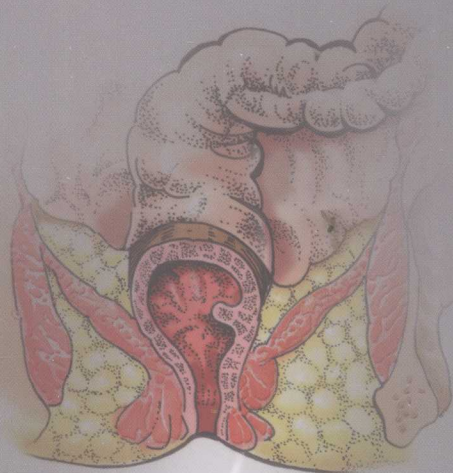


梁林江 指导

钟盛兰 编著



梁林江 痔科手术图谱



上海中医药大学出版社

梁林江
钟盛兰

指导
编著

梁林江 痔科手术图谱



上海中医药大学出版社

责任编辑 樊玉琦
技术编辑 徐国民
责任校对 刘艳群
封面设计 杨建勇
出版人 华卫国

图书在版编目(CIP)数据

梁林江痔科手术图谱 / 钟盛兰编著. — 上海: 上海中医药大学出版社, 2007. 11
ISBN 978-7-81121-050-7

I. 梁… II. 钟… III. 痔—外科手术—图谱
IV. R657. 1-64

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第166834号

梁林江痔科手术图谱

钟盛兰 编著

上海中医药大学出版社发行
(上海浦东新区蔡伦路 1200 号)
新华书店上海发行所经销
开本 889mm×1194mm 1/24
版次 2007 年 12 月第 1 版

(<http://www.tcmonline.com.cn>)
邮政编码 201203)
上海市印刷七厂印刷
印张 7.5 字数 136 千字 印数 1-2213 册
印次 2007 年 12 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-81121-050-7/R.043

定价 60.00 元

(本书如有印刷、装订问题,请寄回本社出版科或电话 021-51322545 联系)

获得荣誉

1993 年荣获国务院颁发的专家特殊津贴

1995 年荣获上海市“科技功臣”称号

2000 年被评为上海市劳动模范

2001 年荣获全国“五一”劳动奖章

担任职务

原任：中华全国肛肠学会常务理事

上海市虹口区政协常委

中国农工民主党上海市虹口区区委委员

现任：上海市第一人民医院分院中医肛肠科主任

上海市肛肠学会副主任委员

上海市中医肛肠医疗协作中心副主任

《中国肛肠病杂志》编委

上海市中西医结合学会肛肠专业委员会顾问

上海市医疗事故技术鉴定委员会专家库成员



序

肛肠病是常见病、多发病,对患者的生活质量有很大影响。中医对肛肠病的诊治渊源已久,在甲骨文及《山海经》等古文献中就有记载。通过数千年的实践与发展,逐渐形成了一套独特的理论体系,并积累了丰富的临床经验,是中医学的重要组成部分,是肛肠病治疗领域的一枝奇葩。

我与林之夏、梁林江医师在第一届全国肛肠病会议上相遇,以后在多次学术会议上交谈,在临床上互相会诊、交流,加深友谊。他们独特而有效的治疗方法给我留下了深刻的印象。梁林江主任作为学科带头人,在继承业师的学术思想和临床经验基础上,扬长避短,善于吸纳有益的他家学术观点,勇于创新。在诊治上既体现了中医特色,又吸取了现代医学理论和技术上的长处,逐渐形成了一套独具特色的中西医结合的肛肠病诊治体系,在中医肛肠界有很高的名望和地位。

今天,我很欣喜地得知《梁林江痔科手术图谱》即将出版,这是对梁林江多年临床辛勤工作的总结和肯定,也是对老一辈痔科专家经验的传承。全书详尽地介绍了梁林江在肛肠病诊治方面的临床经验和特色,阐述清晰,科学严谨,对于从事肛肠病临床工作的医务人员有积极的指导意义。该书以照片纪实的方法呈现治疗过程,是对图谱类书籍制作的一种新的尝试。在我国开展这方面工作的尚不太多见,值得赞扬。

