

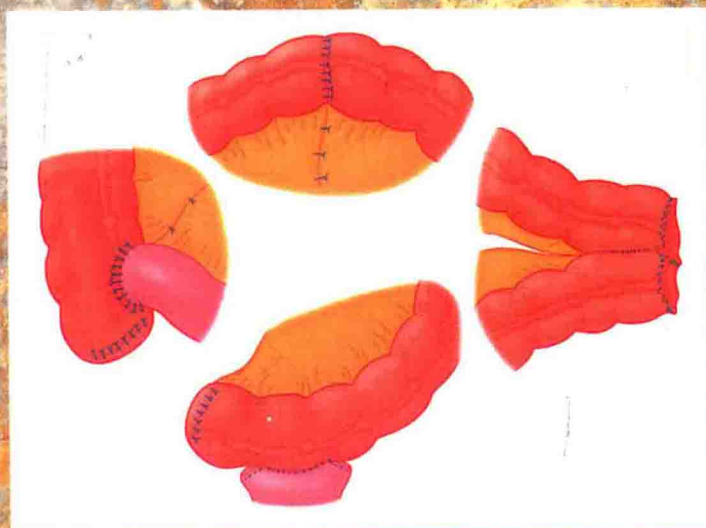
| 要点与盲点 |

大肠肛门外科

第2版

主 编 杉原健一

主 译 董家鸿



 人民卫生出版社

要点与盲点

大肠肛门外科

第2版

丛书主编 幕内雅敏

主 编 杉原健一

主 译 董家鸿

副主译 邢春根 吴永友 朱敬之

人民卫生出版社

Knack & Pitfalls DAICHO·KOU MON GEKA NO YOUTEN TO MOUTEN 2nd edition

©Masatoshi Makuuchi, Kenichi Sugihara 2004

Originally published in Japan in 2004 by BUNKODO CO., LTD.

Chinese translation rights arranged through TOHAN CORPORATION, TOKYO.

图书在版编目 (CIP) 数据

要点与盲点. 大肠肛门外科 / (日) 杉原健一主编 ;
董家鸿译. —北京: 人民卫生出版社, 2013

ISBN 978-7-117-16985-1

I. ①要… II. ①杉… ②董… III. ①大肠 - 肠疾病 - 外
科学②肛门疾病 - 外科学 IV. ①R657.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 109056 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数 据库服务, 医学教育资 源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

图字: 01-2009-4517

要点与盲点: 大肠肛门外科

主 译: 董家鸿

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 19

字 数: 486 千字

版 次: 2013 年 12 月第 1 版 2013 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16985-1/R · 16986

定 价: 138.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

译者（以姓氏笔画为序）

- | | |
|-----|--------------|
| 么立萍 | 第四军医大学西京医院 |
| 邢春根 | 苏州大学附属第二医院 |
| 朱敬之 | 上海交大附属仁济医院 |
| 刘 飞 | 第四军医大学西京医院 |
| 刘洪俊 | 山东省立医院 |
| 汤 地 | 中山大学附属第一医院 |
| 汤黎明 | 常州第二人民医院 |
| 苏忠学 | 山东省立医院 |
| 李可洲 | 四川大学附属华西医院 |
| 李 锐 | 苏州大学附属第一医院 |
| 吴永友 | 苏州大学附属第二医院 |
| 陈 洪 | 东南大学附属中大医院 |
| 金 钢 | 第二军医大学附属长海医院 |
| 周晓俊 | 苏州大学附属第一医院 |
| 项灿宏 | 中国人民解放军总医院 |
| 姚 力 | 中日友好医院 |
| 龚 巍 | 苏州大学附属第二医院 |
| 董家鸿 | 中国人民解放军总医院 |
| 管文贤 | 南京鼓楼医院 |
| 鞠海星 | 浙江省肿瘤医院 |
| 魏 武 | 南京军区南京总医院 |

