

0108797

2+1

肛肠外科手术图解

[美] H.E. 培根 S.T. 洛斯 著

上海科学技术出版社

肛腸外科手術圖解

[美] H. E. 培根 S. T. 洛斯 著

蔣呂品 曹德生 王志增 譯

上海科學技術出版社

內 容 提 要

現代的肛腸治療學除包括肛門、直腸和結腸外，尚需對內科、泌尿科以及普通腹部外科有一定的基本知識。因此肛腸外科在最近幾年來發展範圍較廣而進步亦較速。本書內容包括三部分：(1) 總論；肛直腸解剖，手術前後處理，麻醉，應用於肛直腸手術的基本器械，結腸的外科解剖，腹壁切開和縫合方法。(2) 肛直腸手術。(3) 結腸手術。

本書除對初學者給以手術操作的各項精確圖解外，對一般從事腹部外科醫師亦有指導作用。

肛 腸 外 科 手 術 圖 解

ATLAS OF OPERATIVE TECHNIC ANUS, RECTUM, AND COLON

原 著 者 [美] Harry E. Bacon and Stuart T. Ross
原 出 版 者 The C. V. Mosby Co. St. Louis U. S. A.
1954

譯 者 蔣 呂 品 曹 德 凡 王 志 增

上海科學技術出版社出版

(上海瑞金二路450號)

上海市書刊出版業營業許可證出003號

新華書店上海發行所發行 各地新華書店經售

上海新華印刷廠印刷

開本 787×1092 1/18 印張 12 10/18 字數 151,000

(原上海版印4,100冊 1958年3月第1版)

1959年6月新1版 1962年2月第2次印刷

印數 3,001—6,000 (其中精裝本 3,000冊)

統 一 書 號 : 14119·1025

定 價 (十) 1.45 元

序

近几年来,肛肠外科在世界各国都已成立专科研究,肛肠外科的治疗问题日益复杂,各种手术方法也有了許多演变和发展。肛肠外科疾患是外科临床最常見的疾病,許多肛肠手术如痔核切除术、肛瘻手术等亦属經常施行的手术。然由于肛肠部的解剖复杂、特殊,疾病的病理变化类型不一,即使是經常施行的手术也未能每次做到完全正确,有时甚或引起严重的并发症,影响预后。諸若較复杂的癌瘤切除手术,如果施行不当且能造成死亡。故施行肛肠手术的外科医师除了必需具有普通外科的全面知識以外,尤需了解肛肠外科的解剖特点,具备肛肠手术的专门知識。

解放以来,我国的外科工作在各方面都有新的发展,肛肠外科也不例外,全国各大医院都先后設立肛肠专科,中华医学会的許多外科分会也已成立了肛肠外科专組,然有关肛肠外科手术的专门論著和書籍則尚不多見。我院青年外科医师蔣呂品、王志增、曹德生三同志有鉴于此,在工作之余撰譯“Atlas of Operative Technic Anus Rectum and Colon”一書。本書作者 Bacon 和 Ross 是对于肛肠手术极富有經驗的外科医师。全書着重肛肠手术的实际操作問題,举凡有关各种肛肠手术的解剖結構、术前准备、术后处理、麻醉与体位、以及各种不同类型手术的操作步驟都有簡明完整的图譜和解釋。不独使医学校后期見习学生对肛肠外科手术有更清楚的了解,也可供青年外科医师参考之用,希望本書作到介紹肛肠解剖特点和肛肠手术专门知識这一目的。使更多的外科医师能更好地正确施行肛肠手术,并普及这一技术以适应全国各地广大人民的需要。

上海第二医学院系統外科教研組

傅培彬 沈永康 識

一九五七年八月十八日

目次

总 論

肛門直腸外科解剖学概述	1	結腸的外科解剖学	17
肛門直腸外科的手术前处理	9	結腸外科手术前后的处理	26
麻醉学	12	腹壁切开和缝合的方法	30
应用于肛門直腸手术的基本器械	16		

