

王一鏜 譯



胃及十二指腸 手術圖解

上海衛生出版社

內 容 提 要

本書系根据 Claude E. Welch 氏原著 *Surgery of the Stomach and Duodenum* 翻譯。書中系統的描述胃及十二指腸最常見的重要手術，同時包括局部解剖、手術前後處理及各種併發症的預防和處理等。重點在說明各種手術的技術操作和適應症，用比較簡單的文字說明加上清晰的圖解 143 幅，使讀者容易理解，是本書的特點，可供臨床外科醫師作參考之用。

SURGERY OF THE STOMACH AND DUODENUM

by

Claude E. Welch

Second Revised Edition

The Year Book Publishers, Inc.

Chicago, U. S. A.

1955

胃及十二指腸手術圖解

王 一 鏜 譯

*

上海衛生出版社出版

(上海南京西路 2004 號)

上海市書刊出版業營業許可証出 080 號

上海土山灣印刷廠印刷 新華書店上海發行所總經售

*

開本 787×1092 耗 1/32 印張 10 3/4 插頁 4 字數 136,000

1957 年 12 月第 1 版 1957 年 12 月第 1 次印刷

印數 1—4,100

統一書號 14120·287

定價 (10) 1.80 元



譯者序言

这本“胃及十二指肠手术图解”是根据 Claude E. Welch 氏所著 *Surgery of the Stomach and Duodenum* (1955 年第二版) 一書翻譯的。

胃及十二指肠外科，在腹部外科中为一重要的部分。本書選擇胃及十二指肠最常見而且重要的手术加以討論，系統地說明各种手术的适应症，各种并发症的預防和处理，并用清晰的图解詳細表明手术的操作步驟及解剖关系。目前國內尚少此种專書，故認為有翻譯介紹的价值，以供临床外科医师参考或教学之用。

書中譯名以“英中医学辞汇”为准，个别少見的專門名詞，則在頁尾上加註，以作参考。

但譯者学識經驗不足，譯文中的缺点或錯誤之处，希望讀者們指正。

在翻譯过程中，得到本教研組馬允平教授的贊助与鼓励，并对譯稿仔細审閱及提供不少意見，謹致以忠誠的謝意。

王 一 鐘

于南京江苏医学院系統外科教研組

1957 年 1 月

目次

第一章	胃及十二指腸的解剖	1
第二章	历史概要	8
第三章	手术前后的治疗; 麻醉	12
第四章	特殊器械	20
第五章	切口及缝合	22
一、	左旁正中切口	24
二、	左旁正中切口: 閉合法	26
三、	横切口	28
四、	其它上腹部切口	30
五、	經胸切口	32
六、	經胸切口: 閉合法	34
七、	胸腹联合切口	36
八、	胸腹联合切口: 閉合法	40
第六章	先天性异常	42
先天性肥大性幽門狹窄: 幽門肌切开术		44
第七章	穿創	48
一、	胃創伤的修补	48
二、	十二指腸創伤	50
第八章	胃切开术及十二指腸切开术	56
一、	胃切开术	56
二、	十二指腸切开术	58
第九章	胃造口术	60
一、	Witzel 氏胃造口术	62
二、	Stamm-Kader 氏胃造口术	64
三、	Janeway 氏胃造口术	66
四、	Beck-Jianu 氏胃造口术	70
五、	Spivack 氏胃造口术	74

第十章 胃及十二指腸憩室	78
一、胃臟憩室:切除法	80
二、十二指腸憩室	82
第十一章 裂孔疝	88
一、膈神經切除术	90
二、經腹修补	92
三、經胸修补	96
四、Allison 氏經胸修补法	100
第十二章 幽門成形术及賁門成形术	104
一、幽門成形术	106
二、Finney 氏幽門成形术	108
三、食管失弛緩性的成形修补	110
四、食管賁門肌切开术	112
五、食管胃吻合术	114
第十三章 对边吻合术	116
一、胃腸后吻合术	118
二、胃腸前吻合术	126
三、胃十二指腸吻合术	128
四、十二指腸空腸吻合术	130
第十四章 十二指腸及胃潰瘍	134
一、手术的选择	134
二、迷走神經切断术	138
三、Billroth 氏第一手术	148
四、Billroth 氏第一手术修正法	152
五、Billroth 氏第二手术修正法	154
六、胃切除术应用于十二指腸潰瘍	158
七、二期胃切除术	176
八、Bancroft 氏手术	182
九、难以处理的十二指腸殘端	186
十、应用于十二指腸潰瘍的較新的手术	198

