

# 实用肛肠外科学

SHIYONG GANGCHANG WAIKEXUE

主 编 张有生 李春雨

 人民军医出版社  
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

# 空想社会主义

空想社会主义是社会主义思想史上的一个重要流派，它反映了无产阶级对资本主义的批判和追求理想社会的愿望。

空想社会主义的代表人物有圣西门、傅立叶和欧文。

空想社会主义者认为，资本主义制度存在着内在的矛盾，导致了社会的混乱和贫困。他们主张通过和平的手段，如示范、宣传和劝说，来实现社会的变革。

空想社会主义者提出了许多理想社会的方案，如圣西门的“实业制度”、傅立叶的“法朗士”和欧文的“新和谐公社”。

空想社会主义虽然未能实现，但它为科学社会主义的诞生提供了重要的思想基础。

空想社会主义者对资本主义的批判，揭示了资本主义的剥削本质，为无产阶级革命提供了理论依据。

空想社会主义者提出的理想社会方案，为后来的社会主义运动提供了有益的借鉴。

空想社会主义是社会主义思想史上的一个重要阶段，它反映了无产阶级对理想社会的追求。

空想社会主义者对资本主义的批判，为科学社会主义的诞生提供了重要的思想基础。

空想社会主义者提出的理想社会方案，为后来的社会主义运动提供了有益的借鉴。

空想社会主义是社会主义思想史上的一个重要阶段，它反映了无产阶级对理想社会的追求。

# 实用肛肠外科学

SHIYONG GANGCHANG WAIKEXUE

主 编 张有生 李春雨  
副主编 彭 程 刘 宏 聂 敏

 人民军医 出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

---

图书在版编目 (CIP) 数据

实用肛肠外科学 / 张有生, 李春雨主编. —北京: 人民军医出版社, 2009.7

ISBN 978-7-5091-2773-5

I. 实… II. ①张…②李… III. ①肛门疾病 - 外科学②直肠疾病 - 外科学 IV. R657.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 103011 号

---

策划编辑: 许平 文字编辑: 赵晶辉等 责任审读: 余满松

出版人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010)51927290; (010)51927283

邮购电话: (010)51927252

策划编辑电话: 13504015018

网址: [www.pmmp.com.cn](http://www.pmmp.com.cn)

---

印刷: 北京天宇星印刷厂 装订: 恒兴印装有限公司

开本: 850mm × 1168mm 1/16

印张: 27 彩页: 7 面 字数: 782 千字

版、印次: 2009 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~3000

定价: 136.00 元

---

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

## 前 言

张有生教授是原辽宁中医学院肛肠医院的创始人，是我国著名的肛肠病专家。50年来，他积累了宝贵的经验，取得了丰硕成果。张老欣然命笔写出他一生的经验总结以飨读者。我在临床工作中，经常聆听张老的教诲及真传，传承张老的学术思想，学习了张老这些经验和成果，受益匪浅。我等编著的《实用肛门手术学》自2005年出版以来深受广大读者的欢迎。因此，我们在总结老一辈肛肠专家经验的基础上，结合个人的临床实践和体会，参阅国内外经典著作和相关资料，编写了这部《实用肛肠外科学》。

本书力争做到面向基层、临床实用、图文并茂、通俗易懂，并以常见病、多发病为重点，以中西医结合治疗为特色，以新技术、新疗法为要点，突出了本书的临床实用性。本书共30章，80万字，插图600余幅。分绪论、基础理论和各论，对每种疾病按历史、病因病理、症状和体征、诊断和鉴别诊断、治疗方法来编写，内容全面，丰富翔实。既反映了国内外研究的最新成果，又是作者丰富临床经验的总结。本书对各级医院肛肠科医师、普外科医师、消化科医师、进修医师、医学院校实习医师、研究生及学习班学员，具有一定的使用价值。

本书在编写过程中，得到了中国医科大学附属第四医院院长、硕士生导师闻德亮教授的关心和支持，中国医科大学美医教研室主任徐国成教授为本书绘制精美的插图。在此，向为本书的出版做过贡献的人们，一并致以衷心感谢！

如果本书能对读者有所裨益，我们将感到极大的欣慰。但是，由于作者水平有限，纰漏之处在所难免，殷切盼望各位前辈、同道们和广大读者批评指正。

李春雨

于中国医科大学附属第四医院

2008年9月

# 目 录

第 1 章 绪论 .....	(1)
第一节 实行中西医结合发展肛肠科 50 年 .....	(1)
第二节 如何做好肛肠科中西医结合工作 .....	(6)
第 2 章 肛肠组织解剖学与生理病理学 .....	(8)
第一节 肛肠胚胎学 .....	(8)
第二节 肛肠解剖学 .....	(9)
第三节 肛肠生理学 .....	(33)
第四节 肛肠病理学 .....	(36)
第 3 章 肛肠疾病中医学基础 .....	(37)
第一节 病因病机 .....	(37)
第二节 痔的中医分类 .....	(38)
第三节 肛肠病的辨证症状鉴别 .....	(39)
第四节 肛肠疾病的治法 .....	(41)
第 4 章 肛肠疾病的检查法 .....	(62)
附录 4A 肛肠科住院病历举例 .....	(79)
附录 4B 手术记录举例 .....	(81)
第 5 章 麻醉与术后止痛 .....	(82)
第 6 章 术前准备和术后处理 .....	(93)
第一节 术前准备 .....	(93)
第二节 术后处理 .....	(95)
第 7 章 肛肠术后并发症的预防与处理 .....	(99)
第一节 肛门疾病术后并发症的预防与处理 .....	(99)
第二节 结直肠手术常见并发症的预防与处理 .....	(107)
第三节 结肠造口术并发症的预防与处理 .....	(113)
第 8 章 术后换药与创伤修复 .....	(118)
第 9 章 痔 .....	(123)
第一节 内痔 .....	(123)
第二节 外痔 .....	(144)
第三节 混合痔 .....	(148)
第 10 章 肛裂 .....	(156)
第 11 章 肛门感染性疾病 .....	(169)
第 12 章 肛门直肠周围脓肿 .....	(181)
第 13 章 肛瘘 .....	(196)
第 14 章 直肠脱垂 .....	(215)
第一节 概述 .....	(215)
第二节 直肠内脱垂 .....	(218)

