

外科手術學

上 冊

上海科学技术出版社

外科手術學

上冊

A. V. Partipilo 原著

王贊堯 郁解非 合譯

上海科學技術出版社

一九五九年

內 容 提 要

本册共23章,附圖296幅。內容以外科手術的一般原理、各種基本操作方法、剖腹術、疝修補術、胃部手術、胆道手術及胰臟手術為主。除手術步驟外,并系統地介紹了有關的局部解剖、病理生理、適應證以及手術前後處理。可供高年級醫學生及一般外科醫師參考之用。

外 科 手 術 學

上 册

王贊堯 邵解非 譯

*

上海科學技術出版社出版

(上海南京西路2004號)

上海市書刊出版業營業許可證出093號

上海新華印刷廠印刷 新華書店上海發行所總經售

*

開本787×1092 1/16 印張15 5/9 字數337,000

(原稿、上印版印9,700冊)

1958年11月新1版 1959年5月新1版第2次印刷

印數2,001—5,000

統一書號:14119·20

— 定價:(十二)1.80元

前 言

本書譯自 A. V. Partipilo 氏所著 *Surgical Technique and Principles of Operative Surgery* 1953 年第五版。內容以基礎外科手術為主。原著者在介紹每一系統之手術以前，必先複習一下有關的局部解剖與病理生理；各種手術的適應證與手術前後處理也有明白的交待。全書插圖五百餘幀，絕大多數是線條圖，這些圖是比較清晰而容易領會的。這些都是本書原著的一些優點，因此把它譯出，以冀對高年級醫學生及一般外科醫師有所幫助。

書中譯名儘量以高氏醫學辭彙為標準，少數則根據趙氏英漢醫學辭典；解剖名詞以中央人民政府衛生部衛生教材編審委員會編訂之人體解剖名詞一書為根據。

原書中本有迷走神經切斷術一章，因與巴甫洛夫神經論學說不符，已予刪除。其它有些不合適的地方，也已酌情加註譯者意見。

譯者工作較忙，本書譯寫拖延時間甚久，故決將原著分為兩部分，先行出版上册。下册當力求在下年度內出版。下册主要內容為腸道手術、胸部手術、腎臟手術、甲狀腺手術、乳房手術等。

譯者學識不足，經驗有限，錯誤之處在所不免，尚祈各先進全道不吝指正。

譯 者

一九五五年九月

外科手術學

目 錄

第一章 外科手術的一般原則	1
理想的外科醫生	1
生理學的發展與外科	1
解剖學的發展與外科	2
病理學的發展與外科	3
熟練的手法	3
創口癒合	4
無損傷性的技術操作	5
縫合技術	6
止血	7
切口	8
第二章 外科病者的液體治療	9
液體的生理作用及其病理生理學	9
腎上腺皮質—腦下垂體的影響	10
體液的 pH 值	10
體液的滲透壓	11
細胞內體液及細胞外體液的容量	11
失水	12
水份平衡失調的診斷	14
水份平衡失調	14
體液容量改變而不伴有電解質濃度改變者	15
體液 pH 值的改變	15
呼吸性酸中毒	15
呼吸性鹼中毒	15
代謝性酸中毒與鹼中毒	15
鉀鹽與鈣鹽代謝的改變	16
鈣缺乏症	16

治療.....	16
營養的補充.....	17
生理性失液的補充.....	17
病理性失液的補充.....	18
第三章 外科用線	22
理想的外科用線.....	22
外科用線的種類.....	23
不被吸收的外科用線.....	23
金屬質.....	23
動物質.....	24
植物質.....	25
合成物.....	26
能被吸收的外科用線.....	27
腸線使用技術.....	29
縫合技術.....	30
第四章 線結與打結法	33
一般原則.....	33
簡單結,方結,十字結,滑結,外科結.....	33
作方結的原則.....	34
打結法.....	38
單手打結法.....	38
格蘭忒氏持鉗結紮法.....	40
雙手打結法.....	42
莫斐氏持鉗結紮法.....	47
第五章 腹壁	49
概述.....	49
局部解剖.....	50
白線.....	50
半月線.....	50
表面標界.....	50
腹部表面的各種標誌法.....	50
腹部標誌線和標誌平面.....	51
腹部各種標誌點.....	52
腹部三角.....	53
腹部的分區.....	54

