

人民卫生文库

名医



说病

# 痔疮

徐克义 李福兴 编著

◆俗云：“十人九痔”

痔疮的确是外科门诊十分多见多发病之一。实际上还有相当数量无症状或症状轻微的痔疮患者，并未就医。

◆痔疮究竟是怎么回事？何为内痔和外痔？痔疮到底有多少名堂？痔疮可以预防吗？痔疮如何治疗？痔疮可能癌变吗？



农村读物出版社



# 痔 疮

徐克义 李福兴 编著

农村读物出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

痔疮/徐克义, 李福兴编著. -北京: 农村读物出版社, 1999.12

(人民卫生文库·名医说病)

ISBN 7-5048-3166-2

I. 痔… II. ①徐…②李 III. 痔-诊疗 IV. R657.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 68869 号



出版人 沈镇昭

责任编辑 张鸿燕 周承刚

责任校对 郭红

---

出 版 农村读物出版社(北京市朝阳区农展馆北路 2 号 100026)  
网 址 <http://www.ccap.com.cn>  
发 行 新华书店北京发行所  
印 刷 中国农业出版社印刷厂  
开 本 787mm × 1092mm 1/32  
版 次 2000 年 2 月第 1 版 2000 年 2 月北京第 1 次印刷  
印 张 2.875 字 数 57 千  
印 数 1~20 000 册 定 价 4.80 元

---



(凡本版图书出现印刷、装订错误, 请向出版社发行部调换)

人民卫生文库

名医说病

## 序

我国卫生工作的重点之一是农村卫生工作，即保障九亿农民的健康。改革开放以来，农村卫生事业有了很大进步，但与城市相比，仍有较大差距。为了提高人民群众的生活质量和健康状况，为了实现 2000 年人人享有卫生保健，“使所有人民的健康达到令人满意的水平”这一全球目标，我们必须提高全民族的卫生保健意识。由农村读物出版社出版的这套《人民卫生文库·名医说病》，则对实现上述目标起到了积极的促进作

用。

这套丛书的宗旨就是为广大农民群众防病治病提供科学指南，其特色是中西医并重，在文风上讲求科学性、通俗性和实用性。考虑到农村实际，丛书特别注重了对防病知识和现场急救知识的介绍，解决农民群众自我保健中可能遇到的许多问题。

这套丛书的作者均是有丰富临床经验并具有中西医结合学识的主任、副主任医师。他们理论联系实际、深入浅出地向广大读者介绍医学普及知识，编写了这套有利于人民卫生保健的丛书。我认为这是一件很有意义的事。



1999年5月26日

## 目 录

一、何谓痔疮	1
二、肛管直肠区的解剖和生理	2
三、肛管、直肠和结肠的检查方法	5
1. 体位的选择	6
2. 常用的肛门直肠检查方法	8
四、痔的形成和分类	12
1. 痔及其形成的病因	12
2. 痔的分类	14
五、痔的检查、诊断和防治	15
1. 内痔的症状	15
2. 内痔的检查方法	16

3. 容易和内痔混淆的疾病 .....	17
4. 外痔的症状 .....	18
5. 外痔的检查方法 .....	19
6. 痔的预防 .....	19
7. 痔的治疗方法 .....	20
六、与痔应鉴别的肛管、直肠和结肠疾病 .....	24
1. 肛裂 .....	24
2. 肛瘘 .....	27
3. 直肠脱垂 .....	33
4. 结肠息肉 .....	36
5. 结肠癌 .....	43
6. 溃疡性结肠炎 .....	47
7. 肛窦炎 .....	52
8. 肛乳头炎 .....	54
9. 肛管直肠周围脓肿 .....	55
10. 肛门瘙痒症 .....	58
七、便秘与痔疮 .....	63
八、中医对于痔疮与有关肛管疾病的认识 和防治 .....	68
1. 中医对痔疮的辨证分型 .....	68
2. 针灸疗法 .....	69
3. 耳穴贴压和其他疗法 .....	70
4. 中医对便秘、腹泻与痔疮的认识 .....	71
5. 中医论痔疮的预防 .....	83

