

序 言

中医学与西医学的融合发展是当代医学发展的重要趋势。在肛肠外科领域，中西医结合诊疗模式历经数十年探索与实践，已形成独具特色的理论体系。值此《中西医结合肛肠外科学》付梓之际，向以李春雨教授领衔的编委团队致以崇高的敬意，并对这部凝聚学科智慧的鸿篇巨著表示由衷的祝贺。深感这部教材的出版不仅是学科发展的里程碑，更是培养新时代复合型医学人才的重要基石。

肛肠疾病作为常见病、多发病，其诊疗水平直接关乎民生健康。现代医学技术的飞速发展，为肛肠外科注入新动能，而中医整体观、辨证论治理念则为学科发展提供了深厚底蕴。该教材的编写紧扣“中西医并重”的国家战略，既系统梳理了挂线疗法、中药熏洗等传统中医肛肠理论的精髓，又充分纳入了腹腔镜、机器人等现代外科技术的前沿成果，构建起“病症结合，内外兼治”的诊疗体系，堪称新时代中西医结合研究的典范之作。其不仅填补了学科教材体系的空白，更将为培养复合型肛肠外科人才、推动诊疗规范化提供权威指南。

主编李春雨教授是我国肛肠外科领域的领军人才，其学术造诣深厚，长期致力于推动中西医协同创新。他率领的编委团队由全国 30 余位权威专家组成，涵盖中医外科、结直肠外科、解剖病理、影像诊断等多学科领域，既有深耕传统医学的名医大师，又有精通微创技术的青年翘楚，充分发挥老、中、青三代学者的传承优势，确保教材既扎根临床实效，又具备国际化学术视野。

通览全书，该教材编写过程中体现了三大特色：其一，理论架构立体多维。教材以解剖生理为基础，以疾病诊疗为主线，创新性设立“中医辨治思维”与“现代技术应用”双轨并行的章节体系。其二，临床实践导向鲜明。书中插入高清三维解剖示意图及手术图谱，显著提升教学直观性。其三，学科前沿动态追踪。编委会特别纳入结直肠肿瘤免疫治疗进展、盆底生物反馈疗法等新兴领域，同步配套数字化教学资源，构建起“纸质教材+在线课程”的立体化知识体系。

该教材的出版促进了学科建设迈入新阶段，寄望这本凝聚集体智慧的教材，能成为医学生探索中西医结合之路的明灯、临床医师提升诊疗水平的案头指南、科研工作者启迪创新的思想源泉。

丁戟江

世界中医药学会联合会盆底医学专业委员会会长

中华中医药学会肛肠分会顾问

南京中医药大学附属南京中医院名誉院长

2025 年夏于南京

前言

本教材首批入选科学出版社“十四五”普通高等教育本科规划教材。肛肠外科学是一门实践性极强的临床学科，既历史悠久，又发展迅速。随着现代医学的不断发展，中西医结合的理念逐渐深入人心，为肛肠外科学的诊疗提供了新的机遇与挑战。有鉴于此，受科学出版社委托，特组织国内 30 余位有着丰富临床经验和深厚理论功底的中西医专家、学者共同编写这部《中西医结合肛肠外科学》。

本教材设计合理，中西结合，特色鲜明，重点突出。编写过程中体现了：①中西医结合临床的特色和优势，做到“病症结合，优势互补”；②重视基础理论、基本知识和基本技能，理论与实践并重；③紧贴临床实践，思想性、科学性、启发性、先进性和适用性并举；④书中配有大量精美的彩色图片、复习思考题及参考答案、PPT 课件、思维导图及课程思政（扫描二维码可阅读），便于学生理解与掌握。

全书分为总论和各论，共 22 章，第 1~14 章为总论部分，系统地介绍了肛肠外科的解剖生理，肛肠疾病的病因病机、辨证论治、中医治法、常见症状、检查方法，肛肠外科的麻醉、围术期处理，肛肠外科术后并发症的防治，肛肠外科的微创技术、疼痛治疗，肛肠外科营养治疗，肛肠外科加速康复等相关内容；第 15~22 章为各论部分，详细而全面地阐述了肛肠疾病的诊断与治疗。每个疾病按照疾病的病因、发病机制、临床表现、诊断、鉴别诊断及治疗进行编写。

本教材在编写过程中充分吸收了国内外最新的研究成果和临床进展，力求为读者呈现一个全面、前沿、实用的中西医结合肛肠外科学知识体系，具有较高的学术价值和使用价值。

本教材可作为临床医学、中医学、中西医临床等专业本科生教材，也可作为住院医师规范化培训、专科医师规范化培训教材，还可作为肛肠外科、普通外科、肿瘤外科等临床医生参考工具书。

衷心感谢全国著名肛肠专家、南京中医药大学附属南京中医院名誉院长丁义江教授的鼎力支持。感谢所有参与本教材编写工作的专家、学者的辛勤付出和无私奉献。他们的智慧和经验是本教材得以成书的重要保障。在此一并致以诚挚的谢意。

