

腹部外科手术学

人 民 卫 生 出 版 社

腹部外科手术学

人 民 卫 生 出 版 社

一九七一年·北京

重 印 说 明

本书是无产阶级文化大革命以前出版，此次重印，因条件所限，仅对个别地方作了小的改动，请广大工农兵读者和革命医务人员加以批判使用，并对书中存在的问题提出批评指正。

本书是原定分册出版的《外科手术学》第二册，由于各册并未出齐，这次重印，就以《腹部外科手术学》作为书名。全书分八章，插图 274 幅，介绍胃、肠、肛管、肝、胆囊、胰、脾等的各种手术的指征、禁忌证、术前准备、麻醉、体位、操作步骤、术后处理、术后并发症等内容，分别由上海第一医学院、上海第二医学院、山东医学院、第二军医大学、武汉医学院、湖南医学院等单位的有关人员编写。

腹部外科手术学

开本：787×1092/16 印张：28 字数：511千字

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)

• 北京崇文区禄子胡同十五号 •

人 民 卫 生 出 版 社 印 刷 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：14048·3191

1966年6月第1版—第1次印刷

定 价：1.70元

1971年11月第1版—第3次印刷

印数：108,271—158,270

救死扶傷
革命的人道主義
白求恩

毛主席语录

备战、备荒、为人民。

为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

在生产斗争和科学实验范围内，人类总是不断发展的，自然界也总是不断发展的，永远不会停止在一个水平上。因此，人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。

大家明白，不论做什么事，不懂得那件事的情形，它的性质，它和它以外的事情的关联，就不知道那件事的规律，就不知道如何去做，就不能做好那件事。

目 录

第一章 疝的手术	1
第一节 腹股沟疝的手术	1
哈氏腹股沟疝修补法和修改哈氏法	2
耻骨上韧带修补法	7
腹壁后(腹膜前)腹股沟疝(或股疝)修 补法(Cheattle-Henry 氏法)	8
小儿腹股沟疝的手术	9
女性腹股沟疝的手术	10
滑疝的手术	10
绞窄性疝的手术	13
复发性腹股沟疝的手术	15
第二节 股疝的手术	19
1. 经股部手术	20
2. 经腹股沟部手术	20
3. 腹壁后(腹膜前)股疝修补法	21
第三节 脐疝、腹壁瘢痕疝的手 术	22
脐疝的手术	22
腹壁瘢痕疝的手术	25
第二章 剖腹和剖腹探查术	28
第一节 剖腹手术前的一般准备	28
第二节 腹部切口及其选择	30
第三节 腹部损伤的剖腹探查术	43
第四节 弥漫性腹膜炎的剖腹探 查术	50
第五节 腹腔脓肿的手术	51
膈下脓肿引流术	51
前侧浆膜外径路	52
后侧浆膜外径路	53
盆腔脓肿引流术(经直肠引流)	55
肠间脓肿引流术(经腹腔引流)	56
第六节 肠梗阻的手术	56
肠梗阻的剖腹探查术	57
无菌肠减压术	58
肠粘连分离术	60
小肠扭转的手术	61
结肠扭转的手术	62
肠套迭的手术	63
肠粘连的预防手术——肠折叠术	65
第七节 腹部切口裂开缝合术	67
第三章 胃、十二指肠手术	69
胃、十二指肠解剖和生理概要	69
第一节 胃切开术和胃造口术	74
胃切开术	74
胃造口术	75
1. Stamm 氏胃造口术	76
2. Witzel 氏胃造口术	78
3. Janeway 氏胃造口术	78
4. Spivak 氏胃造口术	81
5. Jianu 氏胃造口术	81
6. 空肠胃造口术	81
第二节 胃、十二指肠溃疡穿孔 修补术	84
第三节 幽门肌切开术	85
第四节 胃空肠吻合术	87
1. 结肠后胃空肠吻合术	88
2. 结肠前胃空肠吻合术	90
第五节 胃大部切除术(胃次全 切除术)	90
1. 为一般的胃溃疡作胃大部切 除术	92
2. 为十二指肠溃疡作胃大部切 除术	100

