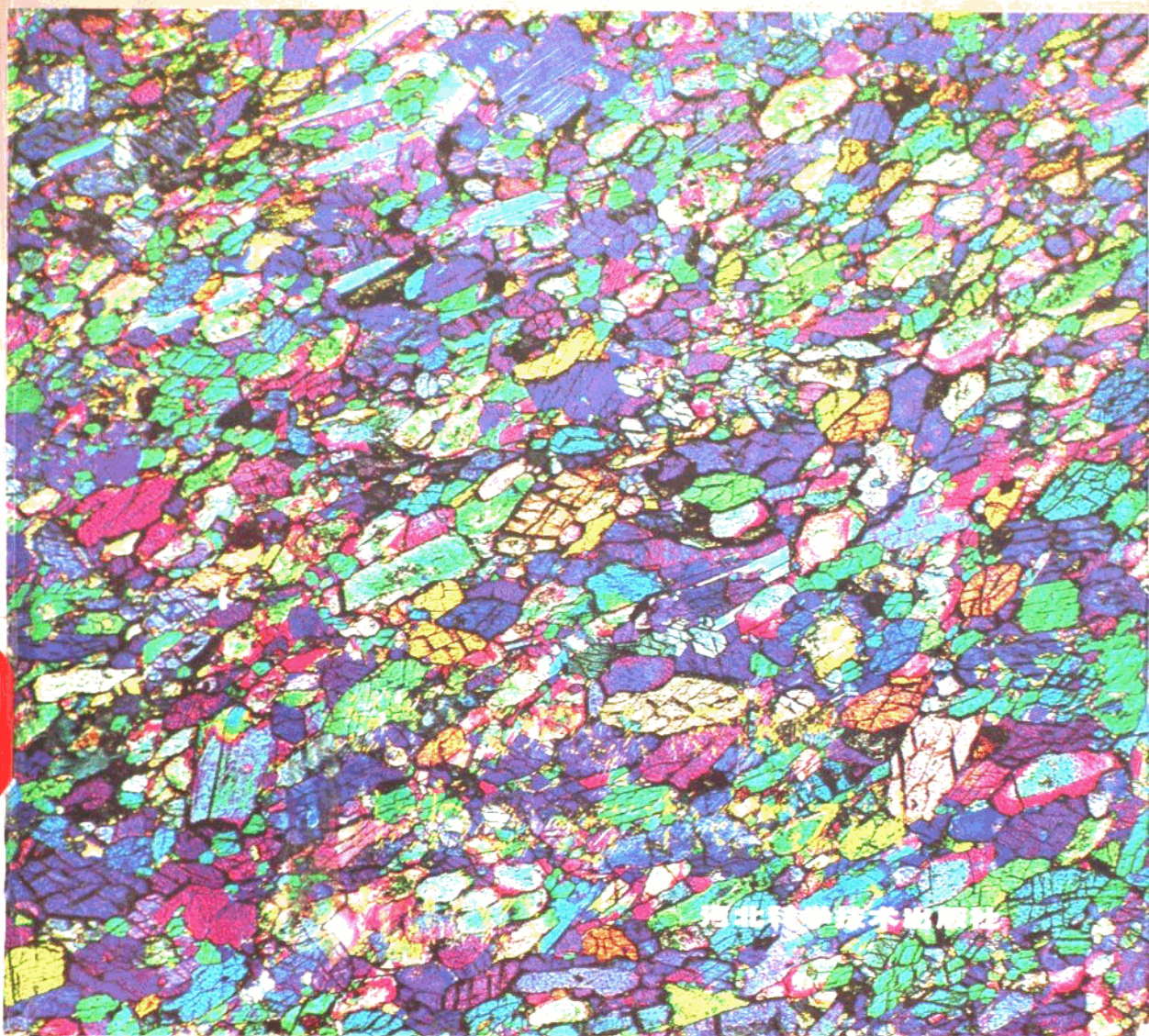


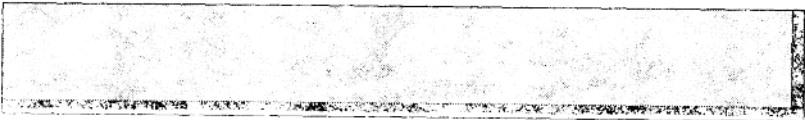
主编 陈 智

大肠肛管外科学

SURGERY OF THE ANUS
RECTUM AND COLON



湖北科学技术出版社



序

近 20 年来，随着医疗卫生事业的发展，外科形成了几大分支，大肠肛肠外科就是其中之一。随着临床治疗及科研水平的不断提高，使我们对大肠肛肠外科有了划时代的认识。大肠肛门从胚胎发生直到发育成熟及生后所经历的变化，都不同于机体的其他器官，大肠肛门部的疾病也有其特殊性。作为肛肠科专业医师，特别是青年医师，急需一本系统、新颖、适用的专业参考书。

