

基层中医临证必读大系

肛肠科分册

李国栋 主编

(京)新登字 175 号

图书在版编目(CIP)数据

肛肠科分册/李国栋主编. —北京:中国科学技术出版社,
1994. 10

(基层中医临证必读大系/程昭寰, 阎孝诚主编)

ISBN 7-5046-1754-7

I. 肛… II. 李… III. ①肛门病证(中医)—中医治疗法—
普及读物②肠疾病—中医治疗法—普及读物 IV. R256.39

中国版本图书馆 CIP 数据核字(94)第 09047 号

中国科学技术出版社出版

北京海淀区白石桥路 32 号 邮政编码:100081

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京密云县印刷厂印刷

※

开本:850×1168 毫米 1/32 印张:4.625 字数:122 千字

1995 年 1 月第 1 版 1995 年 1 月第 1 次印刷

印数:1—5000 册 定价:6.90 元

目 录

前言
凡例

上篇 总 论

第一章 中医肛肠病学发展简史.....	(1)
第二章 中医肛肠病的病因病理.....	(6)
第三章 中医肛肠病的四诊	(11)
第一节 望诊	(11)
第二节 闻诊	(12)
第三节 问诊	(12)
第四节 切诊	(14)
第四章 中医肛肠病检查法	(15)

下篇 各 论

第一章 内痔	(19)
第二章 外痔	(36)
第三章 内外痔	(43)
第四章 肛囊炎	(47)
第五章 肛痛	(54)
第六章 肛瘻	(66)
第七章 肛裂	(76)
第八章 直肠脱垂(脱肛)	(83)
第九章 肛门顽湿	(89)
第十章 肛门瘙痒症	(96)
第十一章 肛门疣赘.....	(102)
第十二章 直、结肠息肉(息肉痔)	(108)
第十三章 大肠癌.....	(115)
附:方剂索引	(122)

上 篇 总 论

第一章 中医肛肠病学 发展简史

祖国医学对痔瘕专科的发展有很大贡献。国外学者在讨论痔瘕学科发展史时,常常引用我国古代的大量文献,公认在古代、中世纪及现代中国对痔瘕专科的发展做出了重要贡献。

春秋战国(公元前 770 年~公元前 221 年)时期,我国医学家就提出“痔”“瘕”的病名,后为世界医学所采用,沿用至今。痔、瘕病名的提出,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”。同书中山经有:“仓文赤尾,食者不痢,可以为瘕。”

《庄子·列御寇》有:“秦王有病召医,破痈溃痤者,得车一乘,舐痔者,得车五乘。”《韩非子》有:“内无痤疽痒痔之害。”《淮南子》有:“鸡头已瘕。”从这些记载可见,战国时期对一些常见肛门直肠病已有相当认识。1973 年长沙马王堆汉墓出土的《五十二病方》(估计抄成不晚于秦汉)载有“牡痔”“牝痔”“脉痔”“血痔”“胸痒”(肛门痒)、“巢者”(肛门瘻管)、“人州出”(脱肛)等多种肛肠病及其治法。如治“牡痔……系以小绳,剖以刀”的结扎切除法。治痔瘕“巢塞直者,杀狗,取其脬,以穿签,入直(直肠)中,炊(吹)之,引出,徐以刀去其巢”的牵引切除法。治“牡痔之有数窍,蛲白徒道出者方:先道(导)以滑夏铤(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,以傅之。燔小隋(楠)石,淬醢中,以熨”的敷布法和热熨法。都是世界上最早记载的肛肠病手术疗法及保守疗法。

《内经》对肛肠解剖、生理、病理等有详细论述。如《灵枢·肠胃篇》记述了回肠(结肠)、广肠(直肠)的长度、大小、走行。《素问·灵兰秘典论》记述了：“大肠者，传道之官，变化出焉。”《素问·五脏别论》有：“魄门(肛门)亦为五脏使，水谷不得久藏。”对大肠肛门主要功能已有正确认识。《素问·生气通天论》有：“筋脉横解，肠澼为痔。”首先提出痔是血管弛缓、血液瘀滞潴积的见解。《灵枢·水胀篇》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，息肉乃生。”最早提出了肠道息肉的病名。《灵枢·刺节真邪篇》有：“寒与热相搏，久留而内著……有所结，气归之，不得反，津液久留，合而为肠溜，久者数岁乃成，以手按之柔。已有所结。气归之，津液留之，邪气中之，凝结日以易甚，连以聚居，为昔瘤，以手按之坚。”最早描述了肠道肿瘤。《内经》还对便血、泄泻、肠澼、肠覃等肛肠疾病作了论述。《五十二病方》已有“蛲白”之名。《灵枢·厥病篇》又说：“肠中有虫瘕及蛟蛭。”蛟音回，与虻、蛔音义同。《说文解字》曰：“腹中长虫也。”这是对肠道寄生虫的最早描述。

