

4994
23817;2

392016

成都工學院圖書館
基本館藏

腹

部

外

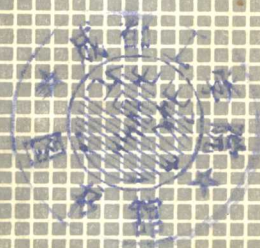
科

手

術

圖

解



上海第一医学院中山医院

《腹部外科手术图解》

修订组 编

人民卫生出版社

腹部外科手术图解

上海第一医学院附属中山医院
《腹部外科手术图解》修订组 编

人民卫生出版社

一九七二年·北京

腹部外科手术图解

开本: 787×1092/16 印张: 16 $\frac{1}{2}$ 字数: 408 千字

上海第一医学院附属中山医院《腹部外科手术图解》修订组 编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京书刊出版业营业许可证出字第〇四六号)

·北京市宣武区迎新街一〇〇号·

北 京 印 刷 一 厂 印 刷

新华书店北京发行所发行·各地新华书店经售

统一书号: 14048·0833

定 价: 1.00 元

1956年2月第1版—第1次印刷

1972年7月第3版修订

1972年7月第3版—第12次印刷

印数: 73201—253,200

毛 主 席 语 录

领导我们事业的核心力量是中国共产党。

指导我们思想的理论基础是马克思列宁主义。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作。

处
端，
份。
侧同

莫反

情
色，

前 言

在国内外一片大好形势下，我国医疗卫生战线，如同其他战线一样，出现了蓬勃发展的繁荣景象，广大的工农兵和基层医务人员，在毛主席无产阶级卫生路线指引下，遵照毛主席关于“备战、备荒、为人民”的伟大战略方针和“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的光辉指示，在医疗卫生工作面向工农兵、为人民服务的革命实践中，作出了贡献。

为了配合广大工农兵和基层医务人员开展医疗工作的需要，我们把文化大革命前出版的本书修订再版，以供参考。

这次修订，根据我们在农村、工矿、基层进行医疗教学实践的体会，以毛主席的教导为指针，在批判了刘少奇的反革命修正主义医疗卫生路线的基础上，努力克服旧版中脱离实际的倾向，肃清“一把刀万能”的资产阶级医疗观点的余毒，注意密切结合农村、工矿、基层的实际，力求本书能更好地为工农兵服务。在取材上，删除了旧版中几种在目前已经落后的和不常用的手术和操作技术，增加了一些在基层医疗单位能够开展的常用的手术和操作（也包括少数与腹部有关的其他手术）；在内容上，既着重介绍了作为外科医疗实践中一个重要方面的各种手术的具体操作，也加强了对于在整体观点指导下的各种手术前后处理的阐述；在编排上，为便于读者参阅，采取了按照手术每个步骤有层次地用图文对照的方法。

由于我们学习不够，未能很好地用毛主席的哲学思想指导我们的工作，加之深入实际、深入基层进行调查研究和医疗实践还很不够，对于如何在农村、工矿、基层开展外科手术工作以及如何使本书更能适合工农兵和基层医务人员的需要，我们经验不多。因此，本书还会存在不少缺点或错误。我们恳切地希望广大工农兵和基层医务工作者对本书给予批评指正，以便今后进一步修订改进。

