内经》之后，距今一千七百多年前。东汉张仲景著《伤寒杂病论》，经后世整理为《伤寒论》和《金匱要略》两部分。张氏在《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉治第十六》中说：“下血，先便后血，此远血也，黄土汤主之。”“下血，先血后便，此近血也，赤小豆当归散主之。”至此，肛肠疾病的辨证论治已经萌生了。唐、宋时期，对肛肠病的治疗有了很大的突破，唐代孙思邈的《千金要方》、《千金翼方》，王焘的《外台秘要》等书记载了大量的民间单方、秘方、验方以及他们对痔的治疗经验，其方法之广，技术之精，在世界医学史上是少见的。如《千金要方·卷第十八·大肠腑》曰：“气痔，寒温劳湿即发，蛇蛻皮主之。牡痔生肉如鼠乳在孔中颇出见外妨于更衣，鳖甲主之。牝痔，从孔中起，外肿五、六日，自溃出脓血，猬皮衣主之。肠痔，更衣挺出久乃缩，母猪左足悬甲主之……。”宋·窦汉卿著《疮疡经验全书》是中医外科论治肛肠病较为丰富的一部重要著作，他将古代的五痔按五脉之属发展为二十五痔，对痔瘕脏毒的证治有新的论述，提出了痔的内治法以“清热凉血、散瘀祛毒”为原则。元代著名医书《永类铃方》在1331年就对当时肛肠病的开刀、挂线等外治法作了重要记载，如说：“……瘰矣……刀线割剔之。”明确地指出了外治法在肛肠病根治上的重要性。比之以前对肛肠疾病偏重方药治疗又有了很大的提高。至明清时期，肛肠外科的辨证论治日趋完善，如明朝薛己《薛氏医案·外科枢要》中说：“痔属肝脾肾三经，此因醉饮入房，筋脉横解，精气脱收，热毒乘虚流注……初起焮痛便秘，或小便不利者，宜清热凉血，润燥疏风；若气血虚而寒凉伤损者，调养脾

胃，补精滋阴；若破而久不愈，多成痔漏。……大便作痛者，润燥除湿；肛门坠痛者，泻火除湿；小便涩滞者，清肝导湿。其成漏者，养元气，补阴精为主。”明·陈实功《外科正宗·痔疮论第三十》云：“常治法多用针刀、砒、线坠等法。”“三品一条枪治十八种痔漏。……痔变紫黑，方住插药。”三品一条枪为枯痔钉一类的线药，他大胆地提出了对肛肠疾病应该以外治为主，内服方药辅助治疗的观点，这对后世的痔瘕治疗很有启示意义。清·赵谦《医门补要》中将漏管挂线疗法描写得更为详尽，至今仍为肛肠外科使用而有实效的方法之一。清·王清任著《医林改错》提出了瘀血致病的理论，他的见解与现代医学观点比较相差无几。

(5) 关于肛肠病学的中药及方剂的发展，从《山海经》对西周时代一百多种药物的记载来看，其治病病种达38种，而痔、痢等外科、肛肠科疾病作为古代病种而记录下来。东汉时代的《神农本草经》对肛肠疾病的药物学也有所贡献，它收集了东汉以前有效药物365种，单治疗痔、脱肛、便下血者就有上、中、下三品二十一味，占其总数的百分之六。如黄芪，味甘微温无毒，主治痈疽久败疮，排脓止痛，大风癰疾，五痔鼠瘻，补虚和小儿百病。雄黄，气味苦平寒，有毒，主治寒热鼠瘻，恶疮疽痔。由唐至宋，民间使用药品种不断增加，这对肛肠疾病有效药物的临床应用大有促进。唐代在总结炼丹术的经验上，增加了白砒、硃砂等原料，改进了操作技术，炼制了红升丹拔毒封口、白降丹治疮疽等，对以后肛肠病之使用炼丹药物治疗痔瘕奠定了基础。宋《太平圣惠方》共1670卷，载方16834首，其中关于肛肠病的病理方药、食治等均有简要论述，并强调要重视整体与局部的关系，在痔瘕病上记载了使用白砒制剂的重要经验。宋朝许叔微《普济本事方》列专治痔漏肠风下血的槐角丸，直至现在，仍不失为治疗痔漏之良药，被广泛应用临床。明代李时珍的《本草纲目》标志着药物学的研究工作更加深入细致，在继承前人的基础上，加以系统的整理和总结，使治疗肛肠疾病方面的药物更为丰富。