《难经》首载了肛门的解剖：“肛门重十二两，大八寸，径二寸大半，长八尺八寸。”

《神农本草经》首载了脱肛病名。

东汉·张仲景在《伤寒论》中首创了肛门栓剂和灌肠术。他发明的蜜煎导方，以食蜜炼后捻作挺，令头锐，大如指，长二寸许，冷后变硬，内谷道(肛门)中，即是治疗便秘良好的肛门栓剂。他又用土瓜根及大猪胆汁灌谷道中以通便，发明了灌肠术。由晋·葛洪(261~341年)《肘后备急方》“治大便不通，土瓜根捣汁。筒吹入肛门中，取通”的记载来看，当时已有了灌肠器——“筒”。《伤寒杂病论》中还下利、便脓血、便秘(脾约)、便血、肠痈、蛔厥、痔等大肠肛门病，确立了辨证论治、立方用药的原则。

晋·皇甫谧(215~282年)《针灸甲乙经》记述了针灸治疗脱肛、痔等肛肠病的方法。首载了“凡痔与阴相通者，死”，这是对肛肠病合并阴道、尿道病的最早论述。

隋·巢元方《诸病源候论》(610年)详列痢候四十种，对肠道

病进行了较全面记述,对一些肛肠疾病认识也比较深入。如脱肛候有:“脱肛者,肛门脱出也。多因久痢后大肠虚冷所为。”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,轻者但痒也。蛲虫状极细微,形如今之蜗虫状也。”痔病诸候中,指出了五痔是牡痔、牝痔、脉痔、肠痔、血痔。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,两手抱犊鼻下,急挽向身极势,左右换易四七,去痔五劳三里气不下。”

唐·孙思邈(581~682年)《千金要方》《千金翼方》首载了用鲤鱼肠、刺猬皮等治痔的脏器疗法。以鼻、面、舌、口唇出现的粟疮、斑点诊断肠道疾病及寄生虫的经验。王焘《外台秘要》引许仁则论痔:“此病有内痔,有外痔,内但便时即有血,外无异,”已科学地将痔分为内外两种论治。该书引《古今录验》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。

宋、元、明三代,我国肛肠专业有了很大发展。首先是宋《太平圣惠方》(982~992年)创造了将砒溶于黄蜡中,捻为条子,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。南宋《魏氏家藏方》(1220年)进一步详载了使用枯痔散的具体方法和过程。从明《普济方》(1406年)记载的宋朝痔科专家临安曹五为宋高宗用取痔千金方治愈痔疾,而官至观察使的故事来看,宋代已出现治痔痿的专家和专科。在诊断和分类方面,宋代也有较前深入的认识,如《太平圣惠方》将痔与痔痿分列两章论述,指出:“夫痔痿者,由诸痔毒气,结聚肛边,有疮或作鼠乳,或生结核,穿穴之后,疮口不合,时有脓血,肠头肿痛,经久不差,故名痔痿也。”对肛门痿管的形成及主症已论述较详。南宋《疮疡经验全书》(1281年)在五痔基础上进一步将痔分为二十五种,虽似过于复繁,但反映了作者对肛门病研究的细致和深

入。如提出的“子母痔”等,正确反映了痔核之间的关系,为后世所沿用。

明·徐春甫《古今医统大全》(1556年)引《永类铃方》肛瘻挂线术,为肛瘻的治疗开创了新路。他说:“予患此疾17年,遍览群书,悉遵古治,治疗无功,几中砒毒,寝食忧惧。后遇江右李春山,只用芫根煮线,挂破大肠,七十余日,方获全功。病间熟思,天启斯理。后用治数人,不拘数疮,上用草探一孔,引线系肠外,坠铅锤悬,取速效。药线日下,肠肌随长,僻处既补,水逐线流,末穿疮孔,鹅管内消。”高位复杂性肛瘻手术后可引起肛门失禁等后遗症问题,现代医学至今尚无满意疗法解决。而挂线之法却无此弊,这一疗法充分反映了我国医家的聪明才智。

