
结直肠疾病

JIEZHICHANG JIBING

的外科治疗

DE WAIKE ZHILIAO

■ 韩少良 朱冠保 张启瑜 主编



第二军医大学出版社

结直肠疾病的外科治疗

韩少良 朱冠保 张启瑜 主编

第二军医大学出版社

内 容 简 介

本书系统地介绍了结直肠疾病的发病情况、发病机制、诊断及临床治疗概况及进展。第一篇重点介绍结肠良性疾病的诊断与治疗,尤其是非特异性溃疡性结肠炎、结直肠克罗恩病、结直肠易激综合征及便秘等疾病的诊疗水平。第二篇重点介绍结肠癌的诊治与发展趋势,包括各种特殊类型结肠癌的临床病理特点、结肠癌根治手术的常见问题、结肠癌各种标准根治术及扩大根治手术、伴有并发症结肠癌的外科治疗、结肠癌的腹主动脉旁淋巴结(D₄)清扫、结肠癌的化疗及腔镜治疗。第三篇主要介绍直肠癌的各种根治手术、低位直肠癌局部切除术的合理选择、直肠癌联合脏器切除与盆腔脏器切除、直肠癌侧方淋巴结清扫、各种保留自主神经根治术、直肠癌术后复发综合治疗。第四篇介绍结直肠的少见肿瘤,如类癌、恶性间质瘤、恶性淋巴瘤及原发性小肠恶性肿瘤。第五篇介绍与结直肠疾病治疗有关的法律知识,重点介绍如何预防医疗纠纷与事故的必要法律内容。

图书在版编目(CIP)数据

结直肠疾病的外科治疗/韩少良,朱冠保,张启瑜主编. —上海:第二军医大学出版社,2004.6

ISBN 7-81060-389-2

I. 结... II. ①韩...②朱...③张... III. ①结直肠疾病-治疗 ②结直肠疾病-外科手术 IV. R574

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 013242 号

结直肠疾病的外科治疗

主 编 韩少良 朱冠保 张启瑜

责任编辑 姚春芳 赵绪韬 阮爱萍

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 818 号 邮政编码:200433

电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

上海崇明裕安印刷厂印刷



开本: 787×1092 1/16 印张: 34.25 字数: 836 千字

2004 年 6 月第 1 版 2004 年 6 月第 1 次印刷

印数: 1~3 000

ISBN 7-81060-389-2/R·281

定价: 70.00 元

编写人员名单

(按姓氏笔画为序)

- 王 辉 辽宁省肿瘤医院大肠外科 主任医师
- 王 祥 中国医学科学院肿瘤医院腹外科 教授
- 王 靖 中国医学科学院肿瘤医院腹外科 副主任医师
- 朱冠保 温州医学院附属第一医院胃肠外科 教授
- 庄 兢 河南省肿瘤医院普通外科 副主任医师
- 陈峻青 中国医科大学附属第一医院肿瘤外科 教授
- 张大欣 上海第二医科大学附属第六医院放射治疗科 教授
- 张文范 中国医科大学附属第一医院肿瘤外科 教授
- 张启瑜 温州医学院附属第一医院普外科 教授
- 张筱骅 温州医学院附属第一医院肿瘤外科 教授
- 花亚伟 河南省肿瘤医院普通外科 主任医师
- 邵永孚 中国医学科学院中国协和医科大学肿瘤医院腹部外科 教授
- 饶华民 江西省肿瘤医院胃肠外科 副主任医师
- 姚 力 卫生部中日友好医院普通外科 副教授
- 姚建高 温州医学院附属第一医院胃肠外科 教授
- 钱冬梅 首都医科大学附属同仁医院内科 副教授
- 姬社青 河南省肿瘤医院普通外科 副主任医师
- 黄爱微 温州医学院附属第一医院 副主任护师
- 崔修铮 中国医学科学院中国协和医科大学肿瘤医院 教授
- 戚晓东 首都医科大学附属同仁医院胃肠道肿瘤治疗中心 教授
- 韩少良 温州医学院附属第一医院胃肠外科 副教授
- 蓝升红 温州医学院附属第一医院胃肠外科 教授

绪 论

在 19 世纪麻醉方法、消毒方法及灭菌方法以及 20 世纪初青霉素发明的基础上,20 世纪的外科学取得了令人瞩目的进步,包括围手术期管理水平和手术安全性提高。大肠外科水平也随着整个外科学的进步,取得了很大的发展。

