

腹部手术学

FUBU SHOUSHU XUE

主编：张跃升 王雁冰 等

第二军医大学出版社

腹部手术学

FUBU SHOUSHU XUE

主 编:张跃升 王雁冰 常秀平
白玉萍 刘远光

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

腹部手术学/张跃升等主编. —上海:第二军医大学出版社,2010.6

ISBN 978 - 7 - 5481 - 0062 - 1

I. ①腹… II. ①张… III. ①腹腔疾病 - 外科手术 IV. ①R656

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 119242 号

出版人 石进英

责任编辑 王 勇 张 娟

腹部手术学

主 编 张跃升 王雁冰 等

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

电话/传真:021 - 65493093

全国各地新华书店经销

京南印刷厂印刷

开本:850 × 1168 1/32 印张:8 字数:230 千字

2010 年 6 月第 1 版 2010 年 6 月第 1 次印刷

印数:0001 ~ 3500

ISBN 978 - 7 - 5481 - 0062 - 1/R · 868

定价:22.00 元

(版权所有 盗版必究)

编著者名单（排名不分先后）

主 编：张跃升 王雁冰 常秀平 白玉萍
刘远光

副主编：张军华 陈福金 张金立 赵智慧
尚金伏

编 委：（以姓氏笔画为序）

王 伟 王佳良 付文秀 闫剑平
李志红 李春晖 陈 治 张淑艳
邸 辉 杨伟红 赵志清 周洪彪
高志敏 崔 娜 魏会敏

内 容 提 要

本书以腹部外科常见疾病的外科手术为主要内容,详细介绍了腹部应用解剖、术前准备、主要手术方法和步骤及术后处理;结合作者的临床实践经验,较详细地阐述了外科解剖与手术方法的关系和相关注意事项。

本书内容丰富,条理清晰,实用性强,易于读者理解及掌握,可作为普通外科及肝胆外科医师的参考用书。

前 言

腹部外科在外科学中有着重要地位,随着基础医学及临床医学研究工作的广泛开展,使腹部外科的基础理论研究有了长足的进步,内镜、B超、CT、磁共振成像、新型X线造影技术和放射性核素等的应用,大大提高了腹部外科的诊断和治疗水平,许多危重疾病和创伤的救治也成为腹部外科日常工作的重要部分。为了适应现代医学现代化建设的需要,进一步提高腹部外科的基础和临床研究水平,我们组织相关人员编写了《腹部手术学》一书。

本书的编者均为工作在临床一线,在腹部外科方面具有很深造诣、经验丰富的专家,他们根据自己数十年所积累的丰富资料 and 实践经验,吸取国内外最新进展撰写而成。本书以科学性、指导性、实用性为宗旨,从临床实用角度出发,对腹部外科医师在临床工作中经常遇到的一些具体问题,作出了较为全面的介绍。

本书共11章,分别介绍了腹外疝、胃和十二指肠、小肠及阑尾、结肠、直肠、肛管、肝胆系统、胰腺、脾脏等部位手术,并在每章节中详细介绍了现代临床中的经典手术,力求理论联系实际。本书内容全面、条理清楚,可供外科医师、麻醉师及医学院校学生参考阅读。

本书在编写过程中,参阅了许多相关医学著作及文献,在此,谨向作为本书参考资料的编著者及编写此书的相关人员表示衷心感谢。由于编者水平有限,在编写过程中难免会出现错误,望各位同行批评指正。

编者
2010年6月

目 录

第一章 概述	1
第一节 常规术前准备	1
第二节 常规术后处理	4
第三节 腹部切口	12
第二章 腹外疝手术	24
第一节 解剖和生理	24
第二节 腹股沟斜疝修补术	28
第三节 腹股沟直疝修补术	35
第四节 特殊类型的腹股沟疝修补术	37
第五节 腹壁疝修补术	39
第六节 经典手术——股疝修补术	41
第三章 胃和十二指肠手术	44
第一节 解剖和生理	44
第二节 胃、十二指肠损伤手术	52
第三节 胃造瘘术	54
第四节 胃次全切除结肠后胃空肠吻合术	55

