

談痔瘡〈肛腸疾病〉的中醫診治經驗

我是一位從事「痔瘡」實際臨床三十餘年的醫者，診治過不少無奇不有的「痔瘡」疾病，加上親身經歷多年的「肛裂」痛苦的治癒經驗，轉而拜師求藝，研究痔瘡，因此對於痔瘡的認識及診治頗有心得，僅提出個人對本病的診治經驗。

「痔瘡」是傳統醫學記載的醫學名詞，自古延用至今，但隨著時代的演變，在名稱上已做了一些改變，根據大陸全國肛腸專科諸教授名醫等多次集合開會討論的結果，一致認為；肛是指肛門，是肛緣到肛內齒線以下 3 公分的地方，腸是指齒線上 2 或 3 公分的地方，肛腸發生的疾病，都統稱為「肛腸疾病」，以代替古老的名稱「痔瘡」，這樣比較適當，因此統一規定把所有的肛腸疾病都歸類於「肛腸專科」了，在大陸要去中醫院所看痔瘡，必須掛「肛腸專科」的門診號而不是掛痔瘡科。然而在臺灣的中醫界，長期以來因不太注重「痔科」發展的關係，沒有所謂的「痔科」或所謂的「肛腸專科」，而臺灣的大多數的中醫師又限於醫療法的不能使用西藥、不能使用西醫醫療器械…等諸多法條不合理的規定，以及避免不必要的醫療糾紛，大都不願涉及痔科，因此，臺灣中醫痔科快速沒落衰退，到最後，能真正實際操作「痔瘡」外治法的中醫工作者便只剩寥寥幾人了，講來誠屬中醫界的悲哀。臺灣的西醫界不以「肛腸專科」掛名，民眾要看痔瘡，則要掛「直腸外科」，這是臺灣的醫療生態。

對於痔瘡的治法，在初期可用內治法用藥之外，其外治法，若僅用針灸，或用藥外薰，或用藥外敷，雖有些效果，但到第三期內痔脫出需用手推才能自行還納，或發展到內痔長大如瘤的四期脫出手推仍不能自行還納時，這時用內治法或針灸、外薰等外治法效果就微乎其微了，到這種情況時筆者認為應用綁線枯痔法最為快速，還有其他的肛腸疾病如痔瘻〈用掛線〉、肛周膿腫、肛門濕疹、肛門息肉〈綁線〉、肛乳頭肥大〈綁線〉、肛門尖銳濕疣、直腸脫出、肛裂〈敷藥〉…

等，都要用到針灸、外薰以外的外治法，另外，對於肛門疾病，尤其是肛裂，跟消化道疾病功能紊亂非常有關，腸是消化道的最末端，若痔疾與消化道有關時，此時治本之道宜調和腸胃，因此，要做好痔科的專業者，對痔疾的認識及診療應是多方面的。

痔瘡依據古籍醫書記載對其發生的原因及分類有多種論述，如明代《瘡瘍經驗全書》中提及有二十五種之多，清代馬培之《馬氏痔癩科七十二種》則把痔分為七十二種，若依此分類則後學者複雜難記，故大陸全國肛腸會議討論結果統一把痔分為內痔、外痔、及內外混合痔三種，把肛腸疾病統一規定為二十二種，如肛裂、肛門濕疹、直腸息肉、肛乳頭肥大、直腸脫出、肛周膿腫、痔癩、肛門白斑…等是。

診治肛腸疾病一定要做到四診皆參，要親自檢視肛門周圍，如果發生在肛口以內的痔疾更要用肛門鏡擴肛檢查，待病情全面瞭解後再下治療的方針，決不可只聽患者一面之詞而未加檢視，否則易形成嚴重的誤診，若只聽患者訴說病情則據以下藥處方，或只聽患者說痔瘡已除，未加檢查便以為治癒，都有失草率，想當然，在這種情況下所採取的治療或所做的報告則形成片面的、不客觀的居多，所以在治療痔瘡之前，正確的檢查是非常重要的環節。