一、20 世纪的大肠癌外科

20 世纪初(1908)Miles 首先提出典型的直肠癌根治术,而后被称为 Miles 手术,一直作为直肠癌的标准根治术。后来出现了保留肛门功能的直肠前切除术,并随器械吻合的普及得到了更广泛的临床应用。在欧美一度曾经摒弃的直肠癌侧方廓清术,日本学者一时狂热追求,使局部复发率明显降低和 5 年生存率明显提高,但相反,术后并发功能性障碍显著增加。最近,由 Heald 提倡的全直肠系膜切除术(total mesorectal excision, TME)在世界范围得到了广泛的普及。不过,为了预防术后功能障碍,应施行保留自主(植物)神经的侧方清扫术,这样直肠外科就成为专业性很强的专业。

与直肠外科相比,结肠外科最近没有取得很大的进步。可以说,结肠癌病人的寿命主要取决于确诊时病期早晚,而非术者的手术技巧。辅助治疗包括对伴有肝转移病例施行化学治疗(简称化疗),而对直肠癌则辅助放射治疗(简称放疗)。

二、21 世纪的大肠癌外科

如上所述,20 世纪大肠外科的发展是以直肠外科为中心。毫无疑问,21 世纪也主要以直肠外科为主。依据 20 世纪末专业发展情况,预计 21 世纪初的大肠外科有望在如下方面取得进步:①大肠癌缩小与扩大根治手术适应证的合理选择;②直肠癌标准化和个性化相结合治疗方案的确立;③肝转移的预防与治疗;④合理应用辅助治疗;⑤开展分子生物学导向治疗;⑥将机器人等机械工程技术引入临床的技术革命等。

(一) 大肠癌缩小与扩大根治手术适应证的选择

Muto 报道,在日本癌研会病院确认根治度为 A 期的直肠癌切除术 852 例(1975—1995)中,行侧方廓清 439 例(占 44.3%),侧方淋巴结转移 16 例(15.0%),包括单侧方淋巴结转移 16 例(3.6%)。无侧方淋巴结转移的 5 年生存率为 77.1%,而伴有淋巴结转移者的 5 年生存率为 42.6%。说明对侧方淋巴结转移阳性病例,即使施行侧方淋巴结廓清也仅有 50%左右病人获得救治,大部分因血行转移而死亡。

(二) 肝转移机制的阐明与治疗方法的确立

影响大肠癌预后的最大因素是血行转移,尤其是肝转移。由于其转移机制尚未阐明,目前除外科切除外,尚未确立有效的治疗方法。

(三) 直肠癌根治性和生活质量的兼顾

结直肠癌是最常见的恶性肿瘤之一,外科治疗的目标以从最初单纯追求手术彻底性转向根治和生活质量兼顾的两大目标。通过对直肠癌病理解剖的研究,手术操作技术的改进和器械的发展,使直肠癌可行保肛手术的比例明显提高。一度认为,直肠癌手术的“金标准”的经腹会阴切除术已成为直肠癌治疗中最后选择的一种术式。其中双吻合器低位和超低位前切除术与低位和超低位前切除结肠袋肛管吻合术成为当前保肛手术中最常用的两种术式,从而使保肛手术后的控便功能达到了较为满意的效果。此外,对少数局限于黏膜或黏膜下层直径 ≤ 3 cm、低恶性或中等恶性隆起型早期低位直肠癌还可选作根治性局部切除术,从而使直肠癌病例中可行保肛手术的比例达到75%。20世纪80年代后出现了经肛内镜手术(transanal endoscopic microsurgery, TEM),使局部切除术从原来仅限用于低位直肠癌扩大至直肠上段和乙状结肠癌,重要的是病变不应超越pT₁期(黏膜下病变)。在大力提高保肛手术成功率的同时,还认识到“直肠系膜全切除”对降低局部复发率具有重要意义,并获得普遍的证实。另一方面,日本学者积极开展侧方淋巴结清扫的扩大根治术,以图达到降低局部复发率和提高5年生存率的目的。最新报道结果表明,侧方淋巴结转移率与浸润深度和有无淋巴结扩散相关。虽然侧方淋巴结转移被认为是一种重要预后因素,但在单纯向上淋巴转移与兼有向侧方淋巴转移的病例间无瘤5年生存率并无明显的差异(59%对43%);但当侧方淋巴结受累时,受累侧自主神经保留与否的5年生存率则有明显差异(53%对27%)。故认为,侧方淋巴结清扫的扩大根治术仅适用于直肠系膜内淋巴结有转移或侵犯肠壁周径4/4周者。在局部复发率上,侧方淋巴结转移者明显高于无侧方淋巴结侵犯的Dukes C期的病人(27%对16%)。