第十五章 应用于潰瘍并發症的其它一些手术	202
一、穿孔	202
二、梗阻	208
三、出血	209
第十六章 胃癌	222
一、手术的选择	222
二、远端次全胃切除术	224
三、近端胃部分切除术	236
四、全胃切除术:經腹途徑	250
五、全胃切除术:替代技术	260
六、全胃切除术: Graham氏法	262
七、全胃切除术:經胸途徑	266
八、食管空腸吻合术: Roux-Y技术	278
九、胃癌:姑息手术	280
第十七章 十二指腸腫瘤	282
一、十二指腸息肉:切除术	284
二、癌腫胰十二指腸切除术	286
第十八章 胃切除术的并發症	292
一、十二指腸殘端穿孔	296
二、吻合口梗阻	300
三、膈下膿腫	306
第十九章 胃臟手术的后期并發症	310
一、吻合口潰瘍	312
二、胃空腸結腸瘻:切除术	320
第二十章 用特殊的夾子进行吻合术	328
一、Wangensteen 氏无菌吻合术	328
二、用 von Petz 氏夾作吻合术	330
第二十一章 十二指腸瘻	334
附录一 實驗室正常数值	336
附录二 手术后飲食	337

图 解 目 次

图 1	胃及十二指腸的血液供应	3
图 2	胃及十二指腸的淋巴輸納	5
图 3	胃及十二指腸的神經支配	7
图 4	胃手术的局部麻醉	19
图 5	胃及十二指腸外科的特殊器械	21
图 6	左旁正中切口	25
图 7	左旁正中切口的閉合	27
图 8	横切口	29
图 9	其它上腹部切口	31
图10	經胸切口	33
图11	經胸切口的閉合	35
图12	胸腹联合切口	37
图13	胸腹联合切口的閉合	41
图14	幽門肌切开术	45
图15	胃創伤的修補	49
图16	十二指腸的显露及創伤的修補	51
图17	十二指腸的袖口式切除术	55
图18	胃切开术	57
图19	十二指腸切开术	59
图20	Witzel 氏胃造口术	63
图21	Stamm-Kader 氏胃造口术	65
图22	Janeway 氏胃造口术	67
图23	Beck-Jianu 氏胃造口术	71
图24	Spivack 氏胃造口术	75
图25	胃臟憩室切除术	81
图26	十二指腸憩室的显露	83
图27	十二指腸憩室的切除	85
图28	十二指腸憩室的內翻	87

图29	膈神經切除術	91
图30	裂孔疝的經腹修補	93
图31	裂孔疝的經胸修補; Allison 氏法	97
图32	幽門成形術	107
图33	Finney 氏幽門成形術	109
图34	食管失弛緩性的成形修補	111
图35	食管賁門肌切開術; 食管胃吻合術	113
图36	胃腸后吻合術	119
图37	胃腸前吻合術	127
图38	胃十二指腸吻合術	129
图39	十二指腸空腸吻合術	131
图40	迷走神經切斷術: 經腹途徑	139
图41	迷走神經切斷術: 經胸途徑	143
图42	Billroth 氏第一手術	149
图43	Billroth 氏第一手術修正法	153
图44	Billroth 氏第二手術修正法	155
图45	胃切除術应用于十二指腸潰瘍	159
图46	二期胃切除術: 第一期	177
图47	二期胃切除術: 第二期	181
图48	Bancroft 氏手術	183
图49	难以处理的十二指腸殘端: Lahey 氏法	189
图50	难以处理的十二指腸殘端: Graham 氏法	191
图51	难以处理的十二指腸殘端: Nissen 氏法	193
图52	难以处理的十二指腸殘端: Bsteh 氏法	195
图53	难以处理的十二指腸殘端: 导管十二指腸造口術	197
图54	应用于十二指腸潰瘍的較新的手術	199
图55	穿孔性潰瘍的縫合	205
图56	急性大出血胃切除術: Allen 氏法	213
图57	胃潰瘍楔形切除術	217
图58	出血时的排出切除法	221
图59	远端次全胃切除術	225