第一篇 肛門直腸手术

肛門和直腸的畸形	43	直腸阴道瘻修补术(保持肛門括約肌完整)	80
完全性或部分性膜狀閉鎖(肛門閉鎖)	43	用丁香叶式皮肤切除手术以解除肛門瘙痒症	83
纖維狀閉鎖(完全性或部分性)	45	痔切除术	86
无肛門症,直腸下降障碍	46	成形性痔切除术(不用痔核鉗)	89
无直腸症	48	栓塞性外痔切除术	91
肛門膀胱瘻	50	痔的注射疗法	92
肛門尿道瘻	52	治疗腸腔内新生物的电外科学	94
肛門阴道瘻	54	用电圈套器切除息肉	94
肛門异位	56	无蒂腺瘤的电灼法	96
隱窩切除术	58	治疗儿童时期直腸脫垂的手术	97
乳头切除术	60	治疗儿童时期直腸脫垂的放射形燒灼法	97
肛門潰瘍切除术(肛裂切除术)	61	治疗成人时期单纯直腸脫垂的手术	99
坐骨直腸窩膿腫的切开和引流法	63	治疗肛門狹窄的手术	101
提肛肌上部膿腫的切开和引流法	65	肛門失禁	102
骨盆直腸窩膿腫	65	直腸阴道隔撕裂的延迟修补术	102
直腸后膿腫	65	非产科外伤所引起的括約肌撕裂的修补法	105
肛瘻	68	矯正肛門括約肌松弛的括約肌整形术	107
直形肛瘻	68	潜毛性竇道	109
后部弯形肛瘻	70	开放性切除法(不需缝合)	109
后部蹄鉄形肛瘻	72	切除和部分閉合法	111
前部蹄鉄形肛瘻	73	袋形縫术	112
肛門直腸阴囊瘻	75		
切断肛門外括約肌的原则	75		
瘻管内口的辨識方法	76		
直腸尿道瘻的修补法	77		

第二篇 結腸手术

盲腸造瘻术	114	向和解除功能)	118
闌尾造瘻术	116	結腸造瘻术的瘻口切开法	118
橫結腸造瘻术(远端腸曲完全轉		橫結腸造瘻术的瘻口閉合法	120

乙状結腸造瘻术	122
結腸切开术	125
升結腸切除术	128
甲、結腸切除法	128
乙、結腸吻合法(回腸橫結腸对边 吻合法)	130
橫結腸切除术、对端縫合法	132
甲、切除法	132
乙、吻合法(对端吻合)	135
結腸脾曲切除术	137
甲、切除法	137
乙、吻合法(对端吻合)	139
降結腸切除术	140
甲、解剖和切除法	140
乙、吻合法	143
乙状結腸截除术	144
甲、切除法	144
乙、吻合法	148
乙状結腸切除术和永久性腹壁結腸 造瘻术(哈脫門氏手术)	155
腸外置吻合术(米古利茨-倫金 氏手术)	162
甲、第一期手术——切除法	162

乙、間隙期手术——腸支突压碎术	166
丙、第二期手术——吻合法	166
腹前面的直腸乙状結腸切除术	169
会阴部直腸切除术和先驅的結 腸造瘻术(洛克哈脫-墨迈萊 氏手术)	176
甲、腹部手术阶段	176
乙、会阴部手术阶段	176
腹会阴部切除直腸术 (迈尔斯氏手术)	182
腹部手术阶段	182
会阴部手术阶段	190
腹会阴部直腸乙状結腸截 除术(保留内外括約肌)	193
腹部手术阶段	193
会阴部手术阶段	198
結腸殘端的处理	203
直腸脫出的手术治疗	204
盆腔清除术	209
男性病人的盆腔清除术	209
女性病人的盆腔清除术	214
盆腔清除术的改良操作法和輸尿管 移植于結腸內手术	219

总 論

肛門直腸外科解剖学概述

解剖学是一切外科学的基础。近十年来,对于肛門直腸解剖学的認識已有所增進,并更趋正确,尤其是关于肌肉組成和作用这方面。本节主要叙述肛門直腸区的解剖和确定名詞,虽然这些名詞早已統一,但尚有任意拟定者。

肛管長約3厘米,由肛門口向前上方伸展至肛直腸綫,即在此点与直腸相連接(图A)。肛管表层的变形外皮^①受周圍神經所支配,故非常敏感。約在肛管中、下段的三分之一交界处为提肛肌附着点,在此处,相当于內、外括約肌之間隙,可摸及一明显細沟,即所謂希尔敦氏白綫^②(括約肌間綫或称肌間綫)。希尔敦氏白綫和肛直腸綫之間的区域称为櫛膜^③。在肛管的上端,其变形外皮与直腸粘膜相連接,形成肛直腸綫(梳状綫,齿綫)^④。在此平面有薄襞,伸展于摩干尼氏柱^⑤底間构成摩干尼氏隱窩。这些皺襞的表面上常有少数小圓錐形的纖維組織,称为肛門乳头。乳头的正常数为6~12个,高仅1~2毫米,如极度肥大时,可达1~2厘米,則需手术切除之。

肛管与周圍組織的关系 肛管的后側面与內、外括約肌及提肛肌止点相貼邻。在男性,肛管的前面与前列腺頂部,尿道的球部和膜部,尿生殖膈以及会阴体相邻;在女性,則与阴道相邻。

① 变形外皮 modified skin ② 希尔敦氏 Hilton ③ 櫛膜 pecten ④ 梳状綫, 齿綫 dentate line, pectinate line. ⑤ 摩干尼氏 Morgagni