书中疏漏或不足之处在所难免，殷切期望各院校师生和广大同道提出宝贵意见，以臻完善。



2025 年 11 月

目 录

上篇 总 论

第一章 绪论	2	第十一节 肛门失禁	74
第一节 中医肛肠外科学发展历程	2	第十二节 肛门瘙痒	75
第二节 西医肛肠外科学发展历程	4	第十三节 肛门坠胀	76
第三节 中西医结合外科学的形成 与发展	6	第七章 肛肠疾病的检查方法	78
第四节 如何学习中西医结合肛肠 外科学	7	第一节 局部检查	78
第二章 肛肠外科的解剖生理	10	第二节 肠镜检查	79
第一节 肛门直肠的解剖	10	第三节 排粪造影	81
第二节 结肠的解剖	29	第四节 结肠传输试验	86
第三节 盲肠的解剖	36	第五节 球囊逼出试验	89
第四节 肛肠的生理	37	第六节 肛门直肠压力测定	91
第三章 肛肠疾病的病因病机	41	第七节 盆底肌电图检查	94
第一节 致病因素	41	第八节 肛门直肠腔内超声	96
第二节 发病机制	42	第九节 X线检查	98
第四章 肛肠疾病的辨证论治	44	第十节 计算机断层扫描	101
第一节 整体辨证	44	第十一节 磁共振成像	107
第二节 局部辨证	48	第八章 肛肠外科的麻醉	113
第五章 肛肠疾病的中医治法	50	第一节 常用麻醉方法	113
第一节 内治法	50	第二节 合并特殊疾病患者的 麻醉	121
第二节 外治法	51	第九章 肛肠外科的围术期处理	123
第六章 肛肠疾病的常见症状	56	第一节 术前准备	123
第一节 腹痛	56	第二节 术后处理	125
第二节 腹泻	59	第十章 肛肠外科术后并发症的防治	128
第三节 腹胀	63	第一节 肛门疾病术后并发症的 防治	128
第四节 腹部包块	64	第二节 结直肠疾病术后并发症的 防治	135
第五节 便秘	66	第十一章 肛肠外科的微创技术	141
第六节 便血	67	第一节 内镜外科技术在肛肠外科 中的应用	141
第七节 肛门肿物脱出	69	第二节 腔镜外科技术在肛肠外科 中的应用	145
第八节 肛门直肠疼痛	70		
第九节 肛门部分泌物	72		
第十节 肛门直肠狭窄	73		

第三节 机器人手术系统在肛肠 外科中的应用	149	第十三章 肛肠外科营养治疗	157
第十二章 肛肠外科的疼痛治疗	151	第一节 外科患者的代谢变化	157
第一节 概述	151	第二节 营养状态的评定	158
第二节 慢性疼痛的中西医治疗	153	第三节 营养物质的需要量	159
第三节 肛肠外科术后疼痛治疗	155	第四节 肛肠外科围术期营养 治疗	160
第四节 癌症疼痛治疗	156	第十四章 肛肠外科加速康复	163

下篇 各 论

第十五章 肛门直肠良性疾病	170	第十八章 炎症性肠病	304
第一节 痔	170	第一节 溃疡性结肠炎	304
第二节 肛裂	177	第二节 克罗恩病	310
第三节 肛周脓肿	182	第十九章 肛门直肠皮肤病	318
第四节 肛瘘	187	第一节 肛门湿疹	318
第五节 肛窦炎	192	第二节 肛门瘙痒症	321
第六节 肛乳头肥大和肛乳头瘤	195	第三节 肛周化脓性汗腺炎	326
第七节 肛门直肠狭窄	198	第四节 肛门直肠尖锐湿疣	330
第八节 肛门失禁	203	第五节 肛门直肠淋病	334
第九节 肛周坏死性筋膜炎	208	第二十章 肛肠其他疾病	339
第十节 肛门直肠异物及损伤	212	第一节 肠易激综合征	339
第十一节 直肠脱垂	216	第二节 结肠黑变病	342
第十二节 直肠阴道瘘	222	第三节 放射性肠炎	346
第十六章 肿瘤性疾病	228	第四节 结肠憩室病	349
第一节 结肠癌	228	第五节 肛门直肠子宫内膜 异位症	353
第二节 直肠癌	235	第六节 骶尾部藏毛窦	356
第三节 肛管及肛门周围恶性 肿瘤	247	第二十一章 肛肠先天性疾病	361
第四节 肛管直肠恶性黑色素瘤	251	第一节 先天性肛门直肠畸形	361
第五节 结直肠神经内分泌肿瘤	254	第二节 先天性巨结肠	370
第六节 肠息肉与息肉病	258	第三节 骶尾部畸胎瘤	374
第七节 肛门直肠良性肿瘤	267	第二十二章 小儿肛肠疾病	379
第十七章 排便障碍性疾病	271	第一节 小儿便秘	379
第一节 结肠慢传输型便秘	271	第二节 小儿肛裂	384
第二节 直肠前突	277	第三节 小儿肛周脓肿	387
第三节 直肠内脱垂	283	第四节 小儿肛瘘	390
第四节 盆底肌痉挛综合征	289	第五节 小儿直肠脱垂	394
第五节 耻骨直肠肌综合征	295	第六节 小儿直肠息肉	397
第六节 孤立性直肠溃疡综合征	299		
全书参考文献与复习思考题	400		
全书 PPT 课件、思考题参考答案、全书思维导图及课程思政	400		



