

Atlas of Gastrointestinal Surgery

胃肠手术 技巧图谱


下卷

原著 (美)Emilio Etala

主译 刘青光 王自法

主审 潘承恩




 世界图书出版公司

胃肠手术技巧 图谱

原著 Emilio Etala

下 卷

主译 刘青光 王自法
主审 潘承恩

 世界图书出版公司

西安 北京 广州 上海

Atlas of Gastrointestinal surgery

Emilio Etala

Copyright 1999 by Williams & Wilkins

版权贸易合同登记号 25-1999-069

Williams & Wilkins公司授予世界图书出版西安公司在中华人民共和国境内的中文专有翻译、出版和发行权。未经许可，不得翻印或者引用、改编书中任何文字和图片，违者必究。

图书在版编目(CIP)数据

胃肠手术技巧图谱/(美)埃塔拉(Etala E.)著;刘青光译。-西安:世界图书出版西安公司, 2000.10

书名原文: Atlas of Gastrointestinal Surgery

ISBN 7-5062-4242-7

I. 胃… II. ①埃…②刘… III. ①胃疾病-外科手术-图解②肠疾病-外科手术-图解
IV. R656-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 55792 号

胃肠手术技巧图谱(下卷)

原 著 Emilio Etala

主 译 刘青光 王自法

责任编辑 屈骊君

出版发行 世界图书出版西安公司

地 址 西安市南大街17号 邮 编 710001

电 话 029-7279676 7233647(发行部)

029-7279677(总编室)

传 真 029-7279675

E-mail xian wpc@ public.xa.sn.cn

经 销 各地新华书店

印 刷 长安第二印刷厂

开 本 787 × 1092 1/16

印 张 42.25

字 数 160千字

版 次 2000年10月第1版 2000年10月第1次印刷

书 号 ISBN 7-5062-4242-7/R·418

定 价 (上、下卷) 440.00元

☆如有印装错误,请寄回本公司更换☆

目 录

上 卷

第 1 篇 肝胆和胰腺外科

第 1 部分 胆道外科

第 1 章 肝外胆道的外科解剖	3
第 2 章 胆囊切除术	21
第 3 章 胆囊造瘘术	61
第 4 章 胆总管探查术	69
第 5 章 胆总管十二指肠吻合术	117
第 6 章 胆总管手术损伤的修复	127
第 7 章 胆总管囊状扩张	167
第 8 章 Caroli's 病	181
第 9 章 腹腔镜胆囊切除术	189

第 2 部分 门脉高压症外科

第 10 章 门脉高压症	213
第 11 章 LeVeen 腹腔静脉分流术	247
第 12 章 经颈静脉肝内门体分流术(T.I.P.S)	265

第 3 部分 胰腺外科

第 13 章 胰腺外科	267
第 14 章 假性胰腺囊肿的外科治疗	275
第 15 章 慢性胰腺炎手术	295
第 16 章 胰十二指肠切除术	311
第 17 章 胰腺外瘘的外科治疗	411

第 18 章	壶腹癌的外科学	429
第 19 章	功能性胰岛瘤的外科治疗	449

第 2 篇 胃和十二指肠外科

第 4 部分 解剖学

第 20 章	胃和十二指肠的外科解剖学	471
--------	--------------	-----

第 5 部分 食管裂孔疝

第 21 章	裂孔滑疝和胃食管反流	497
第 22 章	食管裂孔疝的腹腔镜手术	549

第 6 部分 胃及十二指肠外科

第 23 章	消化性胃十二指肠溃疡的手术治疗	559
第 24 章	胃引流和幽门成形术	593
第 25 章	胃空肠吻合术	607
第 26 章	胃造口术	621
第 27 章	胃切除术	647

下 卷

第 28 章	困难十二指肠残端的解剖和闭合	685
第 29 章	Finsterer-Bancroft-Plenk 旷置式胃切除术	703
第 30 章	高位胃溃疡：贲门区或贲门下区	711
第 31 章	穿孔至胰腺和肝脏脏面的胃溃疡	721
第 32 章	胃和十二指肠溃疡出血的外科治疗	731
第 33 章	胃和十二指肠溃疡穿孔	745
第 34 章	胃部手术的并发症	751
第 35 章	胃部手术的少见并发症	771
第 36 章	胃憩室的外科治疗	783

