

泌尿生殖系
外科手術圖解

史成禮 王文紹
合譯

上海廣協書局出版

泌尿生殖系外科手術圖解

原著者 勞 恩

翻譯者

史成禮 王文紹

上海廣協書局出版

一九五五年

泌尿生殖系外科手術圖解

★ 版權所有 ★

一九五五年九月初版

印數 1-2,000

開本 787×1092/18 印張 18 $\frac{1}{9}$ 圖 154 面 字 161 面

定價人民幣二元六角五分

原著者 Philip R. Roen
翻譯者 史成禮 王文紹
出版者 廣協書局
上海北京東路 140 號
經售者 上海圖書發行公司
上海山東中路 128 號

原書名 Atlas of Genito-Urinary Surgery
原出版者 Appleton-Century-Crofts, Inc.
出版日期 一九五一年

承印者：集成印製廠(上海河南北路365弄17-19號)

內 容 提 要

本書係根據 Philip R. Roen 原著 Atlas of Genito-Urinary Surgery 翻譯，包括泌尿生殖系外科手術 76 種，圖解清晰，使具有外科及婦產科臨床經驗之醫師，均可一目了然，按圖作泌尿生殖系的一般手術，在治療工作上可獲得很大的幫助。

譯 者 序 言

這本泌尿生殖系外科手術圖解是根據 Philip R. Roen “Atlas of Genito-urinary Surgery” (1951 年版) 翻譯的。本書之最大優點是圖解清晰，使人一目了然。凡具外科及婦產科臨床經驗之醫師，即可仿圖試作泌尿生殖系之一般手術，在治療工作上，有很大的幫助，我們深感有翻譯的價值。

本書譯成後特請北京醫學院泌尿科吳階平教授在百忙中仔細審閱修改。蘭州某陸軍醫院泌尿科張華麟主任提供意見，江蘇醫學院劉正確教授及蘭州醫學院尹良培教授熱烈贊助，在此謹致以誠懇的謝意。

