

令和1年5月

患者様のための “肛門疾患の診断と治療の実際”

医療法人 慈豊会 田中病院

大腸肛門外科部長

飯田 善郎

はじめに

2018年9月6日に福井県医師会館にて私が“肛門疾患の診断と治療の実際”という演題で行いました肛門疾患学術講演会は、医師、看護師などの医療関係者に向けた講演でした。

今回、その講演内容を患者様のために開示する事と致しました。患者様にとりましては、ややわかりにくいかもしれませんが、最下段あるいは横に青字で解説を加えました。

目次

I .疾患総論

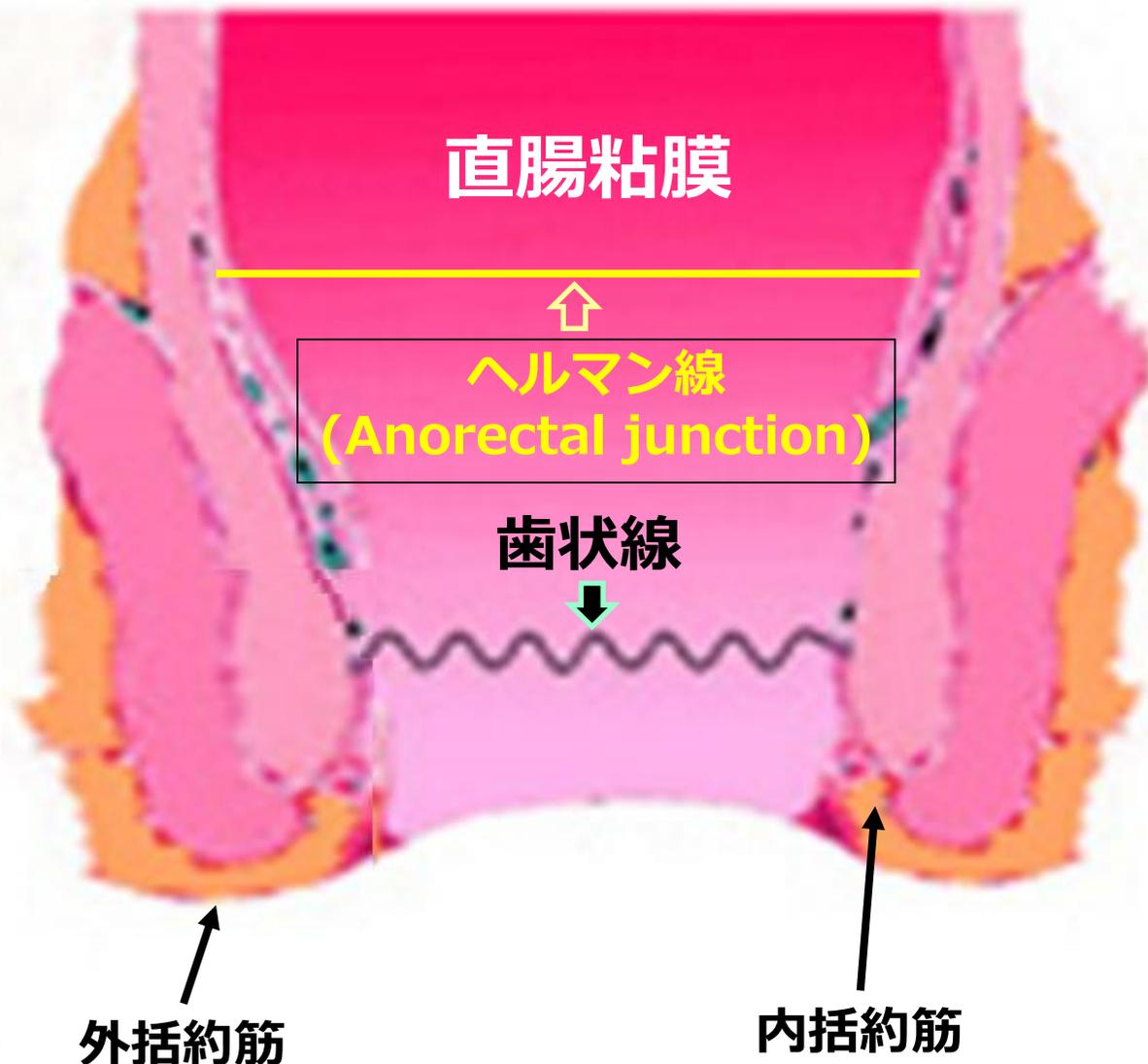
- 1.肛門の解剖
- 2.肛門疾患の診断法

II .疾患各論

- 1.血栓性外痔核
- 2.内痔核
- 3.肛門直腸周囲膿瘍
- 4.痔瘻
- 5.裂肛
- 6.直腸脱
- 7.ホワイトヘッド肛門
- 8.肛門子宮内膜症
- 9.肛門癌
- 10.小児の肛門疾患

I .疾患総論

1. 肛門の解剖



肛門の中には歯状線と呼ばれる線があり、これより奥は痛みを感じる神経はなくこれより外は痛みを感じる神経があるといわれています。

また肛門を締める筋肉には2種類あり内側にある内括約筋と外側にある外括約筋があります。

また肛門の粘膜と直腸の粘膜との境界にはヘルマン線と呼ばれる境界線があります。

2. 肛門疾患の診断法

1. 病歴：

- ・突然できた肛門部腫瘤、軽い疼痛 ⇒ 血栓性外痔核
- ・出血 ⇒ 内痔核、潰瘍性大腸炎、直腸癌等
- ・脱出 ⇒ 内痔核Ⅲ、Ⅳ度、直腸脱
- ・強い肛門痛、発熱 ⇒ 肛門直腸周囲膿瘍
- ・下着が膿、血で汚れる 肛門にしこりが触れる ⇒ 痔瘻
- ・排便時、排便後肛門痛 ⇒ 裂肛
- ・高齢女性 脱出 下着の汚れ ⇒ 直腸脱

解説：患者様の話をよく聞くことにより、病気のある程度予想できますが、診察してみると全く違う病気の場合もあります。

2. 理学的検査

A. 視診

- ・ 血栓性外痔核
- ・ 肛門周囲膿瘍
- ・ 肛門皮垂

B. 触診

- ・ 痔瘻

C. 牽引診

- ・ 裂肛

解説：多くは見たりさわったりすれば診断が可能です。

2. 理学的検査

D. 肛門直腸指診

わかる

- | | |
|-----------|----------|
| 1. 肛門ポリープ | 4. 直腸脱 |
| 2. 直腸周囲膿瘍 | 5. 下部直腸癌 |
| 3. 肛門狭窄症 | 6. 骨盤腹膜炎 |

わかりにくい

内痔核

解説：肛門直腸指診とは、肛門直腸の中に指を入れる診察法です。多くの情報を得ることができます。

2. 理学的検査

E. 怒責診

- 脱出を訴える患者様の場合、トイレに行き、怒責(いきむ)して脱出させていただく。脱出したら中へ入れずに、診察室に入っただき診察する。
- 排便しないと脱出しない患者様は、排便後の脱出の状態を写真に撮っていただき、診察時に持参していただく。

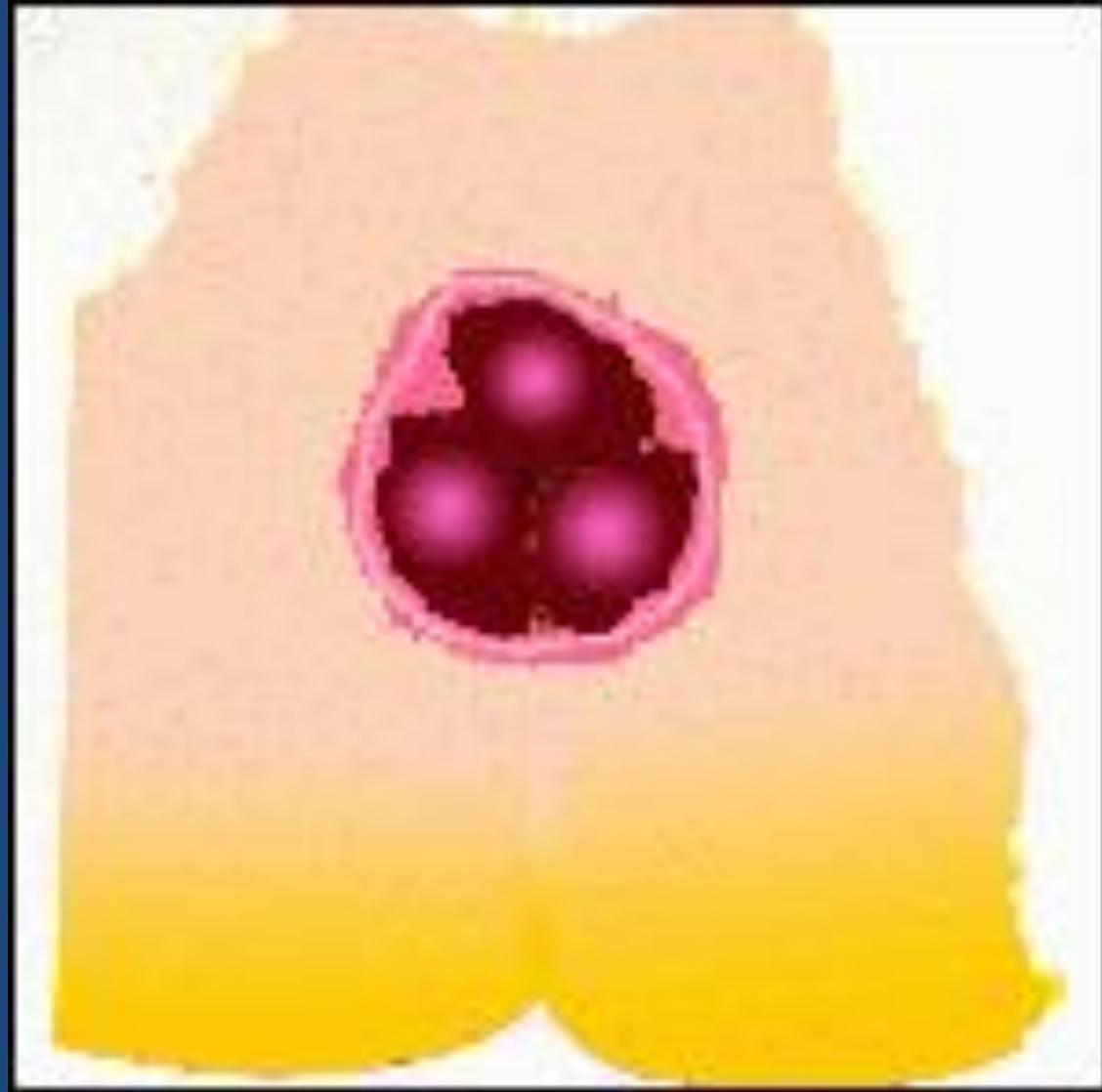
解説：**怒責診**とは脱出を訴える患者様の場合、脱出を
実際していただき、みせていただく診察法です。正しい診
断をするのに大変役立つ診断法です。

2. 理学的検査

E. 怒責診

- ・ 内痔核Ⅲ度

解説：内痔核Ⅲ度の場合はこのように脱出します。



2. 理学的検査

E. 怒責診：直腸脱



解説：直腸脱の場合はこのように脱出します。脱出するものを見れば一目瞭然に診断がつきます。

3. 肛門鏡診 (Anoscopy) 2枚貝型(ストランゲ型)



解説：上に示した肛門鏡という器械を肛門の中に入れて肛門を広げて観察して病変の有無を見ます。

4. シグモイドスコープ（下部大腸内視鏡検査）

- ・ 肛門疾患の患者は、潰瘍性大腸炎 クローン病など 大腸にも病変がある場合が多いため本検査を行うことが望ましい。
- ・ 前処置も浣腸だけと簡便で、大腸の中でも癌などの病変の多い直腸、S状結腸を観察するもので、苦痛も少ない検査である。
- ・ 肛門疾患：内痔核、肛門ポリープ
- ・ 大腸疾患：潰瘍性大腸炎 クローン病、直腸癌、下部結腸癌 などがわかります。

解説：下部大腸内視鏡検査は楽な検査で、大腸癌などの病変を発見することができます。

5. CT

- **直腸肛門周囲膿瘍**

ほとんどが通常の診察で診断可能だが、わかりにくい場合があり、この際にはCTが参考となる。

解説：直腸肛門周囲膿瘍はほとんどが通常の診察でわかりますが、中にはわかりにくい場合があり、この際にはCTが助けとなります。

II. 疾患各論

血栓性外痔核

血栓性外痔核



解説：血栓性外痔核は外の静脈にできた血栓です。

血栓性外痔核

解説：血栓性外痔核は痛みを感じる神経のある歯状線より外の部分にできますので、できると痛みを感じます。



血栓性外痔核

(症状)

1. 肛門痛

- ・ 強い痛みではない。
- ・ ある日より突然痛くなる。

2. 肛門部腫瘍

- ・ ある日突然できる。
- ・ さわると痛い。

解説：典型的な症状は上記のようになります。

血栓性外痔核

(治療)

保存的治療を施行し手術は通常行わない。

1. 入浴
2. 局所的治療

座薬、軟膏

(予後)