第 37 章	胃良性肿瘤的外科治疗	789
第 38 章	胃癌的外科治疗	799
第 39 章	空肠在十二指肠损伤及十二指肠瘘修补术中的应用	863
第 40 章	肠系膜上动脉综合征	869
第 41 章	十二指肠憩室——腔外型	877
第 42 章	浆膜补片和 Billroth II 式胃切除术治疗十二指肠外伤或瘘	921

第 3 篇 小肠、结肠、直肠与肛门外科

第 7 部分 小 肠

第 43 章	小肠外科学	927
第 44 章	术后粘连导致的复发性小肠梗阻	937
第 45 章	空肠造口术	951
第 46 章	美克尔憩室	957

第 8 部分 结肠、直肠和肛门

第 47 章	结肠的外科解剖	973
第 48 章	直肠和肛门的外科解剖	979
第 49 章	结肠癌切除术	989
第 50 章	根治性右半结肠切除术	1007
第 51 章	根治性左半结肠切除术	1041
第 52 章	结肠切除、机械吻合术	1057
第 53 章	结肠切除、生物降解环吻合术	1077
第 54 章	腹腔镜结肠切除术	1083
第 55 章	阑尾切除术	1095
第 56 章	腹腔镜阑尾切除术	1119
第 57 章	横结肠造口术及关闭	1125

第 58 章	盲肠造口术	1147
第 59 章	直肠癌手术	1155
第 60 章	溃疡性结肠炎	1243
第 61 章	克隆病	1287
第 62 章	非肿瘤性肛门直肠疾病的手术	1297

第 28 章

困难十二指肠 残端的解剖 和闭合

第 6 部分

胃及

十二指肠外科

患胃溃疡或胃癌的病人，如果处理得当，十二指肠残端的闭合一般不是很困难。但对于十二指肠溃疡来说，情况就大不相同，尤其是大的溃疡、穿透到胰腺的溃疡，或者肠壁水肿脆弱，或者有由于慢性溃疡导致的纤维挛缩。纤维挛缩使溃疡接近十二指肠乳头和主胰管或副胰管。偶尔，溃疡周围的炎性过程会累及胆总管或肝总动脉。因纤维化和挛缩会导致局部解剖关系的严重改变，故必须采取必要的预防措施防止严重并发症的发生。

十二指肠的评价

在选择行胃切除之前，外科医生必须首先对十二指肠的状况作仔细评价以决定手术的可行性。在探查过程中，医生应确定溃疡的大小、位置、是否穿透到胰腺、溃疡和幽门间的距离、胰腺的反应程度、溃疡与胆总管和 Vater 壶腹的密切程度。判断十二指肠前壁是否正常也同样十分重要，因为这是大多数十二指肠残端关闭技术的基础(8、10、11、16、24)。为了便于评价十二指肠，可用 Vautrin-Kocher 法松解十二指肠。如果对溃疡和胆总管的关系有任何疑问的话，可在胆总管上做一足够长的

横切口插入一细的胆道探针探查胆总管和 Vater 壶腹的位置。

一些医生担心在正常管径的胆道上行胆总管切开术会造成术后狭窄。尽管有报道由于纵向的胆总管切开术引起术后胆总管狭窄,但从来没有由于横向胆总管切开术引起狭窄的报道。所有行胆总管切开术的病人都应该放置一个有短的横臂的细“T”管。放置T管不仅对胆总管切开术必不可少,而且通过减低管腔内压力对十二指肠残端的愈合也十分有利。

十二指肠的探查对于指导外科医生的决策有重要的意义。然而,探查结果并非总是肯定的(27、28)。

不能切除的或高危的 十二指肠溃疡

如果十二指肠探查显示溃疡不能被切除或切除后会带来很大风险,医生就应该选择一种不需切除病变的手术。这时,许多外科医生求助于迷走神经干切断术再加一个胃引流术,即幽门成形术或胃空肠吻合术。有时,由于幽门或十二指肠的水肿或纤维化而不能行幽门成形术,这时可以做胃空肠吻合术或 Jaboulay 胃十二指肠吻合术(7)。笔者倾向于在不能切

除的或高危十二指肠溃疡病人做一Finsterer-Bancroft-Plenk胃切除术外加迷走神经干切断术。如果技术良好,该术式会产生很好效果。在决定采用这一方法前,医生必须确认胃窦部有良好血供而且没有施行过十二指肠切开术或幽门成形术。

术者决策

十二指肠探查完成之后,术者会面临以下三种情况:

1. 医生认识到十二指肠溃疡不能切除或者它的切除包含很大风险,从而决定采取较小的手术操作。

2. 医生认为十二指肠闭合比较困难,但用处理困难十二指肠的方法仍可以完成。

3. 医生认为十二指肠残端的闭合不会产生困难,但在手术过程中产生相反认识,这时,他已无路可退。这种结果要靠医生的经验和处理复杂问题的能力来解决。

在某些病人,有溃疡的十二指肠回缩十分显著,被纤维组织包裹,给人一种非常难以处理的印象。然而,去掉纤维包裹后,会发现表面上难以处理的十二指肠其实比较容易处理。

下面我们将描述一些用于处理困难的十二指肠的技术。

表面上看似难以处理的十二指肠

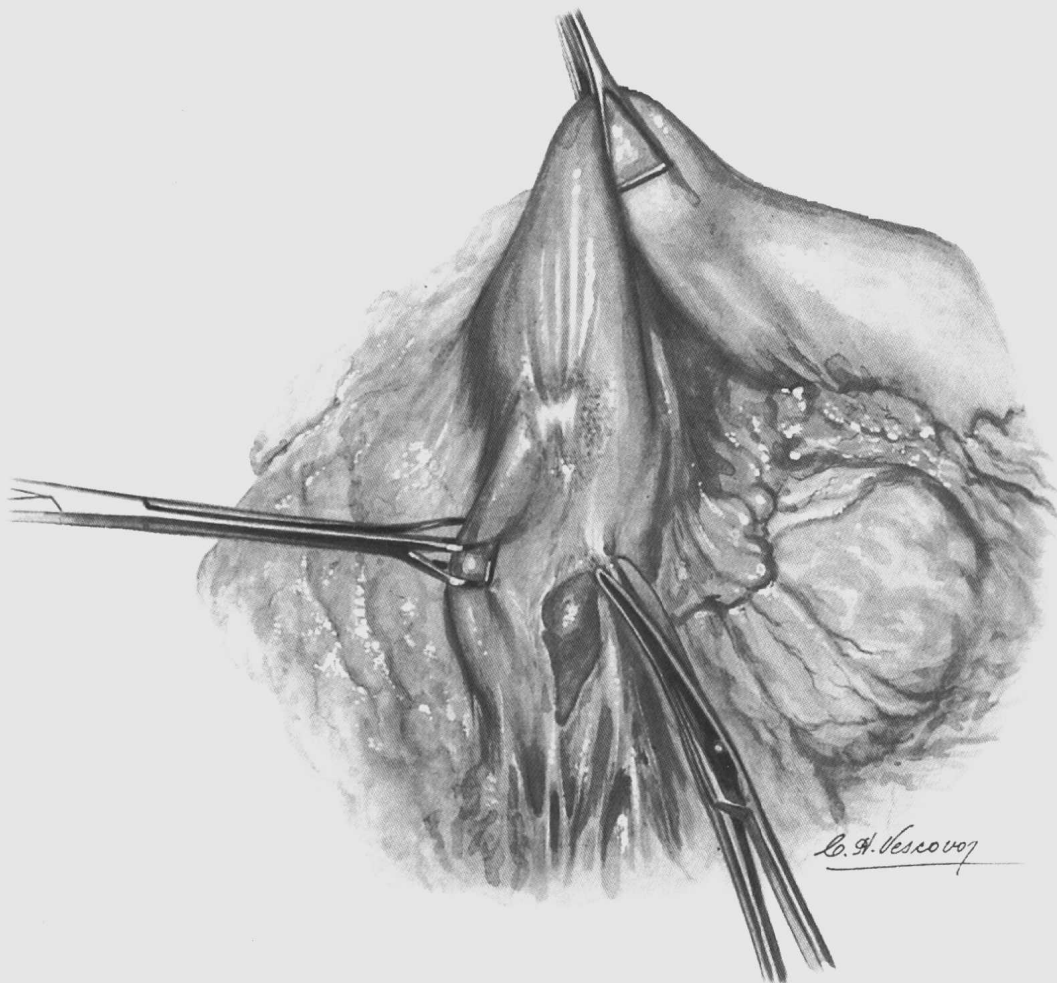


图 28.1 在某些病人，十二指肠完全被纤维组织包裹，给人一种非常难以处理和闭合的印象(如图所示)。然而，当覆盖十二指肠的纤维膜被剪刀分开后，十二指肠壁是健康的，尽管十二指肠前壁近幽门处有十二指肠性溃疡。这种情况下，可以毫无困难地施行毕Ⅱ式胃切除术和十二指肠的闭合。