作者名录

杉原健一	東京医科歯科大学大学院腫瘍外科
佐藤健次	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科形態・生体情報解析学
固武健二郎	栃木県立がんセンター外科
亀岡信悟	東京女子医科大学第2外科
小川真平	東京女子医科大学第2外科
今井 裕	東海大学医学部基盤診療学系画像診断学
飯沼 元	国立がんセンターがん予防・検診研究センター検診部
石川 勉	栃木県立がんセンター画像診断部
斎藤 豊	国立がんセンター中央病院内視鏡部
田中信治	広島大学病院光学医療診療部
赤須孝之	国立がんセンター中央病院大腸外科
宮川国久	国立がんセンター中央病院放射線診断部
村松幸男	国立がんセンターがん予防・検診研究センター検診部
横田敏弘	よこた内科・消化器科
村上康二	国立がんセンター東病院放射線部
藤田 伸	国立がんセンター中央病院外科
森 武生	東京都立駒込病院外科
安野正道	東京医科歯科大学大学院腫瘍外科
望月英隆	防衛医科大学校第1外科
高橋慶一	東京都立駒込病院外科
上野秀樹	防衛医科大学校第1外科
榎本雅之	東京医科歯科大学大学院腫瘍外科
杉田 昭	横浜市民病院外科
嶋田 紘	横浜国立大学大学院医学研究科消化器病態外科学
植竹宏之	東京医科歯科大学大学院腫瘍外科
平井 孝	愛知県がんセンター消化器外科
加藤知行	愛知県がんセンター消化器外科
吉永圭吾	国立印刷局東京病院外科
森田隆幸	青森県立中央病院外科
緒方 裕	久留米大学医学部外科
斎藤幸夫	国立国際医療センター大腸肛門病科
藤本佳也	国立がんセンター中央病院大腸外科
藤井隆広	藤井隆広クリニック
荒木靖三	大腸肛門病センターくるめ病院
白水和雄	久留米大学医学部外科
渡邊昌彦	北里大学医学部外科
岩間毅夫	佐々木研究所付属杏雲堂病院
黒川彰夫	黒川梅田診療所 4
岩垂純一	社会保険中央病院大腸肛門病センター

丛书主编简介



幕内雅敏教授 (Prof. Masatoshi Makuuchi) 1946 年生于东京, 1973 年毕业于东京大学医学部, 1979 年任东京国立癌中心医长, 1989 年任信州大学第一外科教授, 1994 年回到东京大学任第二外科教授, 2007 年转任东京红十字病院院长。

幕内教授是国际肝脏外科和肝脏移植领域最负盛名的专家之一, 被誉为“肝脏外科的王者”。他对肝胆外科无比热爱, 一直潜心学术研究, 努力挑战外科极限, 取得了一系列举世公认的创新性成就: 肝胆外科的术中超声、解剖性肝段切除、保留肝右下静脉的右肝部分切除术、极量肝切除前的选择性门静脉栓塞术及首例成人间的活体肝移植。等等。他所领导的东

京大学第二外科一直走在世界肝脏外科的最前沿。

幕内教授现任 IASGO (国际外科、消化科、肿瘤科医师协会) 主席, 是欧洲医学会等多个学会的名誉会员, 并曾担任日本外科学会会长, 是 *Lancet*、*Hepatology* 等多个杂志的编委或审稿人。目前为止, 发表英文论文 850 余篇, 主编英文专著 7 部, 参予编写英文专著 66 部。

幕内教授对中国医学同行十分友好, 多次应邀来华讲学和手术演示, 热心传播最新的肝脏外科理论与技术, 他所在的东京大学第二外科接受了一大批中国留学生和研修生。他对中国肝脏外科和肝脏移植事业给予了巨大的帮助, 赢得了中国同行的尊敬和爱戴。

主译简介



董家鸿教授 (Prof. Dong Jiahong) 1960 年生于江苏省连云港市, 师从著名肝胆外科学家黄志强院士, 获得医学硕士学位和博士学位。曾作为访问学者或客座研究员先后访问过巴黎大学 Paul Brousse 肝胆中心、匹兹堡大学移植研究所、加州大学洛杉矶分校外科、名古屋大学肿瘤外科、京都大学肝移植外科、香港大学玛丽医院肝胆胰外科等国际著名肝胆外科和肝移植中心, 博采众家之长, 形成了自己的学术流派。1998 年任西南医院全军肝胆外科中心主任及全军肝胆外科研究所所长, 2006 年起历任解放军总医院肝胆外科主任、肝胆外科医院院长。

董家鸿教授是中国肝胆外科和肝脏移植领域年轻一代的领军人物, 在肝脏移植及肝胆胰肿瘤、胆管结石及狭窄、肝硬化门静脉高压症、急性和慢性肝功能衰竭的外科治疗领域卓有建树。1996 年开展了国内首例离体肝切除, 2002 年在国际上首创了针对复杂肝胆管结石的只保留尾状叶的肝脏次全切除术。