通常 1 カ月程度で消失。

解説：血栓性外痔核は手術をしなくても治ります。

診断・治療のポイント 1

—血栓性外痔核—

血栓性外痔核は手術は不要で

保存的治療にて治癒する。

解説：血栓性外痔核は手術をしなくても治ります。

内痔核

内痔核



解説：内痔核は歯状線より中の部分にできます。

内痔核



解説：内痔核は痛みを感じる神経のない歯状線より中の部分にできますので、できても痛みは感じません。

内痔核の分類（ゴリガー）

I 度

出血のみ

II 度

1. 出血
2. 脱出（自然にもどる。）

III 度

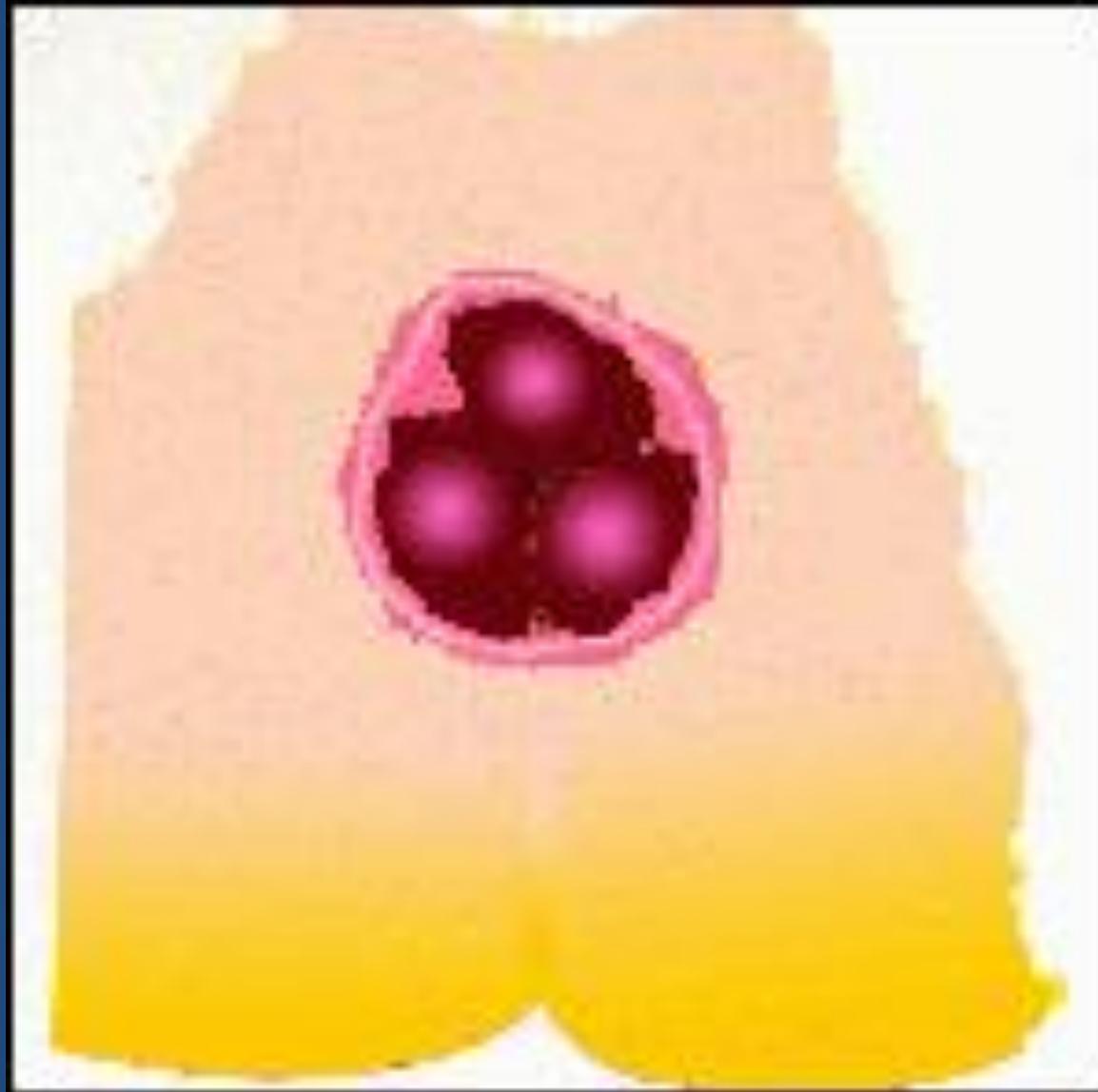
1. 出血
2. 脱出（指で戻さないと入らない。）

IV 度

1. 出血
2. 脱出（指で押しこんでもすぐに出てくる。いつも出っぱなし。）

解説：内痔核の分類は上記のようになります。度数が上がるほど重症になります。

内痔核Ⅲ度



内痔核の治療方針

I 度 → 保存的治療

II 度 → 保存的治療

III 度 → 手術

IV 度 → 手術

解説： III度、IV度の内痔核はほとんどの場合、座薬などを使ってもほとんど変わりませんので、手術が必要です。

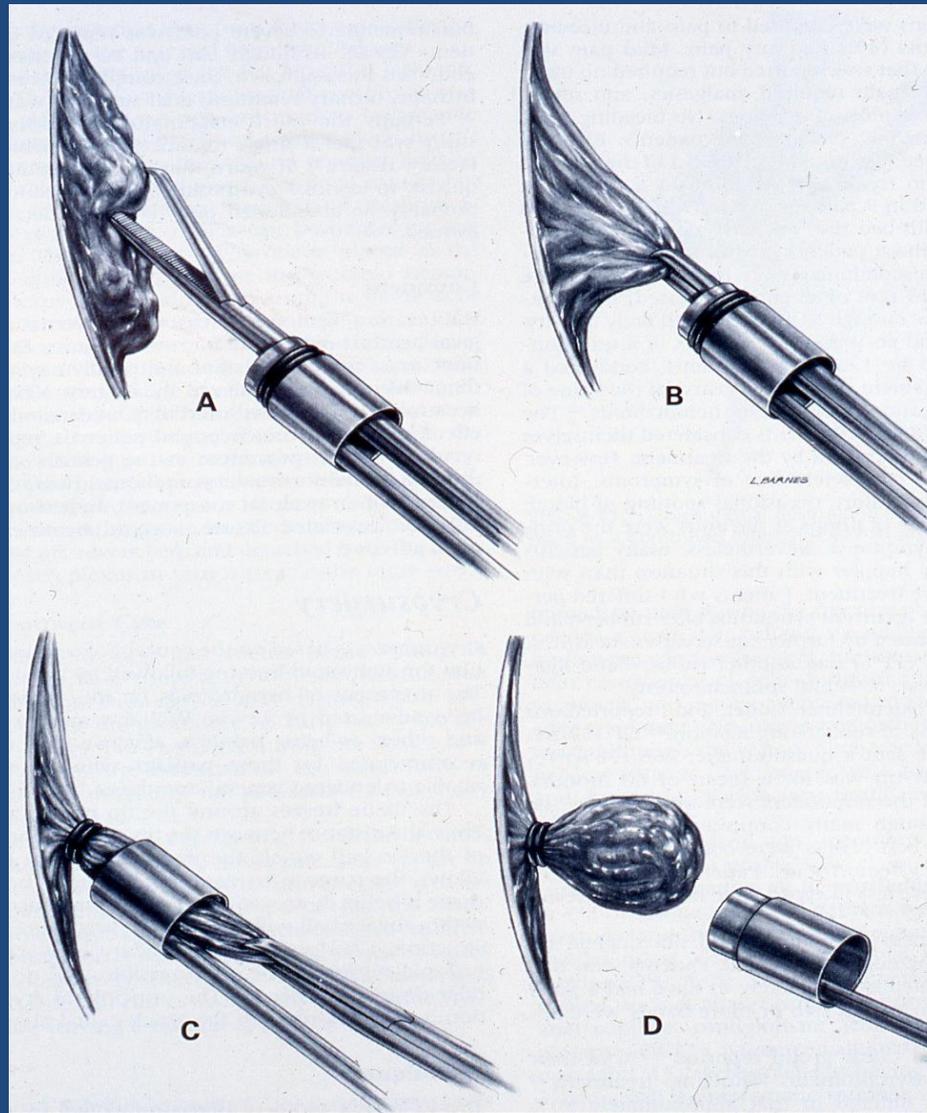
内痔核に対する手術方法

| | | | |
|-------------------------|-------|-------|----------------------|
| 1. マクギブニー輪ゴム結紮術 | 日帰り手術 | | |
| 2. 硬化療法 (ジオン、パオスクレー) | 日帰り手術 | | |
| 3. 結紮切除術 | 入院加療 | 根治的治療 | |
| 4. PPH | 入院加療 | 根治的治療 | 日本では施行している病院は非常に少ない。 |

解説： 内痔核に対する主な術式は、上記 4 種類です。

マクギブニー輪ゴム結紮術

マクギブニー輪ゴム結紮術



*Corman Colon and Rectal Surgery*より引用

解説： 内痔核の根元に輪ゴムをかける方法です。内痔核はやがてしぼんで腐って落ちます。

対 象

痔核に対してマクギブニー輪ゴム結紮術を施行した症例
(1988年1月19日～2016年9月30日)

男性 : 143例 (48%)

女性 : 156例 (52%)

計 299例

年齢 : 11～86歳 (55±17歳)

解説 : これまでに約300人以上の内痔核の方が輪ゴム結紮術を受けられました。

術後再発

(1988年1月19日～2016年9月30日)

マクギブニー輪ゴム結紮術後同一部位の
内痔核Ⅲ度以上の再発：

1.3 % (4 例 / 299 例)

解説：輪ゴム結紮術後の再発は非常に低率でした。

ジオン（ALTA）による硬化療法



解説：ジオンによる硬化療法は、ジオンを1つの内痔核につき4か所に注射して痔核を小さくします。

ジオン（ALTA）による硬化療法

ジオンによる硬化療法は、肛門に対する局所麻酔が痛いですが、術後の痛みは軽く、日帰り治療が可能な点が長所です。休業日数も短く（平均4日間）で済みます。

しかし、外までハレの強い内痔核には硬化療法を行ってもやはり脱出することが多いこと、また再発が多いことが欠点です。

結紮切除術

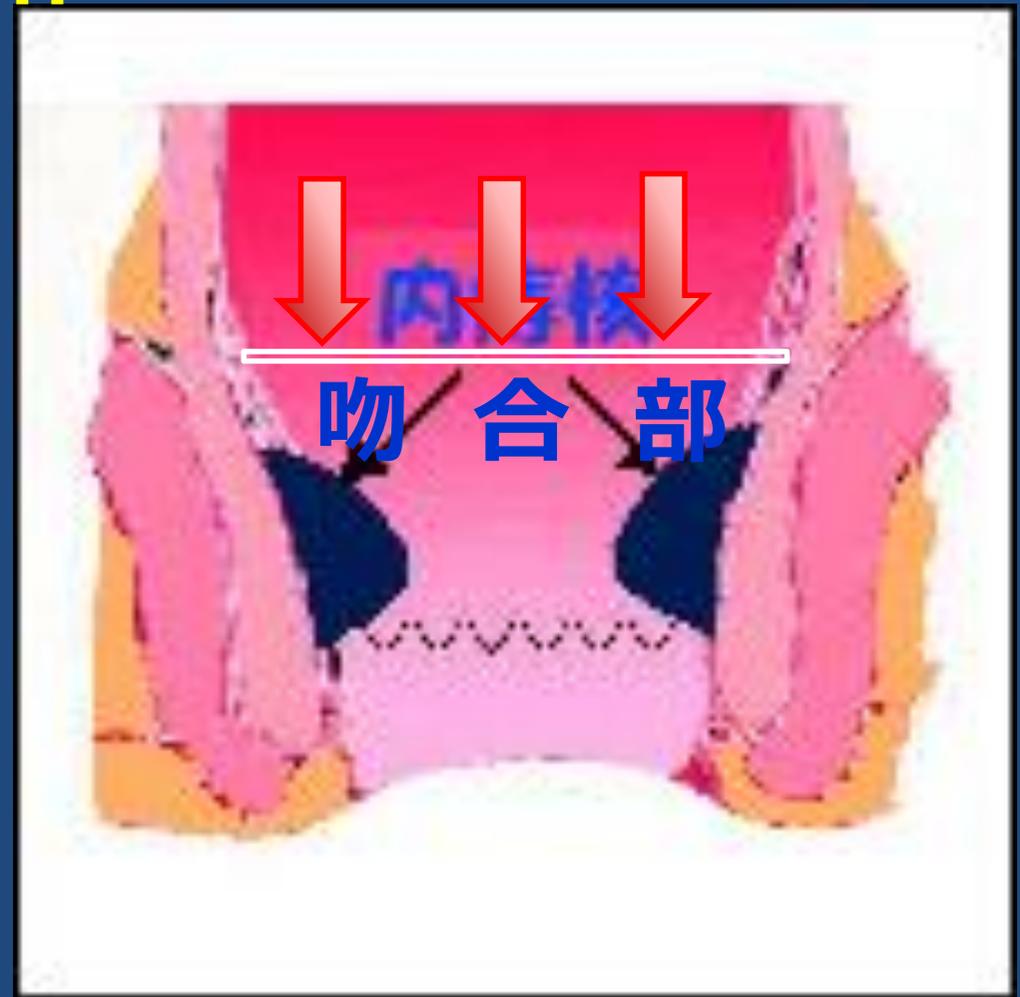
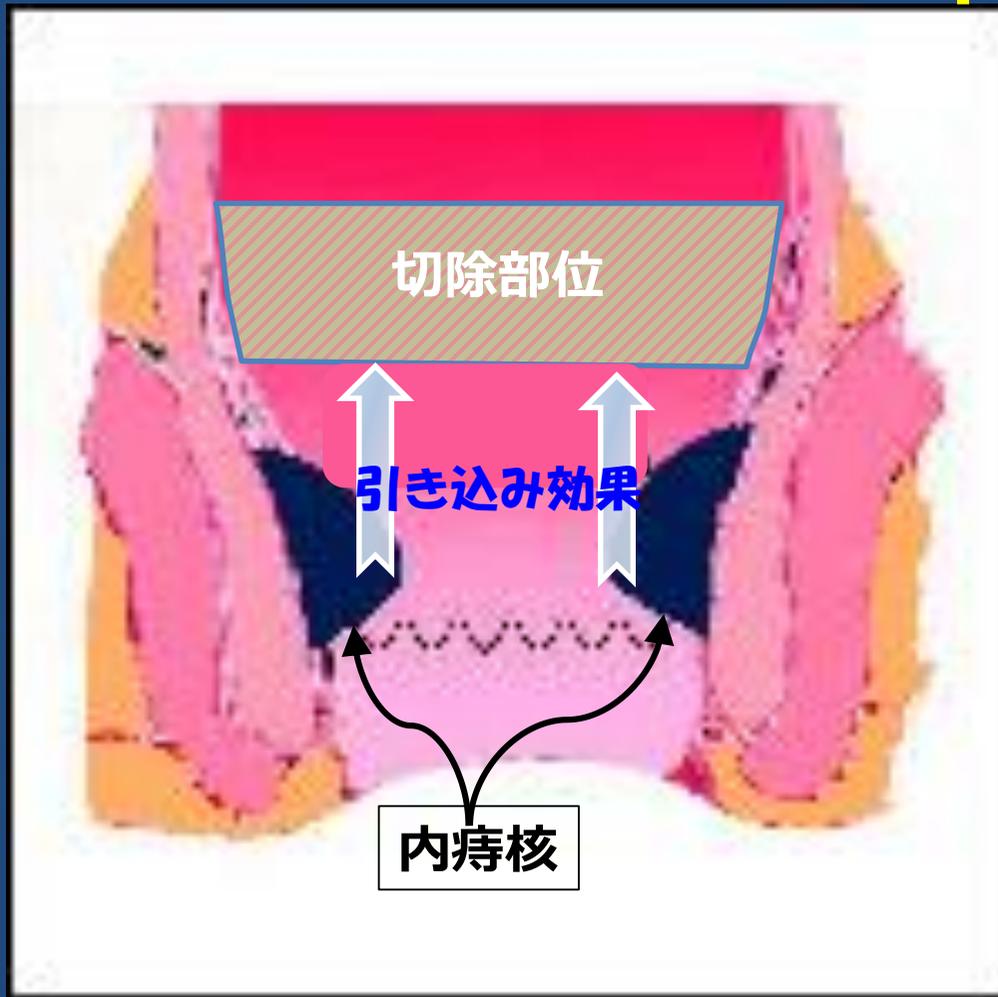
結紮切除術とは内痔核に行く動脈をしばって内痔核を切除する方法です。通常3ヶ所切除するため、肛門の外から中にかけて3か所キズができます。

古くからおこなわれている方法で、再発も少なく良い方法です。標準的な手術方法ですが、肛門の外から中にかけて、3か所キズができるために、術後痛みが強く、そのため入院日数が長く（平均8日間）休業日数も長い（平均16日間）のが欠点です。

PPH

Procedure for Prolapse and Hemorrhoid

解説： PPHとは上記の英語の略称で、私は「直腸粘膜環状切除術」と呼んでいます。



直腸粘膜・粘膜下組織(血管等)を
切除して吻合することにより内痔核を

吻合部より肛門側の血流が
完全に遮断され痔核がしぼむ。

肛門内に引っ張りこむ。解説：直腸粘膜および粘膜下の血管を切除し縫い合わせるにより
内痔核を奥に引っ張り込み、血流を完全に遮断して内痔核がしぼんで治癒します。直腸にキズがで
きますが、直腸には痛みを感じる神経がないため術後の痛みは軽度です。

日本におけるPPH

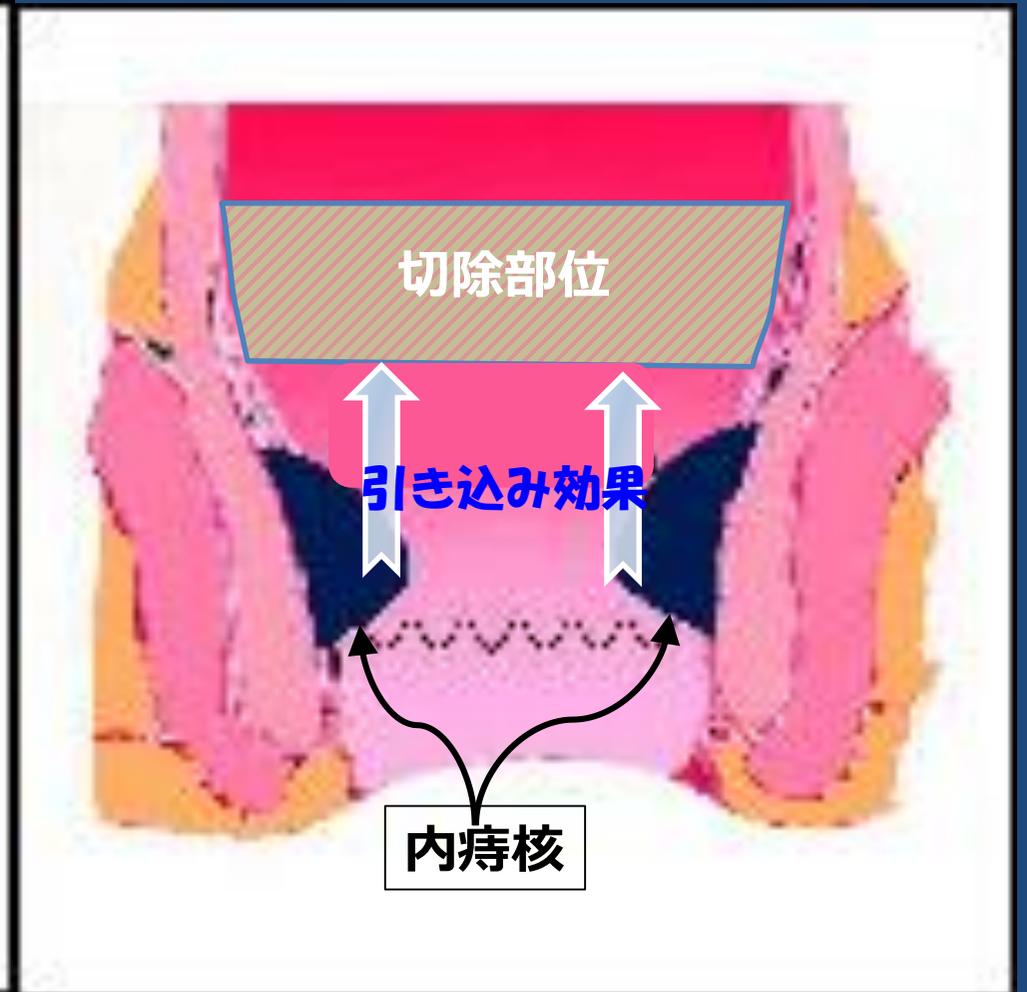
1. 世界では広く行われているが、日本国内で行なっている病院は非常に少ない。

2. 考えられる理由

- 直腸穿孔、直腸腔瘻などの重篤な合併症の報告がある。
- 再発率が多いという報告がある。

3. 日本大腸肛門病学会ガイドライン推奨度： **C**

解説：日本ではPPHを行なっている病院は非常に少ないのが現状です。ガイドラインでも推奨度は C です。



PPH原法 ⇒ 術後も脱出を訴える人が多い (6.3%)。

PPH低位吻合法 ⇒ 術後脱出を訴える人は激減した (0.5%)。

解説： PPHを始めたところ、術後も脱出を訴える人が多いため、もっと低い部で直腸粘膜を切除し縫合するPPH低位吻合法を開始したところ、術後脱出を訴える人は激減しました。

内痔核に対する各種術式を比較検討

| | | |
|-----------------|----------|---|
| 1. ジオン | | |
| 2. 結紮切除術 | | |
| 3. PPH原法 | 01 使用 | 01: 閉鎖したステープルの高さ 1 mm |
| 4. PPH低位 吻合法 | 01 使用 | 01: 閉鎖したステープルの高さ 1 mm |
| | 03 使用 | 03: 閉鎖したステープルの高さ 0.75 mm ⇒ 血管の圧挫が強く、止血効果が高い。 |

