

克氏外科學

腹 腔 外 科 (下)

校 閱 者

陳 化 東 左 景 鑒

吳 鎮 宇 譯

龍 門 聯 合 書 局 出 版

克氏外科學

腹腔外科(下)

校閱者

陳化東 左景鑒

吳鎮宇譯

龍門聯合書局出版

克氏外科學

腹腔外科(下)

F. Christopher 原著

吳鎮宇譯

★版權所有★

龍門聯合書局出版

上海市書刊出版業營業許可證出029號

上海南京東路61號101室

新華書店總經理

啓智印刷廠印刷

上海自忠路239弄28號

開本: 787×1092 1/23 印數: 7001—8200 冊

印張: 10 14/23

1952年2月第一版

字數: 190,000

1954年11月第五次印刷

定價: 16,500 元

目 錄

第四篇 肛門及直腸

第一章 解剖與生理.....	1
第二章 肛門部傳染.....	2
第一節 肛門部傳染與肛門直腸部發炎疾患之關係.....	2
第二節 肛門裂.....	3
第三節 肛門膿腫及肛門瘻.....	5
第三章 肛門狹窄(肛門攣縮).....	9
第四章 肛門直腸部花柳病.....	9
第五章 善性的肛門狹窄.....	10
第六章 肛門直腸部結核.....	11
第七章 脫垂.....	11
第八章 肛門瘙癢及痔.....	13
第一節 肛門瘙癢.....	13
第二節 痔.....	15
第九章 直腸及肛管的癌腫.....	28

第五篇 肝及膽系

第一章 肝臟.....	38
第一節 肝之損傷.....	38
第二節 肝之化膿性膿腫.....	42
第三節 變形蟲性肝膿腫.....	45

第四節 肝之包蟲囊	50
第五節 肝之放射菌病	51
第六節 肝之梅毒、結核及善性瘤腫	52
第七節 肝臟之原發性癌及其他惡性瘤腫	52
第二章 膽囊炎、膽囊結石症、總膽管結石症以及肝臟之有關疾患	54
第一節 概述	54
第二節 急性膽囊炎	58
第三節 慢性膽囊炎	64
第四節 總膽管結石症	72
第五節 膽囊造瘻術	75
第六節 膽囊截除術	77
第七節 總膽管造瘻術	81
第八節 胃膽囊吻合術	88
第九節 膽囊截除術後的膽痙攣	84
第十節 總結與討論	87
第三章 膽囊與膽管之瘤腫	89
第一節 膽囊之善性瘤腫	89
第二節 膽囊之惡性瘤腫	90
第三節 膽管之瘤腫	98
第四章 膽管之狹窄	95
第五章 膽管之先天性阻塞	107

第六篇 胰 腺

第一章 胰腺之外科疾患	111
第一節 解剖與生理	111
第二節 胰腺之畸形	118
第三節 胰腺之損傷	118

第四節 胰腺炎	115
第五節 胰腺結石	118
第六節 胰腺的善性瘤腫	119
第七節 胰腺的惡性瘤腫	124

第七篇 脾 臟

第一章 一般概述	129
第二章 脾臟截除術對之有效的疾患	132
第一節 損傷性疾患及非損傷性的脾破裂	132
第二節 位置異常及機械性的病變(扭轉及浮游脾)	134
第三節 球細胞性溶血性黃疸(無膽色尿性黃疸)	135
第四節 血小板缺乏性紫癜病	137
第五節 鬱血性脾臟腫大(脾臟性貧血, 門脈系高血壓, <u>班替₁₃氏病</u>)	139
第六節 血吸蟲病	141
第七節 膿腫	141
第八節 囊腫及血管瘤	142
第九節 瘤腫	143
第十節 脾動脈的動脈瘤	143
第十一節 脾機能亢進, 全血過少, 原發性脾臟性中性白血球 減少症	144
第三章 脾臟截除術對之可能有效的疾患	144
第一節 <u>高黑爾₃₉₂氏病</u>	144
第二節 有核紅血球性貧血, 地中海貧血(<u>庫利₃₉₃氏貧血</u> , <u>雅克什₃₉₄氏貧血</u>)	145
第三節 鎌狀細胞性貧血	146
第四節 肝硬化	147

