

史成礼 編譯



泌尿外科手术图解

上海科学技术出版社

泌尿外科手术图解

史成礼 編譯

上海科学技术出版社

一九五九年

內 容 提 要

本書主要系根据Flocks & Culp 的泌尿外科手术图解及 Roen 的泌尿生殖系外科手术图解編譯，并加入近年来国内外新成就的部分資料。內容包括肾脏、肾上腺、輸尿管、膀胱、前列腺、尿道、阴茎、阴囊及其內容物等的各种手术，用简单文字說明，并附清晰之綫条图画，共計六百数十幅。其中如輸尿管皮肤乳头状移植术，輸尿管之回腸代替，人工直腸代膀胱等，均为比較新穎及成績优良的手术。本書可作新学者的技术指导，亦可供专业医师参考之用。

泌尿外科手术图解

史成礼 編譯

*

上海科学技术出版社出版

(上海南京西路2004号)

上海市書刊出版业营业許可証出 093 号

上海市印刷五厂印刷 新华書店上海发行所总經售

*

开本 787×1092 耗 1/32 印张 11 11/16 字数 133,000

1959年4月第1版 1959年4月第1次印刷

印数 1—4,000

統一書号 14119·666

定价(十二) 1.30 元

前 言

本書的編譯主要以 Flocks & Culp 的泌尿外科手术图解及 Roen 的泌尿生殖系外科手术图解为藍本，并加入了近年来国内外已发表的新成就的部分資料，編者虽尽了最大的努力，仍未能搜罗泌尿外科手术的全部。不过在大跃进的新形势下，我們也解放了思想，深感此項書籍在国内为数尚少，而泌尿专业干部又不断增加，本書可为新学者进入专业的技术指导，亦可作为专科医师开展新业务的参考，希望在总路綫的貫徹中能起一点作用。本書的完成，曾得到党和行政领导的大力支持和鼓励，惟編譯者学識淺陋，經驗不足，其中不免有許多錯誤之处，希同志們提出批評，以便改进。

本書 Roen 氏部分原图，1955 年曾由王文紹医师协助繪出，特此致謝。

史成禮 1958, 8, 1

目 录

第一章 泌尿外科的一般原則	1
第二章 肾脏	2
一、肾脏的解剖	2
肾脏的位置	2
肾脏的血循环	4
肾脏的神經, 淋巴管和筋膜	6
肾脏的肉眼解剖	8
二、肾脏的手术	10
肾脏手术的各种进路	10
經腰部腎手术的病人位置	12
經腰部的腎手术	14
經腰部作肋骨切除的腎手术	16
腎切除术	18
腎切除后腰部伤口的縫合	20
被膜下腎切除术	22
腎盂切除术或腎部分切除术	25
腎碎块切除术	28
半腎切除术	30
馬蹄形腎的峽部切除术	32
腎輸尿管切除术	35
經腹膜腔的腎切除术	38
經前腹的腹膜后进路	40
腎造口术	42
腎盂积水的腎盂成形术	44
端側吻合术	46

福萊氏 Y 形成形木	48
其他腎盂成形木	50
腎盂截石木	54
腎截石木	57
腎盂腎截石木	59
腎固定木	61
腎固定木之其他方法	65
腎神經切除木	67
腎被膜剝除木	68
腎周圍膿腫的引流	71
腎囊腫的手術	73
羅新 (Rovsing) 氏多囊腎的手術	74
經胸腔的腎切除木	75
經胸的胸膜外進路	80
第三章 腎上腺的手術	82
經腰部的腎上腺切除木	82
經腹膜腔的腎上腺切除木	86
腎周圍空氣注入法	89
瑞瓦氏的腹膜後注氣木	91
第四章 輸尿管	92
一、輸尿管的解剖	92
輸尿管的循環	94
二、輸尿管的手術	96
輸尿管手術的切口	96
輸尿管上三分之一的手術途徑	98
輸尿管中段之手術途徑	100
輸尿管下三分之一的手術途徑	103
輸尿管對端吻合木	106
輸尿管膀胱重新吻合木	109
輸尿管乙狀結腸吻合木——柯斐氏法	115
粘膜炎對粘膜炎的吻合——奈斯比德氏法	118