三、大肠的其他疾病

(一) 慢性溃疡性结肠炎和家族性腺瘤性息肉病

慢性溃疡性结肠炎和家族性腺瘤性息肉病(FAP)是两个完全不同性质的疾病,但却有两个共同的特点:病变呈弥漫性和病变主要侵犯黏膜层。因此,均要求作全结肠切除以防复发和癌变。结肠全切除、直肠黏膜剥除、回肠囊襻肛管吻合术的出现大大提高了全结肠切除术后病人的生活质量,除手术时已发生癌变的病例外,绝大部分病例得以避免永久性腹部回肠造口之苦。但回肠囊襻手术并非十全十美,为了不断改进术后控便的排便功能,在回肠囊襻的造形、大小、输出管长度等方面都提出过不少设想和改良,如“J”形囊襻、“S”形囊襻和“W”形囊襻各有优缺点,综合评估更难以做出绝对的结论。各家报道结果不一,但大量资料表明,至少目前尚不能证明何种类型的造口囊襻最为理想。多数学者在选择回肠囊襻的类型时完全凭个人经验和喜爱。SaRar和Taylor指出,“J”形囊襻虽有容量小和端侧吻合困难的缺点,但手术简单并可用吻合器完成,从而缩短手术时间,是值得考虑作为首选的囊襻形。“S”形囊襻容量较大,与肛管吻合容易,但排空障碍是其主要缺点。“S”形和“W”形囊襻中逆蠕动肠段对排空能力的影响尚待确定。从回肠囊襻内压力对扩张的反应来看,容量越大,反应越小,说明所设计的回肠囊襻应有满意的大小,使之既有收缩力,又有足够的储存能力。从术后功能效果来看,回肠囊襻肛管吻合术确实优于回肠肛管直接吻合术,而且前者术后至少可获得持续2年的这种功能上的优越性。最近,Meagher等总结了1310例慢性溃疡性结肠炎施行“J”形回肠囊襻肛管吻合术长期随访的结果,总的回肠囊襻失败率为10%。随着手术经验的增加,与回肠囊襻相关的并发症会减少,且回肠囊襻失败率则随之减少。Wu等的资料则表明,当回肠囊襻肛

管吻合术用于治疗家族性结肠腺瘤病时,回肠囊襻内和回肠囊襻近端的回肠及肛管均可出现复发性腺瘤,且发生率远比预料的要高。为此,术后仍需定期复查。这种回肠囊襻腺瘤病的严重程度与结肠或十二指肠原有病变的严重性无关。

(二) 痔

肛肠外科乃指从结肠至肛门这一范围内的外科疾病,应该说这是一个不小的领域,涉及的疾病不少,近年来的发展很迅速。

痔是肛肠外科中的一个常见病,其治疗方法按原理可归纳为栓塞坏死法和切除法两大类。硬化剂注射包括消痔灵、枯痔疗法、套扎法,以及近代的红外线和微波治疗仪都属于一个类型;外科手术包括 Milligan-Morgan 法、Ferguson 和 Parks 法,Whitehead 和 Klose 法则属于切除痔核。就手术切除而言又可分为两类:一类以 Milligan-Morgan 为代表,属伤口开放;另一类以 Parks 法和 Whitehead 及 Klose 法为代表,属伤口闭合(缝闭)。前者代表英国多数学者的主张,后者代表美国学者的倾向。这两类方法中究竟何种方法更优,至今尚未获得一致意见。Milligan-Morgan 法的最大缺点有二:一是当痔严重时,为了保留肛膜往往需残留子痔,导致手术不彻底,让病人感到术后仍然有痔;二是肛膜保留太少以致引起狭窄。最近 Ho 等报道,将 67 例需手术的痔随机分为开放性(34 例)和闭合性(33 例)痔切除术进行随访比较,中位随访时间 8.7 个月,结果显示,两种手术的手术时间、病人对止痛药的需求、住院天数、术后并发症等均无差异,伤口愈合开放组(4.9 周)反而比闭合组(6.9 周)快,因为闭合组中有 8 例缝合伤口哆开。两组术后肛门功能在 6 周或 3 个月时无差异。其结论是开放法伤口愈合快且可靠。但 Hosch 等的资料提供了截然相反的结论。在 34 例Ⅲ和Ⅳ度内痔手术治疗中,前瞻性随机比较了 Parks 法和 Milligan-Morgan 法两种方法的结果。住院时间以 Parks 术短(3.2 d 对 4.6 d, $P = 0.02$),不能工作时间分别为 12.3 d 对 0.2 d ($P < 0.001$),2 周后 Milligan-Morgan 术后感觉痛苦者较多。故他们认为,两种手术均安全、易操作,并有满意结果,但 Parks 法更优,术后痛苦最少、更经济、住院天数较少、恢复工作快。同一方法得出不同结论的解释虽然都是随机对照,可能由于手术医师对两种手术方法的要诀掌握有所不同,从而得出截然相反的结论。肛痿是慢性肛周感染的一种临床表现,手术几乎是不可避免的,长期以来不论采用痿管切开术或痿管切除术,术后创面敞开待其自然愈合是不变的处理原则。因为肛痿是一种感染伤口,肛门每天要排便,感染是不能避免的。缝合后一旦发生感染仍需拆除缝线敞开创面。对于源自骨盆直肠窝感染的肛直肠痿更需分期手术,以防术后肛门失禁。因此,不但伤口的愈合旷日持久,而且给病人带来的痛苦也是显著的。在这方面最大的进展也许是在抗生素的支持下,采用转移黏膜瓣修补内口、外口并充分引流的手术方法治疗肛直肠痿,从而既避免二期手术又无须断离肛直肠环,保留了术后肛门括约肌功能的健全,简化了术后伤口的护理并加速了伤口的愈合。对于低位或高位肛痿手术后一期完全缝闭伤口的做法仍然被认为是不适宜的,一般还是采取开放伤口待其二期愈合。但可以采取伤口部分缝合,肛缘外的伤口不缝合。这样,既可达到止血,有利于引流,又可缩短愈合时间。