以上这些简要事实，足以说明我国历代劳动人民在同疾病作

第二章 肛管和直肠外科的解剖学

早在明代的《证治要诀》一文中已对肛门直肠的一些结构作了简单的记载,有曰:“肛门者,大肠之下截也;一曰广肠,意其广阔于大小肠也。”此段文字较简明扼要地将肛门直肠范围划分说了一个大体。这对于我们今天治疗肛肠疾病奠定了一定的基础,下面我们分别将肛门直肠结构再根据现代外科学的解剖知识简要介绍如下:

一、肛 管

肛管

从肛门到齿线的一段,长约 2.5 厘米,其直径在排便时扩张约有 3 厘米,上接直肠,周围有内、外括约肌、提肛肌的环绕,在肛管的两侧是坐骨直肠窝,肛管前,男性是尿道及前列腺;女性则是阴道及子宫颈(见图 1)。

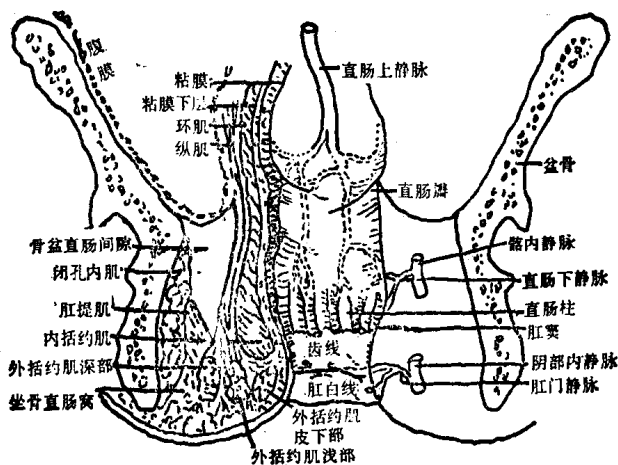


图 1 肛门直肠纵切面

括约肌间沟(即肛门白线) 距肛缘上方约1厘米,位于内括约肌下缘与外括约肌皮下部的交界处,肛指可以触知,它是一个重要的临床标志,此沟内有来自联合纵肌的肛门支持,结构若被破坏,易引起脱肛(见图2)。

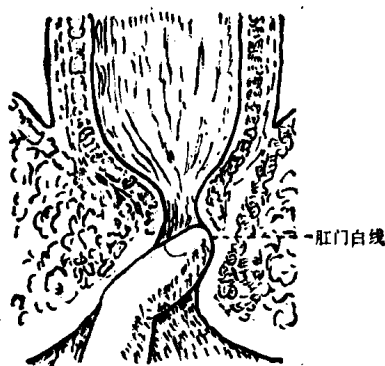


图2 手指在肛管内摸到肛门白线

肛乳头 位于直肠柱下端,即肛管和直肠连接处约2~6个,沿齿线排列呈三角形小隆起,高0.1~0.3厘米,肥大时可达1~2厘米,由纤维结缔组织组成,有时受大便的摩擦亦会发炎或在便后脱出肛外。

栞膜 是指齿线与括约肌间沟之间的肛管上皮而言,与肛周感染有较密切的关系,先天或后天造成的肛管狭窄症,肛裂均好发于此,低位肛瘘内口也常发生在此区。

栞膜带 是栞膜下一种病理性纤维组织环状带。它束缚肛门括约肌和肛管上皮,使之失去弹性,在大便时由于努张,可形成肛裂,临床上用栞膜带切断术治疗慢性肛裂,即根据此原理。