3. 为幽门部癌作胃大部切除术·····103	2. 经胸腔胃全切除术·····121
第六节 迷走神经切断加胃半切 除术·····109	3. 经胸腹联合切口胃全切除术·····123
第七节 边缘性溃疡的手术·····114	第九节 巨十二指肠症和十二指 肠憩室的手术·····125
第八节 胃全切除术·····115	巨十二指肠症的手术·····125
1. 经腹胃全切除术·····116	十二指肠憩室切除术·····128
第四章 小肠、大肠和阑尾手术·····130	
小肠、大肠解剖和生理概要·····130	2. 单腔小肠造口术·····158
第一节 肠吻合术·····131	3. 双腔小肠造口术·····158
开放式对端吻合术·····132	第四节 大肠造口术·····159
关闭式对端吻合术·····134	盲肠造口术·····159
开放式对侧吻合术·····137	结肠造口术·····161
不切断肠的对侧吻合术·····139	1. 双腔人工肛门·····162
开放式端侧吻合术·····139	2. 单腔人工肛门·····162
Y式吻合术·····141	第五节 粪瘘闭合术·····165
第二节 肠切除术·····142	1. 小肠外瘘闭合术·····165
小肠部分切除术·····142	2. 结肠外瘘闭合术·····168
右半结肠切除术·····145	第六节 阑尾手术·····170
左半结肠切除术·····148	1. 各种切口及其选择·····171
一期切除对端吻合术·····148	2. 阑尾切除术·····171
阻塞性结肠外置切除术·····150	3. 阑尾脓肿引流术·····175
大肠全部切除术·····152	第七节 肠系膜肿瘤的手术·····176
1. 一期切除术·····152	1. 摘除术·····177
2. 分期切除术·····154	2. 囊肿与部分肠管一并切除术·····178
第三节 小肠造口术·····156	3. 囊肿袋形外引流术·····178
1. 橡皮导管小肠造口术·····157	
第五章 直肠、肛管手术·····180	
直肠肛管解剖概要·····180	一期经腹会阴肛门成形术·····190
第一节 直肠镜检查 and 乙状结肠 镜检查·····182	分期经腹会阴肛门成形术·····192
直肠镜检查·····182	高位阴道瘘管的修补手术·····193
乙状结肠镜检查·····184	第三节 直肠息肉的手术·····194
第二节 肛管直肠先天性畸形的 手术·····187	息肉电烙术·····194
肛管或直肠先天性狭窄扩张术·····187	经肛门息肉切除术·····195
肛管或直肠先天性狭窄的整形手术·····188	经后方直肠切开术·····196
膜状肛门闭锁切开术·····188	经前方直肠切开术·····198
经会阴肛门成形术·····188	直肠切除术·····198
	第四节 直肠脱垂的手术·····198
	直肠脱垂硬化剂注射疗法·····199