(三) 便秘

便秘的外科治疗在肛肠外科中是一个新课题。长期以来,人们总认为慢性便秘是属于内科治疗范畴的一个现象,从未有外科医师去关心,更谈不上去研究。自排粪摄影术(defecography)问世后,人们突然发现便秘病人具有许多从未被人注意的问题,如直肠内套叠、直肠前突、会阴下降综合征、肠疝等,但纠正这些异常并不能改变病人排便困难的窘境。继

之,通过结肠运输试验,又发现部分便秘病人具有结肠运输功能障碍。这样,就认识到慢性便秘可分为出口梗阻型便秘(outlet obstructive constipation)和慢通过型便秘(slow transit constipation)。事实上,不少病人上述类型兼有。因此,在治疗前如不了解清楚,手术便会失败。由于便秘问题远比人们原来了解的复杂,初期手术治疗的失败率不低。因此,当前已引起许多肛肠外科医师的兴趣和重视。由于我国在这方面的研究起步较迟,究竟哪些应手术,哪些不应手术,如何进行手术,均有待进一步研究来确定。目前的结论是,手术指征必须严格掌握,在未作全面检查前,切勿动辄手术。

(四) 直肠脱垂

直肠完全性脱垂是一种较为少见的疾病。据文献记载,多达 200 种以上的手术方法曾用于治疗此病,往往在新介绍某一术式时结果良好,但到了其他外科医师手中并不能获得持久的良好结果。鉴于对直肠脱垂的发病机制还不清楚,在具体病人中所看到存在问题的因果关系无法辨别。当前所采用的手术往往是包含对下列几个部分的不同组合:①闭合 Douglas 窝、抬高腹膜返折平面;②缩小肛管;③恢复盆底;④切除冗长的肠段;⑤将直肠悬吊或固定于骶骨或其他结构上。同一手术由不同学者施行可得出不同的结果,至今尚难评论出一种一致推荐的疗效较佳的术式。多数复发率在 2%~4%。因此,术式的选用基本上是根据手术医师对术式的喜爱和熟悉程度。就作者个人体会,同意 Kuijpers 的意见,男性病人可选用直肠悬吊、固定术,直肠后用特氟龙(Teflon)网织物包裹半圈,但需注意包裹范围勿超过肠周径 1/2。对女性病人则可采用 Mann 和 Hoffman 介绍的扩大直肠固定术,包括直肠悬吊固定于骶骨岬、子宫悬吊于前腹壁及 Douglas 窝闭合,腹膜返折平面抬高。

(五) 肛 裂

肛裂在急性期的处理仍以非手术治疗为主。对亚急性或反复发作的肛裂可采用肛门扩张治疗,在局麻或骶麻下行扩肛至 4~6 指,并维持 5~10 min,绝大多数经扩肛后可以痊愈。对于慢性肛裂、瘢痕反应不严重者,可采用硝酸甘油软膏局部敷用,80%病人得以痊愈。对经扩肛及硝酸甘油软膏治疗无效的病例可采用内括约肌侧切术。目前仅对慢性肛裂呈严重瘢痕纤维化或伴肛乳头肥大者采用手术治疗,切除溃疡及瘢痕,并在侧方切断内括约肌。为了促进肛裂切除后的伤面愈合,可游离齿线处黏膜,拉下覆盖创面。

