

现代中西医诊疗丛书

中 西 医 临 床

肛肠病学

Clinical Anoproctology in
Chinese and Western Medicine

主编 李国栋 寇玉明

中国中医药出版社

现代中西医诊疗丛书

中西医临床肛肠病学

主编 李国栋 寇玉明

编委 (以姓氏笔画为序)

王世乾	王 瑛	韦俊武	方 平	李国栋
孙家欣	苏 平	吴建国	张树志	陈孟桀
陈思昶	罗 敏	赵宝明	保 勇	郝巨民
徐 靖	寇玉明	景建中	樊雅莉	郭世宏

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医临床肛肠病学/李国栋主编.-北京:中国中医药出版社,1996.9
(现代中西医诊疗丛书)
ISBN7-80089-498-3

I. 中… II. 李… III. ①直肠疾病-中西医结合疗法-临床②肛门疾病-中西医结合疗法-临床 IV. R574

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (96) 第 17574 号

内 容 提 要

本书从中医、西医、中西医结合三方面系统、全面地详细论述了结肠、直肠、肛门疾病的病因、病机、诊断、鉴别诊断,临床分类和各种治疗方法及有效单方验方,着重理论联系实践,以常见病和多发病为主,所介绍的方法简便有效。并且结合现代医学进展,图文并茂地论述了大肠、肛门局部解剖、生理和检查方法,供基层医师和专科医师临床参考。

中国中医药出版社出版

发行者:中国中医药出版社

(北京市朝阳区东兴路七号 电话:64151553 邮码:100027)

印刷者:秦皇岛市卢龙印刷厂印刷

经销者:新华书店总店北京发行所

开 本:787×1092 毫米 16 开

字 数:576 千字

印 张:22

版 次:1996 年 9 月第 1 版

印 次:1996 年 9 月第 1 次印刷

册 数:4500

书 号:ISBN7-80089-498-3/R·498

定 价:35.00 元

《现代中西医诊疗丛书》编委会

学术顾问（按姓氏笔划为序）

王永炎 李振吉 陈士奎 吴咸中 沈自尹
尚炽昌 施 杞 唐由之 翁维良

总 编：张文康

总 审：陈可冀

主 编：胡国臣 张年顺

执行主编：张明理

副 主 编：韦绪性 李佩文 洪家铁 彭 勃 韦绪怀
石效平 鹿道温

编 委（按姓氏笔划为序）

王友和 王玉来 王自敏 韦绪怀 韦绪性
石学敏 石效平 田秀英 仝选甫 吕宏生
刘玉宁 刘 峰 杜 健 李巧凤 李国栋
李佩文 张明理 张年顺 杨毓华 吴运泉
欧阳恒 武维屏 周庚生 郝瑞福 胡国臣
洪家铁 倪世美 崔乃杰 鹿道温 彭 勃
焦增绵

前言

随着社会的发展和科学技术的进步,我国医疗卫生事业取得了巨大成就。“西医、中医、中西医结合”医学为保障广大人民的身体健康做出了很大的贡献。无论是在基础研究,还是在临床诊疗方面,三者都有了很大的发展。尤其是中西医结合工作的大力发展,使其基本形成了一门较为独立的中西医结合学。中西医结合最大的优势是反映在临床诊疗方面。在临床工作中,应用中医和西医两套理论和诊疗方法,相辅相成,互为补充,取得了很好的临床疗效,并积累了大量宝贵的经验。在医疗实践中,西医努力学习和掌握系统的中医知识,中医学习和掌握系统的西医知识,对临床疗效的提高非常重要,现已成为广大医务人员的共识。但目前国内还未有一套系统的大型中西医诊疗丛书出版,广大中、西医临床医师及实习医师查阅及学习颇感不便。所以,系统总结我国当代西医、中医、中西医结合三方面诊疗经验,荟萃临床专家的诊治精华,努力反映临床各科中西医诊疗水平已成为迫在眉睫之事了。

鉴于以上原因及强烈的责任感,我们组织了我国数百位临床各科的西医、中医、中西医结合著名专家共同编写了1800余万字,20部的《现代中西医诊疗丛书》这套巨著。该书适合广大西医、中医、中西医结合专业人员参考使用,是广大基层医师的临床必读书,也是广大中、西医院校实习医师临床学习的重要参考用书。

本套丛书体例新颖,特色鲜明,突出临床,突出诊治,突出中西医并举及在临床治疗上的互参并用。从实际出发,客观介绍每一疾病的各种诊疗方法,围绕临床诊治,详略得当,重点突出。全书内容丰富,资料翔实,体现了科学性、实用性、系统性,反映了当代中西医诊疗水平。每一种书一般分总论和各论两部分,总论主要介绍本学科临床基本知识和技术,并对本学科临床诊疗中具有一般性的问题设专题进行介绍。各论主要介绍疾病的诊疗。以西医病名为纲,中西医内容分述。对每一疾病,均从西医、中医、中西医结合三方面论述其诊治。西医内容包括:〔概述〕、〔诊断要点〕、〔诊断标准〕、〔鉴别诊断〕、〔诊断提示〕〔治疗方法〕、〔治疗提示〕。中医内容包括:〔辨证纲目〕、〔辨证选方〕、〔专方验方〕、〔其它疗法〕、〔中成药〕、〔名医经验〕。中西医结合内容包括:〔治疗思路与方案〕、〔诊疗经验集要〕。

