

外科學

中 冊

閻仲彝 謝祖培 陳遠岫 朱裕璧 編譯

上海醫學出版社

外科學

中 冊

C. Garre, R. Stich, K. H. Bauer 原著

閻仲彝 謝祖培 陳遠岫 朱裕璧 編譯

中 冊——第六篇至第八篇

腹部外科、內臟脫出(疝)、泌尿及生殖器外科

附圖 221 個 插圖 4 頁

上海醫學出版社

一九五五年

外 科 學 書號 2160(中) 進口報紙本紙面精裝
(中 冊) 開本 761×1066 1/18 印張 17
字數 304,000

原 書 名	Lehrbuch der Chirurgie.
著 者	德 國 Garrè, Stich, Bauer.
原書版次	一 九 四 九 年 版
原出版者	Springer-Verlag
編 譯 者	閻 仲 彝 謝 祖 培 陳 遠 岫 朱 裕 璧
出 版 者	上 海 醫 學 出 版 社 上 海 (5) 中 州 路 2 號
發 行 者	上 海 醫 學 出 版 社 上 海 (5) 中 州 路 2 號
印 刷 者	中 國 科 學 圖 書 儀 器 公 司 上 海 (18) 延 安 中 路 537 號

* 有 版 權 *

印數 1—2000

1955 年 9 月第 1 版—第 1 次印刷

定價每冊三元六角

上海市書刊出版業營業許可證出 071 號

本書內容提要

本書由編譯者以 1949 年 Stich 和 Bauer 氏增訂的第十五版 Garre 氏德文原著外科學教本 (Lehrbuch der Chirurgie) 爲主要藍本，並結合了各個編譯者的臨床和教學的實際經驗，同時又參考國內外專著以及醫學雜誌而編譯。其特點在於敘述簡要，詳略恰當，關於我國常見的重要疾病和地方病，如甲狀腺腫及克山病的預防和治療等均加以補充，在重要的地方並提到了局部解剖學和生理學的一些概略以及重要手術的作法。

全書計十三篇，分爲三冊出版。上冊有：頭部外科，頸部外科，胸廓及心肺外科，脊柱及脊髓外科，骨盆外科五篇；

中冊有：腹部外科，內臟脫出(疝)，泌尿及生殖器外科三篇；

下冊有：四肢外科，創傷及其治療，全身及局部麻醉，部分的及官能的診斷，外科手術五篇；最後並附有索引。

目 錄

第六篇 腹部外科

(閻仲彝編譯)

解剖摘要	387
第一章 腹壁畸形	390
第一節 先天性畸形	390
一、先天性腹直肌分離	390
二、臍部畸形	390
第二節 後得性畸形	391
第二章 腹壁及腹臟的損傷	392
第一節 腹壁損傷	392
一、挫傷	392
二、腹肌與筋膜撕傷	392
三、自發性腹壁血腫	392
第二節 皮下腹臟損傷	392
一、肝臟損傷	394
二、脾臟損傷	394
三、胰臟損傷	394
四、腎臟損傷	395
五、胃腸損傷	395
六、膀胱損傷	395
第三節 腹部開放性損傷	396
第三章 腹壁炎症及腫瘤	398
第一節 腹壁炎症	398
一、丹毒、癰癤及膿腫	398
二、肌肉撕裂及發炎	398
三、蜂窩織炎	398
四、一切繼發性炎症	398
五、腹壁潰瘍	399
六、腹壁慢性炎	399
第二節 腹壁腫瘤	399
一、良性腫瘤	399
1. 脂肪瘤	399
2. 複數神經纖維瘤	399
3. 硬纖維瘤	400

附：脂肪腹及下垂腹	400
二、惡性腫瘤	400
第四章 腹膜炎	402
第一節 腹膜炎概述	402
一、病理的生理	402
二、原因	404
三、傳染的途徑	404
四、分類	405
五、預後	405
第二節 急性瀰漫性腹膜炎	406
附：三種腹膜炎	410
一、肺炎球菌性腹膜炎	410
二、淋球菌性腹膜炎	410
三、手術後及產褥熱性腹膜炎	410
第三節 急性穿孔性腹膜炎	411
第四節 急性局限性腹膜炎	415
一、Douglas 氏窩膿腫	417
二、膈下膿腫	417
三、闌尾炎性膿腫	420
四、膽囊周圍膿腫	421
第五節 結核性腹膜炎	421
第六節 慢性局限性腹膜炎	422
第五章 腹水	424
第六章 網膜及腸系膜的疾病	427
第一節 網膜的肥厚及疾病	427
一、網膜扭轉	427
二、炎性網膜腫塊	427
三、腹膜假黏液瘤	427
第二節 腸系膜的腫瘤及炎症	428
附：剖(開)腹術	428
第七章 肝及膽道外科	431
生理解剖摘要	431