上篇 总 论

第一章 绪 论

第一节 中医肛肠外科学发展历程

中医肛肠外科学是以中医药理论为指导，研究肛肠外科疾病的发生、发展及防治规律的一门学科。中医肛肠外科学是隶属于中医外科学体系的一个重要专科。因此，中医外科学对疾病的认知、治疗实践，再升华到理论的总体发展会推动和促进中医肛肠外科学的发展，所以中医肛肠外科学的起源、形成、发展直至走向成熟，同中医外科学的发展同步。现代肛肠外科疾病的内涵和外延，查阅中医外科学文献时，都有关于病名、解剖生理、病因病机、辨证施治和手术疗法的记载和阐述，其中，个别领域在当时领先世界，并为现在临床工作所沿用或加以借鉴。

一、起源奠基阶段

在周代的《周礼·天官冢宰》中记载的“疡医”就是当今的外科医生，“疡医掌肿疡、溃疡、金疡、折疡之祝药劂杀之齐”。伤口“化脓”是外科医生工作时始终需要面对的一个重要问题，在当时就提出了治疗的方法和策略。目前发现最早的医学文献《五十二病方》成书于秦汉以前，其中就有关于痔疾的记载，并讲述了割治“牝痔”的疗法。

秦汉时代的医学名著《黄帝内经》形成和奠基了中医药学的理论体系，其中的“痈疽篇”是论述外科疾病的专章，所阐述的痈疽疮疡病因病机奠定了外科疮疡类疾病的证治理论基础。《素问·五脏别论》记载“魄门亦为五脏使，水谷不得久藏”，《素问·灵兰秘典论》记载“大肠者，传导之官，变化出焉”。“魄门”即现在所称的肛门，反映出当时对肛门和大肠生理功能的认识。《素问·生气通天论》记载“因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔”，阐述了在特定的病理生理条件下可以诱发痔病的发生。《难经》记载了人体重要脏器的解剖和生理功能，如对肛门的记载是“肛门重十二两，大八寸，径二寸大半，长二尺八寸，受谷九升三合，八分合之一”。

汉代张仲景的《伤寒杂病论》和《金匱要略》提出的辨证论治理论对外科疾病证治具有重要指导意义，分别对肠痈、痔、下痢、便脓血、便秘（脾血证）等大肠肛门疾病确立了辨证施治及遣方用药的原则。其中的大黄牡丹皮汤和薏苡附子败酱散等方剂一直沿用至今；记载的“蜜煎导方”开创了用栓剂的方法治疗大便燥结所致的便秘；用土瓜根或大猪胆汁作为方剂灌肠通便，发明了灌肠术。手术疼痛是妨碍中医外科发展的重要因素之一。汉末的华佗首创麻沸散作为全身麻醉剂，并开展了剖腹手术，堪称“外科鼻祖”。以理论体系建立、辨证施治实践和药物手术为标志，中医外科学（包括肛肠外科学）在汉代初步形成独立学科。

晋末刘涓子编著的《刘涓子鬼遗方》是我国现存最早的外科学专著，书中记载了通过局部波动感“辨脓”的方法及切口位置的选择。隋代巢元方等所著的《诸病源候论》中已有肠吻合术的记载。唐代孙思邈的《备急千金要方》记载了脏器疗法治疗痔疾。王焘的《外台秘要》记载了盐水灌肠法。

宋代外科医家发展了病机辨证理论，重视局部与整体、扶正与祛邪、内治与外治的结合。如

王怀隐著《太平圣惠方》丰富了“五善七恶”学说，并提出扶正祛邪、内消托里等治则，该书记载用砒剂治疗痔核，用烧灼法消毒手术器械，是抗菌技术的开端。陈自明所著《外科精要》指出局部痈疽应从全身整体着眼，根据脏腑经络虚实、寒热轻重辨证施治，其中多个托里排脓中药方剂沿用至今。金元时期齐德之所著《外科精义》将外科疾病转归与脉象相结合进行判定，突出整体与局部病变的关联，认为外科疾病的病机是阴阳不和、气血凝滞。危亦林的《世医得效方》详细记载了手术麻醉药的组方、剂量及适应证。

二、成熟发展阶段

明清时期中医外科学开始进入兴旺繁盛时期，学术思想活跃，主要体现在名医辈出、名著涌现、学术流派形成、手术技法巧妙、方药丰富。最具代表性的外科学术流派分别是正宗派、全生派和心得派。

正宗派以明代陈实功的《外科正宗》为代表。主要学术观点和贡献包括：重视外病内治，提出“痈疽虽属外证，用药却同内伤”，而且强调“治疮全赖脾土”。外治方面，其主张“使毒外出为第一”，常用刀针、扩创引流及腐蚀药清除坏死组织。外治法有熏、洗、熨、照、湿敷等手术疗法。

全生派以清代王维德的《外科证治全生集》为代表。其主要学术贡献为创立了以阴阳为核心的外科证治辨证法则，并提出“阴虚阳实论”。认为阴疽的病机是阴虚气血寒而毒凝，提出“阳和通腠、温补气血”的治疗原则，并创立阳和汤、阳和解凝膏、犀黄丸、小金丹等治疗阴疽的名方。

心得派以清代高秉钧的《疡科心得集》为代表。其主要学术观点和贡献包括：从内、外证之间的关联来阐述外科疾病的病因病机，即“外疡实从内出论”；借鉴温病学说的理论和方药治疗疮疡走黄；采用分部位辨证的方法来区分关联外科病因和发病部位之间的规律。