图60	近端胃部分切除术	237
图61	全胃切除术: 經腹途徑及替代技术	251
图62	全胃切除术: Graham氏法	263
图63	全胃切除术: 經胸途徑	267
图64	食管空腸吻合术: Roux-Y手术	279
图65	胃癌的排出手术	281
图66	十二指腸息肉切除术	285
图67	癌腫胰十二指腸切除术	287
图68	十二指腸殘端穿孔的引流	297
图69	吻合口梗阻的二次手术	301
图70	双管式空腸造口术	303
图71	膈下膿腫的引流: 后側入口	307
图72	膈下膿腫的引流: 前面切口	309
图73	吻合口潰瘍切除遺留的幽門竇	313
图74	吻合口潰瘍切除胃臟及空腸	315
图75	胃空腸結腸瘻的切除: 一期手术	321
图76	胃空腸結腸瘻的切除: Pfeiffer 氏法	325
图77	胃空腸結腸瘻的切除: Lahey氏法	327
图78	Wangensteen 氏无菌吻合术	329
图79	用 von Petz 氏夾作胃切除术及吻合术	331

第一章 胃及十二指腸的解剖

胃 賁門為一解剖上的界標，是一個薄弱的真性括約肌，它形成胃的上端並和食管相融合。胃下端的外表有幽門靜脈通過，即在靜脈下面可觸及幽門。游離正常的胃需要游離其大、小彎，而在不同的病變中，胃後壁也可能有粘連。游離胃大彎可從橫結腸切除大網膜，把全部或一部分大網膜和胃一起向上翻轉，或切斷進入胃後壁處的胃網膜血管的各分枝。游離胃小彎可將左、右胃血管加以切斷。

胃再分為胃底、胃體及幽門三部。嚴格的說，胃底部是位於賁門水平以上的部分，在胃的遠端 2 吋處，組成幽門前區或幽門部。其餘為胃體部。幽門可以由一個長約 1 吋的真正肌管到一個寬闊的開口不等。

十二指腸 十二指腸分為四部分：即橫部（球部），降部，下橫部及升部。除第一部外其餘均是在腹膜後的。膽總管及胰管通入離幽門 7—10 厘米處的十二指腸，但這一距離可因十二指腸潰瘍伴發的炎症而呈顯著縮短。往往有一附加胰管存在，約在 Vater 氏壺腹以上 2 厘米處通入十二指腸。十二指腸的第四部前面有腸系膜上動、靜脈越過，後面位於第二腰椎體上。

一、血液供应

图1显示胃及十二指肠的动脉和静脉的血液供应。其中只显示寻常的分布,但变异是很常见的,故在任何手术时需要小心地分离。

膈下动脉往往恰在膈下从主动脉分出为独立的几枝。右膈枝向上位于右膈的下面。左膈枝经过食管后面而分布于膈的左侧。有一大枝经食管前面进入膈实质;切开膈时必须结紮之。

腹腔动脉分为胃左动脉、脾动脉及肝动脉。胃左动脉发出一大降枝到胃小弯的左侧及一小升枝到食管下端。40%的病例有一异常分枝伸入肝胃韧带而至肝门。从脾动脉发出胃网膜左动脉、胃短动脉至胃底及小的胰腺枝。从肝动脉分出胃右动脉及胃十二指肠动脉,胃十二指肠动脉再分为胃网膜右动脉及胰十二指肠上动脉。胃网膜血管供应胃大弯的相应部分,而胰十二指肠上动脉与胰十二指肠下动脉充分的吻合以供应十二指肠和胰腺头部。

肠系膜上动脉位于肠系膜上静脉的左侧,从它分出胰十二指肠下动脉。

静脉回流大致伴随着动脉的分布。与胃右动脉伴行的幽门静脉往往是很小的。胃小弯的大部分血液经过冠状静脉回流入门静脉靠近脾静脉及肠系膜上静脉交接处。腔静脉并不接受胃或十二指肠的血液。