让我们在毛主席的无产阶级卫生路线指引下，为贯彻落实光辉的《六·二六指示》而共同努力！

上海第一医学院附属中山医院
《腹部外科手术图解》修订组

一九七一年十二月

目 录

第一章 手术前准备和手术后处理	1	第八章 结肠的手术	79
第二章 麻醉的选择	5	一、肠套叠复位术	79
第三章 腹壁的切开和缝合	7	二、右半结肠切除术	80
一、腹壁切口的选择和要求	7	三、左半结肠切除术	83
二、常用切口的介绍	8	四、结肠造口术	87
（一）腹直肌切口	8	五、结肠造口关闭术	89
（二）旁正中切口	12	六、经腹会阴直肠切除术	91
（三）正中切口	12	七、直肠乙状结肠经腹切除术	97
（四）横切口	13	第九章 肝脏的手术	100
（五）下腹肌分裂切口	14	一、肝活组织采取术	100
（六）肋缘下斜切口	17	二、肝裂伤修补术	101
（七）胸腹联合切口	19	三、肝脓肿切开引流术	103
三、切口裂开再缝合	24	（一）前侧脓肿切开引流术	104
第四章 疝修补术	26	（二）后侧脓肿切开引流术	105
一、腹股沟斜疝修补术	26	四、肝棘球蚴病内囊摘除术	106
二、腹股沟直疝修补术	31	五、肝部分切除术	108
三、股疝修补术	32	六、肝叶切除术	109
四、脐疝修补术	34	（一）左半肝切除术	109
五、切口疝修补术	36	（二）右半肝切除术	112
第五章 胃的手术	39	第十章 胆道的手术	116
一、胃造口术	39	一、胆囊造口术	116
二、胃十二指肠穿孔缝合术	41	二、胆囊切除术	119
三、幽门环肌切断术	43	三、胆囊空肠吻合术	124
四、胃底曲张静脉缝扎术	45	（一）Y式吻合法	125
五、胃空肠吻合术	46	（二）肠攀式吻合法	127
六、胃大部切除术	48	四、胆总管探查和造口术	128
（一）胃溃疡作胃大部切除术	49	五、经十二指肠胆总管下端括约肌切开	
（二）十二指肠溃疡作胃大部切除术	60	成形术	132
（三）胃幽门窦部癌作胃大部切除术	64	六、胆总管十二指肠吻合术	134
七、胃全部切除术	65	（一）胆总管十二指肠对侧吻合术	135
第六章 小肠的手术	69	（二）胆总管十二指肠端侧吻合术	136
一、空肠造口术	69	第十一章 脾切除术	138
二、小肠部分切除术	69	第十二章 胰腺的手术	143
第七章 阑尾的手术	72	一、胰腺囊肿外引流术	143
一、阑尾切除术	72	二、胰腺囊肿内引流术	144
（一）一般切除法	72	三、胰体、尾部切除术	147
（二）逆行切除法	75	四、胰头十二指肠切除术	149
二、阑尾脓肿引流术	78	第十三章 门静脉高压症的分流手术	156

一、脾肾静脉吻合术	156	三、输尿管吻合术	196
二、门腔静脉吻合术	158	(一) 输尿管对端吻合术	196
第十四章 经腹腔的血管手术	160	(二) 输尿管膀胱吻合术	199
一、髂股静脉切开取栓术	160	(三) 输尿管乙状结肠吻合术	202
二、腹主动脉取栓术	162	四、输尿管切开取石术	206
三、腹主动脉瘤切除术	163	五、耻骨上膀胱切开与造口术	209
第十五章 腹腔脓肿引流术	163	六、尿道损伤的手术	212
一、膈下脓肿引流术	168	(一) 会阴部切开尿道修补术	213
(一) 腹侧引流术	168	(二) 凹凸探杆会师术	216
(二) 背侧引流术	169	七、睾丸鞘膜积液外翻手术	219
二、盆腔脓肿引流术 (经直肠引流术)	170	八、睾丸固定术	222
第十六章 直肠和肛门的手术	172	九、输精管结扎术	226
一、乙状结肠镜检查	172	十、包皮环切术	229
二、肛裂切除术	174	第十八章 妇产科手术	231
三、肛门直肠周围脓肿切开引流术	175	一、输卵管结扎术	231
四、肛瘘切除术	177	(一) 一端包埋法	231
五、痔的手术	180	(二) 结扎切断法	235
(一) 血栓性外痔切除术	180	二、经腹切开子宫取胎术	236
(二) 内痔的硬化剂注射疗法	181	三、剖腹产术	239
(三) 内痔切除术	181	(一) 子宫下段剖腹产术	239
六、经肛门直肠乙状结肠息肉切除术	183	(二) 子宫体剖腹产术	243
(一) 经肛门息肉切除术	183	四、输卵管切除术	245
(二) 息肉摘除电烙术	184	(一) 输卵管部分切除术	245
第十七章 泌尿外科手术	185	(二) 输卵管全切除术	246
一、肾切除术	185	五、输卵管卵巢切除术	248
(一) 经腰部肾切除术	185	六、经腹次全子宫切除术	250
(二) 经腹腔肾切除术	190	(一) 部分子宫切除术	250
二、肾造口术	193	(二) 部分子宫与附件切除术	253
(一) 肾盂造口术	193	(三) 部分子宫与输卵管切除术	254
(二) 肾实质造口术	195	七、经腹全子宫切除术	254

第一章 手术前准备和手术后处理

手术是外科治病过程中的一个重要环节，但不是唯一的，它与手术前准备，手术后处理三者是一个有机的结合过程，舍此即不能达到治病的目的。所以对待每一手术均要采取认真，负责的态度，切实做好手术前后的各项工作，那种认为外科就是“开刀”，只重视手术治疗而忽略手术前准备与手术后处理的想法是“外科一把刀”、“技术至上”等资产阶级医疗观点的反映，必须予以彻底的批判。