其他代表性的外科成就还有：明代申拱辰的《外科启玄》绘图外科手术疗法、采用煮沸的方法消毒器械、改进吸脓方法等。吴师机的《理瀉骈文》集外治法大成，是一部外治法专著。其他影响力较大的外科学专著还包括祁坤的《外科大成》、吴谦等著的《医宗金鉴·外科心法要诀》及顾世澄的《疡医大全》等。

明清时期痔瘘专科医师队伍不断扩大。明代徐春甫的《古今医统大全》对肛痿的挂线疗法做了精辟论述：“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。”文献中的切割挂线疗法不仅实现了通畅伤口引流，且未损失肛门括约肌连续性。《外科正宗》记载的中药外用制剂“三品一条枪”，将药线插入痔核或痿管内，改变了既往外涂给药的方式，使药物直达病所，取得了更好的疗效。高文晋的《外科图说》比较全面地描绘记载了肛肠科常用的检查和手术器具。

三、继承发展阶段

新中国成立以后，随着国家对人民健康的重视，包括中医外科学在内的中医药事业蓬勃发展。具体体现在各级政府设置专门的中医药管理机构、各省创建中医院院校培养高层次人才、各市县先后建立中医院并逐渐完善细化临床科系、中医药科研机构结合科技和相关学科进展开展课题攻关产生了一系列科研成果、成立多种形式的行业学会促进了学术交流。

中医肛肠外科学是中医外科学的重要分支。国内有的中医院设有肛肠专科，有的还成立了中医肛肠专科医院。1975年在河北衡水召开第一次全国中西医结合防治肛肠疾病协作组会议，对新中国成立以来肛肠学科的发展进行了总结。1980年成立中华中医药学会肛肠分会，1992年成立了中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组，1992年成立了中国中西医结合学会大肠肛门病专

业委员会,2006年成立了中国医师协会肛肠医师分会。此外,还有中国抗癌协会大肠癌专业委员会等26个学术团体,促进了我国中西医肛肠事业的进步与发展。

在此阶段,国内涌现出一批有抱负、有担当的中医肛肠精英人士,梳理出反映肛肠外科发展前沿和适合在国内应用的肛肠教学教材,在各省举办肛肠学习班和形式多样的学术会议,培训了大批中医肛肠专业人员,极大地推动了中医肛肠学术、人才队伍和中医肛肠诊疗的规模建设。

在肛肠专著的基础上,肛肠专业本科生、研究生教材相继问世。主要有李春雨主编的《肛肠病学》(第1版、第2版、第3版,高等教育出版社)、何永恒主编的《中医肛肠科学》(清华大学出版社)、陆金根主编的《中西医结合肛肠病学》(中国中医药出版社)、李春雨主编的《肛肠外科学》(案例版,科学出版社)等本科教材;李春雨主编的《肛肠外科学》(第1版、第2版,科学出版社)、李春雨主编的《结直肠肛门外科学》(人民卫生出版社)等研究生教材,为我国肛肠学科的发展奠定了坚实的理论基础。

中医肛肠外科的历代医学家一直重视局部和整体的关系,结合现代医学技术手段,中医辨证实现了微观化、客观化,例如,肛周脓肿感染严重时会出现气滞血瘀的病理机制和阶段,严重休克时还会出现弥散性血管内凝血(DIC),此时化验血液凝血指标,会从微观的角度客观精准地指导中医临床的辨证。

国内中药学研究的发展推动了中医肛肠外科中药制剂的现代化和创新中药的研发。既往口服的中药汤剂、丸散剂变成了易储存、易携带、改善了口感的片剂、胶囊和浓缩口服液等;还提纯制备了一批药效优良的中药针剂、外用的中药栓剂、中药喷剂等。史兆歧教授参照国外的硬化注射疗法,发明了注射用的中药硬化萎缩注射剂,并创建了痔注射治疗的四步注射法等。

在手术治疗方面体现在手术方式的革新和手术器械的引进与研发。中医肛肠外科在学习引进西方手术方式的同时也加以改良,例如,李春雨教授报道对肛门后位深间隙的马蹄形脓肿采用切开挂线对口引流的手术方式就是改良了的Hanley术式。从基础到专科的手术器械、手术床、手术监护设备,我们国家都有全产业链生产,而且随着自主科技的创新,我们已经从学习阶段,开始过渡到可以根据自己的临床工作需要和学科理念,设计制造中国医生自己所需医疗器械和设备的阶段。

随着中医肛肠专科医务工作者业务素质的不断提高,近年来也举办了多场具有影响力的国际肛肠会议。中医肛肠在扬弃的过程中,开始进入中西医结合发展的新阶段,并对现代肛肠外科的发展也产生了极大的影响和推动。

(李春雨 孟 强)

第二节 西医肛肠外科学发展历程

西医肛肠外科学同中医外科学一样,也是在医学发展到一定程度后再细化分支形成的下一级专科。欧美在医学上的发展是在文艺复兴之后,随着科学的发展,医学逐渐从玄学、经验转向科学。19世纪是医学,尤其是外科学发展的重要时代。解剖学、病理学与生理学、麻醉学、抗菌与无菌法的标志性发展使外科学对疾病的认知发生了跨越。19世纪40年代起先后解决了手术疼痛、伤口感染、止血、输血等与手术相关的关键问题后,外科学开始了加速发展。