齿线

齿线又称梳状线,位置在肛管和直肠的连接处,故有人称肛门直肠线,距肛门缘约3厘米,线以上是直肠,线以下是肛管(见图3)。

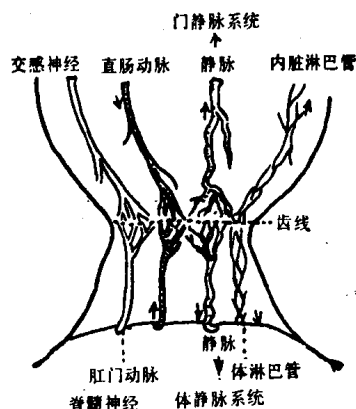


图3 齿线上下神经血管淋巴分布示意图

齿线上下明显的组织结构

	齿 线 上 部	齿 线 下 部
来 源	内胚层	外胚层
上 皮	单层立方或柱状上皮(直肠粘膜)	移行扁平上皮和复层扁平上皮(肛管上皮)
神 经	内脏神经(痛觉迟钝)	躯体神经(痛觉敏锐)
动 脉	直肠上动脉(肠系膜下动脉分支)	肛门动脉(阴部内动脉分支)
静 脉	直肠上静脉→门静脉→	肛门静脉→下腔静脉→
淋 巴	内脏淋巴结	腹股沟淋巴结(躯体淋巴结)
临床意义	直肠癌细胞扩散方向主要沿痔血管向上至腹主动脉淋巴结	肛管皮肤癌细胞扩散方向主要沿腹股沟淋巴结转移

括约肌群

肛门括约肌主要包括外括约肌、内括约肌、提肛肌三部分。兹将三肌的不同功能及临床意义列表如下：

名 称	组 织 结 构	功 能 意 义
外括约肌	外括约肌又分皮下部、浅部及深部、属随意肌，受脊神经支配	具有控制大便，维持肛门自制的作用
内括约肌	围绕肛管的上部，是直肠环肌的延续，属不随意肌，受植物神经支配	具有帮助大便的排泄，但没有括约肛门的功能
提 肛 肌	位于肛管的两侧，是一个薄而阔的肌肉，附着骨盆的内面两侧，提肛肌连合成漏斗状	能使直肠下部和肛管收缩，帮助排便，还具有闭合肛门的作用，一旦受损，则致直肠脱垂。

二、直 肠 部 分

直肠

直肠位于盆腔内，向下移行至肛管，直肠与乙状结肠连接处肠腔较小，是整个大肠最狭窄处，自此以下逐渐扩大称直肠壶腹，下段又较狭。直肠全长约 12~15 厘米，新生儿直肠的长度约为成人的一半，直肠是由交感及副交感神经支配，故一般没有痛觉(见图

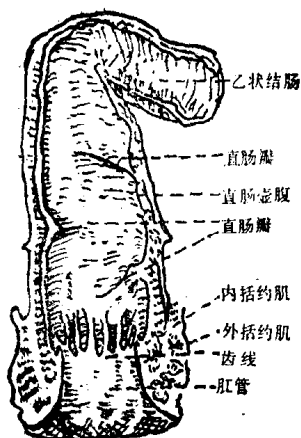


图4 直肠

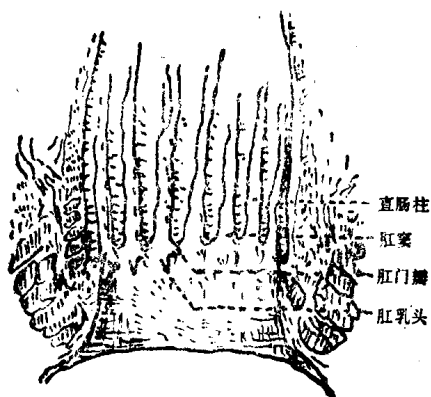


图5 肛瓣、肛窦、肛乳头位置

4~5)。

功能:直肠没有消化作用,但能吸收粪便中少量的水分,还分泌一种粘液,使直肠润滑而可帮助大便的排出。

直肠柱

直肠柱又称肛柱,在直肠壁的内面,为肠腔内壁垂直的粘膜皱壁,痔内静脉丛即位于此内。

直肠瓣

直肠瓣是直肠壶腹内呈半月形的粘膜横皱壁,有上、中、下三个,似把直肠隔成三个部分。它在粪便通过时,具有防止粪便逆行的功能。

肛隐窝

位于肛柱之间、肛瓣之后的小憩室。由于它呈漏斗形,上宽下窄,故具有储存粘液、润滑排便的作用,但由于该处常积粪屑杂质,故又易发生感染,致肛隐窝发炎。

第三章 肛肠疾病的病理解剖学

肛肠疾病是指肛门、直肠、结肠和回盲部的疾病。基于其解剖上的特点，肛肠疾病的表现却是复杂多样的，并具有一定的特殊性。从病理解剖学看这些疾病按其病理本质可分为四大类：