该书的出版对推动中西医结合治疗肛肠病有着积极的作用,并将带来深远的影响。我很高兴能为本书作序,并向相关专业人士推荐本书。

喻德洪

2007年8月31日

前言

梁林江,主任医师,全国著名中医痔科专家。1940年1月出生,祖籍江苏海门,1959年起即跟随中医痔科名家林之夏老中医,在长达四十余年的行医过程中,他认真继承业师的临床经验和学术思想,并加以研究提高,最终形成了一套独具特色的中西医结合痔科手术疗法。长期的临床观察证实,这些治疗方法,不仅安全可靠,远期疗效理想,而且大大减少了术后并发症、后遗症的发生,深受同行的认可和患者的好评。

梁林江主任对各种痔科疾病均有深入的研究,无论是痔疮,还是肛瘘、肛裂等的诊治,他都积累了极为丰富的临床经验,对复杂性肛瘘及环状混合痔等疑难病症,更是研究精深、治疗独特。

在国内,他首先提出了环状混合痔分类法,即分成皮赘性环状混合痔与静曲性环状混合痔两类。对前者采取分段分离外切内扎术,后者采取分段分离外剥内扎术,既克服西医环切术的不少缺陷,又弥补中医传统疗法的不足之处。对于单纯内痔及混合痔之内痔部分,最早提出并采用高位围绕结扎法,大大减少感染及大出血并发症。对于急性发作的嵌顿痔,不论是内痔或混合痔,均主张采取积极的手术疗法,并认为痔疮嵌顿发作时手术更优于非嵌顿时手术。

他发展和完善了中医痔科的术式范围和诊疗方案,其中既有中医传统又结合了西医的精华,形成了自己独特的体系,为中医痔科的发展作出了很大的贡献。如对高位复杂性肛瘘采取低位切开、高位造口辅以挂线处理,既防止术后肛门失禁,又达到治愈深部瘘管的目的;对马蹄形肛瘘采取切开(高位配合挂线),两侧施行对口引流,既减少了术后肛门畸形的产生,又能缩短治疗时间。对有手术指征的陈旧性肛裂,施以切断外括约肌皮下部及部分内括约肌,以松解和扩大肛门,并向肛外作放射状延长创口,使之呈“V”形开放,这样的处理更有利于创面愈合并减少复发。

本书以梁林江主任在痔、瘻、裂等肛肠疾病方面的临床经验为核心,通过图谱形式展示典型病例及其主要手术操作过程,每个病例附有说明,以体现各个病例的特殊性,手术操作的技巧性,其中对手术操作过程中注意点的说明,对专科医生有较高的临床指导意义及实用价值。

本书内容科学严谨,所有病例均为本科室所诊治的患者;且所有手术都由梁林江主任亲自操作;治疗期间遇到的各种问题、不良反应,甚至还有一些悬而未决的临床论题,我们也都逐一列出,以供专科医师共同讨论、研究。故本书既可作为初级临床医生的指导用书,又可作为中高级医师的临床参考用书。

本书得以顺利出版,首先要感谢梁林江主任的悉心指导和无私奉献;还要感谢图片制作者杨建勇先生的全心投入及全力协助,感谢喻德洪教授为本书作序,感谢龙华医院放射科无私地为本书提供的影像资料,感谢科室同仁及上海中医药大学出版社为本书的编写及出版提供的大力支持。

钟盛兰

2007年8月20日

序	
前言	
第一章 肛门直肠的解剖	
肛门	2
肛管	2
直肠	5
肛管直肠周围肌肉	6
肛管直肠周围间隙	10
肛管直肠血管分布	11
肛管直肠淋巴回流	14
肛管直肠神经分布	15
第二章 痔	
病因病理	18
临床分类	21
临床表现	24
诊断	26
治疗	26
手术图谱	29
第三章 肛瘘	
病因病理	70
临床分类	71
临床表现	73
诊断	75
治疗	77
手术图谱	81
第四章 肛裂	
病因病理	116
临床分类	118
临床表现	119