西医部分的〔诊断提示〕和〔治疗提示〕是本书重要特色之一。这部分内容重点对该病在发生、发展,以及诊治过程中有关诊断、治疗的重点、难点等诸多相关问题进行临床提示,集中反映了临床专家的诊治精华和实践经验。〔诊断标准〕重点介绍了本病目前最新统一的西医诊断标准,有重要的参考价值。

中医部分内容丰富,实用性强。既有辨证论治,又有专方验方的应用,及其他临床行之有效的方药、方法。中西医结合部分重点介绍疾病在治疗上的中西医方法协同作用,有机结合应用,既体现了当代中西医结合诊治的成果,又具有很好的学术及实用价值。

本套丛书共计 20 种，包括《中西医临床肿瘤学》、《中西医临床疼痛学》、《中西医临床骨伤科学》、《中西医临床皮肤病学》、《中西医临床儿科学》、《中西医临床妇科学》、《中西医临床外科学》、《中西医临床肛肠病学》、《中西医临床呼吸病学》、《中西医临床消化病学》、《中西医临床心血管病学》、《中西医临床肾病学》、《中西医临床血液病学》、《中西医临床神经病学》、《中西医临床急症学》、《中西医临床老年病学》、《中西医临床眼科学》、《中西医临床耳鼻喉科学》、《中西医临床精神病学》、《中西医临床性病学》。

本套丛书的编写工程浩大，各书主编及编写人员表现出了极大的责任心，付出了巨大的努力。同时又得到了许多学术界知名专家的指导及国家中医药管理局有关领导的关怀和支持，谨此致谢。

鉴于本套丛书涉及面较广，临床疾病诊疗又极具复杂性，又受编审时间和编者水平的限制，故书中不妥和疏漏之处在所难免，尚请广大读者批评指正，以便今后再版时修订和更新，使本套丛书成为广大医务人员的良师益友。

《现代中西医诊疗丛书》编委会

一九九六年三月二十八日

编写说明

肛肠疾病是一种常见多发病，严重影响人们的正常工作和生活，对人民的身体健康造成危害。为此，我们根据临床实践，参考祖国医学对肛肠病的辨证论治和国内、外对肛肠病的诊治情况，特别是近年来中西医诊治肛肠疾病所取得的经验，编成《中西医临床肛肠病学》一书。编写时力求普及，又有利于提高。以常见病和多发病为重点，从西医、中医、中西医结合三方面加以详细叙述，对某些少见病，作了简要介绍。着重理论联系实践，对防治疾病工作中确切效果的诊断和治疗方法，也加以论述，使之更好地继承与发扬肛肠专科中西医结合的研究工作，推动我国肛肠专科的不断发展。

全书共十一章，前五章是肛肠专科发展史、解剖、生理、检查法、麻醉、中医辨证施治原则、麻醉与护理，以后各章是对每个病的临床症状、诊断、鉴别诊断、分类、中西医治疗都详细论述，同时介绍近年中西医结合所取得诊治经验。

本书图文并茂，内容丰富，可作为专科医生和基层医护人员专业临床参考书籍。

由于我们的经验与知识有限，书中一定存在不少缺点和不足，诚请读者指正。

编者

1996年8月于北京

目 录

第一章 肛肠病学发展史	1
第一节 中医肛肠病学发展简史.....	1
第二节 国外肛肠病学发展简史.....	3
第二章 肛肠解剖学与生理学	6
第一节 结肠、直肠、肛门的解剖学.....	6
一、肛管	6
二、直肠	6
三、肛管直肠特异性解剖结构	7
四、肛门直肠部肌肉和韧带	9
五、肛管结缔组织	13
六、肛管直肠周围间隙	14
七、肛管、直肠的血管	15
八、肛管直肠的淋巴.....	16
九、肛管直肠的神经.....	17
十、结肠	20
第二节 肛肠的生理学	21
一、大肠的吸收与分泌	22
二、大肠的运动	25
三、排便	27
第三章 中医肛肠生理与病因病机	30
第一节 中医肛肠生理	30
第二节 中医肛肠病与脏腑经络关系	31
第三节 中医肛肠病的病因病理	32
第四章 检查方法	36
第一节 病史采集	36
第二节 一般检查	42
第三节 实验室检查	46
第四节 内窥镜检查	48
第五节 X线检查	52
第六节 病理学检查	54
第七节 其它检查	56
第五章 治疗学	57
第一节 西医治疗原则和常用方法	57
第二节 中医辨证施治	62