直肠脱垂粘膜环切术·····	200	1. 肛门周围皮下或皮肤脓肿引 流术·····	228
直肠周围组织酒精注射疗法·····	200	2. 直肠粘膜下脓肿引流术·····	228
肛门环缩术 (Thiersch 氏手术) ·····	201	3. 坐骨直肠窝脓肿引流术·····	228
直肠固定术 (Pemberton 氏法) ·····	202	4. 骨盆直肠间隙脓肿引流术·····	228
直肠脱垂经会阴切除术 (Mikulicz 氏 手术)·····	203	5. 直肠后脓肿引流术·····	229
直肠前壁折迭术·····	205	肛瘻的手术·····	230
第五节 肛门失禁的手术·····	206	肛瘻切除术·····	231
肛括约肌修补术·····	207	1. 单纯肛瘻切除术·····	231
肛门环缩术 (Thiersch 氏手术) ·····	208	2. 复杂肛瘻切除术·····	232
肛括约肌成形术 (Pickrell 氏法) ·····	208	肛瘻切开术·····	235
第六节 痔的手术·····	211	第九节 直肠切除术·····	235
外痔血栓切除术·····	211	有关直肠切除的应用解剖学概要·····	235
外痔切除术·····	212	直肠肛管经腹会阴联合切除术·····	240
内痔注射法·····	212	1. 腹部手术部分·····	242
内痔切除术·····	215	2. 会阴部手术部分·····	249
混合痔切除术·····	220	盆腔后部内脏整块切除术·····	259
内痔环切术 (Whitehead 氏手术)·····	221	保留排便控制机能的直肠切除术·····	262
Sarasola-Klose 氏手术 (改良的 White- head 氏手术)·····	223	直肠经腹腔切除、腹膜外吻合术 (Dixon 氏手术)·····	263
第七节 肛裂的手术·····	225	直肠经腹腔肛管拉出切除术 (保留 肛管和肛提肌, 改良 Bacon 氏手 术)·····	268
肛裂切除术·····	225	第十节 直肠良性狭窄的手术·····	273
Boyd 氏肛外括约肌切断术·····	226	直肠内环状狭窄后方切开术·····	273
第八节 肛管直肠周围脓肿和肛 瘻的手术·····	227	适应于直肠良性狭窄的其他手术·····	274
肛管直肠周围脓肿的手术·····	227		
第六章 肝脏手术·····	275		
肝脏解剖概要·····	275	第三节 肝棘球蚴病的手术·····	292
第一节 肝损伤的手术·····	283	1. 内囊摘除术·····	293
第二节 肝脓肿的手术·····	287	2. 袋形缝合术·····	294
穿刺抽脓术·····	287	3. 肝切除术·····	294
闭合引流术·····	288	第四节 肝切除术·····	295
切开引流术·····	288	1. 左外叶切除术·····	300
经腹膜外切开引流术·····	288	2. 左半肝切除术·····	302
经腹腔一期切开引流术·····	289	3. 右半肝切除术·····	302
经腹腔二期切开引流术·····	290	4. 右三叶切除术·····	306
经胸膜下切开引流术·····	291	5. 中肝叶切除术·····	308
经胸腔切开引流术·····	292	6. 右后叶切除术·····	310
肝切除术·····	292		

第五节 肝肠吻合术(肝内胆管 空肠吻合术)	312	经腹腔胃底浆肌层环切血管缝扎术···	319
第六节 门静脉高压症的手术治 疗	315	降低门静脉压力的手术	320
有关门静脉高压症的解剖概要	315	分流手术	321
有关门静脉高压症的病理生理概要	316	1. 脾肾静脉分流术	322
急性大出血的紧急手术	317	2. 门腔静脉分流术	326
经胸腔切开食管下段和胃底行曲张 静脉缝扎术	318	3. 下腔静脉肠系膜上静脉分流术···	328
经腹腔切开胃底行曲张静脉缝扎术···	319	大网膜腹膜后固定术	331
第七章 胆囊、胆管手术	333	顽固性腹水的手术治疗	331
胆囊和胆管解剖概要	333	腹壁扣安装术	331
胆囊和胆管生理概要	338	肝总动脉和脾动脉结扎术	332
第一节 胆囊切除术	339	第六节 Oddi 氏括约肌切断术·····	375
第二节 胆囊造口术	352	1. Oddi 氏括约肌单纯切断术·····	376
第三节 胆囊胃肠道吻合术	356	2. Oddi 氏括约肌成形术	378
1. 胆囊胃吻合术	357	第七节 胆管缺损修补术	380
2. 胆囊十二指肠吻合术	358	1. 胆管修补术	382
3. 胆囊空肠吻合术	359	2. 胆管对端吻合术	384
第四节 胆总管造口术	361	3. Dragstedt 氏手术	386
1. 胆囊存在时施行胆总管造口 术	363	4. 左、右肝管合并与胆总管或十 二指肠吻合术	386
2. 胆囊切除后施行胆总管造口 术	366	5. 胆管十二指肠吻合术	388
第五节 胆总管十二指肠吻合术···	368	6. 肝外胆管空肠吻合术	388
1. 对侧吻合法	370	7. Longmire 氏肝内胆管空肠吻 合术	389
2. 端侧吻合法	372	第八节 胆瘘手术	390
第八章 胰、脾手术	393	胆内瘘的手术	390
胰、脾解剖概要	393	胆外瘘的手术	390
第一节 急性胰腺炎的手术	396	胰腺囊肿内引流术	408
第二节 慢性胰腺炎的手术	398	胰腺囊肿空肠吻合术	408
胰管切开取石术	399	胰腺囊肿胃吻合术	411
胰尾空肠吻合术	400	第四节 胰腺肿瘤的手术	412
交感神经切除术	402	胰头部癌根治术(Whipple 氏手术)·····	412
胰头部神经丛切断术	402	1. 一期胰十二指肠切除术	418
胰管结扎术	403	2. 二期胰十二指肠切除术	423
第三节 胰腺囊肿的手术	404	胰体、尾部切除术(胰部分切除术)·····	425
胰腺囊肿切除术(囊肿摘出术)·····	405	胰岛细胞瘤摘出术	427
胰腺囊肿外引流术(造袋术)·····	406	第五节 脾切除术	429