譯者本身學識譾陋，譯文中不免有錯誤或不恰當的地方，希望讀者提供意見，我們是十分歡迎的。

史成禮於蘭州醫學院附設醫院 1955. 8. 5

目 錄

<p>第一節 泌尿生殖系外科一般原則..... 1</p> <p>第二節 腎臟的手術..... 2</p> <p> 1. 經腰部的腎臟手術..... 2</p> <p> 2. 經腰部作肋骨切除的腎手術..... 4</p> <p> 3. 腎臟切除術..... 6</p> <p> 4. 腎切除術後腰部傷口的縫合..... 8</p> <p> 5. 被膜下腎臟切除術..... 10</p> <p> 6. 腎盂切除術或腎部分切除術..... 14</p> <p> 7. 馬蹄形腎的峽部切除術..... 18</p> <p> 8. 腎、輸尿管切除術..... 22</p> <p> 9. 經腹膜腔的腎臟切除術..... 26</p> <p> 10. 腎造口術..... 28</p> <p> 11. 腎積水的腎盂成形術..... 32</p> <p> 海尼克一米庫立茲氏方法..... 32</p> <p> 端對側之吻合術..... 36</p> <p> 福吏氏 Y 形成型術..... 38</p> <p> 12. 腎盂截石術..... 42</p> <p> 13. 腎截石術..... 46</p> <p> 14. 腎盂、腎截石術..... 48</p> <p> 15. 腎臟固定術..... 50</p> <p> 16. 腎神經剝離術..... 56</p> <p> 17. 腎被膜剝離術..... 58</p> <p> 18. 腎周圍膿瘍的引流..... 60</p> <p> 19. 腎囊腫的手術..... 64</p> <p> 20. Rovsing 氏的多囊腎的手術..... 66</p> <p> 21. 經胸腔的腎切除術..... 68</p> <p>第三節 腎上腺的手術..... 77</p> <p> 22. 腎周圍空氣注入法..... 78</p> <p> 瑞瓦氏 (Rivas) 的腹膜後注氣術..... 80</p> <p> 23. 經腰部的腎上腺切除術..... 82</p> <p> 24. 經腹膜腔的腎上腺切除術..... 88</p> <p>第四節 輸尿管的手術..... 92</p> <p> 25. 輸尿管上 $\frac{1}{3}$ 的手術途徑..... 92</p> <p> 26. 輸尿管中段之手術途徑..... 96</p> <p> 27. 輸尿管下 $\frac{1}{3}$ 的手術途徑..... 100</p>	<p> 28. 輸尿管對端吻合術..... 104</p> <p> 29. 輸尿管膀胱重新吻合術..... 108</p> <p> 30. 輸尿管乙狀結腸吻合術..... 114</p> <p> 粘膜下隧道法(柯斐氏法)..... 114</p> <p> 粘膜對粘膜的吻合(奈斯比德氏法)..... 118</p> <p> 粘膜對粘膜縫合之另一法(康敦耐爾氏法)..... 122</p> <p> 31. 皮膚輸尿管造瘻術..... 126</p> <p> 32. 經陰道的輸尿管截石術..... 130</p> <p>第五節 膀胱的手術..... 133</p> <p> 33. 恥骨上膀胱切開與膀胱造瘻術..... 134</p> <p> 34. 恥骨上用套管的膀胱造瘻術..... 142</p> <p> 35. 經陰道膀胱切開與膀胱造瘻術..... 144</p> <p> 36. 膀胱破裂引流術..... 146</p> <p> 腹膜外尿外滲..... 148</p> <p> 腹膜內尿外滲..... 152</p> <p> 37. 膀胱部分切除術..... 158</p> <p> 38. 恥骨上膀胱腫瘤電烙法..... 162</p> <p> 39. 恥骨上膀胱瘻的切除術..... 166</p> <p> 40. 膀胱陰道瘻手術..... 168</p> <p> 41. 經膀胱的膀胱陰道瘻修補術..... 172</p> <p> 42. 膀胱憩室切除術..... 176</p> <p> 膀胱內憩室切除術..... 180</p> <p> 43. 重力尿失禁手術..... 184</p> <p> 經陰道修補術..... 184</p> <p> 恥骨上修補術: 膀胱尿道懸掛術..... 190</p> <p> 44. 膀胱管囊腫手術..... 194</p> <p> 45. 外翻膀胱切除術..... 198</p> <p> 46. 膀胱全部切除術..... 200</p> <p>第六節 前列腺的手術..... 206</p> <p> 47. 恥骨上前列腺切除術(經膀胱)..... 206</p> <p> 48. 恥骨後前列腺切除術(膀胱外)..... 212</p> <p> 49. 恥骨後前列腺根除術..... 218</p> <p> 50. 會陰前列腺切除術..... 226</p> <p> 51. 會陰前列腺根除術..... 236</p>
--	---

52. 經尿道前列腺切除術.....	240
第七節 陰囊與睪丸之手術.....	244
53. 睪丸切除術.....	244
54. 被膜內睪丸切除術.....	248
55. 陰囊鞘膜積水手術.....	250
56. 精索扭轉之手術.....	254
57. 輸精管結紮術.....	256
58. 精索靜脈曲張手術.....	258
59. 睪丸未下降之手術.....	260
60. 副睪切除術.....	266
61. 副睪輸精管吻合術.....	268
第八節 尿道之手術.....	270
62. 尿道上裂與尿失禁的手術術.....	270
63. 尿道上裂修補術.....	274
64. 尿道下裂修補術.....	276
第一期矯正畸形.....	276

第二期人工形成尿道.....	278
第三期手術完成期.....	280
65. 尿道下裂修補術第二期之另一法 (楊興斑加明法).....	282
66. 尿道外口切開術.....	286
67. 會陰尿道切開術與尿道造瘻術.....	288
68. 尿道狹窄不能通過擴張器的手術方法.....	290
69. 尿道瘻修補術.....	292
70. 尿道破裂修補術.....	294
71. 尿道肉阜手術.....	298
72. 女性尿道憩室手術.....	300
第九節 陰莖的手術.....	302
73. 包皮環切術.....	302
74. 鞘膜包莖整復術.....	304
75. 陰莖部分切除術.....	308
76. 陰莖全部切除術.....	310

泌尿生殖系外科手術圖解

第一節

泌尿生殖系外科一般原則

泌尿生殖系外科和一般外科的操作原則相同，應當有正確的診斷，選擇適當的手術，儘少損害組織，正確地進行結紮與縫合，縫合時應準確地恢復原來組織構造的層次，此外更應注意以下各項。