董家鸿教授现任美国外科学院院士、国际消化外科学会执行委员、中华外科学会常委、中华器官移植学会常委、中华外科学会胆道学组组长。担任《中华消化外科杂志》总编辑, 同时担任 30 余种核心期刊的主编或编委。任山东大学、南开大学、厦门大学、昆明医学院和徐州医学院等多所大学的特聘教授或荣誉教授。曾获国家科技进步一等奖等多项奖励, 多次代表中国肝胆外科界在国际学术会议上做特邀专题演讲。

中文版前言

由前东京大学幕内雅敏教授主编的“要点与盲点”丛书自出版以来好评如潮，在日本的外科医生中几乎人手一册，在日留学的外科医生也有爱不释手之感。受人民卫生出版社之托，我们有幸将其翻译并介绍给国内同行。

该丛书中的“要点与盲点：大肠肛门外科”由东京医科齿科大学研究生院肿瘤外科的杉原健一教授主编，反映了日本大肠肛门外科的最高水平。杉原健一教授是日本著名学者，在大肠肛门外科领域颇有建树，本书的执笔作者也是活跃在第一线的大牌专家。

在本书内容的选择上，作者依照临床的诊疗流程选择了对实际工作有指导意义的项目，不仅介绍了手术方法，而且有影像诊断、内镜检查和围手术期管理的相关知识。在内容的编排上，各方面的内容分为专题加以阐述，与之相关的小知识或方法以“一点建议”的形式穿插其中。从年轻医生到资深专家的各层次读者都可以根据自己的兴趣和水平从中得到自己想要的信息。对于初学者，本书可作为进入手术室前翻阅的书刊；对于专家，本书可以帮助回顾和总结一下自己的操作方法。

书中没有大段的理论阐述，主要介绍了在大肠肛门外科日常诊疗常规中的一些特别要注意的、可操作性强的“要点”与容易失误的“盲点”，即所谓的临床工作的“秘诀”。而且，全书多用彩色印刷，配以真实清晰的术中照片和精美的彩色插图，在视觉上给人以美好的享受。

熟读本书，可领略到大肠肛门外科诊断和治疗各个领域的精华所在，更可欣赏到日本学者多年来不懈努力和实践所创造的外科艺术体系。诚如二村雄次教授所言，肿瘤外科医生要有“斗魂”，为了病人的健康孜孜以求和精益求精，通过各种手段对病人进行精准外科治疗。

由于大肠肛门外科的用语在世界范围内尚未统一，同时中日两国的医疗制度也存在差异，故本丛书尽量按照国内医生的用语习惯进行翻译，个别无法统一的地方以“译者注”的形式在文中标出。

感谢国内外专家们的通力合作，使本书的翻译能够顺利完成。但由于本书的内容博大精深，涉及临床的方方面面，译者们虽尽力而为，疏漏之处在所难免；另外，由于种种原因，本书的出版一再受到延误，部分内容可能已经不能反映目前最新的诊治水平，望读者在阅读中有所扬弃。不当之处，敬请斧正！

中国人民解放军总医院肝胆外科医院院长

中国人民解放军军医进修学院教授

董家鸿

2013年9月

原著第2版前言

《要点与盲点——大肠肛门外科》终于出第2版了！

自2000年6月第一版发行以来，承蒙广大医生热情购买，在此表示衷心感谢！正是由于大家的厚爱，才使本书得以发行第2版。第1版受到了如此好评，其原因可能与以下因素有关：执笔者均为活跃于各自领域第一线的专家，能准确把握临床“要点”；书中图表能直观反映“要点”，不必依赖文字说明；“一点建议”部分有最新资讯与争议焦点的简明介绍等。

出版第2版不仅由于前版发行量大，近年来大肠、肛门疾病的诊疗取得长足进展也是重要原因。例如，侧方淋巴结清扫的适应证逐渐明确；功能性侧侧吻合被广泛采用；腹腔镜手术迅速普及，技术改进令人惊叹；临床路径的引入实现术后管理标准化，缩短了平均住院日；在化疗方面，亚叶酸钙口服与静脉制剂均已进入医保，新药CPT-11得到认可，新型口服抗癌药与静脉制剂疗效相当等；转移性肝癌的微波凝固治疗已经应用；对大肠癌术后的最佳随访方法也已进行了探讨。

第2版并未改变前版的基本条目，只是进行了内容更新。在诊断部分，新增了PET相关内容，手术技巧方面也有不少改动。根据最新进展，增加了“一点建议”章。诚如第一版所言，对于正在接受普通外科培训或立志成为大肠肛门专科医生的人士，我们希望本书能成为他们实用的手术书。可利用本书在术前或对前日手术的不明之处加以确认，如有时间，尚可阅读“一点建议”，增长知识。