NISSEN 技术

十二指肠前壁表面正常、没有水肿和纤维化对于用该技术关闭复杂的十二指肠是一个必不可少的条件。Nissen 技术是处理十二

指肠后壁溃疡穿透到胰腺的一个简单而有效的方法。

NISSEN 技术

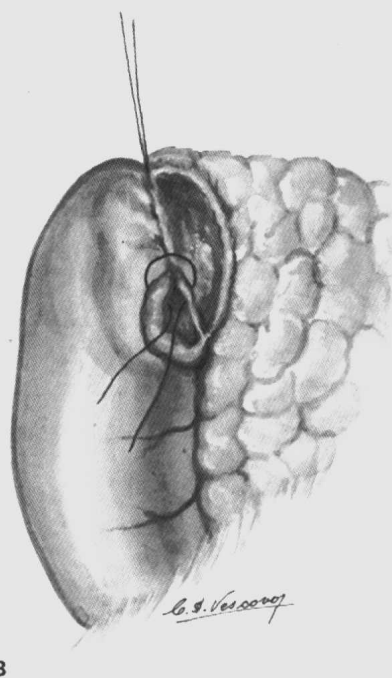
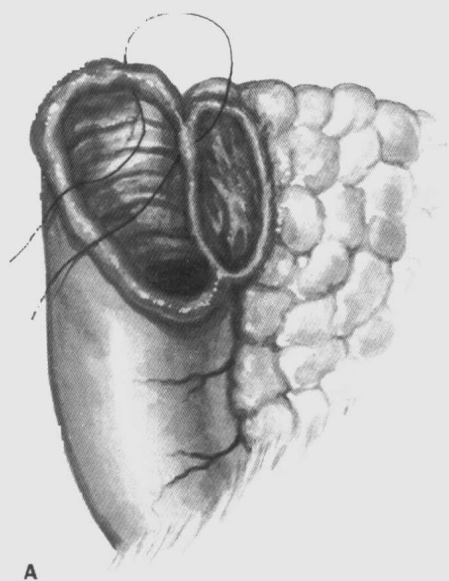


图 28.2 A. 本图显示为十二指肠后壁溃疡穿透到胰腺的情况。间断缝合用的是丝线、棉线或其他的不可吸收的材料。如图所示，缝合的一端是十二指肠的游离缘（前壁），另一端是溃疡的下缘。B. 本图示已缝合数针。

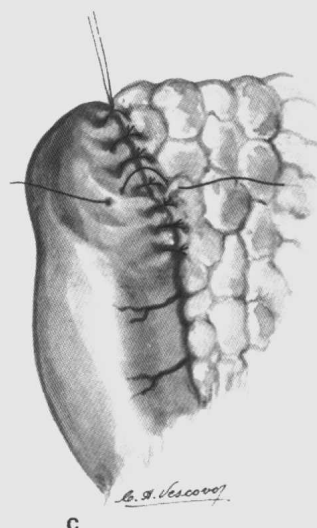
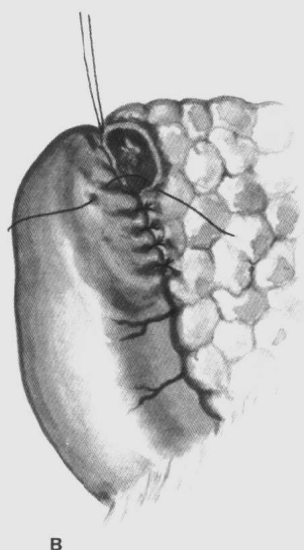
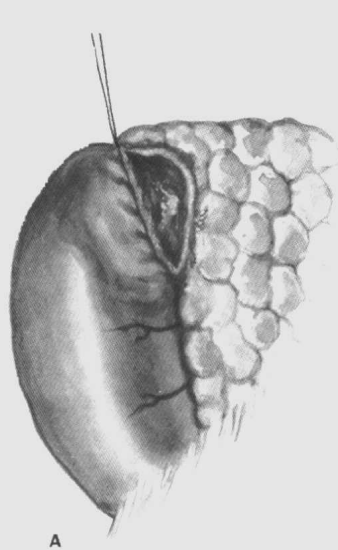