1. 老年人必須詳細檢查有無退行性病變，如動脈硬化、心臟衰弱、糖尿病、慢性氣管炎、肺氣腫等，並進行適當的處理。

2. 慎重考慮，並選擇適合病人的麻醉術。

3. 手術前的準備中應包括：腎機能的測定，氮質血症與酸中毒的治療和適當的準備輸入液體。應以抗生素與化學藥品預防和治療泌尿系感染，鑑定引起感染的細菌，才能有效地應用藥品。

4. 絕大多數的泌尿外科病人，都有泌尿系梗阻問題，必須解決梗阻，才能徹底治癒。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，則決不能僅治結石；泌尿系手術的成功，必須先有通暢和充分的引流。

5. 泌尿系感染的治療，必須與手術同時進行，否則不僅影響傷口的癒合，而且還影響手術的效果。如果感染未經治癒，即使手術做得很好，也不能獲得良好效果。

6. 手術後導管的裝置，依病情而決定。導管主要是維持引流的通暢。導管的拔出與留置時間亦依靠需要而定。

7. 進入泌尿系管腔的切口，常不可能獲得嚴密而不漏尿的縫合，因此須要引流。如腎盂輸尿管取石後的腎周圍引流，膀胱手術後的恥骨後引流。

8. 泌尿系手術，一般均在腹膜外進行，如因需要或不慎切開腹膜腔時，應將腹膜關閉，若尿液滲入腹腔可引起腹膜炎。不可作腹腔引流，引流只可置於腹膜之外。

9. 手術後處理包括記錄出入量，控制感染，保持引流管的暢通，注意病人的營養，液體的補給，血液輸入，酸鹼度的平衡等。

第二節 腎臟的手術

經腰部的腎臟手術

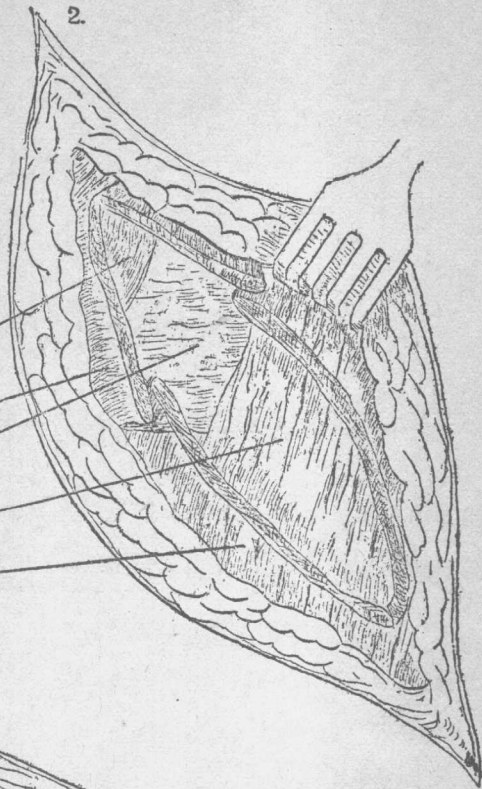
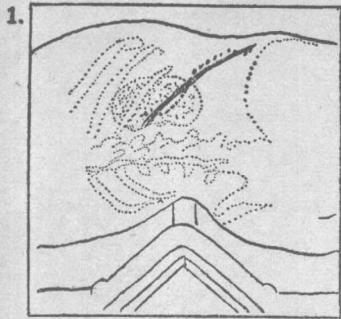
經腰部（腹膜外）的腎切除術，是最常用且較安全的。切口由椎旁肌肉十二肋骨之下緣處開始向前向下，經腰部而止於髂前上嵴之下方。切口可為完全直行者，亦可為“S”形者。

切開皮膚、皮下脂肪與筋膜；外層肌在後有背闊肌，在前有腹外斜肌。內層之肌為後鋸肌，切開此層之後可見腎周圍脂肪筋膜（Gerota's fascia）和腹膜。作腰部切口時，應特別注意髂腹股溝與髂腹下神經之損傷，儘可能將神經推至一邊，但亦偶有切斷神經方能進行手術的。將腹膜及其內容物向前推，腎周圍筋膜盡量後推，避免撕裂腹膜。如腹膜破裂應縫合腹膜，再進行腎的暴露。切開腎周圍脂肪囊後，用手指將脂肪與腎臟慢慢剝離，使腎臟完全游離而暴露在傷口之內。

