

BI JISHU GENGDUO
REN DONGLIN GANGCHANG WAIKE SHOUSHU JI

比技术更多

——任东林肛肠外科手术集

 任东林 著



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

BI JISHU GENGDUO
REN DONGLIN GANGCHANG WAIKE SHOUSHUJI

比技术更多

——任东林肛肠外科手术集



任东林 著

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

北京

图书在版编目(CIP)数据

比技术更多:任东林肛肠外科手术集 / 任东林著. -- 北京:人民军医出版社, 2013.6
ISBN 978-7-5091-6677-2

I. ①比… II. ①任… III. ①肛门疾病-外科手术②直肠疾病-外科手术 IV. ① R657.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 106458 号

策划编辑:王琳 文字编辑:王琳 责任审读:黄栩兵
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:(010) 51927409
网址:www.pmmp.com.cn

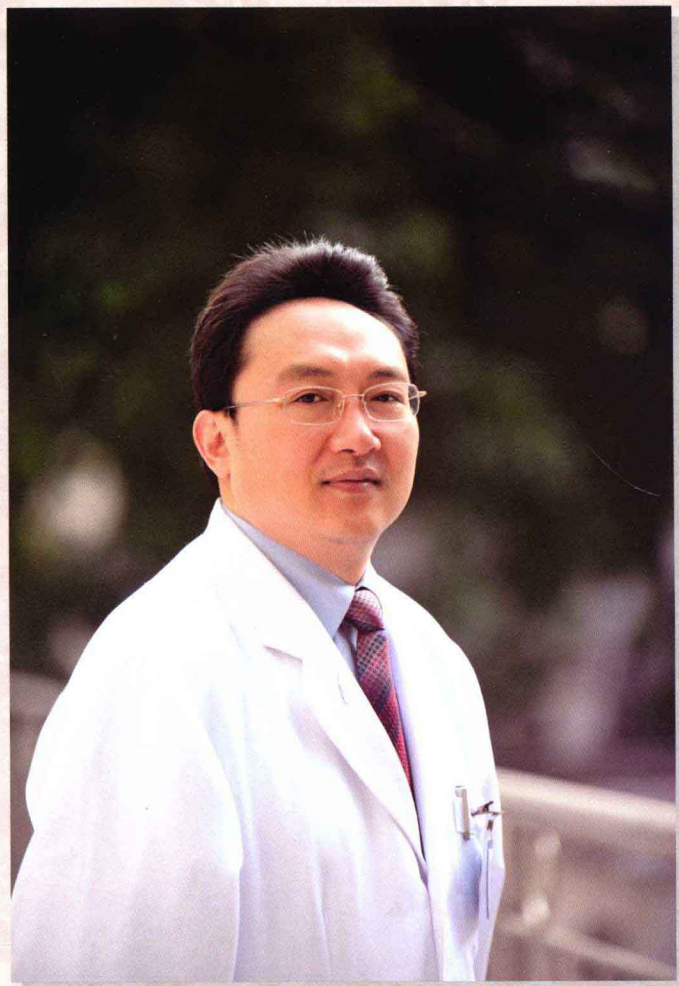
印、装:北京海纳百川印刷有限公司
开本:787mm×1092mm 1/16
印张:2.75 字数:45千字
版、印次:2013年6月第1版第1次印刷
印数:0001-2000
定价(含光盘):299.00元

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

任东林肛肠外科示集

任东林





任东林 四川绵阳人
医学博士，中山大学外科学教授



内容提要



这是一本采用实时摄影方式编辑而成的肛肠手术录像集。全书共分9章，附带光盘中记录了57个真实的手术案例，系统介绍了结直肠肛门外科常见的、少见的手术方法与技巧。这些案例在病理特点和手术方法上具有代表性，手术设计思路巧妙，其中有些病例罕见，影像资料十分珍贵。在编辑上以录像为主，文字点睛为辅，以直观的手术录像，配合要点提示，利于读者掌握手术的要点。本书适合普通外科医师、肛肠外科专科医师及其进修医师阅读参考。