明·陈实功《外科正宗》(1617年)较全面总结了前代的外科成就,对肛肠病以痔疮、脏毒立篇论述,提出了一套内外兼治,辨证施治的较完整方法,其方药至今仍为临床习用,对后世影响较大。书中发展了枯痔疗法、挂线疗法,提出了许多新的内服外用方药,还专对结核性肛瘻、肛门病兼杨梅下疳、砒中毒的防治等作了论述。如说:“又有虚劳久嗽,痰火结肿肛内如粟者,破必成漏,沥尽气血必亡。”这是对全身结核病并发肛瘻的具体描述。

明·薛己《薛氏医案》(1528年)提出肛肠病的发生与局部气血运行不足有关。他说:“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,中年后尤虑此患(指脏毒、痔、瘻)。”这种见解与近代学者依据动物无痔病和通过解剖学观察,认为痔是人类直立后,局部进化未跟上,易产生静脉回流受阻,血流运行阻滞,而致生痔的观点似有相同之处。

清代在学术方面虽乏创新,但在整理文献,深入观察方面仍做了不少工作。其中以祁坤的《外科大成》(1665年)较有贡献,如说:“锁肛痔,肛门内外如竹节锁紧,形如海蜃,里急后重,便粪细而带扁,时时流臭水;此无治法。”可以认为是对肛门直肠癌的生动描述。又有:“钩肠痔,肛门内外有痔。折缝破烂,便如羊粪,粪后出血秽臭大痛。”可以认为是对肛门裂的具体描述。清《古今图书集成·

医部全录》(1723 年)系统整理了历代文献,其所集治痔方法就有内治、外治、枯痔、结扎、熏洗、熨贴、针灸、导引等十余种。所载内服方就有 242 首,单验方 317 首,计 559 首。为研究工作提供了方便。值得提出的是,高文晋的《外科图说》(1834 年),绘有我国自己创造设计的多种手术器械,其中肛肠科器械有: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。

赵濂的《医门补要》(1883 年)对肛瘘挂线,异物入肛、先天性无肛门症的手术方法有进一步的改良和发展,反映出我国肛肠外科在清代有新的进展。

从这些史料中可以看出,我国古代和中世纪对肛肠学科的发展有独特贡献,曾居于世界领先地位。唐宋时期,这些方法就传到了东南亚国家及波斯等国,痔、瘻等我国提出的病名,被世界医学所采用。枯痔疗法、肛瘘挂线疗法等我国独创的治疗方法,解决了肛肠疾病治疗中的一些难题,对世界肛肠学科的发展作出了很大贡献。今天,只要我们很好地继承这些宝贵遗产,并通过我们的实践加以提高,就完全有可能对世界肛肠学科发展做出新的贡献。

(李国栋)

第二章 中医肛肠病的病因病理

祖国医学认为,肛肠病的病因,主要是外感六淫,内伤七情,饮食不节,劳逸失当,体质虚弱,瘀血阻滞,导致人体脏腑受损,阴阳失调,气血不畅,从而产生肛肠疾病。

一、外感六淫

(一)风邪侵袭: 风为春季的主气,但一年四季均可发生。风者善行而数变,风为阳邪,其性开泄,易伤阴液。风邪内客肠道,则可致肠风下血;其色鲜红,点滴而下或呈喷射状,且时发时止;风邪浸淫肛周肌肤,导致营卫不和,则可出现肛门瘙痒;风邪伤肺,可使肺气宣肃功能失常,出现咳嗽气喘,继而可产生脱肛、排便异常;风伤中焦则可出现腹泻下利,故《素问·风论》中有:“久风入中,则为肠风飧泻。”

(二)寒邪凝滞: 寒为冬季的主气,寒为阴邪,易伤阳气,阳气受损,失去正常的温煦气化作用,则可出现机能减退的寒证。若寒邪直中脾胃,脾胃受损,就有脘腹冷痛、呕吐腹泻的反应;若脾胃阳虚,机能衰退,温运无力,则可出现下利清谷或滑脱不尽、脱肛等病症。