由陈智等长期从事大肠肛肠外科工作的专家教授共同编写《大肠肛肠外科学》一书，系统阐述了大肠肛门的发生、发育、解剖及正常生理功能等基础理论，并对常见病及疑难病的病因、发病过程及诊治技术做了详细的阐述，对目前与大肠肛肠外科临床密切相关、具有实用价值的现代诊疗技术也做了详细的论述。为广大肛肠外科医师学习和掌握本专业的知识提供了方便。相信本书一定会受到广大读者的欢迎。

历史将很快跨入 21 世纪，科学发展向我们昭示：在世纪之交

的关键时刻,将孕育着科学的突破。我期待着大肠肛管外科学能有更大的发展,更期待能有更多反映我国大肠肛门外科学的新成就的专著问世。

喻德洪

1997年10月11日

于上海

前

言

随着我国卫生事业的蓬勃发展，临床学科越分越细。广大临床医务人员在专业方面迫切需要更专门化、更系统的参考书，以促进医学专业水平的提高。

大肠肛门疾病是人类的常见病，特别是肛肠肿瘤对人类的健康已构成相当严重的威胁。近年来，国内外学者在大肠肛门疾病外科学各个方面积累了不少经验和知识，有必要加以重点整理和介绍。鉴于此，我们根据多年从事医疗、教学和科研的实际经验，参考国内外大量最新文献资料和先进成果，组织编写了这本《大肠肛管外科学》。

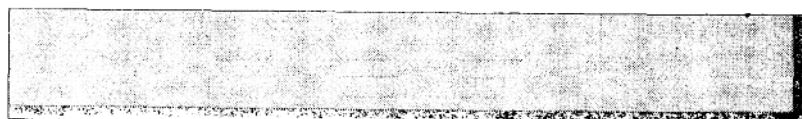
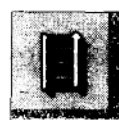
本书按照大肠肛管外科疾病进行系统分类，共 30 章，包括大肠肛管的组织胚胎、解剖、生理、临床症状及各种检查方法等，详细叙述了大肠肛管的各種外科疾病的临床表现、诊断和治疗，并重点介绍了大肠肛管疾病的各种手术及有关问题。编写过程中本着新、全、实用的原则，特别对大肠癌的现代诊断技术、治疗方

法等,尽可能做比较详细的讨论。对目前与大肠肛管外科临床密切相关且具有实用价值的现代诊疗措施,如手术前后水、电解质与酸碱平衡的维护,围手术期营养与代谢支持,特殊情况下大肠肛管疾病围手术期处理,抗生素和抗肿瘤药物的临床应用等,则做了重点介绍。书中附有技术插图 312 幅。本书适合医学院校教学、科研和广大基层医院临床需要,供普外、肛肠、消化科医生和医学生参考。

由于水平所限,缺点错误在所难免,敬请同道指正。

陈 智

1996 年 10 月



第一章 大肠肛管外科发展简史	(1)
第一节 国外发展简史.....	(1)
第二节 国内发展简史.....	(4)
第二章 解剖与生理	(7)
第一节 大肠肛管胚胎学.....	(7)
第二节 大肠肛管的解剖.....	(10)
第三节 大肠肛管组织学.....	(39)
第四节 大肠肛管的生理机能.....	(44)
第三章 症状与体征	(52)
第一节 便血.....	(52)
第二节 腹泻.....	(57)
第三节 便秘.....	(64)
第四节 腹胀.....	(69)
第五节 腹痛.....	(73)
第六节 肛门直肠周围疼痛.....	(77)

第七节 肛门瘙痒·····	(80)
第八节 肛门直肠狭窄·····	(82)
第九节 肛门失禁·····	(85)
第十节 肛门内包块脱出·····	(86)
第四章 物理检查与诊断 ·····	(89)
第一节 病史采集·····	(89)
第二节 一般检查·····	(91)
第三节 实验室检查·····	(93)
第四节 内窥镜检查·····	(96)
第五节 大肠 X 线检查 ·····	(114)
第六节 直肠肛管压力测定·····	(133)
第七节 肌电图检查·····	(136)
第八节 生化与免疫学检查·····	(139)
第九节 病理学检查·····	(148)
第十节 大肠疾病的超声诊断·····	(166)
第五章 围手术期体液与酸碱平衡 ·····	(171)
第一节 概述·····	(171)
第二节 体液平衡的调节·····	(174)
第三节 酸碱平衡的维持·····	(178)
第四节 围手术期常见的水电解质代谢与酸碱平衡失调的处理·····	(182)
第六章 围手术期营养与代谢支持 ·····	(200)
第一节 饥饿、创伤与感染的代谢改变·····	(200)
第二节 营养状态的评定·····	(203)
第三节 营养需要量·····	(205)
第四节 手术前后患者的营养支持·····	(208)
第五节 营养支持方法·····	(209)
第七章 大肠肛管疾病手术前准备 ·····	(213)
第一节 进一步明确诊断·····	(213)
第二节 并存疾病的诊断与处理·····	(214)
第三节 手术方案的准备·····	(223)
第四节 技术力量和药品的准备·····	(223)
第五节 围手术期心理准备·····	(226)
第六节 结肠病的术前准备·····	(227)
第七节 直肠肛门病的术前准备·····	(228)
第八章 手术后监测和并发症的处理 ·····	(229)
第一节 术后体位·····	(230)
第二节 生命指征的监测·····	(230)
第三节 术后止痛·····	(233)
第四节 常用导管与引流物的管理·····	(234)
第五节 外科切口的处理·····	(239)

