主编 钟盛兰
主审 梁林江

梁林江

肛肠病手术图解

LIANG LINJIANG'S
ATLAS OF ANORECTAL
SURGERY

上海科学技术出版社

需要全本请访问 www.ertongbook.com

梁林江肛肠病手术图解

主编　钟盛兰
主审　梁林江

上海科学技术出版社

图书在版编目（CIP）数据

梁林江肛肠病手术图解 / 钟盛兰主编. -- 上海 : 上海科学技术出版社, 2023.6
ISBN 978-7-5478-6190-5

Ⅰ. ①梁… Ⅱ. ①钟… Ⅲ. ①肛门疾病－外科手术－图解②直肠疾病－外科手术－图解 Ⅳ. ①R657.1-64

中国国家版本馆CIP数据核字(2023)第087390号

梁林江肛肠病手术图解

主编　钟盛兰
主审　梁林江

上海世纪出版（集团）有限公司
上 海 科 学 技 术 出 版 社 出版、发行
（上海市闵行区号景路159弄A座9F-10F）
邮政编码201101　www. sstp. cn
印刷
开本 787×1092　1/16　印张 11.25
字数 150千字
2023年6月第1版　2023年6月第1次印刷
ISBN 978-7-5478-6190-5/R·2769
定价：98.00元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题，请向印刷厂联系调换

内容提要

梁林江，全国中医肛肠界著名专家。本书以梁林江50余年来在痔、瘘、裂等肛肠疾病方面的临床经验为核心，通过图谱形式，展示典型病例及主要手术操作过程，详细介绍了梁氏的特色诊疗技术。书中每个病例附有说明，以体现各个病例的特殊性、手术操作的技巧性，尤其是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。

本书以特色技术为主体，以图片形式呈现手术方式，使病例说明更形象、更具体、更全面，配合文字说明，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。

主审简介



梁林江，现任上海市第四人民医院中医肛肠科学科发展顾问。曾任上海市第四人民医院中医肛肠科主任，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。曾兼任中华全国中医学会肛肠分会常务理事，中医药高等教育学会临床教育研究会肛肠分会顾问会长，《中国肛肠病杂志》编委，上海市中医学会肛肠分会副主任委员，上海市中医肛肠医疗协作中心副主任委员，上海市中西医结合学会大肠肛门病专业委员会顾问，上海市医学会医疗事故技术鉴定委员会专家库成员。1993 年享受国务院政府特殊津贴，1995 年荣获上海市博览城“科技功臣”称号，1997 年被命名为上海市虹口区卫生学科带头人，2000 年荣获“上海市劳动模范”称号，2002 年荣获“全国五一劳动奖章”，2008 年荣获“全国中医肛肠教育突出贡献名专家”称号，2018 年被评为上海市虹口区名中医，2020 年被评为上海市基层名老中医。

需要全本请访问 www.ertongbook.com

主编简介



钟盛兰，1996 年 7 月毕业于上海中医药大学。主任医师，医学博士，上海市第四人民医院中医肛肠科主任，林氏痔科第六代传承人，第六批全国老中医药专家学术经验继承人。兼任中华中医药学会肛肠分会委员，中国女医师协会肛肠专业委员会委员，上海市女医师协会肛肠专业委员会常务委员，上海市中医药学会第十届肛肠分会常务委员，上海市医师协会第一届肛肠专业委员会委员，上海市中西医结合学会大肠肛门病专委会委员，第六届上海市医学会医疗事故技术鉴定专家库成员。

编委会名单

主　编

钟盛兰

副主编

徐　浩　耿润毅

编　委

柳瑞瑞　李嘉钦　赵　苡　张　伟

吴　斌　罗天白　杨　钰　祝　颖

主　审

梁林江

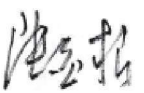
序　言

肛肠学科是中医界一门既历史悠久又极具学术优势的传统学科。在“大中医”观念的集约之下，各地区学术纷呈，各流派尽显特色与优势，福祉社会，惠泽民生。仅就上海地区中医学界的肛肠流派，就有“林氏肛肠”“闻氏肛肠”“顾氏肛肠”“柏氏肛肠”。尤为令人敬佩的是扎根于西医综合性医院，坚持传承、不断创新、茁壮发展的“林氏肛肠”。我有幸见过“林氏肛肠”第四代传人林之夏先贤，目睹了他手术技能的精细，让人无限佩服。我因为多次的学术交流，与“林氏肛肠”第五代传人梁林江教授更熟识，他的“肛肠学”大局观和手术技巧，直让人赞叹不已。