## 一、何谓痔疮

痔疮是一种常见病、多发病。俗云“十人九痔”，虽有些夸张，但足以说明痔疮的发病率之高。痔疮一词最早来源于中医，中医古典医籍《内经》中已有痔的记载，以后的中医文献对痔的出血和脱出并有生动的描述。如“所下之血，一线如箭，或点滴不已”等等，所谓痔疮就是在直肠下端黏膜下和肛管皮下扩大曲张的静脉团。多见于成年人，儿童少见。据我国一些城市和农村的普查，在成年人中痔疮的发病率为 50% ~ 70%，其中有便血、肛门坠胀、疼痛等症状的占 25%，有脱出性内痔或混合痔影响活动和劳动者，占 10%。



## 二、肛管直肠区的解剖和生理

直肠是大肠最下端的一段肠管，上接乙状结肠，下端与肛管相连接，全长 12~14 厘米。肠管的构造，由内向外有四层，即黏膜层，黏膜下组织，肌层，浆膜层。直肠肌层的下部，为肛内括约肌。肛管长约 3 厘米，其外下端称为肛门，上端与直肠相连接，肛管左右侧为坐骨直肠窝，前面在男性与前列腺及尿道相毗邻，女性则与阴道相邻，后面为尾骨。直肠黏膜与肛管皮肤交界处有 10 余个纵行皱襞，称直肠柱。两个直肠柱下端有一横行的半月形黏膜皱襞，叫肛瓣。肛瓣向上开口与直肠黏膜之间形成一漏斗状间隙，叫肛隐窝，亦称肛窦。窝内有肛腺导管开

口，长约2~4毫米，分泌黏液，滑润粪便便于排出。

由于这些解剖结构(图1)，直肠黏膜与肛管皮肤之间形成一条不整齐的交界线，叫齿状线。齿状线上有时可看到2~6个乳头状突起，叫肛乳头，有的人没有，或少几个或多几个，都是正常的。齿状线是区别内痔和外痔的分界线。它的邻近解剖结构与直肠肛管周围感染有密切关系。

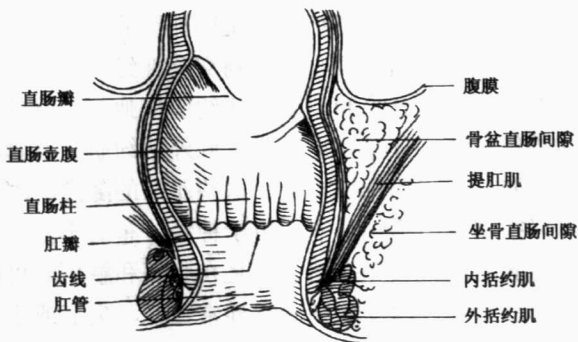


图1 直肠肛管局部解剖

(1) 肛门括约肌及其神经支配。直肠下端，肛管周围有肌肉环绕，控制肛门开闭，称为肛括约肌。肛括约肌由内括约肌和外括约肌两部分组成。内括约肌受人体的植物神经支配，不能被人的意识控制，对肛门没有自主括约作用。外括约肌受脊髓神经支配，能被人的意识控制，有自主括约作用。

(2) 直肠肛管的血液供应。营养直肠肛管的动脉血液供应主要是来自直肠上动脉，直肠下动脉和肛管动脉，这些动脉的末端都互相吻合。静脉系统主要有两个静脉丛对形成痔疮是很重要的。