腹壁肌肉.....	55
腹壁筋膜.....	56
腹直肌鞘.....	57
腹壁的動脈.....	57
第六章 腹膜與腹腔.....	59
概述.....	59
治療腹膜炎的生理基礎.....	59
腹膜腔與腹腔.....	60
網膜.....	61
大、小網膜囊.....	62
腹膜下層的結構.....	62
腹膜重建術.....	63
第七章 剖腹術.....	64
概述.....	64
剖腹術的原則.....	64
腹壁切口的種類.....	66
正中切口.....	66
旁正中切口.....	66
旁腹直肌切口.....	66
比萬囊切口.....	66
麥克阿瑟氏切口.....	66
麥克李內氏切口.....	67
范內斯梯氏切口.....	68
司隆氏切口.....	68
腹壁切口的操作方法.....	68
腹壁切口的縫合.....	72
司隆氏橫切口.....	79
司隆氏切口縫合術.....	80
第八章 腹股溝疝.....	82
腹股溝區的解剖.....	82
睪丸的下降.....	82
腹股溝管.....	83
腹股溝管腹環.....	83
腹股溝管皮下環.....	83

腹股溝管內的組織	84
腹股溝管的結構	85
腹股溝管的傾斜度	85
腹股溝管	86
海司巴赫氏三角與直疝	89
直疝與斜疝在解剖上的區別	90
覆蓋疝囊的組織	90
腹股溝疝的分類	91
腹股溝斜疝	91
先天性疝	91
腹股溝直疝	92
腹壁間疝	92
腹股溝疝的治療	93
疝囊的處理	93
腹股溝管的重建	94
精索的處理	95
手術步驟	95
皮膚切口	95
切開腹外斜肌腱膜	96
游離精索和疝囊	97
切除疝囊	99
腹股溝管的重建	102
其他手術方法	106
嬰兒和兒童的疝	106
滑動性疝	106
瑞契氏疝	108
李忒氏疝	108
女性腹股溝疝	109
筋膜條縫合術	109
第九章 股疝	111
解剖	111
股三角	111
股管	112
卵圓窩	112
股疝的下降	113

目 錄

解剖毗隣.....	113
股疝的覆蓋.....	113
疝囊的內容物.....	113
手術方法.....	113
經股途徑.....	113
經腹股溝途徑.....	114
第十章 腹壁疝.....	118
臍疝.....	118
種類.....	118
局部解剖.....	118
手術方法.....	118
腹疝.....	121
手術方法.....	121
第十一章 鞘膜水囊腫.....	124
概述.....	124
水囊腫的治療.....	125
手術治療.....	126
瓶狀手術法.....	126
第十二章 精索靜脈曲張.....	128
概述.....	128
治療.....	128
手術方法.....	128
第十三章 胃臟外科.....	131
一般原則.....	131
胃的生理.....	131
胃液分泌.....	131
胃液的成分.....	132
胃液分泌的機制.....	132
減低胃液分泌的物質.....	134
促進胃液分泌的物質.....	135
消化性潰瘍.....	135
病因學.....	135
消化性潰瘍外科治療的指徵.....	137
消化性潰瘍外科治療的生理基礎.....	137

胃癌	143
第十四章 胃臟的解剖	145
解剖毗隣	145
胃的附着	145
胃的分區	147
胃臟的血液供給	148
胃臟附近的淋巴結	150
胃部淋巴液的流向	151
第十五章 胃臟手術——胃空腸吻合術	151
手術方法	151
空腸上段	155
吻合的方式	155
經橫結腸系膜拉出胃壁	157
吻合法	164
前側胃空腸吻合術	165
第十六章 胃臟手術——胃部分切除術	166
胃部分切除術的型式	167
手術方法（鮑雅、慕尼漢兩氏改良的畢耳羅氏第二手術）	167
探查腹腔	167
游離胃臟	173
切除胃臟	176
吻合法	184
第十七章 胃臟手術——楔形切除術	184
胃小彎的潰瘍	185
胃大彎的潰瘍	186
胃前壁的潰瘍	187
第十八章 胃臟手術——胃造口術	187
概述	187
維茲爾氏胃造口術	190
胃壁間造口術	192
法蘭克氏胃造口術	192
卡台爾氏胃造口術	192
辛氏胃造口術	192