图 28.3 A. 第一层缝合已经在十二指肠游离缘和溃疡下缘间完成。B. 第二层缝合是在十二指肠前壁和溃疡上缘间进行，用与第一层相同的材料缝合。C. 第二层缝合完成后，进行第三层缝合，即十二指肠前壁和胰腺被膜，包括胰腺部分实质的缝合。第三层缝合完成后要做网膜成形术。

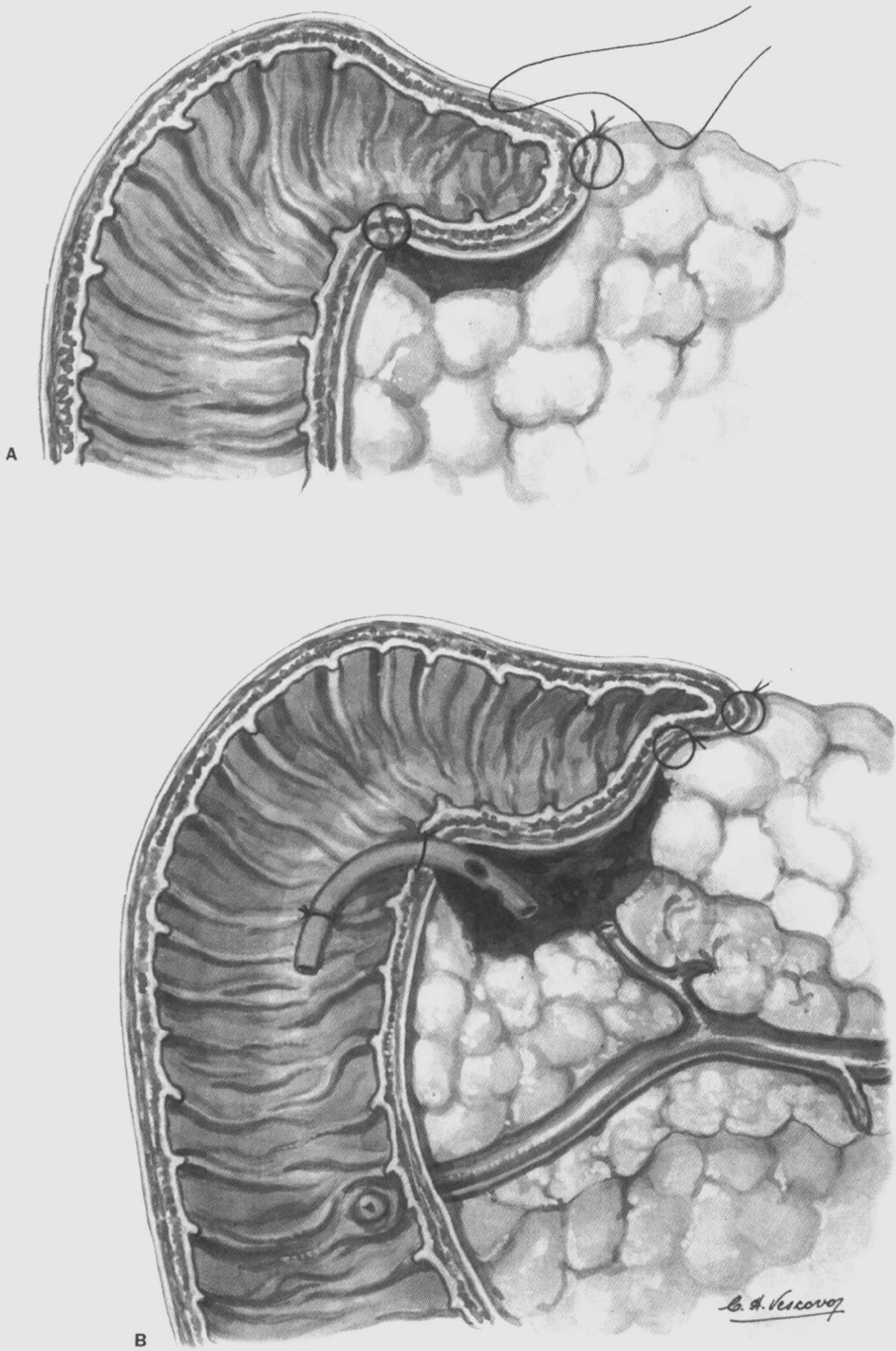


图28.4 十二指肠断面图将更好地显示Nissen技术的一些细节。A. 本图所示为十二指肠游离前壁与穿透性溃疡间的第一层缝合。如果副胰管开口于溃疡床, 就不应做这层缝合(见下图)。本图也显示出十二指肠前壁和溃疡上缘间的第二层缝合, 及尚未打结的第三层缝合, 即包括十二指肠前壁和胰腺被膜(包括部分胰腺实质)的缝合。B. 本断面图也显示出上图显示的三层缝合。在此, 副胰管开口于溃疡底部故第一层缝合不能进行。如果要缝合, 必须插入一在溃疡底部开有几个侧孔的短橡皮管以保证胰腺分泌物流到十二指肠腔。这根管子被两根棉线固定到十二指肠壁并且被一根或多根缝线固定到十二指肠粘膜。

置管法十二指肠造口术

对于难以处理的十二指肠，在十二指肠内放置一导管可以预防术后并发症的发生。十二指肠内放置导管的主要目的是为了减小十二