(3) 直肠静脉丛。又称为痔内静脉丛，位于齿线以上

的黏膜下。所谓静脉丛，就是数个小静脉汇集在一起呈一静脉团。这些静脉内无瓣膜，血液易逆流，所以易受压而扩张，形成内痔。

(4) 肛管静脉丛。又称为痔外静脉丛。位于齿线以下的肛管皮肤下和外括约肌的外围。肛管静脉丛与直肠静脉丛之间有丰富的吻合。肛管静脉丛扩张即形成外痔。

(5) 直肠肛管的神经支配。直肠的神经属于植物神经系统的交感神经和副交感神经，交感神经的作用是抑制直肠蠕动，并使肛内括约肌收缩。副交感神经的作用是增加直肠的蠕动，促进分泌和使肛内括约肌松弛。肛管的神经属于体神经系统，分布在提肛肌、肛外括约肌、肛管和肛门周围皮肤。受人的意识支配。这些肌肉的随意收缩和松弛，可以控制肛门括约功能。由于神经分布的不同，齿线以上的直肠黏膜一般无痛感，但是在胀满和触压时可感到不适，而肛管和肛门皮肤则感觉异常敏锐，炎症或手术后刺激可引起剧烈痛感，而且可以引起反射性肛括约肌痉挛，甚至排尿困难。

(6) 直肠和肛管的生理机能。主要是排泄粪便，直肠黏膜能分泌黏液，使黏膜滑润，有助于粪便排出。直肠也有吸收水分和少量葡萄糖、盐类、药物的作用。平时肛内、外括约肌保持一定的张力，再加上提肛肌的紧缩作用，使肛管处于关闭状态，排便时是复杂而协调的反射性生理动作。在正常情况下粪便贮于乙状结肠以上，直肠内无粪便。由于胃、结肠反射使结肠各部收缩，将粪便推向远端进入直肠内，使直肠扩张，反射性地引起内括约肌舒张和外括约肌松弛，而排出粪便。外括约肌松弛的程度常决定成形粪便的粗细。

### 三、肛管、直肠和结肠的 检查方法

无论西医、中医在检查病人之前，都要详细询问病人的病史，根据病人的年龄、性别和主诉，得出一个初步印象，可能是什么病，然后再进行详细和有目的地检查。一个有经验的医生根据病人的主诉，往往能判断出可能是什么病。如一青年患者述大便时肛门疼痛，带有少量便血，可能是肛裂。肛门边缘突然发生一肿块，伴有剧痛，行走坐卧不便，无便血史，可能是血栓外痔。中年以上患者，述大便时滴血，色鲜红，无痛感或有肿块脱出，可能是内痔。儿童大便带血或有肿物脱出肛门，多为直肠息肉。老年人便中带血或黏液血便，血色暗红，应警惕患有直肠癌

的可能性。这些都是临床经验，无论患者和医生，对其了解都是有益的。此外还要询问病人的既往史、家族史、妇女的月经史、妊娠史、患过何种急、慢性疾病，如肝炎、结核、高血压、心脏病等。这些内容的了解，对肛肠疾患进一步检查、治疗方案的选择，预后的估计都是有帮助的。

肛肠患者检查的体位及各种常用的检查方法主要有以下几种。

### 1. 体位的选择

可根据患者不同的病情、体质、年龄、条件等，选择合适的体位(图 2)。

(1) 侧卧位。一般采用左侧卧位，将臀部靠近床边，右髋关节、膝关节各屈曲 90 度，左腿伸直。这种方法病人舒适，适用于年老体弱、病重患者和女病人。

(2) 胸膝位。患者跪伏在床上，肘关节和胸部紧贴床铺，臀部抬高。这是一种常用的检查体位，适用于肛门直肠镜检。其高度、光源均适于检查者，但病人较累，不能持久，对重病及年老体弱者，不宜采用。