第三节	肛肠疾病的术前准备	71
第四节	肛肠疾病的术后处理	73
第五节	常见术后并发症原因与处理	75
第六节	麻醉	82
第七节	护理	87
第六章	肛管部疾病	94
第一节	内痔	94
第二节	外痔	106
第三节	混合痔	111
第四节	肛窦炎	113
第五节	肛裂	120
第六节	肛门直肠周围脓肿	127
第七节	肛瘘	134
第八节	肛门乳头瘤	145
第九节	肛门部癌	149
第十节	肛管狭窄	155
第七章	直肠部疾病	162
第一节	直肠脱垂	162
第二节	直肠结肠息肉	172
第三节	直肠癌	177
第四节	放射性直肠炎	186
第五节	直肠前突	192
第六节	直肠阴道瘘	198
第七节	直肠狭窄	204
第八章	结肠疾病	210
第一节	溃疡性结肠炎	210
第二节	克隆氏病	221
第三节	肠道易激综合征	228
第四节	结肠癌	235
第九章	肛门皮肤病	244
第一节	肛门湿疹	244
第二节	肛门尖锐湿疣	250
第三节	肛门瘙痒症	255
第四节	肛门癣	261
第五节	肛门周围化脓性汗腺炎	264
第六节	肛周神经性皮炎	268
第七节	肛周毛囊炎	273
第十章	肛肠科其它疾病	277
第一节	耻骨直肠肌综合征	277

第二节	盆底肌痉挛综合征·····	280
第三节	肠道菌群失调症·····	283
第十一章	肛肠专科常见症状诊治·····	289
第一节	慢性腹痛·····	289
第二节	慢性腹泻·····	295
第三节	便秘·····	301
第四节	便血·····	306
附录一	临床检验正常值·····	312
附录二	常用中药方剂索引·····	326
1	内服方剂·····	326
2	外用方剂·····	338

第一章 肛肠病学发展史

第一节 中医肛肠病学发展简史

祖国医学对痔瘕专科的发展有很大贡献。国外学者在讨论痔瘕学发展史时，常常引用我国古代的大量文献，公认在古代、中世纪及现代中国对痔瘕专科的发展做出了重要贡献。

春秋战国（公元前 770 年～公元前 221 年）时期，我国医学家就提出“痔”“瘕”的病名，后为世界医学所采用，沿用至今。痔、瘕病名的提出，首见于《山海经》。《山海经》南山经有：“南流注于海，其中有虎蛟，其状鱼身而蛇尾，其音如鸳鸯，食者不肿，可以已痔”。同书中山经有：“仓文赤尾，食者不痛，可以为瘕。”

《庄子·列御寇》有：“秦王有病召医，破痈溃痤者，得车一乘，舐痔者，得车五乘。”《韩非子》有：“内无痤疽痒痔之害。”《淮南子》有：“鸡头已瘕。”从这些记载可见，战国时期对一些常见肛门直肠病已有相当认识。1973 年长沙马王堆汉墓出土的《五十二病方》（估计抄成不晚于秦汉）载有“牡痔”“牝痔”“脉痔”“血痔”“胸痒”（肛门痒）、“巢者”（肛门瘻管）、“人州出”（脱肛）等多种肛肠病及其治法。如治“牡痔……系以小绳，剖以刀”的结扎切除法。治痔瘕“巢塞直者，杀狗，取其腠，以穿签，入直（直肠）中，炊（吹）之，引出，徐以刀去其巢”的牵引切除法。治“牡痔之有数窍，蛲白徒道出者方：先道（导）以滑夏铤（探针）令血出……坐以熏下窍”的肛门探查术及熏治法。治“牡痔……与地胆虫相半，和以傅之。燔小隋（楠）石，淬醢中，以熨”的敷布法和热熨法。都是世界上最早记载的肛肠病手术疗法及保守疗法。

《内经》对肛肠解剖、生理、病理等有详细论述。如《灵枢·肠胃篇》记述了回肠（结肠），广肠（直肠）的长度、大小、走行。《素问·灵兰秘典论》记述了：“大肠者，传道之官，变化出焉。”《素问·五脏别论》有：“魄门（肛门）亦为五脏使，水谷不得久藏。”对大肠肛门主要功能已有正确认识。《素问·生气通天论》有：“筋脉横解，肠澼为痔。”首先提出痔是血管弛缓，血液瘀滞淤积的见解。《灵枢·水胀篇》有：“寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得荣，因有所系，癖而内著，恶气乃起，息肉乃生。”最早提出了肠道息肉的病名。《灵枢·刺节真邪篇》有：“寒与热相搏，久留而内著……有所结，气归之，不得反，津液久留，合而为肠溜，久者数岁乃成，以手按之柔。已有所结。气归之，津液留之。邪气中之，凝结日以易甚，连以聚居，为昔瘤，以手按之坚。”最早描述了肠道肿瘤。《内经》还对便血、泄泻、肠澼、肠覃等肛肠疾病作了论述。《五十二病方》已有“蛲白”之名。《灵枢·厥病篇》又说：“肠中有虫瘕及蛟瘕。”蛟音回，与蛲、蛔音义同。《说文解字》曰：“腹中长虫也。”这是对肠道寄生虫的最早描述。