第三节 直肠外脱垂 .....	(222)
第 15 章 肛门直肠先天性畸形 .....	(238)
第 16 章 先天性疾病 .....	(250)
第 17 章 肛门直肠狭窄 .....	(264)
第 18 章 肛门失禁 .....	(271)
第 19 章 肛周皮肤病 .....	(283)
第 20 章 肛门直肠性病 .....	(289)
第 21 章 顽固性便秘 .....	(297)
第一节 概述 .....	(297)
第二节 慢传输型便秘 .....	(302)
第三节 出口梗阻型便秘 .....	(305)
第 22 章 结肠炎性疾病 .....	(320)
第一节 溃疡性结肠炎 .....	(320)
第二节 克罗恩病 .....	(325)
第三节 肠道易激综合征 .....	(327)
第四节 其他结肠炎 .....	(329)
第 23 章 肛肠肿瘤 .....	(336)
第 24 章 肠息肉和息肉病 .....	(345)
第一节 分类 .....	(345)
第二节 结直肠息肉的治疗 .....	(354)
第 25 章 肛肠恶性肿瘤 .....	(361)
第一节 概述 .....	(361)
第二节 肛门恶性肿瘤 .....	(364)
第三节 直肠癌 .....	(367)
第四节 直肠类癌 .....	(371)
第五节 结肠癌 .....	(372)
第 26 章 肛肠科医源性疾病 .....	(376)
第 27 章 肛门异物及损伤 .....	(379)
第 28 章 其他肛肠疾病 .....	(382)
第 29 章 肛肠疾病护理 .....	(387)
第一节 门诊护理 .....	(387)
第二节 病房护理 .....	(388)
第三节 整体护理 .....	(395)
第 30 章 门诊手术及仪器疗法 .....	(397)
附录 A 国内外肛肠病学文献查阅方法 .....	(404)
附录 B 肛肠科专著题录 .....	(406)
附录 C 英文缩略词索引 .....	(410)
附录 D 肛肠科常见疾病诊治指南 .....	(413)
附录 E 直肠脱垂的诊断及疗效标准 .....	(417)
附录 F 《痔上黏膜环形切除钉合术 (PPH) 暂行规范》修订 .....	(418)
附录 G 溃疡性结肠炎 (UC) 诊断标准及疗效评价标准 (2000) .....	(419)
附录 H 便秘的诊断标准 .....	(421)
参考文献 .....	(423)

# 第1章 绪论

## 第一节 实行中西医结合发展肛肠科 50 年

中西医治疗痔瘕等肛肠疾病，具有悠久的历史和丰富的经验，并在各自发展的过程中逐步形成了各自的理论体系和医疗技术。当西医输入中国后，我国则存在中医、西医两种医学。新中国成立后，中西医结合研究和治疗痔瘕等疾病历经 50 年，取得了不少成效，使中医痔科逐步发展成为具有中医特色的肛肠外科学。所以肛肠学科是一个古老而又新兴的专业。

### 一、我国存在中西两个痔的概念

#### (一) 中医痔的概念

痔古时写作寺。如公元前 168 年陪葬的汉墓帛书《五十二病方·足臂十一脉灸经》就写作寺。据日古汉医岸本亮一考证，认为上一世代和下一世代的交界点为寺，即世代的移行，变迁为寺，日（太阳）的移行、变迁为日加寺而成痔。人之九窍是体内与外界的出入口，也是移行、变迁的部位，肛门直肠是九窍之一，所以发生在肛门直肠的疾病，都叫做寺。因为是病则在寺上加个疒而成痔。

痔最早见于公元前 476 年春秋战国时期的《山海经》(上古时代记载社会和自然界许多宝贵的原始资料书)记载许多动植物食之已痔(吃它治痔)。

西山经：“有鸟焉其状如鹑，黑文而赤翁(注：颈下毛)、名曰栝、食之已痔。”

南山经：“其中有虎蛟，其状鱼身而蛇尾，其首如鸳鸯，食者不肿，可以已痔。”

中山经：“劳水出焉……是多飞鱼，食之已痔衄。”(中文大辞典：与痔瘕同)

中山经：“多臙鱼，状如鳅居逵(水中穴道)，苍文赤尾，食之不痛，可以为瘕。”

北山经：“有鸟焉，其状如夸父四翼一目，犬尾，名曰器，其音如鹤，食之已腹痛，可以止衄。”

痔最早见于医书《素问·生气通天论》，曰：“因而饱食，筋(静脉及软组织)脉(动脉)横(扩张)解(松懈)，肠澼(痢疾、便血)为痔。”

古代中医是以宏观方式用肉眼观察疾病，并以取类比象的方法，用自然界的现象和变化来比方和说明人体的病变和部位。如《医学纲目·痔》说：“肠澼为痔，如大泽之中有小山突出为峙，人九窍中，凡有小肉突出皆曰痔。”由于肛门直肠生痔最多而演变成专指肛门病而言。所以中医的痔是肛门直肠疾病的泛称。这一概念又先后传入日本、韩国和朝鲜，日本在中医总称为痔，之下又按西医细分为痔核、痔瘕、痔裂和痔哨，并沿用至今。

#### (二) 西医痔的概念

公元前 460—375 年古希腊医圣 Hippocrates 首先提出 Hemorrhoid，古希腊语为流血或出血之意，但他认为不是病，是脾血和胆液积聚废物的排泄。这一观点一直影响到 17 世纪。其间 1307 年 Sohn Arderne 又提出 Piler，它来源于拉丁文，有突出和球状之意，这些都是症状。直到 18 世纪，由于解剖生理学和细胞病理学的发展，以及 X 线和显微镜的临床应用，可以微观方式用显微镜观察病理改变，才确认痔是肛门的一种疾病。Humter 等分别创立了静脉曲张学说、血管增生学说。当西医输入我国后，医学翻译家认为 Hemorrhoid 和 Piler 都是症状并非病名而未直译，但这些症状却和中医许仁则所分的内痔和外痔相似，即“内痔但便即有血”，外痔突出为球状，而将二者统一用中医的痔意译成病名沿用至今。西医治痔以外科



手术为主，故属于普通外科或肛肠外科。

但因肛门小病，不论中西医都不被重视。中医痔科医师多散在民间用祖传和师授的方法，个人开业。如成都的黄济川、南京的丁泽民、重庆的周济民等。在西医，外科治痔以手术为主，但很少有人研究。有些大医院根本无床收治。只有天津张庆荣、北京二龙路医院开设专科。张庆荣编著的《实用肛门直肠外科学》传播专业知识，成为我国肛肠外科奠基人和治疗中心。但因各大医院不收治，肛肠外科没在全国医院普及。