第六节	手术后急性大出血的预防与处理	(241)
第七节	弥漫性血管内凝血的预防与处理	(243)
第八节	呼吸功能衰竭的预防与处理	(247)
第九节	成人呼吸窘迫综合征的预防与处理	(249)
第十节	急性肺水肿的预防与处理	(251)
第十一节	严重心律失常的预防与处理	(253)
第十二节	急性肝功能衰竭的预防与处理	(255)
第十三节	应激性溃疡的预防与治疗	(257)
第十四节	急性肾功能衰竭的预防与处理	(258)
第十五节	多系统器官功能衰竭的预防与处理	(259)
第十六节	脑血管意外的预防与处理	(260)
第十七节	感染的预防与处理	(261)
第十八节	术后肠梗阻的预防与处理	(269)
第十九节	尿潴留的预防与处理	(272)
第二十节	输尿管损伤的预防与处理	(274)
第二十一节	吻合口瘘的预防与处理	(275)
第二十二节	排便困难的预防与处理	(276)
第二十三节	造口周围皮炎的预防与处理	(277)
第二十四节	褥疮的预防与处理	(278)
第二十五节	性功能障碍的预防与处理	(280)
第二十六节	肛缘炎性水肿的预防与处理	(281)
第二十七节	发热的预防与处理	(281)
第二十八节	下肢深静脉血栓形成的预防与处理	(283)
第二十九节	肛门狭窄或失禁的预防与处理	(286)
第九章	特殊情况下的围手术期处理	(290)
第一节	休克患者围手术期处理	(290)
第二节	心血管病患者围手术期处理	(299)
第三节	肾功能不全患者围手术期处理	(305)
第四节	肝功能不全患者围手术期处理	(309)
第五节	肺功能不全患者围手术期处理	(314)
第六节	血液病患者围手术期处理	(319)
第七节	老年人围手术期处理	(323)
第八节	小儿围手术期处理	(329)
第九节	妊娠期围手术期处理	(335)
第十章	麻醉	(342)
第一节	麻醉前准备	(342)
第二节	麻醉选择	(346)
第三节	手术中监测	(357)
第四节	意外情况的预防、发现与处理	(360)

第十一章	先天性大肠疾病	(371)
第一节	先天性大肠狭窄和闭锁.....	(371)
第二节	结肠重复畸形.....	(374)
第三节	先天性肠旋转不良.....	(379)
第四节	先天性短结肠畸形.....	(386)
第五节	先天性巨结肠.....	(389)
第十二章	先天性直肠肛管疾病	(412)
第一节	先天性直肠肛门畸形.....	(412)
第二节	一穴肛畸形.....	(425)
第三节	肛门直肠畸形术后并发症.....	(427)
第四节	肛门排便功能的评定.....	(437)
第五节	肛门直肠重复畸形.....	(439)
第十三章	大肠肛管外伤	(444)
第一节	结肠外伤.....	(444)
第二节	大肠火器伤.....	(448)
第三节	直肠肛管外伤.....	(450)
第四节	直肠结肠异物.....	(454)
第十四章	阑尾炎	(457)
第一节	急性阑尾炎.....	(457)
第二节	急性阑尾炎性腹膜炎.....	(471)
第三节	阑尾周围脓肿.....	(475)
第四节	特殊型阑尾炎.....	(478)
第十五章	大肠憩室与憩室炎	(490)
第十六章	结肠直肠炎症性疾病	(495)
第一节	溃疡性结肠炎.....	(495)
第二节	非特异性直肠炎.....	(506)
第三节	克隆病.....	(508)
第四节	放射性结直肠炎.....	(515)
第五节	白塞病.....	(519)
第六节	大肠黑变病.....	(525)
第七节	肛窦炎及肛乳头炎.....	(527)
第八节	肛门周围化脓性汗腺炎.....	(529)
第十七章	大肠肛管结核病	(533)
第一节	肠结核.....	(533)
第二节	肛管周围结核病.....	(539)
第十八章	肛门直肠周围脓肿	(542)
第一节	肛门周围脓肿.....	(547)
第二节	坐骨直肠窝脓肿.....	(553)
第三节	蹄铁型脓肿.....	(557)
第四节	括约肌间脓肿.....	(559)