要做痔瘡一定先要瞭解痔之定義是什麼？

簡單的說，發生在直腸末端黏膜下和肛管皮膚下，直腸內靜脈叢發生擴大和曲張所形成的靜脈結節稱之為痔。根據我國醫學對於痔的定義是：「在人九竅中，凡有小肉突出者皆可曰『痔』」。因此可以說長在鼻內的稱「鼻痔」，長在肛門的則曰「痔瘡」。內經中對於痔的形成原因則曰：「痔，病也，隱瘡也」，《素問，生氣通天論》：「風客淫氣，精乃亡，邪傷肝也，因而飽食，筋脈橫解，腸僻為痔」，現代醫學則把痔瘡分為內痔、外痔、混合痔等三種，把發生於肛門齒狀線以上直腸黏膜靜脈叢曲張成團的稱為「內痔」，內痔在初期的主要症狀是大便出血血色鮮紅，呈滴狀或噴射狀，到第二、三期時則伴有塊狀物脫

出，並伴有血出、脹痛及分泌物。發生於肛門齒狀線以下的靜脈叢曲張則曰「外痔」，外痔常夾雜肛門墊增厚。內外痔夾雜而生，分不清界線者，則稱之為「混合痔」。恩師林大鵬醫師曾說：無表皮純為黏膜紅腫增生的稱為「內痔」，有表皮覆蓋無黏膜者稱為「外痔」或稱為「努肉」〈即贅皮外痔〉，表皮內有硬塊、硬節的則稱為「肛門結核」，有些肛門結核為血栓痔的後期。

病因病機：

丹溪心法稱『痔者皆因臟腑本虛，外傷風濕，內蘊熱毒，以致氣血下墜結聚肛門，宿滯不散衝突為痔也』。現代病理則認為內痔的發生，主要由於靜脈壁的薄弱失去了正常的彈性；兼因過食生冷、辛辣，或飲酒過量，或久坐久立，以及瀉痢日久或長期便秘或妊娠生產、腹部腫瘤等，皆可使靜脈叢壓力逐漸增高，或燥熱內生，以致經絡阻滯，使血液回流鬱積而易發生本病。

以作者臨床多年觀察，認為本病之發生有體質及遺傳上之因素，雖然前述之過食生冷、辛辣、或過量飲酒、久坐久立、腹壓增加易誘發本病，但亦常見飲食正常、生活起居正常，亦無粗重工作者患有本病者。臨床觀察肛口大及大便難出者易患痔瘡，肛口小者亦患肛裂，體內濕氣重、大便軟散者易患肛門濕疹。罹患慢性肝炎的人若演變至肝硬化，會導致位於門脈上端的靜脈血流不暢或阻塞，造成部分血管鼓脹，形成疣狀瘤，即所謂的「痔核」。痔核肥大，排便時受到刺激就很容易出血或發炎，證之臨床頗有應驗。另外，皮膚白晰者彈性較薄，患肛裂的機率較高。痔瘡並非便秘之專利，有功能性消化道疾患，大便時好時壞、時硬時溏者，即所謂過敏性結腸炎或大腸激燥症者，最易患之。

痔之分法；

痔分為內痔、外痔、混合痔。

〈一〉、內痔分四期

一期內痔；痔核較少，質柔軟、表面顏色鮮紅或青紫，出血量多、大便時痔核不脫出肛外。

二期內痔；痔核較大，便時易脫出肛外，便後自行回納，出血量不多，一般比一期量少。

三期內痔；痔核更大，表面微帶灰色，含有某些纖維質，大便時經常脫出肛外，不會自行還納，須用手推回，出血不多或不出血。

四期內痔；痔核色呈暗紫，表面粗糙呈纖維化，經常脫出肛外，用手推不易自行還納，或還納後稍打噴嚏則又脫出，伴有腫脹但少有血出。

內痔之分型；有血管腫型，是毛細血管增殖與擴張而成，痔體表面粗糙不平，呈草莓樣，鮮紅色，易出血。纖維腫型；由痔塊長期受糞便擦傷或脫出後磨損，反復發炎，致結締組織多量增生，使痔纖維化而成，特徵是痔體表面可見部分顏色變白增厚，表面黏膜較硬。靜脈瘤型；由痔上靜脈叢曲張擴大所致，痔體在直腸黏膜末端自然隆起，表面光澤呈紫紅色，黏膜堅厚，不易出血。多為晚期内痔。