直 腸

直腸起自肛直腸綫，上行約 15 厘米處與直乙狀結腸相銜接，在第三骶椎水平位。直腸沿骶骨，尾骨及提肛肌面向下伸展，其後壁在肛直腸綫處與肛門几成一直角。直腸呈一直徑 5~7.5 厘米的長形管腔，其上與直乙狀結腸相接，下與肛管交接處，均較狹窄。

直腸壁由以下四層組織所構成：腹膜、肌層、粘膜下層及粘膜層。直腸上三分之二的前、側面有腹膜遮蓋；在男性，腹膜向前返折至膀胱，在女性返折至子宮和陰道上部。直腸後壁全無腹膜遮蓋(圖 B)。

肌層分為外縱行層和內環行層。外縱行層為乙狀結腸帶的延長部，呈扇狀展開，包圍整個直腸。內環行層為乙狀結腸內環肌層的連續部。肌層的內面為粘膜下層，其間布有神經和血管。最內層乃是富有血管的粘膜層。

賀司登氏^①瓣是橫形半月狀的皺襞，從直腸壁突向腸腔 1~3 厘米(見圖 A)。此瓣由粘膜和粘膜下層以及少許環行肌纖維混合組成，通常有三瓣，其中間一瓣位於直腸的右前壁，解剖地位恒常不變，因此可作為指示腹膜返折的標志。

直乙狀結腸 直乙狀結腸區這名稱代表着直乙狀結腸交界處上下各展延 2.5 厘米的區域。直乙狀結腸交界處是結腸的最狹窄部，位於第三骶椎的水平面。此處亦標志着直腸上動脈分歧點和乙狀結腸系膜的分離處。

肌肉組成

肛門內括約肌 該肌由直腸內環行肌下端的增厚部分所組成，從肌間綫向上延伸 1~2 厘米(圖 C)，圍繞肛管上部，其下緣反被外括約肌所圍繞，受植物神經系統支配。它对維持肛門的括約功能并不重要。

肛門外括約肌 該肌由三個明顯的部分組成，即皮下部、淺部及深部。

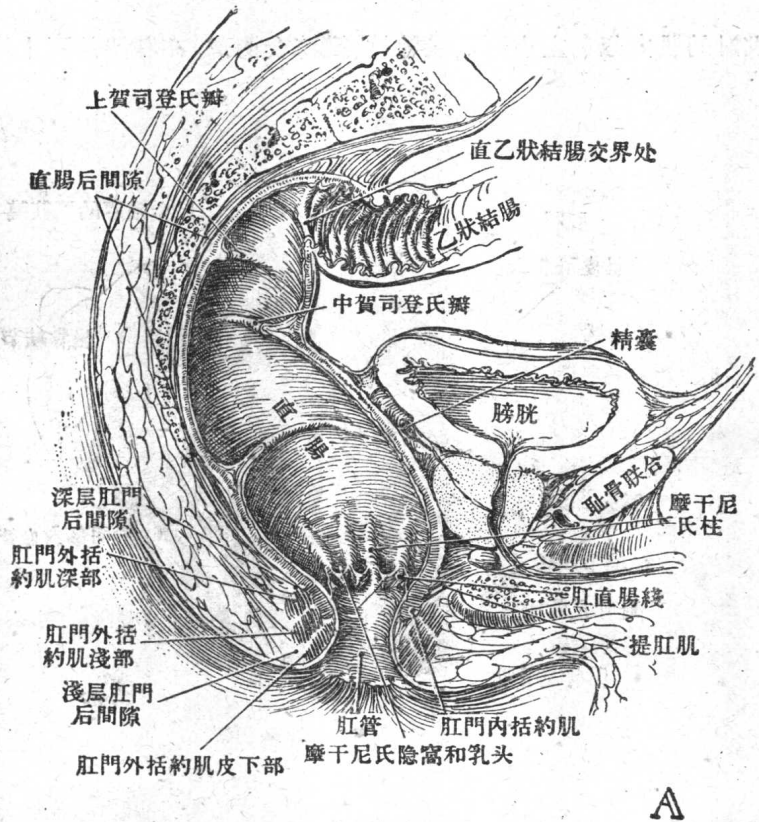
外括約肌皮下部是一卵圓形的肌束，直接位於肛門口周圍的皮下，在此處甚易捫及，并常能見到，以肌間綫與其上方的內括約肌相分隔。

外括約肌淺部起自尾骨向前分為二束，圍繞肛門，于肛門前方重行會合，并附着于會陰體。外括約肌深部位於淺部肌束的上方，并呈環形；雖然此肌前方的解剖頗為明晰，但在其後方實難與耻直腸肌的後纖維部相分清。