寒性凝滞,若阳虚而阴寒偏盛,则可使气血滞涩而不行,产生疼痛症状,临床常见的病程较长的阴性肿块,可由经脉气血受到寒邪凝闭阻滞,阳气不振所致。

(三)湿邪下注: 湿邪重浊粘滞,易于阻碍气机,使之升降失常;经络阻滞。肛肠疾病,湿邪为患最为多见。肛门位于下消化道之末端,又称坤道。在生理上,肛周皮肤腠理疏松,容易生湿,而肛肠疾病自身也可滋长湿邪,而湿邪有趋下之特点,如肛痿、脱肛可使滋水淋漓不断,肛周经常潮湿。

湿热下注大肠，肠道气机不利，既可发生腹泻，也可致使经络阻滞，瘀血凝聚，癖积留滞，附于肠壁，产生直肠息肉或恶性肿瘤；湿与热结，下迫肛门，致使气血瘀滞，筋脉横解，发生痔疮；湿热蕴结肛门，酿腐成脓，形成肛痛。

（四）燥邪劫灼：燥为深秋之气，以其天气不断敛肃，空气中缺乏水分的濡润，以致出现秋凉而劲急干燥的气候。燥有外燥、内燥之分。外燥由感受外界燥邪而发病；内燥多由汗、下太过，或精血内夺，以致机体阴津亏虚所致。燥邪干涩，易伤津液，表现为口鼻干燥，咽干口渴，大便干燥或秘结，肛门开裂、疼痛。故《医宗金鉴》曰：“肛门围绕，摺纹破裂，便结者，火燥也。”《素问·阴阳应象大论》称“燥胜则干”，刘完素《素问·玄机原病式》也云：“诸涩枯涸，干劲皴揭，皆属干燥。”另外，燥易伤肺，常可出现干咳少痰或痰中带血，大便干燥难解，肛门皴裂疼痛的肺燥肠闭症。

（五）火（热）灼肠络：火热为阳盛所生，故火热可以混称。火热为阳邪，其性上炎，其伤于人，多见高热，烦渴、汗出、脉洪等症。若疮疡火毒内陷，扰乱神明，则可出现心烦、失眠、烦躁妄动，神昏谵语。火热之邪，最易迫津外泄，燔灼阴液，使人体的阴津耗伤，故其临床表现除有热象外，往往伴有口渴喜饮、咽干舌燥、大便秘结、小便短赤等津伤液耗的症状。火热之邪，可使血流加快，甚至迫血妄行，故痔疮、肛裂、直肠息肉的出血，常由火热迫血妄行所致。火热入于血分，不仅能迫血妄行而致出血，且可聚于局部，腐蚀血肉而发为痈肿疮疡。所以《灵枢·痈疽》曰：“大热不止，热甚则肉腐，肉腐则为脓，故名曰痈。”许多肛肠疾病的急性期，都表现有火热的证候，如急性肛门脓肿、炎性外痔、肛周化脓性汗腺炎等。而肠结核、结核性肛瘘，则可表现为五心烦热，失眠盗汗，局部疼痛，低热绵绵等阴虚火旺证。

综上所述，六淫致病以风热燥湿最为常见，故《医宗金鉴》说：“痔疮形名也多般，不外风湿燥热源。”

二、内伤七情

喜伤心。喜则气缓，可致气血运行无力，继而产生气滞血瘀，筋

脉横解，肠道阻滞，这可能与痔病的发生有一定的关系。

怒伤肝。过于愤怒，可使肝气的疏泄功能失常，横逆或上冲，日久可化火伤阴，导致肠燥便秘。若阴虚火旺，炼液为痰，还可出现痰湿阻滞脉络，可发生结核或肿瘤。

忧思伤脾。脾的运化功能失常，气血生化之源不足，可出现脘腹胀痛、大便不调、脱肛等病症，也可发生湿邪停聚，经络阻滞，发生痔疾。若湿邪郁久化热，蕴于魄门，则可能产生肛痛。