第五节	骨盆直肠间隙脓肿·····	(562)
第六节	直肠后部脓肿·····	(566)
第七节	肛管直肠周围蜂窝织炎·····	(568)
第十九章	肛门直肠瘘·····	(571)
第一节	内外瘘·····	(584)
第二节	外肛瘘·····	(586)
第三节	内肛瘘·····	(588)
第四节	蹄铁型肛瘘·····	(589)
第五节	高位或低位肛瘘·····	(592)
第六节	直瘘和弯瘘·····	(594)
第七节	括约肌间瘘·····	(594)
第八节	经过括约肌瘘·····	(596)
第九节	括约肌上方瘘·····	(598)
第十节	括约肌外侧瘘·····	(599)
第二十章	痔·····	(601)
第一节	内痔·····	(606)
第二节	外痔·····	(629)
第三节	混合痔·····	(632)
第二十一章	肛管括约肌失调·····	(637)
第一节	耻骨直肠肌综合征·····	(637)
第二节	直肠前突·····	(639)
第三节	肛裂·····	(641)
第二十二章	直肠脱垂·····	(653)
第一节	完全性直肠脱垂·····	(654)
第二节	不完全性直肠脱垂·····	(661)
第二十三章	结肠扭转及套叠·····	(665)
第一节	乙状结肠扭转·····	(665)
第二节	盲肠扭转·····	(669)
第三节	横结肠扭转·····	(671)
第四节	结肠套叠·····	(672)
第二十四章	大肠息肉和息肉病·····	(679)
第一节	儿童息肉·····	(679)
第二节	黑斑息肉综合征·····	(682)
第三节	家族性多发息肉病·····	(684)
第四节	良性淋巴样息肉病·····	(686)
第五节	增生性息肉·····	(687)
第二十五章	大肠肛管良性肿瘤·····	(688)
第一节	腺瘤·····	(688)
第二节	大肠血管瘤·····	(690)
第三节	大肠纤维瘤·····	(692)

第四节 大肠脂肪瘤·····	(693)
第五节 大肠平滑肌瘤·····	(694)
第六节 大肠子宫内膜异位症·····	(695)
第七节 尖锐湿疣·····	(698)
第二十六章 大肠肛管恶性肿瘤·····	(701)
第一节 结肠癌·····	(701)
第二节 直肠癌·····	(719)
第三节 特殊类型的大肠癌·····	(752)
第四节 肛门部癌·····	(759)
第五节 脂肪肉瘤·····	(764)
第六节 大肠纤维肉瘤·····	(765)
第七节 大肠平滑肌肉瘤·····	(766)
第八节 大肠淋巴组织的恶性肿瘤·····	(769)
第九节 直肠肛管恶性黑色素瘤·····	(772)
第十节 大肠肛管类癌·····	(778)
第十一节 阑尾恶性肿瘤·····	(788)
第二十七章 直肠后肿瘤及囊肿·····	(793)
第一节 骶尾部畸胎瘤·····	(793)
第二节 骶骨脊索瘤·····	(798)
第三节 骶骨巨细胞瘤·····	(800)
第四节 骶前脊膜膨出·····	(801)
第二十八章 大肠肛管外科疾病的护理·····	(804)
第二十九章 抗菌药物的应用·····	(807)
第一节 青霉素类·····	(808)
第二节 头孢菌素类·····	(810)
第三节 氨基糖甙类·····	(811)
第四节 大环内酯类·····	(812)
第五节 磺胺类·····	(812)
第六节 硝基呋喃类·····	(812)
第七节 喹诺酮类·····	(812)
第八节 抗霉菌药·····	(813)
第九节 抗结核药·····	(813)
第十节 抗感染中药·····	(814)
第十一节 其他抗生素·····	(815)
第三十章 抗癌药物的应用·····	(817)
第一节 概述·····	(817)
第二节 临床常用抗肿瘤药物·····	(819)

第

一

章

大肠肛管外科发展简史

大肠肛管外科已有数千年的历史，但成为一门独立的学科仅有百余年的时间。对大肠肛管外科疾病记载较多的西方是埃及、希腊和古罗马，东方是我国和印度。只是近代，英、美、日等国对大肠肛管外科疾病的研究有了长足的进展，走在他国的前列。

我国古代和中世纪（1～1700）对大肠肛管外科的研究有突出贡献，对此，国外学者有很高评价。在建国以后，我国以独有的中医、西医、中西医结合的三支力量团结合作，继承祖国传统医学，积极吸收国外先进经验，进行了大量的临床和基础理论的研究，使我国大肠肛管外科进入了一个新的阶段。