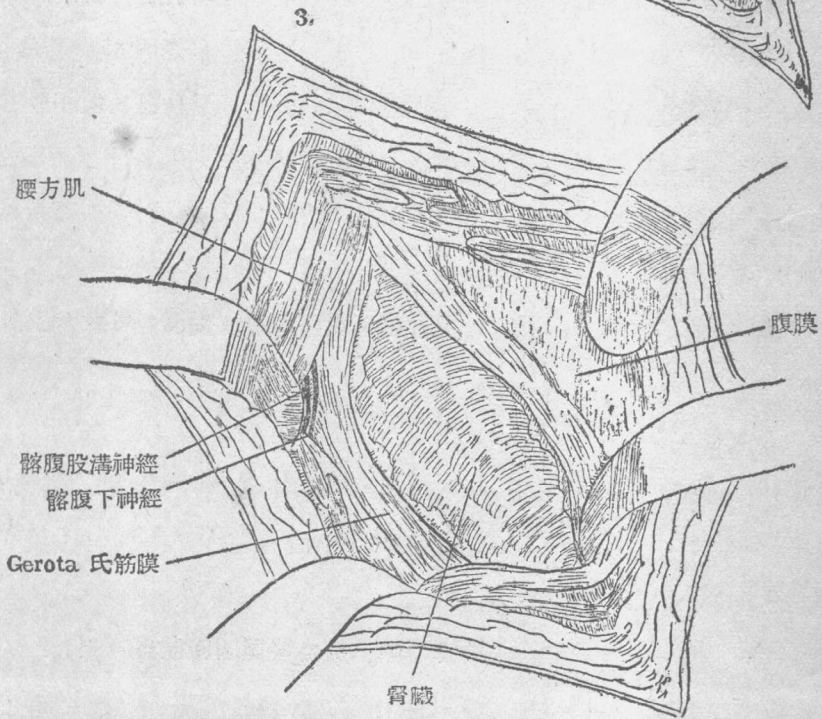
剝離腎臟時，特別注意異位血管，主要在兩端，如不慎損傷，可致大流血。

手術方法圖解

1. 健側向下，患側向上。腰下置沙袋或搖起手術抬中部的特殊的架子，使腰部高抬。
切口在肋骨之下，其中虛線、表示與切口之關係。
2. 外層肌已切開，露出腰筋膜與腹內斜肌。
3. 內層肌切開，腹膜前推，腎周圍筋膜切開，露出腎周圍脂肪與腎臟。