一、手术前准备

1. 思想准备 思想上的准备是首要的，在整个治病过程中必须充分调动病人及医务人员两个积极性。革命的医务人员必须用毛主席哲学思想去指导医疗实践，树立“完全”、“彻底”为人民服务的观点。对病人亦应先了解其思想情况，然后共同学习毛主席著作，确立为革命治病的思想，正确对待自己的疾病，并告知手术及手术前后一些注意事项，使病人建立起战胜疾病的坚强信心，最大限度的调动其主观能动性，在治疗过程中始终主动，积极配合医务人员共同治愈疾病。

2. 各种具体条件的准备

(1) 手术本身：通过详细的病史询问和周密的体格检查，结合必要的化验和辅助检查后，将这些资料进行综合、分析，以得出尽可能正确的诊断，然后判断有无手术适应症，是否可用其他非手术疗法使其治愈。如必须手术者，则选择最适宜的手术方式，并对手术过程中可能发生的一些困难和意外情况有足够的估计和相应的防治措施，最后根据病情及手术要求，决定麻醉方法、某些特殊器械的准备和手术日期的安排。

(2) 全身情况：我们必须从全局观点出发，估计病人对手术的耐受性。

① 重要脏器的功能情况：它包括中枢神经系统，心、肺、肝、肾等，较大的手术需先作肝功能、肾功能，必要时作心电图及X线检查以协助了解其机能状态。

② 其他影响手术的合併症：如糖尿病、高血压、出血倾向等，如有则应及时纠正。

③ 营养状况：如有严重贫血或营养不良时，则应通过适当的途径给以补充各种营养物质，包括蛋白质，糖，脂肪，维生素，全血或血浆等。有失水及电解质平衡失调时亦应及时纠正。

④ 了解以往手术史，对麻醉的反应，有无药物过敏史。

⑤ 是否接受过激素治疗，尤其是肾上腺皮质类激素，由于长期应用后使肾上腺皮质产生萎缩或功能低下，代偿能力减弱，因而在手术、手术后等强烈刺激下，应激无能而引起急性肾上腺皮质功能衰竭等严重情况，有时可能危及生命，如遇有此类病人则在术前、术中、术后注意给以适当的补充治疗。

⑥ 对术后不适及并发症的预防：嗜烟者必须停止吸烟，慢性上呼吸道感染者应积极控制。

(3) 一些特殊的手术准备：如有幽门梗阻病人，术前应作洗胃术以消除炎症及水肿而有

利于手术及愈合。施行结肠、直肠部位手术时，为避免粪便污染腹腔，术前必须作肠道准备，以达到杀灭或抑制肠道内细菌的目的，常用的方法有三种：① 琥珀酰磺胺噻唑或酞磺胺醋酞 2 克口服，每日四次，连续七天，同时服用维生素 K 4 毫克，每日三次，最后两天加用链霉素 0.5 克口服，每日二次。② 链霉素 0.5 克口服，每日二次共六天。③ 新霉素快速肠道准备：新霉素 1 克，开始每小时一次，连服四次后改为每 4 小时一次，再连服四次，总共八次，需时廿小时即可奏效。术前二天流质饮食，术前一天上午服蓖麻油 30 毫升，术前后进行清洁灌肠，以去除积粪。

(4) 手术前一天及手术当天的准备：

① 手术区皮肤的准备：手术区皮肤应予清洗或沐浴，毛发必须剃去，脐内之积垢要清除，如发现皮肤有感染病灶或严重的破损时，手术应改期施行。

② 胃肠道准备：术前 12 小时开始禁食，术前 4 小时起禁水，以防止术时呕吐引起吸入性肺炎。

③ 术前后给适当的安眠药：使病人能良好入睡，得到充分的休息。

④ 鉴定血型及配血：备术时应用。

⑤ 药物的敏感试验：如青霉素等。

⑥ 临去手术室前：病人的假牙应取下，进行一次排尿，以免术中膀胱过度膨胀，引起术后尿潴留。

⑦ 病人如有发热或月经来潮时，因抵抗力较差，兼之盆腔充血，手术宜延期为妥。

二、手术后处理

1. 一般处理

(1) 体位：手术刚结束时则按不同麻醉方法而定，如全身麻醉尚未清醒者应该平卧，头倒向一侧，使唾液及呕吐物易于流出，以免吸入气管内引起肺炎，脊椎麻醉后要求平卧六小时。以后的体位根据病情的需要而改变。一般腹部手术后，情况稳定者均多采取半卧位，以减少腹壁肌肉紧张，减轻疼痛有利于呼吸。某些疾病手术后取半卧体位更有其重要意义，如急性弥漫性腹膜炎、急性胃肠道或阑尾穿孔等，半卧后可使感染液流入盆腔，避免膈下脓肿的产生，如有腹腔残余脓肿形成，因位于盆腔能被及时发现，处理方便。