第一节 国外发展简史

公元前 2500 年，在埃及的壁画中反映出当时宫殿内设有肛门保护医，被后世称为肛门专科医师的始祖。公元前 2550 年巴比伦的汉穆拉比法典规

定;如果医生治愈肠病,患者当酬之以5银币。公元前1700年古埃及文献中则有治疗肛门疾病的记载。

在公元前1000多年,印度已将肛瘘列入预后不良的8类病种之一,说明当时印度学者对该病已有较深的认识。

古希腊的医学家 Hippocrates (公元前460~前377),最早提出以出血为依据的痔的病名。撰文提到痔的灼灸、切除、痔瘘结扎和肛门指诊等方法,指出切断括约肌会导致不良后果。

古罗马学者 Celsus (公元前25~公元14)的医著中,略述了肛瘘切开术,并提到肛瘘的结扎和结扎切除法;对痔手术主张切除痔上直肠粘膜,避免过多损害肛门组织,先切除位置较低的痔疮,以免出血影响手术进行。

古罗马的 Galen (公元前131~前201)通过动物直肠的研究提出痔的病名,反映出帝王易患肛门疾患;他还依据痔的大小、数目、形状和位置,将痔分为5类。主张药物治疗和必要的手术治疗。

拜占庭帝国的御医伊提厄斯(527~565)是位著名妇产科医生,但是他对痔和痔手术的论述都是古代文献中最突出的。他认为:痔是由于血液下流引起的,很像动脉瘤,从而造成了许多痛苦,甚至导致死亡。他指出最好的治疗是彻底切除。方法是:术前先节制饮食,大量饮水,然后用镊子把痔拉出体外,消毒后结扎切除。

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个窥镜,很类似现代的直肠镜。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,印度的梵文中也有行手术的记载,强调手术前后用碱水和灼灸的办法消毒。

日本、朝鲜、越南等国早在唐代就学习我国的中医疗法。朝鲜御医李馨益(1610)在继承我国针灸术基础上,通过火针疗法治疗取得了良好效果。

1370年英国外科学家阿登(Arderne)创用探针,沿探针切开瘻道,使肛瘘治疗又增加了一个新的术式。

在中世纪时期,欧洲进入封建时代,宗教统治着科学,教会禁止解剖和外科手术,科学研究被视为非法的异教活动,使医学发展受到阻碍。

14~16世纪文艺复兴,资本主义社会开始萌芽,重新兴起对解剖学研究的兴趣。外科需要的增加,光学显微镜的出现,对医学发展产生了巨大影响。

1729年,Stahl通过解剖学观察,提出肛门静脉回流受阻而导致痔静脉曲张的生痔学说。

1733年,Wirmslor提出肛门隐窝的命名。

1749年,Morganegui依据动物无痔病,提出痔是人类直立后发生的特有疾病的病因学说。

1774年,现代外科创始人之一的Petit改进了痔的切除术,否定了痔出血有好处的传统观念。

1835年,英国医生Salmon在伦敦创建了“肛门直肠病圣·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、治疗做了大量研究工作,几乎现行的所有手术都与该院研究有关,成为世界肛肠学科的一个中心。

然而,由于当时解决不了手术的疼痛、出血、伤口感染等问题,所以依然阻碍着外科的发展。

1800年,Davy描述了氧化亚氮解决手术期间疼痛的麻醉现象。1842年Long、1846年

William Morton 采用乙醚作为麻醉剂为患者成功地作了许多手术。1847 年 Edinburgh 介绍了氯仿麻醉方法,从而解决了手术的疼痛。

Lister 根据 Pasteur 发现微生物的结果,推论微生物是伤口感染的原因;1846 年 Semmelweis 采用漂白粉溶液洗手后接生,可显著地预防产褥热的发生,奠定了无菌术的基础;Bergmann (1836~1907) 提出手术用品必须灭菌,不仅形成了细菌理论,且建立了无菌技术,解决了外科手术感染问题。

Tluporo B 在继发出血的理论与治疗方面做出了贡献,Landsteiner 在 1901 年发现了人类的血型,Jansky 1907 年研究输血获得成功。这样就解决了阻碍外科发展的三大障碍,使得外科开始出现飞跃的发展。

19 世纪后半期,外科由单纯的体表和肢体手术发展到体腔手术,大肠肛管外科就在这种情况下,也随之迅速发展起来。

1884 年, Kronlein 首次诊断出阑尾炎穿孔性腹膜炎;1887 年, Th. G. Morton 将一患阑尾炎穿孔性腹膜炎患者行阑尾切除术获得成功。19 世纪末至 20 世纪初,美国的 J. B. Murphy、英国的 Moynihan 等大力宣传阑尾炎禁用泻剂,主张及时手术治疗,该原则至今仍在适用。