## 二、中西医结合发展肛肠科的历程

### (一) 卫生部直接领导，推动了中医肛肠科的发展

新中国成立后中医受到重视，许多民间痔科医师陆续被聘到各级医院开展中西医结合痔瘻疗法，取得了不少的成果，受到卫生部领导的重视和支持。1955年卫生部在京举办学习班推广重庆痔瘻小组的中医痔瘻疗法。1956年中医研究院成立痔瘻研究组。1956年国家提出中西医结合，并号召西医学习中医，努力发掘加以提高。之后中央和地方都举办了西医学习中医班。1958年西医离职学习中医班结业的外科专家也加入了研究队伍，与中医痔科结合从外科分出成立独立的痔瘻科，笔者也是从辽东省立医院外科调入辽宁中医学院西学中班学习两年，1958年春结业又被派往各院参观学习中医和中西医结合痔瘻疗法，然后组建辽宁中医学院附属医院痔瘻科，开展医疗教学和科研工作。1964年中医研究院在京召开有11个单位参加的痔瘻研究座谈会，总结经验，组织协作，把痔瘻研究列入国家科研项目。

1966年卫生部在北京召开有24个单位参加的中西医结合治疗痔瘻成果部级鉴定会议。卫生部和中医管理局的领导非常重视，亲自参加和指导会议。出席会议的有全国著名外科专家曾宪九、裘法祖，肛肠外科专家张庆荣、周锡庚，中医痔瘻专家丁泽民、周济民。各单位都在会上报告了研究成果。张有生也宣读了《内痔结扎法》和《肛瘻挂线法》两篇论文。专家初步肯定了切开挂线法治疗高位复杂性肛瘻，结扎法、枯痔法治疗内痔所取得的成绩。并找出差距，进一步制订全国协作研究计划。因此有的代表提出中医痔的概念是肛门直肠疾病的统称，与西医肛肠外科相似，只是治疗手段和范围不完全一致。为首先体现专业名称的中西医结合，不应再叫痔瘻科，应根据宋代《太平圣惠方》中最早提出“肛肠”一名，改称肛肠科，扩大治疗范围，即中西两法并用，内外治法兼施，药物、手术都用的综合疗法学科。此后学会名称、学术会议、图书期刊、专科医院和专科均用肛肠一名。

### (二) 成立学术团体，开展学术交流，促进了肛肠学术水平的提高

1980年由广安门医院发起，在福州召开肛肠分会成立大会和全国肛肠学术会议，这是中医肛肠科发展的里程碑。中医、西医、中西医结合专家三支力量团结协作，共同研究获得不少成果，分别在会上作了报告。张有生宣读了《肛周脓肿切开挂线一次根治术》的论文，当即有武汉市第八医院司永令、沈阳市痔瘻医院王运来及阜新铁路医院等参加协作研究组，并列入辽宁省级科研项目。

会议决定每三年召开一次全国学术会议，出版肛肠期刊。1981年创刊，1993年由季刊改为双月刊，1998年改为月刊向国内外发行。它是国际上唯一具有中医特色的期刊。

此外，还定期分别召开了痔、肛瘻、肛裂和直肠脱垂等专题研讨会，以及各省、市、自治区级学术会议。广泛交流学术经验、组织协作攻关，也取得了许多成果。

由天津滨江医院和北京二龙路医院发起于1992年成立了中西医结合大肠肛门病专业委员会，每1年半召开一次全国学术会议，有些省、市也相继成立相应的学会，不定期召开学术会议。中华医学会外科分会也成立结直肠肛门外科学组，并出版季刊《结直肠肛门外科杂志》。与中医肛肠分会不同的是，它们以大肠疾病为主。2006年全国医师协会由中日友好医院发起，成立肛肠专业委员会并召开首届年会。2006年中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中华中医药学会肛肠分会、中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会等联合召开中国结直肠肛门外科学术会议，中西医结合，交流经验。

为了将具有中医特色的肛肠病诊治经验向世界推广,2007年4月世界中医药学会联合会又成立了肛肠专业委员会暨召开首届学术研讨会,加强各国(地区)之间的学术交流。美国和俄罗斯等介绍了我国研究动态和科研成果。我国肛肠专家应邀出国讲学和参加国际学术会议。国外肛肠专家也到中国考察或交流经验。国际肛肠学术会议也曾在沈阳和北京召开。还成立了中日大肠肛门病学术交流会,不定期轮流在两国召开,还有亚洲肛肠学术交流会。从而增进了与世界各国学术团体之间的了解与合作。

由于开展学术交流和杂志的出版,促进了学术水平和疗效不断提高。中西医结合的新理论、新技术、新疗法、新仪器不断出现,又丰富了肛肠科的内容。先后出版了专著和译著150余部(详见附录B),有全国著名肛肠科专家集体编写的巨著,也有专家个人的专著,丰富多彩,各有特色,反映了作者和地区性的学术水平和专家的临床经验。

### (三) 中西医结合历经50年,专业队伍不断扩大,肛肠科遍布全国城乡

中医和中西医结合疗法操作简便、微创无痛,疗效可靠,容易掌握,通过举办学习班很快得到推广。各省、市、自治区县中医院,中西医结合医院,中医院校附属医院,部分西医院校附属医院和西医院,民营医院都成立了肛肠科或肛肠医院。中西院校和部分西医院校的大专生、本科生、硕士生和博士生陆续地参加了肛肠科工作。据中医研究院粗略统计,95%以上的肛肠科用中医和中西医结合疗法治疗肛肠疾病,现已成为我国肛肠科医师治病的主流。1991年国家中医药管理局颁布的中医药行业标准就有肛肠病的诊断和疗效标准,使中医肛肠科诊疗工作规范化、标准化、现代化。2001年始由国家中医药管理局组织“十五”中医肛肠重点专科建设,又得到了快速、良性发展。北京广安门医院、南京市中医院及辽宁中医药大学肛肠医院等8家重点专科建设单位扩大治疗范围,发挥中医特色优势治疗溃疡性结肠炎和功能性便秘,取得了良好效果。肛肠科专业队伍不断壮大,遍及全国城乡。

## 三、中西医结合的方法及成果

中西医结合不是简单的相加,是优势互补的有机结合,是一项学术研究,并要求从临床做起。临床研究是一切中西医结合研究的基础,临床无效,理论和实验研究都是空的,毫无意义。临床研究要求按照循证医学的要求和统计学处理的数据,用现代科研手段进行多中心、前瞻、随机、双盲、对照的科研设计来观察和确定疗效,50年来,出现了许多好的方法和成果。

1. 枯痔疗法与注射疗法的结合 中医枯痔散和枯痔钉都含砒,易中毒,且已有中毒死亡1例报告,故后改用无砒枯痔散和枯痔钉。枯痔效果差,因此各家研制了许多以明矾为主的注射液向内痔注射,且取得良好的效果。其中,史兆岐的消痔灵被日本引进后称为OC-18,后由日本药厂生产定名为ZIONE注射液。消痔灵还可向结直肠息肉和直肠周围注射,治疗息肉和直肠脱垂,可减少开腹手术。安阿玥的芍倍注射液也已经上市销售。