(3) 弯腰扶椅位。患者向前弯腰，两手扶椅，抬高臀部，这种体位暴露不理想，适用于一般体检或普查工作。

(4) 屈膝仰卧位。患者仰卧床上，屈膝弯腿双手紧抱膝窝。暴露好，适于各项检查。

(5) 蹲位。患者蹲下，似解大便姿势，这种体位可增加腹压，对三期内痔、直肠脱垂或较重的混合痔观察，最为实用。

(6) 膀胱截石位。此法需有诊查床设备。患者仰卧床

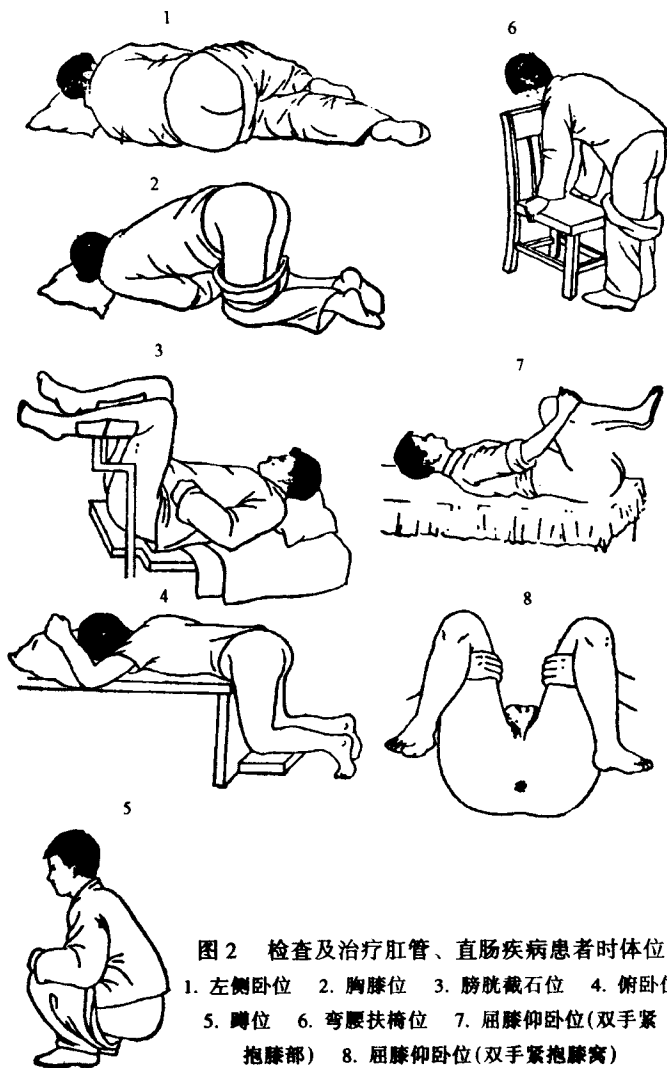


图2 检查及治疗肛管、直肠疾病患者时体位

1. 左侧卧位 2. 胸膝位 3. 膀胱截石位 4. 俯卧位  
 5. 蹲位 6. 弯腰扶椅位 7. 屈膝仰卧位(双手紧抱膝部)  
 8. 屈膝仰卧位(双手紧抱膝窝)

上，两腿分开置于支腿架上固定，臀部靠近床沿。本法暴露好，并以时钟定位法(图3)，其描述位置准确可持久，并用于肛门直肠手术。

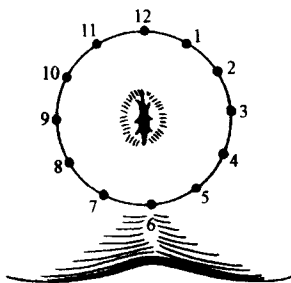


图3 肛门部时钟定位法  
(膀胱截石位)

## 2. 常用的肛门直肠检查方法

(1) 肛门视诊。首先应查看肛门周围有无血迹、脓性分泌物、黏液、肿物、瘻管等。再根据主诉和病史来判断病变性质，如为肛裂，可用两拇指轻轻分开肛门，即可见到裂口或慢性溃疡面，常位于后正中线上。如为肛瘻，可见瘻管外口，挤压之可有脓性分泌物溢出。如为血栓性外痔，可见暗紫色的结节，有强烈触痛。如为混合痔，可见齿线下紫色软性突起，即静脉曲张团块。还可嘱患者如排便样增加腹压，有时可使内痔、直肠下端息肉或直肠脱垂的病人的直肠向外脱出。有的病人配合好，肛门括约肌放松，检查起来更为方便、确切。

(2) 肛门指诊。即直肠指诊。是一种简单易行而又非常重要的方法。因为很多肛门直肠疾病仅靠直肠指检即可早期发现或明确诊断。有人统计 80% 直肠癌可在直肠指诊时被发现。而在直肠癌延误诊断的病例中，约 85% 是由于未做直肠指检，甚至丧失手术时机，这是值得警惕的。检查方法很简单，右手示指带指套，涂石蜡油以润滑、先触摸肛周，看有无压痛，如肛周感染，肛裂。患有肛瘻者，可在皮下触到索条状硬结与瘻外口相连。医生再

