

常见肛肠疾病的治疗与预防

告诉你如何早期发现大肠癌

介绍各种肛肠疾病的诊治方法

帮你正确认识痔疮

阐述各种肛周性病的预防及诊治方法

警惕家族性息肉病

告诉你如何预防大肠癌及其治疗方法

帮你提高对炎性肠病的认识

让你了解便秘的原因及防治方法

主编 马东旺 副主编 张培达

天津科技翻译出版公司



常见肛肠疾病的 治疗与预防

主 编 马东旺

副主编 张培达

编 者 张作兴 所荣增 俞 林

天津科技翻译出版公司

图书在版编目(CIP)数据

常见肛肠疾病的治疗与预防/马东旺主编,张培达等编著. - 天津:
天津科技翻译出版公司, 2001.1

ISBN 7 - 5433 - 1263 - 8

I. 常… II. ①马… ②张… III. ①肠疾病:常见病 - 防治 ②肛门
疾病:常见病 - 防治 IV. R574

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 51581 号

出 版: 天津科技翻译出版公司

出 版 人: 边金城

地 址: 天津市南开区白堤路 244 号

邮政编码: 300192

电 话: 022 - 87893561

传 真: 022 - 87892476

E-mail: tsttbc@public.tpt.tj.cn

印 刷: 天津市蓟县印刷厂

发 行: 全国新华书店

版本记录: 850×1168 1/32 开本 5.625 印张 128 千字

2001 年 1 月第 1 版 2001 年 1 月第 1 次印刷

印数 1 - 3000 册

定价 8.00 元

(如发现有印装问题,可与出版社调换)

前 言

近年来肛肠外科专业有了迅速发展，为了进一步提高肛肠外科疾病的诊治与预防水平，我们收集了近年来有关文献，结合多年来临床研究资料写成《常见肛肠疾病的治疗与预防》一书，以期成为基层医疗机构从事肛肠外科专业人员诊治肛门大肠疾病的指导和参考书。本着便于普及、利用和提高的目的，本书又可作为人们预防肛肠疾病的指导书。

肛门、大肠可以发生很多疾病，《常见肛肠疾病的治疗与预防》一书是结合我们多年来临床实践中涉及的一些常见的肛门大肠疾病而编写的，不包括肛门大肠先天性畸形、损伤及少见的肛门大肠肿瘤。为了减少篇幅，我们删去了专门介绍肛门大肠解剖和生理功能方面的内容。与某一疾病相关的解剖、生理内容将在相关疾病专题内做介绍。本书还有插图和摄影图片以便帮助更形象地理解某一病症。本书注重理论与临床实践的结合，介绍了国内外肛肠外科新的理论知识和诊治方法。

我们希望《常见肛肠疾病的治疗与预防》一书能在肛门、大肠的常见病、多发病的诊治和预防方面起到积极作用。本书虽经我院(天津市滨江医院)从事肛肠专业二三十年以上的临床医生编写，但由于时间仓促，加之我们的理论知识水平和经验所限，书中可能存在缺点和错误，恳请广大读者提出批评指正。

马东旺

2000年9月20日

目 录

第 1 章 痔	(1)
第 2 章 肛周脓肿与肛痿	(20)
第 1 节 肛门直肠周围脓肿	(20)
第 2 节 肛痿	(25)
第 3 章 肛裂	(33)
第 4 章 肛管直肠脱垂	(39)
第 5 章 肛周炎症性疾病	(44)
第 1 节 肛门周围化脓性汗腺炎	(44)
第 2 节 坏死性筋膜炎	(48)
第 6 章 肛门周围囊性疾病	(52)
第 1 节 成人骶尾部畸胎瘤	(52)
第 2 节 骶尾部囊肿	(56)
第 7 章 肛门周围皮肤疾病	(59)
第 1 节 肛门瘙痒症	(59)
第 2 节 肛门部湿疹	(63)
第 3 节 肛门部尖锐湿疣	(65)
第 4 节 肛周表皮内鳞状细胞癌	(68)
第 5 节 肛门周围皮肤阿米巴病	(70)
第 6 节 肛门周围皮肤结核	(71)
第 8 章 肛门直肠性传播疾病	(74)