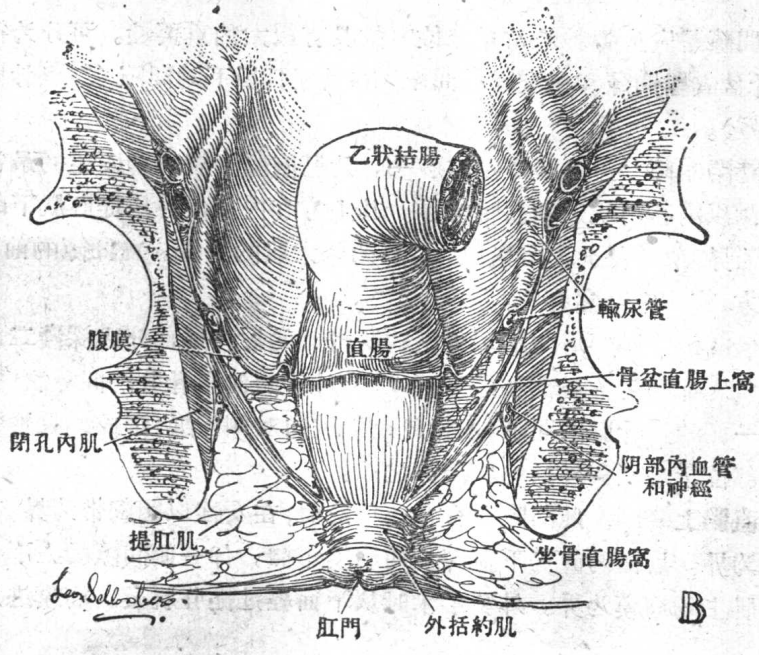
提 肛 肌

提肛肌，左右各一起自耻骨弓和閉孔內肌相交的白綫筋膜上(圖 C)。其耻直腸部由二股堅強的肌束組成，從耻骨起向左右分開，繞行至肛門後會合，呈一弧形纖維懸帶，即在此與外括約肌深部相混雜。提肛肌的其餘組成部分(耻尾肌和髂尾肌)行向後內側，在直腸後會合，并附着于尾骨上。提肛肌于肛門這平面上呈纖維肌狀伸展與直腸的縱行肌聯合，并在肌間綫處附着于肛管。此聯合肌腱上的某些纖維肌伸展部也穿過外括約肌皮下部，在肛門口周緣附着于皮膚，成肛皮皺縮肌(見圖 C)。

^① 賀司登氏 Houston



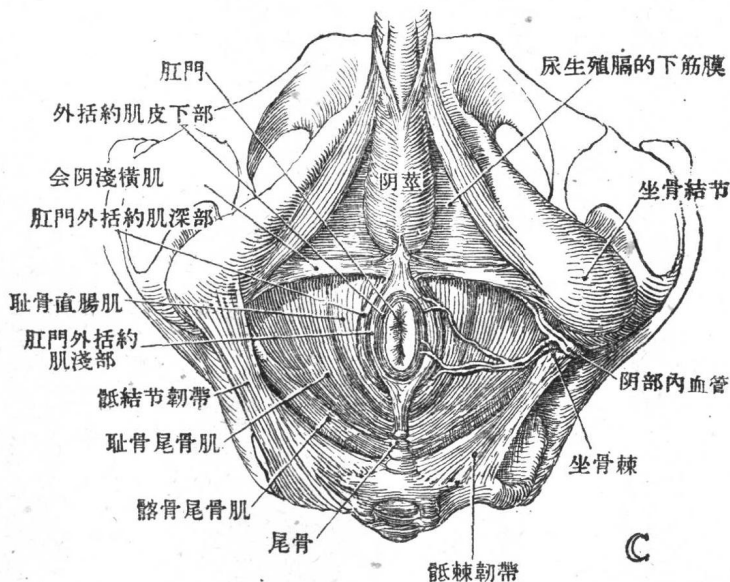
A



B

会阴浅横肌

这组成对的肌肉起自左右两侧耻骨枝，横跨会阴部，在肛门前面中线的会阴体处会合(图C)。



直肠旁和肛门旁间隙

这些间隙是发生脓肿的常见部位，故具有极大的重要性。可分为提肛肌以上的间隙(二骨盆直肠间隙和一直肠后间隙)和提肛肌以下的间隙(二坐骨肛门间隙和一直肠后间隙)。

坐骨肛门间隙 这类间隙左右各一，为肛直肠周围脓肿发生的最常见部位。间隙的两外侧以闭孔内肌上的筋膜为界，其上方和内侧面各以提肛肌下的筋膜和肛门外括约肌为界，前界是会阴浅横肌，后界为臀大肌的下缘。此间隙的前面，在会阴浅横肌的上方，有一小隐窝存在。

肛门后间隙 肛门后间隙以外括约肌浅部的后伸展部分成深浅二部。其深部介乎外括约肌浅部的后伸展部和提肛肌之间，并于两侧坐骨肛门间隙之间呈一交通道。脓液可从一侧的坐骨肛门间隙，经过此交通道向对侧扩展，形成蹄铁形脓肿。肛门后间隙的浅部位于皮肤和外括约肌浅部之间。