第一節 膽囊及膽道的疾病·····	432	一、先天遺傳性溶血性黃疸·····	460
一、先天性異常症·····	432	二、惡性貧血·····	460
二、損傷·····	432	三、原發性血小板減少症·····	460
三、膽道炎症·····	433	四、白血病及假白血病·····	461
1. 膽囊炎·····	433	第二組 先誘發脾肥大的諸疾病·····	461
2. 膽管炎·····	433	一、Banti 氏病·····	461
四、膽石·····	433	二、脾靜脈血栓形成·····	461
附：膽道手術·····	442	三、Gaucher 氏病·····	461
第二節 膽道癌·····	444	第四節 游動脾·····	461
一、膽囊癌·····	445	第五節 脾囊腫及腫瘤·····	462
二、膽道癌·····	446	一、良性瘤·····	462
第三節 肝臟疾病·····	446	1. 血囊腫·····	462
一、肝臟畸形·····	446	2. 漿性囊腫·····	462
1. 部分肝下垂症·····	446	3. 脾包蟲·····	462
2. 全部肝下垂症·····	446	二、惡性瘤·····	462
二、肝臟損傷·····	447	1. 肉瘤·····	462
三、肝膿腫·····	448	2. 脾瘤·····	462
四、肝包蟲症·····	449	附：脾臟手術·····	462
五、肝部腫瘤·····	450	第十章 胃及十二指腸外科·····	463
六、肝硬變·····	450	生理解剖摘要·····	463
第八章 胰臟外科·····	451	第一節 檢驗法·····	463
生理解剖摘要·····	451	第二節 先天異常症·····	464
第一節 胰腺的損傷、瘻管和結石·····	452	一、狹窄與閉鎖·····	464
一、損傷·····	452	二、Meckel 氏憩室·····	464
二、瘻管·····	452	三、幽門痙攣·····	465
三、結石·····	452	第三節 後得異常症·····	465
第二節 胰腺炎·····	453	一、胃下垂症·····	465
一、急性胰腺壞死·····	453	二、胃擴張症·····	466
二、慢性胰腺炎·····	455	三、藥葫蘆或沙鐘狀胃·····	466
第三節 胰腺囊腫·····	456	四、幽門狹窄·····	466
第四節 胰腺腫瘤·····	456	第四節 胃內異物·····	467
一、良性瘤·····	456	第五節 損傷·····	467
二、惡性瘤·····	457	第六節 炎症·····	469
第九章 脾臟外科·····	458	一、慢性胃炎及十二指腸炎·····	469
生理解剖摘要·····	458	二、膿性蜂窩織炎性胃炎及十二指腸炎·····	469
第一節 脾臟損傷·····	458	三、胃硬化·····	469
第二節 脾臟膿腫·····	459	四、急性胃弛緩或胃麻痹·····	469
第三節 脾肥大症·····	459	第七節 慢性傳染病·····	470
第一組 引起脾肥大的最重要的血病 460			

一、結核	470
二、梅毒	470
三、放線菌病	470
第八節 胃及十二指腸潰瘍	470
第九節 腫瘤	485
一、良性腫瘤	485
二、胃癌	485
附：胃及十二指腸手術	489
一、胃腸縫合法	489
1. 兩層縫合法	489
2. 三層縫合法	489
二、胃切開術	489
三、胃造瘻術	489
四、胃成形術	490
五、胃腸吻合術	490
六、胃截除術	490
七、胃固定術	490
第十一章 腸部外科	491
生理解剖摘要	491
第一節 檢驗法及手術前準備	491
第二節 腸部先天病	492
第三節 先天性巨結腸	493
第四節 腸管內異物及寄生物	494
第五節 損傷	495
第六節 腸炎	495
一、急性腸炎	495
二、慢性腸炎	495
第七節 腸潰瘍	496
一、營養障礙引起的潰瘍	496
二、傳染病引起的腸潰瘍	496
1. 傷寒性潰瘍	496
2. 痢疾性潰瘍	497
3. 潰瘍性結腸炎	497
4. 腸結核	497
5. 腸梅毒	498
6. 放線菌病	498
第八節 腸管腫瘤	499
一、良性腫瘤	499
二、他種良性腫瘤	499