笔者认为经过改版，本书更能满足读者的需要。

杉原健一

2004年9月

原著第 1 版前言

“外科手术的要点对盲点”系列中的《大肠肛门》分册终于付梓了。

大肠肛门疾病,包括大肠癌、大肠息肉、痔、肛瘘、肛裂等,是普外科的常见疾病。因此,对于有志于从事外科的医生而言,掌握这类患者的诊疗基本知识尤为重要。有经验的外科医生可能基于各自的经验积累了一定的技术与理论,但他们可能没有意识到这些技术或理论也许是武断的、不合逻辑的。因此,本书考虑到基本的应会知识点与容易自以为是的内容,编成相应条目。各部分的作者,均为积累了丰富的相应知识并活跃在大肠肛门外科第一线的专家,他们将各自的经验进行科学验证,并指导下级医生。正如幕内雅敏教授在序文中所言“手术是包含科学的艺术”,因此,对于临床上或手术时遇到的问题,书中将介绍执笔专家的思路及解决方法。

在策划之初我们就认定本系列丛书不应是普通的手术图书,而是将其视为有疑问时扫一眼即可解惑的应急书。另外,对于非标准的领域与学说,术中注明了笔者的观点,对于相互对立的学说或不同解决方法亦有记载。因此,对于正在接受普通外科医生培训或立志成为大肠肛门专科医生的人士而言,是一本入门书,同时,对于希望有所提升的大肠肛门专科医生而言也是一本实用手术书。

另外,书中专门设立了“一点建议”章节,简单介绍有用的大肠疾病诊疗知识。建议在时间充裕的时候阅读这部分内容,以拓宽大肠疾病基本知识的视野。

杉原健一

2000 年 6 月

目录

总论	1
----	---

大肠

I 大肠解剖的要点与盲点

1. 结肠的解剖	6
2. 直肠的血管分布及淋巴引流	12
3. 直肠的膜性结构	18
4. 骨盆内自主神经的解剖	23

II 大肠癌诊断的要点与盲点

1. 大肠癌术前诊断要点	30
2. 大肠癌进展度诊断要点——钡剂灌肠检查与大肠癌的浸润深度诊断	36
3. 大肠癌进展度诊断要点——肠镜检查诊断浸润深度	44
4. 大肠癌进展度诊断要点——内镜超声诊断直肠癌进展度	50
5. 大肠癌进展度诊断要点——CT、MRI 检查诊断进展度	54
6. 大肠癌进展度诊断要点——盆腔内复发癌的进展度诊断	62
7. 大肠癌进展度诊断要点——复发癌的 PET 诊断	66

III 手术术式选择的要点与盲点

1. 结肠癌的术式选择要点	74
---------------	----

一点建议

- 大肠癌的时代变迁 (I): 发生部位与分期 17
- 虚拟肠镜 35
- 5mm 以下息肉的处理: 随访还是摘除? 43
- 放大内镜的腺管开口形态诊断 48
- 大肠异常隐窝灶 (aberrant crypt foci) 61
- 复制错误 (replication error, RER) 71
- 遗传性非息肉性结直肠癌 (HNPCC) 79
- 梗阻性大肠癌的外科治疗 99

2. 直肠癌术式选择的要点——侧方淋巴结清扫的适应证	80
3. 直肠癌术式选择的要点——保留肛门括约肌的适应证	82
4. 直肠癌术式选择的要点——保留自主神经的适应证	84
5. 直肠癌术式选择的要点——盆腔内复发的手术适应证	86

V 大肠手术一般技巧的要点与盲点

1. 术前准备要点	92
2. 肠管吻合前准备	96
3. 肠管吻合法（手工缝合）	102
4. 器械吻合法	106
5. J形回肠储袋、结肠储袋的制作	114
6. 经肛门吻合术	120
7. 腹主动脉旁淋巴结清扫	124
8. 直肠癌的侧方淋巴结清扫	128
9. 盆腔自主神经保留手术	134
10. 术后管理要点	138

V 大肠癌手术的要点与盲点

1. 回盲部切除术	146
2. 右半结肠切除术	150
3. 横结肠切除术	156
4. 乙状结肠切除术	162
5. 低位前方切除术	168

-
- 大肠癌手术与临床路径 111
 - 大肠癌的辅助化疗 119
 - 直肠癌辅助放疗 123
 - 直肠癌的合理 AW 133
 - 大肠癌术后随访 143
 - 大肠癌发病与基因 149
 - 大肠癌肝转移的热凝固治疗 155
 - 全直肠系膜切除（TME） 161