粘膜对粘膜吻合之另一法——康敦耐尔氏法.....	121
皮肤输尿管造口术.....	124
输尿管皮肤管状移植术.....	126
输尿管皮肤乳头状移植术.....	128
输尿管截石术.....	132
經阴道的输尿管截石术.....	134
输尿管之回腸代替.....	136
第五章 膀胱.....	140
一、膀胱的解剖.....	140
膀胱与周圍組織之关系.....	142
膀胱的血循环.....	144
膀胱的神經.....	146
膀胱的淋巴管.....	148
二、膀胱的手术.....	150
膀胱手术的位置和切口.....	150
耻骨上膀胱切开与膀胱造口术.....	152
耻骨上用套管的膀胱造口术.....	157
經阴道膀胱切开与膀胱造口术.....	159
膀胱破裂引流术.....	161
膀胱部分切除术.....	169
耻骨上膀胱肿瘤电灼疗法.....	172
經膀胱的鐳气子植入术.....	174
耻骨上膀胱瘻的切除手术.....	175
膀胱阴道瘻手术.....	177
經膀胱的膀胱阴道瘻修补术.....	180
膀胱外憩室切除术.....	183
膀胱內憩室切除术.....	186
应力尿失禁手术——經阴道修补术.....	188
耻骨上修补术——膀胱尿道悬挂术.....	192
臍尿管囊肿手术.....	195
外翻膀胱切除术.....	198

膀胱全部切除术	200
膀胱扩大手术	204
替代膀胱	206
人工直肠代膀胱	210
第六章 前列腺	215
一、前列腺的解剖	215
二、前列腺的手术	223
耻骨上(经膀胱)前列腺切除术	224
耻骨后(膀胱外)前列腺切除术	228
耻骨后前列腺根除术	232
会阴前列腺切除术	237
会阴前列腺根除术	243
经尿道前列腺切除术	246
前列腺的其他外科疾患	249
第七章 阴囊及其内容物	251
一、阴囊的解剖	252
二、睾丸和附睾的解剖	254
三、精索的解剖	256
四、阴囊与其内容物之手术	258
睾丸切除术	258
被膜内睾丸切除术	261
鞘膜水囊肿手术	262
精索扭转之手术	265
输精管结扎术	266
精索静脉曲张手术	267
睾丸未降之手术	269
附睾切除术	274
附睾输精管吻合术	276
输精管附睾对边吻合术	278
输精管切开术	280
第八章 尿道	282

一、尿道的解剖	282
男性尿道的解剖	282
女性尿道的解剖	284
二、尿道之手术	286
尿道上裂与尿失禁的手术	286
尿道上裂修补术	289
尿道下裂修补术	291
第一期：矫正畸形	291
第二期：人工形成尿道	293
第三期：手术完成期	293
尿道下裂修补术第二期之另一法	296
尿道修补术之其他方法	299
尿道成形术	302
尿道外口切开术	304
会阴尿道切开术与尿道造口术	306
尿道狭窄不能通过扩张器的手术方法	308
尿道瘘修补术	310
尿道破裂修补术	312
尿道肉阜手术	315
女性尿道憩室手术	317
尿道前段外伤的引流和修复	319
尿失禁手术	321
尿失禁手术之另一法	324
第九章 阴茎	326
一、阴茎的解剖	326
阴茎的血液和淋巴	328
二、阴茎的手术	330
包皮环切术	330
包皮新缝术	332
鞘膜包茎整复术	334
阴茎部分切除术	337

阴莖全部切除术.....	339
阴莖癌根治之淋巴結清扫术.....	342
第十章 手术前后的处理	346
一、术前处理.....	346
二、术后处理.....	349
三、手术后并发症.....	351

第一章 泌尿外科的一般原則

泌尿外科和一般外科的操作原則相同，应当有正确的診斷，選擇适当的手术，尽少損害組織，正确地进行結扎与縫合，縫合时应准确地恢复原来組織构造的层次。此外更应注意以下各項：

1. 老年人必須詳細檢查有无退行性病变，如动脉硬化、心脏衰弱、糖尿病、慢性气管炎、肺气肿等，并須进行适当的处理。

2. 慎重考虑并選擇适合病人的麻醉剂。

3. 手术前的准备中应包括：腎功能的測定，氮血症与酸中毒的治疗和适当的准备輸入液体。应以抗菌素与化学藥品預防和治疗泌尿系感染，鉴定引起感染的細菌，才能有效地应用藥品。