三、肉瘤	499
四、腸癌	499
第九節 胃瘻與腸瘻	502
第十二章 腸塞痙痛	503
第一節 總論	503
第二節 各論	505
一、閉鎖性腸塞痙痛	505
二、絞窄性腸塞痙痛	507
三、套疊性腸塞痙痛	509
四、麻痹性或無力性腸塞痙痛	511
五、痙攣性腸塞痙痛	512
第十三章 闌尾炎	516
第一節 總論	516
第二節 急性闌尾炎	517
第三節 慢性闌尾炎	526
第四節 闌尾截除術	527
第十四章 直腸及肛門外科	530
生理解剖摘要	530
第一節 檢查概要	531
第二節 直腸及肛門內先天畸形	532
一、肛門閉鎖	532
二、直腸閉鎖	532
三、肛門及直腸閉鎖	533
四、瘻管	533
第三節 直腸排泄障礙及肛門瘙癢症	534
第四節 直腸及肛門內異物	535
第五節 直腸及肛門損傷	535
第六節 直腸及肛門炎	536
一、擦爛	536
二、直腸炎	536
三、潰瘍	536
1. 肛門裂	536
2. 特殊潰瘍	538
四、直腸周圍炎及膿腫	538
1. 皮膚下及黏膜下膿腫	539
2. 坐骨直腸腔膿腫	539
3. 骨盆直腸腔膿腫	539
第七節 肛門及直腸瘻	540
第八節 直腸及肛門狹窄	543

一、肛門狹窄·····	543
二、直腸狹窄·····	543
第九節 痔瘡·····	544
第十節 肛門及直腸脫垂·····	548

第十一節 直腸及肛門腫瘤·····	552
第十二節 直腸癌·····	553
一、肛門癌·····	553
二、直腸癌·····	553

第七篇 內臟脫出(疝)

(閻仲彝編譯)

第一章 疝的總論·····	559
第一節 定義·····	559
第二節 疝的組成·····	559
第三節 發病率·····	560
第四節 原因·····	560
第五節 症狀及診斷·····	561
第六節 病理·····	562
一、癒着·····	562
二、發炎·····	562
三、糞便滯積·····	563
四、疝箱閉·····	563
1. 腸箱閉的種類·····	563
2. 解剖上的分類·····	565
3. 病理變化·····	565
4. 箱閉的症狀及診斷·····	566
第七節 疝的預防·····	567
第八節 疝的治療·····	567
一、疝帶·····	568
二、還納法·····	569
三、疝修補術·····	572
第二章 疝的各論·····	574
第一節 腹股溝疝·····	574
一、發育史、解剖及分類·····	574
1. 發育史·····	574
2. 解剖摘要·····	575
3. 腹股溝外側及內側疝的解剖·····	576
二、外側、間接疝·····	577
1. 先天性外側疝·····	577
2. 後得性外側疝·····	577
3. 外側疝的混合症·····	579
三、內側、直接疝·····	579

四、婦女的腹股溝疝·····	580
五、腹股溝疝的臨床症狀及診斷·····	580
六、腹股溝疝的箱閉·····	581
七、能還納性疝的治療·····	583
1. 繃帶療法·····	583
2. 根本割治法·····	584
第二節 股疝·····	586
解剖摘要·····	586
一、股疝的症狀及治療·····	588
二、股疝的箱閉·····	589
第三節 臍疝·····	589
一、臍帶疝·····	590
二、小兒臍疝·····	590
三、成人臍疝·····	592
第四節 腹部疝·····	593
一、腹直肌分離·····	593
二、白線疝·····	593
三、半月線疝·····	595
四、腹部癰痕性疝·····	595
第五節 罕見的疝·····	596
一、閉孔疝·····	596
二、臀上疝、臀下疝及坐骨疝·····	597
三、會陰疝·····	597
四、腰疝·····	598
五、腹內疝·····	598
1. Winslow 氏孔疝·····	598
2. 十二指腸空腸隱窩疝·····	598
3. 盲腸疝·····	598
4. 乙狀結腸間隱窩疝·····	599
5. 膀胱周圍疝·····	599
六、橫膈疝·····	600

第八篇 泌尿及生殖器外科 (陳遠岫編譯)