《难经》首载了肛门的解剖：“肛门重十二两，十八寸，径二寸大半，长八尺八寸。”

《神农本草经》首载了脱肛病名。

东汉·张仲景在《伤寒论》中首创了肛门栓剂和灌肠术。他发明的蜜煎导方，以食蜜炼

后捻作挺，令头锐，大如指，长二寸许，冷后变硬，内谷道（肛门）中，即是治疗便秘良好的肛门栓剂。他又用土瓜根及大猪胆汁灌谷道中以通便，发明了灌肠术。由晋·葛洪（261～341年）《肘后备急方》“治大便不通，土瓜根捣汁。筒吹入肛门中，取通”的记载来看，当时已有了灌肠器——“筒”。《伤寒杂病论》中还对下利，便脓血，便秘（脾约），便血，肠痈，蛔厥，痔等大肠肛门病，确立了辨证论治，立方用药的原则。

晋·皇甫谧（215～282年）《针灸甲乙经》记述了针灸治疗脱肛，痔等肛肠病的方法。首载了“凡痔与阴相通者，死”，这是对肛肠病合并阴道、尿道病的最早论述。

隋·巢元方《诸病源候论》（610年）详列痢候四十种，对肠道病进行了较全面记述，对一些肛肠疾病认识也比较深入。如脱肛候有：“脱肛者，肛门脱出也。多因久痢后大肠虚冷所为。”谷道生疮候有：“谷道，肛门大肠之候也。大肠虚热，其气热结肛门，故令生疮。”谷道痒候有：“谷道痒者，由胃弱肠虚则蛲虫下浸谷道，重者食于肛门，轻者但痒也。蛲虫状极细微，形如今之蜗虫状也。”痔病诸候中，指出了五痔是牡痔、牝痔、脉痔、肠痔、血痔。另文提出了气痔、酒痔，认为“痔久不瘥，变为痿也。”“脓痿候，是诸疮久不瘥成痿。”后世“痔痿”病名，即始于此。在防治肛肠病方面，最早记载了导引之术：“一足踏地，一足屈膝，两手抱膝鼻下，急挽向身极势，左右换易四七，去痔五劳三里气不下。”

唐·孙思邈（581～682年）《千金要方》《千金翼方》首载了用鲤鱼肠、刺猬皮等治痔的脏器疗法。以鼻、面、舌、口唇出现的粟疮、斑点诊断肠道疾病及寄生虫的经验。王焘·《外台秘要》引许仁则论痔：“此病有内痔，有外痔，内但便时即有血，外无异，”已科学地将痔分为内外两种论治。该书引《古今录验》疗关格大小便不通方：“以水三升，煮盐三合使沸，适寒温，以竹筒灌下部，立通也。”首创了利用竹筒作为灌肠器的盐水灌肠术。

宋、元、明三代，我国肛肠专业有了很大发展。首先是宋《太平圣惠方》（982～992年）创造了将砒溶于黄蜡中，捻为条子，纳痔痿疮窍中的枯痔钉疗法，并发展了痔的结扎术，载有：“用蜘蛛丝，缠系痔鼠乳头，不觉自落”的治疗方法。南宋《魏氏家藏方》（1220年）进一步详载了使用枯痔散的具体方法和过程。从明《普济方》（1406年）记载的宋朝痔科专家临安曹五为宋高宗用取痔千金方治愈痔疾，而官至观察使的故事来看，宋代已出现治痔痿的专家和专科。在诊断和分类方面，宋代也有较前深入的认识，如《太平圣惠方》将痔与痔痿分列两章论述，指出：“夫痔痿者，由诸痔毒气，结聚肛边，有疮或作鼠乳，或生结核，穿穴之后，疮口不合，时有脓血，肠头肿痛，经久不差，故名痔痿也。”对肛门瘻管的形成及主症已论述较详。南宋《疮疡经验全书》（1281年）在五痔基础上进一步将痔分为二十五种，虽似过于复繁，但反映了作者对肛门病研究的细致和深入。如提出的“子母痔”等，正确反映了痔核之间的关系，为后世所沿用。