手术治疗，却病祛疾是终极目标。在临证全过程中的具体体现：一是能治愈现病，并保持远期的疗效；二是术后并发症、后遗症少，乃至无；三是术后反应小，甚至无不适之感。这就要求术者在术前首先要周详设计，其次要精细操作。只有经过精准的治疗，才能达到上述治疗目的。对于这些要点，梁林江教授是完全能落在实处的楷模。

2007 年，梁林江教授之弟子钟盛兰主编了《梁林江痔科手术图谱》一书，让广大业界同道阅后得益匪浅。时隔 16 年，钟盛兰主任重新整理、完善该书，出版《梁林江肛肠病手术图解》。书中内容体现了学术发展的时代感，涵盖了学术发展的新成就。此外，该书拟推出英译版，为中医肛肠学走向世界迈出了可喜的一步。医学是在传承的基础上历经不断的创新而发展起来的，16 年间，随着国内外学术交流的活跃与扩大，肛肠学科的新进展、新成果、新技术、新规范、新指南也日新月异。本书的出版是学科发展的产物、是临床治疗的自然之需。

借此机会，我有几句寄语给主编钟盛兰主任作为本序的结语：科学知识永无止境。2007 年《梁林江痔科手术图谱》出版之时，你尚是一位研究生毕业不久的青年主治医师；到此次《梁林江肛肠病手术图解》出版之际，你已是一位经过 16 年临床历练的主任医师。“林氏痔科”流派梁氏学术的传承与弘扬之任，在你与团队的肩上。作为同道，期盼你以鸿鹄之志的精神，不负韶华的情操，深深感恩的情结，传承、发展、弘扬好“林氏痔科”流派梁氏学术，为中医肛肠学的新发展，一如既往地奉献你的智慧与力量。坚信你定能成功！



癸卯春月

前　言

梁林江，主任医师，1940 年 1 月出生，祖籍江苏海门，全国中医肛肠界著名专家，上海市基层名老中医。1959 年起跟随中医痔科世家林氏痔科第四代传人林之夏学习，1965 年自上海市中医带徒班毕业后，留在上海市第四人民医院中医痔科，继续跟随林老工作，成为林氏痔科第五代传人。其后，担任中医肛肠科主任 20 年、学科带头人 21 年，2018 年被聘为学科发展顾问，至今已从事中医肛肠专业 64 年。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。梁林江主任对各种痔科疾病均有深入的研究，在痔、瘘、裂等常见疾病的诊断及治疗上，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。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。

为了对梁林江教授的临床经验做进一步总结，本书主编于 2007 年出版《梁林江痔科手术图谱》，至今已有 16 年。16 年间，国内肛肠事业蓬勃发展，无论是国内外的学术交流，还是中西医的思想碰撞，都极大地促进了肛肠专科医生不断更新学术理念，改进和提高临床技术，注重加强学科建设，以及不同学科间的密切合作，以实现“痛苦更小，损伤更少，康复更快”的治疗目标。

在这 16 年里，作为以中医传承为特色的肛肠专科，我们顺应国内肛肠学科发展趋势，积极吸取“微创”“保留括约肌”等治疗理念，学习新技术，与中医治疗特色相结合，使患者获得了更好的就医体验和治疗效果。《梁林江肛肠病手术图解》是对这 16 年传承工作的总结，包括部分手术方法的改

进及新技术的运用，同时也传递了一些人文思考和学术探讨。

在这16年里，梁林江教授还一如既往地从事着他热爱的这份工作，这是他为之奉献了一生的事业。每一天，他都在思考如何将手术做得更完美以减轻患者痛苦。自2008年以来，他采用探针导引内括约肌侧切术治疗陈旧性肛裂，解决了术后复发的难题，这不仅是手术方式的改变，更是治疗理念的突破。近10年来，梁林江教授更注重对年轻医生的培养，也非常鼓励和支持团队在技术上的改进及新技术的运用，并给予经验传授和临床指导，对团队的传承工作发挥了强有力的推动作用。