第一章 腎臟的損傷及疾病·····	601	第四節 膀胱結石·····	643
生理解剖摘要·····	601	第五節 膀胱內異物·····	645
檢查方法·····	602	第六節 膀胱腫瘤·····	645
第一節 腎及輸尿管的先天性畸形··	605	第七節 膀胱的神經性障礙·····	647
一、腎的畸形·····	605	第三章 前列腺及精囊外科·····	648
二、輸尿管的畸形·····	605	生理解剖摘要·····	648
第二節 腎及輸尿管的損傷·····	605	第一節 前列腺的損傷·····	648
第三節 活動腎·····	606	第二節 前列腺肥大症·····	649
第四節 腎盂積水·····	607	第三節 前列腺及精囊的炎症·····	659
第五節 腎膿腫及腎盂膿性炎症(腎 盂腎炎)·····	609	第四節 前列腺腫瘤·····	661
第六節 腎臟周圍炎、腎臟周圍膿腫	612	第四章 陰莖及尿道外科·····	664
第七節 腎結石症·····	613	第一節 畸形及炎症·····	664
第八節 腎臟結核·····	618	一、包莖·····	664
第九節 腎臟梅毒·····	622	二、先天性尿道外口狹窄·····	665
第十節 腎臟放線菌病·····	623	三、尿道上裂·····	665
第十一節 嚴重腎炎的外科療法··	623	四、尿道下裂·····	665
第十二節 腎腫瘤及囊腫·····	624	第二節 損傷·····	666
一、實質瘤·····	624	第三節 尿道狹窄·····	667
二、囊狀腫瘤·····	626	第四節 尿道及陰莖的腫瘤·····	670
第二章 膀胱的損傷及疾病·····	629	第五章 睪丸及陰囊外科·····	672
生理解剖摘要·····	629	生理解剖摘要·····	672
泌尿科應常備的器械·····	631	第一節 睪丸異位·····	672
第一節 膀胱畸形·····	635	第二節 陰囊及睪丸的損傷·····	674
一、先天性膀胱裂·····	635	第三節 炎症及腫瘤·····	674
二、膀胱憩室·····	637	一、陰囊的炎症及腫瘤·····	674
第二節 膀胱破裂傷及其他損傷··	637	二、鞘膜的炎症及腫瘤·····	675
第三節 膀胱炎·····	639	三、睪丸、附睪、精索的炎症及腫瘤	678
		第六章 外科子宮內膜異位病·····	684

第六篇 腹部外科

閻仲彝編譯

解剖摘要

1. 腹壁：腹壁的外層，是由皮膚、皮下脂肪組織（厚薄因人而異）及上層筋膜所構成。供給營養的血管，計有肋間動、靜脈，腹壁淺動、靜脈及旋髂淺動脈；此外尚有腹壁下動脈與腹壁上動脈會合於兩側。下腔靜脈及門靜脈流域內發生了阻礙之時，腹壁上的皮膚淺靜脈，便可曲張成巨大的靜脈叢，名為臍周靜脈曲張（caput medusae）。

腹壁的神經，係肋神經的穿支。

腹壁縱肌是由腹直肌及錐肌所構成。腹直肌居於前、後（腹側及背側）鞘壁之內，共有三、四個腱劃（Inscriptiones tendineae），此處的腹直肌，與腹側鞘壁緊密癒着，背側却多可用鈍力分開。

腹壁側面的肌層，是由腹外斜肌、腹內斜肌及腹橫肌所構成，其背側為橫肌筋膜所掩罩（圖241）。自肋間分出的血管和神經主幹，分佈於腹橫肌與內斜肌之間，並自腹直肌前鞘處的略外側分支。腹直肌前側的營養，取給於兩腹壁動脈。腹壁下動脈，始居於橫肌筋膜和腹膜之間，繼即穿過橫肌筋膜，以附着於腹直肌的後側，造成著名的腹壁動脈襞（Plica epigastrica），為辨別內、外疝的界碑。

臍部無脂肪組織，外皮與臍輪直接癒合，臍部藉腹膜和橫肌筋膜以與腹腔隔絕。腹膜的前方，有四個索狀物，自上、下兩方會合於臍輪內：

下方共有三索，即兩個臍動脈索（Chorda arteriae umbilicalis；舊名：臍外側韌帶 Lig. umbilicalae laterale），一個臍尿管索（Chorda urachi；舊名：臍中韌帶 Lig. umbilicalae medium），是淤塞的臍動脈管及臍尿管的遺跡，均來自膀胱部；

上方為一個臍靜脈索（Chorda venae umbilicalis；舊名：肝圓韌帶 Lig. teres hepatis），是臍靜脈的遺跡，來自肝臟。

為了避免損傷腹肌上重要的神經，以致引起麻痺，成為腹壁疝的誘因，所有腹部手術所需要的廣大縱切口，只可對準白線，或接近白線上下直割；腹側的切口，宜儘量與神經的路線平行（圖265），無論如何，不得損傷一個以上的較大神經支！

腹腔的上壁成於橫膈膜，其形態常隨呼吸的動作和胸腔、腹腔的內容而異。在呼吸時，兩側部大都趨於平坦，中央腱部只略向下降。橫膈膜的左半側比右側易作病理性移動，通過橫膈膜裂隙的器官，多與之作相當緊湊的結合，只與食管的聯系較鬆。橫膈膜上的血管是來自胸廓內動脈（舊名：乳房內動脈）、主動脈（膈動脈 A. phrenica）及肋間動脈的小分支。膈神經是來自第三和第四頸神經，在穿過橫膈膜之後，左側分佈在其下側的面上，右側却直接分佈在其上側的面上，左側的膈神經多偏向外側。淋巴管，與胸腔及腹腔完全相通，肝臟和橫膈膜間的淋巴聯系，更是密切。