明·徐春甫《古今医统大全》（1556年）引《永类铃方》肛痿挂线术，为肛痿的治疗开创了新路。他说：“予患此疾17年，遍览群书，悉遵古治，治疗无功，几中砒毒，寝食忧惧。后遇江右李春山，只用芫根煮线，挂破大肠，七十余日，方获全功。病间熟思，天启斯理。后用治数人，不拘数疮，上用草探一孔，引线系肠外，坠铅锤悬，取速效。药线日下，肠肌随长，僻处既补，水逐线流，未穿疮孔，鹅管内消。”高位复杂性肛痿手术后可引起肛门失禁等后遗症问题，现代医学至今尚无满意疗法解决。而挂线之法却无此弊，这一疗法充分反映了我国医家的聪明才智。

明·陈实功《外科正宗》（1617年）较全面总结了前代的外科成就，对肛肠病以痔疮，脏

毒立篇论述,提出了一套内外兼治,辨证施治的较完整方法,其方药至今仍为临床习用,对后世影响较大。书中发展了枯痔疗法,挂线疗法,提出了许多新的内服外用方药,还专对结核性肛瘘,肛门病兼杨梅下疳,砒中毒的防治等作了论述。如说:“又有虚劳久嗽,痰火结肿肛内如粟者,破必成漏,沥尽气血必亡。”这是对全身结核病并发肛瘘的具体描述。

明·薛己《薛氏医案》(1528年)提出肛肠病的发生与局部气血运行不足有关。他说:“臀,膀胱经部分也,居小腹之后,此阴中之阴。其道远,其位僻,虽太阳多血,气运难及,血亦罕到,中年后尤虚此患(指脏毒、痔、瘰)。”这种见解与近代学者依据动物无痔病和通过解剖学观察,认为痔是人类直立后,局部进化未跟上,易产生静脉回流受阻,血流运行阻滞,而致生痔的观点似有相同之处。

清代在学术方面虽乏创新,但在整理文献,深入观察方面仍做了不少工作。其中以祁坤的《外科大成》(1665年)较有贡献,如说:“锁肛痔,肛门内外如竹节锁紧,形如海蜃,里急后重,便粪细而带扁,时时流臭水,此无治法。”可以认为是对肛门直肠癌的生动描述。又有:“钩肠痔,肛门内外有痔。折缝破烂,便如羊粪,粪后出血秽臭大痛。”可以认为是对肛门裂的具体描述。清《古今图书集成·医部全录》(1723年)系统整理了历代文献,其所集治痔方法就有内治、外治、枯痔、结扎、熏洗、熨贴、针灸、导引等十余种。所载内服方就有242首,单验方317首,计559首。为研究工作提供了方便。值得提出的是,高文晋的《外科图说》(1834年),绘有我国自己创造设计的多种手术器械,其中肛肠科器械有:弯刀、钩刀、柳叶刀、笔刀、尖头剪、小烙铁、探肛筒、过肛针等,这些器械设计独特,精巧实用,至今仍被沿用。

赵谦的《医门补要》(1883年)对肛瘘挂线,异物入肛、先天性无肛门症的手术方法有进一步的改良和发展,反映出我国肛肠外科在清代有新的进展。

从这些史料中可以看出,我国古代和中世纪对肛肠学科的发展有独特贡献,曾居于世界领先地位。唐宋时期,这些方法就传到了东南亚国家及波斯等国,痔、瘰等我国提出的病名,被世界医学所采用。枯痔疗法,肛瘘挂线疗法等我国独创的治疗方法,解决了肛肠疾病治疗中的一些难题,对世界肛肠学科的发展作出了很大贡献。今天,只要我们很好地继承这些宝贵遗产,并通过我们的实践加以提高,就完全有可能对世界肛肠学科发展做出新的贡献。

(李国栋 徐靖)

第二节 国外肛肠病学发展简史

(一) 古代史

公元前2500年的埃及壁画中反映出当时的宫殿内已设有腹部内科医和肛门保护医,被后世尊为肛门专科医的始祖。公元前2550年巴比伦的哈木拉比(Cool eol, Ham mur abi)法典即有文规定:“如果医生治愈肠病,病人当酬之以五银币。”公元前1700年的古埃及文献中也有治疗肛门疾病的记载和治疗方法的说明。但对其记载最详,影响较大的是希腊的医圣希波克拉底(Hip pocrates)(公元前460~前375年)。他最先提出以出血为依据的痔的病名(Haemorrhoiden义为血球),写有一篇关于痔的论文,详尽地谈到了痔的灼灸,切除等疗法,并载有痔、瘰的结扎法和肛门指诊法。他认为痔可以防止胸膜炎,疖子,丘疹等疾病,并与肝脏病有关。他的这种病因观,被后世称痔的“安全阀”学说,影响颇大。人们曾普遍怀疑这是一

篇伪作，但是他在文章中提到的扩肛器等在古庞贝城中被发掘出来了。

古罗马的医学虽不如古希腊发达，但对肛肠病也有记载，凯尔苏斯（Celsus）（公元前 25～公元 14 年）在他编辑的《医学》一书中，简略的论述了肛瘘切除术，并提到了结扎法和结扎切除法。对痔手术主张切除时结扎上方直肠粘膜，不要过多伤害肛门组织，先切除位置较低的痔疮，以免流血影响手术进行，这在医学文献上是第一次提及。