2. 利用现代制药新技术研制新药和改变剂型 如湖南中医学院附属二院研制的排气合剂和痔宁片,获SFDA批准上市和新药证书。尹伯约研制的消痔丸也通过了甘肃省级技术鉴定,另有胶囊、栓剂等。

3. 中西药结合 根据剂型改革和治疗的需要,选择可以配伍、协同增效的中西药物制成新药,疗效高于单一用药。或中西药联合应用治疗炎性肠病、肠道易激综合征和功能性便秘。

4. 利用科学仪器诊治疾病 用各种内镜、直肠腔内超声、肛管直肠压力测定、排粪造影、电子纤维镜、CT、MRI、盆底肌电图等诊断和鉴别诊断疾病更清楚、更准确。辽宁中医药大学肛肠医院利用纤维结肠镜将消痔灵原液向高位息肉注射,使其硬化萎缩或坏死后脱落,治愈百余例,疗效显著,可减少开腹手术。此外,还有利用激光、电子手术治疗机等治疗痔,效果良好。

5. 利用现代科研手段 如采用腔内超声、肛管直肠压力测定、组织、影像等手段,进行多中心、前瞻、随机、双盲、对照的科研设计,来观察和确定中医药和手术的疗效。要求按照循证医学的要求和统计学处理的数据,并有协作单位进行的临床验证证实同样有效才行。

#### 6. 中西手术的结合

(1) 利用现代外科成果,如消毒法、无菌术、麻醉法、长效止痛药和一些手术器械进行内痔结扎和肛瘘挂线等,使古老的中医手术现代化,减轻了疼痛和感染,缩短了疗程,提高了疗效。

(2) 混合痔:外痔切除,内痔结扎,而成外切内扎术。如外痔丛剥离,内痔结扎,而成外剥内扎术,是 Milligan-Morgam 术式和中医内痔结扎术相结合而成,为常用的中西医结合经典手术。

(3) 钳夹套扎法和注射枯痔液相结合。

(4) 复杂性高位肛瘘切开挂线术:是广安门医院设计的中西医结合术式,即低位切开,高位挂线。避免了术后肛门失禁的难题,比国外开腹造口—治愈肛瘘—闭口术有一定的优越性,曾获卫生部成果奖。美国肛肠杂志于 1976 年曾转载《切开挂线法治疗高位复杂瘘》一文。

(5) 内口封闭药捻脱管术:是成都曹吉勋在继承古人药捻脱管法的基础上与西医内口封闭术相结合而设计的,操作简单,充分保护了括约肌功能,是充分发挥中医特色的术式。

(6) 小针刀疗法:是针灸针和手术刀两种器械优势的结合,体现微创理念的术式。在治疗肛裂、肛周瘙痒、耻骨直肠肌综合征、肛管直肠狭窄等病时,显示出操作简单、创伤小、痛苦少、愈合快、并发症少、治愈率高等优点。

(7) 围手术期的结合:术前频饮番泻叶浸泡液清洁肠道。术后服麻仁丸或麻仁软胶囊可防治便秘,润肠而不伤脾,优于西药缓泻药。针灸推拿治疗术后尿潴留,可减少导尿。术后中药熏洗坐浴,伤口外用生肌散、珍珠散(促进上皮增生)或生肌玉红膏、痔疮栓等,可收敛止血、去腐生肌、促进伤口愈合等。生肌玉红膏经李国栋实验研究证实优于其他外用西药。

(8) 结直肠癌手术前后的中医药疗法:在肿瘤综合治疗中,术前用中药调节阴阳气血和脏腑功能,以增强患者体质,为顺利完成手术创造有利条件。术后用中药健脾益肾、补气养血,可增强机体免疫力,减轻放疗、化疗的毒性反应,从而增加食欲,减轻症状,增强抗癌能力,提高生活质量和五年存活率。

7. 中西医护理的结合 过去中医,个体开业,不设病床,医护合一,由医师吩咐患者和家属执行。应聘进院后,护理人员进行中医调护与西医护理相结合的学习,制定了中医肛肠科辨证施护的统一护理常规,并用刮痧、拔罐、针灸、推拿和换药等方法施护。

8. 利用现代高新技术进行实验(动物)研究 在肯定疗效、数据确切后,进行实验研究,探讨疗效机制,提出理论依据。没有治愈率数据的小样本不做为宜,以免浪费人力物力财力资源,徒劳无益,毫无意义。

### 四、中西医结合的思路、临床实践及成果

笔者 50 年来积累了一些经验,取得了一些成果,这是根据患者到中医院看病就地想用中医和中西医结合疗法治病的要求和临床需要而加以中西医结合研究改进而成的个人经验和成果。

#### (一) 学习前人经验,古为今用

1. 肛周脓肿一次切开挂线根治术 一农妇患肛周脓肿,卖牛治病,要求一次手术根治,但无先例,联想用中医挂线法治愈肛瘘的经验治疗肛周脓肿,古今文献查无记载,后经患者同意试验治疗,如成功则免去二次手术痛苦和经济负担;如失败后遗肛瘘,再行二次手术也无损于患者病情,遂在脓肿切开排脓后当即寻找内口挂线,结果一次切开挂线根治术成功,其后屡治屡效。又经协作单位临床验证随访了 3 个月,远期治愈率 96.9%。1986 年获辽宁省科技进步三等奖(证书号 86 医-3-11-)。我院至今还在应用,共治 6 000 余例,随访 3 000 例,近期治愈率达 99.7%,现被临床列为首选术式。

2. 利用现代科学优选法研制硝矾洗剂 无煎药条件的患者要求熏洗剂不用火煎,开水冲化即可熏洗。但查无现成方剂,遂学习和收集古今熏洗方,上至《五十二病方》,下至清代《图书集成·医部全录》及各省、市、自治区出版的《秘验单方汇编》,共 326 首。先从中筛选出不需要火煎的中药,再从

中筛选出溶于水的药物,然后根据常见的肛门症状和术后创面生长的需要,用优选法选出最佳药味,即占326首比例最多的三味药:朴硝、硼砂、明矾优化组合成硝矾洗剂。此方具有消肿止痛、收敛止血、去湿止痒、去腐生肌、抑菌杀虫多种功能,使用方便,效果好,经协作单位临床验证,对各种症状的总有效率为87%~100%,消肿止痛的效果达99.2%~100%。硝矾洗剂于1986年通过省级成果技术鉴定(证书号860435)。