2 腹部手术学

第五节	胃迷走神经切断术	57
第六节	经典手术——胃次全切除胃十二指肠吻合术	60
第四章	小肠及阑尾手术	65
第一节	解剖和生理	65
第二节	小肠部分切除术	71
第三节	空肠造口术	73
第四节	麦克尔憩室切除术	74
第五节	经典手术——阑尾切除术	75
第五章	结肠手术	82
第一节	解剖和生理	82
第二节	结肠损伤手术	85
第三节	结肠造口术	88
第四节	结肠切除术	94
第五节	经典手术——左半结肠切除术	99
第六章	直肠、肛管手术	102
第一节	解剖和生理	102
第二节	先天性肛管直肠畸形手术	108
第三节	肛瘘手术	111
第四节	内痔手术	115
第五节	直肠脱垂手术	118
第六节	肛门失禁手术	120
第七节	直肠切除术	123
第八节	经典手术——内痔环切术	131
第七章	肝脏手术	133
第一节	解剖和生理	133

第二节	肝外伤手术	142
第三节	肝移植术	149
第四节	肝脓肿手术	159
第五节	肝叶切除术	161
第六节	经典手术——肝右三叶切除术	170
第八章	胆道系统手术	172
第一节	胆道系统的解剖	172
第二节	胆道系统的生理	181
第三节	胆囊结石手术	186
第四节	胆总管探查术	190
第五节	胆总管与空肠 Roux - en - Y 吻合术	192
第六节	胆总管囊肿切除术	193
第七节	内镜下乳头括约肌切开及取石术	194
第八节	经典手术——肝胆管结石手术	199
第九章	胰腺手术	201
第一节	胰腺的解剖	201
第二节	胰腺的生理	207
第三节	胰十二指肠根治术	213
第四节	经典手术——胰体尾切除术	216
第十章	脾脏手术	219
第一节	解剖和生理	219
第二节	部分脾切除术	222
第三节	经典手术——脾切除术	224
第十一章	门脉高压手术	229
第一节	解剖和生理	229

4 腹部手术学

第二节	门腔静脉分流术	238
第三节	肠系膜上静脉下腔静脉分流术	239
第四节	经典手术——脾肾静脉分流术	241

第一章 概 述

第一节 常规术前准备

一、常规检查

患者入院后常规检查应包括获得有关病史、做详细的体格检查、必要的辅助检查,以明确诊断和治疗方案。

(一) 病史

无论何种腹部手术,单纯本次住院的病史是不够的,应结合本次手术的部位、名称、大小及麻醉方法等,有所重点地了解以下情况。

1. 个人史 近期自我感觉,有无心悸、气短、吸烟、嗜酒、麻醉毒品史等(必要时向家属了解)及其严重程度。

2. 过去史 曾患过何种疾病与治疗情况。

3. 药物过敏史 曾用过何种药物,有何反应、症状、体征及治疗情况。

4. 手术麻醉史 手术名称、麻醉经过、有无并发症等。

5. 家族史 了解家属有无类似疾病或其他疾病及其治疗结果等。

(二) 体检

手术患者应做全面的体格检查,重点检查以下几方面。

(1) 一般检查:血压、脉搏、呼吸等生命体征检查。

(2) 呼吸系统检查:包括气管位置、胸廓状况、听诊呼吸音等。

(3) 心血管系统:包括皮肤和黏膜有无发绀、心界大小、心音有无杂音及杂音的等级、性质、传导、心律等。

(4) 体表血管:包括动脉搏动、静脉充盈情况等。

(5) 脊柱及神经系统、四肢有无功能障碍等。

(三) 辅助检查

辅助检查的项目较多,一般常规的检查应包括以下几点。

(1) 血常规、尿常规、大便常规。

(2) 血生化检查,包括电解质、血糖等。

(3) 肝、肾功能检查。

(4) 心电图检查,必要时做二级阶梯试验检查。

二、患者准备

手术前患者准备的内容较多,择期手术应充分准备后再做,急诊手术则根据情况做必要的准备后立即手术。大出血和危急生命的手术,应立即手术,或边准备边手术,不得延误。

(一) 心理准备

对有些大的腹部手术的患者,应进行术前讨论。并将讨论结果告知患者本人或家属,使其得到配合和理解,这对患者是有益的。做好心理准备的目的在于:①消除焦虑,每个人对手术意义的感受不同,而且反应的方式不同,均表现为害怕、紧张和不安而呈现焦虑状态;②减轻心理压力,心理压力反应常引起生理因素反应,使交感系统兴奋、激素分泌增加等;③增强患者抵抗力,增加营养的摄取;④使体内保持体液和电解质的平衡。患者心理准备包括如下内容:

1. 消除焦虑 向患者解释及澄清其疑问,如手术程序、各种检查步骤、麻醉方法及过程等,并与患者交待有关手术后的问题,询问患者最担心和最害怕的问题,并做适当的解释。术前麻醉医师和手术室护理人员探望患者,介绍手术室设备与安全措施等,安排好患者的生活,帮助患者分散注意力。

2. 办理手术前签字 任何手术,不论大小,均应在手术志愿书

上签字。在签字前,必须向患者解释手术的目的及可能发生的为题等。当患者的年龄及心智许可时,由患者自行签字。未成年、意识不清、无自制能力者,则必须由直系家属代签。麻醉医师术前1~3 d要访视患者,患者或直系家属同样在麻醉协议书上签字,做好患者麻醉前心理紧张的工作。

(二)生理准备

因不同患者年龄、疾病、个体、手术部位等都有差异,故生理准备包括的范围较广,但常规的生理准备包括以下几项:

1. 一般准备

(1)皮肤准备:在术前数日用肥皂和清洁剂清洗皮肤,以减少皮肤上有机物的数量。指导患者每次轻轻刷洗5~10 min,并将手术区域及其周围毛发剃除。其目的是将患者皮肤上的细菌减到最少程度,以避免手术后伤口感染而影响伤口的愈合。

(2)补充营养:营养状况与手术成功和术后恢复有直接关系,营养不良者要鼓励其多摄取糖类(碳水化合物)、蛋白质及维生素类。当患者不能从口进食或吸收不良时,可采用静脉营养疗法供给患者所需营养。

(3)矫正液体和电解质的平衡:正确记录每天的输入及输出量。如有脱水情况时,应由静脉补充液体纠正钾、钠、钙等的不足与液体平衡。

(4)治疗贫血:许多慢性疾病伴有贫血,急性失血的患者血红蛋白均下降,目前临床上多将100 g/L定为血红蛋白最低限度。根据情况,术前应适当补充全血。

(5)检查凝血状况:术前应检查出、凝血时间,凝血酶原时间,其值如不在正常范围,应进一步查明原因并做相应的检查。术前可适当应用止血药。有关专家主张,术前半小时给新型止血药立止血,术中可明显减少失血量。对于黄疸患者,术前应补充维生素K类药,以改善凝血机制。

2. 指导患者正确训练 指导患者术前和术后必须施行如深呼

吸、咳嗽、翻身及肢体运动等活动,以减少手术后并发症的发生。

(1)深呼吸运动:手术后正确的呼吸方式是腹式呼吸。指导患者由鼻部慢慢吸气,使腹部扩张,然后从嘴部慢慢吐气。

(2)咳嗽运动:患者多采取坐姿或半卧位,将手掌轻按伤口部位,当咳嗽时以手支撑伤口,令患者做一个深吸气,然后自嘴呼气,当自肺部深处咳嗽时,做一短呼吸,连做3次短呼吸后,咳一声。

(3)腿部运动:手术后下肢的肌肉静态运动有3种方法:①肌肉压缩运动:小腿肌肉自行收缩。②臀部拉紧运动:双侧臀部缩紧在一起,移动腿部到床边,放松。要每天重复3~6次。③翻身和起床:先将躯干转向一侧,上面的腿弯曲,下面的腿伸直,并在两腿间垫以枕头支撑。

3. 手术和急诊手术准备

(1)测量生命体征(体温、脉搏、呼吸、血压)。

(2)除去患者身上的装饰物、发夹、假牙、贵重物品,并给由人保管。

(3)擦去指甲油、口红等。

(4)排空膀胱、必要时留置导尿管。

(5)清洁灌肠。

第二节 常规术后处理

一、一般处理

(一)生命体征

手术当日,要密切注意脉搏、呼吸和血压等生命体征的变化。中、小手术每2~4h测定上述数据。大手术或危重患者,应每30~60min测定上述数据,并予记录;连续3次平稳后,可改为1~2h测定1次;连续3次平稳后,再改为1~4h测定1次;直到病情平稳,再按常规测定。