6. 直肠切断术（即腹会阴联合切除术及经腹骶式联合切除术）	172
7. 腹会阴联合切除术——联合子宫切除	177
8. 骨盆内脏器全摘术	182
9. 骨盆内脏器全摘术——骶骨联合切除	187
10. 直肠后方切除术	192
11. 人工肛门制作方法	196

VI EMR 与 TEM 的要点与盲点

1. 内镜下黏膜切除（EMR）的要点	204
2. 经肛门内镜手术（TEM）	208

VII 腹腔镜下手术的要点与盲点

1. 大肠疾病腹腔镜手术的适应证	214
2. 腹腔镜下肠切除的基本操作	218
3. 回盲部切除、右半结肠切除	223
4. 横结肠切除术	228
5. 乙状结肠切除、直肠前方切除	231

VIII 大肠良性疾病外科治疗的要点与盲点

1. 家族性大肠腺瘤性息肉病的治疗	236
2. 溃疡性结肠炎的外科治疗	244
3. 克罗恩病的外科治疗	254

-
- 直肠癌术后局部复发的高危因素 167
 - 肛门内括约肌部分切除 + 结肠肛门吻合术 180
 - 胚系突变与体细胞突变 195
 - 大肠癌的时代变迁（II）：治疗效果 201
 - 息肉切除术后的合理检查间隔 207
 - 晚期、复发大肠癌的化疗 211
 - Peutz-Jeghers 综合征和癌的关系 241
 - 家族性结肠腺瘤性息肉病的上消化道病变 242

肛门

1. 肛门解剖把握的要点与盲点	262
2. 肛门疾病诊断的要点与盲点	266
3. 肛门疾病手术的要点与盲点——痔的手术	272
4. 肛门疾病手术的要点与盲点——肛瘘手术	276
5. 肛门疾病手术的要点与盲点——肛裂手术	279
6. 肛门疾病术后管理的要点与盲点	282
索引	287

-
- 结肠家族性腺瘤性息肉病和硬纤维瘤 243
 - 溃疡性结肠炎的标准治疗 252
 - 溃疡性结肠炎合并大肠癌 253
 - 克罗恩病的标准治疗 259
 - 克罗恩病合并小肠、大肠癌 260
 - 慢性肛裂手指扩肛要点 285

总论

杉原健一

[东京医科歯科大学大学院腫瘍外科]

1. 大肠癌病例的增加

最近 20 年内，大肠癌病例明显增加，2001 年死亡率为 17.8 人/10 万人口，推测结肠癌罹患率约为该数字的 3 倍，直肠癌约为 1.6 倍。针对大肠癌病例的激增，20 世纪 70 年代后半期开始了改善预后的努力，至 20 世纪 80 年代后半期终于初见成效，而且，随着预后的改善，治疗时开始更多考虑到患者术后生活质量（QOL）。

2. 诊断学与外科治疗的进步

进入 20 世纪 80 年代以后，在大肠肿瘤性病变的发生、发展、癌变、诊断与治疗方面取得了显著进步（表 1）。

随着癌基因与抑癌基因的发现，逐步明确大肠癌的发生是基因变化蓄积的结果，基因变异与组织发生的关系得以阐明。在临床应用上，使根治术后复发高危人群的甄别成为可能。遗传性非息肉性大肠癌（HNPCC）的发病机制——微卫星不稳定的发现开创了大肠癌发生途径研究的新局面。另外，家族性结肠腺瘤病（familial adenomatosis coli, FAC）及 HNPCC 等遗传性疾病在发病前即可进行基因诊断，有助于消除无基因异常的家族成员不必要的紧张与不安。

在此期间开发的免疫学隐血试验对大肠癌具有良好的预测效果，且检查前无需限制饮食，可大规模筛查，因此，越来越多的大肠癌患者得以早期诊断，使具有扩大清扫指征的病例减少，使功能保留手术与缩小手术更具重要性。

表 1 大肠癌诊断的最新进步

发现、开发	临床应用
癌基因、抑癌基因	→ 大肠癌组织发生
微卫星不稳定	→ 高危人群的筛选
免疫学隐血试验	→ 筛查
电子肠镜	→ 表面型肿瘤
肿瘤标志物	→ 术后随访
内镜超声、CT、MRI 检查	→ 直肠癌的范围