在外科工作二十多年的时光里，我用手术刀表达了对这个专业的痴迷与热爱，表达了我的人生观和世界观，表达了我的追求和理想！这样无止境地努力，特别用心地实践，希望把刀功练到极致，因为，我把刀锋对组织的温柔接触，理解为对患者的一种尊重与关爱。是的，这种努力是那样的没有终点，因为，这种发乎于心的关爱没有终点！

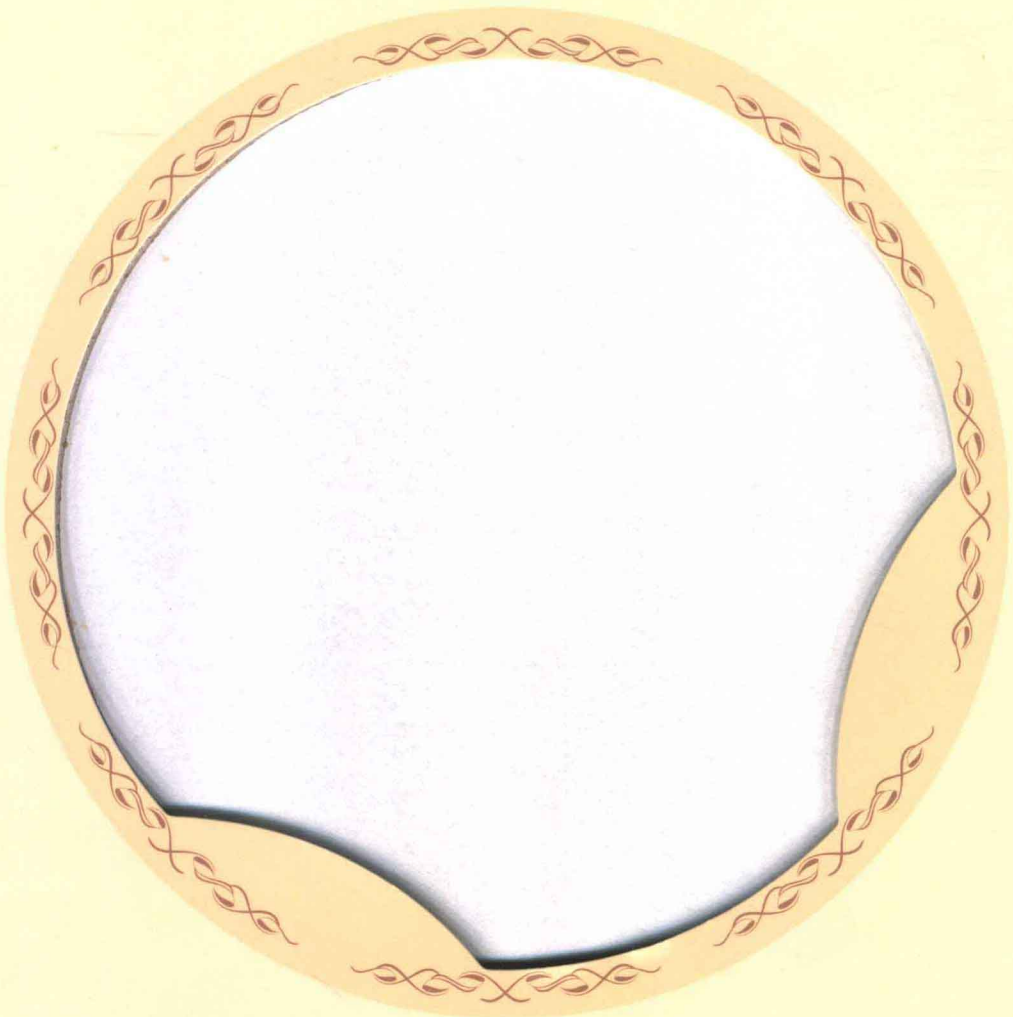
——代题记



I



Beyond the skills
More than love



目 录

第一章 痔	/01
一、痔外切内扎术	/01
二、痔脱垂	/02
三、血栓痔还是痔血栓形成?	/02
四、嵌顿痔是否行一期手术?	/02
五、痔联合或混搭手术	/03
六、痔胶圈套扎术	/04
七、痔上黏膜环切钉合术	/05
八、选择性痔上粘膜切除钉合术	/06
第二章 肛 瘻	/08
一、肛瘻手术理念与技巧	/08
二、“带瘻生活”	/11
三、肛门直肠周围脓肿	/11
第三章 肛 裂	/14
第四章 便 秘	/15
第五章 盆底疾病	/18
一、盆底失弛缓	/18
二、直肠脱垂	/18
第六章 会阴损伤	/20
一、肛门直肠狭窄	/21
二、直肠阴道瘘	/21
三、会阴体裂伤	/23
第七章 感染性疾病	/24
一、骶尾部藏毛窦	/24
二、尖锐湿疣	/24
三、会阴坏死性筋膜炎	/25
第八章 肛周良性肿物	/26
第九章 结直肠开放手术的一些相关技术	/28



第一章 痔

一、痔外切内扎术

痔外切内扎术 (Milligan-Morgan hemorrhoidectomy, MMH) 是痔病治疗最经典的手术方式, 同时也是最有效的方式之一。外切部分的切口设计应根据痔核的大小、分布、脱垂程度及患者对痔病治疗的预期等因素加以综合考虑。完美的切口设计应该在有效处理病灶的同时, 保证术后不会发生肛门狭窄及残留皮赘等并发症 (图 1, 图 2)。完美的切口设计还应该包括: 最大限度地保护正常组织, 保证最短的愈合时间和对肛门功能最小的影响。