对大肠肿瘤的认识始于 18 世纪初期,直至 19 世纪后期才得以迅速发展。

19 世纪初期,英国出现开腹切除肿瘤的手术,但对肠道吻合技术尚无认识。

Aufoine-Lembert 发现将肠断端浆膜面仔细对拢就可以得到良好愈合。由于肠吻合技术的发展,则为大肠切除术奠定了基础。

19 世纪 90 年代是肿瘤外科史上卓著的年代。1895 年伟大的外科医师 Halsted 提出肿瘤初期阶段沿淋巴结扩散,彻底清除引流区域淋巴结就能治愈肿瘤的理论,为现代大肠肛管肿瘤外科发展奠定了基础。

19 世纪末 20 世纪初,一大批外科学家对大肠肛管肿瘤的淋巴转移规律和手术方法进行了大量研究,为肿瘤根治术的诞生,提供了病理解剖学依据,在此做出贡献的有:1839 年法国的 Pinault 经肛门剝除直肠癌的手术;同年 Amusset 因直肠癌梗阻行姑息结肠造口术;1883 年 Hocheng 报告对直肠上段癌变切除,后行近段结肠拖出术;1903 年美国的 Charless Mayo 首次报道对直肠癌行腹会阴联合切除术;1904 年 Friedrich 提出升结肠癌切除右半结肠,回横结肠吻合术。这些为 30 年代各种大肠癌根治术的形成打下了基础。

在同一时期,伟大的外科、病理学家 Miles 对直肠癌淋巴转移规律进行了深入研究,得出了直肠癌沿上、中、下三条途径进行淋巴转移,要根治肿瘤必须对这三条途径淋巴结彻底清扫的结论。1907 年按这一要求进行第一次腹会阴联合切除根治术,开始了直肠癌手术治疗的新时代,Miles 的这一经典术式已沿用至今。

1932 年 Dukes 提出大肠癌的临床病理分期,为外科治疗和预后评价提供了参考依据。

1932 年 Bacon 改良了 Hocheag 等提出的结肠拖出术式,使部分高、中位直肠癌免于腹部造口。

1940 年 Cole 等提出直肠癌扩大根治术。

1847 年 Cuersant 报告了青年性直肠息肉;1882 年 Cripps 报告了家族性息肉具有遗传的特点。

1886 年 Harala Hirschsprung 首次描述了先天性巨结肠症。经 Whit Ehouse 和 Kernohan 多年研究于 1948 年证明了直肠壁间缺乏自主神经细胞,可以引起直肠运动机能失调;Swenson 等于 1948 年将缺乏神经细胞的直肠、左侧结肠切除使患者获得痊愈。

1875年 Wiks 与 Moxon 首先在细菌性痢疾中分离出溃疡性大肠炎。

1878年 Chiari 提出了肛门小管和肛门腺的命名。

1875年 Kelly 制成 35cm 的以额镜反射观察乙状结肠镜。

1882年 Whitehead 首创环状痔切除术。

1934年英国 Milligan 与 Morgan 发表了《肛管外科解剖学》，密切结合临床，把大肠肛管外科推向一个新的阶段。

1889年美国、1940年日本先后成立大肠肛门学会，1948年美国成立国际大肠肛门病学会，并出刊美国结肠肛门病学会杂志。随后有罗马（1961）、墨西哥（1962）、孟买（1973）、阿尔及利亚（1973）相继成立国际性学会。定期召开会议，使大肠肛管外科得到很大发展。

1966年日本松永藤雄研制成功光导纤维结肠镜；用免疫方法对大肠癌诊断的筛选，都已大大提高了大肠疾病的诊断水平。

小西文雄等提出肠内用 B 超（7.5MHz 的线扫）判断直肠癌的术前分期（判断肿瘤侵犯深度）其敏感性、特异性优于直肠指诊、钡灌肠、内窥镜及 CT 检查，其准确率达 84%~93%。