(2) 测定血压及脉搏，观察呼吸情况：手术结束后要求每隔一定时间测定血压及脉搏，同时注意观察呼吸情况直至平稳，具体的时间则应按病情和手术大小，经过顺利与否而定。以期能及时发现腹内出血，休克及窒息等情况。

(3) 饮食：腹部手术后由于神经刺激使胃肠道功能有不同程度的暂时性抑制，因而一般术后均予禁食或少量流质，以后随着胃肠道功能的好转而逐渐恢复到正常饮食。在不能进食时可经下列两个途径来维持营养：

① 静脉滴注：成人每天所需补给的液体量（一般每天 2000 至 3000 毫升）、质（包括葡萄糖，盐水，全血，血浆及其代用品，维生素及各种电解质等）、进入的速度，均应按不同的病情需要而定，必要时可根据每日出入水量的记录及血液生化、电解质等化验结果来调节。

② 通过某些特置的导管：如经胃管滴入各种液体，亦可经过胃或空肠造瘘管灌入水份及各种营养物质。

(4) 引流管之处理：术后各种引流管如胃肠减压管、“T”形管及造瘘管等应保持通畅，避免扭曲及受压，妥善地固定，以防脱出，同时应记录每天引流量，观察引流物的性状。

(5) 术后疼痛：腹部手术后疼痛绝大部分是由于切口的牵拉所产生，一般在麻醉作用消失后尤为明显，以手术下午及当晚最重，随后逐渐好转。亦有少数是术后腹内某些严重病变所引起的，如胃肠道坏死、穿孔、内疝形成等，因而在病人诉述疼痛时，一定要亲临病人处经过仔细检查后才可给以对症治疗。

一般术后疼痛应用耳针、针刺或穴位注射收效良好，亦可应用止痛药及镇痛剂。

(6) 恶心、呕吐：手术后恶心、呕吐可由于腹部手术操作对胃肠道刺激扰乱的结果，亦可能是对麻醉及某些药物（如杜冷丁等）的反应。

处理时应先找出其原因，一般可用耳针、针刺或镇静药物止吐，必要时插入胃管作胃肠减压。

(7) 腹胀：腹腔手术时胃肠暴露在空气中加上手术操作等刺激使胃肠道功能受到抑制，肠腔内积气积液产生腹胀。腹胀亦可因腹腔内炎症、梗阻或水及电解质平衡失调引起。

从胃肠道功能抑制到恢复有一个过程，需要一定的时间，一般若超过 24~48 小时，而腹胀仍不缓解即应寻找有无其他病因，积极处理，以免造成严重的后果。

处理的原则是预防为主，尽早尽快地促使其蠕动恢复正常，一般的方法：术后鼓励病人在床上翻身或下床活动，针刺、艾灸、服用中草药或新斯的明 0.2 毫克穴位注射等均有效。腹部热敷或用芒硝敷脐部效果亦很满意。如肠蠕动已恢复正常而仍无排气者可插入肛管。

(8) 呃逆：通常是因手术操作，术后急性胃扩张、腹膜炎、膈下感染等原因刺激膈神经末梢或腹腔内脏神经而引起，表现为膈肌不规则的痉挛性收缩。

处理可用耳针、针刺及穴位注射，有时口服普鲁卡因（0.5%~1%）30 毫升可迅速奏效。如仍无好转时可应用异丙嗪及氯丙嗪或膈神经封闭术。

(9) 急性尿潴留：全身或脊椎麻醉后排尿反射受到暂时抑制、直肠癌等盆腔部位手术时骶丛神经损伤、术后切口疼痛而妨碍腹肌的收缩、以及因不习惯于平卧排尿等均可使膀胱膨胀过久，膀胱肌肉失去其收缩力，以致病人不能自行排尿。

处理：可依据不同的原因给以相应措施，如确系平卧不习惯排尿，可在不影响病情下让病人坐起或下床排尿，创口疼痛者应给以止痛治疗，一般用针刺、艾灸及穴位注射疗法均有效，下腹部热敷、局部按摩、氯化氨甲酰胆硷（卡巴可）0.25 毫克肌注等亦有效，试用上述方法仍无效者可行导尿。