悲则伤肺。过度的悲哀，以致意志消沉，肺气耗伤，继而大肠气虚，可能出现脱肛、内痔脱出，或因传导失职，产生便秘、腹泻。

惊恐伤肾。若肾的阴精亏耗，肾水不足，则大便艰涩，肛门疼痛；若肾阳不足，则可见虚寒泄泻，甚则滑脱不尽。

三、饮食不节

饮食不节，主要指饥饱失常和饮食偏嗜。

（一）饥饱失常： 饮食以适量为宜，饥饱就会发生疾病。过饥则由摄食不足，而致气血生化之源不足，气血得不到足够的补充，久则亏损而为病。因其它疾病而致脾胃虚弱，饮食减少、气血不足的病证，可进而导致腹泻、脱肛、痔疮等肛肠疾病的发生。

过饱可导致脾胃的损伤，产生肛肠疾病。《素问·生气通天论》说：“因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔。”《素问·痹论》说：“饮食自倍，肠胃乃伤。”过饱以后，易致经脉壅滞，久则扩张成痔。故《东医宝鉴》说：“盖饱食则脾不能运，食积停聚大肠，脾土一虚，肺金失养，则肝木寡畏，风邪乘虚下注，轻则肠风下血，重则发为痔瘻。”

（二）饮食偏嗜： 饮食要适当调配，才能起到全面营养人体的作用。若任其偏嗜，则易引起部分营养物质缺乏或机体阴阳的偏盛偏衰，从而发生疾病。如过食生冷，则易损伤脾阳，寒湿内生，发生腹痛、泄泻等证；若过食肥甘厚味，以致湿热痰浊内生，气血壅滞，常可发生痔疮下血、肛痛等病证。《素问·生气通天论》说：“膏粱之变，足生大丁”；若过食辛辣刺激性食物如葱、蒜、辣椒，或嗜酒无度，即可动火损伤血络，产生便血（血色鲜红），又可化燥伤阴，产生便秘、肛门疼痛。故《太平圣惠方》载有：“夫酒痔者，由人饮酒过度，

伤于肠胃之所成也。夫酒性酷热，而有大毒，酒毒溃于脏腑，使血脉充溢，积热不散，攻壅大肠，故令下血。”

四、劳逸失当

若长期负重远行，或久站、久坐、久蹲可诱发痔疾的产生。《医门补要》说：“盖劳碌忍饥，或负重远行，及病后辛苦太早，皆伤元气，气伤则湿聚，湿聚则生热，热性上炎，湿邪下注，渗入大肠而成漏，时流脓水。”

若过度安逸，缺乏活动，也可使气血运行不畅，脾胃功能呆滞，机体抵抗力下降而产生肛肠疾病；如恣情纵欲，房劳过度，每易耗伤肾精，除了可产生腰膝酸软、眩晕耳鸣、遗精滑浊、月经不调等病外，也可出现痔疮下血、大便秘结、肛门疼痛等肛肠疾病。《外科启玄》说：“夫痔者滞也，盖男女皆有之。富贵者因于酒色，贫贱者劳碌饥饱，僧道者食饱而久坐。”

五、体质虚弱

(一)禀赋不足：先天发育不全、气血虚弱之患儿，常可发生腹泻、脱肛。另外，痔疾可能还与遗传因素有关。《疮疡经验全书》说：“人生素不能饮酒亦患痔者，脏虚故也。亦有父子相传者。”即指出痔疾的产生与脏腑本虚(先天不足)和遗传因素有关。

(二)后天调摄失宜：后天各种因素所致的气虚、血虚、气血两虚、血瘀均可产生肛肠疾病。

1. 气虚：气虚常可表现为肿物脱出、大便出血、排便无力等，主要以脾胃功能失常，中气不足为主。也有因妇人生育过多，小儿久泻、久痢，老年气血不足，机能衰退以及某些慢性病而继发，皆能导致中气不足而生痔疾。《医宗金鉴》说：“又有产后用力太过而生痔者。”“又有久泻、久痢而生痔者。”此外，气虚无力推动血行，继而可产生血瘀，阻滞经脉，可产生痔疾、痼疽、息肉等肛肠疾病。

2. 血虚：血虚常因失血过多或脾胃功能失常，以致生化之源不足统摄无权而流溢。间断性大便出血，是痔疾的一个主要症状，因此痔疾患者常有继发性贫血。而血虚可生燥，燥则耗伤津液，可致肠腑失润，大便干燥难解，肛管溃破疼痛。如失血过多，可引起气血