假使靠近胃壁切断所有主要的动脉,则可完全剥夺胃的生活力。因此,切除胃的一部分时,必须为它的残余部分保留适当的动脉供应。

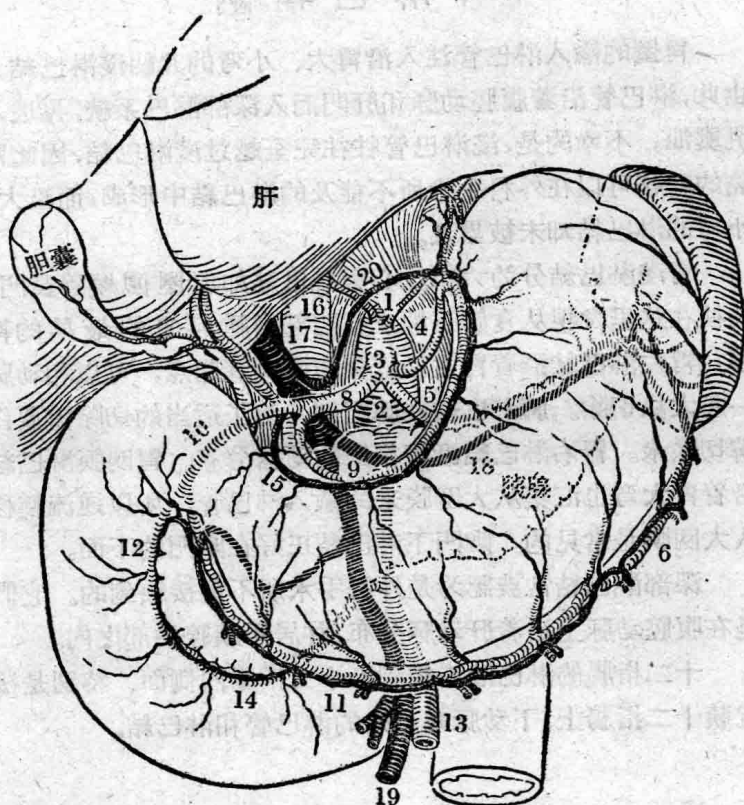


图 1

1. 膈下动脉 2. 主动脉 3. 腹腔动脉 4. 胃左动脉 5. 脾动脉
6. 胃网膜左动脉 7. 胃短动脉 8. 肝动脉 9. 胃右动脉
10. 胃十二指肠动脉 11. 胃网膜右动脉 12. 胰十二指肠上动脉
13. 胰系膜上动脉 14. 胰十二指肠下动脉 15. 幽門靜脉
16. 腔靜脉 17. 門靜脉 18. 脾靜脉 19. 腸系膜上靜脉
20. 冠狀靜脉

二、淋 巴 輸 納

胃壁的輸入淋巴管注入沿胃大、小弯的几組淺淋巴結。由此，淋巴管沿着腹腔动脉和肝門而入深部淋巴系統，再进入乳糜池。不幸的是，淺淋巴管往往完全越过淺淋巴結，因此胃癌的轉移可以在外科手术所不能及的淋巴結中形成，而沿大、小弯的淋巴結却未被累及。

胃淺淋巴結分为六組。心旁淋巴結如項圈圍繞着賁門，往往在这里发现从食管下端或賁門部癌腫而来的最早的轉移。胃左淋巴結沿着胃左动脉分布直到其起点，可以和动脉一起大块切除。脾淋巴結在脾門部，为了适当的切除需要作脾切除术。胃右淋巴結沿着相应的动脉分布。胃网膜淋巴結沿着胃大弯也汇集从大网膜来的輸入淋巴管，所以逆流轉移入大网膜是常見的。幽門下淋巴結正好在幽門的下面。