切除的深度应至外括约肌皮下部的浅面, 向内延伸时同样应在内括约肌的浅面, 在这个清晰的间隙内游离痔核, 出血的机会会明显减少。

痔核结扎的位置应在齿状线上 1.5cm 左右或更高一点的位置。位置太低, 术后疼痛、狭窄等并发症会明显增加。向内向上游离痔核超过齿状线上后, 应紧贴痔核边缘向痔核根部内收, 这样结扎的痔核组织不会太多太厚, 患者术后牵张疼痛感会小, 痔核坏死脱落会更彻底, 也会减少术后坏死不全致大出血的机会。



图 1 混合痔, 痔核分布不规则, 但也不是完全的环状混合痔

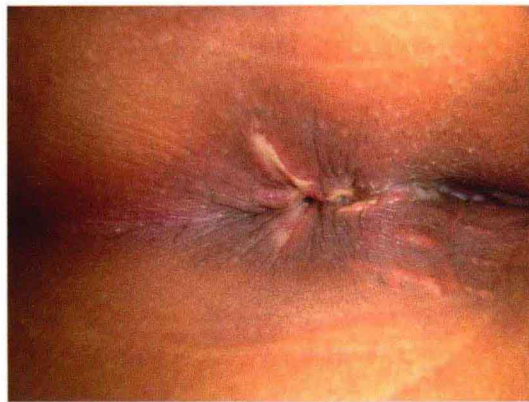


图 2 行外切内扎术后切口对合良好, 无皮桥水肿和皮赘残留

二、痔脱垂

不对称脱垂是不同患者或同一患者不同痔核的普遍现象。因此，切除痔核之间的皮桥应该给予相应的处理，否则患者易出现术后皮桥水肿。皮桥整形，包括在齿状线上黏膜部分的半闭锁缝合、固定上提部分可能较多或松弛的上皮(图3)，这些都是很好、很有效的办法。反复脱垂、痔核炎性增生，可以使痔核变得巨大。临床上大部分巨大痔都有较长时间反复脱垂的病史，当然有一部分巨大痔是脱垂后不能及时还纳，痔核内静脉及淋巴回流受阻、痔核充血肿胀所致。

反复的痔脱垂，有时不仅是痔核的脱垂，严重的病例常伴有直肠下段黏膜甚至是直肠全层的脱垂。因此术前评估肛门括约肌的功能很重要，包括了解括约肌，特别是内括约肌有无下移及程度等，这对选择手术时机及手术方式都有重要意义。个别痔手术后肛门失禁的病例，即可能与未重视此问题有关。