2. 腹腔：實用上最重要的是，腹腔由橫結腸系膜分成上、下兩區，並以腸系膜為界，復分為左、右兩段。此外尚有由各種各樣的皺襞、凹龕以及個別臟器所形成的或明顯、或不很明顯的界限。依實用上的需要，我們把腹腔分成上腹部、中腹部及下腹部。

腹膜，是和胸膜及心包同樣的一種漿膜，分為腹膜壁層及腹膜臟層。壁層只與基部作疏鬆的聯系，臟層却緊緊地結連在臟器的表面上，僅在膀胱等少數器官上微成皺襞性外衣。腹膜的總面積，差不多和身體表皮的面積相等，即約 17000 平方厘米。這種事實，直接說明了腹膜對於腹腔內發生病變所佔的高度重要性。

腹膜具有許多小囊和皺襞，可為內疝及箝閉(Incarceration)的誘因，列舉於下：

a) 網膜孔(Foramen epiploicum; Winslow 氏孔)，即網膜囊(Bursa omentalis)的入口；

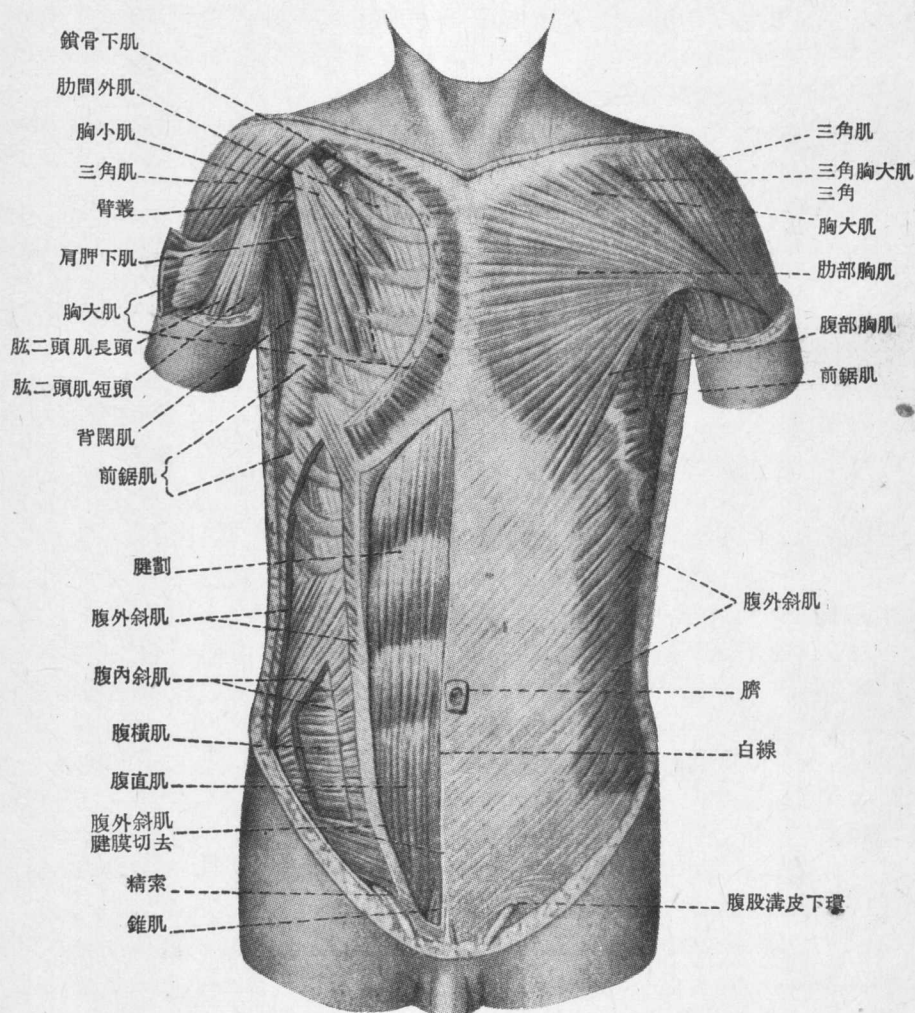


圖 241. 軀幹腹側的肌肉和筋膜

b) 十二指腸空腸隱窩 (Treitz 氏窩), 在十二指腸空腸曲的左側, 分爲十二指腸結腸系膜上隱窩及十二指腸結腸系膜下隱窩;

c) 乙狀結腸間隱窩, 在結腸系膜的基部;

d) 盲腸周圍三個隱窩, 即迴盲上隱窩、迴盲下隱窩及盲腸後隱窩。

大網膜爲一懸於腹腔前面大圍裙樣的薄膜, 素有“腹腔內警士”之稱, 遇到腹壁遭受小傷, 即加以堵塞, 以預防其他內臟脫出; 腹腔內某部臟器 (如闌尾) 發生炎症, 大網膜即粘着在附近, 使炎症儘量局部化, 外科醫師即利用這種容易粘着的特點, 常把它縫在內臟的縫合處, 如果內臟縫合得不够堅固, 亦無妨礙。大網膜和其他部分粘着後, 即產生新的血管, Talma 氏即利用這一特點去治療肝硬化所引起的腹水, 就是把大網膜縫在腹壁內, 使之產生側枝循環 (見 426 頁)。大網膜的另一功用, 在增進腹腔內吸收力的速度和加強抵抗傳染的能力。