4. 絕大多数的泌尿外科病人，都有泌尿系梗阻問題，必須解决梗阻，才能彻底治愈。如膀胱頸狹窄引起膀胱結石，腎盂輸尿管部狹窄引起腎結石，則决不能仅治結石；泌尿系手术的成功，必須先有通暢和充分的引流。

5. 泌尿系感染的治疗，必須与手术同时进行，否則不仅影响伤口的愈合，而且还影响手术的效果。如果感染未經治愈，即使手术做得很好，也不能获得良好效果。

6. 手术后导管的装置，依病情而决定。导管主要是維持引流的通暢。导管的拔出与留置時間亦依靠需要而定。

7. 进入泌尿系管腔的切口，常不可能获得严密而不漏尿的縫合，因此須要引流。如腎盂輸尿管取石后的腎周圍引流，

膀胱手术后的耻骨后引流。

8. 泌尿系手术，一般均在腹膜外进行，如因需要或不慎切开腹膜腔时，应将腹膜关闭，若尿液渗入腹膜腔可引起腹膜炎。不可作腹膜腔引流，引流只可置于腹膜之外。

9. 手术后处理包括记录出入量，控制感染，保持引流管的畅通，注意病人的营养，液体补给，血液输入，酸碱度平衡等。

第二章 肾 脏

一、肾脏的解剖

肾脏的解剖、生理与病理，在泌尿外科上占着极重要的地位，因之须作一简要的复习。

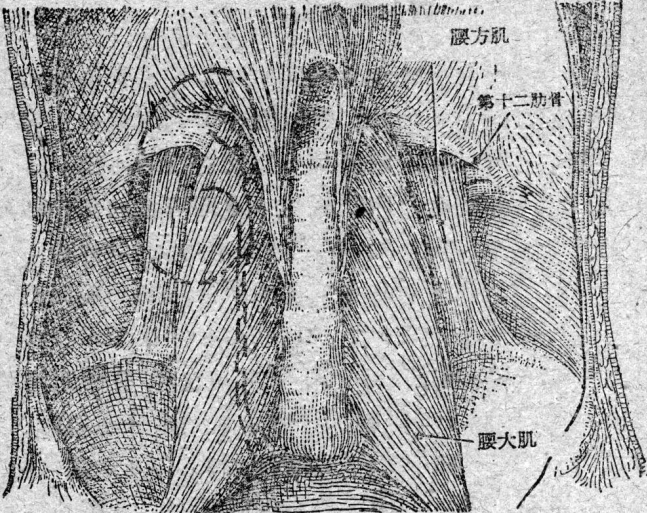
肾脏的位置（图1）

1. 肾脏上极在横膈之下，两侧及后面有腰大肌和腰方肌，右肾较左肾为低，二侧肾肿大时，右肾压升结肠向内，左肾压降结肠向外。

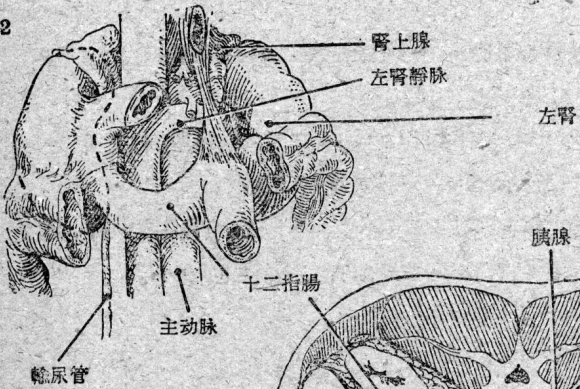
2. 肾脏与周围组织有密切关系，右肾前面和内面与十二指肠和下腔静脉之间距离甚近，左肾与脾和降结肠关系密切。两肾之上极紧邻肾上腺。肾脏因有病而形成严重粘连时，手术不慎可伤及上述组织，尤其是下腔静脉，一旦不慎损伤，常有致命的出血。第十二肋骨处有胸膜的反折缘，手术不慎可破入胸腔。