後下鋸肌
背闊肌
腰筋膜
腹內斜肌
腹外斜肌



腰方肌

腹膜

髂腹股溝神經
髂腹下神經

Gerota 氏筋膜

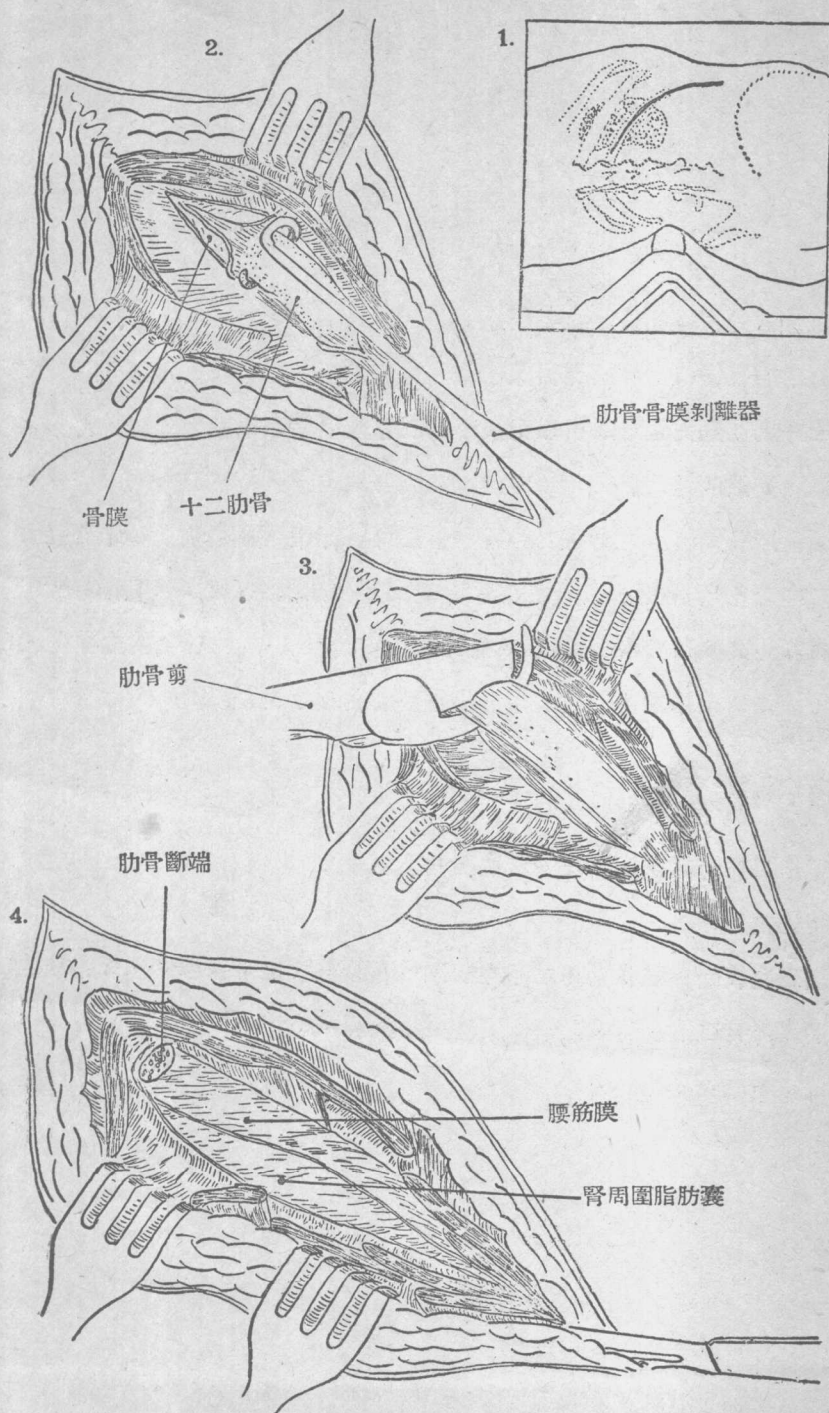
腎臟

經腰部作肋骨切除的腎手術

當腎臟甚大或過高時，用這種切口是很滿意的。切口即在十二肋骨之上，在骹棘肌的外角開始，向前向下。在切口後方的後下鋸肌與背闊肌，在前方的腹內外斜肌，和肋骨前面的骨膜均切開。用骨膜撬子剝離肋骨骨膜，然後切除肋骨。在肋骨窩作切口，並切開腰筋膜與腹內外斜肌。此時可見腹膜與腎周圍筋膜。腹膜推向前，割開腎周圍脂肪筋膜，顯露腎。注意勿損傷胸膜。

手術方法圖解

1. 切口在十二肋骨上並向前伸延。
2. 肌肉與骨膜切開後，用骨膜撬分離骨膜。
3. 剪斷肋骨。
4. 腰肌筋膜在後，腹橫筋膜在前，均切開，在腰筋膜之下暴露腎周圍脂肪囊。