本书以手术图谱的方式介绍梁林江教授的临床经验及特色技术，通过典型病例展示手术操作过程，并详细阐述各手术操作的要领及技巧，以期这些“简、便、廉、验”的治疗方法更容易被学习，能够被进一步推广，让更多条件有限的基层单位、边远地区的医患受益。同时，我们也希望这些具有中医特色的肛肠科治疗技术及理念能够被国外专业人士所了解，所以本书还增加了英译版，让更多人了解到中医的独到之处。相较于2007年版的《梁林江痔科手术图谱》，本书在概述部分增加了文献综述内容，在图谱部分新增了一些使用新技术的病例，以及对直肠黏膜松弛、坏死性筋膜炎、肛门黏液腺癌等少见病例的介绍，目的是希望能够囊括更多治疗方法及病种，为读者提供更全面的专业内容。

本书得以出版，要感谢梁林江教授的悉心指导和全力配合，让我们能够收集到他亲自主刀的病例。感谢上海中医药大学附属龙华医院陆金根教授为本书作序，陆教授热情洋溢又饱含期许的话语，是对后学及传承者们极大的鼓励与鞭策。感谢周立钱先生在翻译过程中辛劳的指导工作。最后，要感谢放射科、病理科同事为搜集书中涉及的病例影像、病理素材提供的大力支持。

本书是科室团队共同努力的成果，尤其是年轻医生的参与为本书提供了更多文献上的支持，使本书有了更开阔的视野。学术争鸣，百花齐放，希望本书能为各级专业人士提供临床借鉴及参考，也欢迎同行批评指正，使我们有更大的进步。

编　者

2023年3月

需要全本请访问 www.ertongbook.com

目　录

第一章　肛门直肠局部解剖　001

一、肛门　001
二、肛管　002
三、直肠　004
四、肛门直肠周围肌肉　006
五、肛管直肠周围间隙　009
六、肛管直肠血管　010
七、肛管直肠淋巴　012
八、肛管直肠神经　012

第二章　痔　015

第一节 · 概述　015
一、病因病理　015
二、临床分类及分期　021
三、诊断　027
四、治疗　031

第二节 · 手术图解　035
一、血栓外痔剥离术　035
二、结缔组织性外痔切除术　036

三、静脉曲张性外痔剥离切除术 037
四、内痔高位围绕结扎术 037
五、混合痔外切内扎术（一） 039
六、混合痔外切内扎术（二） 041
七、嵌顿性混合痔外切内扎术 043
八、嵌顿性混合痔外切剥内扎术 044
九、混合痔伴湿疹 046
十、混合痔伴肛乳头肥大 046
十一、混合痔伴肛乳头瘤、肛裂 047
十二、环状混合痔外切内扎术 048
十三、环状混合痔分离外切内扎术（一） 052
十四、环状混合痔分离外切内扎术（二） 055
十五、环状混合痔（分次手术） 056
十六、环状混合痔嵌顿 058
十七、内痔套扎术 065
十八、内痔注射术 066

第三章 肛瘘 071

第一节 · 概述 071
一、病因病理 071
二、临床分类 073
三、诊断 076
四、治疗 079

第二节 · 手术图解 085
一、低位单纯性肛瘘切开术 085
二、低位复杂性肛瘘切开术 087
三、高位复杂性肛瘘切开配合橡皮筋挂线术 091
四、后马蹄形肛瘘对口引流术 100
五、会阴部肛瘘切开挂线术 102
六、会阴部肛瘘切开术 103