解説：内痔核に対する各種術式を比較しました。PPH低位吻合法は01と03の2種類の器械を用いたのでふたつに分けて検討しました。

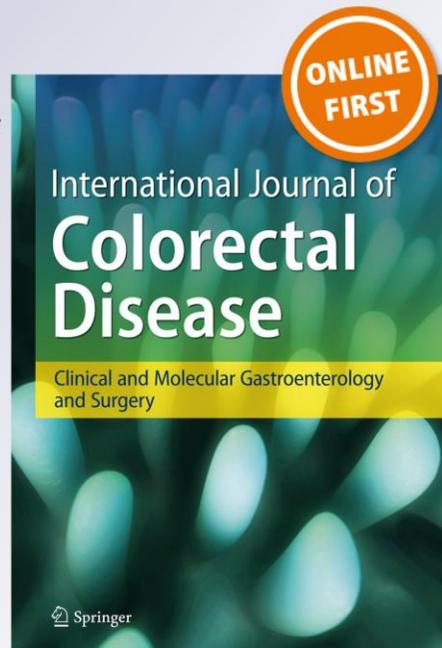
Procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH) with low rectal anastomosis using a PPH 03 stapler: low rate of recurrence and postoperative complications

Yoshiro Iida, Hideo Saito, Yoshihiro Takashima, Kenichiro Saitou & Yoshinori Munemoto

International Journal of Colorectal Disease
Clinical and Molecular Gastroenterology and Surgery

ISSN 0179-1958

Int J Colorectal Dis
DOI 10.1007/s00384-017-2908-3



 Springer

**ジオン、結紮切除術、
PPH原法、PPH低位吻合
法の比較検討**

(Int J Colorectal Dis

2017年9月掲載)

解説：各種術式を比較検討し投稿したところ権威ある国際誌に掲載されました。以下はその結果です。

平均在院日数（疼痛持続期間）

（2000年1月1日～2015年8月31日）

| | 術式 | 在院日数(日) | 例数 |
|---|-----------------|-----------|-----|
| 1 | ジオン | 4.5 ± 2.5 | 45 |
| 2 | 結紮切除術 | 8.3 ± 4.6 | 322 |
| 3 | PPH原法 01使用 | 4.8 ± 1.8 | 63 |
| 4 | PPH低位吻合 01使用 | 5.5 ± 2.7 | 236 |
| 5 | PPH低位吻合 03使用 | 5.7 ± 2.5 | 649 |

1. 結紮切除術群が他群に比し有意に長かった。

2. PPH原法群はPPH低位吻合03使用群に比し有意に短かった。

* : p = 0.000

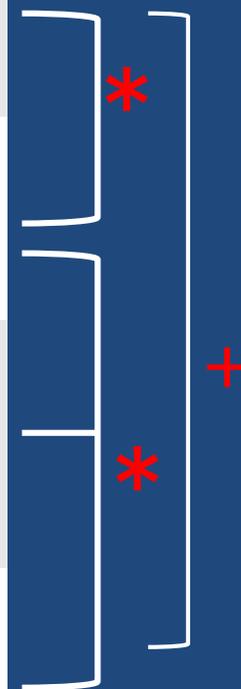
+ : p = 0.007

解説：平均在院日数は結紮切除術に比しPPHは有意に短いという結果でした。

術後休業日数

(2000年1月1日～2015年8月31日)

| | 術式 | 就業までの日数 | 例数 |
|---|------------------|------------|-----|
| 1 | ジオン | 4.3 ± 2.8 | 16 |
| 2 | 結紮切除術 | 16.4 ± 5.9 | 33 |
| 3 | PPH低位吻合 01使用群 | 6.3 ± 3.6 | 9 |
| 4 | PPH低位吻合 03使用群 | 8.6 ± 5.2 | 190 |



1. 結紮切除術が他群に比し有意に長かった。

* : p = 0.000

2. ジオンはPPH低位吻合03使用群に比し有意に短かった。

+ : p = 0.008

解説：休業日数は結紮切除術に比しPPH,ジオンは有意に短いという結果でした。

術後も脱出をみとめる例

結紮切除術

PPH原法

01使用

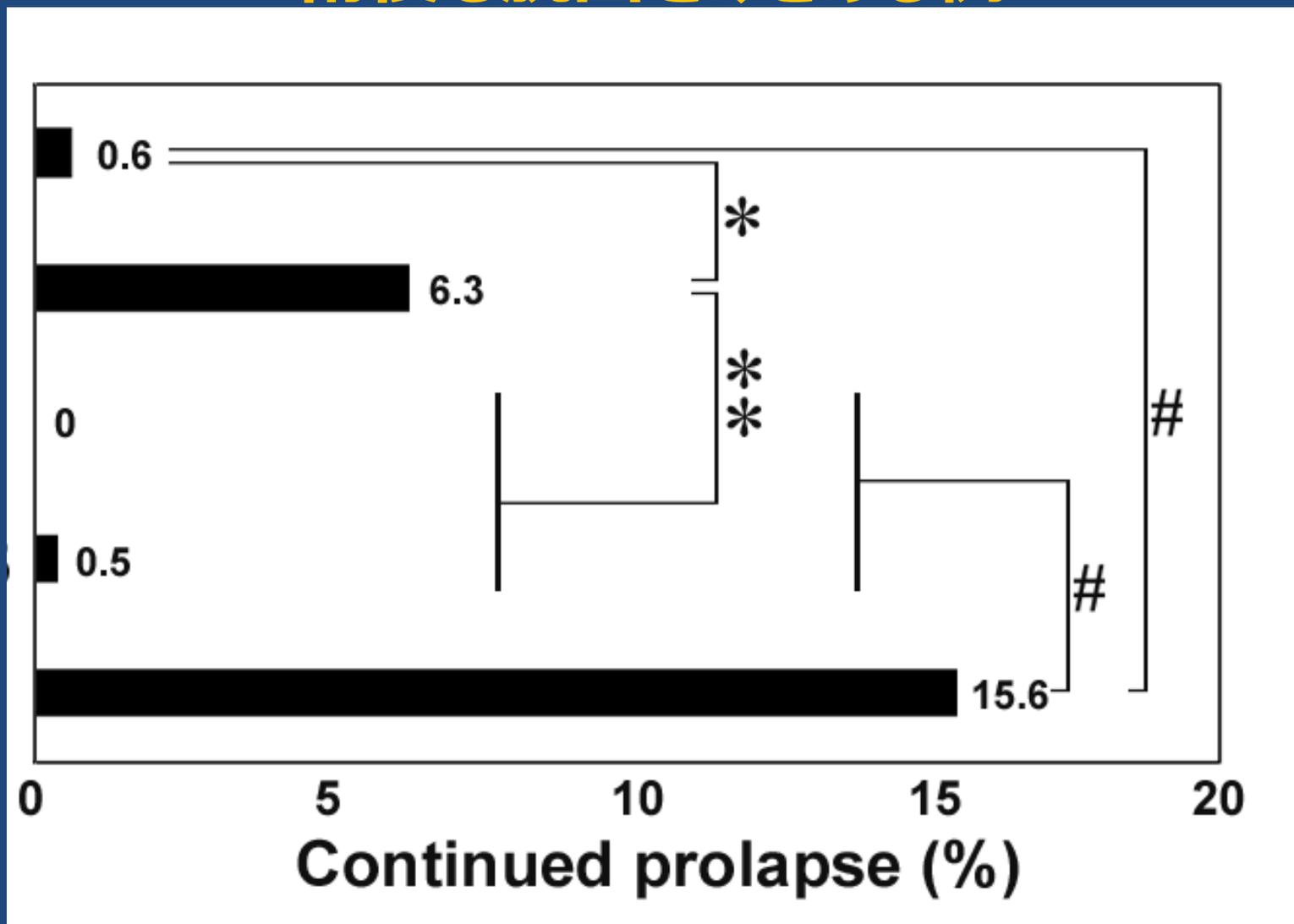
PPH低位吻合

01使用

PPH低位吻合

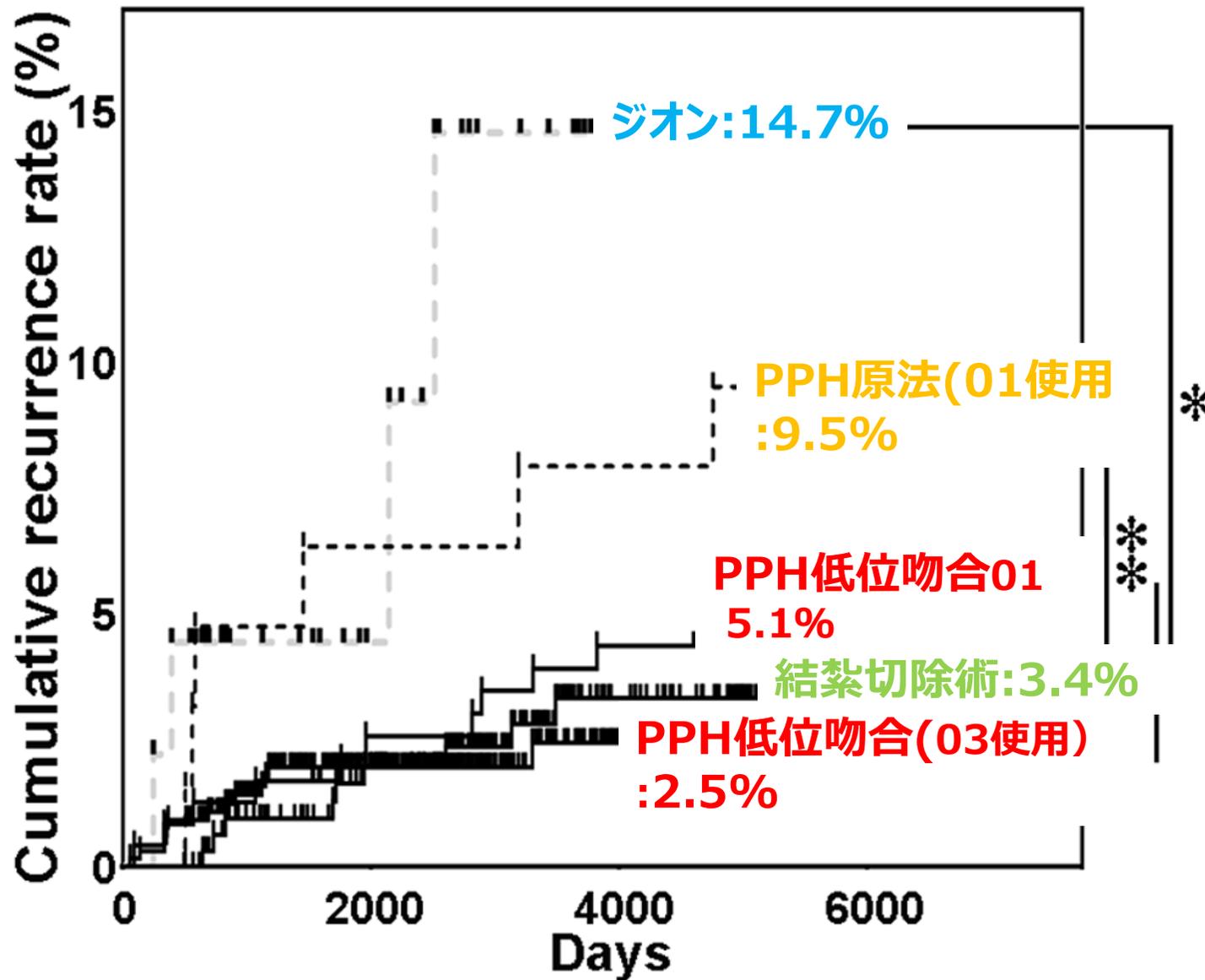
03使用

ジオン



解説：ジオン、PPH原法に比しPPH低位吻合法、結紮切除術は有意に術後脱出が少ないという結果でした。

手術16年後累積再発率（カプラン・マイヤー法）



解説：

手術16年後累積再発率は

- 1 .PPH原法(9.5%)に比べて、PPH低位吻合法(03使用) (2.5%) は有意に再発が少ない結果でした。**
- 2 .PPH低位吻合法(03使用)(2.5%)、結紮切除術(3.4%)、ジオン (14.7%)の順に再発が少ないという結果でした。**

結論

1. 03を用いたPPH低位吻合法はPPH 原法に比し、有意に術後脱出および再発が少ない。
2. 03を用いたPPH低位吻合法は、結紮切除術と同等の良好な手術成績を示す一方、術後疼痛は軽微であり、在院日数、休業日数は有意に短く、内痔核に対するすぐれた術式と考えられた。

解説：結論はPPH低位吻合法が最もすぐれた術式である、ということになります。

PPH低位吻合法

これまで、PPHについて、国外で多くの報告がなされてきたが、低位吻合法に関するものは1例もない。我々はPPH低位吻合法を世界で初めて施行し、原法に比べて再発が少ないことを明らかにした。

解説： PPH低位吻合法が良いという事を報告した人は、これまで世界で誰もいませんでした。

| 手術方法 | 治療期間 | 入院期間を含めた平均休業期間 | 術後の痛み | 再発 | 長所 | 短所 | 日本大肛会ガイドライン推奨度 | 手術実績(例) |
|--------------|----------|----------------|----------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------|--------------------------------|
| マクギブニー輪ゴム結紮術 | 日帰り | — | あり(約7日間) | 少ない 再発率： 1.3% | ①日帰りで簡単にできる②再発が少ない | ①大きな痔核にはできない②1回に1個しかできない | B | 299 (1988年1月19日～2016年9月30日) |
| ジオンによる硬化療法 | 日帰り | 約4日 | 軽い | 多い 16年間の累積再発率： 14.7% | ①術後の痛みが軽い②日帰りでできる③早く就業できる | ①外痔核成分の大きな内外痔核には効かず②再発が多い | B | 56 (2000年1月1日～2016年9月30日) |
| 結紮切除術 | 入院(約8日間) | 約16日 | 強い | 少ない 同上再発率： 3.4% | ①確実である②再発が少ない | ①痛みが強い②入院・休業が長い | A | 330 (2000年1月1日～2016年9月30日) |
| PPH | 入院(約6日間) | 約9日 | 6割は痛みどめの注射をするが日ごとに軽快 | 少ない 同上再発率： 2.5% | ①痛みが軽い②入院が短い③早く就業できる④再発が少ない | 慢性特発性直腸肛門痛がまれにある | C | 985 (2000年1月1日～2016年9月30日) |

解説：各手術法の長所、短所を説明し、患者様の希望する方法を行なっています。

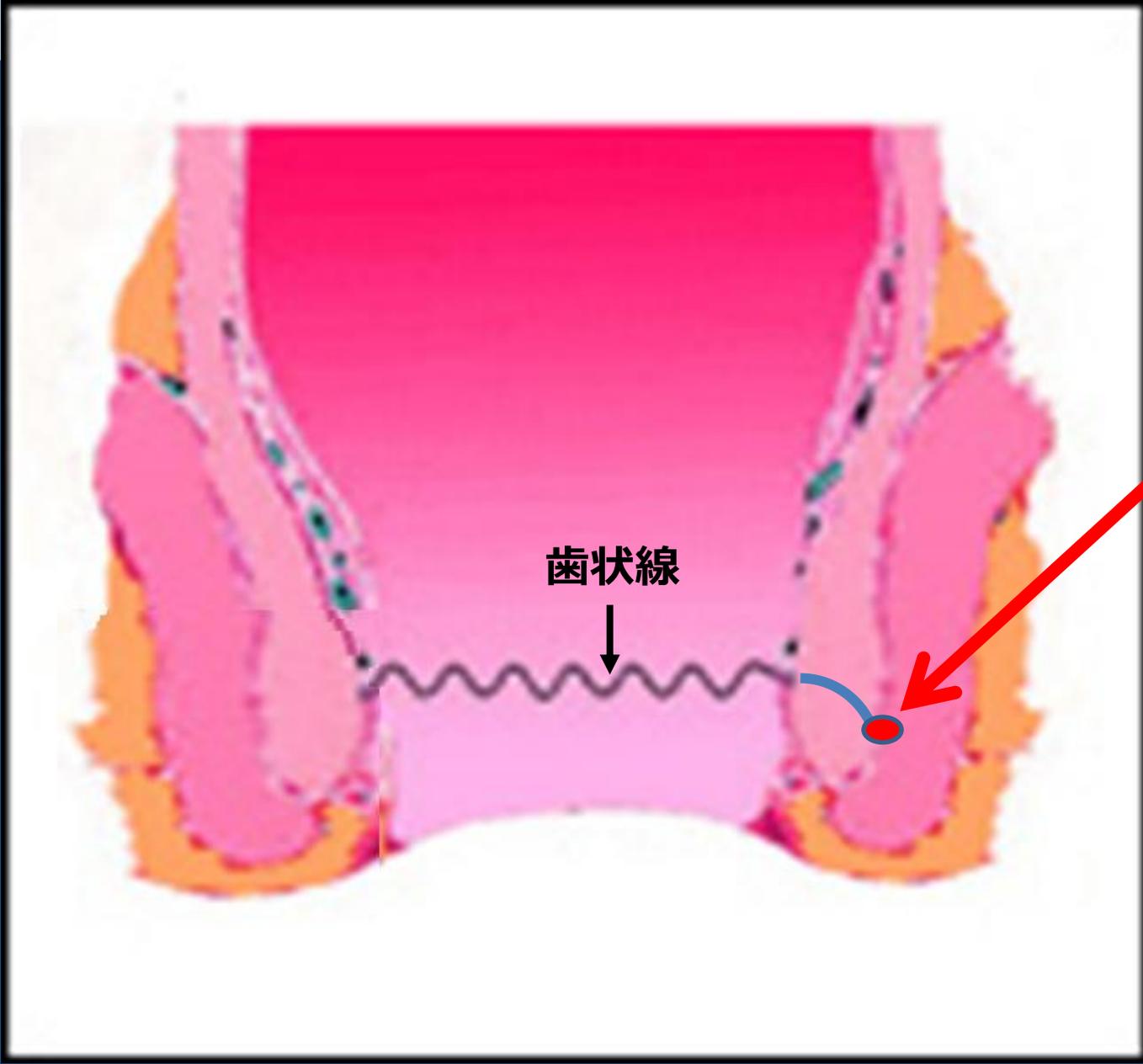
診断・治療のポイント 2 -内痔核-

1. 出血を訴える場合は、ほとんどは内痔核が原因である。しかし、時に大腸癌、炎症性腸疾患の場合もあるので、適宜シグモイドスコープを行うことが望ましい!!
2. 脱出を訴えるⅢ度Ⅳ度の内痔核は、ほとんどの場合座薬では改善を認めないので手術を勧める。