〈二〉、外痔分；1、結締組織性外痔，2、靜脈曲張性外痔，3、炎性外痔，4 血栓性外痔。

〈三〉、混合痔；位于齒狀線上下同一位置上，內外彼此相連，由痔內靜脈叢和痔外靜脈叢同時曲張而成。有的單個存在，有的呈環狀，具有內外痔的兩種症狀。

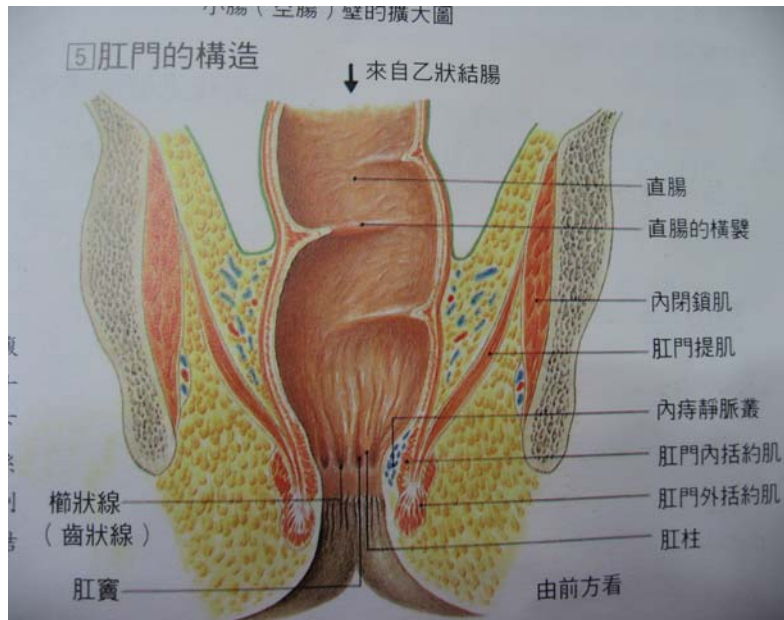
齒線是肛管皮膚與直腸黏膜的交界線。可見到一條鉅齒狀的曲線，是胚胎發育期肛膜破裂所形成的痕跡。因此，痕跡殘缺不齊呈鉅齒狀而得名，因上下組織完全不同，在解剖和臨床上具有重要意義。

1、神經；齒線以上屬植物神經，齒線以下屬脊髓神經。

2、血管；齒線以上的動脈來自直腸上動脈，其靜脈回流于門靜脈，齒線以下的動脈來自髂內動脈，其靜脈回流于下髂靜脈。

3、淋巴；齒線上淋巴回流到內臟淋巴結群(向上匯入盆腔)；齒線以下淋巴經腹股溝入體淋巴結群(向下匯入腹腔溝)。

4、上皮；齒線以上為直腸黏膜，以柱狀上皮為主，齒線以下為肛管上皮，以鱗狀上皮為主。齒狀線是肛門直腸病感染的主要門戶，約百分之 85 的肛腸疾病都發源於此。



治法；

〈一〉、內治法；根據體質之不同將痔分為熱傷血絡、濕熱下注、氣脫不攝、腸燥津虧…等多種，分別選用知柏地黃湯、槐花散、龍膽瀉肝湯、補中益氣湯、消痔散、乙痔湯、止痛如神湯、四物消風湯、萆薢分清湯、斷紅腸湯丸…等治療。內治法若無效時須用外治法。



〈二〉、外治法；

外治法包括針灸、敷藥、消痔靈注射法〈適用於一、二期內痔〉、枯痔法，枯痔散外敷或枯痔釘插入、明礬液壓縮療法、外科切除。小痔用橡皮圈套疊法、雷射氣化法。但中醫較常用且實用的方法為綁線枯痔法、掛線法及灌藥法。