七、肛瘘伴混合痔 105
八、儿童肛瘘 106
九、肛瘘栓封堵术 107
十、肛门黏液腺癌 108

第四章 肛裂 113

第一节 · 概述 113
一、病因病理 113
二、临床分类 115
三、诊断 116
四、治疗 118

第二节 · 手术图解 120
一、肛裂切除术配合肛门括约肌侧切术 120
二、探针导引内括约肌侧切术 130

第五章 肛门直肠周围脓肿 133

第一节 · 概述 133
一、病因病理 133
二、临床分类 135
三、诊断 136
四、治疗 138

第二节 · 手术图解 139
肛周脓肿切开排脓术 139

第六章 肛乳头肥大 143

第一节 · 概述 143
一、病因病理 143
二、临床表现 143

三、诊断 144
四、治疗 144

第二节 • 手术图解 145
肛乳头瘤结扎摘除术 145

第七章 其他肛门直肠疾病 148

一、肛门湿疹 148
二、直肠息肉 149
三、直肠黏膜松弛 150
四、坏死性筋膜炎 151

第八章 中医肛肠科常用手术器械与常用药物 156

第一节 • 常用手术器械 156
一、通用手术器械 156
二、专科手术器械 157

第二节 • 常用药物 158
一、青黛散 158
二、九一丹 158
三、红玉膏 158
四、生肌散 159
五、玉糊浆 159
六、三黄膏 159

后记 160

第一章 1

肛门直肠局部解剖

一、肛门

肛门是消化道末端的开口，静止时处于闭合状态，呈前后走形的裂隙状，这是括约肌和肛垫环形收缩后的结果。肛口皮肤有很多放射状皱褶，排便时肛门扩张，皱褶消失。在混合痔病例中，正常的肛门皮肤皱褶常因皮下静脉丛扩张，或皮肤增厚、垂突而发生改变或消失。以两侧坐骨结节为连线，向后至尾骨尖的三角形区域，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坐骨直肠窝。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与耻骨联合之间，肛门三角和尿三角合称为会阴区（图 1-1）。

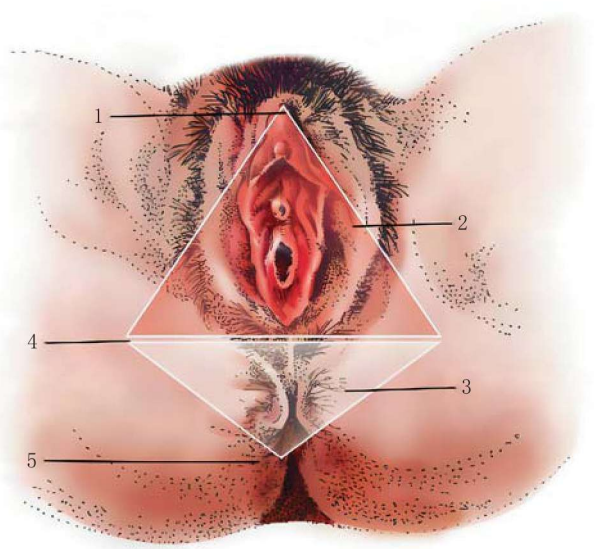


图 1-1　会阴区（女性）

1. 耻骨联合下缘　2. 尿生殖三角　3. 肛门三角　4. 坐骨结节　5. 尾骨尖

二、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。肛管有着独特的解剖学以及复杂的生理学特性，它在排便节制中有至关重要的作用。

（一）肛管定义

1. 解剖肛管　肛缘到齿状线的部分，又称皮肤肛管或固有肛管，成人长约 2 cm，无腹膜覆盖，只有部分括约肌围绕。

2. 外科肛管　指肛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 4 cm，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。

（1）直肠颈内口：直肠至直肠颈交界处。

（2）直肠颈：肛提肌内侧缘至齿线。

（3）解剖肛管：齿线至肛门。

（4）肛门：肛管外口。

（二）肛管结构

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，居肛缘上方约 1 cm。指诊时在此线处可触及一环行沟，称为括约肌间沟，在肛瘘保留括约肌的术式中，该结构是主要的手术入路，可以减少对外括约肌的损伤。

3. 齿状线　在肛白线上方，距肛缘线 2～3 cm，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，也是肛门直肠疾病的多发处。齿状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。近来越来越多的文献中提出痔疮手术应尽可能地保留齿线结构，也是考虑到齿线区重要的生理功能。（图 1-2）

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 1～2 cm，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。

需要全本请访问 www.ertongbook.com