解説: 1.出血する場合、大腸癌の可能性もあるので内視鏡検査を適宜受ける。2.脱出するようになったら手術でないとなおりません。

肛門直腸周圍膿瘍

肛門直腸周囲膿瘍

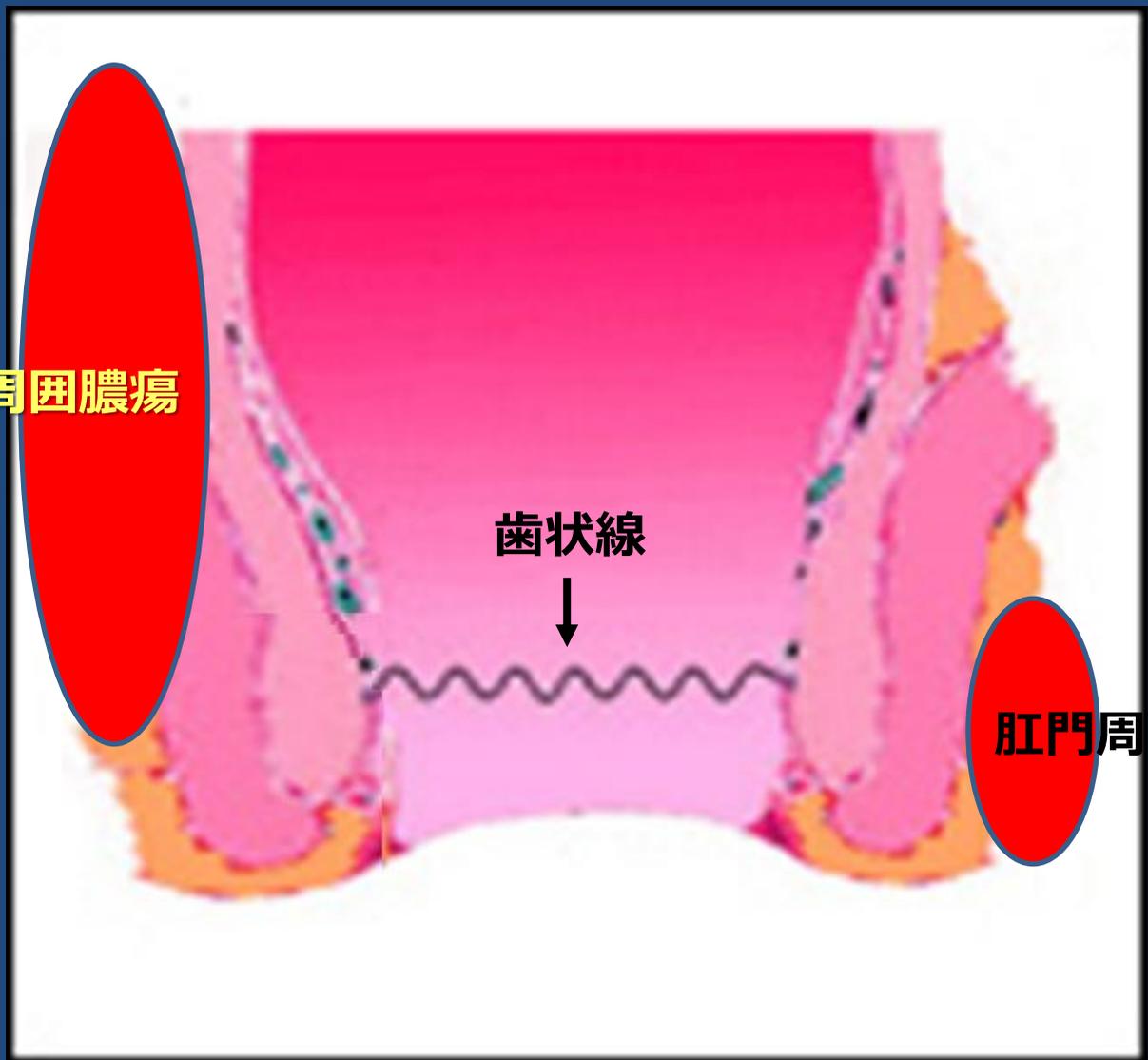


肛門腺

歯状線

解説：肛門の中に粘液を出す肛門腺があります。便の中の細菌がこの肛門腺の中に入り込み、炎症を起こしウミがたまってきたのが肛門直腸周囲膿瘍です。

肛門直腸周囲膿瘍



齒状線



肛門周囲膿瘍

解説：いろいろな場所にウミがたまります。奥の直腸周囲にたまった場合はわかりにくいです。

(症状)

1. 肛門の痛み

- ・ かなり強い。夜もズキズキして眠れない。
- ・ 押さえると痛い。

2. 発熱

- ・ 風邪と間違ふ。

解説：症状は、ウミがたまるのでかなり強い痛みをきたします。熱が出てかぜと間違われる場合もあります。

肛門直腸周囲膿瘍

A. 視診

肛門周囲皮膚の発赤、腫脹。

B. 触診

肛門周囲皮下の硬結。圧痛あり。

C. 肛門直腸指診

圧痛を伴う腫脹を直腸周囲に認める。

⇒ 直腸周囲膿瘍

解説：肛門の周りのはれて赤くなりしこりを触れます。肛門の中に指を入れて診察すると直腸のまわりにウミがたまっているかがわかります。

肛門直腸周囲膿瘍の治療

1. 抗菌剤

- ・ほとんどの場合無効。しかし、抗生剤を投与していると、自然に自壊して排膿される場合もあり。

2. 手術：原則

- ・切開排膿術
- ・小範囲の浅いもの ⇒ 外来：局所麻酔で可能。
広範囲で深く広がっている可能性のあるもの ⇒
入院：脊椎麻酔（時に全身麻酔）
完全に除痛して、膿瘍の遺残がないように完全に
排膿しないと、術後も痛み発熱が持続する。

解説：治療は薬はほとんど無効で、手術をしてウミを完全にいせれば痛みが取れて楽になります。

フルニエ症候群

フルニエ症候群

定義： 男性陰部を侵す進行性壊死性筋膜炎

特徴：

1. **会陰,陰囊,下腹部**に及ぶ壊死を認める。
2. **アルコール依存症、糖尿病、肝硬変症、進行癌、ステロイド投与**状態、HIV感染状態などを背景に持つことが多い。
3. **好気性菌、嫌気性菌**いずれも起炎菌となる。

治療

1. **切開排膿術,デブリードマン**
2. **抗生剤**
3. **高圧酸素療法**

予後

死亡率： 13～66%

解説： フルニエ症候群という肛門のまわりより、陰囊、下腹部にかけてウミのたまる病気があります。糖尿病などを背景に持ち、早期に手術などの治療をしないと死亡するおそろしい病気です。

フルニエ症候群

- 4例の経験
- 全例治癒
- 死亡例なし

解説：私自身4人のフルニエ症候群の患者様の手術を経験しておりますが、幸いなことに全例治癒し、手術後、死亡された方は1人もおられませんでした。

診断・治療のポイント 3

-肛門直腸周囲膿瘍-

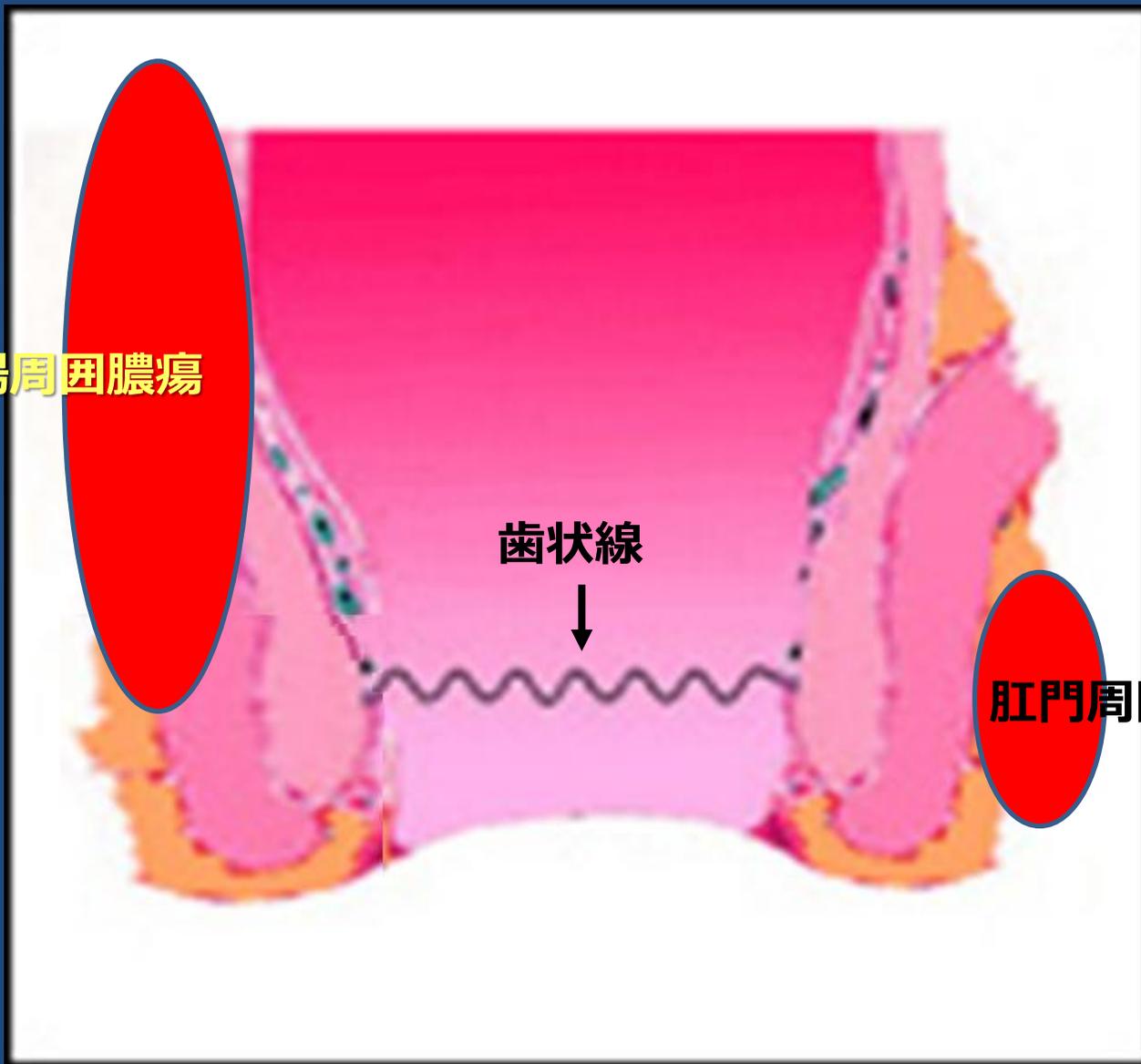
1. 強い肛門痛、時に発熱を訴え指診にて圧痛を伴う腫脹を直腸周囲に認める場合は肛門直腸周囲膿瘍を疑え!!
2. 治療は切開排膿術が原則。
3. まれに致死的なフルニエ症候群があるので要注意!!

解説:強い肛門痛、発熱をきたす場合は本症を疑います。完全にウミを出せば痛みは消失します。フルニエ症候群の場合もありますので要注意!!。

痔瘻

肛門直腸周囲膿瘍

肛門直腸周囲膿瘍



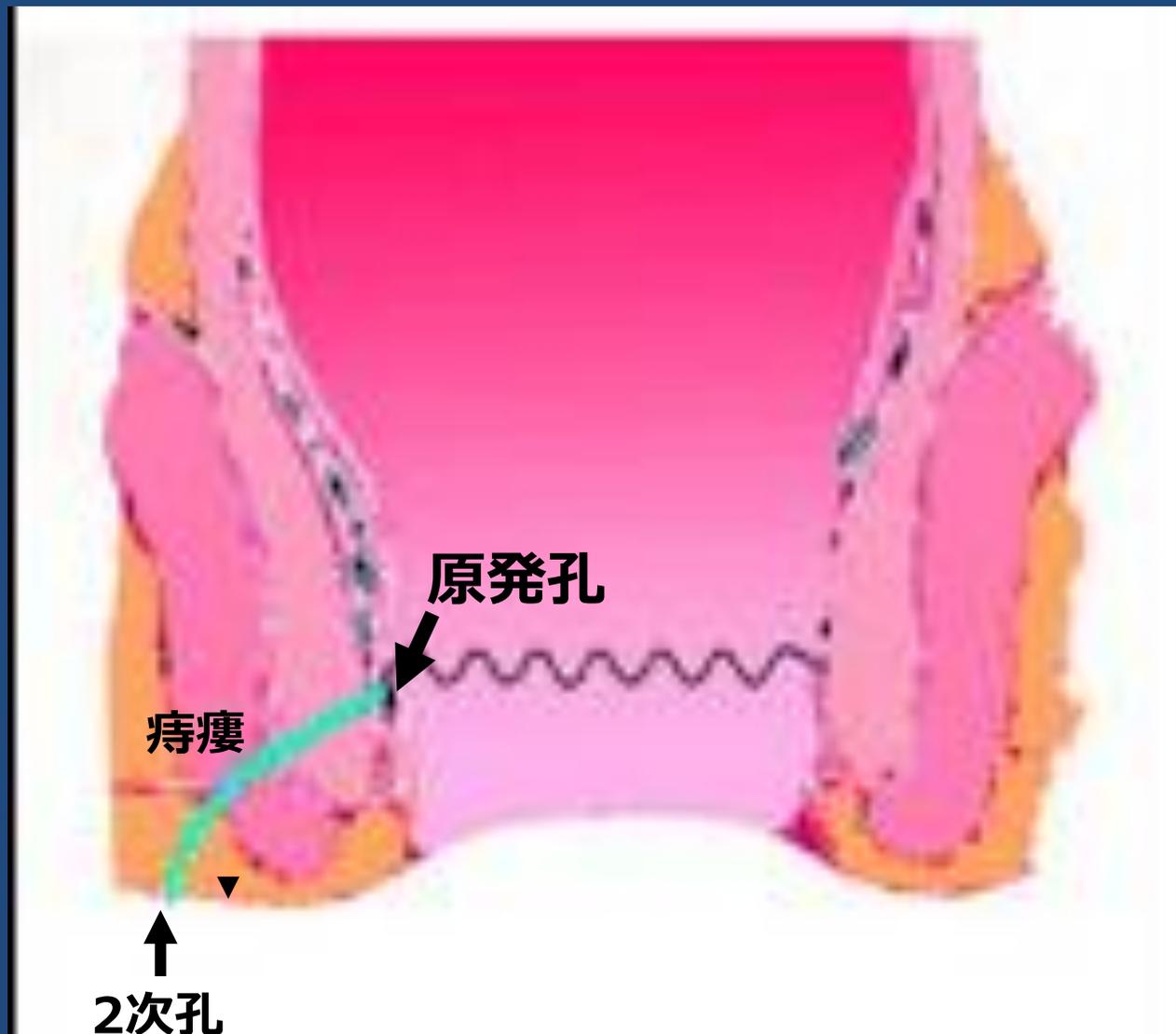
歯状線



肛門周囲膿瘍

解説：痔瘻は肛門直腸周囲膿瘍が自然に破れたり、切開してウミを出した後になる場合と、患者様が気づかないうちに自然に痔瘻ができています。

痔瘻



解説：便や細菌の入り込む穴を原発孔と呼び、ウミの出口を2次孔とよびます。この間がクダでつながっているのが痔瘻です。

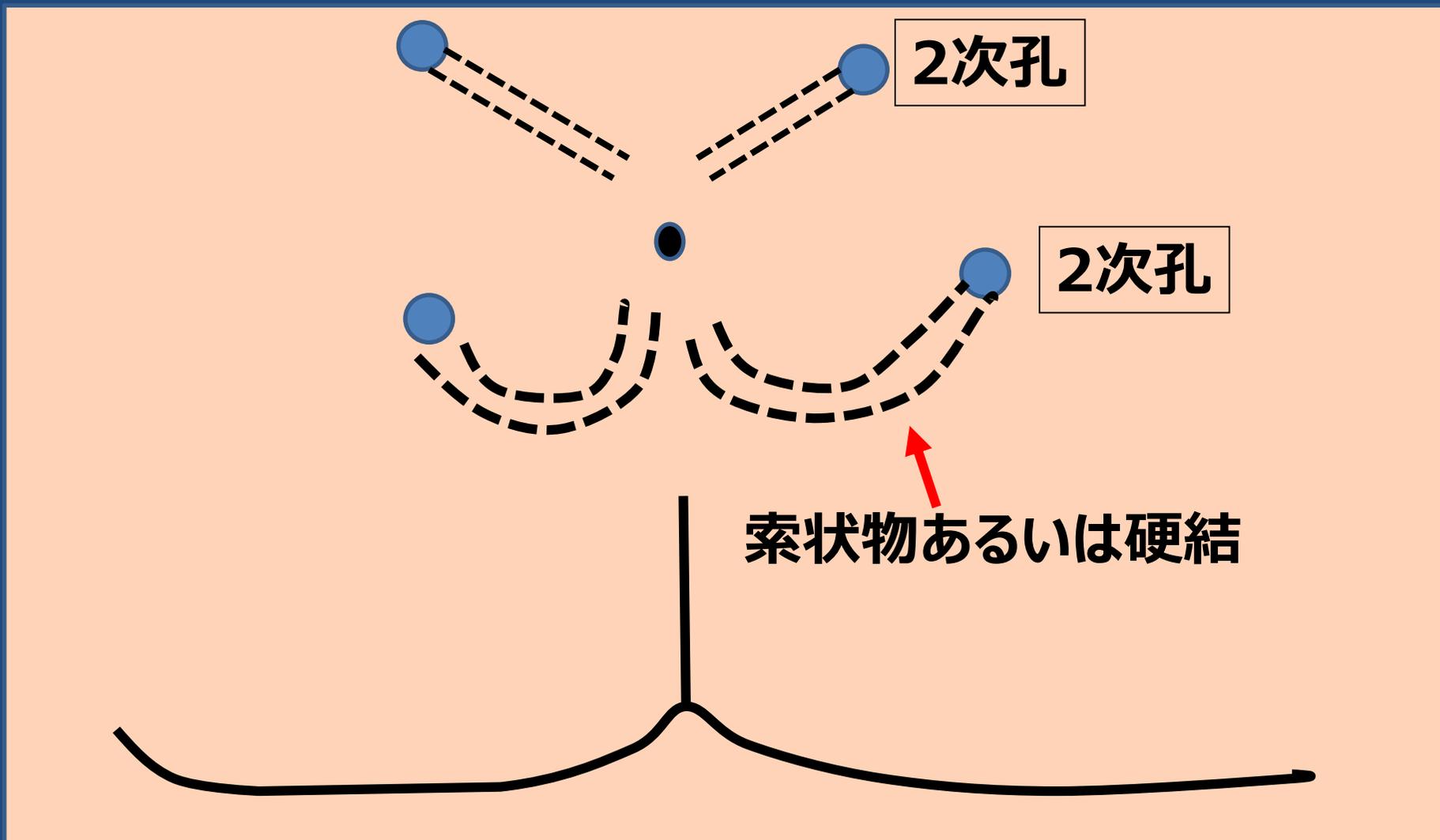
痔瘻

(症状)