一、萌芽阶段

肛肠外科疾病在国内外一样,都是在医学史早期就被关注的病种。尽管人类与之斗争的历史较长,但对其形成的认知仍然是零散、片面、不成系统的,长期处于萌芽阶段。

希腊医生希波克拉底(Hippocrates,公元前460~前370年)依据痔出血症状,最早提出痔

的病名。古罗马的塞尔苏斯（Celsus，公元前 25~50 年）在其著作《医术》中记载了痔和瘰手术的技巧，并强调避免对肛门的过多损害。公元 1376 年，被誉为“英国肛肠外科之父”的阿德恩（Arderne）发现肛周脓肿的一个转归是肛瘘，提出低位肛瘘可以在探针引导下给予切开，高位肛瘘的治疗方式是低位切开+高位挂线。1749 年，意大利医生莫尔加尼（Morgagni）提出“痔是人类在直立行走后出现的特有疾病”，并发现肛隐窝、肛瓣、肛柱等重要解剖结构。

二、发展阶段

19 世纪欧美肛肠外科发展的大事件莫过于英国圣马克医院的建立，其从临床到科研再到教育的这种良性发展模式，使肛肠外科名家辈出，成果丰硕。连同其他一些学术成果，标志着欧美在 19 世纪肛肠外科开始进入发展阶段。

1818 年，Boyen 提出切断侧方括约肌手术方法治疗肛裂。1829 年，Salmon 医生报告内痔基底结扎术。1830 年，Houston 首次描述直肠瓣分布。Hilton（1804~1878 年）提出肛白线概念，该线又称为 Hilton 线。1835 年，英国医生 Salmon 在伦敦创建专治肛肠疾病的圣马克医院，标志着肛肠学科正式确立。通过深入系统研究肛门和大肠的解剖、生理、病理及治疗，圣马克医院成为当时世界肛肠学科研究的中心。其间培养出 Goodsall、Miles、Dukes 等著名肛肠专家，创立出大量科学、系统的理论，指导肛肠临床实践，如判断肛瘘走向与内口规律的 Goodsall 定律、以 Miles 命名的直肠癌根治术、内痔贯穿结扎方法等。1838 年，法国医生 Recamier 用扩肛法治疗肛裂。1847 年，Anderson 首次报道藏毛窦。1855 年，Gerota 报道直肠淋巴结构。1869 年，John Morgan 提出将过硫酸铁注射到外痔中，开启硬化注射疗法的先河。1873 年，Allingham 医生报告内痔结扎切除术。1873 年，维也纳医生 Dittel 采用在肛瘘内、外口之间挂印度橡胶来慢性切割治疗肛瘘。1875 年，Wiks 与 Moxon 首次描述溃疡性结肠炎。1878 年，Chiari 第一个提出肛门肌间腺体与肛瘘之间的关系。1888 年，Syminton 提出肛管概念。1882 年，Cripps 报告家族性息肉病。1882 年，Whitehead 报道环形痔切除术，又称 Whitehead 法。1889 年，Holl 将外括约肌的三层分别命名为皮下部、浅部和深部，又于 1897 年提出联合纵肌的转化和分布。1891 年，Thirsch 提出用肛门紧缩法治疗直肠脱垂。1895 年，Kelly 制成乙状结肠镜。

20 世纪是欧美肛肠外科发展的繁盛时期，从熟悉肛肠及周围毗邻的解剖、发现新病种到深入认知疾病病理生理学本质和演变规律，再到著作形成与专科建设、人才培养、经典治疗原则的确立、里程碑性质的器械研发与应用、外科理念的改变与升华，肛肠外科的发展进入了前所未有的快车道。20 世纪的欧美肛肠外科发生了许多标志性事件。

1900 年，Edmond Delorme 提出经会阴直肠黏膜切除肌层折叠术（Delorme 术）治疗直肠脱垂。1902 年，Noble 提出直肠内推移黏膜瓣技术治疗直肠阴道瘘。1908 年，Ernest Miles 开创经腹会阴联合直肠癌切除术。1920 年，Chotwood 报道臀大肌移植括约肌成形术治疗肛门失禁。1932 年，Crohn 报告克罗恩病。1934 年，Milligan 和 Morgan 著《肛管外科解剖学》，系统描述了肛门直肠与局部组织的解剖关系，为肛肠外科专业化奠定基础，推动了肛肠专科快速发展。1937 年，Milligan-Morgan 倡导内痔贯穿结扎、外痔创面开放术式。1948 年，Dixon 提出保肛直肠前切除术治疗直肠癌。1951 年，Crile 和 Thomas 提出采用全结肠切除+回肠造口术治疗重症溃疡性结肠炎。1952 年，Pickrell 报道股薄肌移植括约肌成形术治疗大便失禁。1958 年，Eisenhammer 提出肛周脓肿的腺源性感染学说。1959 年，Ferguson 转移“S”形皮瓣治疗痔环切术后所致的肛门畸形。1963 年，Barron 受脐带结扎器原理启发，研制出内痔套扎器并开展套扎法治疗内痔。1965 年 Hanley 提出侵及肛门后深间隙的马蹄形脓肿或瘘的手术治疗方式，即 Hanley 术。1965 年，Altemeier 报道改良的经会阴部直肠脱垂切除术治疗直肠脱垂，即 Altemeier 术。1967 年，Turnbull 倡导结肠