3. 身体中段的横切面，可以显示肾与筋膜、十二指肠、胰腺以及和脾脏的关系。

1



2



3

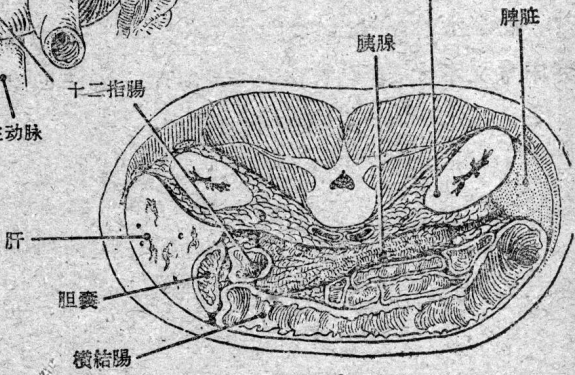


图1 肾脏的位置

肾脏的血循环(图2)

1. 肾动脉(1)由腹主动脉两侧分出,右肾动脉在下腔静脉后面横过且较左侧为长。肾动脉在肾的内侧进入肾门,并分成数支进入肾实质,前面的一半较后面的血循环丰富。动脉末梢彼此不相吻合,因之结扎一支即可造成部分坏死。动脉的副支有的来自肾动脉,有的来自主动脉,由肾的上极或下极进入肾脏。下极的动脉多由肾的前面而来,偶而由后面横过,妨碍尿流,引起肾盂积水。这些副支易在手术时误伤而大出血,尤其深藏在脂肪囊中的血管不易发现,有时可造成致命的出血,因之彻底分离肾脏和仔细止血是十分必要的。

2. 肾静脉(1和2)由下腔静脉而来,与肾动脉伴行,左肾静脉在主动脉前横过,因之较右肾静脉长。下腔静脉靠近右肾,在手术时,尤其是有粘连的手术,应特别注意,以免误伤。在右肾手术时最好彻底分离周围组织,完全暴露肾脏,以减少危险的发生。

3. 肾动脉的排列和数目的变化,在外科临床上十分重要(Anson氏)。图示不同分布情况(3和4)。

静脉变异较少,有动脉副支时,不一定有静脉伴行,因之临床意义不大,若有静脉副支,结扎危险性也较小。

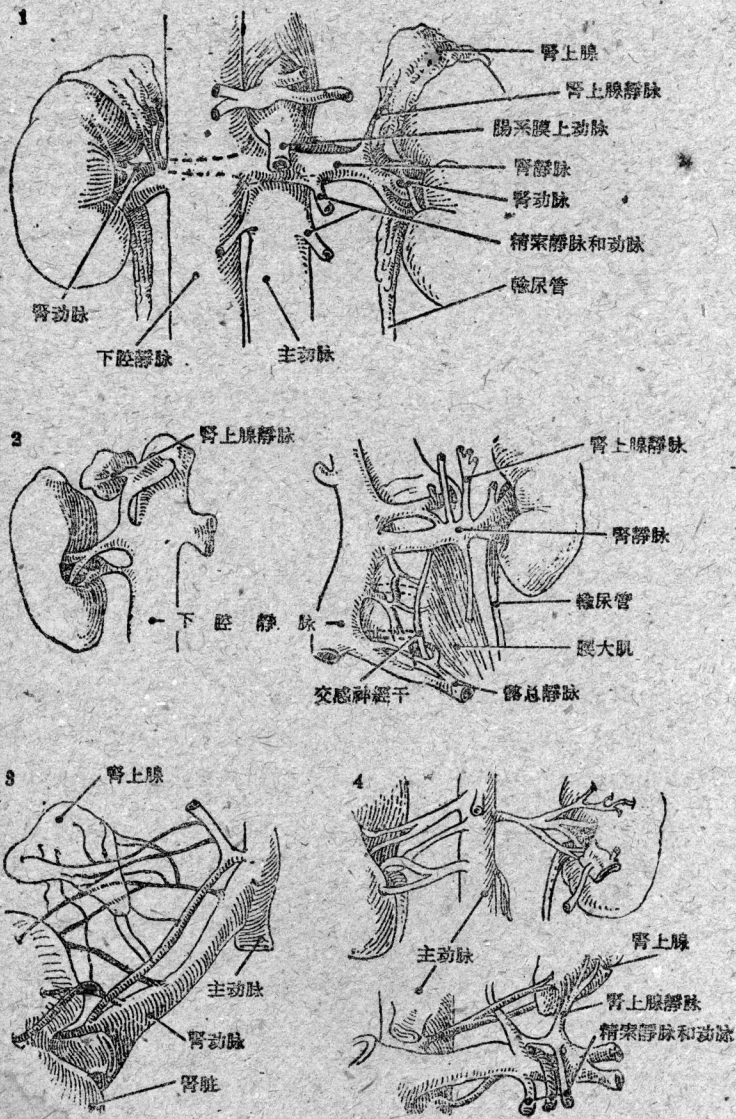


图2 肾脏的血液循环

肾脏的神经,淋巴管和筋膜(图3)