指肠内压。自从1933年以来，置管法十二指肠造口术已被许多外科医生使用，并且1954年在Welch及Rodkey的书中得到进一步肯定(1、6、7、12、13、15、17、19~21、23、25、28)。

置管法十二指肠造口术

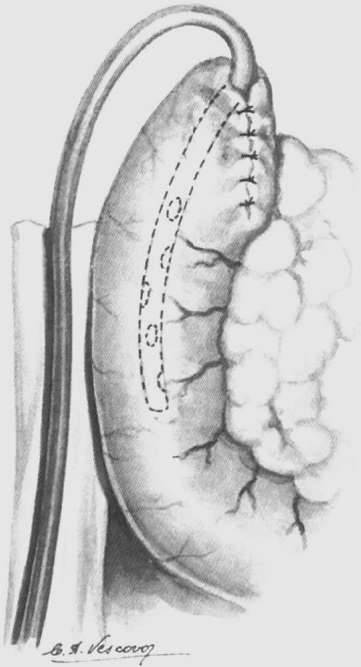


图28.5 一个16F橡皮管被放置到十二指肠腔并伸到十二指肠第二段的中间部分。十二指肠残端用间断棉线或丝线缝合, 做水压测试以检验闭合的可靠性。在皮肤上做一小切口并把管子牢固地固定在皮肤上以避免被意识不清的病人拔出。

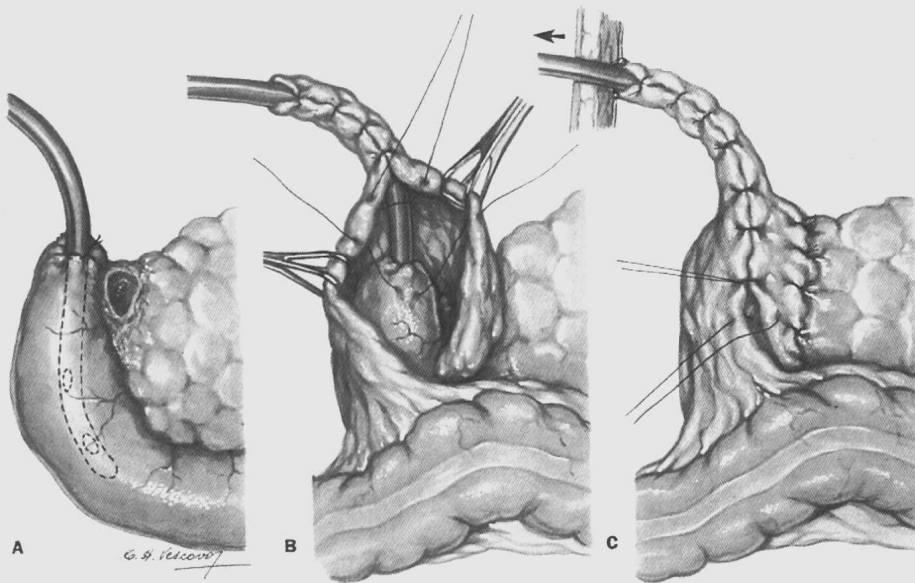


图 28.6 A. 十二指肠残端也可用棉线或丝线做连续缝合。B. 导管和十二指肠被大网膜包裹以更好保护十二指肠造口。C. 十二指肠和导管已完全被大网膜包裹。包裹管子上的网膜被几针缝线固定到壁腹膜, 下部固定到十二指肠以防止网膜卷曲而起不到保护作用。导管通过腹壁上的小切口引出体外并被牢固固定到皮肤上。在关腹之前, 要在肝下区放置两个烟卷式引流并通过两个切口引出体外。