韩少良 朱冠保 张启瑜

2004 年 1 月

目 录

第一篇 结直肠良性疾病

第一章 非特异性溃疡性结直肠炎	韩少良 朱冠保 (3)
第一节 概 述	(3)
第二节 溃疡性结直肠炎的发病机制	(3)
第三节 溃疡性结直肠炎的病理生理	(5)
第四节 临床表现与诊断	(5)
第五节 溃疡性结直肠炎的诊断步骤	(9)
第六节 内科治疗	(9)
第七节 外科手术适应证与治疗计划	(13)
第八节 围手术期处理	(16)
第九节 外科手术步骤及其要点	(17)
第十节 溃疡性结直肠炎癌变的监测	(28)
第十一节 溃疡性结直肠炎的血栓并发症	(29)
第十二节 预后与复发	(30)
第二章 结直肠克罗恩病	朱冠保 韩少良 (33)
第一节 概 述	(33)
第二节 发病机制与病理生理学改变	(33)
第三节 临床表现与诊断	(35)
第四节 克罗恩病与肠结核的鉴别诊断	(39)
第五节 内科治疗	(40)
第六节 新型免疫疗法	(43)
第七节 外科疗法与适应证	(43)
第八节 克罗恩病的随访与预后	(45)
第三章 结直肠憩室疾病与结直肠憩室炎	姚 力 (48)
第一节 结直肠憩室病	(48)
第二节 结直肠憩室炎	(53)
第四章 结直肠息肉性疾病	张启瑜 韩少良 (56)
第一节 家族性结肠息肉病	(56)
第二节 结直肠息肉癌变与结直肠癌	(61)
第三节 遗传性非息肉病性结直肠癌	(64)
第四节 Peutz-Jeghers 综合征	(67)
第五节 幼年性结直肠息肉病	(73)

第六节 Cronkhite-Canada 综合征	(73)
第七节 Cowden 综合征	(73)
第五章 慢性腹泻	钱冬梅 (76)
第一节 致病原因	(76)
第二节 发病机制	(77)
第三节 诊断与鉴别诊断	(78)
第六章 结直肠易激综合征	钱冬梅 张启瑜 (80)
第一节 概述	(80)
第二节 流行病学	(80)
第三节 临床诊断	(80)
第四节 病因与发病机制	(81)
第五节 药物治疗	(83)
第七章 缺血性结直肠炎的病变与诊治	姚建高 张文范 (88)
第一节 缺血性结直肠炎的病变与诊治	(88)
第二节 静脉硬化性大肠炎	(89)
第八章 肠梗阻	姚力 朱冠保 (92)
第一节 概述	(92)
第二节 肠梗阻分型与治疗	(93)
第三节 术后早期炎性肠梗阻	(95)
第九章 下消化道出血	蓝升红 张启瑜 (97)
第一节 概述	(97)
第二节 小肠出血	(97)
第三节 结肠出血	(98)
第十章 便秘	韩少良 戚晓东 (101)
第一节 概述	(101)
第二节 直肠肛门功能	(102)
第三节 慢性便秘的病因与病理生理基础	(105)
第四节 临床表现与诊断	(110)
第五节 内科治疗	(112)
第六节 外科手术方式选择及疗效分析	(114)
附: 中华医学会外科学分会肛肠外科学组的便秘诊治暂行标准(2000 年)	(116)
第十一章 结直肠良性疾病与良性肿瘤	戚晓东 张文范 (119)
第一节 结直肠子宫黏膜异位症	(119)
第二节 肛门部非上皮类肿瘤	(120)
第三节 结直肠脂肪瘤	(121)
第四节 结直肠血管瘤	(121)
第五节 结直肠平滑肌瘤	(121)
第六节 结直肠神经鞘瘤	(122)

第十二章 结直肠大肠杆菌 O157 型出血性肠炎	钱冬梅(123)
第一节 概 述	(123)
第二节 病原学	(123)
第三节 发病机制	(124)
第四节 临床表现	(125)
第五节 检查方法	(125)
第六节 治疗与预防	(126)
第七节 控制策略	(126)
第十三章 门脉高压性结肠病	姚建高(128)
第一节 概 述	(128)
第二节 PHT 及 PHC 的发病机制	(128)
第三节 PHC 的临床表现	(130)
第四节 门脉高压性结肠病的诊断	(130)
第五节 PHC 的治疗原则	(131)
第二篇 结 直 肠 癌	
第十四章 结直肠癌的诊疗现状与展望	朱冠保 张启瑜(135)
第一节 结直肠癌的外科发展简史	(135)
第二节 结直肠癌发病情况与病因学	(135)
第三节 结直肠癌的分子生物学研究现状	(137)
第四节 结直肠癌诊疗现状	(138)
第五节 其他结直肠疾病的诊疗进展	(139)
第十五章 结肠癌的应用解剖	张启瑜(142)
第一节 结肠解剖学特征	(142)
第二节 结肠血管的支配	(143)
第十六章 结直肠癌的临床表现	庄 兢 姚建高(148)
第一节 结直肠癌的临床症状	(148)
第二节 结直肠癌临床症状的特征	(149)
第三节 结直肠癌临床危险信号	(150)
第十七章 结直肠癌的病理诊断	花亚伟 陈峻青(152)
第一节 结直肠癌大体类型	(152)
第二节 结直肠癌组织学类型	(153)
第三节 结直肠癌扩散转移途径	(154)
第四节 结直肠癌的临床分期	(156)
第十八章 结直肠癌的临床诊断	蓝升红(164)
第一节 临床表现	(164)
第二节 辅助检查	(164)
第三节 结直肠癌术前必需的检查	(167)