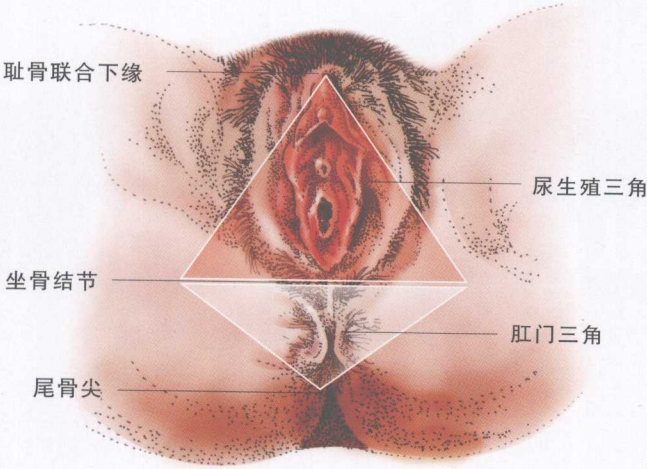
目录

诊断.....	120
治疗.....	121
手术图谱.....	123
第五章 肛周脓肿	
病因病理.....	136
临床分类.....	138
临床表现.....	139
诊断.....	139
治疗.....	140
手术图谱.....	142
第六章 肛乳头肥大	
病因病理.....	146
临床表现.....	146
诊断.....	147
治疗.....	147
手术图谱.....	148
第七章 其他肛门直肠疾病	
直肠息肉.....	152
肛周皮脂腺囊肿.....	154
肛门瘙痒症.....	155
第八章 肛肠科常用手术器械与常用药物	
常用手术器械.....	158
常用药物.....	162
后记	

第一章

肛门直肠的解剖

肛门



肛门会阴三角区

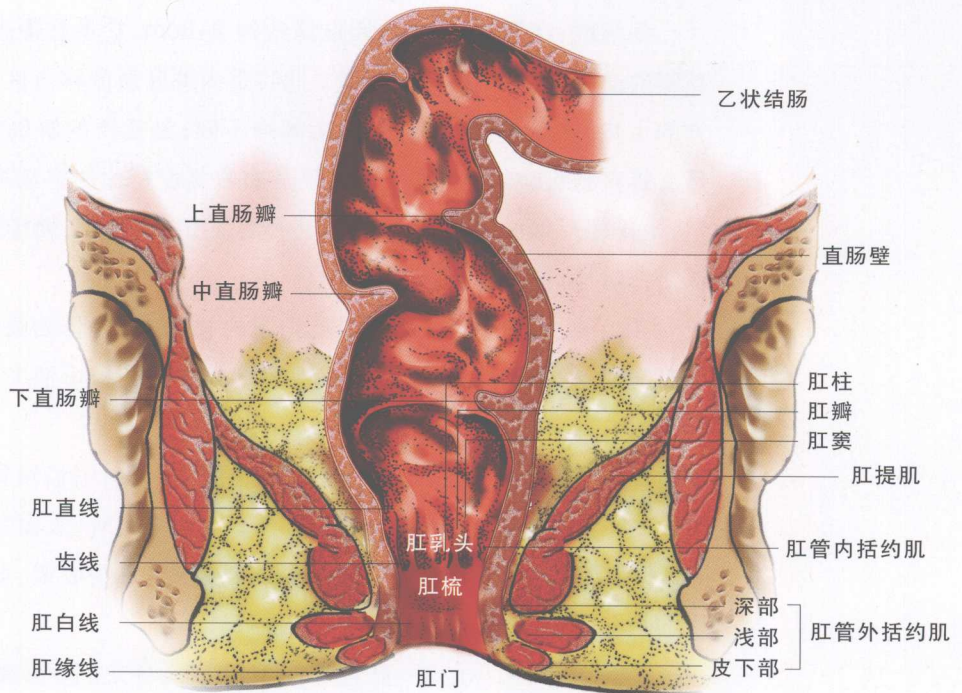
左右侧坐骨结节连线的后方与尾骨尖之间的三角形区域称为肛门三角,临床上亦称为肛周,此三角内主要含有肛门及肛门外括约肌、肛提肌和坐骨直肠窝。肛门是消化道末端的开口,周围有很多放射状皱褶,在排便时肛门扩张,皱褶消失,排便后肛门收缩皱褶重现。在混合痔病例中,肛门皱褶多消失。肛缘向后至尾骨尖之间的纵沟,称为臀沟。尿生殖三角位于两侧坐骨结节连线以前与耻骨联合之间。

肛管

肛管是消化道的末端,是直肠末端至肛门缘的一段狭窄管腔。

一、肛管的概念与分界

- 1.解剖肛管:齿线到肛门缘的部分,又称皮肤肛管或固有肛管,成人长约 2cm,无腹膜覆盖,只有部分括约肌围绕。
- 2.外科肛管:指肛门缘到肛管直肠环平面的部分,又称肌性肛管或临床肛管,成人长约 4cm,有全部的内、外括约肌围绕。
- 3.Shafik(1975)分界法:将肛管直肠分为直肠颈内口、直肠颈、解剖肛管和肛门,其中肛提肌内侧缘至齿线为直肠颈,直肠与直肠颈上