癌手术中对肿瘤的无接触技术。1969年,美国 Hiromi Shinya 进行第一例结肠镜息肉切除术。1970年,结肠镜检查被引入临床应用。1971年, Ferguson 提倡痔切除、创面纵行缝合的完全闭合术式。1971年, Parks 采用肛门后方盆底修补术治疗神经源性或肛直角损伤所致大便失禁。1975年, Thomson 首次提出痔是人人皆有的正常解剖结构,称为肛垫(anal cushions),肛垫的病理性肥大形成痔病。1976年, Parks 将瘻管走行进行分类,提出经典的肛瘻分型标准,即 Parks 分型。1982年, R.J.Heald 提出以沿无血管平面进行分离解剖并整块切除直肠及周围系膜的全直肠系膜切除术(TME)治疗直肠癌。1995年 Morinaga 报道超声引导下痔动脉结扎术(DGHAL)治疗痔出血。1995年, Matzel 报道骶神经刺激(sacral nerve stimulation, SNS)疗法治疗大便失禁。1997年, Kehlet 提出加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)理念,影响了外科医生对患者的围手术期管理。1998年, Longo 报道治疗脱垂痔的吻合器经肛直肠固定术。

新中国成立后,上海喻德洪教授较为系统地研究并翻译了大量的国外肛肠外科文献,在国内较早提出出口梗阻型便秘的概念,开展排粪造影和结肠传输试验等检查手段和治疗手术,并有关专著出版。他也是国内早期研究肠造口治疗的学者,在国内组织建立了造口联谊会,基于他在肠造口方面的卓越贡献,被称为“中国造口之父”。喻德洪教授是中国以西医为基础的肛肠外科最早的奠基人之一,参与了《黄家驷外科学》最初几版中肛肠疾病章节的编写,是中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组的首任组长。上海张东铭教授对肛肠解剖,特别是痔的解剖进行了深入研究。他与中医肛肠外科同道共同推动了中国肛肠外科事业的发展。上海交通大学医学院附属仁济医院的王平治教授在20世纪90年代较早开展了臀大肌代肛门治疗大便失禁的临床工作。在20世纪末,逐渐开始有更多西医院校关注到在基础肛肠外科学学科建设方面的缺失,并加以填补。

三、继承阶段

进入21世纪后,越来越多的国内大型西医院开始从学科建设角度创建肛肠外科,特别是补齐基础肛肠外科部分的短板,并进行人才培养和队伍建设。每年都会定期召开国际肛肠外科学术会议,邀请国外著名肛肠外科机构的学术带头人进行演讲交流、翻译欧美肛肠外科经典著作,这些都极大地推动和促进了中国肛肠外科事业与国际接轨。由于国内西医肛肠队伍的逐渐壮大,西医肛肠外科逐渐同中医肛肠外科一样,成为建设中国肛肠外科事业发光发热的一支重要力量,其技术发展基本可以比肩国外肛肠外科前沿,但目前主要还是以引进、消化、推广国外的先进成果为主。

2000年,中华医学会外科学分会肛肠外科学组在成都召开“痔诊治暂行标准研讨会”,对痔的定义为:“痔是肛垫病理性肥大、移位及肛周皮下血管丛血流淤滞形成的局部团块。”2004年, Longo 报道吻合器经肛直肠切除术(STARR)治疗直肠前突合并直肠内脱垂。2007年, Rojanasakul 提出括约肌间瘻管结扎术(ligation of intersphincteric fistulae tract, LIFT)治疗肛瘻。2017年, Garg 提出经肛门括约肌间切开术(transanal opening of intersphincteric space, TROPIS)治疗肛瘻。

近年来,腹腔镜、机器人、经肛全直肠系膜切除术治疗结直肠癌使手术更加微创,新的化疗药物问世使晚期结直肠癌的生存期得以延长。磁共振盆底检查、排粪造影、肛门直肠测压、肌电图检查、球囊逼出试验等检查为盆底疾病的诊治提供了科学依据。

(李春雨 孟 强)

第三节 中西医结合外科学的形成与发展

中西医结合是包括肛肠专科从业者在内的中国医务工作者,在同伤病斗争的过程中自然形成的结果。随着社会的发展,肛肠外科在理论基础、诊治方法和临床实践等方面的水平持续提升。在这

个发展过程中,外科医生在丰富自身医学基础和临床知识的同时,也要熟悉科学和技术的进展,并加以充实、应用到学科建设过程中。因此,无论是中医还是西医,都不会对成熟或有借鉴意义的医学知识和技能视而不见,肛肠外科的中医和西医就在从基础到临床的实践中有机地结合在了一起。

中、西医的共同目标都是服务于战胜伤病,但两者是两套理论体系,机械地将两者融为一体既困难又不现实。因此,如何描述两者的结合状态不是一件容易的事情,但我们可以从肛肠病学的学科发展中看到一些方向性的现象和成果。

第一,西医解剖、病理生理学、微生物学等基础学科研究成果,丰富了中医肛肠外科学的内涵。例如,通过研究大肠肠段部分切除术后会出现腹泻,进而判定大肠兼有部分小肠泌别清浊的功能,进而为指导此种类型腹泻的中医药治疗提供了理论依据。