第1节	性病性淋巴肉芽肿	(76)
第2节	直肠淋病	(78)
第3节	梅毒	(80)
第4节	艾滋病	(84)
第9章	溃疡性结肠炎	(91)
第10章	家族性息肉病.....	(96)
第11章	大肠癌	(103)
第12章	肛门直肠结肠狭窄	(137)
第1节	肛门狭窄.....	(137)
第2节	肛门失禁.....	(143)
第13章	便秘	(149)
第14章	永久性肠道造口的并发症及术中预防	(158)

第1章

痔

痔是人类最古老的疾病之一。我国有关痔的文字记载可以追溯到殷商时代。外国文献关于痔的最早史料见于古埃及像形文字的纸草书中。痔又是最常见的影响人类健康的疾病之一，其真正发病率不详。过去有所谓“十人九痔，十男九痔”的说法就是指痔的发病率高。1977年全国55个单位普查了57924人，其中患肛肠疾病的共有33837人，总发病率为58.4%。其中痔的发病率占87.25%，内痔最多，占59.86%，外痔占16.014%，混合痔占24.13%。以上情况足以说明痔是常见病及多发病。目前多数学者认为痔是“血管性肛管垫”，是正常解剖的一部分，存在于所有年龄、男女性及各种族。不能认为痔是一种病，只是合并出血、脱出、疼痛等症状时才有治疗价值。

临床上把痔分为内痔和外痔两大类。内痔是指位于肛管上端齿线以上，由痔上静脉丛而来的柔软团块；外痔位于肛门缘以外，来自痔下静脉丛，表面覆盖皮肤。内痔和外痔互相沟通，连

接在一起时成为混合痔。内痔因体积膨大后不断受到排粪的挤压和牵拉，痔块下降到肛门口外称为“内痔脱出”；内痔发生血凝块者称为痔栓塞；常嵌顿于肛门口外不能回缩，称为内痔嵌顿。此时痔和肛周会发生水肿，严重时痔块会坏死。

血栓性外痔是肛门部皮下突然有血栓形成，坚硬疼痛。还有一种结缔组织性外痔，是肛门部皮肤皱褶受到不断的刺激变成粗大的皮赘，其中不含有痔静脉丛，不发生出血。

一、病因

痔的病因尚不完全清楚，它由多种因素引起，目前有下列几种学说。

1. 肛垫下移学说

肛管血管垫是位于肛管和直肠的一种组织垫，简称“肛垫”，系出生后就存在的解剖现象。当肛垫松弛、肥大、出血或脱垂时即产生痔的症状。肛垫由静脉、结缔组织和 Treitz 肌三部分组成。当肛垫充血或肥大时，即易受伤而出血，并可脱出形成痔脱出。

2. 静脉曲张学说

早在 8 世纪就已经发现门静脉系统没有静脉瓣这一事实。血液易于淤积而使静脉扩张，加之直肠上下静脉丛壁薄、位置浅、抵抗力低，末端直肠下组织又松弛，都有利于静脉扩张。若加上各种静脉回流受阻的因素，如经常便秘、妊娠、前列腺肥大及盆腔内巨大肿瘤、慢性咳嗽等都可使静脉回流发生障碍而扩张成痔。另一些学者不同意这一学说并否定了门静脉高压与痔的发病密切相关的假说，现在已被否定。

3. 遗传学说

有一些学者注意到某些家族具有发生内痔的倾向，认为这可能与遗传有关。他们推想这些家族的成员具有静脉壁薄弱的特点。另一些学者认为，在大多数痔患者病例中，找不到确凿的证据来证明痔和遗传方面的关系。但痔患者常有家族史，可能与食物、排便习惯及环境有关。目前在发达国家多食高纤维饮食，除了预防大肠癌的发生也可减低痔的发病率。