肛管与直肠

缘交接处为直肠颈内口。这种分界法既反映了解剖特点,在临床应用上也很实际,逐渐被临床医师接受。

二、肛管内腔结构

1. 肛缘线: 又称肛门口, 是胃肠道最低处。

2. 肛白线: 又称 Hilton 线, 是内括约肌下缘与外括约肌皮下部的交界处, 距肛门口上方约 1cm。指诊时在此线处可触及一环行沟, 称为括约肌间沟。

3.齿线:在肛白线上方,距肛缘线约 2~3cm,它是肛管皮肤与直肠黏膜的交界处,环行线呈锯齿状。此线是内外胚层的移行区,齿线上下方的上皮、血管、神经和淋巴的来源均不同,是重要的解剖学标志,也是肛管直肠疾病的多发处。齿线区分布着高度特化的感觉神经末梢组织,是排便反射的诱发区。近来,齿线区的生理功能逐渐受到重视,提倡治疗时尽可能地保留齿线结构。

4.肛柱:又称直肠柱,由于括约肌的收缩,使直肠黏膜形成 6~10 条纵行的条状皱襞,长约 1~2cm,在直肠扩张时此柱可消失。肛柱的黏膜下均有独立的动脉、静脉和肌肉组织。

5.肛乳头:为三角形的上皮突起,在肛柱下端,沿齿线排列,约 2~6 个。肛乳头由纤维结缔组织组成,含有毛细淋巴管,表面覆盖皮肤。

6.肛瓣:各肛柱下端之间半月形的黏膜皱襞称为肛瓣。肛瓣是比较厚的角化上皮,在大便干燥时容易受损。

7.肛隐窝:又称肛窦、直肠窦,是位于直肠柱之间由肛瓣围成的袋状小隐窝。肛隐窝开口向上,其底部有肛腺的开口,有储存黏液润滑排便的作用。隐窝若受到炎症刺激,会失去收缩功能,病菌进入肛腺管而引起肛腺炎,从而继发肛门直肠脓肿,最后导致肛瘘的形成。

8.肛腺:是位于肛窦下方相连接的外分泌腺体。多数肛腺集中在肛管后部,两侧较少,前方缺如。由于该处易积存杂质,容易引起感染,导致肛窦炎。

9.肛直线:是肛柱的上端水平线,是直肠颈与直肠壶腹部的分界线,在肛管直肠环的平面上,是肛提肌的附着处,在肛瘘手术中有重要的指导意义。

10.肛垫:位于直肠下端和肛管的由上皮、黏膜下层血管、平滑肌和

弹性纤维组成的组织垫,称为肛门血管垫,简称肛垫。肛垫呈右前、右后、左侧排列,有闭合肛管、节制排便的作用。1975年 Thomson 在他的硕士论文中首次提出“肛垫”的概念,并提出痔的形成与肛垫的病理性肥大和下移有相关性。但有学者提出 Thomson 的学说难以解释 I 期内痔的出血,另外临床上因痔切除后造成的失禁或部分失禁是极少见的。因此,肛垫的生理病理与肛门疾病的相关性还值得商榷。

直肠

直肠位于盆腔内,是结肠的末端,其上端平第三骶椎与乙状结肠相接,下端止于齿线与肛管相连。其走行沿骶椎腹面向下直达尾骨尖,最后穿骨盆底至齿线,成人总长约 12~15cm。

一、直肠的形态

1. 矢状面上的两个生理弯曲

直肠骶曲:直肠沿骶、尾骨的前面下降,形成一个向后的弯曲,该弯曲的最凸点距肛门约 7~9cm。

直肠会阴曲:直肠绕过尾骨尖,转向后下方形成的向前的弯曲,其最凸点距肛门约 3~5cm。

骶曲与会阴曲在肛管处形成一个 90° ~ 100° 的肛直角,此角度对排便起重要作用。

2. 管状面的三个侧弯:由上往下呈向右一向左一向右的三个侧弯,中间向左的侧弯是最显著的一个。

二、直肠的三个皱襞

直肠上下端较狭窄,中间膨大,形成直肠壶腹,是暂时贮存粪便的部位。直肠壶腹下段的黏膜皱襞多呈纵形,当肠腔扩张时可消失;