第一章

疝的手术

第一节 腹股沟疝的手术

腹股沟管的解剖概要 腹股沟管系一潜在性孔道，约4~5厘米长，呈斜形自腹股沟管内口开始，由外上方至内下方止于腹股沟管外口，并与腹外斜肌相平行。腹股沟管内口系腹横筋膜上的一个卵圆形孔，处于腹股沟韧带中点上约1~1.5厘米；外口则系腹外斜肌筋膜在耻骨棘上外方，为内、外脚附着处间的一个三角形缺陷，精索或子宫圆韧带即通过这一缺陷而离开腹股沟管。腹股沟管的前壁为皮肤、皮下脂肪、腹外斜肌筋膜；上壁为腹内斜肌和腹横肌；下壁为腹股沟韧带和陷凹韧带；后壁为腹横筋膜、联合肌腱、三角韧带和腹膜。在腹股沟管内有精索（女性为子宫圆韧带）、髂腹股沟神经的腹股沟支、股生殖神经的生殖支、鞘状突（在正常人已闭锁为索条状）、精索内筋膜（起自腹横筋膜）和睾提肌（起自腹内斜肌）。睾丸和精索出腹股沟管外口后有三层覆盖组织：即精索内筋膜、睾提肌及其筋膜和精索外筋膜（起自腹外斜肌）。鞘状突如不闭锁则位于精索之前和内侧。

在构成腹股沟管的各肌肉中，腹内斜肌自腹股沟韧带开始形成腹股沟管上壁，然后与腹横肌联合成为联合肌腱止于耻骨结节。换言之，腹内斜肌起自腹股沟管的外上方，然后绕延至其内后方。因此腹内斜肌收缩时对腹股沟管能起一种闭合作用，可以防止疝的发生。

在女性中腹股沟管仅有子宫圆韧带通过，因此较男性狭小。子宫圆韧带与男性之精索行进方向相同。该韧带在离腹股沟管内口后，先绕过腹壁深动、静脉，出腹股沟管外口，再散开止于耻骨结节和大阴唇部。

海（Hesselbach）氏三角：海氏三角的界限下侧为腹股沟韧带的内侧部，内侧为腹直肌的外缘，外侧为腹壁深动、静脉。在此三角内有腹内斜肌的内侧部、联合肌腱、腹横筋膜和腹膜。

指征 腹股沟疝病人除具有禁忌证者外，均以手术为理想的治疗方法。

禁忌证 单纯性腹股沟疝在无箝闭或绞窄情况时，如有下列情况同时存在，应视为手术的禁忌证：

1. 其他系统有严重疾病以致手术可能有危险者。
2. 有其他原发原因存在（如腹水、气腹等）而腹股沟疝为其继发者。
3. 伴有某些慢性疾病时（如慢性支气管炎、前列腺肥大、顽固性便秘等）。