- (1) 痔核：局部血液循环障碍。
- (2) 肛肠炎症性疾病：肛痿、肛周脓肿、溃疡性结肠炎、局限性肠炎、肠结核等。
- (3) 肿瘤性疾病：直肠腺瘤、结肠腺癌、鳞状细胞癌、恶性黑色素瘤等。
- (4) 其它：先天性畸形等。

一、痔

直肠下端及肛管粘膜下痔静脉丛发生曲张、瘀血所形成的柔软的圆形突出物称为痔，或称痔核。

其病理本质是肛、直肠下端的局部血液循环障碍。主要包括三个方面：①局部血流变慢和血量增多引起瘀血。②血管内容物的改变而引起血栓形成。③血管壁渗透性改变而引起出血和水肿。

瘀血(静脉性充血)

当静脉回流受阻时，静脉血回流减少，血液瘀积在小静脉及毛细血管内引起局部组织血量增多称为静脉性充血(瘀血)。

(1) 基本病变：见小静脉及毛细血管扩张、充血、局部血量增加、压力升高、血流缓慢、血液中还还原血红蛋白量增多。

瘀血的体积增大、质地较实，表面和切面呈暗红色或紫红色，局部皮肤呈紫蓝色，切开时有不少暗红色的血液流出。

(2) 镜下：局部小静脉，毛细血管显著扩张、充血、数目增多。组织内可见水肿，有时有少量出血。

如瘀血原因及时解除或侧枝循环形成，组织可以逐渐恢复正常。如瘀血持续存在则血流不畅，组织细胞因缺氧和代谢产物的堆积可引起：①实质细胞变性，重则坏死；②间质的纤维细胞增生（纤维化）；③血管壁通透性增高，加上小静脉及毛细血管内压的增高，血浆漏出到组织间隙中引起水肿。严重时红细胞亦可漏出。

血栓形成

活体内、血管内血液成分的凝集和凝固过程称为血栓形成，凝固的固体物质称血栓。

血液凝固是一个复杂的生理过程，要有多种因子参与，正常情况下，血液凝血过程和抗凝血过程处于动态平衡，当平衡遭到破坏时，即可引起病变——血栓形成或出血。

(1) 血栓形成的原因和条件

血管内膜的损伤：血管内膜因炎症、硬化或被恶性肿瘤侵犯受到损伤时，由于①内皮细胞的损伤，使细胞表面电荷发生改变，容易吸引带负电荷的血小板沉积、聚集；②表面粗糙不平，使血流的轴流发生紊乱，血小板容易沉积下来；③暴露了胶原纤维使Ⅶ因子激活，促使血液凝固。

血流缓慢或不规则：为血栓形成提供时间和条件，使凝血物质得以积聚；导致轴流紊乱，消失，甚至形成涡流，有利于血小板的析出和沉积。

血液成分的改变：血小板和凝血因子的质和量改变，可促使血栓形成。

在每一个具体血栓形成过程中，上述三个因素往往同时存在，互相影响，但某一因素可引起主要作用，在痔血栓形成中，第①、②因素是主要的，例如：长期便秘使痔静脉丛受压，血流缓慢，血管内皮损伤，血液凝固性增高，容易有血栓形成。

(2) 血栓形成的过程和类型

血栓头或白色血栓：血小板从血流中不断地析出，粘附于血管壁内皮损伤处，并互相聚集，其结构由疏松到致密，形成一个白色小丘，这就是血栓的头部——白色血栓。

血栓体或混合血栓:白色血栓增长形成若干小梁,呈分枝状。在血小板小梁中间,由于血液的凝固,密布着排列紧密的纤维素网,其间网络了多少不等的红细胞,因而形成红白交替的混合血栓(血栓体)。