4. 感染学说

从 19 世纪末叶就有人提出痔是肛管内感染发炎的结果，到本世纪 30 年代仍然认为痔静脉丛的感染和血栓形成是发生内痔的动因。有的学者认为痔的产生与感染无关。

5. 机械压迫学说

便秘的病人常常伴有肛门流血，这是机械压迫所致。众所周知，伦敦圣·马克医院 Parks 在解释这种现象时，特别强调机械压迫的作用。当干硬的粪块嵌塞在肛管上端时，血液回流首先受阻，从而导致静脉扩张。这种机械压迫作用的长期反复存在，逐渐形成了以上小动脉为中心的静脉曲张团块，最终形成内痔。

二、病理学

早期的病理学研究趋向于认为痔是静脉曲张的簇状集结。著名病理学家 Virchow (1863 年) 认为，痔基本上是一种“血管瘤”。1950 年 DC. Gass 等的报告，可以认为是现代痔的病因学说——“衬垫下移”学说的组织学基础。1939 年 Miles 提出，内痔的排列是由于痔上动脉左侧分支单一，右侧则分为前后两小分支所致。所以主要痔块左侧一个，右侧前后各一，这三个痔较大，俗称“母痔”

三、分类

痔根据其所在部位不同分为三类：

1. 内痔

表面由黏膜覆盖，位于齿线上方，由痔内静脉丛形成。常见于左侧正中、右前及右后3个母痔处，常有便血及脱出。

2. 外痔

表面由皮肤覆盖，位于齿线下方，由痔外静脉丛形成。常见的有血栓性外痔、结缔组织外痔、静脉曲张性外痔、炎性外痔。

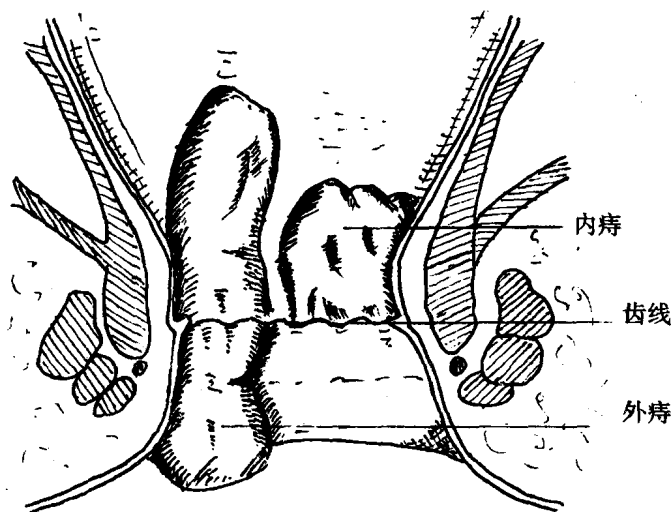


图 1-1 内痔和外痔部位

3. 混合痔

在齿线附近为皮肤黏膜交界组织覆盖，由痔内静脉和痔外静脉丛之间彼此吻合相通的静脉形成内痔和外痔两种特性。

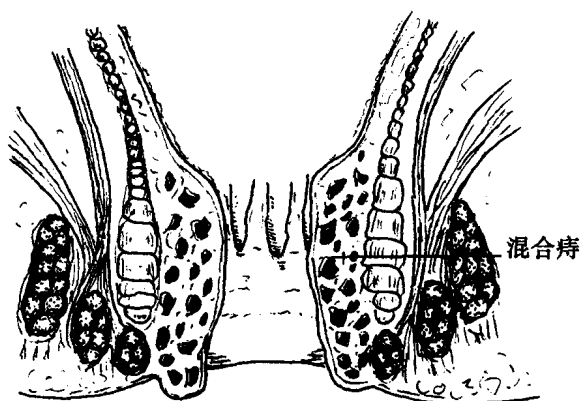


图 1-2 混合痔

四、临床方面

1. 痔的发病率

我国民间素有“十人九痔”的说法，它形象地反映出痔在人群中的高发病率。本病最常见于中老年人，天津滨江医院进行的1000例痔手术患者中，31~35岁者占65.7%，20岁以下者占0.5%，61岁以上者占1.45%。各种资料表明，种族之间没有发病率的差别，但是由于社会环境、工作条件不同，饮食内容、生活习惯各异，因而各个地区之间、各个人群之间的痔发病率是不一样的。

2. 痔的分期

痔是一种缓慢发展的进行性疾患，在整个疾病的发展过程中并没有明显的界限可以作为分期的标准。在美国，肛肠外科医生都乐于采用上述两位学者提出的Ⅳ期分类法。