4. 手术部位有皮肤病或感染者。

术前准备 腹股沟疝手术之术前准备与一般选择性手术相同。

未至手术室前嘱患者排尿,使膀胱排空,以减少术时损伤膀胱的机会。

对巨大的疝,估计手术时不易将内容物完全纳回者,在术前可作气腹扩大腹腔的尝试。一般可作4~6次,每次相隔2~5天,每次注射量为使患者稍感不适为限。

麻醉 手术可在局部麻醉、脊髓麻醉或全身麻醉下进行。局部麻醉能完全合乎要求,影响病人的代谢很少,而且较其他方法安全,并发症也很少,所以除婴幼儿外,应该广泛采用。

局部麻醉: 在麻醉前2小时应服鲁米那0.1,术前1小时注射吗啡,作为麻醉前准备。

关于局部麻醉阻滞神经的部位可参阅图1-1,注意髂腹下神经、髂腹股沟神经和股生殖神经的地位。

局部麻醉可用0.5%普鲁卡因(奴佛卡因),用前应先作敏感试验。Вишневский主张用较稀释的溶液(0.125~0.25%)并作匍行注射法,其优点为使药物吸收较慢,减少中毒反应,组织解剖清楚,止血便利。

为了延长麻醉作用时间,在麻醉剂中可加少量1:1,000肾上腺素(一般在30毫升内加入3滴)。但加用肾上腺素后,应该更加仔细止血,以减少术后发生出血情况。

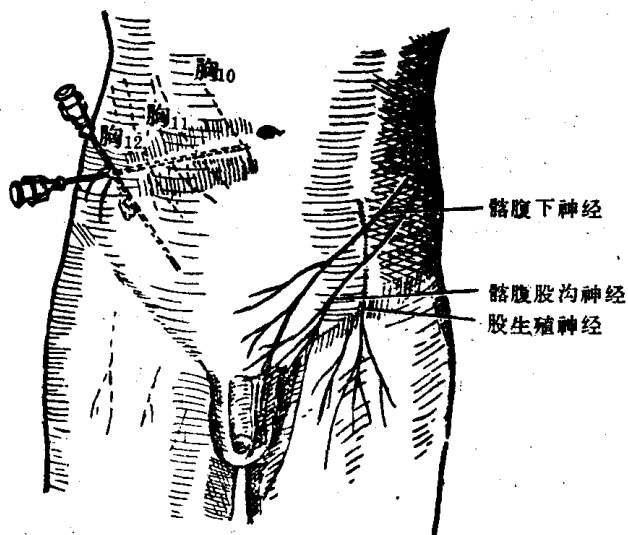


图1-1 腹股沟疝手术局部麻醉图

局部麻醉施行步骤如下(图1-1):在髂前上棘之上外方作一皮内泡,经此泡用长针头对脐孔方向先作皮下浸润以阻滞髂腹股沟神经,髂腹下神经以及第10~12胸神经的侧皮支;然后在原处利用同一针头作腹外斜肌筋膜下浸润;最后,换置短针头作髂腹股沟神经和髂腹下神经封闭,必要时可再在切口部作皮下浸润,并在耻骨结节部对股生殖神经的生殖支作封闭麻醉。

哈氏腹股沟疝修补法和修改哈氏法

哈(Halsted)氏腹股沟疝修补法的特点有二,即高位疝囊结扎和将精索移置至皮下层内。此法应用广泛,可用于修补腹股沟斜疝亦可用于直疝,更适用于复发性疝。此法之优

点在于利用所有腹壁各层肌肉以加强腹股沟管的后壁，且腹外斜肌筋膜与腹股沟韧带之愈合远较肌肉与韧带的愈合为良好。缺点为术后腹股沟管成一极短的直形孔道，使新的腹股沟外口与内口位在同一水平上，有利于腹腔内容在冲击时突出。此外因须将精索移置至皮下层内，不很适用于儿童或精索较短的患者。