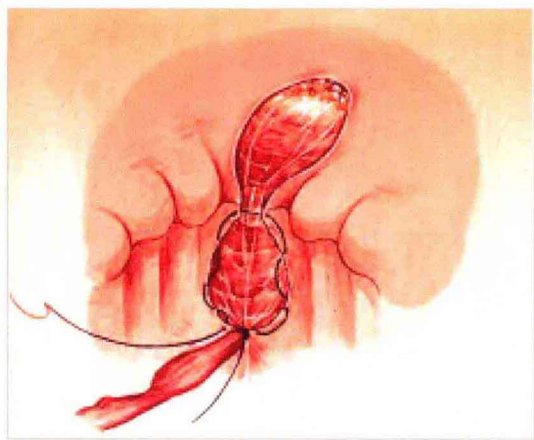


图3 痔核结扎，齿状线上部分切口可以半闭锁缝合

巨大痔手术的基本原则同样是去除病灶与保护肛门功能并重，与此同时，获得与病前同样的肛门形态一样重要。因此，对多数痔病患者来讲，痔手术实际上就是功能性的肛门成形术，对巨大痔来讲，尤其如此。

三、血栓痔、还是痔血栓形成?

通过术中的精细解剖可以发现非常明确的含有血栓的血管界限，可见，血栓痔应该是痔核血管内的血液栓塞(图4)，而不是肛缘皮下的小血管在突然暴力下破裂后在皮下形成的血凝块。血栓痔伴发的剧烈疼痛和患者肛缘皮下血管栓塞及高张力有关。

血栓痔手术采用单纯的切开皮肤、皮下、切破血栓痔包膜，挤出血凝块的方式是可以的，手术简单有效，恢复也很快。当痔处理也是可以选择的合理方式。事实上，有时候痔核脱出嵌顿，痔核的血管内会有大量的血栓形成，而此时脱出嵌顿是主要矛盾，血栓已不是关注的焦点了。

四、嵌顿痔是否行一期手术?

痔嵌顿水肿，脱出不能还纳是临床上肛肠外科常见的急症之一。如果没有及时地还纳复位于其自然位置，肛门内括约肌收缩或痉挛则会产生相当于疝的内环口作用：脱出的痔核嵌顿于肛门外，其内的动脉由于近端的压力较高，还会有动脉血继续向痔核内泵血，而静脉和淋巴则会因回流受阻而产生瘀滞，导致痔核水肿、静脉血栓形成。倘若没有及时地减压复位，进一步的病理改变会使痔核表面黏膜上皮产生糜

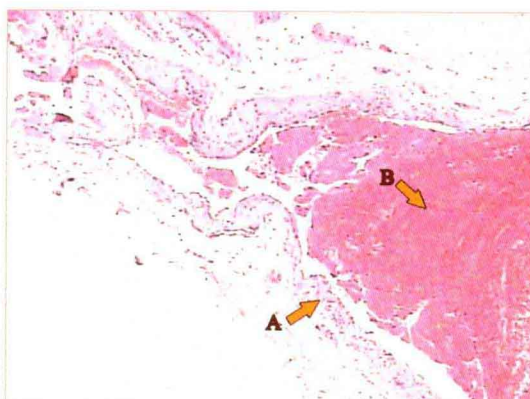


图4 对血栓痔在手术中仔细地解剖，可以清晰地发现皮下小肿物是血管内血栓形成所致。组织病理检查：可见明显的血管壁及其内的血栓，A：血管壁；B：血栓

烂、坏死，个别病例甚至会因此而继发细菌性感染。如果患者没有便秘、糖尿病等其他合并疾病，痔嵌顿感染不经积极处理，自然恢复的时间为7~10天。这意味着患者会经历一段非常痛苦的时间。事实上，痔的嵌顿水肿与腹股沟疝的嵌顿有类似的病理发展过程，早期的复位对防止病情进展有非常重要的意义。复位后有效的固定，适度的卧床休息，都可以防止痔核再次外脱。