布倫希威氏胃造口術.....	193
金衛氏胃造口術.....	193
司必瓦氏胃造口術.....	198
柏克-金紐氏胃造口術.....	199
葛拉斯曼氏胃造口術.....	202
第十九章 胃臟手術——幽門成形術	204
概述.....	204
瑞姆斯泰氏幽門成形術.....	205
芬奈氏幽門成形術.....	207
貝弗氏潰瘍切除和幽門成形術.....	209
第二十章 胆囊與肝外胆道	213
概述.....	213
沿革.....	213
解剖.....	213
胚胎學.....	213
局部解剖.....	214
胆囊.....	214
胆管.....	214
血液供應.....	216
淋巴引流.....	216
胆囊解剖的反常.....	217
先天性胆道解剖反常.....	218
總肝管解剖的反常.....	219
先天性胆道閉鎖.....	220
先天性胆道系血管的反常.....	221
伴隨的病變.....	222
病理生理學.....	223
手術前後的處理.....	223
第二十一章 胆囊與肝外胆道	227
手術步驟.....	227
麻醉.....	227
病者臥位.....	227
切口.....	228
胆囊造口術.....	229

胆囊切除術.....	231
胆囊切除術手術方法.....	233
胆總管切開術與胆總管造口術.....	238
胆囊胃吻合術，胆囊十二指腸吻合術與胆總管十二指腸吻合術.....	242
第二十二章 胆囊與肝外胆道	246
胆道重建術.....	246
適應症.....	246
手術方法.....	248
結果.....	254
第二十三章 胰腺外科	255
概論.....	255
胚胎學.....	255
大體解剖.....	257
先天性異常.....	258
生理學.....	260
急性胰腺炎.....	260
症狀和體徵.....	261
治療.....	261
創傷性胰腺炎.....	262
慢性復發性胰腺炎.....	262
慢性胰腺炎.....	262
胰腺結石和胰腺鈣化.....	263
胰島素過多症.....	263
胰腺癌.....	264
胰腺手術的手術前準備.....	265
胰腺疾患的手術治療.....	265

第一章 外科手術的一般原則

理想的外科醫生

外科是一種藝術，也是一門複雜的科學。一位好的外科醫生除了應具備良好的解剖、生理、病理及其他基礎科學知識外，還必須有作出準確決斷的能力，熟練的技術和全心全意為病人服務的正確觀點。換句話說，要成為全面發展的人。因此，以外科醫生為終身職業的人，該是以獻身於這種事業為目的，對學術有鑽研興趣，而對人類又懷有熱愛的一位科學工作者。

在疾病的治療過程中，一位外科醫生必須要有與別科醫生合作的良好習慣。一個人不單要熱愛自己的工作，經常豐富自己的知識，而且還需要注意鍛鍊自己，使做到處事冷靜與動作迅速。最後還應該記得希波格拉第氏所說的格言：「生命是短促的，而藝術是無窮的，時機是疾馳而過的；經驗是寶貴的，但單憑經驗還是不夠的，因為準確的判斷力是需要長期培養的。做一個醫生除提高本身的業務水平外，還應該懂得怎樣跟病員及其他工作人員密切合作。」

生理學的發展與外科

外科在它發展的各階段中，與解剖學、病理學和生理學的進步有着不可分割的關係。近年來由於科學家們對於活的機體組織所進行的研究，使外科學家們對病態生理學的研究，發生了興趣，從而為外科解決了一些臨床上的實際問題，使病員行手術治療時更為安全。過去存在的疑難問題，如今有的已經得到解決。手術治療因此取得了更廣泛的應用，例如神經血管系統、神經系統、胰腺、肝臟以及網狀內皮細胞系統中某些器官的疾患等。在網狀內皮細胞系統疾患中，脾臟常是很引人注意的一個器官。由於我們進一步掌握了呼吸運動機理的緣故，胸腔內手術目前已和腹部手術同樣變得很安全了。此外，由於新陳代謝、維生素、生物化學、抗生素及營養學等方面的進步，外科治療的使用範圍已空前地被擴大了。有些甚至幾年前還是無法治療的疾病，現在却有了常規治療的方法，例如某些心臟病、衰老和黃疸病人便是明顯的例子。對於老年患者施行手術時，其一般生理狀態，往往比年齡本身更為重要。反之，年紀較輕的患者，如一般狀態不佳，則行手術時的危險性仍舊是大的。對於嬰兒和兒童的手術治療範圍，也是一天比一天在擴大中。由於嬰兒和成人間存在着很大生理差別的緣故，同樣的疾病，對於嬰兒來說，它的危險性往往便要大些。因此有人說：用治療孩子的方法治療成人是安全的，而以看待成人的態度，來醫治孩子將是極其危險的。