用戴指套的右示指轻轻插入肛门，再慢慢进入直肠，可嘱患者张口呼吸以减轻腹压，放松肛门。此时可凭手指感觉，按解剖部位顺序触摸。检查肛管、直肠前壁、后壁及其周围，有无触痛、波动、肿物及狭窄，如怀疑有高位肿物，可做直肠与腹部双合诊，压迫腹部可使肿物下移，便于发现。在检查直肠前壁时，男性有前列腺，女性有子宫颈，特别是肥大子宫颈者，不要误认为是病理性肿块。患有肛痿者可摸到黏膜下，或肛管直肠环下之肌肉间，有索条状物。有时手指感到肛内温度较高，多伴有触痛，应注意到肛隐窝或肛周有感染的可能。检查完毕手指抽出后，看指套上是否有血迹、黏液、或脓血液，所沾粪便是否正常色样。对直肠癌患者的指检除了能发现直肠内肿物，高低不平的肿块，肠腔有半环或环状狭窄外，指套上均可见到黏液脓血样物。

(3) 肛门镜检查。为一圆筒带芯的器械，有金属带柄的和一次性硬塑料半透明不带柄的两种肛门镜。对肛管、直肠下段观察能达到满意效果，如内痔、直肠息肉、肛隐窝炎以及肿瘤等，要求照明条件良好。插入前应在肛门镜前端涂石蜡油使之润滑，患有肛裂者应慎用或禁用。另外还有两叶和三翼张开式肛镜，多用于手术，不做检查用。

(4) 乙状结肠镜检查。也是一种管型金属器械，镜管内配有小照明灯，多为冷光源。有扩气囊充气，可将肠腔扩大，便于进镜。另外备有活检钳，可在直视下取组织做病理切片。其长度可达到距肛缘 25 厘米左右的肠壁。对有排便习惯改变，原因不明的便血、脓血便、黏液便、慢性腹泻、粪便变细、变扁者，应做乙状结肠镜检查。检



查时应缓慢循序轻柔前进，仔细观察肠腔全貌。正常黏膜光滑平整，粉红色，黏膜下血管走行清晰。如有异常所见，如充血水肿、糜烂溃疡、出血点、脓性分泌物、息肉、肿块等，应详细记录其部位、大小范围、病变程度等，对以后复查对比很有帮助。遇有肠腔狭窄或肿物肠镜难于推进时，切忌盲目用力强行推进，以免造成肠壁损伤和穿孔，后患无穷。有可疑病灶，可用活检钳钳取其实质组织，不要坏死组织或脓苔做病理学检查，以明确诊断。钳取组织时，不能撕拉，用组织钳之剪刀咬取，遇有出血时，可用干棉球或棉球上滴几滴肾上腺素压迫创面数分钟可止血。

(5) 纤维结肠镜检查。纤维结肠镜应用于临床以来，明显地提高了大肠及回肠末端疾病的诊断正确率。近十余年来它的设备更加齐全和完善，其管壁直径不足 1.5 厘米，因是光导纤维配有冷光源，管壁柔软，照明度好，可随意弯曲变向前进，并可摄取图像、录像，可将图像显示于屏幕上，图像清晰，操作者可在直视下近镜观察病变。还配有多种附件，如圈套器、活检钳、电灼器、吸引器及充气囊等，可供治疗一些疾病和检查使用。纤维结肠镜常用的有两种长度即长纤维结肠镜和中长纤维结肠镜，前者长度可达 2 米以上，可在回盲部进行操作，后者长度也在 1.2 米左右，可插至横结肠。

纤维结肠镜检查目前在区县级医院以上基本已普及。但其成功率仍有赖于基本操作技术熟练，掌握要领才行。否则检查时间过长，病人难以忍耐，不合作，使成功率降低。有时还可出现并发症，如大出血、肠穿孔等。据统计并发症的发生率约为 0.27%~2.6%。差异很大，说明与