表 1-1 Salvati-Smith 内痔分类法

期别	临床特征
I	内痔出血，一直在肛管内原来位置
II	内痔出血，排便时脱出，可自动缩回
III	内痔出血和脱出，脱出须用手还纳
IV	内痔脱出为主，不能回缩，伴有血栓

我国于 1975 年在全国肛肠疾病防治经验交流座谈会上协定采用。

表 1-2 III 期分类法

期别	临床特征
第 I 期	无明显自觉症状，仅于排便时带血、滴血或喷血，肛肠检查在齿线上方可见黏膜呈结节状突起
第 II 期	排便时间断性带血、滴血或射血，内痔脱出，便后可自行还纳
第 III 期	排便时内痔脱出或在劳累、步行、负重或咳嗽时脱出，内痔脱出后不能自行还纳，必须用手托回或卧床休息后方可还纳

五、临床表现

1. 便血

无痛性、间歇性便后有鲜红色血是其特点，也是内痔或混合痔早期常见的症状。便血多因排便擦破黏膜或排使用力过猛，引起扩张血管破裂出血。轻者多为大便或纸上带血，继而滴血，重者为喷射状出血，便血数日后常可自行停止。便秘、粪便干硬、饮酒及刺激性食物都是出血的诱因。若长期反复出血，可出现大量出血而造成贫血，临床并不少见。

2. 痔块脱出

常是较晚期症状，多先有便血，后有脱出。因晚期痔体增大，逐渐与肌层分离，排粪时被推出肛门外，轻者只在大便时脱出，便后可自行回复，重者需用手推回。更严重者是稍加腹压即

脱出肛外，如咳嗽、行走等腹压稍增时，痔块就能脱出，回复困难，无法参加劳动。

3. 疼痛

单纯性内痔无疼痛，少数有坠胀感，当内痔或混合痔脱出嵌顿出现水肿、感染、坏死时，则有不同程度的疼痛。

4. 瘙痒

晚期内痔，痔块脱出及肛管括约肌松弛常有分泌物流出。由于分泌物刺激，肛门周围往往有瘙痒不适，甚至出现皮肤湿疹，病人极为难受。

六、诊断与鉴别诊断

内痔的诊断主要依靠肛管直肠检查，首先做肛门视诊，用双手将肛门向两侧牵开，除Ⅰ期内痔外，其他3期内痔多可在肛门视诊下见到。对脱出者，最好在蹲位排便后立即观察，可清楚地看到痔块大小、数目及部位的真实情况。其次做直肠指诊，内痔无血栓形成或纤维化时不易扪出，但指诊的主要目的是了解直肠内有无其他病变，特别是除外直肠癌及息肉。最后做肛门镜检查，先观察直肠黏膜有无充血、水肿、溃疡、肿块等，排除其他直肠疾患后，再观察齿线上部有无痔。根据内痔的典型症状和检查，诊断一般无困难，但需与下列疾病鉴别。