(10) 切口处理：腹部手术切口无渗血、积血或感染征象者，不需特殊处理，一般于术后第 5~7 天拆除缝线，创口内之引流物，一般于术后 24~48 小时去除，某些病情需要者可适当延长。

2. 并发症的处理

(1) 肺炎或肺不张：它常是由于术后腹部切口疼痛，平卧体位，病人不敢咳嗽或年老体弱无力咳嗽而引起。因此，清除痰液是预防肺部并发症的主要关键，术后应鼓励病人咳嗽，或采用枇杷叶蒸气吸入和祛痰剂。

(2) 急性胃扩张：它是由于腹内手术时对内脏神经或迷走神经过度刺激而造成胃过度膨胀和胃壁肌肉张力减退，其表现为上腹部饱胀不适，频频出现溢出性呕吐，吐出大量黄绿色和咖啡样液体，有时伴有呃逆及休克征象。

治疗：立即插入胃管进行减压、排除积气、积液，同时纠正水及电解质紊乱。

(3) 切口感染：引起感染的原因是多方面的，它同手术前准备，手术过程本身及手术后处理中的各个环节密切相关。正确掌握无菌技术是预防的关键。其表现为术后2~3天起，病人觉切口剧烈疼痛、高热、白细胞增高，局部在早期有红、肿、热、痛等征象，脓肿形成时有波动感。

治疗：感染早期可用中草药或抗菌素，局部热敷或理疗。如脓肿形成需作切开引流，有条件者应将脓液送细菌培养及敏感试验。

(4) 切口裂开：它是腹部手术后一种较为严重的并发症。常见于下列情况：①组织愈合能力差，如营养不良患者及老年人；②手术基本操作不良，如腹腔缝合时撕裂、缝线选择不当、大块组织坏死或血肿形成；③腹内压增高，如严重的腹胀、咳嗽、及腹水形成；④切口感染等。其发生时间一般都在手术后一星期左右，病人常常诉述在一次用力后觉切口处松开及疼痛，随之有大量淡红色或淡黄色液体自切口处溢出，或有块物自切口处脱出。

治疗：见第3章“切口裂开缝合”。

(5) 腹腔脓肿：见第15章。

(6) 术后肠梗阻：腹部手术后粘连、内疝形成或腹腔脓肿等均可引起肠梗阻。

治疗：先用胃肠减压、中草药、针刺、理疗等疗法，如不好转，则根据病情施行适当的手术治疗。

第二章 麻醉的选择

腹部手术可采用的麻醉方法很多，如针刺麻醉、局部麻醉、椎管内麻醉、全身麻醉、综合麻醉等。麻醉的选择必须根据病人的精神状态和身体情况、手术的性质和范围、各种麻醉方法的优缺点等来决定。

针麻是我国革命医务人员遵循伟大领袖毛主席的教导，走中西医结合道路，继承和发扬祖国医学遗产而发展起来的一种新的麻醉方法。针麻简便易学，使用安全有效，没有药物麻醉的副作用，也不会发生药物过敏、过量或其他的意外，手术中对机体的生理扰乱少，又能充分发挥病人的主观能动作用，所以适应症较广。除了某些病灶复杂、粘连面广以及需要作广泛探查和病灶彻底清除的手术中还存在一定困难外，大多数腹部手术都能在针麻下进行，尤其是垂危的病例如化脓性胆管炎伴有中毒性休克选用针麻效果好且安全。目前，针麻还有一些不够完善的地方，例如镇痛不够完全、腹肌松弛不够和内脏牵拉反应等，将通过不断的实践逐步解决。

绝大多数的腹部手术都能在局部麻醉下进行。腹壁切口可用0.5~1%普鲁卡因溶液层层浸润，或用1~2%普鲁卡因溶液（也可用0.2%丁卡因溶液）作肋间神经阻滞以达到较圆满的麻醉。腹腔内的手术例如脾切除术、胃切除术等，往往还须作内脏神经阻滞，否则内脏牵拉反应使病人不能忍受。局部麻醉虽然操作较简单，又比较安全，但是要获得较完全的麻醉确比较困难，特别在有腹膜炎、广泛粘连或需较彻底的病灶清除手术时，更难达到要求。