第二,西医检验、检查手段(影像技术、内镜等)有助于肛肠疾病的诊断及病情评估,观察疾病变化的规律,从而为中医肛肠病学的辨病辨证提供帮助,提高中医药辨证施治的疗效。例如,肛周坏死性筋膜炎会导致感染性休克等危急情况,发生各种并发症危及生命。通过西医辅助检验、检查可以协助医生判定中医病机变化,协助进行中医辨证,提高施治效果。

第三,中西医结合治疗肛肠疾病。大肠癌的治疗可以以手术治疗为主,再联合化疗或放疗或免疫治疗或中医药治疗;肛周脓肿初期在应用抗生素治疗的同时,也可以联合应用清热解毒中药一同治疗等。

第四,西医学的理念也可用于中医肛肠外科借鉴,如微创外科、加速康复理念等,有助于中医肛肠外科现代化。

第五,现代科研方法和技术,如统计学、计算机技术等,可以用来借鉴中医肛肠外科科研成果,如进行中医肛肠外科术式的前瞻性随机对照研究以筛选有效手术方式等;现代制药工艺可以让中药制剂的应用更便捷、更舒适、效果更理想,如提取大蠟有效成分制成的现代中成药,可用于治疗外伤、溃疡等。

第六,中医、西医肛肠外科专家可以协作攻关。2006年,中华医学会、中华中医药学会、中国中西医结合学会三个学会的肛肠分会联合在一起制订中国的痔、肛瘘、肛裂诊治指南,形成了国内统一的行业诊疗标准。2019年,中西医专家一同制订了“克罗恩病肛瘘诊断与治疗的专家共识意见”用于指导临床实践等。

(李春雨 孟 强)

第四节 如何学习中西医结合肛肠外科学

肛肠外科学是一门实践性极强的临床学科,既历史悠久又发展迅速。当下,我国肛肠学科建设需要在中医传承与创新的过程中,结合西医的临床研究方法,将中医的治疗方法、理念以西医的循证医学方法加以呈现、验证,从而实现中、西医“病症结合、优势互补”,充分发挥中西医结合临床的特色和优势。

一、树立为人民服务的思想,实现医学与人文相结合

裘法祖院士曾经说过:“一个好医生最重要的一条就是能否把患者当作自己亲人一样对待,急患者所急,想患者所想。”在临床实践中,不仅要注重技术的精湛,更要注重思想的高尚,这就要求我们医务人员更要重视心理、社会因素在健康和疾病中的作用。外科医生除了应承担解除患者病痛的责任外,还应承担向患者解释、说明的责任。对待患者不但要“知主诉,知不适”,更要“知苦恼,知生活不便,知社会问题”。只有树立良好的医德医风,我们的医术才能发挥其

最大的作用。必须坚持以患者为中心，培养学生医德高尚、技术过硬、勇于探索、善于创新的职业精神。外科医生在治疗疾病的同时，也要关注患者的心理健康，真正做到“医者仁心，大爱无疆”，实现医学与人文的有机结合。

二、坚持正确的学习方向，实现中医与西医相结合

要想学好中西医结合肛肠外科学并非一件容易的事，必须坚持正确的学习方向。张伯礼院士指出：“中西医结合应以健康幸福的需求为导向，以临床问题的解决为目标，以疾病疗效的提升为根本。”用现代外科学先进的科学方法继承、发掘和提高祖国的医药学遗产，更好地开展中西医结合工作。在临床实践中，要学会用中西医两种方法诊断和治疗肛肠外科疾病，善于观察分析它们各自的优势和不足，取长补短，创造出更加有效的外科治疗方法。但凡获得一点点成就，都需付出百倍努力，绝非一看就懂，一学就会。只有刻苦钻研，不断实践，才能真正学好中西医结合肛肠外科学。

三、重视外科基本功训练，实现理论与实践相结合

医学是一门实践医学，因为病情是千变万化的，有些技术不能完全靠书本来学习。其基本功包括基础理论、基础知识和基本技能，在学完临床医学基础理论和基本技能后，特别是掌握外科基本理论和技能操作后，再学肛肠外科学就比较容易了。坚实的基本功是外科医师救死扶伤的首要条件。要从头学起，由浅入深，循序渐进，学好肛肠外科解剖知识是基础，练好切开、缝合、止血、结扎、换药等外科基本功是保障。手术不仅是外科治疗的一个重要手段，也是外科治疗成败的关键，但片面地强调手术，就有可能给患者带来不可弥补的伤害。陈孝平院士提出：①严于术前，即严格掌握手术指征和手术时机；②精于术中，即具备精湛的手术技能；③勤于术后，即勤观察、勤处理、勤与患者或患者家属沟通和说明病情。只有这样，才能保证每例手术成功。一名外科医生不仅要会施行手术，而且要知道为什么要施行这样的手术，做到“知其然与知其所以然”。例如，在肛瘘挂线手术中寻找肛瘘内口，要反复体会才能运用自如，在大量临床工作中不断地积累经验、反复实践。外科手术要靠上级医师的言传身教才能学会，要理论联系实际，具有扎实的基础理论，同时必须亲自参加临床实践。在学会手术技能的同时，不要忘记基础理论的学习，否则，将成为一名“手术匠”。管好每一个患者，写好每一份病历，做好每一台手术，切忌浮夸急躁、急功近利和虎头蛇尾。做事严谨认真、脚踏实地是每一名外科医师必须坚持的态度，尤其对于青年医生，在成长的道路上树立良好的、正确的学风和医风显得尤为重要。