## (二) 中西医结合环痔分段结扎术

环形混合痔病情最重,以前多用KLOSE环切术(木塞法),因此种术式操作复杂,损伤大,手术时间长,术中出血多,术后剧痛,并常有皮肤缺损、黏膜外翻、肛门狭窄和失禁等后遗症,故废弃不用,改用外切内扎术,术后常留皮赘,需二次切除。遂将西安医院环痔分段切除术改用中医结扎分段后的痔块,使其坏死脱落,并在肛后偏一侧分段切开处挑出内、外括约肌皮下部切断松解,这样可避免术后狭窄。个别病例术后轻度狭窄,经指扩肛即可好转。283例全部治愈,随访171例无复发。被列为省级科研成果(详见混合痔手术)。我院至今还在常规应用,共治近3000例。随访10年,远期疗效确切。

## (三) 学习国外经验,洋为中用,研制直肠全脱出三联术

直肠全层脱出,保守无效,必须手术,术式繁多,均不理想。行开腹悬吊固定加直肠前壁折叠术后,全层不再脱出,但与肌层分离松弛的黏膜仍有部分脱出,患者认为治疗不彻底,常需二次行直肠黏膜结扎术加肛门环缩术才能治愈,因此患者不愿开腹,要求经肛门手术。

1. 直肠黏膜排列结扎术 原为Ganti三轮法,因行不定点无规律地结扎直肠黏膜使其缩短,故又称直肠黏膜缩短术。但有时结扎血管走行区黏膜,脱落后常有出血。遂改用直肠黏膜排列结扎术,即在充分脱出后直视下选择无血管走行区的左前、左后、右侧距齿状线1.5cm处开始排列结扎整个脱出黏膜至远端肠口,形成三个链条状。肠口能通过两横指,防止直肠狭窄,牵起结扎线在其底部黏膜下注射消痔灵原液,既可防止脱落出血,又可使黏膜与肌层粘连固定。在脱出直视下比在直肠腔内操作方便,准确。

2. 肛门环缩术(theirsch术) 因直肠反复脱出导致肛门括约肌松弛,承托黏膜无力。肛门环缩术比肛门紧缩术操作简便,损伤小,微创无痛,不易感染。但原法用银丝环缩会无弹性,环缩略紧排便困难,环缩略松不起作用。后反复试用丝线、肠线、胶圈、硅胶管,会出现无弹性或弹性过松。故最后选用输液器粗塑料管,虽环缩略紧,但有弹性,用力排便时可撑大而排出;环缩略松时,因弹性不大,仍有环缩和支持承托作用。但接头处用一般结扎法,会突出刺激切口,不易愈合;平行接头,易滑脱而断开。在平行接头中间和两侧各钳夹一沟,在沟内用丝线结扎,形成三道结扎线,再将平行接头离开切口,移至肛周皮下0.5cm,切口可不缝合,随诊半年后拆除塑料管,肛周皮下仍可触到异物反应导致增生的纤维环,尚有环缩和支持承托作用。

上述两法联合应用对Ⅱ型Ⅱ~Ⅲ度严重病例有可能复发。即使未复发,患者总会感到直肠坠胀,排便不畅,由外脱垂变为内脱垂。如不同意开腹,可行消痔灵直肠周围注射,治疗后坠胀感消失,排便顺畅,顿觉轻快。此后凡直肠全层脱出,均行三联术。

3. 直肠周围注射法 最早为冯兰馨用95%乙醇行直肠周围注射,因刺激性太强未能推广。中西医结合后,广安门医院和黄乃健用7%~8%明矾液注射效果良好,但黄乃健又指出明矾液只能粘连固定肠管,对括约肌松弛、黏膜松弛仍部分脱垂者需再行括约肌紧缩术和直肠黏膜排列结扎术。笔者用市售消痔灵原液(4%明矾)注入两侧骨盆直肠间隙和直肠后深间隙,共45ml。先行排列结扎术,次行环缩术,此间脱出直肠可充分复位后再行直肠周围注射。三种手术一次完成,取长补短,相辅相成,增强效果,我们治疗94例,全部治愈,平均疗程15.8d,随访半年55例取管者均未复发,无任何后遗症。曾获辽宁中医学院科研成果奖。

由于这些手术微创无痛、效果突出可靠,故1971年6月被选编入辽宁中医学院西学中教材《中医临床讲义》下册肛门直肠疾病一节,并在课堂上讲授,加以介绍,做教材交流。

## 五、经验和体会

1. 以人为本,治病救人 患者的要求和临床疑难问题就是研究的方向。如患者要求一次根治,熏洗药不用火煎,不愿开腹手术等,临床上难治的环形混合痔、溃疡性结肠炎等就是研究的重点。我们在研究中首先要发掘中医精华,如果单用中医未成功,就要选择中西医结合的方法,选题确定后就要按照科研设计进行,并作阶段性总结,找出不足之处,及时改进,最后进行全面总结。

2. 广泛开展协作研究是成功的关键 中西医结合是一项学术研究,要搞学术就要求真务实,来不得半点虚假,也无捷径可走。不要怕失败,如失败要找出原因加以改进。如果成功,还要联合几个单位统一设计协作研究,经其他单位临床验证最后确定疗效数据,这样才能经得起历史的考验。

3. 中西医结合组方要精、验、便、廉 组方不在多少,在于精巧有效,使用方便,价格低廉。如硝矾洗剂仅三味药,功能多,明矾一味就能收敛止血,去腐生肌,抑菌杀虫(抑菌试验为广谱抗生素、杀虫药)。枯痔液、消痔灵、通灌汤和硝矾洗剂都有明矾,是肛肠科主要药。如手术,要求操作简单,损伤小,微创无痛,所以直肠脱出三联术选用肛门环缩术,环痔分段结扎比切除缝合简便。

4. 中西医结合是可行的 中西医是两种不同的医学体系,但都是自然科学,服务对象都是患者,人又与社会科学息息相关,自然科学和社会科学的高度概括就是哲学。中医理论贯穿着朴素辩证法,西医理论的基础是唯物论,二者结合去伪存真,辩证唯物论成为医学指导思想。中医以宏观方式观察疾病,西医以微观方式观察病变,宏观与微观相结合诊治更全面更细致。中医源于经验医学,西医源于实验医学,经验和实验相结合,技术更好,水平更高。正如患者所说:中医好,西医好,中西医结合起来更好。所以从理论上讲中西医结合是可能的,从实践上讲是可行的。索约瑟的研究也表明西方科技对中国古代科技融通的速度与进程,与各学科研究对象的有机程度相关。有机程度越高统一的速度越慢,某一门学科越复杂就越难实现东西方的统一。中西医肛肠学科相对来说比较简单,容易实现东西方的统一。历史事实证明,肛肠科是中西医学结合得比较好的一门学科。