对于不能复位者，早期手术明显比二期手术对患者更有利。痔核的嵌顿水肿，早期极少有细菌感染，因此，这样的手术不是感染性手术，不会引起人们担心的感染扩散。其次，嵌顿痔会给患者带来极大的痛苦，坐卧不宁、寝食难安，因此急诊手术不仅能立即解除患者的痛苦，同时也是防止可能的更严重的并发症的有效措施。术后的恢复也会在嵌顿痔的自然恢复时间内，不会增加本次治疗的时间，而且通常情况下患者不会有再次出现类似情况的风

险。所以，嵌顿痔急诊手术是合理的、合乎患者利益的选择。

嵌顿痔手术时由于痔核的水肿，组织的间隙比正常状态时解剖还要清楚，因此出血更少、术野更清楚。但由于可能存在上皮的糜烂，所以，手术时预留足够的有效皮桥十分重要。

五、痔联合或混搭手术

目前有关痔病的成因仍不十分清楚，因此任何所谓针对痔病病因的治疗都是不完全现实的。目前有关痔病的手术治疗方式都在不同的侧面为痔病治疗获得好的临床效果做出了有意义的贡献，包括套扎治疗、经典的外切内扎术、注射治疗、吻合器痔上黏膜切除钉合术（procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH）、选择性痔上黏膜切除钉合术（tissue selecting therapy, TST）等。而每一例痔病都因各自形成的原因不同而表现各异。因此，针对不同的患者、不同的痔病表现，应该选择

不同的适合该患者的治疗方法，此所谓：“不同痔，不同治”或“不同痔，不统治”。

鉴于痔病治疗的方法具有各自不同的优点，因此对痔病的手术治疗应该是合理的“混搭”（mix and match），即结合各种方法的优点同时克服各自手术方法的不足，最终实现在保证疗效的前提下患者利益最大化。

六、痔疮圈套扎术

痔疮圈套扎术（rubber band ligation, RBL）是痔病治疗最简单的方法之一，如果运用得当，也是最安全和有效的方法之一。在欧洲等国家和地区，胶圈套扎甚至是痔病治疗的主流术式，约 80% 需要手术治疗的患者都可以通过胶圈套扎缓解症状，甚至是彻底治愈。

痔疮圈套扎术的最佳适应证是以出血为主的痔病。反复的不能通过药物控制的Ⅱ、Ⅲ度痔，胶圈套扎可以起到立竿见影的止血效果。

对脱垂性的痔，胶圈套扎也有一定的上提和固定作用。对直肠黏膜内脱垂的患者，胶圈套扎也是一个很有效的方法。

胶圈套扎可以在痔核的上方，也可以在痔核的上端（图 5）。当痔核较小、脱垂和出血不重时，套扎的位置应选在痔核的上方，当痔核根部上方的黏膜及黏膜下层被收紧套扎后，可以起到上提和减少或阻断血流的作用，同时也可防止静脉反流（对有些病例来讲，静脉反流可能是痔病形成的一个重要原因），从而达到治疗痔病的目的。对于痔核较大、痔组织出血明显者，只要套扎的位置距齿状线上方有 1.0cm 以上的距离，对出血区域的套扎，会起

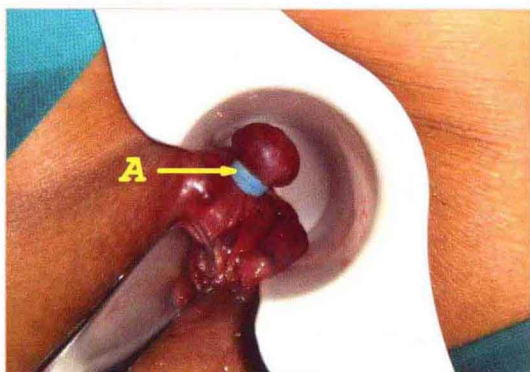


图 5 痔的胶圈套扎治疗，A 示胶圈套扎的位置，必要时可以用双胶圈套扎

到立即止血的作用，这样也并不显著增加术后的疼痛及其他并发症的发生。

套扎的位置在同一个平面一般不要超过 3 个，这既是防止术后后直肠狭窄的有效手段，也是减少术后肛门坠胀、疼痛及出血的重要措施。

套扎枪口径一般在 0.8 ~ 1.0cm，口径越大，吸入或牵入的组织会更多，在可能增加效果的同时，术后出血或其他并发症也可能会相应增加，当然这也和套扎痔核的多少及操作者的经验有关。