第五節 結核	147
第四章 脾臟截除術無效的疾患	148
第一節 梅毒	148
第二節 澱粉樣變	148
第三節 黑熱病	148
第四節 瘧疾(熱帶性脾腫大)	148
第五節 真性紅血球增多症	149
第六節 白血病	149
第七節 何杰金氏病	149
第八節 血色病(血色沉着病)	150
第九節 畸形	150
第十節 其他疾患	150
第五章 脾臟之手術	151

第八篇 赫尼亞

第一章 概述	155
第二章 腹股溝赫尼亞	158
第三章 股赫尼亞	172
第四章 臍赫尼亞及腹赫尼亞	182
第一節 臍赫尼亞	182
第二節 腹赫尼亞	185
第五章 膈赫尼亞	186
第六章 不常見的赫尼亞	195
第一節 內赫尼亞(腹後赫尼亞,腹腔內赫尼亞)	195
第二節 骨盆赫尼亞	198
(一) 閉孔赫尼亞	198
(三) 會陰赫尼亞	200

(三) 坐骨赫尼亞	201
第三節 膀胱前赫尼亞(勒丘斯 ¹⁶⁸ 氏赫尼亞隙)	202
第四節 腰部赫尼亞(背赫尼亞, 潑蒂 ⁴⁸¹ 氏或格林弗 ⁴⁸² 氏赫尼亞)	202
第五節 滑動性赫尼亞	203

第九篇 腹 壁

第一章 腹壁之硬纖維瘤(腹壁肌肉筋膜層之纖維瘤)	208
第二章 潛毛瘻及囊	209
第三章 腹壁之創傷及挫傷	218
第四章 臍之外科疾患	220

克氏外科學

腹腔外科

第四篇 肛門及直腸

第一章 解剖與生理

醫師與醫學生們在對於肛門直腸部各種名稱的運用上，同樣地都有含糊濫用的弊病，這亦許是由於在他們看來，認為嚴格的名辭分類僅是在學術研究方面應該注意的。實際上假使我人能對肛門直腸部的解剖及神經生理的基本原則加以研究，我人就可對肛門直腸部疾患的病因、發病學、症狀學、以及診斷和治療各方面得到簡明的概念。

由肛管的胚胎發育解剖的研究，可知肛管乃由胚胎的原始肛分化發育而成，因此它的結構根源屬於外胚葉。直腸的根源則為內胚葉，乃由後腸（尾腸）分化發育而成。在胚胎早期時蒙蔽於肛門直腸出口處的肛板大約在胚胎期第七星期時即呈分裂，倘若完全沒有這種分裂的變化，或祇有部份的分裂，即可形成有時可以遭遇到的各種畸形，例如肛管閉鎖不通。

構成腸道末端的肛管，其長度自 1.5 吋至 3 吋不等。肛管之上緣是齒狀緣，其下緣則以肛門為界；由解剖學的觀點來說，肛門可以認為一個“裂隙”（貝遜²⁷²氏）。肛管實際乃由皮膚而並非由粘膜所分佈，通常所稱的“肛門粘膜”這一名辭，其實是個錯誤的名稱。肛管的齒狀緣包括了肛半月瓣以及肛乳頭與肛隱窩，有肛殘餘腺及腺管與隱窩相溝通。齒狀緣尚有幾種同義的異名，即：梳狀緣、肛門直腸線及粘膜皮

膚線或粘膜皮膚線等。(見圖 59)