而上段的黏膜多呈半月状的横行皱襞,在直肠扩张时更为明显。

1.上直肠瓣:接近于直肠与乙状结肠的交界处,位于直肠左侧,距肛门约 11cm。若该瓣环绕肠腔一周生长,肠腔可出现不同程度的狭窄。

2.中直肠瓣:因其内部环肌层特别发达,被称为肛门的第三括约肌,它是三个横襞中最大、位置最恒定的一个,位于直肠右侧襞上,距肛门约 9cm,相对于腹膜返折平面,即膀胱直肠陷凹或子宫直肠陷凹水平,常作为肿瘤与腹腔位置关系的标志。

3.下直肠瓣:位于直肠左壁上,距肛门约 8cm。直肠充盈时该瓣可消失,排空时较明显,指诊时易被误诊为新生物。

三、直肠的毗邻

上前方:腹膜返折,男性有膀胱底、精囊和前列腺;女性有子宫。

上后方:骶骨,直肠和骶骨之间有直肠固有筋膜鞘,包括血管、神经和淋巴等。

上两侧:输尿管。

下前方:男性有前列腺;女性为子宫颈和阴道后壁。

下后方:直肠后间隙,尾骨和耻骨直肠肌。

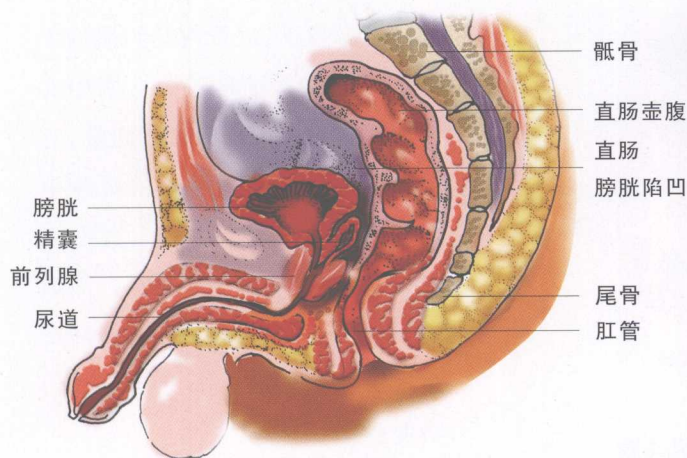
最末端:被外括约肌深层及肛提肌环绕。

直肠上 1/3 前面及两侧有腹膜覆盖;中 1/3 仅在前面有腹膜并返折;后面无腹膜覆盖。

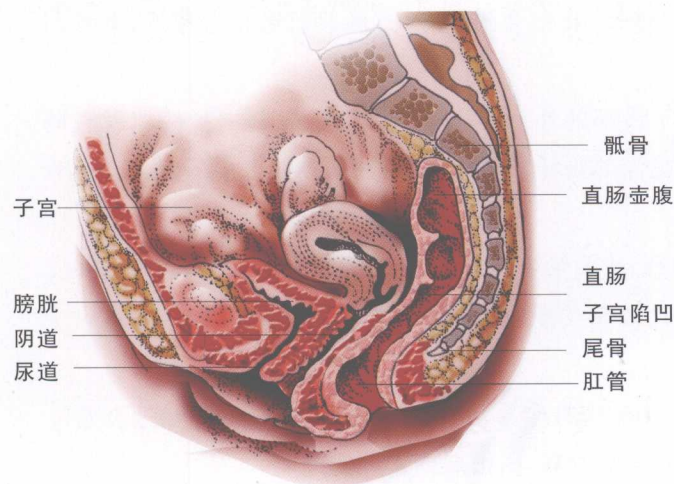
肛管直肠周围肌肉

一、肛管内括约肌

肛管内括约肌由直肠环肌层向下延伸至肛管部增厚形成,属平滑



直肠的毗邻(男性)



直肠的毗邻(女性)

肌。包绕肛管上 $2/3$ ，长约 3cm，其下缘距肛缘约 1cm，受自主神经支配，无神经节细胞。肛管内括约肌具有平滑肌特有的延展性，使肛门充分松弛。它又具有消化道环行肌易痉挛的固有特性，任何病理原因都能引起长时间的痉挛。内括约肌主要参与排便反射，通过随意性抑制作用达到肛门自制的目的。

二、肛管外括约肌

肛管外括约肌是围绕在肛管下端的环行横纹肌，被直肠纵肌和肛提肌纤维穿过分为皮下部、浅部和深部。受第 2~4 骶神经的肛门神经及会阴神经支配。其作用是在静止时呈持续性收缩，闭合肛管；在排便时肌肉松弛，使肛管扩张，协助排便或随意控制，收缩肛门终止排便。