1. 下着が膿や血液でよごれる。
2. 肛門痛、肛門のまわりのハレ。
 - ・周期的
 - ・膿や血液が出ると楽になる。
3. 肛門部にしこりが触れる。

解説：痔瘻は上記のような自覚症状を認めます。

痔瘻の視触診所見



解説：肛門のまわりに穴(2次孔)があり、そこからウミや血が出ます。またそれにむかうクダ(索状物)をさわります。これが痔瘻です。

痔瘻

(治療)

1. 自然経過を見ても治癒せず(乳児痔瘻は自然治癒することが多い)。
2. 座薬、内服薬にて加療しても治癒は得られず。
3. 放置してまれに**痔瘻癌**の発生が報告されている。
⇒ **診断されれば原則手術。**

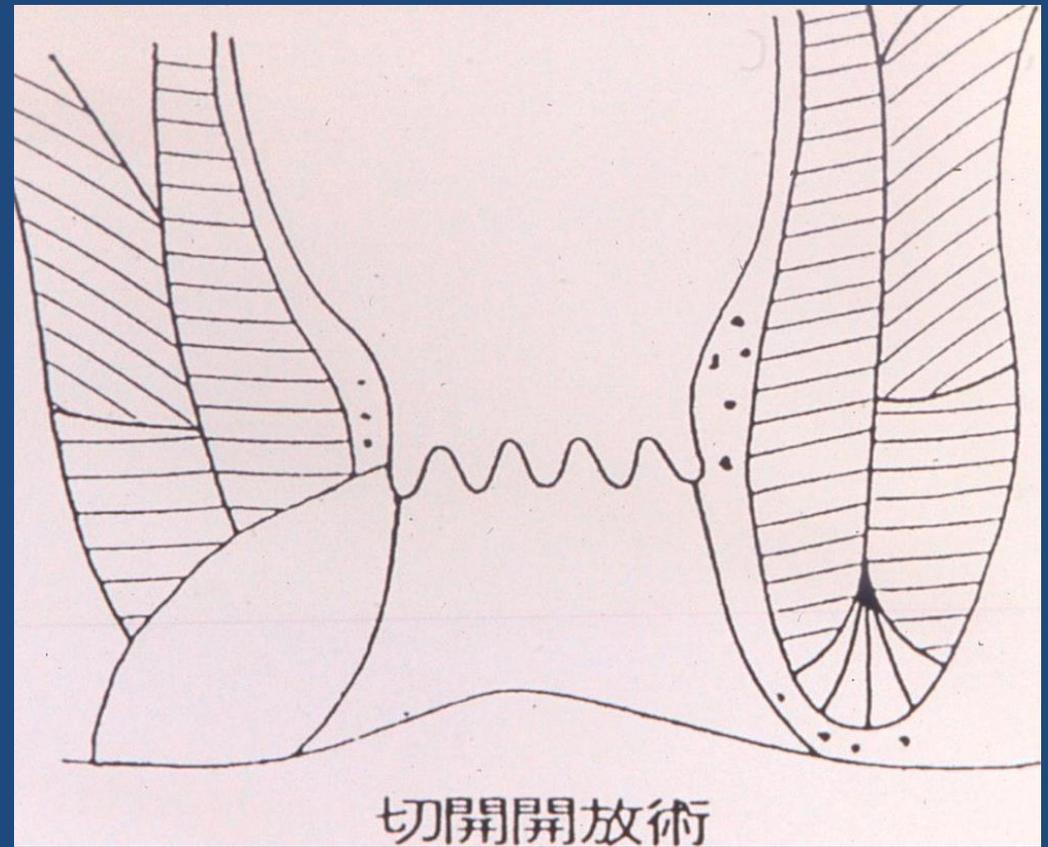
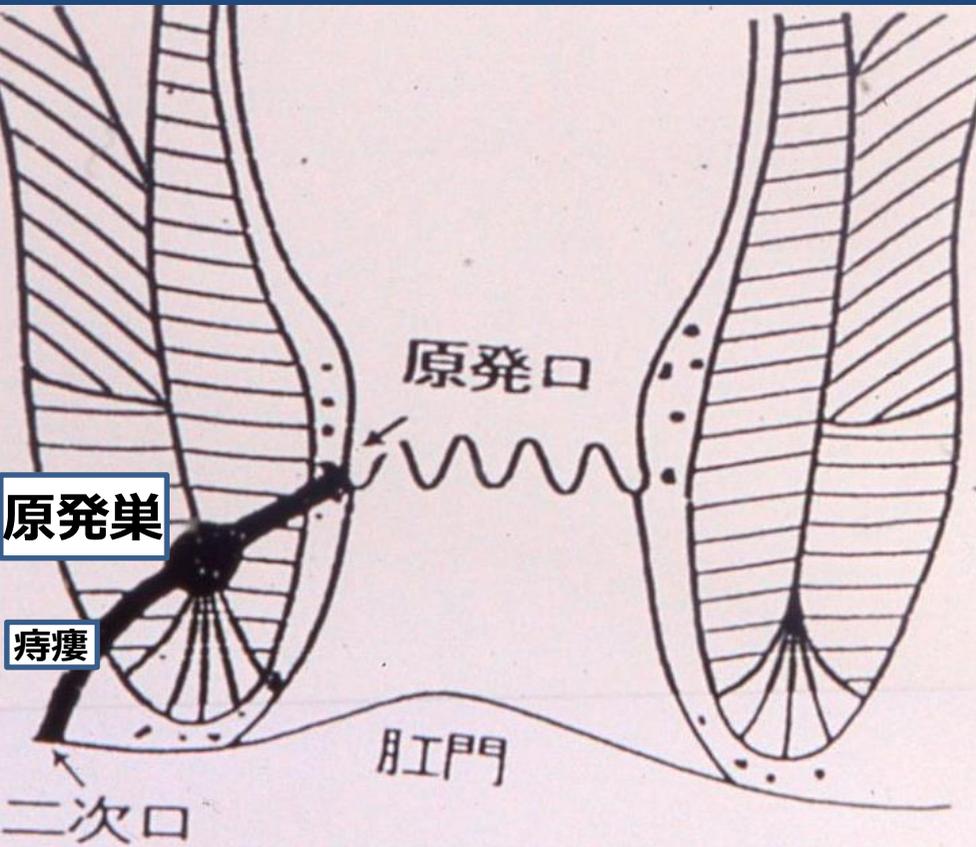
解説：痔瘻は薬では治りません。ほっておくとまれに痔瘻に癌ができる場合がありますので手術が必要です。

痔瘻の術式

1. 切開開放術
2. くりぬき術
3. シートン法
4. 開放くりぬき術（皮膚肛門上皮切除下・瘻管全摘・括約筋間閉鎖術）
 - ・我々が開発した方法です。
 - ・切開開放術とくりぬき術のいいところりをした方法と考えています。

解説：痔瘻の手術方法には上記のような術式があります。

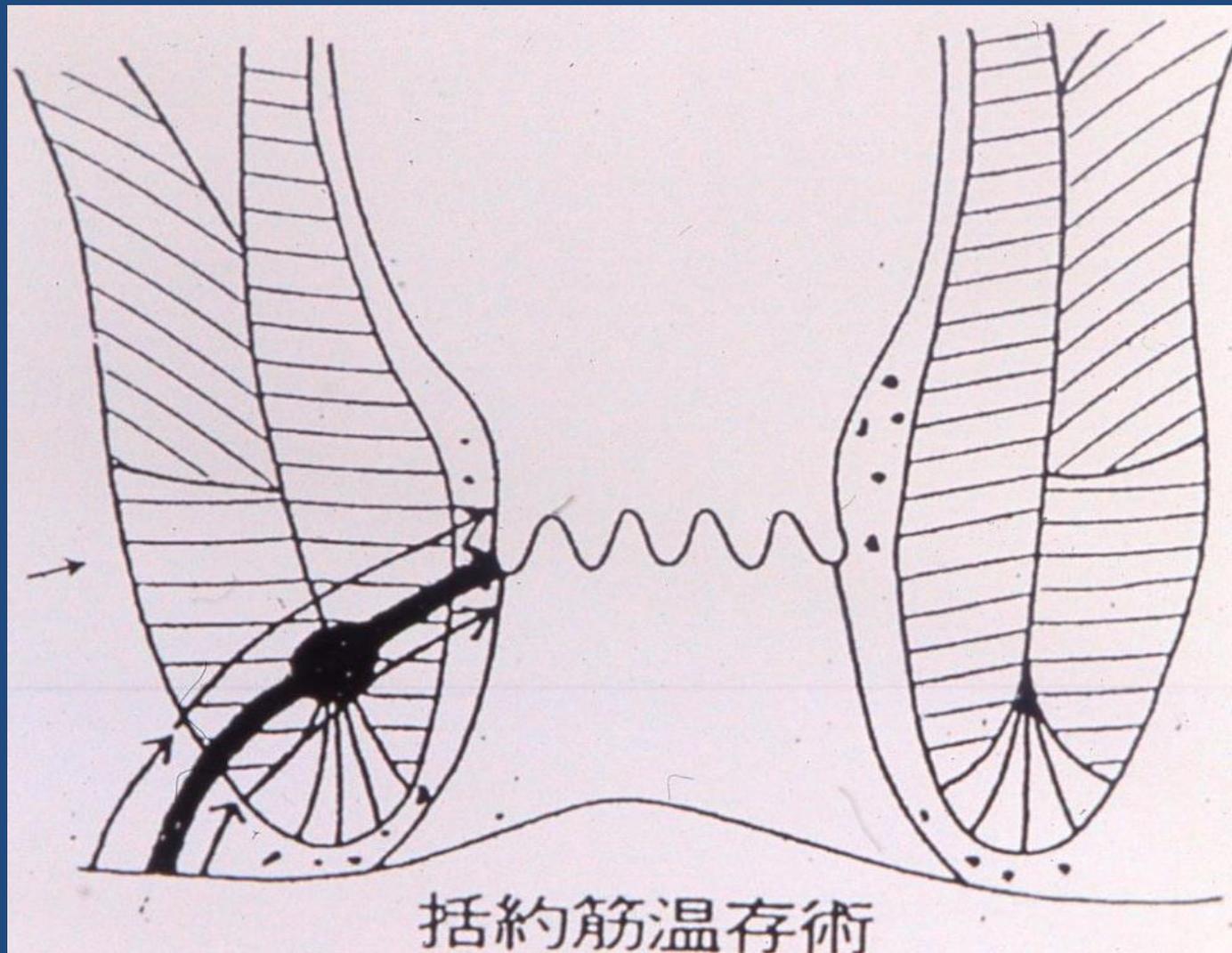
切開開放術



1. 治癒率は高い。
2. 便失禁をきたすことがある。（特に前方側方痔瘻の場合）

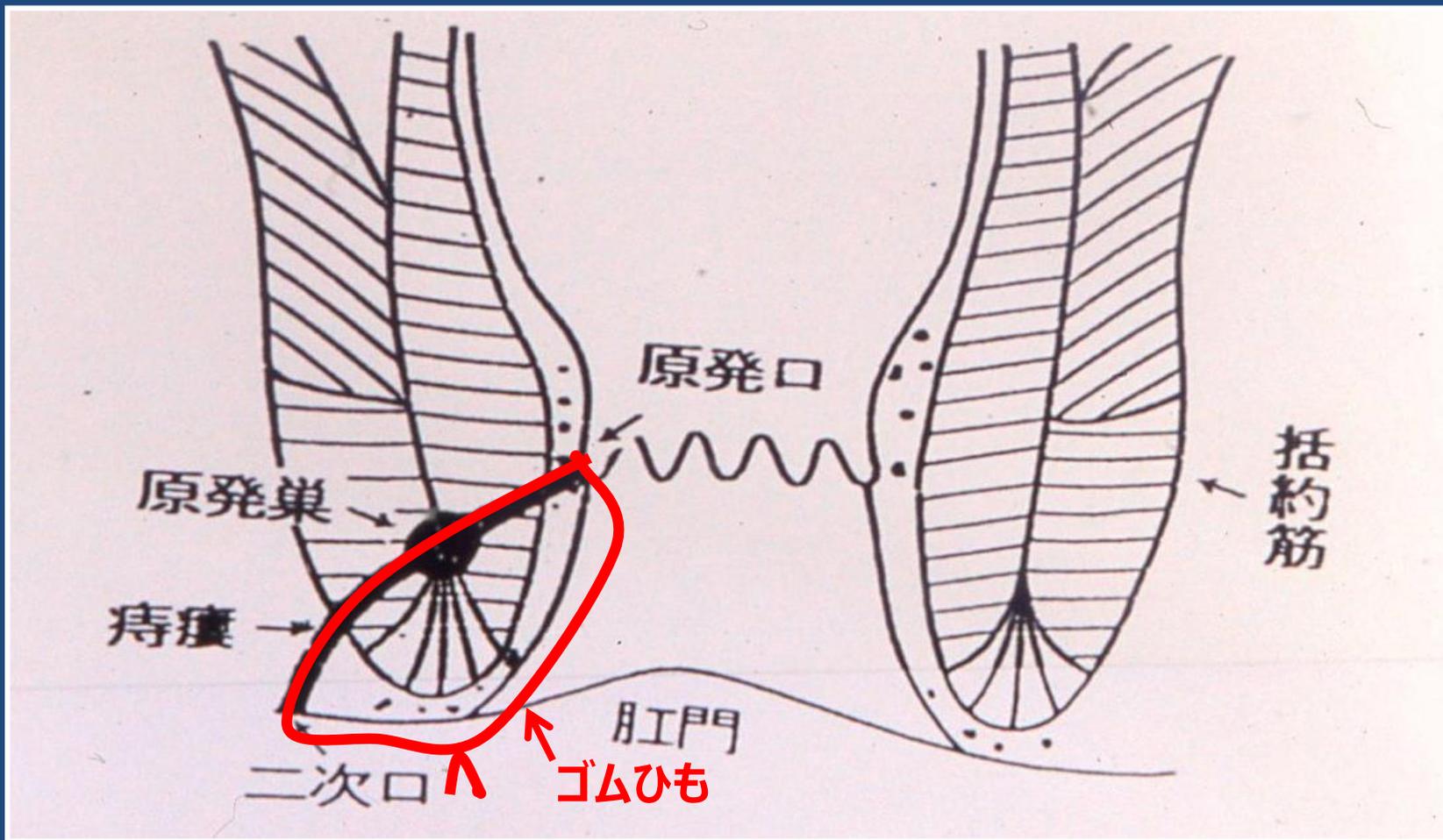
解説：切開開放術は痔瘻のクダに沿ってメスを入れ、括約筋を切断します。なおりはよいが肛門のしまりが悪くなるのが欠点です。