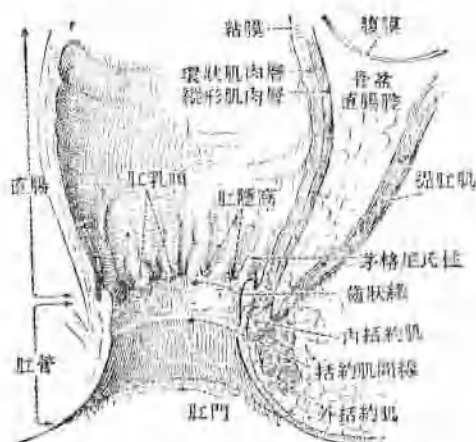


圖 59。——肛門直腸管的造型圖(冠狀切面圖)。

神經生理學——包蓋於肛管壁和包圍肛乳頭及一部份肛隱窩的皮膚，都由軀幹系統的知覺神經分佈，因此所有一切犯及肛門部組織的疾病，幾乎全部是有疼痛的，特別是外痔靜脈的栓塞、肛門裂、肛門膿腫、肛乳頭炎等等。至於直腸的粘膜，一般都認為是內臟系統的知覺神經所分佈，因而直腸疾患若非同時亦侵犯到齒狀線者，在其早期時就並無痛覺，就不足為怪了。與此同樣的理由，內痔核之注射及直腸息肉之用電烙器烙除時都可用不用麻醉而施行。肛門之外括約肌及提肛肌(皆為橫紋肌)，皆由軀幹系的運動神經所分佈，而內括約肌(平滑肌)及腸壁其他平滑肌則由內臟系統的運動神經所分佈。

第二章 肛門部傳染

第一節 肛門部傳染與肛門直腸部發炎疾患之關係

各種常見的肛門直腸部發炎性疾患，例如肛門裂、肛門膿腫、肛門瘻、痔核、和並無外傷病史或手術病史的肛門狹窄，以及肛門瘙癢的若干病例，其主要的原因都是肛門部的傳染。在此種肛門傳染時，由於

解剖結構的關係，肛隱窩、肛腺管、肛門腺及鄰近之血管和淋巴組織，都能被傳染。

爲便於解釋起見，肛門部的傳染可以分成三期：

第一期——來自腸內內容物的傳染物質，侵入一個或數個肛隱窩，於是亦侵犯到細小的肛殘餘腺及腺管，因而自然地形成了傳染途徑，使傳染進入了肛門周圍及直腸周圍的組織。在這過程中，“隱窩炎”或創傷都不是構成傳染的主要原因。

第二期——此時的傳染，或間接經淋巴組織而入肛門直腸周圍的組織，或則可能由於肛門直腸之過度擴張而使腺管組織的聯系中斷，因而傳染直接侵入肛門及直腸的周圍組織中。

上述兩期病變，在一切普通的肛門直腸炎症中，都是常有的變化。至於病變的最後階段，即第三期，將在下面各節所述各種疾患時分別加以敘述。並由此可知上面所述的各種常見的肛門部病變，實際上都是肛門傳染的表現；因此可得結論，肛門部傳染的結果，可能使病者同時併發上述各種肛門病變，這是常會發生的情形。

第二節 肛門裂

定義——肛門裂的外形雖然是肛門部皮膚上的一個裂隙，但實際卻是肛門壁皮膚上的真性潰瘍（最常見的是發生於肛門後壁上），其方向與肛管的縱軸平行。

發病原理——肛門裂的主要病因是肛門部的傳染，其第一、第二兩期的病變已見上節敘述。

第三期——倘若傳染集中於肛門部皮下的淺表組織，該處的外皮即告破裂，結果使肛門部皮膚有一缺損而形成了肛門潰瘍。這種潰瘍不能自行癒合，而且若不施行適當的外科手術，任何治療都不易見效，因為傳染性物質可以經由肛隱窩、肛腺管、肛門腺及淋巴組織，而經常不斷地侵入局部組織。

症狀——肛門裂患者的典型病史，總是因排糞而開始的肛門部疼

痛，歷時數分鐘以至數小時。此種疼痛可能發展到極為嚴重，致使病者衰竭無力。肛門裂病狀中疼痛之何以如此嚴重，則可由上述肛門部的神經生理的結構而得到解釋。

此外的症狀，為大便時輕度出血和逐漸發生的便秘，後者乃因患者懼怕疼痛，以及服用柔軟的食物和瀉藥或同類的物質而致。在若干長期患有肛門裂的病例中，有些不耐受病痛的患者可有腹部不舒感、頭痛、易於衝動及神經過敏等現象。

肛門潰瘍或肛門裂亦可逐漸變得使病者感受極少痛苦或竟一無痛苦，以致易於使人誤認為肛門裂已經自發地癒合。

診斷——此症之診斷，決定於與大便有聯帶關係的典型的肛門痛病史，以及在肛門壁上發現潰瘍（如圖60.所示）。對於患有急性肛門裂而發生肛門痙攣的病例，在肛門部作檢查時必須特別輕緩審慎從事；有時甚至須給以局部的麻醉後始能使外科醫師便於順利地施行檢查。

