

肛肠外科常见疾病

问答图解



中国人民解放军第二军医大学

一九七九年

肛肠外科常见疾病 问答图解

前 言

在英明领袖华主席提出的抓纲治国、大干快上、本世纪末实现“四个”现代化的伟大号召鼓舞下，我们根据多年来教学的体会及收集的资料，特编写《肛肠外科常见疾病问答图解》，并附一些常见疾病的手术图谱、典型病例、X片及病理标本照片，作为课外教学补充材料，提高学员分析问题及解决问题的能力，以及加强对教学中的重点、难点内容的理解及记忆之用。

这本小册子希望达到下列目的：

1. 用形象简图，作启发式教学。学生先看图然后再看后面答案，看自己的理解是否完全，达到全面复习的目的。
2. 对常见的症状及体征，如便血、疼痛的常见原因有那些？应如何分析？培养全面分析的能力。
3. 增添国内外一些新技术、新内容，可弥补教材的不足，如内痔的小胶圈套扎治疗等。
4. 将课堂用的大图，部分编写在此书中，方便学员课后复习。
5. 希能成为一本肛外实习手册，便于学员在看门诊及手术时查阅。

1977年11月，本书的油印本，曾在第二次全国肛肠疾病防治会议上交流，得到会议领导同志及代表们的帮助，提出

了宝贵的意见，特此致谢。

本书的油印本也得到上海第二医学院瑞金医院周锡庚教授及上海市第一人民医院李宝华主任的审阅，提出了宝贵的意见，一并致谢。

由于我们的水平不高及时间的关系，有不当之处，请同志们批评指正。

第一附属医院肛肠外科小组编

一九七八年三月

肛肠外科常见疾病问答图解

目 录

次序	题 目	页 数
1	在检查及治疗肛门直肠病人时, 如何选择体位?	1
2	请你解释图上肛门及直肠上的解剖?	3
3	肛门视诊及肛门镜检查如何进行?	5
4	肛门外括约肌分几部? 在临床上有何重要意义?	7
5	耻骨直肠“U”形环在临床上有何意义?	9
6	肛管直肠环在临床上有何重要性? 在肛瘘手术中, 若要切断此环, 应注意什么问题? 如何进行触诊?	11
7	齿线及白线在临床上有何重要性?	13
8	乙状结肠镜检查适用于那些情况? 如何操作?	15
9	肛管周围由那些神经支配? 如何作好肛管周围浸润麻醉?	17
10	局麻扩肛如何进行? 肛管扩张适用于那些情况?	19
11	肛裂常有那些病理改变?	21
12	肛裂的位置有何争论? 如何进行检查?	23

次序	题 目	页数
13	肛裂疼痛有何特点?	25
14	肛裂切除术的适应症有那些? 如何进行手术切除?	27
15	肛门直肠感染分几个阶段? 如何进行早期防治?	29
16	肛门直肠周围脓肿分几种? 各有何特点?	31
17	肛门周围皮下脓肿如何进行切开引流? 又如何预防肛痿形成?	33
18	坐骨直肠窝脓肿有何特点? 如何进行切开引流?	35
19	骨盆直肠窝脓肿有何特点? 如何进行切开引流?	37
20	直肠后窝脓肿有何特点? 如何进行切开引流?	39
21	为何有的肛痿有多个外口?	41
22	肛痿的内口与外口有何关系?	43
23	挂线疗法适用于何种肛痿? 如何进行? 有何优点? 如何保证挂线成功?	45
24	肛痿手术后创面为什么要底小口大? 术后还有那些并发症?	47
25	内痔、外痔、混合痔在临床上如何分期或分类?	49
26	母痔及子痔如何形成? 在临床上有何意义?	51
27	痔的发生与肛管狭窄有何关系?	53