第十九章 结直肠癌的临床病理生物学行为	韩少良 陈峻青	(169)
第一节 早期结直肠癌的病理生物学行为		(169)
第二节 进行期结直肠癌的临床病理生物学行为		(170)
第三节 弥漫性浸润型结直肠癌的临床病理特征		(171)
第四节 左侧与右侧结肠癌的临床病理生物学差异		(172)
第五节 直肠癌的临床病理生物学特点		(172)
第六节 肿瘤型结直肠癌的临床病理生物学特点		(173)
第七节 黏液腺癌型结直肠癌的临床病理生物学特点		(173)
第八节 结直肠癌分子生物学行为		(174)
第二十章 结直肠癌的外科治疗	张启瑜 韩少良	(177)
第一节 结直肠癌根治性手术的几个问题		(177)
第二节 癌瘤的非接触隔离技术		(178)
第三节 应用器械吻合施行消化道重建		(180)
第四节 器械吻合创伤的治愈机制		(182)
第五节 结肠切除、手法缝合的注意事项		(184)
第二十一章 结直肠癌的术前准备与手术危险性的评价	张启瑜 韩少良	(188)
第一节 肠道准备		(188)
第二节 应用肾上腺皮质激素病人的术前准备		(190)
第三节 外科手术危险性的评价		(190)
第四节 老年病人脏器功能特点与术前危险性评价		(199)
第五节 老年人平均剩余寿命与外科治疗选择		(205)
第六节 肥胖病人的手术危险性		(206)
第二十二章 结肠癌根治术与扩大根治术	朱冠保 韩少良 张启瑜	(209)
第一节 右半结肠癌根治术		(209)
第二节 横结肠癌根治术		(214)
第三节 左半结肠癌根治术		(220)
第四节 乙状结肠癌根治术		(224)
第五节 结肠癌扩大根治术		(226)
第六节 结肠癌联合脏器切除术		(229)
第二十三章 结直肠癌并发症的外科治疗	饶华民 张筱骅	(231)
第一节 结直肠癌并发肠梗阻的外科治疗		(231)
第二节 结直肠癌并发穿孔的外科治疗		(239)
第二十四章 结直肠癌术后复发转移的外科治疗	张启瑜 朱冠保	(241)
第一节 概述		(241)
第二节 结直肠癌肝转移的外科治疗		(242)
第三节 结直肠癌肺转移的外科治疗		(247)
第四节 结直肠癌脑转移的外科治疗		(250)
第五节 结直肠癌卵巢转移的外科治疗		(250)

第六节	结直肠癌术后腹壁复发的外科治疗	(251)
第七节	局部复发及其他部位复发的外科治疗	(251)
第二十五章	特殊类型的结直肠癌	韩少良 张启瑜 陈峻青(254)
第一节	多原发性结直肠癌	(254)
第二节	遗传性非息肉病性结直肠癌	(256)
第三节	结直肠癌合并息肉的外科治疗	(257)
第四节	结直肠鳞癌	(258)
第五节	弥漫浸润型结直肠癌	(259)
第六节	青年人结直肠癌	(260)
第七节	结直肠低分化腺癌	(261)
第八节	结直肠重复癌	(261)
第九节	阑尾肿瘤	(262)
第十节	结直肠固有肌癌	(264)
第十一节	消化道间质性结肠腺癌	(265)
第十二节	胆囊切除后结直肠癌	(265)
第十三节	胃切除术后结直肠癌	(266)
第十四节	溃疡性结直肠炎相关性结直肠癌	(266)
第十五节	脏器移植病人的结直肠癌	(267)
第十六节	转移性结直肠癌	(267)
第二十六章	结直肠癌腹主动脉淋巴结清扫术	邵永孚 韩少良(271)
第一节	概 述	(271)
第二节	手术适应证与手术范围	(273)
第三节	左侧结肠癌 D ₄ 手术的手术技巧	(275)
第二十七章	结直肠癌的化疗	戚晓东 韩少良 张文范(279)
第一节	概 述	(279)
第二节	结直肠癌常用化疗药物	(281)
第三节	术前新辅助化疗	(283)
第四节	术中辅助化疗	(285)
第五节	术后辅助化疗	(290)
第六节	介入化疗	(293)
第七节	化疗时机与时间节律调整	(294)
第八节	药物不良反应及其处理	(296)
第九节	新的药物不良反应判定标准	(300)
第二十八章	结直肠癌的免疫治疗	花亚伟(306)
第一节	概 述	(306)
第二节	BRM 的分类与免疫治疗	(307)
第三节	基因治疗	(308)