1. 直肠癌

临床上常将下端直肠癌误诊为痔，延误治疗。误诊的主要原因是仅凭症状诊断，未进行直肠指诊及肛门镜检查。直肠癌在直肠指诊下可扪到高低不平硬块，表面有溃疡，肠腔常狭窄，指套上常染有暗红色血迹，特别应注意内痔与直肠癌并存，往往只满足于痔的诊断。这种误诊的惨痛教训，在临床上并非少见。

2. 出血性疾病

在出血这一点上肛裂很难与内痔区别，但肛裂是以剧烈的具有特征的疼痛为主要症状，局部检查很容易发现。直肠因炎症、溃疡引起的出血也容易误诊。乙状镜检查时可以发现直肠黏膜弥漫性炎症和广泛渗血，也可见溃疡形成。

3. 直肠息肉

低位带蒂的直肠息肉若脱出肛门外有时误诊为痔脱出，但息肉多见于儿童，为圆形、实质性、有蒂、可活动。

4. 肛管直肠脱垂

轻度直肠脱垂或部分直肠黏膜脱出可能被误诊为内痔脱出。直肠脱垂黏膜呈环形，表面平滑，直肠指诊时括约肌松弛，环状痔的黏膜呈梅花瓣状，括约肌不松弛。

七、治疗

目前对痔的治疗有下列看法：

(1) 痔无症状不需治疗 不要对没有肛门体征和症状的进行治疗，也不要治疗没有症状的肛门体征。此时只需注意饮食，保持大便通畅，保持会阴部清洁，预防并发症的发生。只有并发出血、脱出、血栓形成及嵌顿等才需治疗。

(2) 内痔的多种非手术疗法的目的都旨在促进痔周围组织纤维化，将脱出的痔核固定在直肠壁的肌层，从而达到止血及防止脱出的目的。

(3) 当保守疗法失败或成为Ⅲ、Ⅳ期内痔时才考虑手术。1984年第九届德国结直肠外科学术会议上制定了一个一般性的治疗方案。

表 1-3 一般性治疗方案

I 度内痔	①硬化剂杏仁油注射疗法 ②肛门栓剂
II 度内痔	①胶圈套扎疗法 ②硬化剂注射疗法
III、IV 度内痔	①痔切除、必要时加成形术 ②胶圈套扎疗法加硬化剂注射 ③为缓解症状，可注射硬化剂 1 至 2 次
栓塞疗法	①48 小时内复位后依上法处理 ②晚期消肿为主，给消炎药和止痛药最后依上法处理
血栓疗法	①早期切开或切除 ②晚期保守治疗、消肿为主
肛周皮赘	局麻下切除

痔的治疗方法很多，可以根据病情进行选择

1. 注射疗法

用做注射疗法的药物很多，但基本上是硬化剂及坏死剂两大类。由于坏死剂所致并发症较多，因此目前多主张用硬化剂。注射疗法的目的是将硬化剂注入痔块周围，产生无菌炎性反应，达到小血管闭塞和痔块内纤维增生、硬化、萎缩的目的。常用的硬化剂有 5% 石炭酸甘油、5% 鱼肝油酸钠。

(1) 适应证 无并发症的内痔都可用注射疗法。I 期内痔主诉便血无脱出者最适宜于采用注射疗法，对控制出血效果明显；II、III 期内痔注射后可防止或减轻脱出；对年老体弱和患有严重的高血压和有心、肝、肾疾患者均可采用注射法。