(二) 体位

全身麻醉后尚未完全清醒的患者,采取平卧位,头转向一侧,使唾液、痰、呕吐物易于流出,避免误吸,保持呼吸道通畅,防止舌后坠造成呼吸道梗阻的后果。

椎管内麻醉的患者,应平卧去枕 6 ~ 10 h,以防术后低颅压引起的头痛;最好应是下肢抬高 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$,头部和躯干同时抬高 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$;对于肥胖患者可采取侧卧位,更有利于呼吸和静脉回流。

(三) 进食

术前患者均应禁食,术后何时开始进食,则应根据不同的手术和患者的具体情况来决定。腹部手术原则上应根据肠蠕动恢复后,肛门开始排气,方可进食,开始只给饮水或流质,以后再根据情况逐步增加。非腹部手术可根据患者及麻醉后情况来定。中、小手术,手术当日后即可进食;大手术需等 2 ~ 4 d 后才可进食;全麻患者应待麻醉清醒后,无恶心、呕吐反应后方可进食。

(四) 补液

术后应常规补液,补足体内水和电解质不足的部分。大手术或长期不能进食者,可通过静脉输入高价营养液,记出入量,并加上生理需要量为每天输液的总量,其成分应根据不同情况灵活掌握。

(五) 活动和起床

腹部手术后的患者原则上应早期下床活动,改善患者的心理状态,使患者感到自己手术后很快好转,有利于术后康复;预防肠粘连,促进肠道功能早日恢复;有利于膀胱功能早日恢复,减少尿潴留的发生;改善全身血液循环加速切口愈合;减少下肢静脉血淤滞,防止血栓形成;减少肺部并发症的发生,增加肺活量,促进痰液的排出。但休克、心力衰竭、严重感染、出血和极度衰竭的患者,不应当早期下床活动,待生命体征正常后,可人工被动活动四肢。痰多的患者应定时做咳嗽动作。

二、常见不良反应的处理

(一) 发热

发热是术后机体的一种正常反应,一般每天温度变化在 $0.5 \sim 1.0^{\circ}\text{C}$ 范围,不超过 38°C 均属正常。但要注意婴幼儿和老年人反应不一样,如体温变化大于 1°C 以上,就要寻找原因。术后第1天发热常为机体代谢性、输血输液或低血压等引起;术后2~5 d如体温在 38°C 以上,则要考虑是否有感染;超过5 d以后的发热,要想到是否有严重并发症的发生,如手术后残余脓肿或积液等。

术后发热在 39°C 以上者,要采取以下处理措施:①补充液体,纠正发热时消耗的水分和电解质;②用冷褥垫或乙醇擦浴促使下降;③应用退热剂;④找出发热原因,作相应处理。

(二) 疼痛

麻醉消失后,伤口会感到疼痛,而术后咳嗽、翻身等又能使疼痛加剧,疼痛以术后48 h最为剧烈,48 h以后疼痛逐渐减轻。腹部手术后胃肠功能从抑制到恢复有一定的过程。一般在手术后12~24 h内肠蠕动消失;24~48 h内肠蠕动局部恢复,但为不规则蠕动。患者感到有窜痛,属于内脏神经痛,定位不准,蠕动影响到切口时,兼有切口疼痛,待排气后,内脏神经痛即消失。

(三) 腹胀

较多见,尤其是长期卧床患者较易发生,其主要是胃肠功能抑制,肠腔内积气过多,随着胃肠功能恢复,肛门排气后,腹胀即可缓解。如术后数日仍未排气,兼有腹胀而又没有肠鸣音,要考虑有腹膜炎的可能。严重的上腹部或全腹胀,有重物压迫感,并伴反射性或反逆性频繁呕吐,应想到有术后急性胃扩张的可能。

术后腹胀的处理方法:首先应针对不同原因进行处理。可针刺足三里、气海、天枢、大肠俞等穴位。对非胃肠道手术,可用新斯的明,每4 h 1次。如腹胀严重,可持续胃肠减压或放置肛管,用高渗低压盐水灌肠。近年来有用硬膜外腔注射小剂量新斯的明用于手术后胃肠功能恢复,预防术后腹胀的报道。