無疑地在治療過程中，應設法保障病員的安全。爲了達到這個目的，外科醫生應該注意，而不忽略病員最早的陳訴。再者，過份地延長手術前的準備時間，也是不正確的，有時這種時間上的延誤，會使病員陷於不可挽救的地步。例如治療腸梗阻時，如果過份地依靠腸道吸引，而不會考慮到其原因可能爲腸壞疽時，便可置患者於死地。

手術治療的目的，一般地說不外乎挽救患者的生命，糾正患者某些器官的功能，或解除患者的痛苦。爲了使治療能獲得滿意的結果，手術者在進行手術治療時，務須記得這些手術治療的目的。爲急症病人行手術時，挽救生命通常是主要的目的，因此過於廣泛的手術是不相宜的。除非十分必要，重建性的手術是不該作的。例如胃潰瘍穿孔病例通常以施行胃縫合及胃空腸吻合術爲妥，在胃縫合術這一基本要求之外，非屬必要，不應考慮重建性的手術。再者於處理腹腔內急性炎症性病灶時，廣泛的腹部探查是被列爲禁忌的。這種探查可能引起的不良後果，對於經驗不足的外科醫生來說，有時還不能深刻體會。

外科學在近百年內的進步，的確非常驚人。幾十年前人們所夢想不到的事情，現在都陸續出現了。這些成就無疑地和生理學以及其他科學的發展是密切相關的。生理學今後的發展將是加強研究工作，從而將所獲得的成就應用到臨床上。依照患病組織或器官的功能與生理特點所規劃的手術，肯定地會使治療結果更爲滿意。這說明了外科學和生理學在今後的發展上所必然存在的重要關係，而外科醫生在處理手術治療上，也必然會一天比一天更加強這種觀點。然而我們也必須反對過份強調這種觀點，而把尚未成熟的新觀點和新方法使用到病員身上。一切方法在未經臨床試用並證明有效之前，都不應作爲常規辦法來採用。因爲新的方法必須經過長時間的試用和觀察，才能得出具有結論性的意見。

解剖學的發展與外科

解剖學對於外科學的重要性本毋庸贅述，不過有的外科醫生因爲懶惰或自滿的緣故，對於這門基礎科學的知識相當貧乏。當麻醉術尚未發明前，外科醫生對於解剖學是十分重視的。那時有名的外科醫生全都是出色的解剖學家。當年施行手術的情形是這樣的。先把病人綁好，由助手們按住，於是主持手術的人開始大胆而敏捷的割將起來。由於恐怖的氣氛和疼痛，這時病人忍不住要發出淒慘的號叫。最後在手術結束的時候，病人往往發生昏暈。所以對當時的外科醫生來說，解剖學的知識，是非常重要而且必須加以重視的。據說那時社會上對於每個外科醫生的評價，就以完成一次截肢手術所需的時間作爲衡量標準的。

自從麻醉術發明以後，追求手術速度的必要性，顯然比以前減低了，於是外科醫生可以從容不迫地在安睡的病員身上動手術。雖然如此，解剖知識對於我們的重要性並未較前減低。這雖是盡人皆知的事，可是事實上倒有不少外科醫生，自從在學校時讀了解剖學以後，簡直不會在屍體上作過一次有系統的複習，這種

人的解剖學知識只是從無數次手術中觀察出來的。當然依靠這種方法來獲得知識是不夠的，也是不可能全面的，而且是危險的。這樣的外科醫生當然也無法成為優秀的外科手術者。

病理學的發展與外科

在麻醉術尚未發明前，病理學的研究還只限於屍體解剖。等到麻醉術和無菌技術發明以後，科學家們便進一步地研究了活體的病理學。隨着科學知識的增進，手術的方法在不斷地改進，而外科醫生對於各種疾病的病態生理變化也越來越精通了。因此有些著名的外科醫生便成了當代的病理學家，而病態生理學的研究更與外科學發生了密切關係。目前由於各地普遍缺乏富有經驗的病理專家的緣故，許多外科醫生還不得不依靠巨體檢查作出診斷，這當然是不足為訓的。因為科學的發展是由記述過渡到實驗階段的，而病理學的發展是由巨體觀察進步到顯微鏡下觀察的。