椎管内麻醉能使腹部肌肉松弛良好，以致手术部位易于显露，便利手术进行，是腹部手术时最常用的麻醉方法之一。椎管内麻醉包括脊椎麻醉（简称腰麻）和硬脊膜外麻醉。脊椎麻醉一般应用于下腹部手术，上腹部手术时最好避免采用，因为万一麻醉平面太高，可产生恶心、呕吐、血压下降、心搏缓慢、甚至呼吸停止。脊椎麻醉时可根据手术时间的长短，选择不同的局部麻醉药（普鲁卡因作用时间最短，丁卡因其次，苏夫卡因最长），并利用病人体位的调节、局部麻醉药溶液的比重等因素来控制麻醉的平面，使手术安全进行。近年来，腹部手术，尤其是上腹部手术，采用硬膜外麻醉的很多。单次硬膜外麻醉因手术常受到时间上的限制，故目前国内几乎都采用连续硬膜外麻醉，后者不仅可根据手术时间的长短及时分次注射局部麻醉药以维持麻醉，而且可根据病人的身体情况分次少量地注入药液，所以比较安全。由于硬膜外麻醉所用的局部麻醉药量比脊椎麻醉大，在硬膜外麻醉时必须细心，万一穿破硬脊膜，大量药物进入脑脊液中，可导致死亡。总之，椎管内麻醉在腹部手术是应用得较多的，但遇到有休克、大量出血、脊柱畸形、背部穿刺区皮肤有感染等情况的病人，应改选用其他麻醉方法。

全身麻醉对于腹部手术来说，已很少采用了，大部分已由椎管内麻醉所替代。遇有椎管内麻醉失败或不能应用时，才用它。麻醉效果虽然也较满意，但是为了腹部肌肉松弛良好，常常需要较深的麻醉，以致对机体的生理有一定的扰乱，术后易致呼吸系统方面的并发症。

临床上有时采用综合麻醉，即在同一手术中先后或同时施用多种麻醉药、麻醉辅助药或不同的麻醉方法，使麻醉更为有效、更容易管理。当然，这种麻醉也适用于腹部手术。例如局部麻醉或椎管内麻醉与浅的全身麻醉同时应用，全身麻醉时加用肌肉松弛剂（箭毒制剂）

等，可以补偿单靠应用一种麻醉方法的不足，也可以避免大量的用一种药物来达到深麻醉。但综合麻醉的掌握比较烦琐复杂，故难以推广使用。

当麻醉方法选定后，还要根据不同的麻醉与病人的情况，在手术前给予适当的麻醉前用药。麻醉前用药的目的主要是产生镇静、减少呼吸道分泌、产生基础麻醉作用和改善对麻醉药的耐量等，使麻醉的进行更顺利。常用的麻醉前用药可分为三类：安眠药如苯巴比妥、异戊巴比妥等；抗胆碱药如阿托品和东莨菪碱；镇痛药如吗啡和度冷丁。在一般情况良好的病人中，在手术前二小时可给苯巴比妥 0.1 克口服，在手术前一小时再给阿托品 0.5 毫克或东莨菪碱 0.3 毫克作肌肉注射。采用局部麻醉进行手术的病人、或用其他麻醉但有剧痛的病人，在手术前一小时还可给予吗啡 10 毫克或度冷丁 50~100 毫克肌肉注射。椎管内麻醉和全身麻醉的病人术前最好不用吗啡。针麻病人一般在手术前 15~30 分钟肌肉注射度冷丁 50 毫克，有时也可以同时给予异丙嗪 25 毫克或东莨菪碱 0.3 毫克。年老体弱的病人或病情严重且伴有肝、肾功能不全的病人麻醉前用药的品种和剂量应酌减，甚或完全省略不用。总之，必须根据具体情况来用药，切忌千篇一律。