第二十九章 结直肠癌的腹腔镜检查与内镜治疗	张启瑜 戚晓东(311)
第一节 概 述	(311)
第二节 腹腔镜辅助结直肠次全摘除、回肠囊状肛管吻合术	(312)
第三节 腹腔镜辅助结直肠癌切除的手术要点	(314)
第四节 结直肠癌内镜切除术	(315)
第五节 结直肠癌腹腔镜治疗的现状与展望	(316)

第三篇 直肠肛管癌

第三十章 直肠肛管癌的诊疗现状与展望	张启瑜 邵永孚(321)
第一节 直肠肛管癌外科手术发展简史	(321)
第二节 直肠癌的诊疗进展	(321)
第三十一章 直肠肛管癌的临床诊断与病理组织学	姚建高 朱冠保(326)
第一节 直肠肛管癌的临床表现	(326)
第二节 临床诊断	(326)
第三节 直肠肛管癌的生物学特性	(327)
第四节 直肠癌淋巴结转移方式	(328)
第五节 直肠肛管癌的临床病理分期	(329)
第三十二章 直肠癌外科治疗原则与手术方法选择	韩少良 蓝升红 邵永孚(331)
第一节 直肠癌根治手术的基本原则	(331)
第二节 早期直肠癌手术方法的选择	(332)
第三节 进行期直肠癌手术方式的选择	(333)
第四节 直肠癌手术中并发损伤的处理与预防	(334)
第五节 直肠癌保留功能与保肛问题	(336)
第六节 保留肛门手术的注意事项	(337)
第七节 保留肛门手术的术后功能分析	(338)
第八节 直肠癌根治术中非接触性隔离原则的应用	(339)
第三十三章 直肠癌前切除术	戚晓东 张启瑜(342)
第一节 概 述	(342)
第二节 适应证与禁忌证	(343)
第三节 术后排便功能障碍机制	(344)
第四节 Dixon 手术中的直肠系膜全切除意义	(345)
第五节 直肠高位前切除的手术步骤	(346)
第六节 直肠癌前切除手术预防吻合口瘘的措施	(356)
第七节 预防 Dixon 术后复发的措施	(356)
第三十四章 经腹会阴直肠癌切除术	朱冠保 张启瑜 黄爱微(358)
第一节 Miles 手术适应证	(358)
第二节 经腹会阴直肠、肛管切除术	(358)
第三节 术中并发损伤的处理与预防	(363)

第四节	直肠癌腹股沟淋巴结清扫术	(364)
第五节	直肠癌和结肠癌的康复与护理	(364)
第三十五章	肛管癌及肛门周围癌	崔修铮 王 靖(368)
第一节	概 述	(368)
第二节	病理组织学的特征与诊断	(369)
第三节	肛管癌的生物学特性	(373)
第四节	治疗方针	(374)
第五节	外科治疗原则	(375)
第六节	肛管癌手术步骤	(376)
第七节	一穴肛原癌	(383)
第三十六章	低位直肠癌局部切除方式的合理选择	邵永孚 王 祥(385)
第一节	概 述	(385)
第二节	低位直肠癌的鉴别诊断	(385)
第三节	低位直肠癌手术方法的选择	(385)
第四节	局部切除的疗效	(392)
第五节	局部切除术临床应用的注意事项	(393)
第三十七章	直肠癌联合脏器切除与盆腔脏器联合切除	韩少良 王 辉(395)
第一节	概 述	(395)
第二节	全盆腔脏器切除术	(396)
第三节	后盆腔脏器切除术	(403)
第四节	前盆腔脏器切除术	(405)
第五节	子宫与阴道的联合切除术	(406)
第六节	输尿管与膀胱的联合切除术	(408)
第七节	精囊与输精管壶腹联合切除术	(410)
第八节	前列腺被膜的联合切除术	(410)
第九节	骶骨联合切除术	(411)
第十节	坐骨结节与耻骨弓的联合切除术	(414)
第三十八章	直肠癌侧方淋巴结清扫术	王 辉 韩少良(416)
第一节	概 述	(416)
第二节	直肠癌扩大切除与性功能障碍	(417)
第三节	术后排尿障碍	(419)
第四节	术后性功能障碍	(422)
第五节	术后排便障碍	(423)
第六节	直肠癌侧方清扫的解剖学剥离层与分类	(424)
第七节	直肠癌侧方淋巴结清扫术的手术要点	(426)
第八节	直肠癌侧方淋巴结清扫术的手术步骤	(427)
第九节	直肠癌侧方淋巴结清扫术的疗效	(432)
第十节	直肠癌侧方淋巴结清扫术的问题和展望	(432)