那么,怎样做才可行呢?就是肛肠科医师要不分中西医,都要学习和掌握中西医两种知识,吸收二者的长处,做到古为今用,洋为今用,中西医结合,自主创新。古为今用就是努力发掘中医精华,利用现代科学整理提高;洋为中用就是优选引用西医成果,要用高新技术加以研究;中西医结合就是优势互补,有机结合,最后融会贯通;自主创新就是独立思考,自主研究,创造中国统一的新肛肠学科。

## 六、问题与展望

50年来,虽然取得了一些经验和成果,但肛肠科的基础理论体系尚未打破中医、西医各自的局限性,二者的长处尚未融会贯通,因而不能更有效地指导实验和临床实践。如中医认为痔是病,现在有的西医则认为痔不是病。痔是否需要根治,痔的疗效标准是解除症状等问题还需要通过中西医结合临床实践去检验,最后达到融会贯通。

随着时代的发展,科学的进步,中国医学发展较快。且肛肠科也涌现出一批中西都懂,掌握两套本领,不分中西医的一代年轻专家。所以我们一定能够继往开来,开创理论研究的新时代,创造中西统一的新肛肠学科。

今后每年都有中西医院校毕业的本科生、研究生充实到肛肠学科里来,如何做好中西医结合肛肠科研究工作,也需要从头做起。

## 第二节 如何做好肛肠科中西医结合工作

肛肠科是一个传统科室,早在宋代就有痔瘻专科及专科医师和专家。科室虽小、病种较少,但却有

独到之处，颇具特色。要想做好肛肠科工作并非易事，绝不像想象中那么简单，一学就会。而且闻道有先后，术业有专攻，小中有大、少中有多、易中有难。因此，肛肠专科医师要做到以下几点。

1. 要热爱专业，要有高尚的医德 肛肠科疾病都发生在人体最脏的部位，所以医务人员必须有坚定的事业心，绝不能怕脏、怕累，而嫌弃患者，甚至斥责患者。只要做好医疗防护和保健工作，认真消毒隔离，保持好环境整洁、空气清新，医护患者都能够感到舒服。和其他科一样，也是一项有意义的工作，同样会受到人们的尊敬和爱戴。

肛肠科除内治法和外治法外，还有手术法。因此，一刀一剪、一针一线都关系到患者的痛苦，甚至生命。绝不能为了个人学习使患者受到痛苦与损失。必须认真负责，严格遵守操作规程和各项制度，不能粗心大意，马虎从事，造成差错与事故。要在老师的指导下，谦虚谨慎，以认真负责的态度学习和工作，尽一切可能消除患者的痛苦。

2. 要团结合作，培养良好的医风 肛肠科工作，特别是手术，是集体劳动，要互相配合才能完成任务。因此，在工作中要互相帮助，减少差错，杜绝医疗事故。出了问题不能互相埋怨，要主动找差距、总结经验、吸取教训、改进工作。对患者体贴关怀，耐心照顾，操作轻柔，态度和蔼，语言亲切，只有这样才能取得患者的信任和爱戴。

3. 要勤学苦练，打好基本功 一般是在各科理论学完之后，具有坚实的医学基本理论和各科临床技术，在内、外科实习的基础上，才进行肛肠科工作。肛肠科也有专科基础知识和临床技术，必须从头学起，由浅入深，循序渐进，不能好高骛远，急于求成。有些青年医师只想脱产学习，不重视经常的查房、巡诊、门诊、病历书写、手术操作、处方、换药等基本工作，甚或浅尝辄止，觉得一听就懂，一看就会，不肯钻研。经验证明，反复实践，勤学苦练比什么都重要，因为病情是千变万化的，有些技术不是用语言文字所能全部表达出来的。如挂线疗法寻找内口，只有在具体工作中反复体会才能真正掌握。有的医师只是追求手术，忽视检查、指诊、换药工作，不去钻研基础理论，而成为单纯手术匠。只有把感性知识不断丰富起来，认真学习理论知识，这样不断总结提高，才能做到熟能生巧、运用自如、全面发展、取得良效。在打好基础的同时，要学好和遵守各项规章制度，明确职责范围，掌握医嘱，并熟悉会诊、转科制度，这样才能做好肛肠科工作。

4. 要有严肃的科学态度和严格的科学作风 肛肠科也有科研任务，青年医师要做一些科研的基本工作和辅助工作。因此要注意学习科研基本知识，养成严格的科学作风，要有学术风气，要敢于争鸣，要有创见，注意不同学术观点的合理内核，从事科研工作要一丝不苟、核对数据要准确，记录内容要真实，决不能虚报数据、骗取荣誉。更不能抄袭和剽窃别人的文献和成果，变为己有，这是不道德的行为。因此，科研工作要在导师指导下进行，尊重导师的意见，文章写好后要请导师过目。还要听取不同意见，反复进行修改，不能故步自封，要搞好协作，只有这样才能取得较好的科研成果。

5. 学习边缘知识，促进专科发展 经过一段专科学习后，在掌握基本临床技术的基础上，还要通过会诊、进修和自学方式学习各种专科知识，特别是与肛肠科密切相关的边缘科学、渗透科学的知识。如外科基本操作技术，以及妇科、泌尿科等有关技术知识。基础不牢，知识面窄，不掌握边缘技术是不能促进肛肠科发展和提高的。

肛肠科的发展和提高，不仅要注意挖掘中医痔瘘科的传统疗法、经验，而且还要利用现代科学方法，加以整理提高，不断充实专科内容，逐步实现中西医结合现代化。因此，一定要学习解剖生理学、药理学、病理学以及医用统计学等科研知识。同时还要掌握各国在肛肠科方面的发展趋势和学术动态。掌握国际行情和现状，预测未来的方向，做到心中有数，有的放矢。这样就需要学好外语，不断吸取和引进先进经验和检查技术，进一步丰富肛肠科内容，不断扩大治疗范围和提高疗效，为人类作出应有的贡献。

## 第2章 肛肠组织解剖学与生理病理学

中医对肛门直肠的解剖和生理早在《灵枢》《素问》和《难经》中就有记载，但因古代度量衡不同，历史条件有限，没有现代解剖、生理学讲得精确全面和实用，又因肛门直肠的解剖学、胚胎学、生理学及病理学在各个基础理论著作中介绍的内容很少，故在此作一补充介绍。这些基础理论知识，一定要学好，对中西医结合有重要意义，可提高诊治和手术水平，便于开展新技术，用这些现代科学技术可使中医痔科现代化。