今天在較大的醫院裏（原文為任何醫院裏——譯者）都有合格的病理學專科醫生擔任診斷工作。因此在無形中它滋長了外科醫生忽視病理學的傾向。他們經常依賴病理學家作出診斷。所以在手術探查時，依靠自己的經驗鑑別良性或惡性病變的必要性逐漸減低。有人認為倘使外科醫生能像前一代有名的外科醫生那樣熟悉病理診斷的話（巨體辨認和切片檢查），那麼在手術時將惡性看為良性病變，或把良性當做惡性病變來處理的事件一定可以大大地減少。病理學既是外科學主要基礎知識之一，每個外科醫生都應該提出一定的時間進修病理學，以掌握巨體辨認和切片檢查的技術。只有經過這樣培養的外科醫生，才能在手術時作出更準確的決斷。

熟練的手法

理想的外科醫生除了應具備一定的理論水平外，還需要有熟練的技術。行手術時必須機警與果斷，而且要有充分的思想準備，以應付任何可能發生的變化，這樣才能使手術在平穩的狀態下順利進行。為了保證手術進行得順利起見，主持手術者自己首先要鎮靜，不論遇到任何困難，總要把最適當的手術作完。有的外科醫生雖然在許多方面具備着優點，可是由於手法不熟練的緣故，他們作手術時顯得十分粗野。這種人有的是因為能力較差，但多數還是由於訓練不夠而造成的。一個技術熟練的外科醫生，他的動作應該是富於目的性的，看上去是協調的，輕快的而不感到吃力的。這種技術的熟練性非經過長期和不間斷的學習簡直無法獲得。因此做一個外科醫生，為了病員的利益和自己的進步起見，都應該不斷地提高自己的技術。有人說優良的外科技術和熟練的外科手藝是有很大的分別的，我們認為外科醫生所需要的正是優良的外科技術。我們必須把技術的熟練性提高到滿意的程度，然後才可以在病員身上動手術。

手術失敗的原因往往是由於技術上存在某些缺點而造成的，這種技術上的錯誤是需要認真批判的。培養下級醫生作手術時，應該以標準手術作為題材。在準備進行一個新異的手術之前，參加手術的醫生應該把局部解剖很好地加以複習，這樣在手術時他們才能根據病理變化的需要給予病者最適宜的治療。在施行一個新異的手術時，年資較淺的外科醫生往往容易有一種偏差，就是從提高自己技術方面考慮得多，而為病員着想較少。這種作風是需要嚴厲批判的。一個新異的手術首先必須在動物身上試行成功，然後才可以在病員身上作。為此，本書原作者特別提出他本人提高技術的經驗，他說他的技術主要是由動物實驗中獲得的，其次是從屍體解剖上吸取的。在施行每個手術前，如果把問題考慮得周到，實在可以減少許多不必要的組織損傷，同時所耗費的時間一定也可減低到最低程度。這樣麻醉時間也可大為減少，而病員發生休克、出血和感染的機會也就無形中減少了。

創 口 癒 合

每一個手術，不拘大小，都會誘發機體產生一系列的變化以修復受損的組織。因此創口癒合的過程和影響創口癒合的重要因素，便成為外科醫生最關心的問題。由近年研究工作看來，創口的癒合確是一個複雜的問題。外科醫生如果要避免手術創的併發症，他必須對創口癒合的知識有全面的認識。輝鮑氏曾謂：創口良好癒合的百分率，非但說明一位外科醫生無菌技術的嚴密程度，而且還說明該醫生對創口癒合原理的掌握，對病員關心的程度以及對提高自己業務水平的看法。以上雖然是幾句老生常談的話，可是實際上還未引起每個醫生的重視。因此對這一基本問題，我們認為有複習的必要。