第三十九章 直肠癌术后复发的外科治疗	邵永孚 韩少良(434)
第一节 概 述	(434)
第二节 直肠癌术后复发的临床表现与诊断	(434)
第三节 直肠癌术后复发转移的可能原因与对策	(437)
第四节 直肠癌术后复发的外科治疗	(440)
第五节 直肠癌术后复发的全盆腔脏器切除术的适应证与禁忌证	(444)
第六节 骶骨联合切除的全盆腔脏器切除术的手术技巧	(444)
第七节 直肠癌术后复发的放疗	(447)
第八节 直肠癌术后复发的化疗	(448)
第九节 介入化疗	(450)
第十节 直肠癌术后复发的对症治疗	(451)
第十一节 预 后	(452)
第四十章 保留自主神经的直肠癌根治术	王 辉 韩少良(454)
第一节 简 史	(454)
第二节 盆腔自主神经的解剖	(455)
第三节 维持排尿功能和性功能最低应保留的盆神经范围	(459)
第四节 保留自主神经根治术分类与手术适应证	(460)
第五节 手术适应证	(463)
第六节 手术要点与解剖学层次	(464)
第七节 手术步骤	(465)
第八节 保留盆腔神经丛的手术步骤	(468)
第九节 外科疗效	(470)
第十节 术后功能判定	(471)
第四十一章 其他直肠癌切除术	韩少良 陈峻青(473)
第一节 经腹骶直肠切除术	(473)
第二节 拉出式直肠切除术的种类与切除范围	(475)
第三节 各种拉出式直肠切除术的手术简介	(476)
第四节 Hartmann 手术	(479)
第四十二章 直肠癌的放射疗法	张大欣(481)
第一节 直肠癌的术前放疗	(481)
第二节 放化疗的协同作用	(482)
第三节 放射性直肠炎	(483)
第四节 放射免疫治疗	(483)
第四篇 其他结直肠恶性肿瘤	
第四十三章 结直肠类癌	姬社青 张启瑜(491)
第一节 历史概况	(491)
第二节 诊断、影像学和组织学特征	(491)

第三节	结直肠类癌的进展形式与复发方式	(492)
第四节	结直肠类癌良性、恶性的判定与临床病理分期	(492)
第五节	结直肠类癌的临床治疗	(493)
第六节	结直肠类癌的预后	(494)
第四十四章	结直肠间质瘤	蓝升红(496)
第一节	概 述	(496)
第二节	消化道肉瘤的 TNM 分期	(496)
第三节	结直肠平滑肌源性肿瘤	(498)
第四十五章	结直肠恶性淋巴瘤	王 祥 姚建高(500)
第一节	概 述	(500)
第二节	临床症状特点与诊断	(500)
第三节	临床病理生物学特点	(501)
第四节	临床治疗	(501)
第五节	疗 效	(501)
第四十六章	结直肠恶性黑色素瘤	王 祥 王 靖(503)
第一节	概 述	(503)
第二节	病理组织学	(503)
第三节	临床表现与诊断	(504)
第四节	临床治疗	(505)
第五节	预 后	(508)
第六节	小肠与结肠恶性黑色素瘤的特点	(508)
第四十七章	原发性小肠恶性肿瘤	姚建高 朱冠保(509)
第一节	概 述	(509)
第二节	小肠肿瘤的临床病理特点	(511)
第三节	原发性小肠恶性淋巴瘤	(513)

第五篇 相关的医学法律知识

第四十八章	结直肠疾病治疗的医学法律问题	朱冠保 张启瑜 韩少良(517)
第一节	概 述	(517)
第二节	病人在法律上具有的权利	(517)
第三节	医师与病人关系的契约基础	(518)
第四节	与外科治疗有关的意外及并发症	(519)
第五节	猝死与外科治疗	(522)
第六节	常见的医疗事故	(524)