くりぬき術



解説：くりぬき方法で括約筋はあまり切れませんが、くりぬいた後を縫って閉じてもまた開いてしまっって治らないことがよくあるのが欠点です。

シートン法



1. 瘻管に沿ってゴムひもなどを入れる。2. ゴムひもは異物であるためからだは外へ出そうとする。3. 外へ排出されると同時に痔瘻が治癒する。括約筋は切れない。

解説：シートン法とは痔瘻に沿ってゴムひもなどを入れる方法です。自然に出てくると同時に痔瘻がなおります。

シートン法

長所

1. 創が小さくてすむ。

⇒ 痛みが軽く日帰り治療、短期入院で可能。

短所

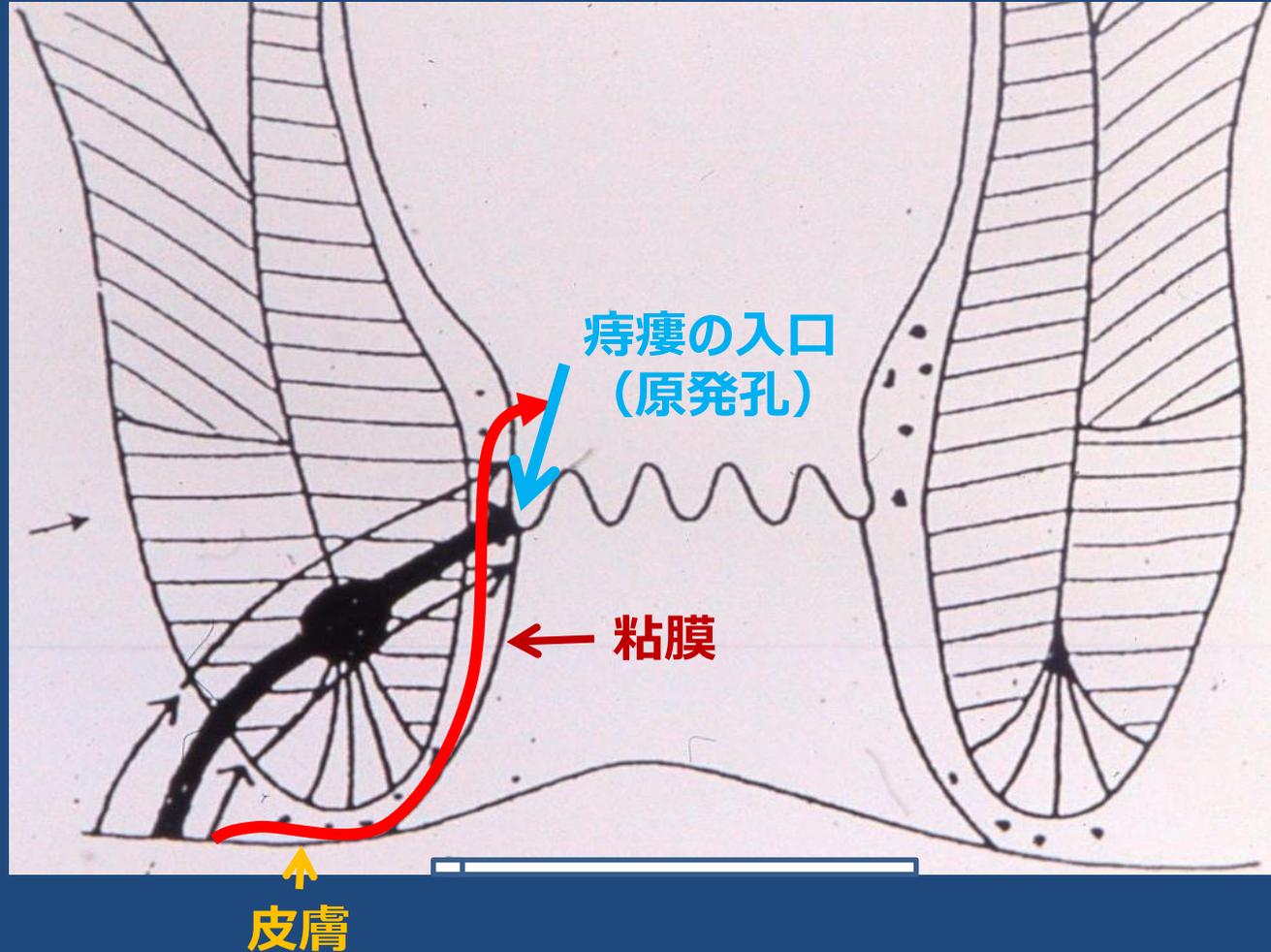
1. シートンが瘻管に沿って、入らない場合がある。

2. シートンが早く出ればよいが、**なかなか排出されない場合がある**（長い場合2年以上たつても出てこない）。⇒ 患者さんは気になるので取ってほしいといわれる。

私は主にクローン病による痔瘻などに対して施行。

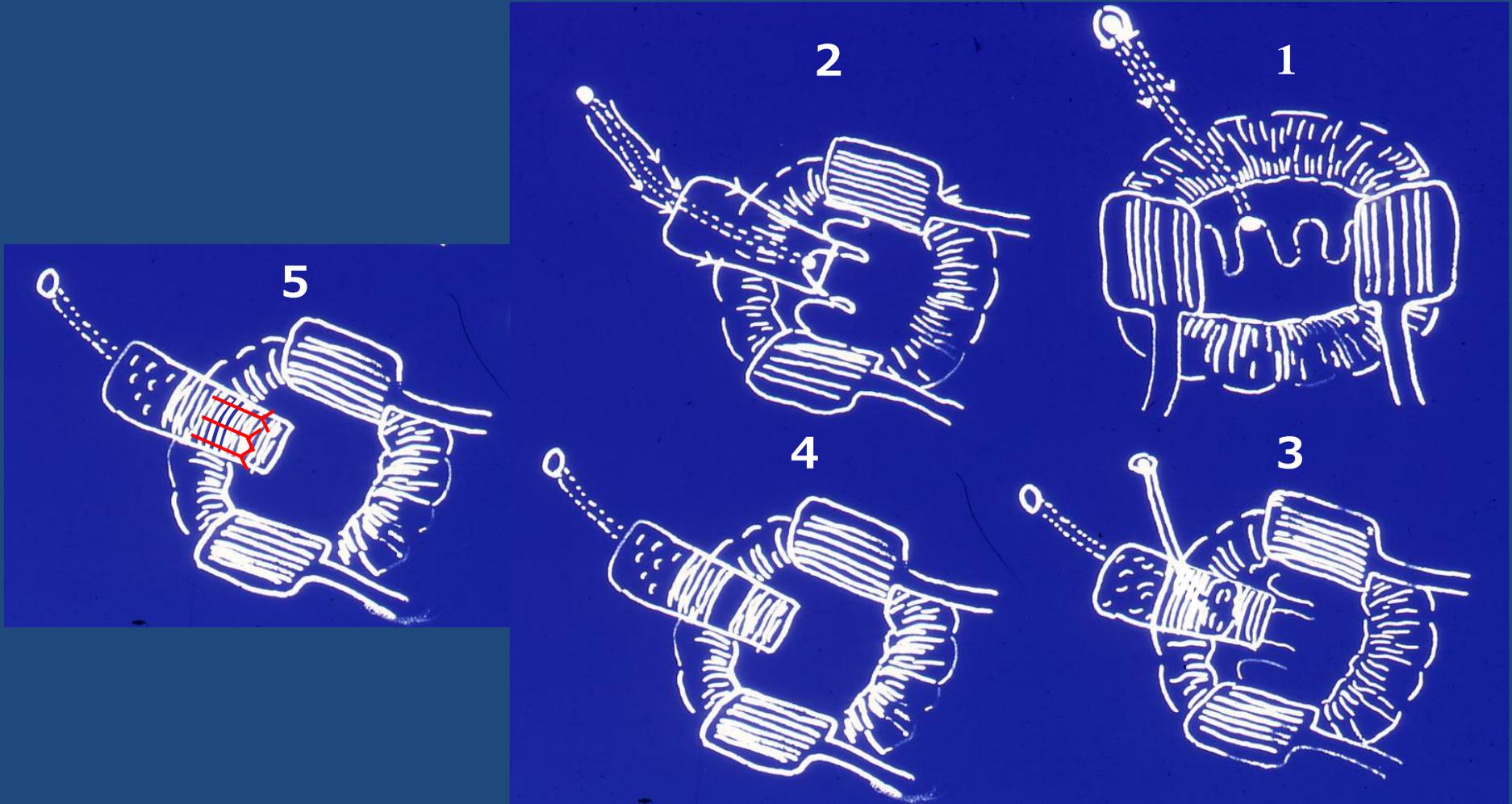
解説：シートン法の欠点はゴムひもが、痔瘻に沿って、入らない場合がある事、およびゴムひもがなかなか出てこないことがある事です。

開放・くりぬき術



解説：開放・くりぬき術は皮膚と粘膜の裏をはがし皮膚・粘膜の1部とともに痔瘻の入口を切除し、痔瘻をくりぬき、そのあとできたすき間を閉じます。この方法だと縫ったところがはじけてひらいてしまうことはほとんどありません。

皮膚肛門上皮切除下・瘻管全摘・括約筋間閉鎖術 (開放・くりぬき術)



解説：開放・くりぬき術は皮膚と粘膜の裏をはがし皮膚・粘膜の1部とともに痔瘻の入口を切除し、痔瘻をくりぬき、そのあとできたすき間を閉じます。この方法だと縫ったところがはじけてひらいてしまうことはほとんどありません。

対象

痔瘻手術症例

(1989年1月1日～2013年7月31日)

男性：368例(85%)

女性：67例(15%)

計：435例

年齢：9～94才
(43±14才)

解説：2013年までに435人の方が痔瘻の手術を受けられました。85%は男性でした。

術後の便失禁度 (ウェクスナースコア)

隅越分類

I 0.9 ± 1.6 (n= 7、0~4)

II 1.2 ± 1.8 (n=210、0~8)

III 0.9 ± 2.0 (n= 36、0~8)

IV 1.9 ± 2.4 (n= 16、0~8)

- ・13以上が不良と言われている。
術後便失禁を強く訴える例は1例も認めなかった。
- ・各型間に有意差は認めなかった。

解説：手術のあと、便がもれて困ると言われる方は一人もおられませんでした。

術後再発

1. 直腸肛門周囲膿瘍（晩期）

Ⅱ L 1例

Ⅲ U 1例

2. 痔瘻としての再発：1.0%（4例/412例）

解説：再発は、1.0%と非常に低率でした。

開放・くりぬき術

(皮膚肛門上皮切除下・瘻管全摘・括約筋間閉鎖術)

1. 括約機能障害が軽微である。
2. 治癒率が高く、再発が少ない。

等の利点を有し

痔瘻に対して優れた術式と考えられ、我々は主に本法にて手術を施行している。

解説：私達が行っている開放・くりぬき術は術後肛門のしまりもよく、再発も少なくすぐれた手術法と考えています。

痔瘻癌

痔瘻癌

症例：60歳代男性。

主訴：肛門痛。

現病歴：

15年前、他院にて肛門手術を受ける。最近、肛門深部の持続的疼痛、便秘、便柱狭小を認めるようになる。

解説：15年前に肛門の手術を受けておられる方です。肛門が痛い、便秘、便が細いとの訴えで受診されました。

来院時現症

肛門診察所見

1. 視触診：

肛門背側に硬結を触知する。痔瘻の原発巣に類似するが2次孔らしきものは認めず。

2. 直腸指診：

3時より6時にかけて膨隆。かなり硬い腫瘤であり圧痛を認める。

3. 肛門鏡診：

内痔核1度を認める。

解説：肛門のうしろ側にしこりが触れました。

経過

解説：手術中の診断で痔瘻癌と判明しました。直腸肛門を全部切除して、永久的な人工肛門をおなかに作る直腸切断術を行ないました。術後19年時点で再発なく健康に過ごされておられます。

症例：80歳代男性。

主訴：肛門痛 肛門部腫瘍

現病歴：

31年前他院にて痔瘻手術施行後より少量の排膿持続。最近、肛門痛、肛門部腫瘍出現。

解説：31年前に痔瘻の手術を受けておられる方です。術後よりいつもウミがでていました。肛門が痛い、肛門にできものをふれる、との訴えで受診されました。

経過

解説：手術中の診断で痔瘻癌と判明しました。直腸肛門を全部切除して、永久的な人工肛門をおなかに作る直腸切断術を行いました。

痔瘻癌

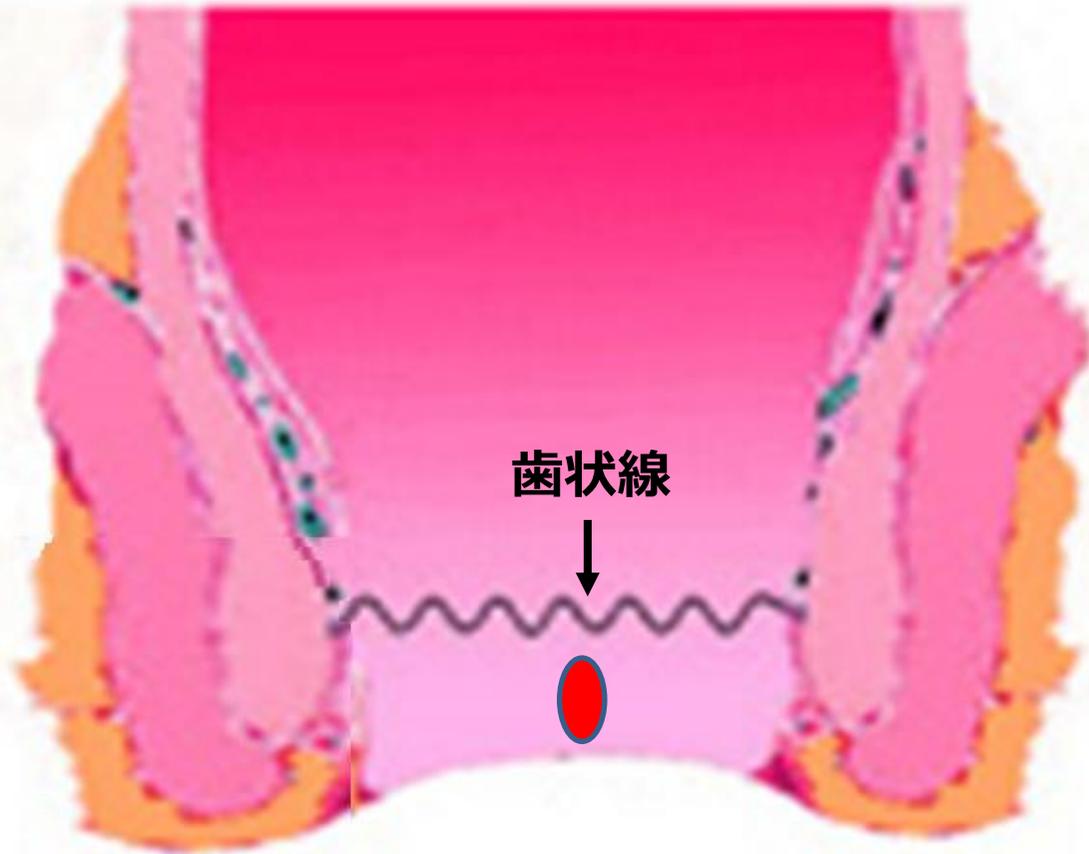
1. 痔瘻が10年以上の長期にわたり継続して治らず、炎症が続くうちに発生。数年のうちに癌になる、との報告もあり (Rosser, 1931)。
2. 肛門管癌全体の約20%。
3. 発生頻度としては全痔瘻の0.1~0.3%。
全大腸癌の0.1 ~ 0.4%と稀。
4. 発生母地としては ①肛門線由来 ②痔瘻自体 ③重複腸管由来 が考えられるが、発生母地が不明な症例が多い。
5. 病理組織学的には粘液癌が多い。
解説：痔瘻からまれに癌ができることがあります。

診察・治療のポイント 4 -痔瘻-

1. 痔瘻は保存的治療では治らず、まれに痔瘻癌が発生する危険があるので手術を勧める。
2. 手術は括約筋を温存し、治癒率が高く、再発の少ない開放くりぬき術が望ましい。

解説：痔瘻は手術でないとおられません。放置すると痔瘻癌が発生する場合があります。手術は肛門のしめる筋肉を切らない再発の少ない方法が良いでしょう。

裂肛



解説：裂肛は歯状線より外の粘膜にできるキズです。歯状線より外の粘膜には痛みを感じる神経があるので、裂肛ができると痛みを感じます。

裂肛 (慢性)

(症状)

1. 肛門痛

- ・ **排便時に痛い。**重症例: 排便するのが怖い。
- ・ **排便後も痛みが持続。**食べると便が出て痛いのであまり食べない。⇒体重減少

2. 出血

- ・ あまり多くはない。

3. 肛門狭窄症状

- ・ 便が出にくい。⇒ **ただの便秘とされている場合もあり。**
- ・ 便が細い。 ・ 残便感

解説: 裂肛の症状は排便時や排便後の痛みです。肛門が狭くなる場合もあり、こうなると便が出しにくくなります。ただの便秘とされている場合もあります。

裂肛に対する治療方針

I. 保存的治療

1. 座薬

2. 内服薬

酸化マグネシウム(マグミット) 等

3. 鎮痛剤: ロキソニン等

上記無効時

4. ニトログリセリン軟膏(0.5%~0.2%)

ヘルベッサ軟膏: 3~4回/日 ← 院内調剤

II. 手術 ← 上記無効時

解説: 裂肛の治療はまず座薬を用います。便が固いと痛いので、便を軟らかくする飲み薬を処方する場合があります。お薬が効かない場合は手術ですが、手術すれば、確実に治ります。

裂肛・肛門狭窄症に対する手術

I. 用指拡張術

- 無効例、再発例が多い。
- 術後便失禁の合併症あり。
- 現在ではあまり推奨されていない。

II. 側方内括約筋切開術

- 有効で、日帰り・短期入院にて施行可能。
- 欧米ではGold standardとされている。
- 術後便失禁の合併症が問題視されている。

III. 後方内括約筋切開術

- 術後ガス・便失禁が多い。
- 鍵穴変形(粘液分泌、下着の汚れ、かゆみ)の合併症あり。

IV. 後方内括約筋切開・皮膚移動術

- 世界では、ほとんど行われておらず。術後便失禁なし。

解説：手術は上記のごとく、いろいろありますが、後方内括約筋切開・皮膚移動術は手術の後、便がもれることがなく、効果が確実なので、私はほとんどこの方法で行っております。

対象

裂肛・肛門狭窄症手術症例

(昭和57年1月1日～平成30年9月3日)

| | | |
|----|------|-------|
| 男性 | 83例 | (55%) |
| 女性 | 67例 | (45%) |
| 計 | 150例 | |

年齢：15～89歳（51±16歳）

解説：平成30年までに、150人の方が裂肛・肛門狭窄症
に対して手術を受けられました。

(福井県済生会病院 慈豊会田中病院)

結果

術後合併症

合併症

例数 (%)

- | | |
|-----------------------------|---------|
| 1. 嵌屯痔核 | 1 (0.7) |
| 2. 皮膚移動部の水かき様変形 | 1 (0.7) |
| 3. 術後約 1 ヲ月間軽度便失禁を訴える。以後改善。 | 1 (0.7) |
- 術後永続的便失禁例は 1 例も認めなかった。

解説：手術のあと大きな合併症は起こりませんでした。術後便がいつももれて困るという方は一人もおられませんでした。

(福井県済生会病院 慈豊会田中病院)