自另一方面言, 容易發生粘着, 同時也是大網膜的害處或缺點: 在發炎消失之後, 如果粘着不被吸收, 逐漸纖維化而成帶狀, 腸管便可盤繞於其上, 或被壓迫在下邊, 形成絞窄性腸阻塞; 大網膜伸入於疝囊內, 容易和疝壁粘連, 形成箝閉性疝。

腸系膜與腹腔的後壁接連, 起於十二指腸的末端、胰腺的下面, 恰在第二腰椎的左側。腸系膜根即由此處向下、向右, 到達右髂窩, 相當於骶髂關節處。根據腸系膜這種方向, 右腹腔內產生的液體, 首先到達右髂窩; 左腹腔內產生的液體, 首先流入骨盆內。

迷走神經、交感神經及膈神經, 分佈於腹膜內; 腹腔神經節 (Ganglion coeliacum) 居第一腰椎的前側, 爲主要的神經結節, 注射奴佛卡因後, 可使腹膜失去痛感數小時; 僅腹膜壁層有痛感, 腹膜臟層只有扯拉感覺, 而無切割燒灼等感覺。內臟神經 (N. splanchnicus) 爲調節血壓的重要機構。

腹膜具有偉大的吸收力和滲透力, 這在腹腔內各種病理變化上, 均起着最重要的作用。腹膜上罩着一層內皮細胞, 橫膈膜區內這種細胞的中間, 含有許多小孔隙以爲淋巴系的直接聯系。腹腔內的各臟器, 因罩着一層光滑而濕潤的漿膜, 所以能圓滑無阻地互相擦動。川流不息的淋巴循環, 力量頗大, 因溫熱及腸蠕動增加和心臟健壯等關係, 能在一小時以內吸收數升液體。

第一章 腹壁畸形

第一節 先天性畸形

一、先天性腹直肌分離(Rectus-Diastase)

多發生於白線內，分離的程度不同；並不罕見，却不引起顯著的障礙。

二、臍部畸形

臍部的發育有障礙，為數頗多；胎兒的臍腸管(即胚囊管 Dottergang: Ductus omphalo-entericus)，為連接臍(胚囊 Dottersack)和腸管(首先是迴腸下段，距迴盲瓣2/1—1米之處)的管狀物，普通在第二胎月之末即消失，如發育有障礙，致使其外端口不能封閉，便形成臍瘻(圖 242 A)；內端口不能封閉，便形成 Meckel 氏憩室(同圖 B)；中部不封閉，便形成臍囊瘤(同圖 C)；僅中段封閉，兩端不封口，則成臍外瘻與 Meckel 氏憩室(同圖 D)；若全部不封閉，便形成胚囊管瘻(同圖 E)。

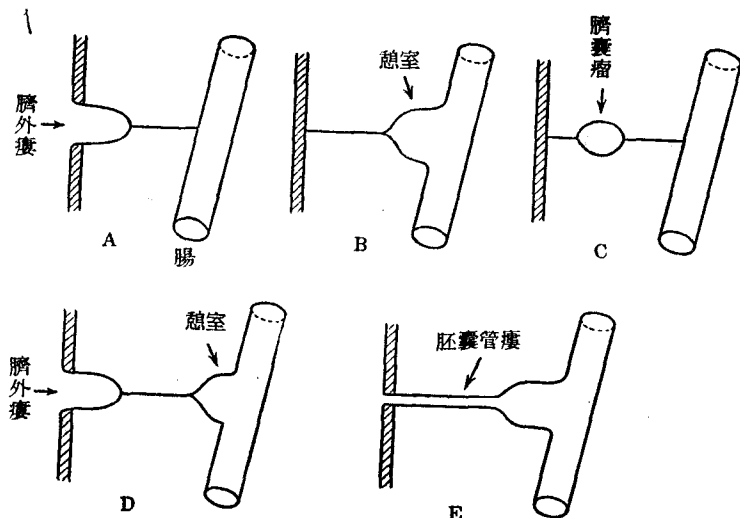


圖 242. 臍腸管所形成的各種畸形

外科上應注意的畸形如下：

1. 臍外瘻(圖 242 A)：係由腸黏膜所包圍的瘻管，分泌黏液，有時黏膜略向外凸出，驟視之，容易誤認為臍肉芽瘤(Nabelgranulom)，辨別之點，為後者無黏膜掩罩。