參閱圖60.中所示，可知除潰瘍之外另有一腫大的肛門乳頭（此乃肛門傳染的另一種發病形式），其地位在潰瘍之上端，而在潰瘍與齒狀線之間則有一帶狀的細狹的皮膚未受損害。另在潰瘍之下緣以下，有一處的皮膚向外突出形成一個突起，其下則往往有一個腔形的囊袋；這一個突出即為“前哨突出”，這一名稱之由來，乃因如其地位形態之所示，恰巧突出於潰瘍的下端之故。

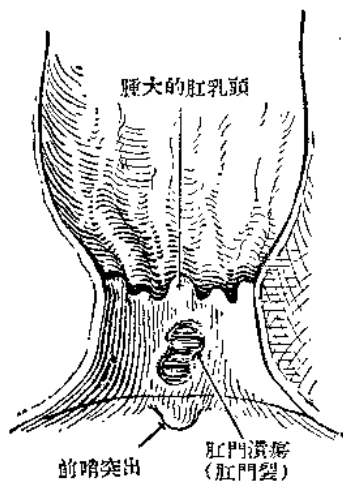


圖 60.——肛門直腸部的冠狀切面圖，表示在肛管後壁上的一個肛門潰瘍（肛門裂）。

鑑別診斷——肛門裂必須與下列各症鑑別：肛門單純性擦破，特異性的花柳病疾患例如下疳或軟下疳，結核性潰瘍，顆粒白血球缺乏性咽

峽炎時的潰瘍，肛門部上皮瘤及肛外翻等。

治療——各種保守性的療法如熱敷、坐浴、肛門局部的清潔衛生、止痛軟膏以及溶解於油劑中的止痛藥物等等，雖然可以暫時止痛，但唯一的根治方法則祇有施行適當的外科手術。此種手術的原則是不但把肛門潰瘍部的組織作廣大的切除，而且還須把其處的肛隱窩及竇隙都剖開，以及把其附近的齒形緣破壞暴露。

局部麻醉，最好是骶部（薦椎）麻醉，可使外科醫師便於將肛門裂的病變情況顯示於其助手。用了這種麻醉，還可以便於區別肛門痙攣與真性的肛門收縮。在手術時，手術者先用一有鈎的探針插入潰瘍上方之一個或數個肛隱窩中，探針的頭即可在潰瘍之底部顯出，或則在潰瘍之下層通過而在潰瘍下端以下的皮膚下層中突出，於是將探針所貫通之處切開而取出探針，此時的切開線必須上起齒狀緣下迄潰瘍下方之處，或更向下切開至前哨突出以下的部位。如此切開，可使潰瘍依其縱軸方向全部剖露，且將潰瘍下層的一切癰組織都切開顯露，於是使肛管的內腔充分地擴張。其次，將此切開線的邊緣作廣大範圍的截除，包括鄰近的肛乳頭、肛門裂（潰瘍）的邊緣以及前哨突出。肛門部一切的切線，其下端必須遠達肛門口邊緣以外，以便通暢地引流。最後的一步手術是把一切殘餘的肛隱窩都切開，以預防感染，因為肛門傳染往往決不會祇限於肛門部少數肛隱窩而不犯及其他部份的。

肛門直腸部的手術傷口在癒復期間及癒合以後對肛門的口緣都有重大影響，因此倘欲使肛門的機能健全，則在手術後的護理處置就十分重要，此種處理方法詳見本篇第八章第二節痔核中所述。

第三節 肛門膿腫及肛門瘻

“瘻”或“瘻管”這一名辭，其拉丁文名辭的原義是一個管，而管是上下各有一口的，因此對於那種祇有一端開口的瘻管所用的“盲管性內瘻”或“盲管性外瘻”這兩個名辭，實際都是錯誤的稱謂，其準確的名稱應該是叫作“竇（竇隙）”或“瘻竇”。一切肛門瘻都是發源於一個肛隱