骨盆直肠上间隙 此间隙左右各一。前面，在女性以阔韧带为界，在男性以膀胱和前列腺为界。后面为直肠下血管上的筋膜组织。每一侧间隙的上下各以腹膜的返折和提肛肌上的筋膜为界。外科手术时从下面经过提肛肌及其筋膜进入此间隙，最为简易。

直肠后间隙 顾名思义，此间隙应位于直肠后面。间隙的两侧面以筋膜组织与骨盆直肠间隙相分隔；后界的上面是骶骨，下面乃是提肛肌及其筋膜，其前面则与直

腸的本身筋膜組織相貼鄰。由直腸後間隙和骨盆直腸間隙向上可能與腹膜後間隙相通連。

血液供應

腸系膜下動脈 腸系膜下動脈起源於主動脈分叉上3厘米處。該血管在分出左結腸動脈和乙狀結腸動脈後，於骨盆邊緣處橫過左髂總動脈，即改稱為直腸上動脈(圖D)。直腸上動脈伴同其靜脈沿着直腸的後面下行至直乙狀結腸交界處，分成左右二枝(第三骶椎水平面)。此左右二枝又向下行進，靠着直腸邊緣繞向前方，穿過肌層，伸入粘膜下層，直達肛直腸綫為止。在此行程中，其右枝又分成前後二小枝。

肛門動脈 該動脈左右各自自髂內動脈分出，向前內側面行進，分布於直腸的前下部肌層內。

肛門動脈 肛門動脈亦為左右各一，乃屬陰部內動脈的一分枝。陰部內動脈經坐骨小孔自骨盆內向外穿出，通過閉孔內肌上的筋膜鞘(阿爾考克氏管^①)再向前方推進。肛門動脈在坐骨肛門窩的後部出阿爾考克氏管，行向前內方，直達至肌門外括約肌和肛管。陰部內動脈繼續向前行進，分布於會陰各部組織中。

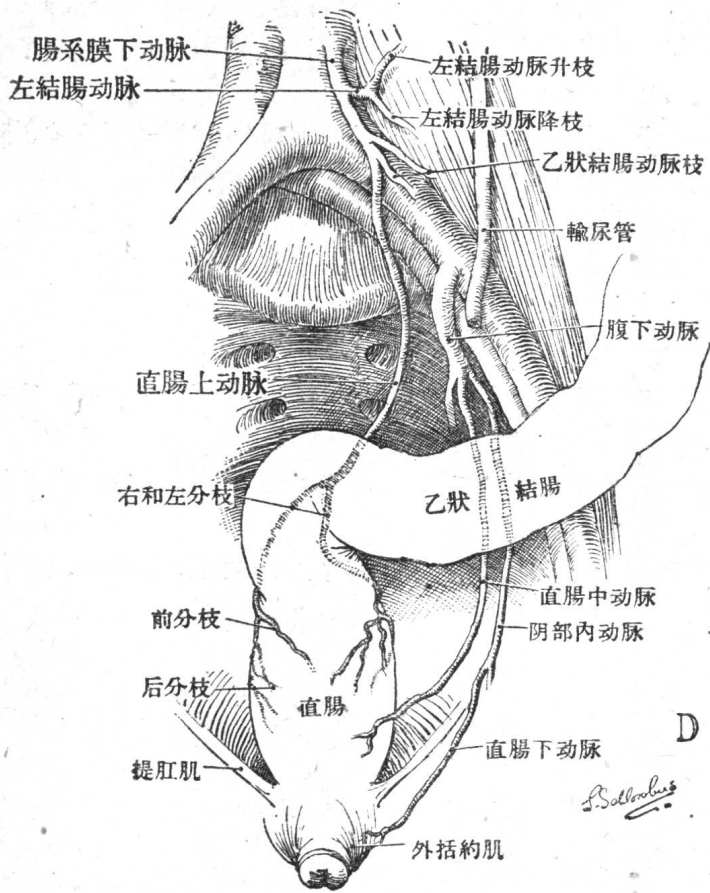
靜脈回流

直腸上靜脈 直腸上靜脈與其動脈相平行流入腸系膜下靜脈，該靜脈末梢分枝的擴張即成內痔。

直腸下靜脈 直腸下靜脈有二條，與直腸下動脈伴行，由於它與其他靜脈的吻合枝較少，因此在形成痔核的病因方面占次要地位。

肛門靜脈 肛門靜脈也有二條，隨同肛門動脈行進，其分枝的擴張表示有外痔存在。

^① 阿爾考克氏 Alcock



淋巴引流

由于癌肿常有随着淋巴管扩散的倾向，所以应当特别重视有关淋巴结及其通路的准确解剖关系。在肛门直肠区共有三组相互重叠的淋巴引流，每一个主要组是由成千淋巴小管所合成的；此淋巴小管先从肛门周围皮肤和粘膜层，渗过肌肉间和直肠周围的淋巴结，最后再合成较大的淋巴集合管。