电子结肠镜的开发与聚乙二醇清肠剂的使用，可发现以前被遗漏的表面型肿瘤，而这类肿瘤对大肠肿瘤性病变的研究与临床具有重要影响，也使得表面型肿瘤内镜切除方法——内镜下黏膜切除术（EMR）得以开发并迅速普及。

肿瘤标志物癌胚抗原（CEA）检测试剂盒的开发，简化了 CEA 的测定。CEA 在根治术后随访中效果良好，已用于早期发现肠癌复发。大肠癌术后 50% 的复发为肝转移，而肝转移中 80% 出现 CEA 升高。术后监测 CEA 水平，对于 CEA 升高的病例行超声或 CT 检查，增加了可切除肝转移病例的数量，从而提高了大肠癌肝转移的治疗效果，有望提高大肠癌患者的整体预后。

3. 直肠癌的外科治疗：预后改善，进而提高术后 QOL

直肠癌手术治疗效果不如结肠癌，其原因是：①直肠淋巴引流分为向上与侧方两大系统；②盆腔内泌尿生殖器官与直肠紧邻；③支配泌尿生殖器官的自主神经紧贴直肠走行等。20 世

纪 70 年代后半期开始,为达到直肠癌根治效果,针对直肠的两大淋巴引流方向,进行扩大淋巴清扫,降低了局部复发率,提高了生存率。然而,扩大清扫所伴随的自主神经切除导致排尿与性功能障碍,严重影响术后生活质量。另外,下部直肠癌行腹会阴联合切除无疑导致术后排便功能障碍,即使保留肛门括约肌也因切除了大部分直肠,往往会导致排便功能障碍。因此,直肠癌外科治疗中,必须同时考虑到根治性与功能保留两大因素。

另外,在此期间:①盆腔的外科解剖理解取得进步,明确了骨盆内膜性结构与自主神经系统的走行;②明确了直肠淋巴引流;③研究了直肠癌淋巴结转移部位与频率;④引入内镜超声、CT 及 MRI 检查,显著提高了术前肿瘤进展程度诊断的准确性;⑤随着自动吻合器与双吻合技术的开发,可完成低位吻合;⑥尝试改善结肠癌术后排便功能;⑦经后方入路直肠局部切除得到普及等。以上进步,使根据肿瘤进展程度并考虑到根治与 QOL,选择适当手术+淋巴结清扫成为可能。而且,随着器械开发与技术进步,自 1990 年引进后,腹腔镜手术迅速得到普及,目前不仅用于治疗早期大肠癌,也适用于进展期大肠癌。最近大肠癌诊断、治疗领域的进步,可归纳为大肠癌预防、因早期发现与治疗方法改进带来的预后改善及提高术后 QOL 的提高等(表 2)。

4. 本书的意义

强调诊断学与外科治疗取得如此进步,总体上属于“科学”(science)层面,但同时均与“艺术”(art)相关。不仅是大肠癌的外科治疗,遗

表 2 大肠癌诊断、治疗的进步

癌基因、抑癌基因	
微卫星不稳定	
息肉圈套切除术	→ 大肠癌预防
表面型大肠肿瘤, EMR	
免疫学隐血试验	
肿瘤标志物	→ 早期发现, 改善预后
肝脏超声、CT	
扩大淋巴清扫	
肝切除、肝动脉注射	→ 改进治疗方法改善预后
内镜超声、CT	
经骶骨直肠局部切除	
器械吻合	
骨盆内自主神经保留	→ 术后 QOL
结肠储袋	
腹腔镜手术	

传性肠道疾病、炎症性肠病、肛门疾病的治疗中,也有很多论文未能体现的众多小的技术改善。必须认识到大肠癌预后的改善,不仅仅依靠手术技巧的提高,而是得益于筛查技术、术前诊断、外科解剖学、术中术后管理、术后随访及复发癌的治疗等各方面的全面进步。

可以说在大肠癌领域,通过手术技巧改善预后已无可能,重要的是今后如何利用好已经确立的手术技巧。因此,本书介绍已经确立的手术技巧,并由活跃在一线的专家将支撑这些技巧的艺术部分进行简单介绍;另外,对于遗传性疾病,目前已确立了预防性治疗方法,并可进行发病前诊断,本书介绍其治疗原则的最新思路;对于目前已不罕见的炎症性肠病的治疗原则、手术适应证及术式进行详细记载;对于常见病——肛门疾病的手术疗法,本书有详尽具体的介绍,值得关注。

大肠