窩，所以有“肛門瘻”的命名。

關於發生於肛管及直腸周圍組織中的膿腫及瘻管，通常很易混淆誤解，倘使認清了肛門傳染對於肛門膿腫及肛門瘻所有的關係，即可使這種誤解消除，且亦有利於治療之進行。肛門膿腫之形成，實在是構成肛門瘻的一個確實的過程，因此可以把這兩種疾患在本節內合併敘述。

肛門傳染的第一、第二兩期病變，已見本章第一節所述。在第三期，傳染性物質侵入了肛門部皮下組織或坐骨直腸窩中的疏鬆的脂肪性蜂窩組織中，這種情況都可能有利於膿腫之形成。對此可能有關的因素，一如在肛門直腸部的其他各種發炎疾患中一樣，舉凡肛門腺及腺管之疏密程度、傳染性病原物的毒力大小以及人體組織抵抗力的強弱，都可使膿腫之形成受到影響。在這一時期，病者通常大都先向內科醫師求治，他的主要的訴述是局部的疼痛，同時還有衆所週知的發炎徵象：紅、局部發熱、以及患處組織的腫脹與壓痛。

第三期的急性狀態，過不多久就經由下列三種方式之任何一種而轉入慢性狀態：膿腫自行潰破，膿腫被切開引流，或膿腫自行向內潰破穿入所由發源的肛隱窩（原發的開口）內。前二種方式（潰破及切開）的結果都形成了肛門瘻，而第三種方式（潰穿入肛隱窩）則造成真性的肛門瘻竇。

波衣²⁷³氏把膿腫所由發生的肛隱窩合理地稱為肛門瘻的“原發開口”，其他開口（一個或數個），不論其發生於齒狀緣以上之直腸壁上或肛門周圍的皮膚或在臀部者，都稱為“續發開口”。

關於肛門膿腫與肛門瘻形成之關係，已如上述，繼即必須敘述可能發生膿腫的地位。在肛管及直腸之周圍，其實並無真正的腔隙，因此吾人所謂之“外科腔隙”，或為剖解時所造成，或為肛門膿腫發炎過程中組織潰爛所成。這樣的外科腔隙共有五處：兩處為坐骨肛管之間的兩個坐骨直腸窩或在提肛肌下面的小窩（圖 61. a），另兩處為骨盆直腸

窩(圖 61. a), 其餘一處為在提肛肌上面的直腸後窩(圖 61. b. 及 c.)。倘若一個或兩個坐骨直腸窩發生傳染, 則上述的各種徵象和症狀不論在患者或醫生都易於發現, 因為在這種部位形成的膿腫乃在骨盆隔下面的淺層組織中, 而此種組織乃由軀幹系統的知覺神經所分佈。但若膿腫發生於其他三處腔隙中, 由於其餘三個腔隙乃在骨盆隔之上面且在深層的組織中, 所以祇發生一種較為模糊的症狀——在骨盆內的沉重下墜之感以及可能有些發冷發熱。



圖 61.——肛門瘻及外科腔膿的造型圖。1,2,3,4, 爲原發開口所在處，1',2',3',4' 爲瘻管開口。

早期診斷之獲得，有賴於小心的肛門內手指按診檢查，在直腸腔內可以按得一個軟糊糊的腫塊。貝遜氏曾指出：即使在相當壓力之下，坐骨直腸窩的容量亦僅能容納不超過2—3 噸以上的膿液，因為這坐骨直腸窩的周壁是相當強硬而極少伸縮的；同時且還指出：骨盆直腸窩卻因其頂壁乃由腹膜構成，後者可能向上拱起，故骨盆直腸窩的伸縮範圍較大。由此可知，倘若將一坐骨直腸窩內的膿腫切開而放出了超過2—3 噸以上的膿液，吾人即有充分理由可以斷定除了淺層的膿腫之外，一定同時還有一個深層組織中（在提肛肌以上者）的膿腫。淺層膿腫與深層膿腫之間，通常都在提肛肌附着於肛門處的附近部位相互貫通。