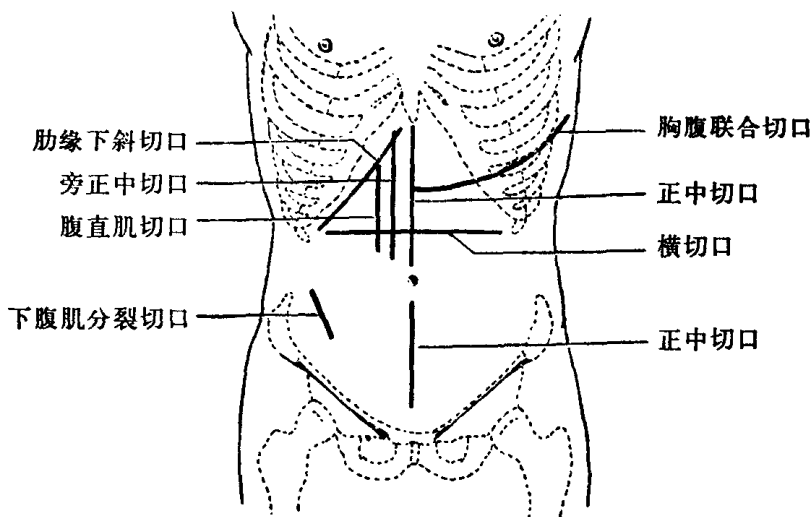
第三章 腹壁的切开和缝合

一、腹壁切口的选择和要求

在腹部进行手术，切口对于手术野的充分显露和手术的顺利进行有很大的关系。如果切口的大小或位置不适当，就不能很好显露病变部位，而必须用强力牵开切口的边缘，这样容易引起腹壁组织损伤，影响切口的愈合。

为了使手术能顺利地进行，伤口圆满地愈合，腹壁切口应该尽量符合下列要求：

1. 位置适当，容易达到所要处理的病变脏器。
2. 长短足够，使显露良好。
3. 有扩大的可能。
4. 腹壁组织（包括神经、血管）受到最小的损伤。
5. 容易缝合。
6. 缝合牢固，缝线受到的张力不大。