上组淋巴引流 本组引流着整个直肠和肛管的淋巴。此组淋巴管在受纳直肠周围筋膜组织内6~10个直肠旁淋巴结杰鲁大氏^①淋巴结所分出的淋巴管后，遂流入沿直肠上动静脉的几个结肠旁淋巴结中。其中解剖位置最恒定的淋巴结是位于直肠上动脉的根部靠近直乙状结肠交界处，即所谓直肠的主要淋巴结。有一小部分的淋巴管在越过直肠旁淋巴结(杰鲁大氏淋巴结)和直肠上淋巴结后，最终汇入肠系膜下淋巴结。所有的淋巴必须通过上述三组淋巴结的一组或一组以上才能抵达主动脉淋巴结或肝脏。

中组淋巴引流 中组淋巴引流常被称为侧组淋巴引流，但这样命名似较勉强。其集合淋巴管与直肠中部血管的分布相互平行，引流直肠远端4厘米区域内的组织，并与肛管的淋巴管相吻合。当直肠下端发生癌肿病变，需用外科手术摘除时，则该处的淋巴系统更显重要，因为在其两侧进行解剖和手术操作甚为困难。沿着直肠可能有一或二个直肠旁淋巴结是属于本组引流，但常付缺如。这些淋巴管沿着直肠的侧韧带进入髂内血管处的小淋巴结，此小淋巴结再顺次分出许多淋巴管，然后沿着髂内动脉的许多分支到主动脉前淋巴结和主动脉周围淋巴结去。

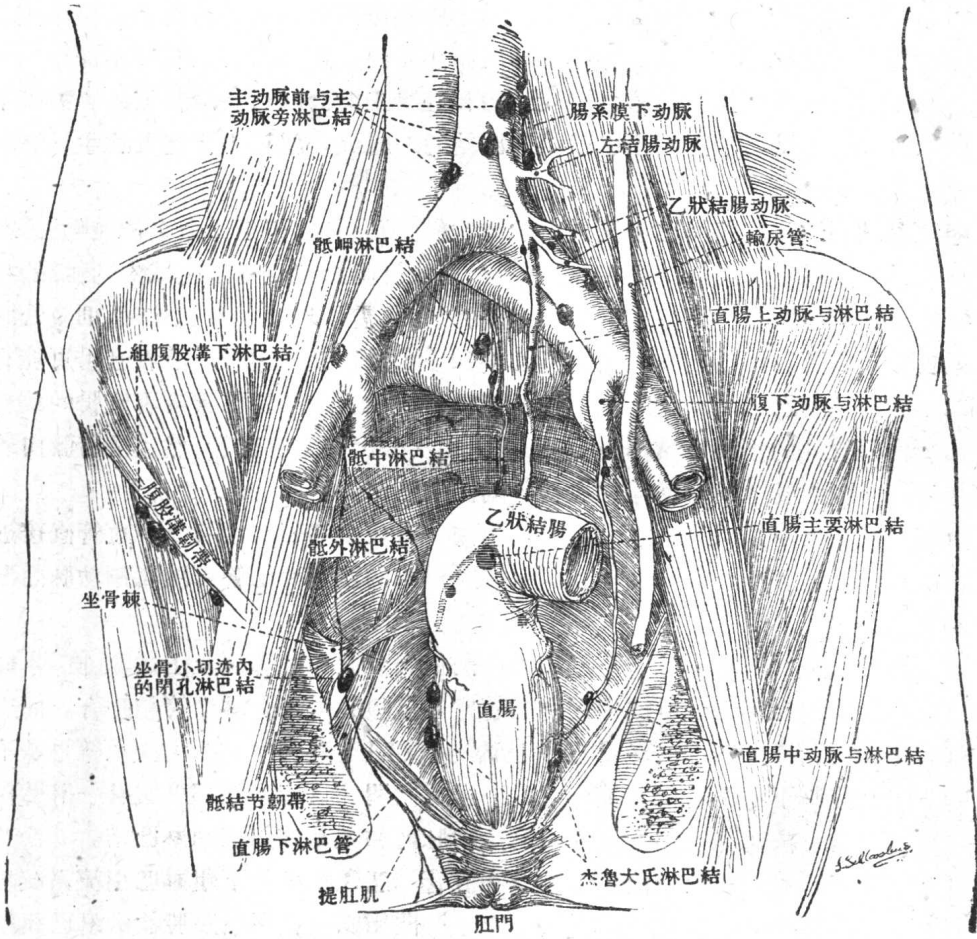
附注 在直肠下端后三分之一的淋巴引流，有极少部分可沿着髂中血管直接进入主动脉前淋巴结和髂骨岬淋巴结。偶尔有些细小的髂侧淋巴管可随髂侧动脉而汇入髂内淋巴结。