（二）中世纪

古罗马的盖伦（Galen）（公元 131～201）年通过对动物直肠的研究提出了直肠（Reetum）命名。希腊语 Reetum 除有伸直之义外，还有指导者，第一人者的意义，反映出直肠肛门病帝王易患，从而受到重视的事实。他还依据痔的大小，数目，形态，位置和性质，将痔分为五类，主张药物治疗和必要的手术治疗。

罗马帝国崩溃之后，拜占庭帝国的御医伊提厄斯（527～565 年）是个著名妇产科医生，但是，他对痔疮和痔手术的论述都是古代医学文献中最突出的，他认为：“痔是由血液下流引起的，很象动脉瘤，从而造成了许多痛苦，甚至导致死亡。”并提出彻底的切除术是最好的，也是最彻底的治法。他的手术方法是首先让病人节制饮食，大量饮水，然后用镊子把痔疮拉出体外，进行消毒后结扎并切除。拜占庭的另一位医生保尔（620～690 年）也主张对痔疮进行结扎。他的办法是首先消除患者肠胃，同时刺激肛门使其突出，然后再进行结扎。

1918 年在罗马庞培城考古发掘中，从一个医生房子中，发掘出一窥器，很类似现代的直肠内窥器，根据考古鉴定，是公元 79 年制成，被认为是世界上最早的肛门镜。

对于痔的治疗，印度的梵文中也有进行手术的记载，并强调手术前后应注意消毒，方法是用碱水和灼灸的办法。阿拉伯的医生们一般都是按照加伦的办法进行手术的。此外，印度的经卷中有《疗痔病经》（750～774 年），主张用经文治疗。日本，朝鲜，越南等国则早在唐代就学习我国的中医疗法。朝鲜《东医宝鉴》（1596 年）并系统介绍了我国的内治外用药物。1610 年朝鲜御医李馨益在继承我国针灸术基础上，通过火针疗痔取得了良好效果。

中世纪发达起来的欧洲，虽出有许多著名的医生，但对肛肠并没有提出什么新方法。也可能是他们对自己技术保密的缘故。后来，外科手术成了理发师的副业几乎有三个半世纪之久，手术水平之低就可想而知了。1422 年英皇亨利死于肛瘘，说明当时对此病尚无佳策。但这其间也有颇有贡献者，英国医生阿登（Ardezne）曾著有痔，肛瘘论文，采用烧灼治痔，沿导向探针切开肛瘘。法国医生菲利克斯曾用特制的手术刀为法皇路易十四治愈了肛瘘，获得巨额报酬。

（三）近代

十八世纪后，随着科学技术的巨大发展和人体解剖学与外科学的发展，肛肠学科也得到了较快发展。

Stahl（1729 年）通过解剖学观察提出了门静脉回流受阻而导致痔静脉曲张生痔的学说。Wirmslor（1733 年）提出了肛门小窝的命名。1749 年 Morgagni 依据动物无痔病，提出了痔是人类直立后发生的特有疾病的病因学说，这才动摇了古希腊希波克拉底提出的痔是人体生理器官的“安全阀”学说，使人们从近二千年的陈旧观念中解脱出来。1774 年现外科的创始人之一的 Petit，改进了痔切除术，接着 Coopez 在他的《应用外科辞典》中支持 Retit 的观点，进一步否定了痔出血有任何好处的传统观念。

1818 年 Boyen 提出肛裂的侧方切断括约肌手术方法。但大肠肛门学科的确立应归功于英

国医生 Salmon, 1835 年他在伦敦创建了《肛门直肠病的圣·马克医院》, 改进了痔的结扎术, 之后该院名医辈出, 对肛肠解剖、生理、病理、治疗作了大量研究工作, 几乎现行的一些手术都与该院的研究有关, 成了世界肛肠学科研究的一个中心。Cuersant (1847 年) 报告了青年性直肠息肉病。Cripps (1882 年) 报告了家族性息肉病。Wiks 与 Moxon (1875 年) 首先从细菌性疾病中分离出了溃疡性大肠炎。1878 年 Chiari 提出了肛门小管及肛门腺的命名。1888 年 Syminton 提出了肛管的命名。1895 年 Kelly 制成 35cm 的以额镜反射观察的乙状结肠镜。1882 年 Whitehead 首创痔环状切除术。1914 年 Quervain 与 Case 首先报告了大肠憩室症。1932 年 Crohn 报告了克隆氏病。