治療 短的瘻管，可酌用腐蝕或燒烙法；長的瘻管，須行摘出手術。

2. **胚囊管瘻**（圖 242 E）：在外觀上，多與臍外瘻無法辨別，但有時腸黏膜向外脫出，形如脫肛。主要的辨別，為分泌物內含有大便成分。

治療 在切開腹腔，自發源處截出瘻管，縫合腸壁。

3. **Meckel 氏憩室**（圖 242 B）：長約 6—7 厘米，可誤為闌尾。

4. **臍尿管瘻**：臍尿管（Urachus）為連接於膀胱和尿管（Allantois）或臍部的管狀物，即尿管的柄把，亦應在第二胎月之末閉塞起來，變成臍尿管索，即舊名膀胱臍中韌帶（Lig. versicus umbilicalis medialis）。可因阻礙而致完全不封閉或僅部分封閉。在臍帶脫落後，可因腹壓等關係，從臍中排洩出尿來，膀胱黏膜亦可或多或少地向外脫出，成為臍尿管瘻，與臍瘻相似。鑑別之點為分泌物呈酸性反應，含有尿的成分，及瘻管的方向走向膀胱。

5. **膀胱憩室**：如臍尿管的外端封閉、內端不封閉，膀胱的一部分，或較大部分，便可向外脫出，成為膀胱憩室；如不幸此處發炎或化膿，膿性症便可沿着淤閉的臍尿管，即臍尿管向上進展，甚至向外潰決，致使小便由決口處向外排洩，成為繼發性、後得性臍尿管瘻。

治療 單純症，可試用消除排尿障礙及局部腐蝕與燒烙法，必要時行摘出手術。

臍尿管的兩端封閉，中段不封閉，便形成腹腔內的臍尿管囊瘤。

第二節 後得性畸形

除上述各種先天性瘻症外，尚有少見的後得性臍瘻。後者多半來自腹腔內臟器，如胃、腸或膽管部發炎穿孔（肺炎球菌性腹膜炎、膿腫穿孔）；Littre 氏疝，箝閉於臍環內，亦可引起這樣的瘻管。

腹膜假黏液瘤（Pseudomyxoma peritonei）及子宮內膜異位病（Endometriosis），俱詳後各該章內。

第二章 腹壁及腹臟的損傷

第一節 腹壁損傷

腹壁損傷的嚴重性，主要在於判斷其下面重要的腹內臟器是否受了損傷，這種考慮和判斷，須十分重視。應知內臟受到損傷之時，腹壁上的肌肉未必發生斷裂，在腹肌斷裂之時，腸管却常被損傷。

一、挫傷

馬踢、車軋等外力所致的皮下挫傷，可引起血腫，如損傷腹壁下動脈，更可引起腹膜前方的巨大血腫，後者且可化膿，或竟變為骨樣，致誤診為腫瘤。

二、腹肌與筋膜撕傷

跳高、上馬、猛舉重物、或破傷風痙攣等猛烈動作，均可使腹肌緊縮，致撕傷皮下的肌肉及筋膜（尤其是腹直肌），引起劇痛性血腫；腹膜對於挫傷，亦易起破裂，如腹膜同被撕傷，部分腸管可竄入於傷隙內，形成皮下腸脫垂，亦稱外傷性疝；即使腹膜未破裂，受傷的部分後來癒合成癥，構成一個弱點，亦易形成傷後疝。

三、自發性腹壁血腫

健康的腹肌，少有發生皮下撕裂的機會，但在患沈重性傳染病，如傷寒、粟粒性結核、天花、破傷風以及燒傷之後，或患旋毛蟲病（Trichinosis）、小兒黃疸的病人，却能因普通的腹肌動作，如咳嗽、震動等，引起所謂自發性腹壁血腫；高齡的婦女，亦可無病史地忽然發生本症。好發部位是腹直肌，原因是撕傷腹壁血管，試行穿刺，可定診斷。治療為在嚴密消毒之下切開。

第二節 皮下腹臟損傷

腹部發生皮下損傷，最易直接引起休克和內臟損傷。暴力衝着身體的面積愈廣，休克的情況愈嚴重；外來的鈍力愈限於局部（蹄踢、棍撞），腹內器官愈被阻於

骨部（脊柱、骨盆）、愈不易躲避，腹壁愈鬆弛及器官愈飽滿（胃腸飽食、膀胱充滿），愈易發生腹內臟器損傷，即極輕微的外力，如自樓梯或台階上跌下，亦能引起深層腹臟的損傷，甚至在高舉重物時所需的急劇性腹肌收縮，亦有引起腹臟損傷的可能，腹壁上常無任何損傷的痕跡。