(2) 禁忌证 任何外痔及有并发症的内痔如栓塞、感染溃疡等，均不宜采用注射疗法。

大量病例的观察和统计证明注射疗法对早期内痔患者疗效最好，对进行性脱出的内痔效果不好或暂时有效。Milligam 在

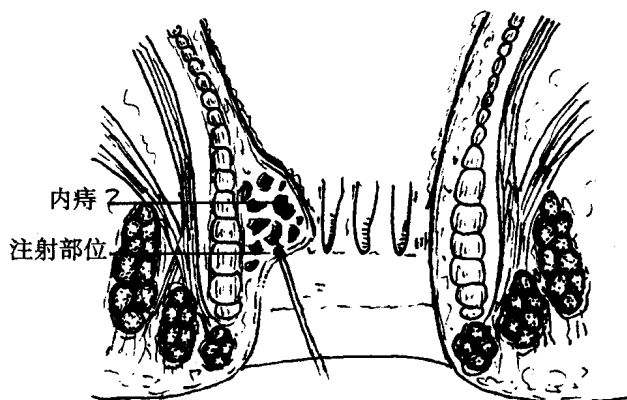


图 1-3 痔块下部注射部位

1939 年对他注射的 200 例患者进行随访，其中Ⅰ期内痔治愈率为 98%，Ⅱ期内痔治愈率为 75%，Ⅲ期几乎无效。注射疗法可出现注射后大出血、肛门狭窄、感染等并发症。目前中医采用枯痔钉治疗达到“异物刺激炎症反应”，使痔组织液化、坏死，逐渐愈合而纤维化，适用Ⅱ、Ⅲ期内痔，但在肛管直肠有炎症时不宜用此疗法。

2. 胶圈套扎疗法

胶圈套扎疗法的原理是通过器械将小型胶圈套入内痔的根部，利用胶圈较强的弹性阻断内痔的血运，使痔缺血、坏死、脱落而治愈。以Ⅱ、Ⅲ期内痔最适用，不宜用于有并发症的内痔。

3. 冷冻疗法

1969 年 Lewis 介绍了使用液氮治疗内痔的经验，可使痔局部温度降至 -196°C ，这样的低温作用后细胞冻结脱水，酸碱度骤变，电解质紊乱，血液凝滞类脂蛋白复合体变性，促使细胞溶解、破坏而死亡。本法如能正确掌握冷冻深度及范围，疗效良好。缺点是术后较长时间内肛门持续有黏液流出，疼痛时间长，

伤口愈合慢，复发率高。

4. 红外线凝固法

用红外线凝固治疗内痔是一种使蛋白凝固的硬化疗法，适用于Ⅰ期和Ⅱ期小型内痔，方法简单，病人耐受好，但有些病人效果不良，复发率高，需再手术的较多。红外线照射可造成直径3mm和深3mm的蛋白凝固，1~4周黏膜发生小溃疡，减少痔块内血流，4~6周溃疡完全愈合，达到止血目的。

5. 激光切除痔法

激光是60年代出现的一门电子技术，70年代应用于外科治疗。利用激光对内痔进行烧灼或切割，收到肯定的效果。现代激光用于医学者多半是气体激光器，二氧化碳激光被广泛用于治疗内痔。激光治疗的关键是掌握好激光的功率，功率过低只能使组织浅层凝固，不能达到深层组织，血管凝固不甚牢固，容易出血而且不能达到治疗目的。功率过高时，术后亦容易出血。

6. 肛门括约肌扩张疗法

早在50年代哈尔滨周素芳就用扩张肛门括约肌的方法治疗内痔和肛裂，国外1968年Lord报道了他在局麻下还纳嵌顿的脱出性内痔时，为了复位而不得不强力扩张肛管，术后痔块仍然脱出，但患者的疼痛明显缓解，数日后水肿全部消退，痔块也缩小很多，意外地收到了良好的效果。这一偶然的发现，成为Lord采用扩张肛管的方法治疗嵌顿性内痔的契机。他认为：取得疗效的机制可能是因为扩张肛管后松解了肛门括约肌的痉挛，降低了直肠内的压力，改善了局部的血液循环，减轻了痔静脉充血，使肛管组织恢复正常，从而治愈内痔。如果患者没有肛门狭窄或括约肌痉挛的感受时，采用扩肛疗法可能无效。