下组淋巴引流 下组淋巴引流起原由肛门周围皮肤和肛管以及上达肛直结肠线(齿线)处的集合淋巴系统。肛门周围淋巴管常与浅腹股沟集合淋巴管相吻合，而很少与直肠上、中集合淋巴管吻合；本组淋巴管与直肠上、直肠中淋巴引流系统也是不常相吻合的。直肠下淋巴管沿着提肛肌的下面行向闭孔血管，在那里常有一淋巴结存在。由该淋巴引流再循髂内血管而抵达主动脉前和主动脉周围的淋巴结。

评注 为了正确地治疗肛门周围皮肤和肛管的恶性疾患，下组淋巴引流系统均必须彻底摘除，此意即指要将整个直肠、肛管、肛门周围皮肤以及腹股沟的淋巴组织一并切除。若病变位于直肠远端4厘米处，而并不累及肛管时，亦须作同样治疗，但腹股沟淋巴结可以保留。在病程晚期，癌肿组织早已将近端集合淋巴管阻塞，故癌肿细胞的逆行性散播极为明显。位于齿线上4厘米处的肿瘤(距肛门口7厘米)通常是经过淋巴管向远端方向转移的。因此，在切除高位肿瘤时，不必解剖直肠中，直肠下淋巴管的两旁组织。

以上所述各组淋巴结的分布和其引流范围在第8页上用图解说明。

^① 杰鲁大氏 Gerota



肛門直腸外科的手術前後處理

一切肛門直腸手術可採用三種體位中之任何一種，並借四種不同的麻醉方法施行之。再者，手術前後的處理，應不必硬性按常規執行，有時亦可根據病人的個別情況予以變更。為了避免本書中不必要的重複，有關手術前後的處理問題僅在本章詳加闡明，常規中的任何必要的更改，將予敘述各種手術時再予補充說明。

病人的準備

病人入院後，應作血、尿常規檢驗，並視個別病例而考慮其他化驗，詳細詢問病史和全身體格檢查，最後記錄在病情卡上。依下列方式開具医嘱：

1. 半流質飲食。
2. 肛門周圍剃毛和皮膚準備。
3. 手術前晚用 600 毫升溫水作清潔灌腸。
4. 睡前給五烷巴比妥鈉^① 0.09 克。
5. 若手術在上午施行，早晨禁食；如在下午施行，則可進小量早餐。
6. 手術前 2 小時再給五烷巴比妥鈉 0.09 克。
7. 手術前 1 小時注射嗎啡 0.01 克和莨菪鹼或阿托品 1/4 毫克。

所有灌腸宜用小號軟橡皮肛管(18~20 F)，灌入鹽水、溫水或 5% 小蘇打水。肥皂水灌腸因有刺激性，應避免使用。

病兒的準備 幼兒患者常須在全身麻醉下施行手術，可依下列方式準備：手術前晚給少量稀軟飲食，用溫水作清潔灌腸。手術日晨禁食，皮下注射硫酰阿托品，其劑量按照病兒的年齡、體格及一般情況而擬定。

麻醉前用藥量見下表：

年 齡	地美露 ^②	阿托品
1 歲以下	0	0.15 毫克
1~2 歲	15 毫克	0.20 毫克
3~4 歲	20 毫克	0.20 毫克
5~6 歲	25 毫克	0.20 毫克
7~8 歲	35 毫克	0.24 毫克
9~12 歲	50 毫克	0.30 毫克

手術後酌量給予飲食和液體，每晚給礦物油 15 毫升或其他類似劑。

手術後護理(成人)

如用脊髓麻醉施行手術，手術後可依下列常規處理之：

① 五烷巴比妥鈉 pentobarbital sodium. ② 地美露 demerol

1. 抬高床脚 6 吋, 历 6 小时。
2. 每小时测量血压一次, 共六次。
3. 俟病人感觉恢复后, 局部用持续热湿敷, 通常于手术后 6 小时即可恢复感觉。
4. 需要时每 4 小时可给地美露 50~100 毫克。
5. 随意饮食。
6. 仅在必要时才作导尿。
7. 每晚给液体石蜡 15 毫升。

于脊髓麻醉后采取平卧位可减少头痛的并发症。用苏合油^①、2%硼酸水或盐水作湿热敷。为便利起见, 可在病人床边备一电热板, 置于满盛上述溶液的容器中, 再浸入 4×4 吋纱布一块, 由此, 护士可为病人经常更换湿热敷料。在病人感觉尚未完全恢复前, 避免施用热敷, 因处理不当, 可引起烫伤, 应引以为戒。

次日, 手术区依如下方法调换敷料, 用苏合油、双氧水或其他灭菌溶液所浸湿的纱布轻拭创口边缘, 再用一玻璃棒蘸适当的消毒溶液(1% 龙胆紫、4% 红汞、1:1000 赛飞灵^② 或 1:1000 硫柳汞^③)后, 遍拭于手术创面上。复盖消毒敷料, 如此病人即可准予起床。在病人住院期间, 每日均可按上述方法调换敷料。