两虚,则五脏六腑失于温煦和濡润,抗病能力下降,致使肛周易于感染,肿疡难消、难溃、难敛。

六、瘀血阻滞

瘀血主要由于气虚、气滞、血寒等原因所致。肛肠疾病常见的瘀血病证,主要是瘀血阻滞于肛肠局部,表现为肛门疼痛剧烈,局部可见青紫色之瘀块瘀点。血栓性外痔、静脉曲张性外痔、嵌顿性内痔,均可见到瘀血阻滞的证候。因此,瘀血也是引起肛肠疾病的一个重要因素。

综上所述,肛肠疾病的发生与六淫所伤,情志刺激,饮食不节,劳逸不当,体质虚弱,瘀血阻滞有关,病变的部位主要在肛门、大肠,但又与肺、脾、肾三脏有关,因肛门大肠的正常生理功能依赖肺气之宣肃,脾气之升清,肾气之开合,如果肺、脾、肾三者病变,均可引起肛肠疾病。

(李国栋)

第三章 中医肛肠病的四诊

望、闻、问、切四诊是中医诊察疾病的重要手段，各有其独特作用，不能互相取代，临床应用时必须四诊合参，才能全面而系统地作出正确的判断。肛肠疾病虽发生于局部，但与整体有着密切的联系。在诊察中，要将局部的症状和体征与整体相结合，才能全面正确地认识疾病。现将四诊在肛肠科的特殊应用分述如下。

第一节 望 诊

一、望局部病变

(一)望皮肤颜色及形态： 肛周皮肤红赤，局部肿胀明显，多为肛痈，系热毒炽盛、气血壅滞的阳证、热证。若肛周肿块皮色不红，根脚较大，漫肿无边，疼痛不显者，都为疽证，常为气血不足或寒痰壅滞之阴证、寒证。若肛周皮肤灰白而潮湿，为湿邪浸淫肛周肌肤之慢性肛门湿疹；肛周皮肤发红而潮湿，为湿热下注肛周肌肤之急性肛门湿疹。肛周皮肤呈圆形或椭圆形隆起，表面发紫，是为瘀血。肛门皮肤粗糙伴有瘙痒，常为血虚风燥。肛周有溃口，或周围有肉芽突起，常为肛痈以后余毒未尽。若肛门周围瘻口较多，视之发黑，触之有大片硬结，多为湿毒久羁，气血瘀滞。若肛门周围有小肉突起常为湿毒蕴结之尖锐湿疣。若肛管溃疡颜色暗淡，多为气血不足。若溃疡颜色鲜红，灼热疼痛，都为热盛肠燥。

(二)望脱出物： 脱出物色红或紫，嵌顿肛缘，系实证，多由湿热下注，气血不畅所致；脱出物色淡红，或表面肥厚增生，多为虚证，常由脾虚，中气不足，承托无力所致；脱出物色紫暗，多为气血受阻之瘀血证。

(三)望分泌物： 脓液稠厚，提示气血充盈；脓液清稀，常为气血不足。

(四)望便血:便血色鲜红,质地稠厚,常为实热证;色淡红,质稀薄,常为虚寒证;便血暗红不伴粘液者多为虚证;暗红伴有粘液,多为湿热证。

二、望舌象

(一)望舌质:舌淡白,主虚寒证,为阳气虚弱,气血不足之象,长期便血之患者,可见此舌;舌红主热证,若舌红苔黄主实热证,可见于肛痈中期、肛瘘继发感染以及部分肛周皮肤病患者;舌红少苔则主虚热证,舌绛主内热阴虚证,多见于慢性肛裂及结核性肛瘘,若肛痈见到绛舌则提示热毒内陷,深入营血,多为重症。

(二)望舌苔:白苔一般主表证,寒证。一般痔疾多为薄白苔;黄苔主里证、热证;黄腻为湿热证,或阳明腑实证,多见于急性肛痈、嵌顿性内痔、炎性外痔、急性肛门湿疹等;苔面干燥,为热盛津伤或阴液亏耗。