腹內損傷的類別，大致為撕傷腸系膜的附着部，挫傷腸壁全部，或撕破腸漿膜及肌層以達黏膜，亦可損傷大血管或臟器本身。

症狀及診斷 多在初次休克症狀消退以後，情況亦多好轉，漸就安適，及至發生腹膜炎現象或嚴重的貧血現象時，情況驟變；另一種情況是，初次的休克持續數小時不退，繼即在皮色蒼白、脈搏更變成小而且弱的情況下，轉變成內出血症狀。

我們的重要任務，首在精密地注視皮下腹部損傷可能發生一些腹膜炎的初期現象，內出血及胃腸損傷症狀，祇要稍有這種症狀，即應立時行剖（開）腹術；對於疑難症，試行剖腹亦遠勝於坐待，可惜此點多被忽視！

診斷上極有價值的是嘔吐，這不是指受傷後馬上所發生的首次嘔吐，而是以後續起的嘔吐。

腹痛持續至六小時以上，伴發有膽汁嘔吐及下述的腹肌緊張和脈搏變快，便有腸破裂的絕大嫌疑。

腹肌緊張在診斷上亦很重要：腹肌在直接受傷之後，雖亦可轉入緊張狀態，但這種緊張，却不很堅硬，而且只限於受傷部的肌肉。同時亦應考慮到肋骨和脊柱發生骨折，也能引起腹直肌的緊張。

內出血的特徵為：脈搏愈來愈小、愈弱，血象變動，皮色蒼白及其他種貧血症狀，和腹肌早呈緊張現象。對於這一類腹部受傷的病人，應數脈搏半點鐘，並作紀錄。如在禁絕飲食及安靜躺床以後，脈搏仍然上升，雖不能確定為腹內出血，亦寧可剖腹，作積極性的診療工作。

坐待腹膜內損傷的其他症狀，如液體滯積、肝臟濁音被氣體隱蔽等，不但浪費了寶貴的時間，而且不盡可靠。指使我們馬上作手術的症狀，常是腹壁緊張，愈來愈嚴重、愈廣泛和持續性腹痛。

前述一般症狀，雖可確定診療的方針，而各個臟器受傷所誘致的特殊症狀，多能指出來需作手術的部位，因而有簡述各個腹臟損傷特徵的必要。

一、肝臟損傷

起於挫傷(打擊右上腹或右下胸部的鈍力),或自高墜下時發生的破裂,亦間可引起於對衝力。由極小的漿膜下出血、中心破裂,至大塊的撕裂、遊離於腹中等各種損傷,可引起腹腔內大量出血,或竟至失血斃命。

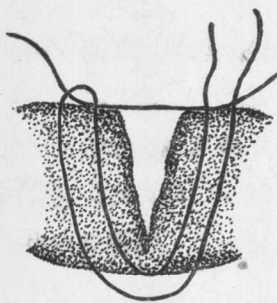


圖 243. 肝臟損傷的縫合法

較小的出血可自行停止;大的出血可用縫合(圖243)或栓塞制止。危險為胆汁流入腹腔內所引起的膽汁腹膜炎及肝臟受傳染所引起的肝炎和肝膿腫,不可遺忘的是眼底可發生蛋白(胎)尿性視網膜炎樣病變。同時應注意考查其他臟器有無副傷。

二、脾臟損傷

脾臟受傷亦同樣能引起腹腔內的大出血,不同之點是,多在受傷後 24—48 小時內溢血,將脾囊脹破以後,才可流入於腹腔內;小的出血,可有較長的中間期,即在受傷後數日、甚至數週及月餘才有症狀,在潛伏期內可無症狀,名為二期出血,診斷特別困難。脾臟損傷,可發生於任何年齡的人。但一般地說,健康的脾臟是不易破裂的,因瘧疾或黑熱病腫大而變脆的脾,最易破裂:極平凡的動作,如嘔吐或噴嚏等,便可引起脾臟破裂:開放性損傷,幾乎常把腹腔開啓。

診斷上的重要症狀,首為左肩部疼痛,次為病人臥床或在試行起坐時,左側腹壁特別緊張,如一般性腹內出血一樣,強度的壓痛敏感,與輕微的防禦性腹壁緊張不相符合。

治療 立即剖腹,切除全脾,並結紮血管,輸入大量血液;縫合及栓塞法,幾多無效。坐待的療法,使脾臟破裂的死亡率高到 93%,這是值得警惕的!

三、胰腺損傷

本症少見,因損傷而出血的危險性,遠無胰腺分泌物流入腹腔所引起的脂肪組織壞死那樣凶險。傷部隨後可形成假性胰腺囊瘤。臨床上症狀不很特殊,比較可靠的是早期實行開腹術。整齊的橫撕裂,可加縫合(Garrè氏),否則作紗布栓塞,尤應堵塞傷部四周的腹腔,作引流性栓塞,以防止接觸胰腺的分泌液,致起腐