癒合良好的創口，通常須經歷以下三個步驟：(1)最初在創口內發現一種含有血漿、血球和纖維素的滲出物，它將創口的邊緣粘合起來，這個時期叫做創口癒合遲滯期，為時約4—6天。倘手術過程中消毒嚴密，組織損傷不重，止血妥善而病員營養狀態又好的話，則滲出物的分泌量必很小。(2)癒合的第二階段開始於手術後4—6天。這時在創口內出現了纖維母細胞和新生的血管。這些組織增殖極快，於是便把創口裂隙閉合，而發生實在的連接。哈威等氏曾指出：在癒合中的創口，它的抗張力為纖維母細胞增殖及成熟的函數。開始時細胞增殖的速度很快，隨後它逐漸減慢，至手術後10—14天停止。(3)最後一個階段為形成成熟纖維組織的時期，這種組織稱為瘢痕。

創口癒合遲滯期和細胞增殖期進行的速度以及進行的程度主要決定於下列各種因素：病者的年齡，營養狀態，有無慢性疾患併存，創口的大小，縫線的質料，止血的情形，組織損傷及感染等。所有不利於創口癒合的因素，有一種或數種同時存在時，都可影響創口的癒合。近年由實驗和臨床工作證明：創口的正常癒合需要下列幾種基本因素：(1)正性氮平衡狀態。(2)正常的水與電解物平衡。(3)

充足的丙種維生素。

蛋白質是構成原生質的主要成份，也就是構成身體各種組織的主要成份。在飢餓狀態下（如絕食）或攝入缺氮食物時，氮在體內的新陳代謝將變為負性平衡，於是機體的生長即形緩慢。創口癒合是一種生物現象，它受着生長法則的支配，因此當機體發生蛋白質缺乏時，組織修補的速度和程度都必然地受到影響。例如血漿蛋白過低時，纖維母細胞的增殖立刻變慢，這樣就使癒合中的創口拖長其細胞增殖期。此外血漿蛋白在保持血液和組織間之正常體液交換起着重要作用，因此血漿蛋白缺乏時，組織可發生水腫現象，使創口癒合受到嚴重影響。組織水腫和血漿蛋白缺乏的程度通常是互成正比的，如白蛋白減低的程度較球蛋白更嚴重時，則所產生的影響尤為顯著。湯姆生等氏曾指出有血漿蛋白缺少的狗，72%在手術後發生腹部創口破裂。此外又據實驗證明，腸道吻合術後，吻合處或腸壁有水腫存在時，腸蠕動將顯著減少。有人認為這可能是由於腸腔變窄和腸肌運動機能減退所造成的。因此在手術前和手術後設法調整病者的營養狀態和液體平衡是非常必要的。病者如不能進食則須採用血液、血漿、血清或水解蛋白等作靜脈注射以達成蛋白質的補充。至於蛋白質應給的種類及數量則須根據具體情況個別處理。

在各種維生素中，丙種維生素與製造細胞間的連合質（其中主要成份為膠元）及維持其存在均有重要關係。華爾弗等氏指出，人體如長期缺乏丙種維生素，則創口癒合時的抗張強度可減低 50% 左右，而且這種創口內的膠元和網狀質的數量也有顯著的減低。

老年人的創口癒合時，一般進行較慢，而且創口的抗張強度也比較小。加之老年人往往伴有一些其他疾病狀態，於是他們的創口癒合得格外緩慢。外科醫生如果事前周密地考慮了手術時病員可能發生的危險，而對病員的營養缺乏進行一些必要的糾正，則老年病者仍然可以安全地接受手術治療。

磺胺類藥物和青黴素的抑菌作用已經是衆所週知的事。不過應用它們防止創口感染時，其效果並不滿意。因此在治療中正確地掌握外科原則，仍然是防止創口感染的最有效方法。例如局部組織損傷、壞死組織、異物或血腫的存在等都是可以引起創口感染的重要因素。爲了免除這些不利因素對創口發生危害起見，外科醫生在手術時一定要儘量減少組織損傷。所以無損傷性的縫合技術和嚴密的止血在每一手術過程中都是極重要的。

無損傷性的技術操作

技術熟練的外科醫生由於手法輕巧與穩重的緣故，手術時所造成的組織損傷一定比較少。當手術者正聚精會神地進行手術時，常無意中對組織作了過份的牽扯，這是造成組織損傷的一個原因。在縫合與檢視腸曲時，我們應避免牽扯腸系膜。粗暴地搬弄與捏擠腸曲，往往是手術後病者發生氣脹和腹部不適的最主