手術成績

術前の訴えが術後消失した例

| 術式 | 例数 |
|----------------|---------------|
| 肛門拡張術 | 4/4 (100%) |
| 後方内括約筋切開術 | 2/3 (67%) |
| 後方内括約筋切開・皮膚移動術 | 141/143 (99%) |

解説：手術のあと、ほとんどの方は手術前の痛みや便が出にくい等の症状はなくなっています。

手術の予後

再発 : 1例 / 142例 (0.7%)

後方内括約筋切開・皮膚移動術施行 10年後肛門狭窄症をきたす。同手術を再施行し治癒する。

解説:再発は、10年後に再発された方が一人だけで、この方も同じ手術をして治りました。

後方内括約筋切開・皮膚移動術は、

- ① 手技が容易である
- ② 術後重篤な合併症がない。**永続的便失禁例は1例も認めない。**
- ③ **手術の効果は確実である。**
- ④ **再発が少ない等の利点を有し**

裂肛・肛門狭窄症に対するすぐれた術式と考えている。

解説：後方内括約筋切開・皮膚移動術という手術方法が手術のあと便がもれることもなく、痛みも確実になくなり、再発も少なくよい方法と考えております。

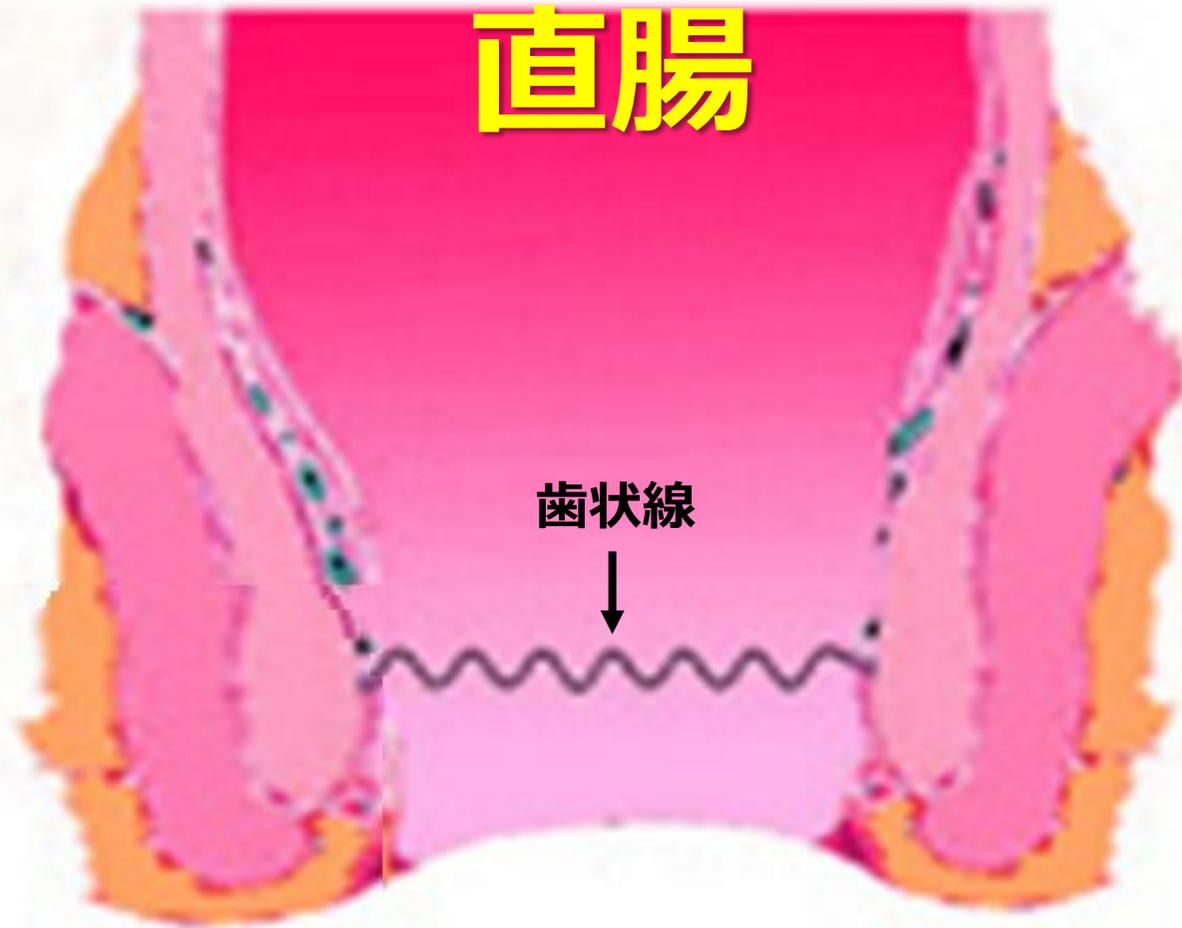
診断・治療のポイント 5 -裂肛-

- 1.排便時、排便後の肛門痛を訴える患者さんは裂肛を疑え!!
- 2.後方内括約筋切開・皮膚移動術は便失禁等の術後合併症もなく、確実に愁訴を除去するので、保存的治療が無効な場合は早期に手術を!!

解説：①排便時や排便後に肛門痛をきたす場合は裂肛が疑われます。②後方内括約筋切開・皮膚移動術という手術方法が手術のあと便がもれることもなく、痛みも確実になくなり、再発も少なく、よい方法と考えています。

直腸脱

直腸脱



解説：直腸脱とは肛門の奥の直腸やS状結腸が肛門の外へ出てくる病気です。



解説：脱出するとこのようになり大変具合が悪いものです。

(症状)**1. 脱出**

- ・QOLを非常に低下させる。
- ・立ったり歩くと脱出するので寝たきりとなる人もいる。非常に具合が悪いと見えて、90歳以上の患者さんでも手術を希望する。

2. 下着の汚れ。

- ・粘液、血液

3. 肛門痛

- ・時に訴える。

4. 便失禁

・解説：直腸脱はこのような症状をきたし、大変具合が悪いものです。

直腸脱

(理学的検査)

1. 怒責診

直腸の脱出を認める。

2. 肛門直腸指診

9割の方は肛門のトーンスが弱い。

(1割の方は肛門のトーンス正常。)

解説：直腸脱の方のうち、9割の方は肛門のしまりが弱く、いきんでいただけと奥の腸が出てきます。

1. 開腹法

- ・ 全身麻酔が必要。
- ・ 開腹に伴う合併症（腸閉塞、尿管損傷、性機能障害、腹壁癒痕ヘルニア等がある。）
- ・ 最近では**腹腔鏡的修復術**の報告が多い。

2. 経会陰法

1) デロルメ法（直腸S状結腸粘膜切除・筋縫縮術）

2) アルテマイヤー法（直腸・S状結腸切除術）

3) **ガント・三輪・ティールシュ法**

- ・ 脊椎麻酔、局所麻酔でも施行可能。
- ・ 侵襲が少ない。

解説：直腸脱は薬ではなおらず、なおすとしたら手術しかありません。手術はおなかを切る方法とおしりの方から操作をする方法があります。

対象

(昭和61年8月7日～平成29年1月31日)

直腸脱初回手術患者

男性 38人 (20%)

女性 149人 (80%)

計 187人

年齢：25～96歳 (74±13歳)

解説：直腸脱は、8割の方が女性であり、高齢の方に多い病気です。つまりおばあちゃんに多い病気です。

私は直腸脱の患者様には、ほとんどすべて、**ガント・三輪・ティールシュ法（原法）**を私なりに工夫して改良した**ガント・三輪・ティールシュ変法**をおこなっています。

その理由

1. 老人の方にも負担が少ない。
2. 局所麻酔など軽い麻酔で手術が可能である。
3. そとに2～3mmのきずが1か所できるだけで美容的に良い。
4. 手術のあと重症の合併症がなく、手術が原因で死亡することがない。
5. 再発が少ない。

などです。

結果

術前の重篤な合併疾患

| | |
|-----------------------|----|
| 1. 慢性閉塞性肺疾患 | 3例 |
| 2. 慢性腎不全（透析中） | 3 |
| 3. 悪性血液疾患（CML 悪性リンパ腫） | 3 |
| 4. 前立腺癌多発性骨転移 | 1 |
| 5. 肝硬変症 | 1 |
| 6. 子宮脱 | 2 |
| 7. 糖尿病 | 2 |
| 8. 知的障害 | 2 |
| 9. パーキンソン病 | 2 |

解説：手術前に透析など重症の持病を持っておられた方もおられましたが、ガント・三輪・テールシュ変法という手術のあとは、すべて経過は良好で亡くなられた方は一人もおられませんでした。

ガント・三輪・ティールシュ変法の術後合併症

| | |
|---------------------------|---------|
| 1. CO ₂ ナルコーシス | 1 例 |
| 2. 食道潰瘍出血 | 1 |
| 3. 虚血性大腸炎 | 1 |
| 4. 術後出血→ショック | 1 |
| 5. 直腸周囲炎 | 1 |
| 6. 直腸狭窄 | 2 |
| 7. 縫縮糸・テープ感染 | 15 (8%) |

術後重篤な合併症をきたした例および術死は1例も認めなかった。

解説：ガント・三輪・ティールシュ変法の術後は、軽度の合併症を認めましたが、重症の合併症をきたした方や、亡くなられた方は一人もおられませんでした。

(福井県済生会病院 慈豊会田中病院)

ガント・三輪・ティールシュ原法と変法の比較

| | | 原法 (84例) | 変法 (187例) |
|-----------------|-------------------|-------------------------|------------|
| ティールシュ法 | 1. 素材 | 子宮頸管縫縮用テープ あるいは ナイロン | エチロン |
| | 2. 創の部位 | 肛門縁の前および後方 | 肛門の側方 |
| | 3. 巻きつけ部位 | 外括約筋の外側で 肛門管の上部 | 肛門周囲皮下 |
| | 感染率 (%) | 16.4 | 8.0 |
| ガント・三輪法 | 1. 結節間の 正常粘膜の量 | ある程度残す | 全く残さない |
| | 2. 結節数 | 20~40 | 無制限 |
| 最長経過観察期間 (年) | | 14 | 32 |
| 再発率 (%) | | 23.8 | 7.5 |

解説: ガント・三輪・ティールシュ法の原法(他院)と変法の比較ですが変法の方が感染率、再発率ともに低い結果でした。

世界における各種直腸脱修復術報告例

| 報告者 | 術式 | 手術例数 | 術死(%) | 経過観察期間の 平均値中央値 (年) | 再発 (%) |
|-------------------|-----------------|------|-------|--------------------------|--------|
| Porter (1962) | ティールシュ法 | 100 | 0 | 3.8 | 42 |
| Marchal (2005) | デロルメ法 | 60 | 7 | 6.1 | 23 |
| Kim (2014) | アルテマイヤー法 | 63 | 1.6 | 4.4 | 12.7 |
| Foppa (2014) | 腹腔鏡的修復術 | 179 | 0 | 13.5 | 18 |
| 飯田 (2019) | ガント・三輪・ティールシュ変法 | 187 | 0 | 13.8 | 7.5 |

ガント・三輪・ティールシュ変法を初めて受けられた方で、手術後死亡された方はなく、また手術後長期にわたり経過を見ているにもかかわらず、再発は少ないという結果でした。

ガント三輪ティールシュ変法は

1. 手術、麻酔の侵襲が少ない。
2. 手技が容易である。
3. 重篤な術後合併症がない。
4. 術死がない。
5. 整容性に優れる。

6. 術後再発が少ない。 等の多くの利点を有し、
高齢者が多くを占める直腸脱に対して、第1選択とすべき
すぐれた術式と考えられる。

解説：ガント・三輪・ティールシュ変法は、からだの負担が軽い、手術死亡がない、再発が少ないなど、多くの長所があり、老人が多くを占める直腸脱に対しては、もっともよい手術方法だと考えています。

論文名 : Modified Gant-Miwa-Thiersch procedure (mucosal plication with anal encircling) for rectal prolapse (直腸脱に対するガント・三輪・ティールシュ変法の有用性について)

著者 : 飯田善郎 他

論文要旨

(目的) 直腸脱は通常、高齢女性に多く認められ、生活の質を著しく落とす。直腸が脱出することで、違和感を感じ、下着が粘液や血液で汚れたり、痛みを感じる場合もある。また、直腸は立ったり歩いたりした際、脱出するため、寝てばかりおり、そのため寝たきりとなる女性すらいる。世界では、これまでに直腸脱に対し、数多くの術式が開発され、施行されてきたが、時に術後重篤な合併症を発症したり、死亡したりする場合があった。またどの術式も再発率が極めて高い。ガント・三輪・ティールシュ法は、国外ではほとんど行われていないが、日本では以前より広く行われてきた。しかしながら、再発の多いことが問題視されてきた。今回我々は、ガント・三輪・ティールシュ法を改良したガント・三輪・ティールシュ変法を開発した。本研究の目的は、ガント・三輪・ティールシュ変法を、他の術式と比較して評価することである。

(方法) ガント・三輪・ティールシュ変法は、187人の患者様に対して行われた。麻酔は主に脊椎麻酔あるいは局所麻酔にて施行された。ガント・三輪・ティールシュ変法においては結節の間には正常粘膜は残さず、ティールシュ法は側方に創を作成した。術後合併症発生率、死亡率、再発率について検討を行った。

(結果) ガント・三輪・ティールシュ変法術後は重篤な合併症は1例も認めず、死亡例も1例も認めなかった。術後8%の患者様に肛門輪縫縮糸の感染を認めた。術後13.8年(中央値)の経過観察ではガント・三輪・ティールシュ変法術後の総再発率は7.5%であった。他の主たる術式では、再発率は12.7~42%と報告されていることから本法の再発率は極めて低いことが示された。

(結語) ガント・三輪・ティールシュ変法は①全身麻酔が不要である。②患者様にとって体の負担が軽い。③手術の手技が簡便である。④手術後の死亡、手術後の重篤な合併症が皆無である。⑤再発が少ない。

等、数多くの利点を有しているものと考えられた。ガント・三輪・ティールシュ変法は高齢者が多くを占める直腸脱に対して第一選択とすべき術式と考えられる。

解説 : これまで述べてきましたガント・三輪・ティールシュ変法がすぐれた術式である事を権威ある国際誌に投稿したところ掲載されました。

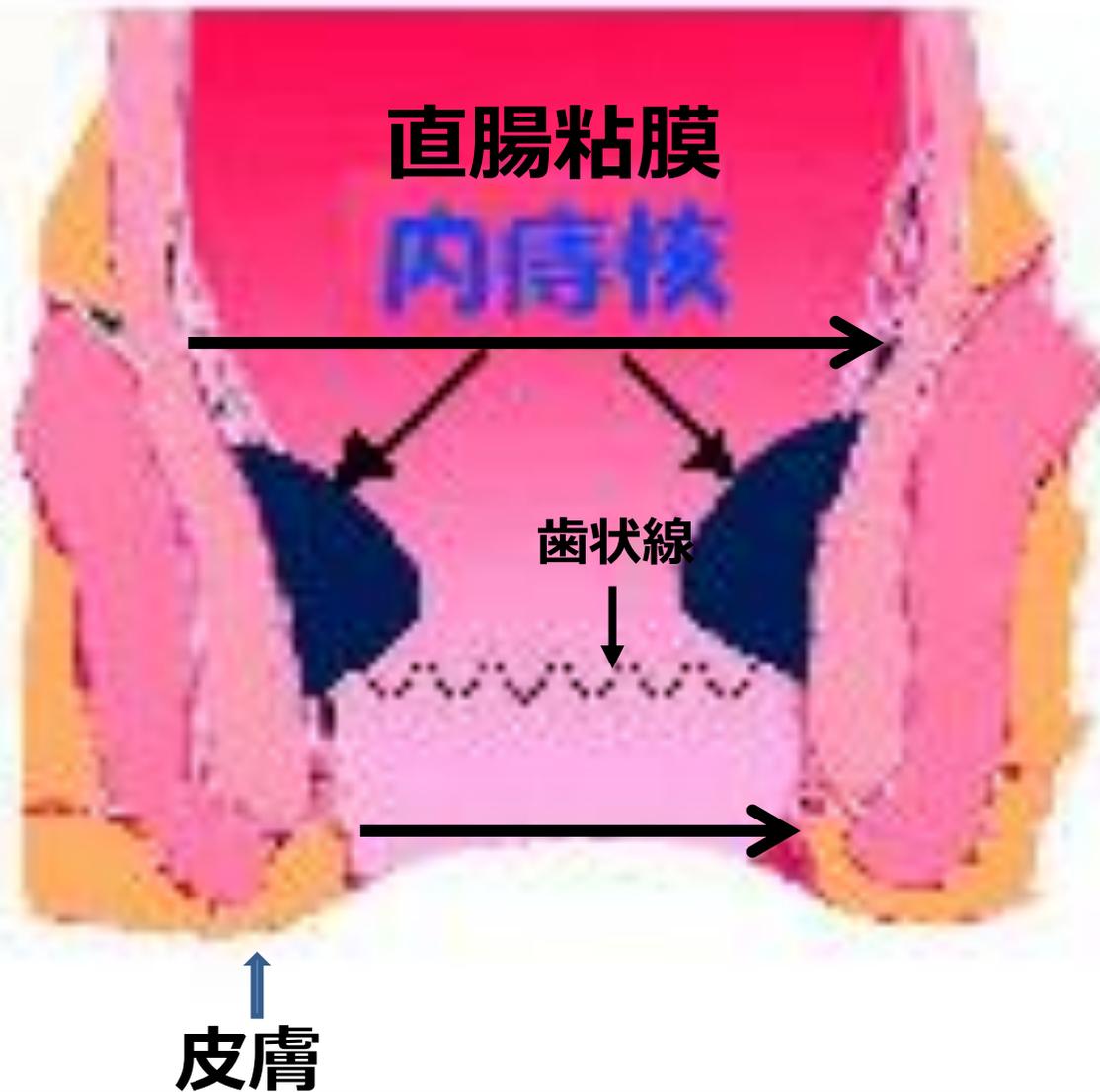
診断・治療のポイント 6 -直腸脱-

1. 高齢の女性で、脱出を訴え、指診で肛門のしまりが弱ければ直腸脱を疑え!!
2. 治療は手術しかないが、ガント・三輪・ティールシュ変法は高齢者に対しても安心して行え、再発も少ない手術であるので手術を勧める。