腎臟切除術

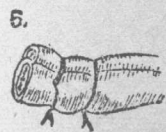
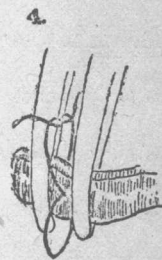
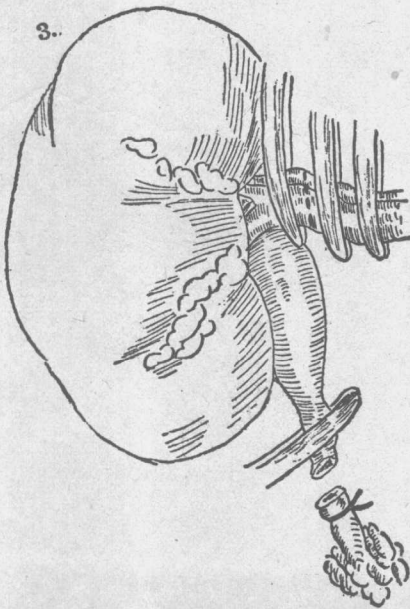
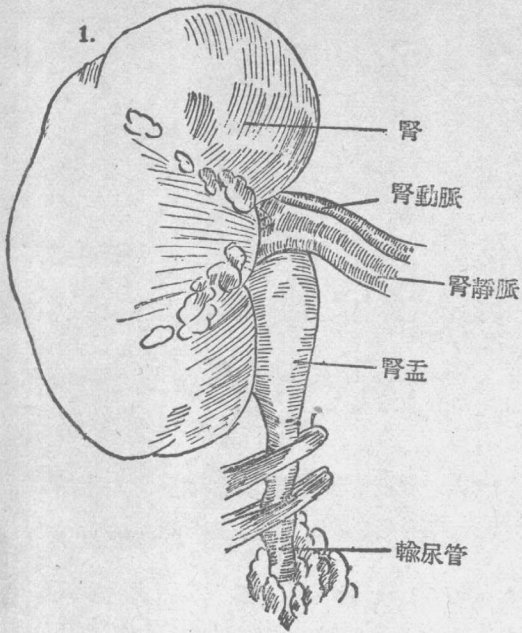
前二法是暴露腎臟與腎臟之手術途徑。

將腎臟暴露在傷口之中，尋出輸尿管，並將其上段游離。將腎蒂分離，未夾腎蒂之前，將其上之脂肪應完全分離，以免挾不緊或結紮不牢而引起大流血，腎蒂常挾三個腎蒂鉗，以保證安全的結紮。

先切斷輸尿管，可幫助腎蒂的暴露，但亦可於腎蒂切斷後割斷。先將輸尿管用二血管鉗緊挾，中間割斷，用石炭酸燒灼近端，以減少感染之機會，再作貫通縫合。在靠近腎之兩血管鉗間割斷，在腎蒂兩止血鉗間作貫通縫合，再在最內之血管鉗以內作結紮。有時可僅作二重結紮，但結紮後再作「貫通結紮」更可靠。

手術方法圖解

1. 輸尿管用二血管鉗挾起，在二者之間割斷。
2. 輸尿管已結紮。
3. 腎蒂挾三血管鉗，並在近腎二鉗之間割斷。
4. 貫通固定縫合二血管鉗之間。
5. 腎蒂雙重結紮，不用縫合。



腎切除術後腰部傷口的縫合

腎切除後應仔細檢查有無出血點，腎蒂更應仔細觀察，若有出血應設法控制，有必要時可置引流，於24小時取出。（腎蒂出血可用血管鉗子挾緊，七日後取掉挾子即可止血。）——譯者按