1934 年英国 Milligan 与 Morgan 发表了《肛管外科解剖学》密切结合临床, 填补了肛管应用解剖学的一些空白, 把肛肠外科推向了一个新阶段。1889 年美国首先成立了大肠肛门学会。接着日本 (1940 年) 成立。1948 年在美国成立的“国际大肠肛门病学会”和出刊的《美国结肠肛门病学会杂志》是第一个国际的肛肠学会和刊物。接着一些欧洲国家 (1961 年) 在罗马, 一些美洲国家在墨西哥 (1962 年), 一些亚州国家在孟买 (1973 年), 拉丁美洲国家在阿尔及利亚 (1973 年) 又相继成立了国际性的学会, 各自出版刊物, 定期召开学会, 使肛肠专业得到了很大发展。

20 世纪 50 年代以后, 随着科学技术的飞速发展, 肛肠疾病的诊治有了长足进步。1966 年日本松永藤雄研制成功光导纤维结肠镜, 极大提高了结肠疾患的诊断水平, 并且使许多患者免除开腹手术的痛苦。腔内 B 超的应用, 为深入了解直、结肠肿瘤与周围组织的关系提供可靠方法, 同时亦促进治疗水平的提高。CT 技术、消化道电位测试和全消化道压力测试技术的开展为全面研究肛肠疾病发生和转化创造有利条件。目前, 国外肛肠专科研究重点是结肠炎症性疾病, 直、结肠癌、排便困难等。1977 年日本大肠癌研究会制定了“临床、病理大肠癌处理规约,” 对淋巴结的分布、分组、分站及编号作了一系列规定, 这一规定对其它国家包括我国大肠癌治疗的规范化、合理化产生了较大影响。世界卫生组织还制定了溃疡性结肠炎诊断标准, 为研究该病提供有利条件。此外, 各国学者对肛门、直肠、结肠生理、解剖、病理研究亦取得许多进展, 为预防、诊断、治疗肛肠疾病和研究其发生发展规律做出新贡献。

(李国栋 徐靖)

第二章 肛肠解剖学与生理学

第一节 结肠、直肠、肛门的解剖学

肛肠解剖学研究的范围从肛门到盲肠，有肛管、直肠、乙状结肠、降结肠、横结肠、升结肠、盲肠组成，全长约1.5m，约占整个胃肠道全长的五分之一。因为肛肠的各器官与腹腔、盆腔、腹膜后间隙的每个器官几乎都相接触，所以研究肛肠解剖学，对肛肠疾病的发生和发展及周围组织的关系有着重要意义。对每个肛肠科医师诊治肛肠病，尤其是手术治疗十分重要。

祖国医学历史悠久，源远流长。数千年来，对肛肠疾病积累了丰富而宝贵的诊疗经验，逐渐形成了具有独特理论的专门学科。我国古典医著《黄帝内经》对大肠肛门的解剖已有详细描述。《灵枢·肠胃篇》记载了回肠（大肠）、广肠（直肠）的长度、大小和走向。如《灵枢·肠胃篇》中说：“广肠传脊，以受回肠，左环叶脊，上下辟，大八寸，径二寸寸之大半，长二尺八寸。”《灵枢·平人绝谷篇》中也说：“广肠大八寸，径二寸寸之大半，长二尺八寸，受谷九升三合八分合之一。”《难经》说：“大肠重二斤十二两，长二丈一尺，广四寸，径一寸，当脐右回叠积十六曲，盛谷一斗，水七升半。”又说：“大肠二斤十二两。回肠者，以其回叠也。广肠即回肠之更大者，直肠又广肠之末节也。下连肛门，是为谷道后阴，一名魄门。总皆大肠也。”

一、肛管

肛管是消化道的末端，在直肠之下，其外口为肛门。肛管被内、外括约肌和提肛肌所环绕，是连接直肠和肛门的肌性通道。平时管腔紧闭成前后纵裂，粪便通过时，被扩张成管状，管径可达3~4cm。因肛管向下向后与直肠成90°至100°的角度（称直肠角或肛直角），故后壁比前壁稍长。肛管皮肤特殊，上部是移行上皮，下部是鳞状上皮，表面光滑色白，没有汗腺、皮脂腺和毛囊。

肛管有解剖学肛管和外科学肛管之分。解剖学肛管指齿状线至肛缘的部分，成人平均长2.5公分。外科学肛管指肛缘到肛管直肠环平面的部分，成人平均长4公分，Shafik则将外科肛管的上缘至齿线的肠端称为直肠颈，将解剖肛管称为固有肛管。此分界法具有较大的临床意义。外科学肛管有4个界限：（1）肛门缘，平常也叫肛门口，是消化道最低的界限。（2）括约肌间沟，即肛白线，在肛门缘与齿线之间，距肛缘约1cm，正对内、外括约肌连接处。如将食指伸入肛管，可摸到肛门内括约肌和肛门外括约肌皮下部之间有一下陷的沟，即括约肌间沟。（3）齿线，在肛白线上方皮肤粘膜交界处，距肛缘约2.5cm有一环锯齿状的线叫齿线。齿线和肛白线之间表面光滑，光泽发亮，叫肛门梳。（4）肛管直肠线，在齿线上方约1.5cm。肛门指诊时所触及坚硬的肌肉环，上缘即是肛直线的位置。