术后出血或大出血的主要原因有以下几点：一是胶圈在套扎组织还未完全坏死脱落前断裂，这样未彻底坏死的组织会出现出血情况。二是胶圈结扎过紧，坏死脱落过早，结扎组织基底尚未完全瘢痕化，创面容易裂开出血。三是脱落创面过大，溃疡过深，局部有感染等因素存在，在结扎胶圈脱落期间排便困难也可能是一个较大的影响因素。

对女性前方的痔，套扎时应警惕同时吸入套扎阴道后壁，对合并有直肠前突的女性患者



及老年直肠阴道膈薄弱松弛者，尤应注意。

有一点需要注意，不能把痔核的外脱完全寄希望于胶圈套扎治疗上。因此，外痔或皮赘的适当切除是有意义的。

七、痔上黏膜环切钉合术

痔上黏膜环切钉合术 (procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH) 是痔病治疗最有效的手术方式之一。

由于手术区域是在自主神经支配的直肠内完成，因此，可以显著的降低术后肛门区传统外切术带来的切口剧烈疼痛。

PPH 的手术技巧包括：①适度扩肛：不主张用手指过度扩肛，用 PPH 手术器械套装里面的圆形扩肛器 (CAD) 扩肛最好，大小适度，且由于其是圆形的，扩肛时肛门各个方向受力均匀，从而尽量减少了对肛门括约肌及肛门皮肤的损伤。②肛门镜的固定：只要肛门镜正确的置于肛管内，那么由助手用右手示指和中指呈 V 形固定同样可以获得很好的效果，当然用缝合固定的方式也可，但是皮肤缝合显然还是有些损伤和疼痛的。③荷包缝合的位置：在齿状线上 3cm 左右最好，适当的切除部分个别已经增生肥大的肛垫，不会显著影响肛门功能。吻合口过高，上提作用会减弱，手术后容易出现痔核脱垂，太低则会切除过多肛垫、甚至损伤齿状线，导致剧烈疼痛和影响肛门功能。④荷包缝合的方式可以是在黏膜下层潜行缝合 2 ~ 3 针，完成全周缝合 (图 6)，也可间断缝合数针，根据外科医师个人的选择而定。但是减少出针可以显著地减少术中出现出血或

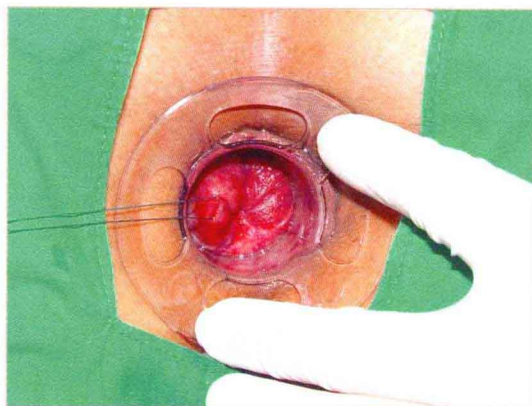


图 6 PPH 手术荷包缝合位置应在齿状线上 3cm 左右，黏膜下层及减少出针次数都可以有效地减少术中出血或出现黏膜下水肿的机会

黏膜下水肿的机会。⑤完成吻合前，女性患者应该常规检查阴道情况。⑥完成吻合后，吻合口出血会发生于绝大部分 PPH 手术病例，因此当完成吻合后，常规仔细检查吻合口非常重要，对有活动性出血的地方，应用可吸收线缝扎止血。

是否应在 PPH 手术中追加针对明显外痔或皮赘的切除？为了提高 PPH 治疗痔病的整体效果，包括症状的缓解和获得完美的肛门外形，个人的经验是这种追加皮赘切除或对明显外痔行 Mini-Milligan-Morgan 手术非常有意义。

为预防 PPH 严重并发症的发生，手术时应注意：荷包缝合时不应过深、过高、过低；吻合器应该是有极高品质保证的合格产品。术毕时必须仔细检查吻合口情况，包括彻底有效地止血等。