四、加强急危重症处理能力，实现多学科相结合

肛肠疾病与膀胱、前列腺、子宫、阴道和骶尾部疾病相毗邻。要勇于和其他领域的专家进行合作，共同探讨和解决中西医结合肛肠外科研究中的问题。在掌握专科知识的基础上，通过自学、进修和会诊等途径学习泌尿外科、妇产科和骨科等相关学科知识。继续学习和挖掘肛肠学科的精华，加以整理，不断充实和提高专业水平。形成多学科综合治疗，使患者获得最大的利益，避免非本专业知识缺陷，减少手术并发症的发生，提高治愈率。由于历史条件的局限，中医在某些外科急危重症的应对方面能力相对薄弱，在肛肠外科的学习过程中，要积极参加急危重症患者的抢救工作。例如，结直肠恶性肿瘤、炎性肠病、慢性便秘及肛周坏死性筋膜炎等多学科综合治疗，在病情迅速发展变化时，与麻醉科、重症医学科、泌尿外科、妇产科、消化科、肿瘤科、影像科

等多科室专家协同诊疗，提高疾病诊治水平。外科医生应该树立“活到老，学到老”的求知态度。在中西医结合肛肠外科学的学习过程中，要积极参加急危重症患者的抢救工作，提高对危重症及急症的处理能力。

五、积极开展学术交流，实现临床与科研相结合

要积极参与国内外学术交流和合作，了解研究领域的最新动态。首先，要加强对中西医两种医学体系的学习和研究，深入了解其理论基础和实践经验。纵观肛肠外科的发展历程，我们深刻地认识到，其临床诊疗发展是在去除病变的基础上保留重要功能，以提高生存质量为目标。为此，应以精准医疗循证医学与微创观念为前提，开展前瞻性、多中心临床与基础研究，加强专科医师培养与教育，使诊疗行为专业化和规范化，进一步提高我国肛肠外科的整体水平。其次，正确处理好临床与科研的关系，要关注国内外的最新研究成果和前沿技术，不断吸取和引进先进技术，丰富我国肛肠学科的内涵。

（李春雨）



第二章彩图

第二章 肛肠外科的解剖生理

大肠始于右下腹的盲肠，止于肛管。根据其所在位置分别命名为肛管、直肠、结肠和盲肠。大肠全长约 150cm，全程围绕于空肠、回肠的周围，其主要功能是吸收水分、维生素和无机盐，并将食物残渣形成粪便，排出体外。

第一节 肛门直肠的解剖

一、肛管的解剖

肛管亦称直肠肛门部，是指在盆膈以下由壶腹部向下延续突然变细的部分，向后下方绕尾骨尖终于肛门。有学者认为，肛管的上界是肛直线，与肛门内括约肌上缘一致，全长 2.5~3.8cm。我国成人肛管的长度为 3.0~6.1cm，平均长度为 4.41cm。

（一）肛管的分类

肛管的概念有解剖学肛管和外科学肛管两种。解剖学肛管是指由齿状线（dentate line）到肛缘的部分，成人平均长约 2.5cm；外科学肛管是指由肛直线到肛缘的部分，成人平均长约 4cm

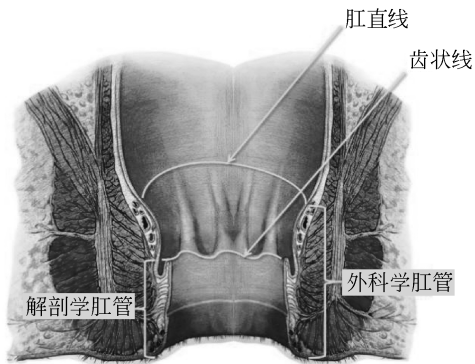


图 2-1-1 解剖学肛管和外科学肛管

（图 2-1-1）。解剖学肛管与外科学肛管的区别点在于是否把末端直肠包括在内，本章所述肛管如无特殊注明，均为外科学肛管。

肛管是直肠壶腹下端至肛门之间的狭窄部，前壁较后壁短。因括约肌收缩，肛管呈前后位纵裂状，肛门是一个前后走行的皮肤裂隙。静息时因肛门括约肌和肛垫协同收缩肛门和肛管，两者同时处于闭合状态，排便时两者扩张呈管状。肛管具有排便自制力，是消化道相对较短的节段，对于肠道气体、液体和固体可精准识别和控制，与此部位独特而复杂的神经分布、解剖和功能有关，当发生损伤时易罹患多种疾病或并发症。

（二）肛管的被覆

1. 肛管上部的被覆 肛管的上部是单层柱状上皮，部分为分泌细胞，其他为吸收细胞，伴有许多管状腺或隐窝。皮下组织活动度高，扩张性较大，含有极其丰富的黏膜下动脉和静脉丛。

2. 肛管下部的被覆 肛管的下部是鳞状上皮。鳞状上皮和单层柱状上皮的交界处是移行上皮部，属于未角化的复层鳞状上皮。移行上皮部的高度和位置变化不一，平均宽度为 1.0cm，因其下有丰富的血管丛，所以其表面呈现浅蓝色（图 2-1-2）。