用 STRAUSS 技术处理困难的十二指肠残端

Alfred Strauss技术(10、11)是处理穿透到胰腺的十二指肠溃疡的有效的手段，但是必须精确地实施这一技术并注意严重并发症的发生。

用 STRAUSS 技术处理困难的十二指肠残端

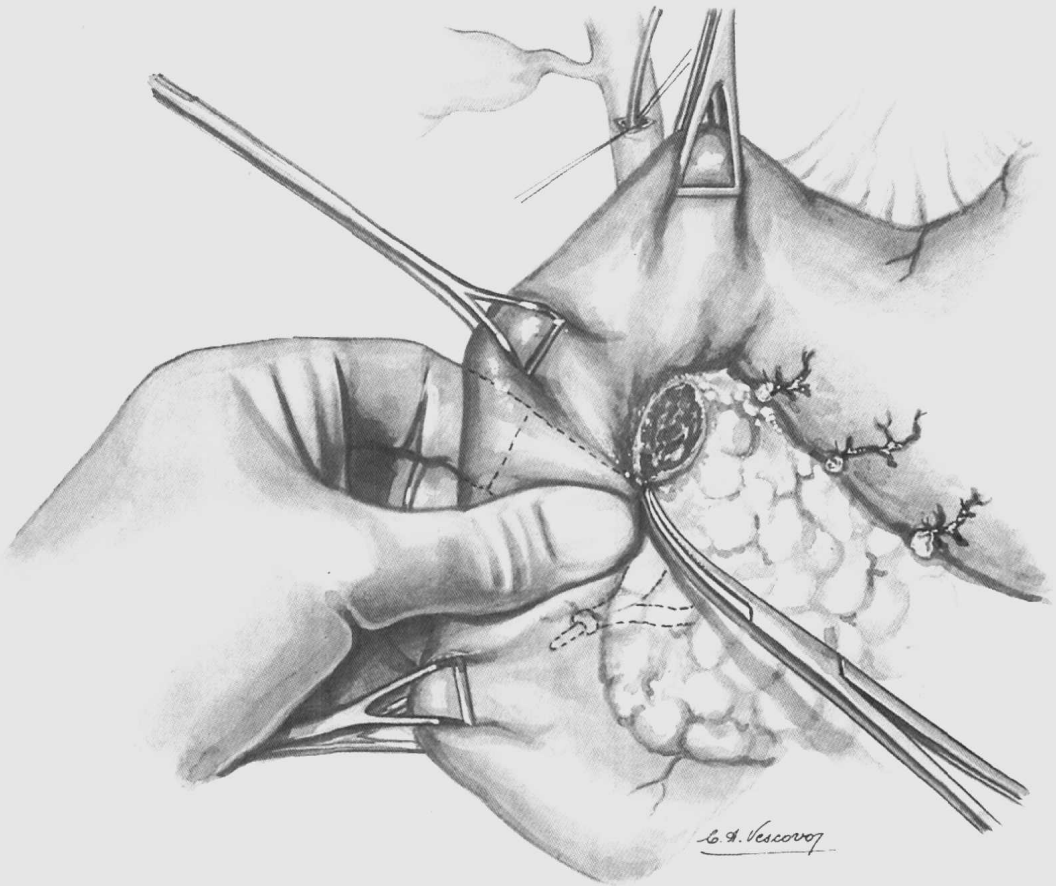


图 28.7 探查表明有一穿透到胰腺的巨大的十二指肠溃疡。Strauss 技术的优点是从右到左解剖十二指肠，而不是从左到右，这样会在溃疡下的十二指肠后壁留出几毫米距离从而使十二指肠闭合难度减小。十二指肠已用 Vautrin-Kocher 技术松解。做一横的胆总管造口术插入一胆道探子(如图所示)，来确认 Vater 壶腹和胆总管。通过胆总管内的探子，可以确定溃疡和胆总管的关系。