肛腸疾病除了內痔、外痔、混合痔之外尚有；

一、肛周膿腫；肛門直腸周圍間隙發生急慢性化膿感染而成的膿腫，我國醫學屬癰疽範疇，稱為「坐馬癰」。本病多因過食肥甘厚味或恣食辛辣醇酒等物，濕熱內生，流溢大腸，蘊阻於肛門，鬱而化毒，結聚腫塊，潰破成癰。或因肛門損傷，外傷感染發炎化膿而致病，導致經絡阻塞，氣血停滯而成。其感染病灶大都來自肛腺感染。內服黃連解毒湯合五味消毒飲，或仙方活命飲加銀花、連翹、蒲公英，若濕熱下注小便黃而淋瀝不暢者，選龍膽瀉肝湯加減。外治先切開引流再用掛線療法。

二、痔瘻；直腸、肛門的周圍受細菌感染，膿液由直腸流至肛門周圍，此膿液流出後，其穴口杜塞而成管狀者稱為「痔瘻」，由肛開口之狀態區分為全痔瘻與不全痔瘻，本病多由結核菌引起，部分由化膿菌或梅毒引起，由化膿菌引起者，肛周會紅腫並有激痛，而結核菌引起者較不痛。外治用掛線療法。

三、肛裂；本病是肛管齒狀線下皮膚破裂而引起的一種梭形潰瘍。多發于肛門後正中央位，大便時痛如刀割，便後滴血，肛門擴約肌持續收縮，甚至痙攣。局部血液循環障礙，致使肛裂長期不癒。可外敷紫雲膏或黃藥膏或百力環素，服止痛如神湯，若有排便問題應先調整腸胃，腸胃好、消化好、大便順暢，自然不會擠壓肛門而破裂。

四、直腸脫垂；是由氣血不足，中氣下陷的結果。在小兒是氣血未旺，

在老人是由於氣血衰退，或者分娩較多，久瀉久痢，久病體虛，長期咳嗽等所造成。服補中益氣湯加減，大陸有人用外注消痔靈，我對此症認為以西醫手術為主比較安全。

五、肛門尖銳濕疣；本病是一種由病毒感染引起，發生在肛門部的贅生物，外敷腐蝕膏除去，內服中草藥，並保持肛門清潔。

六、直腸息肉；是直腸內良性腫瘤，由腺樣組織構成。有單發與多發。中醫認為因濕熱下注大腸，氣機不利，經絡阻滯、瘀血濁氣凝集所致。可用外治綁線注射明礬枯痔祛除。

七、肛門濕疹；肛門皮膚搔癢流湯謂之，此症頑固難治，日久可有繼發皮損，多見于中年以上男性。本病為濕熱下注郁于肛門皮膚所致，或由於肛門局部的痔瘻、痔瘡、肛裂、肛竇炎等有黏液分泌物刺激，或蟻蟲，陰虱等刺激均可發生。精神長期抑郁，情志不遂，以及外用藥物，化纖衣褲等亦能招致本病。內服祛濕中藥，外敷黃藥膏，或百利環素或自製之紫黃膏。

八、肛竇炎。

九、肛管直腸癌；在消化道惡性腫瘤中僅次於胃癌，中醫稱之為鎖肛痔。發病原因尚未明確。中醫痔科少有處理，宜後送大醫院較妥。

十、肛乳頭肥大；靜脈叢上的贅生物，由靜脈受擠循環不良或不潔所引起。

痔瘡之保健；

要預防痔瘡或其他的肛門疾病，平日的保健十分重要，飲食上，避免刺激性食物，如煙、酒、辛辣、油膩及不易消化的食物，多吃水果、蔬菜，維持胃腸消化功能正常，以保持大便的暢通，生活上，避免久站、久坐、久蹲，忌束腰過緊，多做肛門縮放的運動，如廁時，應速戰速決，便後避免用力擦拭肛門口，若已罹患肛門疾病，或發現有輕微症狀發生，則應多行溫水坐浴，促進血液循環，舒暢患部，尤以便後立刻施行最為有效，倘若症狀嚴重者，應立即就醫，方為正確之道。