解説：おばあちゃんに脱出の症状を訴え、肛門のしまりが弱い方は直腸脱が疑われます。手術は御高齢の方でも安心して受けられ、再発の少ないガント・三輪・ティールシュ変法が良いと思われます。

ホワイトヘッド肛門

ホワイトヘッド手術



解説：昔、ホワイトヘッド手術という手術がおこなわれていました。これは直腸粘膜及び皮膚を切って間にある内痔核を切除し直腸粘膜と皮膚を縫合する方法で、後でいろいろと具合が悪い症状が出てきます。このホワイトヘッド手術のあとの後遺症をホワイトヘッド肛門と言います。

ホワイトヘッド肛門

ホワイトヘッド手術を受けた後に生ずる後遺症。

(症状)

1. 脱出
2. 出血
3. 下着の汚れ
4. 肛門痛 等

解説：症状は左記のとおりで治療は多くの場合手術が必要です。

(治療)

手術しかない

ホワイトヘッド肛門に対する手術

1. 結紮切除術

2. PPH

術後疼痛が軽いため、最近では
PPHを主に施行している。

解説：手術方法は上記の方法がありますが、私は術後の痛みが
軽いため、最近はおもにPPHを行なっています。

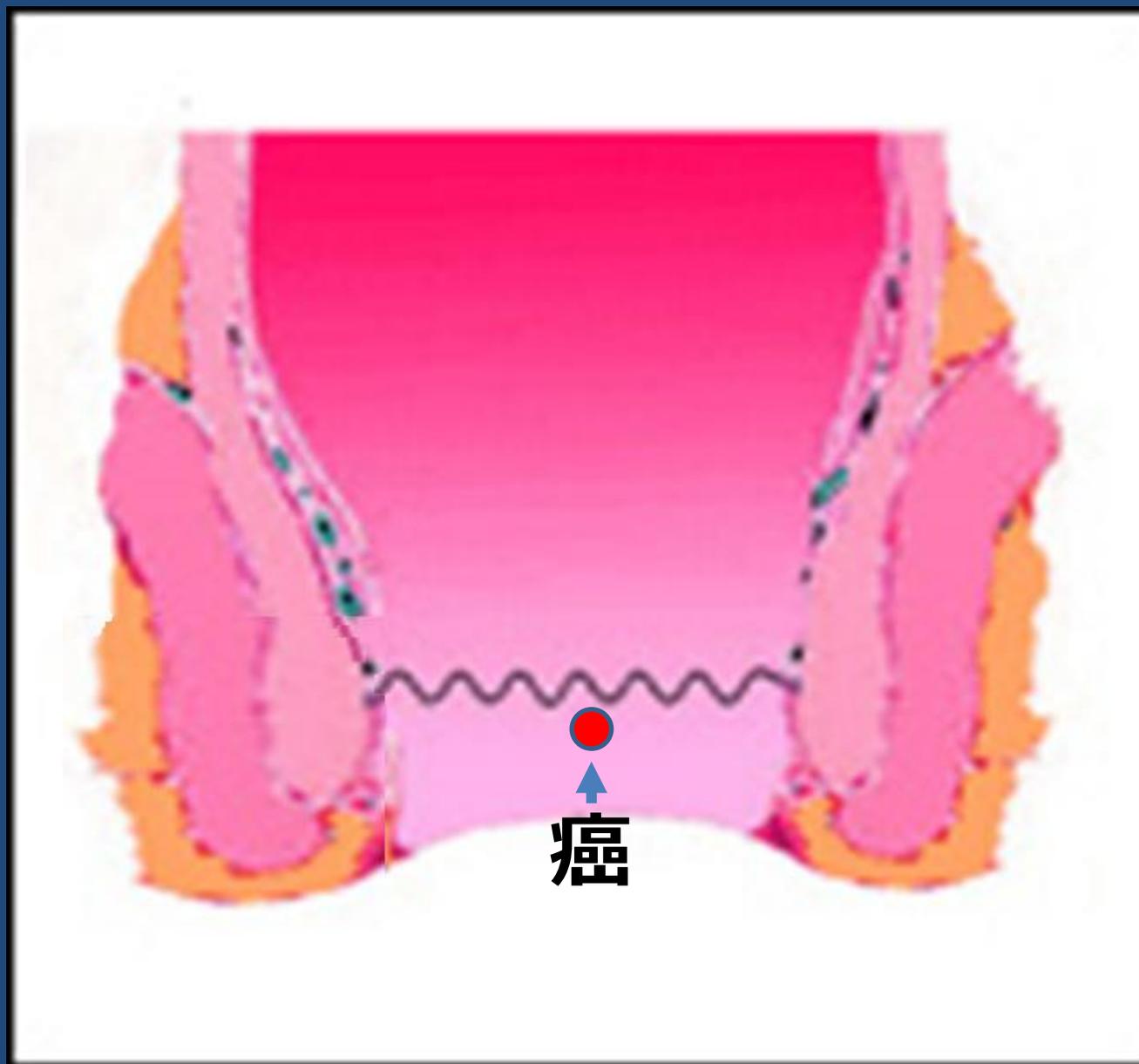
肛門子宮内膜症

肛門子宮内膜症

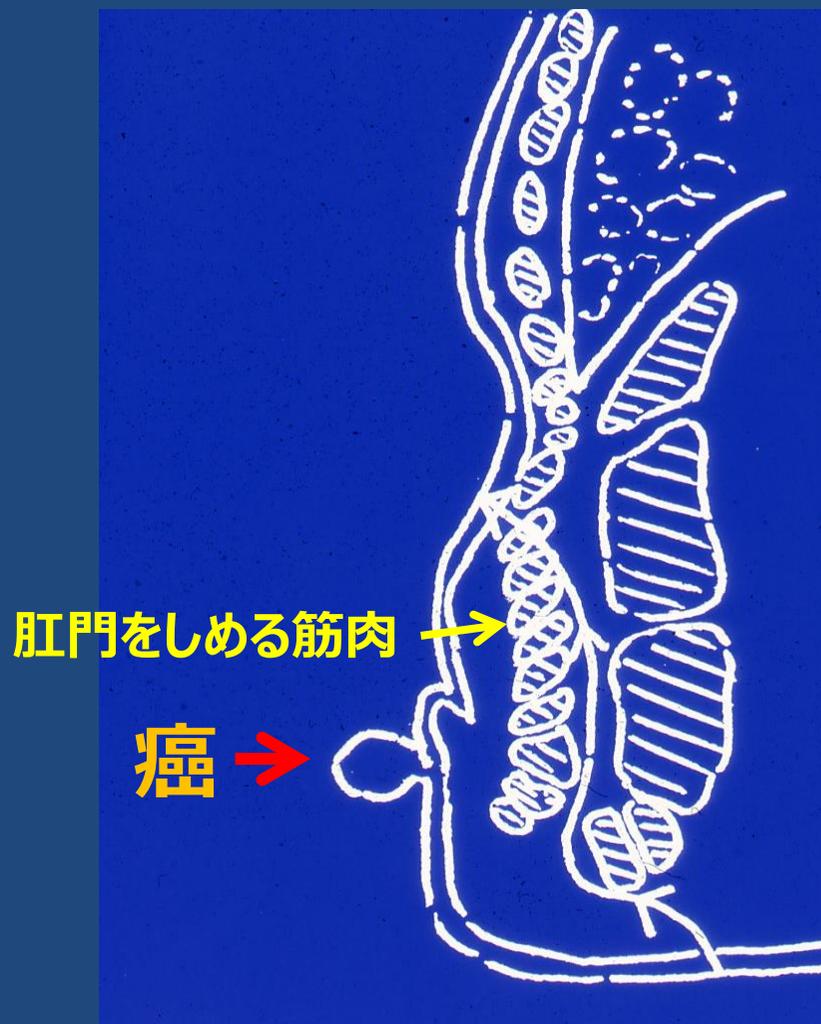
- ・ **極めて稀** (Pub.Med.、肛門管、肛門周囲子宮内膜症:5件)
- ・ **機序**:不明?
 1. 子宮内膜が接触:帝王切開時の腹壁創、経膈分娩時の会陰切開創に発生することあり。
 2. 子宮内膜が大腸漿膜に播種 ⇒ 大腸子宮内膜症。
- ・ **術前診断**:困難
 - 超音波検査が有用との報告あり。
- ・ **治療**:切除が有用。
 1. 診断が確定する(癌も否定できる)。
 2. 愁訴も取れる。
- ・ **予後**:
 - 再発する場合あり(再発が3.6%との報告あり)。

解説: 肛門にしこりをふれた場合、極めてまれに子宮内膜症の場合があります。これは生理や排卵の時期に痛みを感じるのが特徴です。切除により治癒します。

肛門癌



解説：肛門自体に癌ができることがあります。

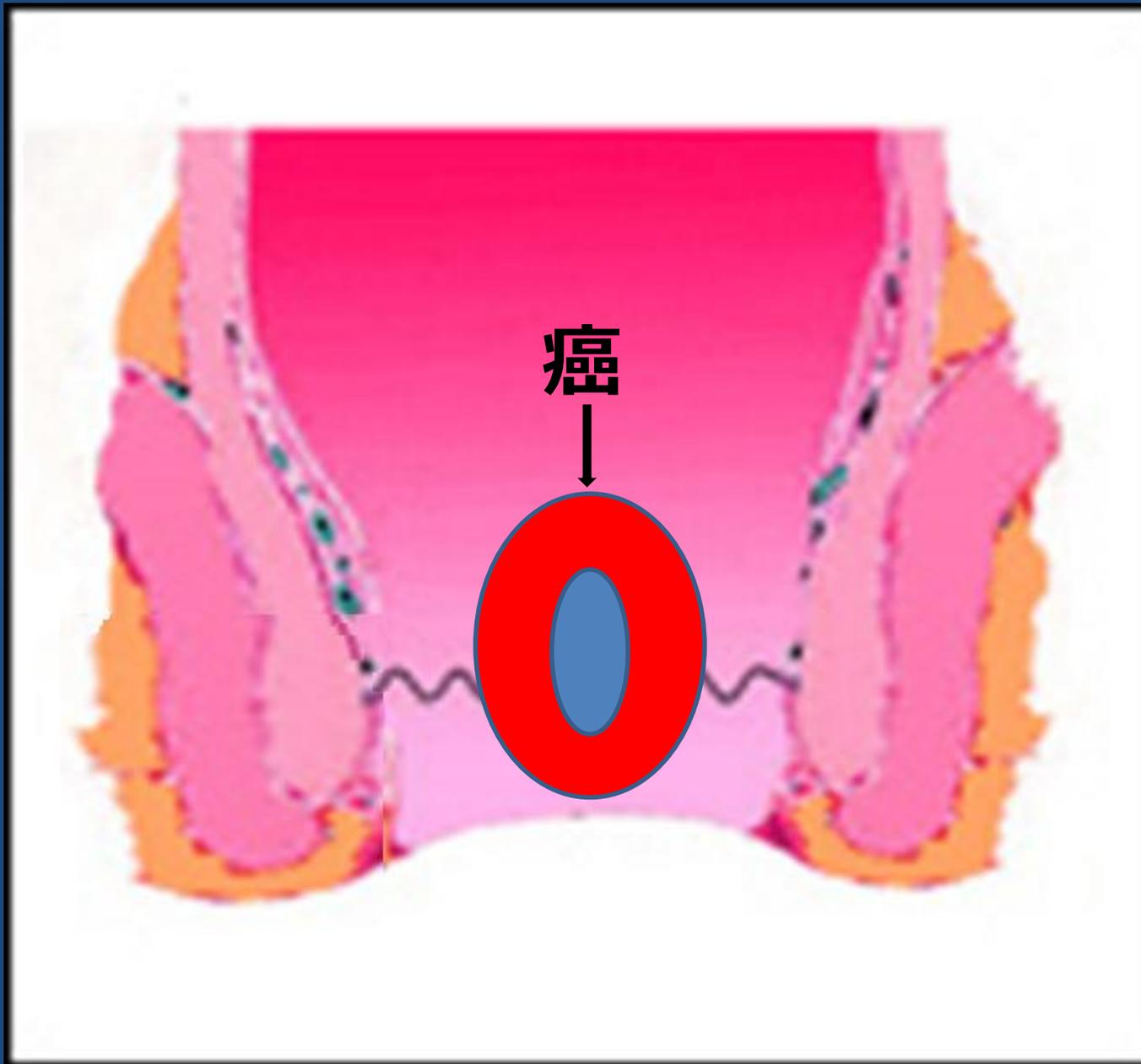


解説：小さな肛門癌は、このように肛門をしめる筋肉を少しくっつけて切除することができます。切除した後は筋肉を縫えばしまりも弱くならずにおしりより便を出すことができます。

進行肛門癌

進行肛門癌

進行肛門癌



解説：肛門自体や肛門に非常に近い直腸に進行した癌ができることがあります。

進行直腸肛門癌にて直腸切断術(永久的人工肛門増設術)を強く拒否する患者



直腸切断術 + 薄筋形成・新肛門作成術

解説：肛門に非常に近い所にできた進行した直腸癌や、肛門自体にできた進行癌は現在でも直腸肛門を全部切除して、永久的な人工肛門をおなかに作る直腸切断術を受けなければなりません。この人工肛門は絶対にいやという方も多くおられます。そういう方々に対しては、足の、歩くことには関係のない薄筋という筋肉を持ってきて肛門を新たに作る**薄筋形成・新肛門作成術**という方法があります。

直腸切断術＋薄筋形成・新肛門作成術



対象

直腸切断・薄筋形成・新肛門作成術症例

(2006年6月3日～2016年9月30日)

男性： 2例 (18%)

女性： 9例 (82%)

計： 11例

年齢： 38～77才
(62±13才)

解説： 私が福井県済生会病院在職中に直腸切断・薄筋形成・新肛門作成術を受けられた方は11名おられますが、多くは女性の方でした。

(福井県済生会病院)

人工肛門と比べて新肛門はどうか

例数

(%)

| | | |
|--------------|---|------|
| 1. ずっと良い | 9 | (90) |
| 2. 良い | 1 | (10) |
| 3. どちらとも言えない | 0 | (0) |
| 4. 悪い | 0 | (0) |

- ・医師、看護師による問診。
- ・人工肛門の方が良いと答えた例は1例も認めなかった。

解説：直腸切断・薄筋形成・新肛門作成術を受けられた方にお聞きしたところ、人工肛門と比べて新肛門の方がずっと良いと答えた方が9割を占め、人工肛門の方が良いと答えた方は1人もおられませんでした。

結 語

直腸切断・薄筋形成・新肛門作成術は

- 1. 直腸切断術と同様に根治性が高い。**
- 2. 術後のQOLが良好で、人工肛門に比し患者満足度が高い。**

等の利点を有し、永久的人工肛門を強く拒否する進行下部直腸・肛門悪性腫瘍患者に対しては有用な術式と考えられる。

解説：直腸切断・薄筋形成・新肛門作成術は 癌を完全に切除できる可能性が高く、またおしりから便を出せるために、患者さんの満足度が高く、すぐれた方法と考えております。

小児の肛門疾患

1. **病歴**：ある程度疾患を予想する。

2. 理学的検査

A. 視診

B. 触診

C. 牽引診：裂肛の有無を見る

D. 肛門直腸指診

直腸ポリープが出血の原因となっている場合があり、その有無を見る。

以上は何とか施行可能。

3. 肛門鏡検査

- ・ 小児で施行できない場合もよくある。
- ・ 成人用の肛門鏡で使用可能。

解説：小児も痔になる事は時々あります。話をよく聞き、なるべく負担にならない方法で診断をつけることが可能です。

1. 内痔核

- ・ 出血⇒座薬、軟膏
- ・ 脱出⇒最少年齢 1 1 歳でマクギブニー輪ゴム結紮術施行経験あり。

ほとんどの症例は座薬にて経過観察。

2. 肛門周囲膿瘍

- ・ 小児科にて治療されていることが多い。全身麻酔下にて切開排膿した例もあり。

3. 痔瘻

- ・ 乳児痔瘻：全て男児が罹患する。自然治癒することが多い。
- ・ その他の小児痔瘻⇒なるべく年長になってから手術。手術施行した最少年齢：9歳。

4. 裂肛

- ・ すべて保存的治療（座薬、軟膏）にて加療。

現在までに手術した経験はなし。解説：小児の痔は、ほとんど座薬などで治療しています。どうしても手術が必要な方はなるべく年長になってから行っています。

5. 直腸脱

- ・ 小児例の経験なし。

診断・治療のポイント 最後に

ほとんどの場合、痔で命を奪われることはない。
命を奪われる可能性のある病気は下記。

1. **フルニエ症候群**⇒非常にまれな病気。
2. **痔瘻癌** ⇒非常にまれな病気。
3. 内痔核と思っていたら
進行した**直腸癌**だった。⇒時々あり。

解説：ほとんどの場合、痔で命を奪われることはありません。例外として、フルニエ症候群、痔瘻癌がありますが、頻度としては非常にまれです。また、出血したり、便の検査で血が混じっていても痔だと思ってほうっておいたら直腸癌だったということはよくあります。出血が続いたり、便の検査で血が混じった場合は、必ず病院を受診して下さい。

痔から痔へ

解説：痔はやまいだれに寺と書くことからわかるように、昔は死ぬまで治らない病気と考えられていたようです。しかし、現在ではこれまで述べてきましたように、ほとんどの痔はなおります。非常におめでたい病気、ハッピーな病気と考えられます。そこで私は、やまいだれに寿と書いた方が良いのではないかと考えています。

ご清聴ありがとうございました。