次序	题 目	页 数
28	如何用血管钳作胶圈套扎内痔？此法有何优缺点？	55
29	用内痔套扎器（拉入法）作内痔小胶圈套扎治疗如何操作？要注意那些问题？有何并发症？有何优缺点？	57
30	如何使用内痔吸引套扎器？此法有何优缺点？	59
31	内痔行注射治疗如何进行？该注意那些问题？	61
32	混合痔的手术切除如何进行？	65
33	枯痔钉疗法适应于那种内痔？如何进行？术后注意那些问题？	67
34	血栓性外痔摘除术如何进行？	69
35	内痔手术后发生大量出血，如何早期发现？如何进行急救？	71
36	直肠脱垂为什么在小儿多见？如何治疗？	73
37	先天性肛管闭锁和狭窄在临床上分几型？如何诊断及治疗？	75
38	溃疡性结肠炎有那些临床表现？容易产生那些并发症？如何治疗？	77
39	结肠憩室炎如何诊断及治疗？	79
40	为什么有的息肉带蒂，有的不带蒂？	81
41	儿童的低位直肠息肉如何进行用手指摘除？有何危险性？	83

次序	题 目	页数
42	直肠下端带蒂息肉如何进行摘除术?	85
43	高位直肠息肉如何进行电烙勒除?	87
44	右侧、左侧结肠癌及直肠癌在临床及病理上各有何特点?	89
45	直肠癌在病理上分几型? 在临床上如何早期确诊?	91
46	如何评价直肠指诊在诊断直肠癌的重要性? 直肠癌的最初症状有那些?	93
47	直肠癌在不同的部位, 应该如何进行手术治疗?	95
48	结肠癌向何处转移? 结肠癌与饮食有何关系?	97
49	结肠癌有那些转移途径? 针对转移途径在手术切除时要采取那些预防措施?	99
50	导致便秘的器质性原因有那些?	101
51	结肠造瘘有那些并发症? 应如何预防? 若已发生应如何治疗?	103
52	下消化道大量出血的疾病有那些?	105
53	肛门及直肠出血常见的原因有那些? 如何鉴别?	107
54	肛门疼痛的常见原因有那些? 应如何鉴别?	109
55	肛门内脱出物常见的原因有那些? 应如何鉴别?	111

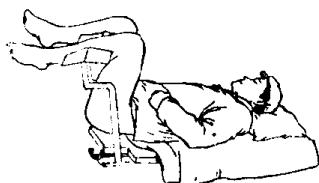
次序	题 目	页数
56	肛门部持续性脱垂的原因有那些?	113
57	肛门部有分泌物常见的原因有那些? 应如何鉴别?	115
	附: 一、肛肠手术图谱	
	(一) 肛瘘手术	117
	1. 挂线疗法	119
	2. 肛瘘切开术	121
	(1) 低位直型肛瘘切开术	121
	(2) 低位弯型肛瘘切开术	122
	(3) 蹄铁型肛瘘切开术	123
	3. 肛瘘切除术	124
	(二) 直肠前壁折迭术	125
	(三) 结肠造口术	127
	(四) 盲肠造口术	133
	(五) 右半结肠切除术	135
	(六) 直肠癌手术	141
	1. 直肠肛管经腹会阴联合切除术	145
	2. 直肠乙状结肠经腹切除、腹膜外吻合术	154
	二、肛肠手术器械照片	159
	三、肛肠疾患病例照片	166