近年发展起来的流式细胞技术（flow-cytometry, FCM）是判断肿瘤恶性程度的另一新的手段。

近年国外大肠肛管外科研究的重点是结直肠癌，并投入了大量的人力、财力、物力，已取得了一些进展。

第二节 国内发展简史

祖国医学历史悠久，早在春秋战国（公元前 770~前 221）时期对大肠肛管外科疾病就有认识。数千年来积累了丰富的宝贵经验，逐渐形成了具有独特理论的专门学科。

在公元前 2200~公元 220 年间，西周时期的《山海经》中最早出现痔瘻的病名。春秋战国时期的一部现存最早的医书《内经》，其中对大肠肛管的解剖、生理、病理等有详细描述。《灵枢·肠胃》记述了回肠（结肠）、广肠（直肠）的长度、大小、走向，如“黄帝问于伯高曰：余愿闻六腑传谷者，肠胃之大小、长短、受谷之多少奈何？伯高曰：请尽言之！谷所从出入、浅深、远近、长短之度……。回肠当脐左环，回周叶积而下，回运环反十六曲、大四寸，径一寸寸之少半，长二丈一尺。广肠傅脊，以受回肠，左环叶脊而下，辟大八寸，径二寸寸之大半，长二尺八寸。肠胃所入至所出，长六丈四寸四分，回曲环反，三十二曲也。”《灵枢·平人绝谷》进一步记载：“回肠大四寸，径一寸寸之少半，长二丈一尺，受谷一斗，水七升半。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：“……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，一各魄门，总皆大肠也。”其所描述的结肠直肠之大小、位置与现代解剖学所描述的相当接近。

对大肠肛管实施手术治疗，最早见于《五十二病方》（药抄成于春秋战国时期），如牡痔……繫以小绳，剖以刀的结扎切除疗法。牡痔之有数窍，绕自徒道出者方，先道（导）以滑夏铍（探针）令血出，是世界上最早记载的肛门疾病的手术疗法。晋汉时代对痔瘻已能加以鉴别，隋唐元时代对肛瘻与肠道相通的概念更为明确。如《奇效良方》记载：“至于失治而成痿者，成痿而穿臀者，及有穿肠成孔粪从孔出者是。”对肛瘻的治疗亦有比较成型的内治和外治法，关于切开挂线法，《永类铃方》（公元 1100 年左右）记有：“……痿矣……刀线割剔治

之。”明清时代,采用切开挂线法治疗肛瘘更为普遍。《古今医统》(公元1556年左右)记载:“至于成瘻穿肠,串臀中有鹅管,年久深远者……挂线法治,庶可除根。”西医对高位复杂肛瘘手术,术后常有复发或出现肛门失禁等。上述记载表明,我国对痔瘻已有明确认识。到公元1100年对肛瘻治疗已有成型的内外治法。其中包括切开挂线疗法,其手术操作简单,效果良好,少并发症,已沿用至今,这一疗法充分反映我国医学家的聪明才智。

《灵枢·水胀》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,瘕肉仍生。”最早提出了肠道息肉的病名。《灵枢·刺节真邪》有:“寒与热相搏,久留而内著……有所结,气归之,卫气留之,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。”这是我国医书最早描述肠道肿瘤的记载。《灵枢·五变》云:“人之善病肠中积聚者,何以候之?少俞答曰:皮肤薄而不泽,肉不坚而不淖泽,如此肠胃恶。恶则邪气留止,积聚。”说明当时对胃肠道肿瘤和转移瘤引起的症状已有准确的描述。“如是故虚邪之中人也……留之不去,传舍于胃肠,有胃肠之时,贵响腹胀。”这是肿瘤引起肠梗阻症状。“多寒则肠鸣飧泄食不化,多热则便溏出糜,留而不去……息而成积,或著孙脉,或著经脉,或著于伏冲脉,或著于臂筋,或著于胃肠之募原,上连于缓筋,邪气淫溢,不可胜论。”这些描述实际上阐述了肿瘤由局部向远处转移的过程。

对其治疗,《汉书·华佗传记》已有记载:“疾发结……针药所不能及,乃令以酒服麻沸散,既醉,无所觉,因剖腹背,抽割结聚,若在肠胃则断截洗涤,除去疾秽,即而缝合,敷以神膏,四五日创愈,一月之内,皆平安。”记载表明:麻醉、开腹、切除肿瘤、冲洗术野、吻合以及保护切口药物与现代外科手术基本一致。可见当时外科技术已达到相当高的程度,比国外开展胃肠道肿瘤手术早1600余年。