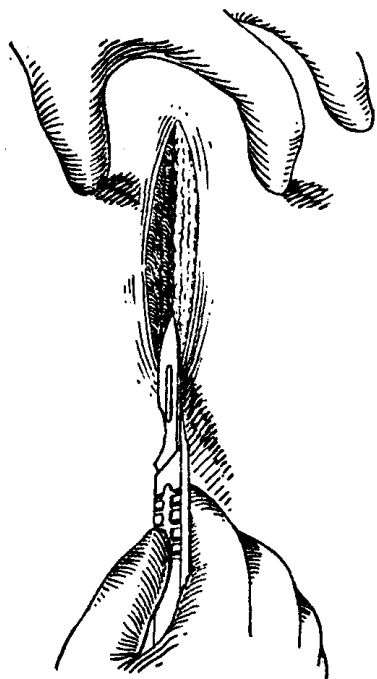


常用腹壁切口示意图

图中所介绍的七种切口是通常惯用的，也是最简单的切口，这些切口可以满足绝大多数腹部手术的要求。

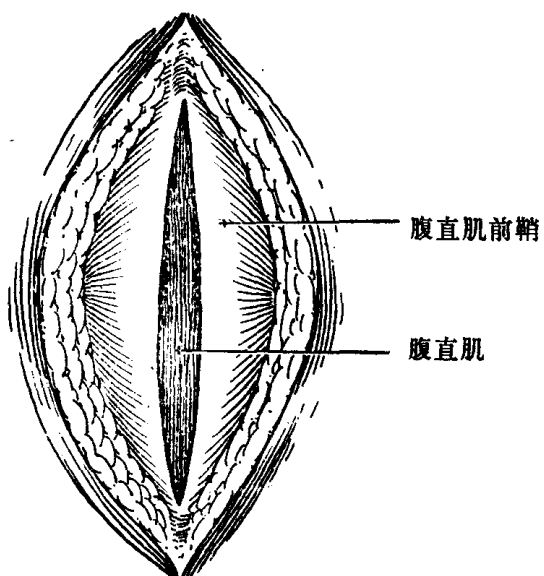
二、常用切口的介绍

(一) 腹直肌切口

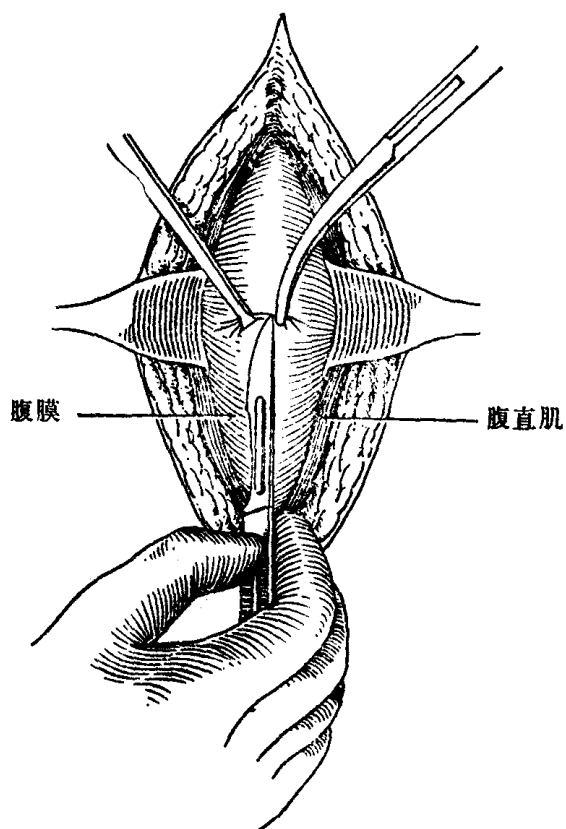
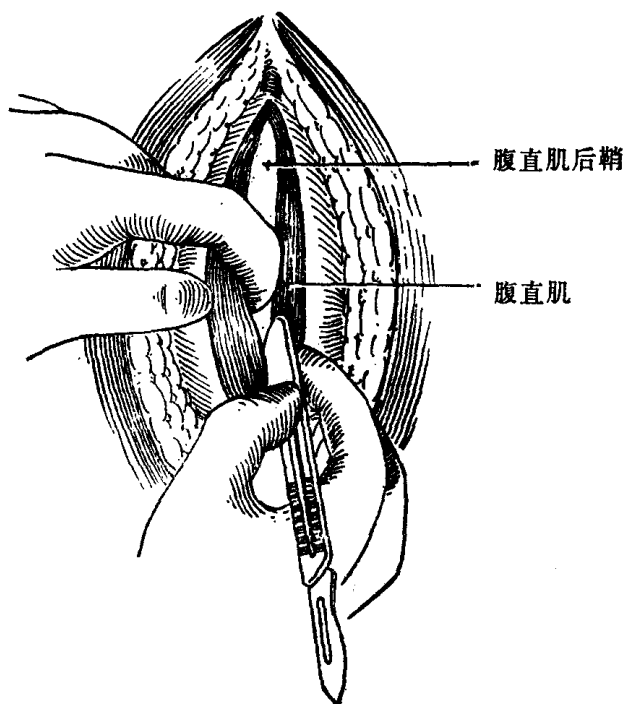


1 左手在切口之上固定皮肤，右手持刀，使刀刃与皮肤表面垂直，在离中线约2厘米处，作纵行皮肤切口。一次切开皮肤与皮下组织，结扎出血点。切口两边的皮肤用手术巾覆盖，并用巾钳或缝线将其固定于切口边缘。

2 切开腹直肌前鞘。

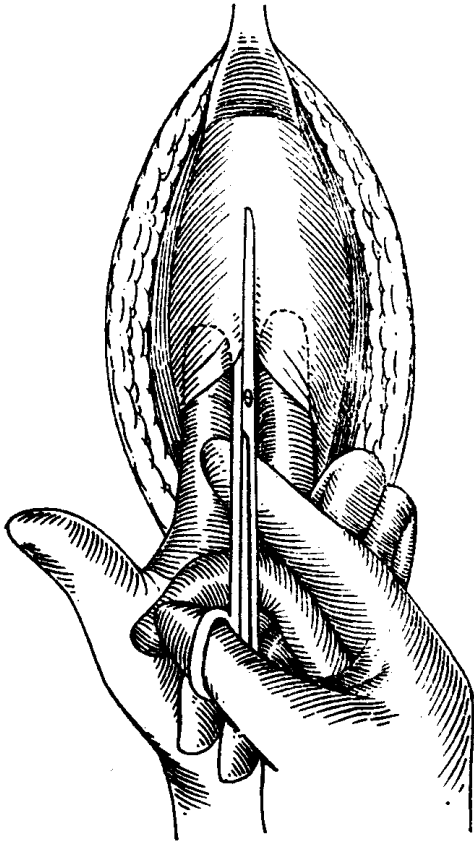


3 用刀柄沿腹直肌纹劈开肌束。结扎肌束裂面的出血点。如在切口处发现腹壁深动脉，宜将其牵开，避免切断结扎。



4 向两侧牵开腹直肌。左手持有齿镊子，夹住腹直肌后鞘及腹膜，第一助手用弯血管钳在离镊子约1厘米处的对面同样夹住上述二层。为了避免夹住腹腔内脏器而于切开腹膜时将其割破，手术者与第一助手可先后放松再重新夹住钳或镊子一次。然后用刀在镊子与弯血管钳之间切一小口。





5 插入二手指，稍微抬起腹膜，用剪刀向上剪开，扩大腹膜切口。

6 二手指转向下，抬起腹膜，用刀向下切开。将牵开器放入腹腔，显露内脏。放牵开器时必须小心，不可有任何内脏被夹在牵开器与腹壁之间。