PPH 术后长期反复出血，应考虑吻合钉问题，个别患者存在持续排钉的情况，特别是

不合格的吻合钉，缝钉的反应会更重，拆除吻合钉是有效的处理方法。

吻合口狭窄是 PPH 手术后另一个相对严重的并发症之一，这与患者的体质及手术本身的设计有一定的关系。因为 PPH 是环形切除和环形吻合的，因此存在一个完整的吻合线，这是 PPH 术可能发生狭窄的基础背景之一。PPH 术后吻合口狭窄的发生率在 0.8% ~ 8.8% 左右，一旦发生，处理需要认真和谨慎。事实上，PPH 吻合线对直肠功能潜在的影响应该引起医师的重视，直肠的扩张能力及直肠良好的顺应性是直肠正常功能的重要保证！因此，对痔病行 PPH 手术时，高质量的手术是获得理想临床效果、减少并发症发生、最大限度发挥 PPH 优势最根本的环节。

八、选择性痔上黏膜切除钉合术

选择性痔上黏膜切除钉合术 (tissue selecting therapy, TST) 的理论基础是肛垫理论。临床上真正意义的完全环状混合痔非常少见，绝大部分都存在一部分或二至三处正常的黏膜间隔 (图 7)，此外，鉴于传统的 PPH 存在吻合口狭窄相对较高的风险，且这种狭窄对患者肛门直肠功能潜在的影响，也尚需要给予更多

的关注和仔细的评估。因此，在保证痔病治疗疗效的前提下，保留正常的黏膜桥，既是对组织爱护理念的体现，同时也是预防吻合口狭窄等并发症的实际需要。TST 治疗痔病的核心理念是根据痔病实际发生的位置，选择性的切除相应的痔上黏膜及阻断痔上的血管，主动保护痔核之间的正常黏膜桥 (图 8, 图 9)，这样既能实现吻合器治疗痔病的目的，又能非常有效地预防吻合口的狭窄，从而不对肛门直肠的功能产生太大的影响。

TST 荷包缝合的高度及深度与 PPH 基本一致，黏膜桥之间形成的“dog ear”结扎是最好的处理方法之一 (图 10)。同样，高质量的吻合器仍然是有效吻合和减少并发症的重要保证。行 TST 手术时，应根据痔病发生的情况选择合适的肛门镜，可供选择的包括单开窗、双开窗及三开窗的肛门镜。追加皮赘及明显外痔的 mini- 外切内扎术对多数的痔病患者来讲都是有益的。