在圖 61. 之 a 中，瘻管 1 與一個坐骨直腸窩中的膿腫相通，該膿腫之膿液藉續發開口 1' 而向外引流。瘻管 2 之起源點乃在與發炎的隱窩同樣高度之處，但其所導致的膿腫卻在同側的提肛肌上方的骨盆直腸窩內，此一膿腫經 2' 而向內潰穿入直腸腔內，2' 之孔口即為瘻管的續發開口。圖中之 3 及 4 乃分別表示 1 與 2 之膿腫經排液而收縮後之情形，其時瘻管之原發開口皆在齒狀線部位之肛隱窩，而其他開口無論在皮膚上，或在直腸壁上，皆為瘻管之續發開口，此種開口仍然保持瘻管的名稱，因為無論圖中之 1 或 2，其原發開口皆為隱窩，而後者本為肛管固有結構之一部份之故。

急性的肛門膿腫必須施行引流，對於切開地位的選擇是十分重要而須加審慎的。倘若已查到膿液波動，即可在波動之處切開，但切線必須儘可能與肛門靠近，以使其後形成的瘻管儘可能縮短。倘為深層腔隙中的膿腫，不論是否發生於坐骨直腸窩內，其引流的途徑，與其通過直腸壁，不如使其經由坐骨直腸窩而排出。在直腸後窩內的膿腫，則可在肛尾縫處或縫之任何一側面切開引流，切線亦應儘可能與肛門靠近。如此切開引流後，通常最好須再等待四至七天後，然後再施行瘻管切開術。

肛門瘻管的治療，不論其病原如何，都須施行手術療法，即用瘻管切開術，將整個瘻管由原發開口直到續發開口都完全切開，且將切開口的邊緣亦切除，使成一平坦的傷口。此一手術通常都可一次完成，而且如果在手術後能加以適當穩妥的護理，則一切瘻管亦可在一次手術中治愈。切開瘻管時，使肛門鬆弛是一項必要的措施，要達到這目的，最好是用低位的脊髓麻醉或骶骨（薦骨）部阻滯麻醉法；至於其他方式的麻醉卻不能使肛門充分鬆弛。

對於上述的瘻管切開術，有一個有關瘻管的頗堪注意的例外，乃發生於患有栓塞性潰瘍性結腸炎（慢性潰瘍性結腸炎）的病者，對於這種病例，倘若施行肛門直腸部的手術，實屬不智之舉，因為其後傷口將不能

癒合。一個患有正在進行的慢性潰瘍性結腸炎的患者，可能容許將其肛門膿腫引流，但是其他手術如瘻管切開術、痔截除術或肛門裂手術，都應禁忌施行，即使晚近發明了磺胺化物或抗生素，對於這種病例卻仍然無効。

第三章 肛門狹窄(肛門攣縮)

許多醫學生們、住院醫師們及醫生們，有時往往誤用“直腸狹窄”這一名辭，把那種實際上是“肛門狹窄”的疾病稱為“直腸狹窄”，倘使我們對肛門與直腸的解剖結構範圍有了認識，就可知肛門狹窄、肛門攣縮實際與直腸狹窄、直腸攣縮是完全不同的兩種疾患，關於直腸狹窄與攣縮，將在以後的篇幅中加以簡明的敘述。

肛門狹窄的病因，乃是由於事先存在於肛門部的環狀的瘢痕組織發生攣縮之故；而瘢痕組織之形成，則可因曾有肛門傳染（而並無手術或創傷的病史者）、或因施行過手術、酒精注射或創傷等原因。

治療肛門狹窄時，必須慎防瘢痕組織之撕裂。輕微的攣縮狹窄病例，祇需施行肛門擴張術可能已有療効。如將瘢痕組織作一條或數條放射線形的切開，可以使肛管內腔放大，而在手術後的適當的護理可以使肛管在癒合期間保持充分的擴張；這樣放射線形的切線在癒合後祇會使肛管略為縮短而不致再呈狹窄，然而倘若施行了環狀的切開，則仍可因結痂收縮而使肛門口徑縮小。

第四章 肛門直腸部的花柳病

梅毒——有時在肛門部偶然可以見到肛管皮膚的原發性的梅毒，即下疳；扁平濕疣則為常見的肛門部或會陰部續發性梅毒。直腸的梅毒是極為稀有的。肛門直腸部的梅毒都可用一般的梅毒治療法治療。

白濁——肛門部的白濁主要地侵犯於肛管的肛隱窩和肛門腺。直腸的白濁通常都患於直腸下端三分之一。此種白濁病變的程度，可自