### 第一节 肛肠胚胎学

女性的卵细胞受精后，便开始分裂。受精后72h左右，经过卵裂而形成12个卵裂球，形似桑葚，成为桑葚胚。卵裂球之间开始分化之后，桑葚胚的细胞重新分布，组合在一个中央腔的周围，形成了囊状结构的胚泡，进入了囊胚期。继续分化，在胚泡的一极出现了内细胞群发育成胚体。囊胚的其他细胞组成滋养层与母体的基蜕膜共同构成胎盘。

胚胎发育至第4周左右时，胚盘的头尾和中部向背侧隆起，胚盘边缘则向腹侧卷折，并逐渐聚拢，羊膜腔也随之向腹侧包卷，最后形成脐带。此时，胚体已由扁平状变成圆柱状，被包在羊膜腔内，浸泡在羊水之中。在圆柱状胚体形成过程中，内胚层被包卷到胚体内部，形成沿胚体前后轴延长的管腔，称为原肠，是原始消化管。原肠的前后端封闭，中部腹侧开放与卵黄囊相通。前盲管为前肠，后盲管为后肠，中部与卵黄囊相通为中肠。随着胚体的发育，中肠与卵黄囊之间的通道闭合，三者即形成互相连续的消化管。此后，后肠末端分化为直肠。直肠在胎儿时呈梭形，上端球状膨胀部称肛球，以后就发育成直肠壶腹部。在梭形管以下，还有短而不明显的膨大部为尾球，将发育演变成直肠颈，外科解剖肛管下部的中间带。尾球存在的时间短，在胚胎四周大部分消失。

胚胎发育至第5周左右，在尿囊与后肠汇合处的泄殖腔壁上分化出半月形的尿直肠瓣，此瓣由泄殖腔颅端的上皮组织与一个楔形的间充质团（中胚层）组成，逐渐向尾端推进直达泄殖腔膜而形成一个尿直肠隔（如此隔发育不全，可发生膀胱直肠瘘等畸形），将泄殖腔分隔成背腹两腔。背侧演变为直肠，直肠末端为肛膜所封闭，在肛膜的周围由外胚层形成数个隆起，称为肛突，其后肛突融合而形成中央凹陷的原肛。腹侧演变为尿生殖窦、膀胱及尿道。

胚胎发育至第8周时，肛膜破裂，原肛与直肠相通，原肛的开口即为肛门（如此膜未破或破裂不全则成肛门闭锁或肛门狭窄），此处残留的肛门与直肠的界限即为齿状线。肛膜破裂吸收的遗迹即为肛乳头。

胚胎期，会阴部的肌肉，包括外括约肌，均起源于局部的间充质。胚胎第2个月时，已出现皮肤的形态。在第3个月时，此皮肤分化为外括约肌和尿生殖窦括约肌。尿生殖窦括约肌又分出尿道膜部括约肌、坐骨海绵体肌、会阴浅横肌，而后再分出会阴深横肌。外括约肌和肛提肌的发育是各自独立的，前者来自泄殖腔括约肌后部，后者来自脊柱尾部肌节。

## 第二节 肛肠解剖学

### 一、肛管直肠解剖

近年来肛肠解剖的研究进展较快，一些基本结构和概念得到更新。特别是微细解剖的研究比较精确，出现了三肌襟、中央间隙和肛垫等新的概念。虽然手术时肉眼看不清，国内外尚有不同意见，但是对新知识也应该了解，以作为手术参考。

#### (一) 肛管解剖

1. 肛门 以两坐骨结节为连线，向后至尾骨的三角形区域称肛门三角，习惯上亦称肛周，中间是肛门。肛门是消化道末端的开口，即肛管的外口，位于臀部正中线上、在 Minor 三角之中（平时紧闭呈前后纵形，排便时张开呈圆形，直径可达 3cm）。肛门周围有很多放射状皱褶，当排便时肛门扩张，皱褶消失，便后肛门收缩时皱褶复原，粪渣和细菌极易卷入皱褶内藏匿起来，所以手术前消毒必须彻底。肛缘向后至尾骨尖之间，形成一个纵沟，即臀沟，深浅不一，深者易潮湿感染。肛门三角和尿生殖三角（会阴三角）合称会阴区（图 2-1）。其前方皮下有会阴浅筋膜和会阴体肌，如果切断，则肛门向后移位。其后方臀沟下，肛缘向后至尾骨之间，有肛尾韧带（图 2-2），起固定肛门的作用。肛门后脓肿或肛瘘手术切开时，若切断肛尾韧带，可造成肛门向前移位，影响排便。因此，手术时尽量做放射状切口，以免损伤这些组织及皱皮肌纤维。肛门皮肤比较松弛而富有弹性，手术时容易牵起，因而切除过多肛门皮肤易造成肛门狭窄。肛门部神经丰富，感觉敏锐，手术时疼痛明显。

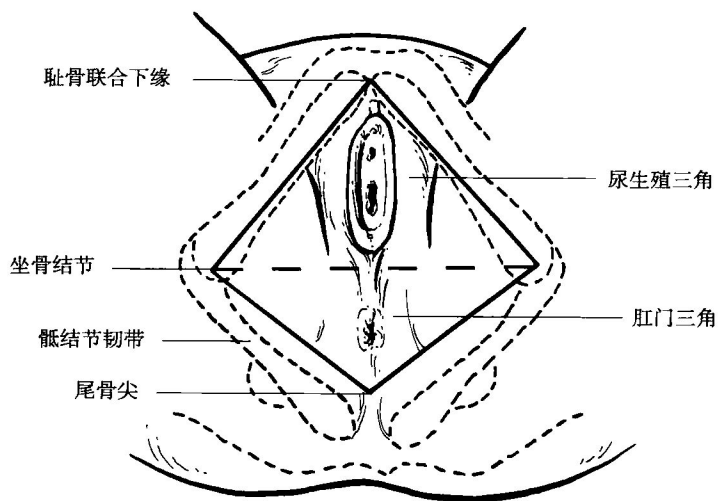


图 2-1 会阴的分区

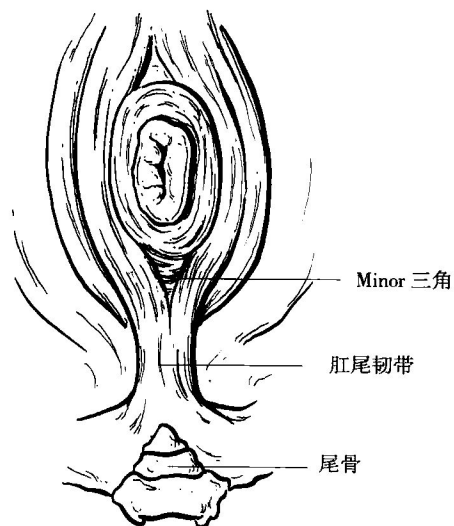


图 2-2 Minor 三角和肛尾韧带

2. 肛管 肛管是消化道的末端，肛管上端止于齿状线并与直肠相接，向下向后止于肛门缘，因此，肛门缘到直肠末端的一段狭窄管腔称肛管，成人肛管平均长 3~4cm。而外科通常将肛管的上界扩展到齿状线上 1.5cm 处，即肛管直肠环平面。手术中要特别注意保护肛管皮肤。我国成人肛管周长约 10cm，至少应保留 2/5，否则会造成肛门狭窄、黏膜外翻、腺液外溢。