对正常组织的爱护是外科医师最基本的素质之一。对正常组织的珍视与爱护，这种理念应深入人心，应根植于外科医师所有的临床实践中。



图7 孤立的痔核之间常有正常的黏膜间隔

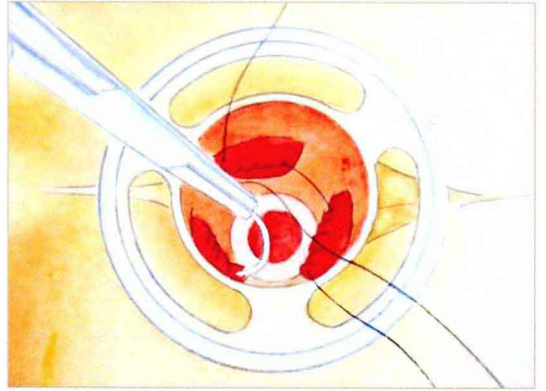


图8 缝合的3个黏膜段之间有正常的黏膜桥

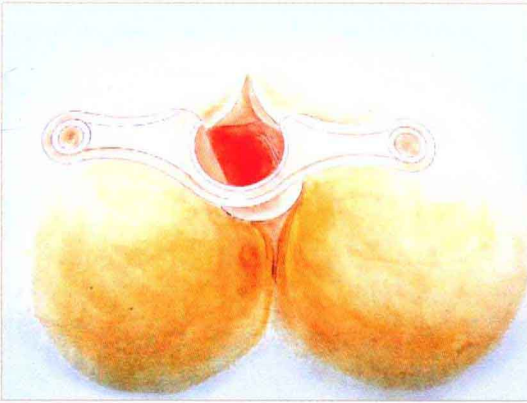


图9 吻合线之间可以见到正常的黏膜桥

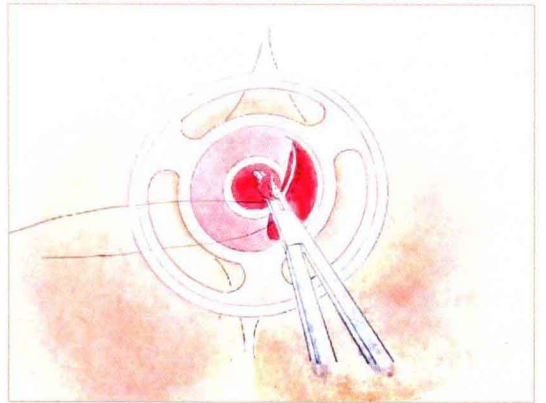


图10 dog ear 的处理：结扎

第二章 肛 瘻

肛瘻是肛肠外科最常见的临床问题之一。

手术几乎是肛瘻的唯一治愈性手段。

复杂性肛瘻仍然存在较高的术后复发率。

除了外科医师的经验，肛门周围及经直肠腔内超声检查、盆腔及肛管周围的 CT 瘘管造影（图 11，图 12）、MRI 检查（图 13）等，对肛瘻的精确诊断有非常重要的意义。以上检查方式应该成为肛瘻特别是复杂性肛瘻诊断的必要手段。

病理学检查同样应该成为肛瘻的重要诊断标准。这是判断肛瘻术后转归和选择并采取其他综合治疗很重要的依据。事实上，复杂性肛瘻复发的原因之一和肛瘻特殊的病理特征亦明显相关。

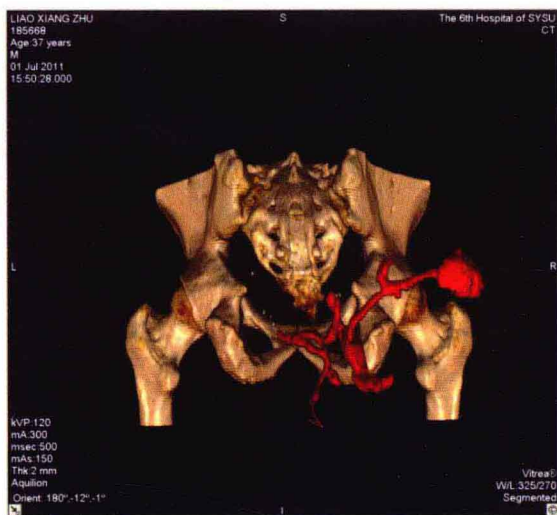


图 11 复杂肛瘻的 CT 造影检查，可见非常复杂的分支瘘管及脓腔

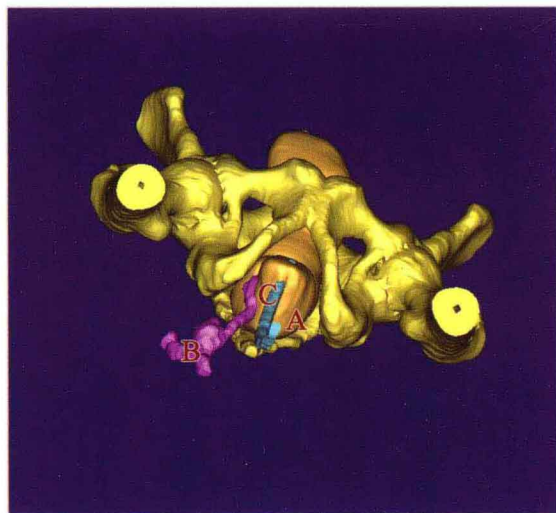


图 12 复杂肛瘻 CT 造影结合直肠造影检查，可了解肛瘻瘘管与直肠及周围的关系
A. 直肠; B. 肛瘻瘘管; C. 肛管