公元220~960年间,随着造纸技术进步,医书中对肛肠解剖描述更为详细具体,对肛肠肿瘤描述越来越多。晋朝皇甫谧(215~282)的《针灸甲乙经》有“凡痔与阴道相通者,死。”可能是对直肠癌并有阴道瘘(或肛瘘)最早的描述。巢元方等于610年编写的《诸病源候论》,其中气病诸候25论,对“积聚”病因证候的论述,“大便病诸候五论,关格大便不通候。”论述了下消化道梗阻症状,及大肠肛管肿瘤的证候。痢病诸候40论,下痢及肛门生疮候,谷道生疮候,描述大肠肛管的炎症及癌肿。该书还记载了肠道吻合术:“缝亦有法,当次阴阳。上下顺逆、急缓相塑……各有纵横”等法。还记有网膜血管结扎等。上述记载在我国大肠肛管外科发展史上均有重要意义。公元960~1368年间,经刘河间、张从正、李东垣、朱丹溪等四大学派的医生争鸣,承先启后,开创了新经。《卫济宝书》中第一次提到“癌”字,对含大肠肛管肿瘤病因、临床表现、诊断治疗方面都有详细论述。此时,对痔瘻有了结扎、枯痔钉在内的系列治疗方法。限于当时的认识,大肠息肉、良性肿瘤、癌都归于痔瘻范围。对直肠带蒂肿瘤、息肉采用结扎、切除已为常法。到1368~1894年间,对大肠肛管肿瘤有更深的认识和描述。如《外科大成》中锁肛痔,“肛门内外如竹节锁紧,形如海蜃、里急后重,使粪便细而带扁,时时流臭水。”明代孙志宏著的《简明医彙》记载了先天性肛门闭锁及其治疗方法,“初生儿无谷道,大便不能者,旬日后必不救,须用细刀割穿,要对孔亲开通之,后用绢帛卷如小指,以香油浸透插入,使不再合,旁用生肌散敷之自愈。”《外科图说》中绘有国人自己创造的各种肛肠器械,如弯刀、钩、柳叶刀、笔刀、小烙铁、探肛筒、过肛针,有的沿用至今。纵观我国外科(含大肠肛管外科)学已有悠久的历史,早在商代就有外科疾病的记载;汉代杰出的外科学家华佗(141~203)则已能行全身麻醉、剖腹手术治疗胃肠疾病,

可惜这种高超的古代医术未能传之后世。经过漫长的封建时代,外科进展相当缓慢,直至清末,尤其是19世纪末期,西方国家大肠肛管外科已有迅速的发展。因清王朝闭关自守,先进技术未得到应用。鸦片战争,中国大门被迫打开,一些教会医院在中国的建立,使大肠肛管外科手术有所发展。至1949年,我国也只有几家医院才能施行大肠癌的手术。中华人民共和国成立以后,大肠肛管外科和其他学科一样得到突飞猛进的发展。1980年7月全国中医肛肠学会成立,虽成立较晚,但它标志着我国肛肠学科已跨入了一个新阶段。1991年8月黄乃健主任委员在《中国肛肠病杂志》创刊10周年总结报告中提到:至今除个别边远地区外,各省都成立了肛肠学会分会,有的省还成立了市级分会。这是因为中国有历史悠久的传统医学,由于历史的发展和传统文化的影响,我国肛肠学会是由中医、西医和中西医专家共同组成的学术团体。我们有数以万计的医技人员和庞大的医疗队伍遍及全国各地。目前我国在300张床位以上的医院,多设有肛肠病床,有专职或兼职的肛肠科医生。在一些大城市或省城设有肛肠科医院,并设有肿瘤研究机构;大的厂矿和县级以上的医院能开展各种大肠癌的手术。尤其是对肿瘤的病因学的研究、普查、诊断、预防等方面已取得很大成绩,某些研究已达到或超过世界先进水平。

参 考 文 献

1. 黄家驷,等. 外科学. 第1版. 北京:人民卫生出版社,1992. 6~12
2. 曾宪九,等. 克氏外科学. 第1版. 北京:人民卫生出版社,1983. 1~31
3. 石美鑫,等. 实用外科学(上册). 第1版. 北京:人民卫生出版社,1992. 1~4
4. 徐忠法,等. 现代肛管肿瘤外科学. 第1版. 济南:山东科学技术出版社,1993. 1~2
5. 喻德洪. 首届日中大肠癌专题讨论会概况. 中国肛肠病杂志,1990,(2):42
6. 钱礼. 腹部外科学. 第2版. 上海:上海科学技术出版社,1984. 597~608
7. 刘世信. 大肠癌诊断和治疗进展. 普外临床,1992,7(3):129~132
8. 喻德洪,陈建发. 中日医学大会大肠肛门病学术会议简介. 中国肛肠病杂志,1993,(1):42
9. Goligher J. Surgery of the anus rectum and colon. ed5. London: Bailliere, 1984. 441, 611
10. Konishi F, et al. Endorectal ultrasonography with a 7.5 MHz linear array scanner for the assessment of rectal carcinoma. Int J Colorect Dis, 1990, (5): 15
11. 郑树. 大肠癌的早期发现及早期治疗. 实用肿瘤杂志,1989,(4):129
12. Eddy, et al. Scieening for colorectal caneer in a highrisk population. Gostroenterd, 1987, (92): 682
13. 薛予萌,王秀珍. 日本对溃疡性结肠炎病因、病理研究的进展. 中国肛肠病杂志,1991,(1):35~36
14. 李雨浓,等. 中华肛肠病学. 第1版. 重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1990. 103~106
15. 江苏医药编辑部. 中西医结合防治肛门直肠疾病. 第1版. 南京:江苏科学技术出版社. 1980. 115
16. 黄乃健. 为我国肛肠事业发展而努力奋斗. 中国肛肠病杂志,1991,(4):1~5