(1) 肛管分类：肛管分为解剖肛管和外科肛管。解剖肛管是指齿状线到肛门缘的部分，又称皮肤肛管或固有肛管，临床较常用，前壁较后壁稍短，成人长 3~4cm，无腹膜遮盖，周围有外括约肌和肛提肌围绕。外科肛管是指肛门缘至肛管直肠环平面（肛直肠线）的部分，又称肌性肛管或临床肛管，临床较少用，



成人长 (4.2 ± 0.04) cm。Shafik (1975 年) 认为应把肛提肌内侧缘至齿状线的一段称为直肠颈, 把齿状线至肛门一段称为解剖肛管, 把直肠与直肠颈交界处称为直肠颈内口, 肛管外口称肛门。我们认为这种新分界方法比较合理, 既反映了解剖特点, 又能指导临床 (图 2-3)。

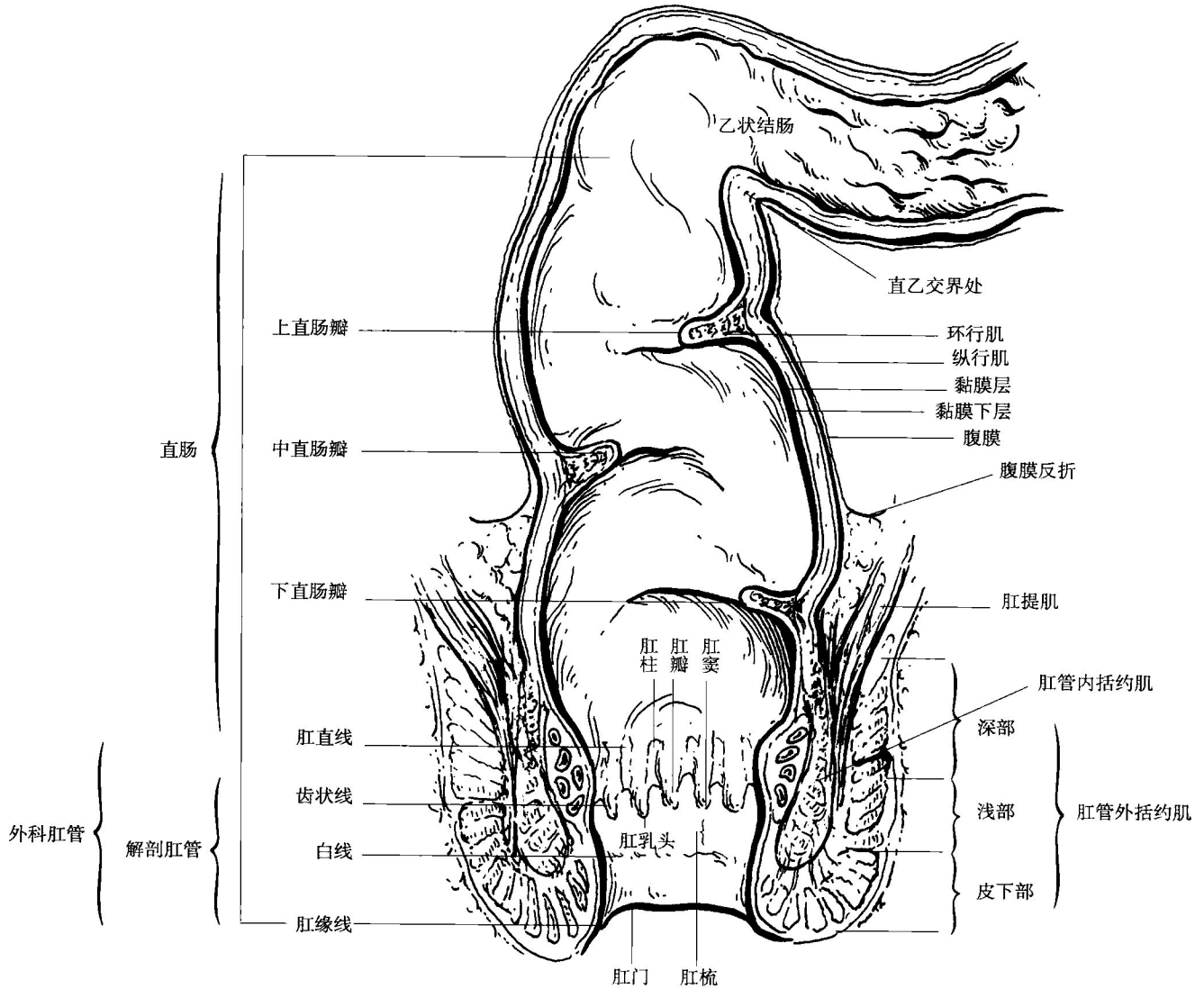


图 2-3 直肠与肛管冠状切面

(2) 肛管四线分界: 肛管内腔面有四条线, 即肛皮线、白线、齿状线及肛直线。三条带, 皮带位于白线与肛皮线之间; 痔带位于齿状线与白线之间; 柱带位于肛直线与齿状线之间 (图 2-4)。

① 肛皮线: 平常称肛门口、肛门缘, 是胃肠道最低的界线。

② 白线: 又称 Hilton 线, 是肛管中下部交界线, 正对内括约肌下缘与外括约肌皮下部的交界处。指诊可触到一个明显的环形沟, 此沟称为括约肌间沟 (亦称白线)。沟的宽度 0.6~1.2cm, 距肛门口上方约 1cm, 肉眼并不能辨认 (图 2-5)。行内括约肌松解术时, 以此沟为标志, 切开肛管移行皮肤, 挑出内括约肌在明视下切断。肛管移行皮肤如切除过多, 易致肛门狭窄, 须注意。临床上常用此沟来定位内外括约肌的分界。