深部淋巴結常被認為是外科手术所不能接触到的。它們是在腹腔动脉上沿着肝动脉分布，并居于胰腺头部之內。

十二指腸的淋巴液汇集到沿十二指腸內側面、特別是接近胰十二指腸上、下动脉起点处的淋巴管和淋巴結。

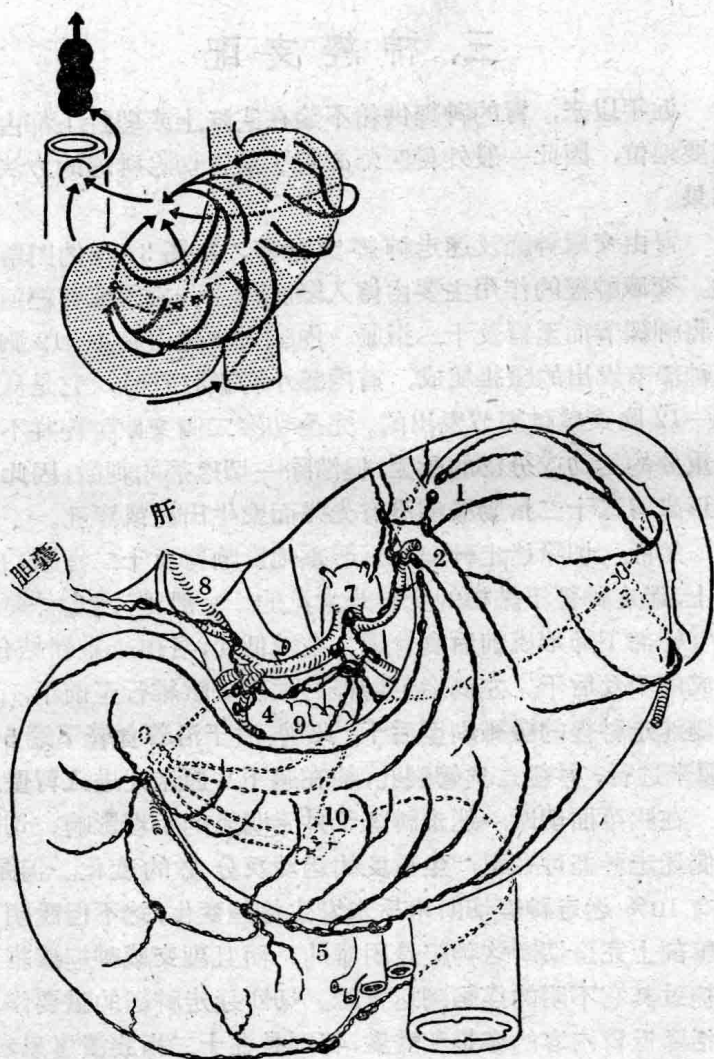


图 2

1. 心旁淋巴结 2. 胃左淋巴结 3. 脾淋巴结 4. 胃右淋巴结
5. 胃网膜淋巴结 6. 幽门下淋巴结 7. 腹腔动脉 8. 肝动脉
9. 胰腺 10. 十二指肠淋巴结

三、神經支配

近年以來，胃的神經供給不論在實際上或理論上都占着重要地位，因此一般外科醫師必須了解胃切除神經的方法和結果。

胃由交感神經及迷走神經支配着，如图 3, A 的图解所示。交感神經的作用主要由傳入纖維經左、右內臟神經通過腹腔神經節而至胃及十二指腸。內臟大神經由第 4—12 胸交感神經節發出的纖維組成，有內臟小神經存在時，它是從第 10—12 胸交感神經節發出的。完全切除二側交感神經並不產生重要的運動或分泌的改變，但消除一切疼痛的刺激，因此可以形成胃或十二指腸潰瘍沒有先兆而發生出血或穿孔。

然而，切除迷走神經將更嚴重地影響胃及十二指腸。解剖上，迷走神經干結構的變異是常見的。一般地，迷走神經從支氣管部下降形成前後食管叢。在較低處，各纖維重新結合，形成前干及后干。左側迷走神經的大部分纖維行至前干，而右側迷走神經的纖維則至后干。此前、后干沿着食管下端 5—8 厘米進行，並經過食管裂孔，約在膈下 2 厘米處進入胃壁。

在膈平面切斷一迷走神經干並無明顯的生理影響。切斷二側迷走神經可在胃產生重度的運動及分泌的變化。但是，約有 10% 迷走神經切斷術後未發生這些變化，這不但說明了在解剖上完全切斷這神經是困難的，而且副交感神經纖維可以經過其它不明的徑路到達胃臟。切斷迷走神經的重要作用包括降低胃內容的容量和酸度，特別是在十二指腸潰瘍患者，作用更為明顯。所有病例均有胃緊張度及動力的下降和幽門痙攣增加，延緩胃的排空時間。這些動力變化是十分重要的，故非必要時決不應犧牲迷走神經。