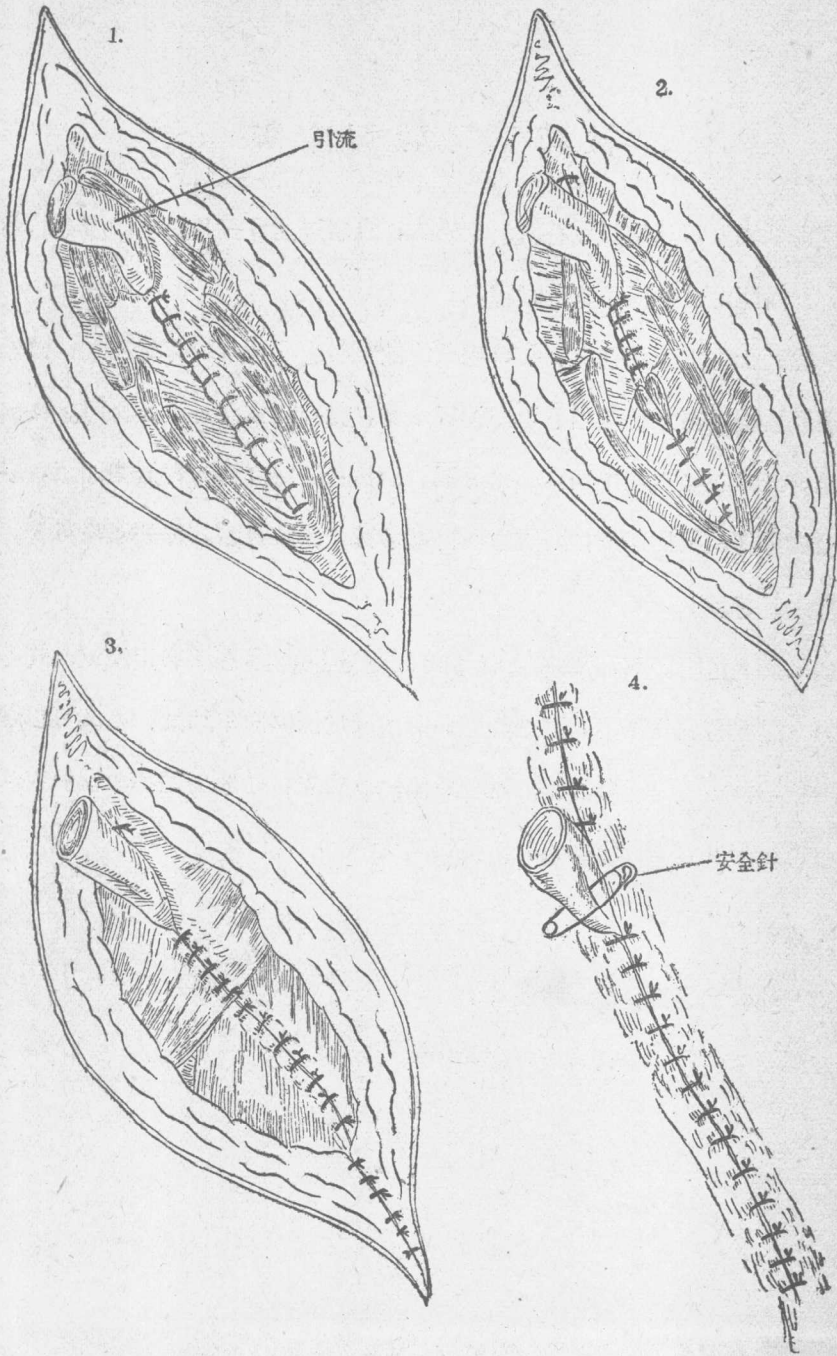
檢查傷口後應將腰部所墊之物取掉，或搖低手術台上的架子，以利縫合。縫合時應儘量保持原來各層之次序嚴密縫合，以免腰疝之形成，如用引流可自創口之後角引出。

先縫合腰筋膜，再縫合各層肌肉，縫合時可用絲線，亦可用腸線，神經不可縫於縫線之內。

淺層筋膜宜嚴密縫合，皮膚用絲線縫合，有引流時，在引流之上扣以安全針，以防止引流滑入傷口。

手術方法圖解

1. 後側的腰筋膜與前側橫筋膜用連續法縫合。
2. 深層肌作結節間隔縫合。
3. 外層肌用同樣方法縫合。
4. 皮膚完全縫合，引流物在後角引出，以利引流。



被膜下腎臟切除術

有時當腎感染及腎周圍組織有發炎改變時，或者以前曾經外科手術而不能用典型的腎切除術，此時應考慮被膜下剝離腎臟。

一般的經腰部腎切除術切口，切口繼續達於腎被膜，並沿腎外緣將切口擴延到腎之兩極，腎周圍筋膜及腎之被膜用手指作鈍行分離，從腎皮質向腎盂及腎門。腎被膜翻轉而顯露腎臟，此時在被膜處作切口直達腎門。然後在腎門處進入腎周圍間隙，手指插入被膜後，保護腎蒂，被膜切斷，則將整個腎臟暴露，游離腎臟，先分離輸尿管，然後切斷及結紮腎之血管。

有時切口通過包膜，不易暴露血管蒂時，通過包囊，在蒂前用鉗挾血管而取掉腎臟。此種病人需要特別能咬緊的血管鉗，並將鉗置於原處而不結紮，如此可以避免滑脫而出血，這是一種安全的程序。傷口縫合時圍繞血管鉗，結紮後並不放鬆血管鉗。3—4天後移除血管鉗則很安全，血管鉗取去後仍需引流。

手術方法圖解

1. 切口沿腎外緣之包膜，深及腎實質。
2. 用指鈍形分離，腎包膜慢慢的從前緣向腎門分離。