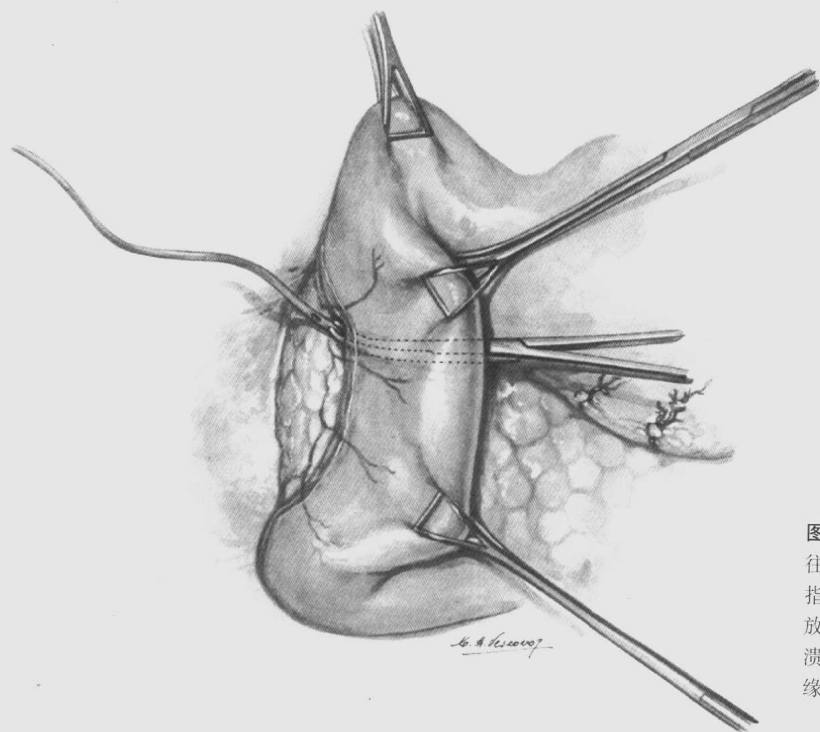


图28.8 一把Babcock钳夹住十二指肠往上拉, 另外两把Babcock钳夹住十二指肠往右拉。术者将左手的食指和中指放在十二指肠后, 将拇指放在前来确定溃疡的下界, 并将一把钳子沿着溃疡下缘从前到后插入, 如图所示。

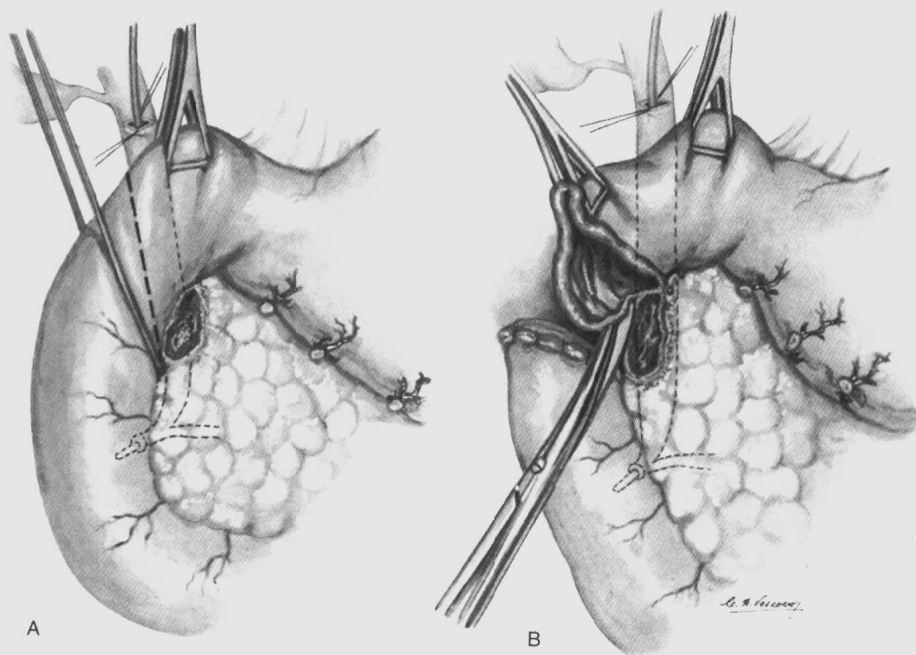


图28.9 A. 把橡皮管拉向上方。虚线表示的是十二指肠被横切的水平。这条线是倾斜的以保留尽可能多的十二指肠前壁。前壁必须是正常的以保证能缝合到非常短的后壁上。B. 十二指肠残端已被横切并毫无困难地用间断缝线关闭。用剪刀将十二指肠上方从溃疡边上剪开, 留下穿透到胰腺那部分不动。因为它不在胃的分泌液之中, 所以会很快愈合。