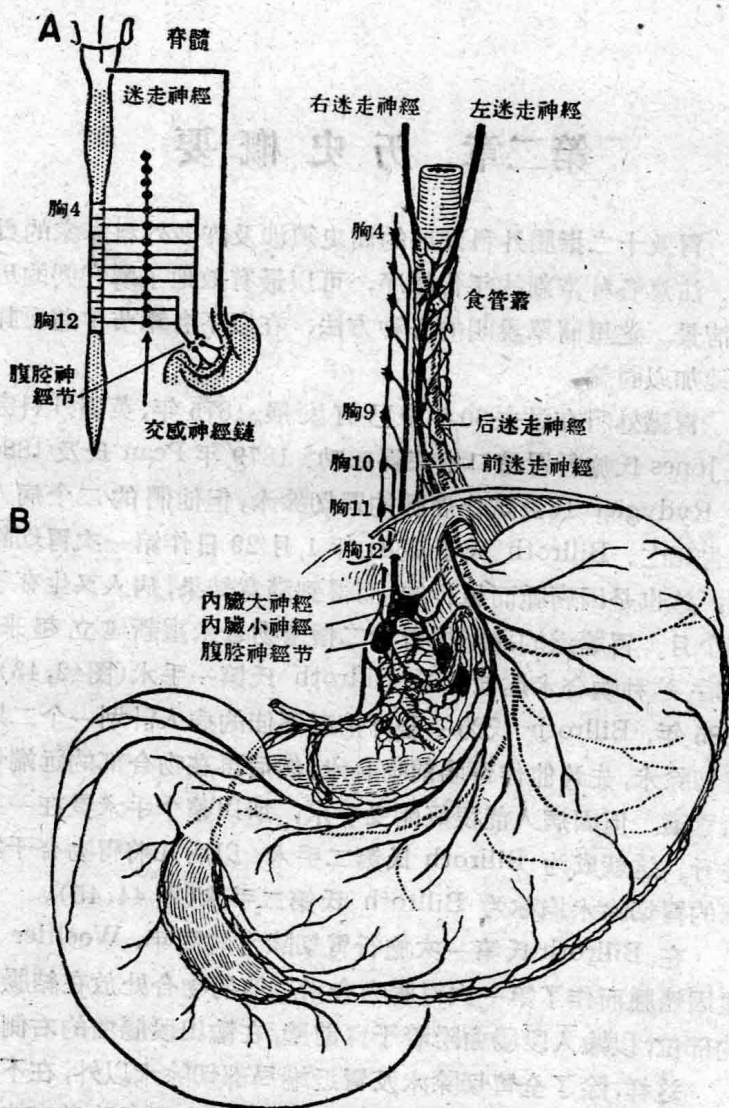


图 3

第二章 历史概要

胃及十二指腸外科發展的簡史須涉及許多外科專家的貢獻。注意各種革新的年代順序，可以最有效地了解它們的歷史情景。這裡簡單說明的各種方法，在以下各章節中將更詳細地加以討論。

胃臟外科在過去80年中已有發展。1875年，英國外科醫師 Jones 氏施行胃造口術獲得成功。1879年 Pean 氏及 1880年 Rydygier 氏嘗試作癌腫的胃切除術，但他們的二個病人均告死亡。Billroth 氏於 1881年1月29日作第一次胃切除術，這也是因癌腫而施行的，而得到滿意結果，病人又生存了四個月。胃腸道的通路用胃十二指腸吻合術重新建立起來。此後，這種吻合術遂被稱為 Billroth 氏第一手術(圖42, 43)。1885年，Billroth 氏為一全身情況不佳的病人計劃一個二期胃切除術，先為他作胃腸前吻合術，然後再在吻合部的遠端切除胃臟。但因病人能很好耐受手術，所以整個手術竟在一次進行。這就成為 Billroth 氏第二手術，以後凡將胃吻合於空腸的胃切除術均稱為 Billroth 氏第二手術(圖44, 45)。

在 Billroth 氏第一次施行胃切除術的同年，Woelfler 氏也因癌腫而作了第一次胃腸吻合術。他將吻合處放在結腸前的部位，以輸入段腸曲附着於胃前壁，在輸出段腸曲的右側。

這樣，除了全胃切除術及胃近端局部切除術以外，在不多幾年中已確立對胃癌的標準手術。以後又有很多改良方法。

胃造口術 最簡單的標準胃手術，即胃造口術，直到最近