以下介紹數圖以解釋痔之種類：

第 1 張圖為 3 期內痔脫出併發出血，第 2 張圖為 3 期內痔脫出並發水腫，第 3 張圖為肛乳頭肥大，第 4 張圖為混合痔。



以下第一圖為贅皮外痔，第二圖為肛門濕疹，第三圖為痔瘻，正在進行掛線療法，第四圖為血栓性外痔。

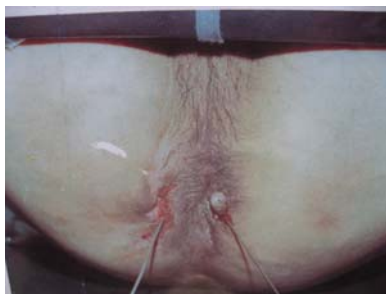
贅皮外痔



肛門濕疹



血栓性外痔



以下為臨床所見痔之型態：

括約肌鬆弛之贅皮外痔左右兩圖皆是



纖維化內痔脫出左右兩圖皆是



左圖為內痔脫出合併出血，右圖脫出未出血



茲舉綁線療法數例以為參考：

〈一〉、施女士，住在三重市，患內痔脫出近 20 年，每大便時痔隨糞便而出，並伴有血出，便後須用手推回，非常痛苦，106 年 5 月 13 日初診，即以綁線法治療，很快的便痔回收肛內，也不再出血，近十日愈。



〈二〉、住在樹林的林先生，58 歲，患血管腫型外痔，也是 20 餘年，每次稍運動則痔漏出，非常不便，正打算要手術時，後經夫人介紹來此治療，106 年 5 月 3 日初診，當即要求以中醫方式治療，經綁線後次日又去工作，後雖有小流血，再經消痔靈止血後十餘日愈。



〈三〉、林 X 冬先生，86 歲，住桃園市，106 年 3 月 4 日初診，由其

媳婦帶來，媳婦姓莊，她經常來針灸，知道我對痔瘡頗有研究，要我幫她公公治療，她公公患的是三至四期的內痔脫出，每次大便都會漏出，而且伴隨出血，困擾老先生二十餘年，這種型態的內痔屬於靜脈腫型，呈脫肛樣翻出，治療上較為繁瑣，因此雖在綁線期間，也仍會出血，經消痔靈治療法後漸漸痔血回收，終於在兩個星期後痊癒。其所患痔如下：

治療前



綁線治療後



〈四〉、106年7月18日住在文山區的盧女士，54歲，所患的痔型屬於肛乳頭肥大，此型之痔不會有血出，也不會痛，只是會隨大便而出，便後肛門擦拭不易乾淨，痔還須用手推回，一拖即十餘年以上，生活上造成不便，因此乘看胃腸病之便順便治療，這類型的痔痛很少，故操作起來頗為順利，綁線一星期後複診時已脫落回收痊癒。



痔瘡在診斷技巧上相當重要，不能只憑患者的主訴及問診而草率判斷，這樣思維易有偏差而形成誤治，作者認為實際進行肛診比切脈來得確實，判斷為何種型態之痔瘡再對症治療這樣才不致於誤治，在未進行肛診之時，參看上唇系帶的變化亦頗有參考價值，若上唇系帶有小肉結，提示痔瘡信號，肉結在右側提示痔瘡在對應肛門右側，左側對應左側，肉小結偏中上，提示痔核在肛門截石位如鐘錶四五點處，正中靠下，提示痔核在肛門截石位十至十二點處，上唇系帶內贅發紅腫，提示內痔正在發作，系帶上方紅腫，則提示外痔發作，若僅為白色小結，則痔仍停留在慢性發炎狀態，以上僅為診斷之參考，當然若能用肉眼檢查肛門更好，正確判斷病情後再決定治療的方法才是治療本病之道。 土城區至善中醫診所 中醫師 宋文靖 改寫於 106 年 8 月 21 日