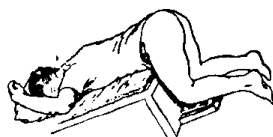
1. 侧卧位



2. 膝胸位



3. 截石位



4. 倒置位



5. 蹲位

问：在检查及治疗肛门直肠病人时，如何选择体位？

答：在检查及治疗肛门直肠病人时，一般可采用以下五种体位，这根据病人身体情况和检查的具体要求而选择。

1. 侧卧位：常向左侧卧位，右侧的髋膝各屈曲90度，左腿伸直。为常用体位，特别适用于病重或年老体弱病员。

2. 膝胸位：病人跪伏床上，胸部紧贴床铺，臀部抬高，是常用的体位，特别对乙状结肠镜检查最为方便，但不能持久，因此对病重年老体弱病员不能采用。

3. 截石位：病人仰卧，二腿分开，屈膝抬高，常用于一般肛门直肠手术。

4. 倒置位：病人俯卧在特制的检查床上，髋关节弯曲，双腿下垂。双膝跪于床端，臀部高起，头部稍低。适合于肛门直肠的检查及进行小手术。

5. 蹲位：病人蹲下作解大便姿势，向下用力，用于检查直肠脱垂、3期内痔和直肠息肉等。

答：这是肛管直肠冠状纵切面图，其重要解剖如下：

1. 直肠纵行肌

2. 髂骨尾骨肌

3. 耻骨尾骨肌

4. 耻骨直肠肌

} 肛提肌（随意肌）起排便和括约肛门的作用（详见10页）

5. 肛腺：常为肛管直肠周围感染的起始点。肛腺最集中肛管后部，腺体是分枝状，一般在粘膜下层约数毫米长，但有时分支可向下伸展至括约肌间隙，或穿透内括约肌，或穿过直肠纵肌和外括约肌，进入肛提肌下的坐骨肛管窝，甚至穿透肛提肌至肛提肌上间隙。

6. 外括约肌（分皮下部，浅部及深部）是随意肌（详见第8页）。

7. 肛管皮肤

8. 直肠环行肌：直肠环行肌在肛管直肠平面以下肥大、增厚而成为内括约肌。它围绕肛管上 $\frac{3}{4}$ ，其下缘离肛门缘较近，肛门手术扩肛后，很易暴露于切口中，切断暴露部分，可减少术后伤口痉挛疼痛（如肛裂切除和痔结扎切除）。