手术后给维生素 B₁ 50 毫克和维生素 C 250 毫克, 日服三次, 直至病人出院, 手术前也常可给之。手术日当晚和次晨, 给新斯的明^④ 15 毫克, 借此刺激排尿。

按病人的一般情况可在手术后一、二天内起床, 遂即作热坐浴(华氏 100~110 度), 每日三次, 大便后或需要时可再作坐浴。每次坐浴 5~10 分钟已经足够, 坐浴时间过久可能引起晕厥。

在手术后第二天早晨, 用 16F 号软橡皮管插入肛门, 灌入温热的橄榄油或矿物油 180 毫升, 5 小时后即服镁乳 15 毫升。每日给美他穆西^⑤ 一茶匙, 和入一满杯水中服之。手术后第三日病人如再无大便, 即作盐水灌肠。

手术后一星期以及在病人出院前, 用食指轻轻插入肛门以作扩张。在整个住院期间, 病人可经常服用磺胺杀利啉乳剂^⑥, 以尽可能保持肛门分泌物无菌, 如局部发生脓肿或感染时, 则更为需要。

位 置

肛门直肠手术可在三种不同的标准位置下施行: 强度膀胱截石位、颠倒位^⑦(折刀式位^⑧)及左侧或右侧卧位(西姆氏位^⑨)。

强度膀胱截石位 病人仰卧, 两足搁在脚蹬上, 将臀部向下牵提至手术台的边缘上, 这样病人的膝部和髋部便屈曲成锐角固定。将手术台安放呈头低足高位(屈氏位^⑩)。

必须记住, 这种屈成锐角的关节以及脚蹬对足部的压迫和脚蹬上长铁杆对大腿

① 苏合油——译者按: 原文 witch hazel, hamamelis 属金縷梅科植物, 产于北美东部, 有收敛作用, 国内甚少使用。② 赛飞灵 zephiran ③ 硫柳汞 merthiolate ④ 新斯的明 prostigmine. ⑤ 美他穆西——译者按: metamucil, 商品名, 缓泻剂。⑥ 磺胺杀利啉乳剂 cremothaladine ⑦ 颠倒位 inverted position ⑧ 折刀式位 jack-knife position. ⑨ 西姆氏 Sims ⑩ 屈氏 Trendelenberg

后面的压迫均可使下肢的血液循环发生障碍。

在采用顛倒位时,虽然大部分肛門直腸手术皆能惬意地进行,但在肛門前側較深的瘻管、直腸尿道瘻及直腸阴道瘻諸病例中,則采用膀胱截石位对手术的施行較为便利;在腹会阴联合切除直腸的第二期手术时,采用膀胱截石位亦較顛倒位为优,因此可减少后者在改变位置时所造成的手术休克。

顛倒位 这种位置常被施行絕大多数的肛門直腸手术所选用。病人取俯臥位,两臂舒适地垂于头前,其髌前上棘恰位于手术台的分折处,然后将手术台弯折稍許,使病人的两腿与其軀干約成 150 角度。两腿分开使两膝部之間相距約 8 吋,踝部下安放一枕垫。在臀部兩側距肛門 2 吋处各貼一胶布条,并将它向外和稍向顛端方向牵拉,以使兩側臀部分开,两胶布条的外側端分別固定于手术台上;或在鋪置手术巾后,用两把巾鉗,夹住肛門兩側的皮肤,用橡皮带攀住巾鉗后,向外側牵拉,再另用二把巾鉗分別夹在手术巾上。若手术台上装有托腎架,則将此架直接置于髖部下,并抬高 6 吋,可不必弯折手术台。

采用此位置施行肛門直腸手术,优点很多。首先能使手术者和病人皆感舒适,除了暴露会阴前区的手术野以外,此种位置皆优于膀胱截石位或西姆氏位。其次,当肛門被分开后,此位置还有助于外界空气进入直腸腔內,以致該区的显露愈見清晰,且还能减少郁血。

西姆氏位 病人臥向左側或右側,然在肛門直腸外科的应用上大多采用左側西姆氏位(左側臥位)。病人側臥后,下面的手臂伸向背后,同側膝部和大腿略加弯曲,上面的膝部和大腿則极度弯曲,如此身体就呈半俯臥位。

此位置在临床应用上虽被广泛采用,但較逊于膀胱截石位或顛倒位;其最大用处是供手指和肛門鏡的檢查,以及手术后更換敷料之用。

若因病人的年龄关系、或有畸形和缺少肛門直腸科檢查台等情况时,拟进行直乙状結腸鏡檢查,則頗感困难;如采用左西姆氏位,再加用托腎架或枕垫以抬高病人的髖部 6~8 吋,檢查就能滿意地进行。