肛管对肛门功能有重要作用，并容易发生一些疾病，因此肛管在肛肠病学上十分重要。

二、直肠

直肠是大肠的末端,上端平第3骶骨上缘平面,与乙状结肠相连,向下沿骶尾骨屈曲,穿过盆底终于齿线,与肛管连接,长12~15cm。直肠与乙状结肠连接处最窄,向下扩大成直肠壶腹,是大肠最阔部分,下端又变狭窄,形成两头狭小,中间宽阔。

直肠上三分之一的前面及其两侧有腹膜遮盖,中三分之一仅在前面有腹膜,然后在此反折成直肠膀胱陷窝或直肠子宫陷窝。腹膜反折与肛门之距离约7.5cm,在女性则较低。直肠后面无腹膜遮盖。

直肠壁肌层由上到下逐渐增厚,接近肛管时尤为显著。直肠壁分为4层,最内一层称为粘膜层,是肠腔壁。其深面为粘膜下层,直肠壁最外一层称为浆膜层,粘膜下层和浆膜层之间为直肠肌层。直肠的肌肉层是直肠壁的最厚部分,分为环肌和纵肌两层,环肌在内,纵肌在外。纵肌在直肠前后比在两侧稍厚,上连乙状结肠纵肌,下与提肛肌和内、外括约肌相连。环肌肌纤维在直肠上部较少,下部较发达,到肛管形成肛门内括约肌。

直肠前面在男性与前列腺、精囊、输精管及膀胱毗邻,在女性与阴道、子宫颈及子宫毗邻,其间借直肠膀胱筋膜相隔,由于此筋膜较厚,有防止恶性肿瘤早期蔓延作用。直肠后面有骶骨、尾骨、肛提肌、骶前静脉丛和骶前神经丛,两侧有坐骨、髂内动脉、坐骨神经及输尿管。

三、肛管直肠特异性解剖结构

1. 直肠瓣:乙状结肠移行至直肠逐渐失去结肠的特征,继后直肠腔显著扩大部分称为直肠壶腹。在壶腹内大多有3条螺旋形半月状的粘膜皱壁,称直肠瓣。直肠瓣由粘膜、环肌和纵肌共同构成,向腔内突入。最上的直肠瓣位于直肠、乙状结肠交界部,距肛门约11.1cm,位于直肠的左壁或右壁上,偶尔该瓣可环绕肠腔1周。中间一条是3个瓣中最大的一条,其位置较固定,距肛门8.5~9.6cm,相当于腹膜反折平面。该瓣内部环肌较发达,位于直肠壶腹稍上方的前后侧壁,最下一个瓣位于中瓣的稍下方,位置最不稳定,一般位于直肠的左侧壁,距肛缘约6.2cm。当直肠充盈时,该瓣常可消失,而排空时较显著。直肠检查时,可触及此瓣,易误认为新生物。直肠瓣有使粪块回旋下行使粪便压力均等和使粪块得到支持的作用。

2. 直肠柱:也叫肛柱,为直肠壶腹内面垂直的粘膜皱壁,有6~10条,长1~2cm,宽0.3~0.6cm,儿童比较明显。直肠柱是肛门括约肌收缩的结果,当直肠扩张时此柱可消失。各柱的粘膜均有独立的动、静脉和肌组织。直肠柱越向下越显著,尤其是左壁,右后,右前壁最明显,柱内静脉曲张时,常在以上三处发生原发性内痔,亦称母痔区。

3. 肛瓣:各直肠柱下端之间借半月形的粘膜皱壁相连,这些半月形的粘膜皱壁称肛瓣。有6~12个。肛瓣是比较厚的角化上皮,当大便干燥时,肛瓣可受粪便硬块的损伤而撕裂。

4. 肛窦:直肠柱与肛瓣围成的小隐窝称肛窦,又称肛隐窝。为6~12个,此窦开口向上,窦底有肛门腺的开口,深度一般0.3~0.5cm,窦内储存有粘液,有润滑排便作用。由于该处常存有粪屑杂质,容易发生感染,引起隐窝炎。隐窝炎是继发肛周疾患的祸根。据统计,45%的人此窦较深大,17%的人小而浅,7%的人无此窦。肛隐窝随着年龄的增长逐渐闭锁和消失。

5. 肛乳头:肛门瓣下方的三角形黄白色乳头突起叫肛乳头。呈圆锥体或三角形,是胚胎的残余,3~8个,平常很小,如有肛窦炎、肛痿、肛裂、痔、便秘和肛门瘙痒症时,可引起乳头增生性变大,脱出肛门外,形成乳头炎或乳头肥大,有的可呈乳头瘤状(图2-1)。