第二节 闻 诊

一、听声音

如患者语音低弱,少动懒言,多为气虚,可见于慢性久病患者;若呼吸气粗,呻吟不止,则属实证,可见于肛痈、肛裂及术后患者。

二、嗅气味

凡二便、脓液有恶臭者,多属实热证。大便臭秽为实热证,有腥味的为虚寒证;若肛周分泌物甚为恶臭,多有组织坏死。

第三节 问 诊

一、问寒热

恶寒发热是人体与疾病抗争的反应。肛肠病的恶寒发热常见于肛痈。恶寒发热兼之,表示肛痈初起;若发热较甚,疼痛剧烈,表示脓肿已成;自溃或切开排脓后,脓毒渐泄则发热逐渐下降;若脓溃而发热依然不退,表示邪毒内陷;若患者肛门胀痛,寒战高热,可能为深部脓肿;若低热连绵,午后尤甚则多为阴虚发热。

二、问饮食

若嗜食辛辣刺激食物则常可诱发痔病出血。肛门皮肤瘙痒，则可能与食海味鱼虾有关。

三、问排便

(一)问性状次数：大便经常秘结不通，排便间隔时间延长，粪质干燥、坚硬，或有便意而排出困难者称为“便秘”，多系热结肠道，或津亏液少或气液两亏，以致大肠燥化太过，传导不能所致。大便稀软不成形，甚则呈水样，便次增多，称为“腹泻”或“泄泻”，乃脾失健运，小肠不能分清别浊，水湿直趋大肠所致。大便先干后溏，多属脾胃虚弱；大便时干时稀，多为肝旺脾虚，肝脾不和；水粪夹杂，下利清谷或五更泄泻，多为脾肾阳虚，寒湿内盛；泻下黄糜，多属大肠湿热；大便夹有不消化食物，糜浊臭秽，多为伤食积滞。老年人大大便质软，只是排便困难的，多属气虚。

(二)问伴随症状：排便时肛门有灼热感，多是热迫直肠；大便滑脱不禁，肛门有下坠感，甚或脱肛的，多见于脾虚下陷的久泄；里急后重，多见于痢疾；大便溏泄不爽，多是肝失条达的表现。便色黑如柏油，而大便反易者，多属瘀血。腹痛即泻，泻后痛减者，多为伤食；泻后痛不减者，多为肝郁脾虚。

四、问便血

便血应询问便血量、出血方式、颜色、质地及持续时间。若先血后便颜色鲜红，为“近血”，常见于肛门直肠疾病的出血，实证多见；若先便后血，颜色暗紫，为“远血”，多为肛管直肠以上部位出血，虚证多见。

五、问脱出

若经常脱出，脱出后不能自行纳入，常为中气不足；若偶尔脱出，脱出时伴肛门剧痛，常为湿热下迫大肠；若脱出物嵌顿于肛缘，不能自行纳入，疼痛较甚者，都为气血瘀滞。

六、问疼痛

(一)胀痛：如肛门经常坠胀疼痛，多为气虚，若肛门经常坠胀疼痛，多为湿热下注；若胀痛时作时止，伴间断性流脓水，多为热毒未尽之肛痿。

(二)刺痛：痛如针刺，系局部脉络受损，气血瘀滞，可见于多种肛肠疾病，如肛裂、炎性外痔等。

(三)灼痛：痛有灼热感而喜凉，常见于火毒蕴结肛周之肛痈，也可见于热盛肠燥之肛裂。

(四)隐痛：疼痛不剧，绵绵不休，多见于气血不足之阴证肛痈。

七、问其它

包括与肛肠疾病有关的其它系统疾病以及既往史(含手术史)、个人史等。

第四节 切 诊

一、腹部触诊

腹部触及包块，按之坚硬，活动度小，且痛有定处的为癥为积，多属血瘀，应作进一步检查，以排除大肠肿瘤；包块时聚时散，或按之无形，痛无定处的为瘕为聚，多属气滞。若脐部腹痛，左下腹按之有块累累，应考虑燥屎内结。少腹胀满，叩之如鼓，小便自利，多属气胀；少腹胀满充盈，小便不利，多为癃闭。

二、肛门触诊

肛周有溃口，触之有条索状硬结指向肛内，常为肛痈溃后成瘻；肛周红肿，触痛明显，为热毒郁于肌肤，气血运行不畅，属阳证实证；若肿处触之应指，为热毒炽盛酿腐成脓。若肛痈溃破之后，触痛仍明显，且有脓水溢出系余毒未净；若局部触及肿块界限不清，不热或微热，隐隐压痛，多为阴证、虚证。肛内触诊见第四章。

(李国栋)