9. 柱状上皮

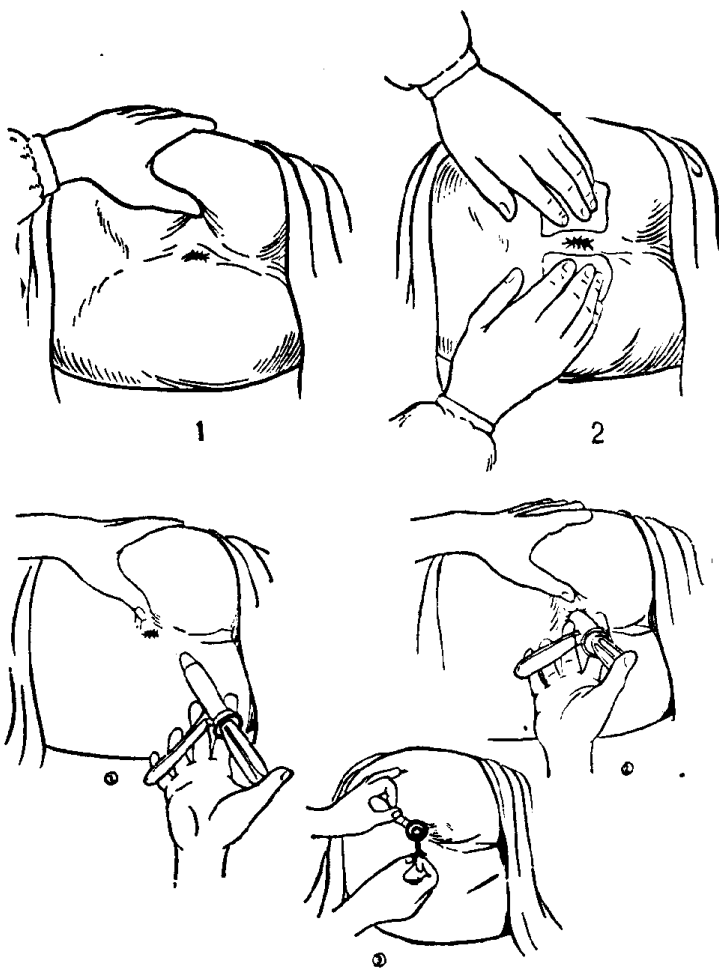
10. 粘膜间隙

11. 齿线（粘膜与皮肤交界处）（详见14页）

12. 纵肌层：是直肠纵形肌的延长部分，将内外括约肌分隔，感染可沿肌间隔蔓延，故多沿纵形肌形成瘘管（详见40页）。

13. 鳞状上皮

14. 肛周间隙



问：肛门视诊及肛门镜检查如何进行？

答：一、肛门视诊（上图1—2）：

先查看肛门口有无血、脓、粪便、粘液、肿块或瘻管口，以便断判病变性质。如肛裂、内痔可有血；肛瘻可见瘻管外口，并有脓性分泌物；血栓性外痔可见暗紫色的圆形肿块，与周围分界清楚；肛门失禁可有粪便；直肠脱垂可有粘液。然后以二手拇指或食、中、环三指按住肛门二侧，向二侧分开，观察有无病变（如痔、肛裂）；再让病人用力摒气，有时可使内痔、息肉或脱垂的直肠向外脱出。

二、肛门镜检查：

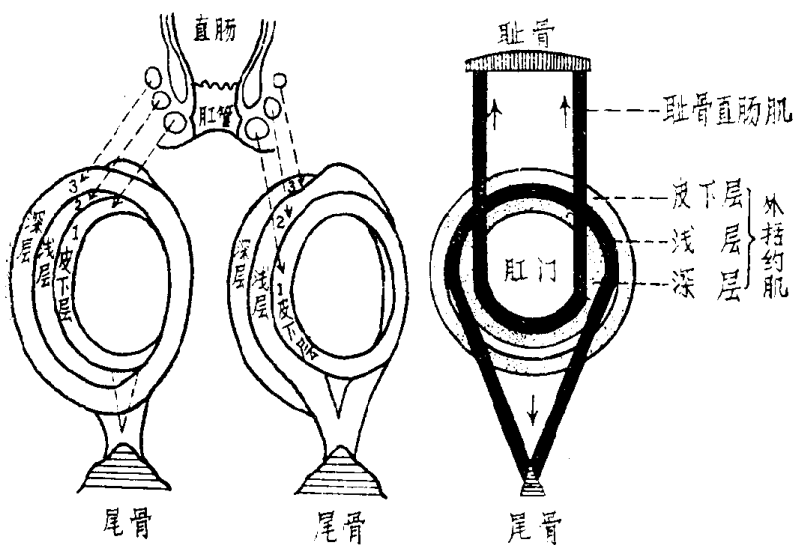
用肛门镜作检查时，应先作指诊（见第94页）了解肛门内情况，然后按下列步骤进行：（如下图1—3）

1. 右手持肛门镜并用拇指顶住蕊子，肛门镜尖端应先涂以滑润剂，然后用左手拇指将右臀抬高，显示出肛门口；

2. 朝脐方向缓慢插入肛门镜，通过肛管后改向骶凹，进入直肠壶腹；

3. 改用左手拇、食二指持肛门镜，其它手指搁在臀部皮肤上，右手将蕊子取出，取出时要注意蕊子上有无血迹。若直肠内有分泌物，可用镊子夹上棉球擦净然后再详细检查。

照入灯光，经肛门镜可见直肠瓣，查看粘膜颜色，注意有无溃疡、息肉、肿瘤及异物。再将肛门镜慢慢向外抽出，在齿线处可见到内痔、肛乳头、肛隐窝或瘻管内口等。常用的肛门镜有圆口及斜口二种，一般进行单个痔核注射或套扎时，以斜口较为方便。二叶张开式肛门镜，多用于手术，不作为检查时用（见第159页）。



问：肛门外括约肌分几部？在临床上有何重要意义？

答：肛门外括约肌被直肠纵肌纤维在不同高度穿过，使其肌分成三部，，但在临床上解剖上往往这三部肌层不易截然分开：

1. 皮下部：环形，最浅，手术切断不致引起大便失禁。
2. 浅部：椭圆形、后侧止于尾骨、形成尾骨韧带，大便干燥时局部易受伤，故肛门后正中易感染，容易患病。
3. 深部：环形，最厚、最粗，是组成肛门直肠环的重要部分。手术中若一旦切断则可导致大便失禁。

肛门外括约肌是随意肌，由第二、三、四骶神经的肛门神经及会阴神经供给，另由第五骶神经及尾丛来的神经供给。其作用平时闭合肛门，排粪时舒张、帮助排便，排粪后又立即使肛门闭合。