血栓尾或红色血栓:由于血栓继续不断地增长,使血管腔闭塞血流停滞时,局部血液迅速凝固成均匀红色的凝块,此即血栓尾——红色血栓。

(3) 血栓的转归

软化:血栓形成后,白细胞的崩解释出大量蛋白酶,凝固的蛋白质被溶解称为血栓软化。

机化:是指血栓附着处的管壁向血栓长入富有毛细血管的结缔组织,逐步代替血栓的过程。

再通:在血栓机化基础上形成小血管,使原来已阻塞的血管重新恢复血流的过程。

钙化:如血栓没有软化和机化,则在血栓中发生钙盐沉着,成为硬块,在静脉中称为“静脉石”。

(4) 血栓形成的意义:

血管破裂时血栓形成有助于止血。但血栓形成亦可阻塞管腔导致缺血,例如痔核血栓形成时,常因缺血而致剧烈疼痛;不完全性阻塞则导致瘀血,可加重痔的发展。

水肿和出血

体液在组织间隙内储留过多称为水肿。血液从血管内流到血管外称为出血。

(1) 发病机理:在生理情况下,血浆液体成分不断地经毛细血管动脉端滤出成为组织间液,而组织间液又不断地从毛细血管的静脉端回流入血,两者处于动态平衡。维持这种平衡的因素有:毛细血管压;组织液的胶体渗透压;组织液的组织压(液体静压);血浆胶体渗透压。

当体液从毛细血管进入组织间隙量增加,而从组织间隙回流入血量减少时,体液在组织间隙内积聚过多即引起水肿。

在痔形成过程中, 由于①毛细血管压升高, 静脉回流受阻, 使静脉瘀血压力升高, 体液从毛细血管内向外流出增加; 回流入血减少, 故痔核因含组织液过多而肿胀。②毛细血管壁通透性增多。正常情况下, 水和晶体物质能自由地通过毛细血管壁, 但血浆蛋白不能通过。但病理情况下如循环不良, 长期瘀血、缺氧时, 由于组织内酸性产物的积聚, 毛细血管通透性增高, 大量体液从血管漏入到组织内。如果, 毛细血管壁严重受损, 则不仅血浆蛋白可漏出, 红细胞也可以从血管漏到血管外, 此即渗出性出血。

(2) 水肿组织的特点: 组织体积增大, 肿胀湿润, 颜色苍白, 弹性减退, 切开时有液体流出。镜下可见组织间隙增宽。水肿组织的抵抗力减低。因而容易继发细菌感染。

痔的分类

可分成内痔、外痔、混合痔。

(1) 内痔: 位于齿状线以上, 好发于截石位, 3, 7, 11点, 是直肠上静脉丛曲张的结果。

(2) 外痔: 位于齿状线以下, 好发于截石位 3, 7, 9, 11 点, 是直肠下静脉丛曲张所致。

(3) 混合痔: 由于直肠上、下静脉丛之间有着丰富的吻合支, 因而其中一个静脉丛的瘀血、曲张就有可能波及到另一静脉丛, 致使内外痔混合发生, 称为混合痔。

按病理形态 分成下列几种:

(1) 静脉曲张性痔: 是痔的早期, 也是痔的基本病变, 表现为大量静脉丛扩张瘀血, 局部静脉、毛细血管数目增多, 管壁变薄, 腔内充满血液。

(2) 血栓性痔: 除上述静脉曲张瘀血病变外, 在部分静脉内可看到血栓形成, 两者常属混合血栓。血管壁呈纤维性增厚, 所以管壁厚薄不均, 管壁弯曲。血栓形成时因阻塞管腔连成局部组织缺血, 缺氧而致明显疼痛, 2~3天后才见缓解。

(3) 结缔组织性痔: 由于瘀血, 缺氧以及继发感染的反复发作, 使局部组织静脉丛数目减少甚至闭塞, 静脉管壁呈纤维性增