1. 体神经的分布与肾脏手术途径有密切关系。
2. 交感神经纤维来自第六胸椎段至第三腰椎段的交感神经,经上、中、下内脏神经而分布至肾脏,大内脏神经及小内脏神经纤维末梢在半月神经节内互相交错,其节后纤维及迷走神经纤维在肾脏血管周围形成肾丛。副交感神经来自迷走神经而进入肾脏。

3. 肾脏的淋巴管分深浅二组:

浅组由肾周围脂肪内及被膜下的淋巴管所形成,并与深组淋巴管互相吻合。

深组围绕肾小管及血管,在肾门合成4~6大干,进入主动脉旁的淋巴结。

图中箭头为淋巴引流方向。血丝虫病引起淋巴管梗阻时,常有乳糜尿发生,结扎肾周围及肾门的淋巴管,可以治愈乳糜尿。

4. 肾周围脂肪和脂肪囊。

5. 肾周围的筋膜:肾周围的筋膜和脂肪有固定和保护肾脏的功能,尤其是脂肪可以承受周围组织和外界的压力,以减轻外力直接作用于肾脏。

若脂肪过少,或腹内压力改变,即可引起肾下垂。

患肾癌时,应将周围脂肪与肾脏一并切除。箭头所示是达到肾脏的进路。

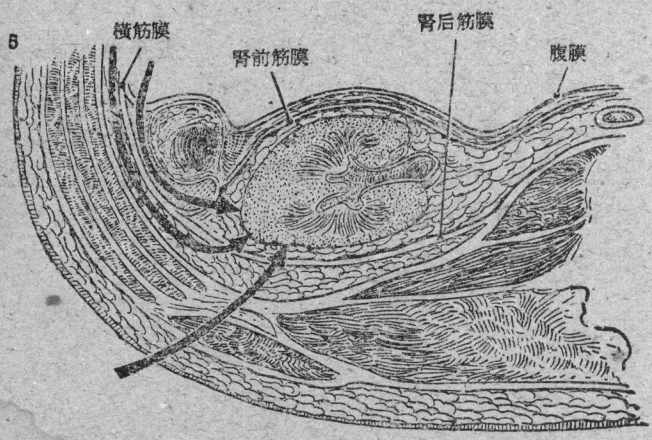
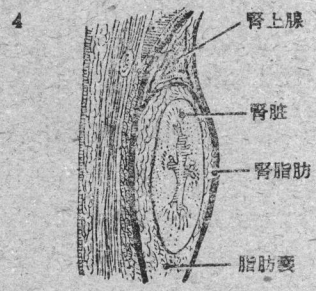
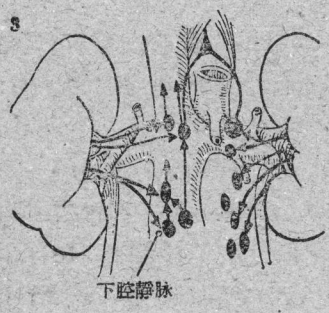
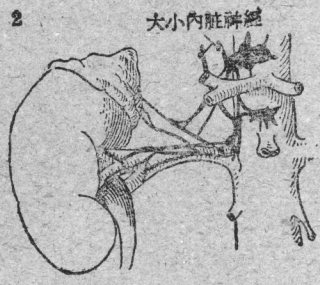
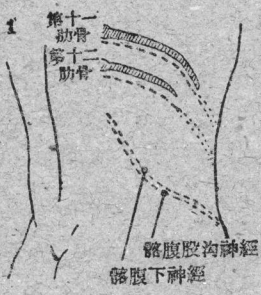


图3 肾脏的神经,淋巴管和筋膜