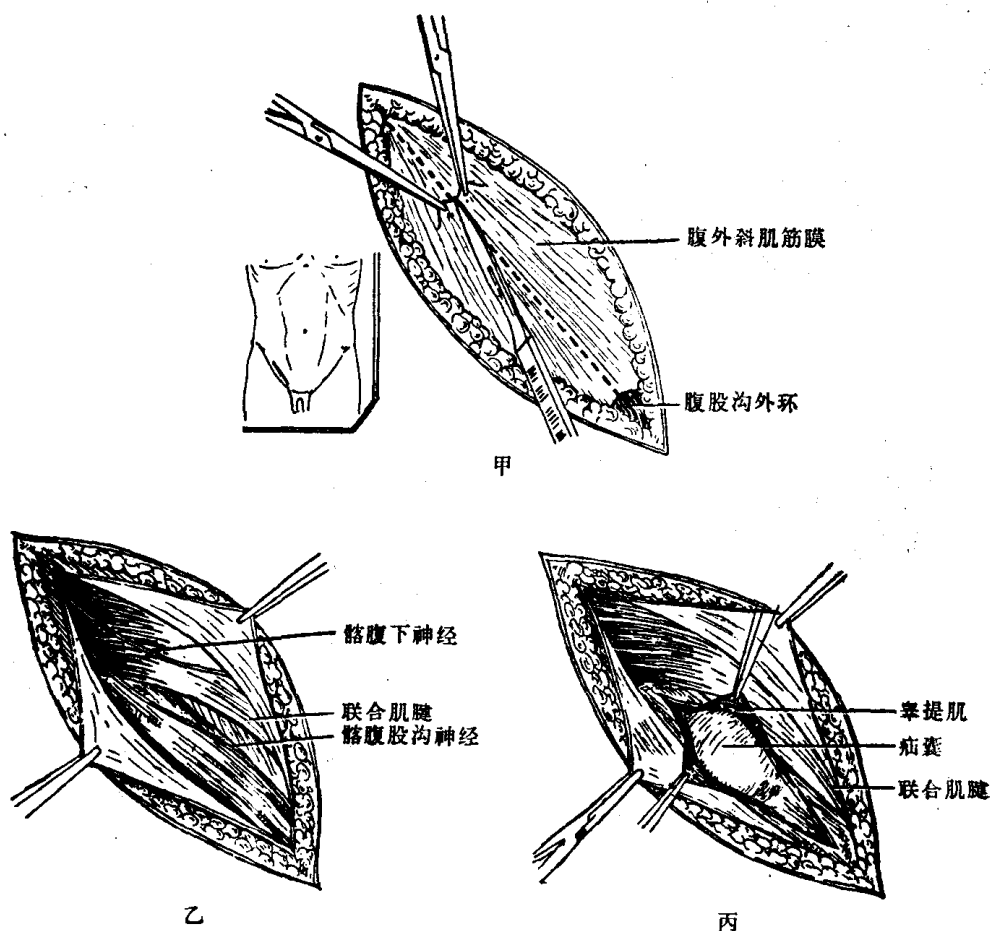
操作步骤 腹股沟疝手术时要求显露整个腹股沟管，即自腹股沟管内口至其外口。一般常用者为斜切口，自腹股沟韧带中点上约2厘米处，与腹股沟韧带平行至耻骨棘。切口约需6~8厘米长，过短可能影响腹股沟管的显露，但过长并无必要(图1-2甲)。

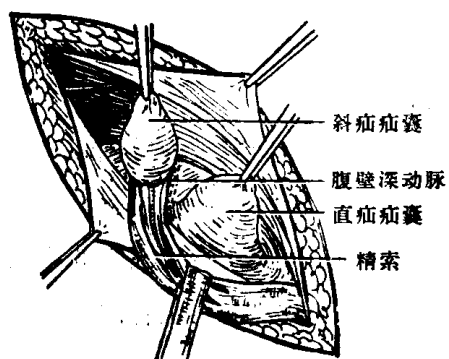
切开腹壁浅筋膜，在切口下端脂肪层中，可见浅腹上和浅生殖外血管的分支垂直经过切口线，可先分别予以钳住切断。

继续加深切口，直至可见到发亮的腹外斜肌筋膜，应先在近切口外端处切至筋膜，以免在内端切开时损伤突出于腹股沟管外口的疝囊及其内容。

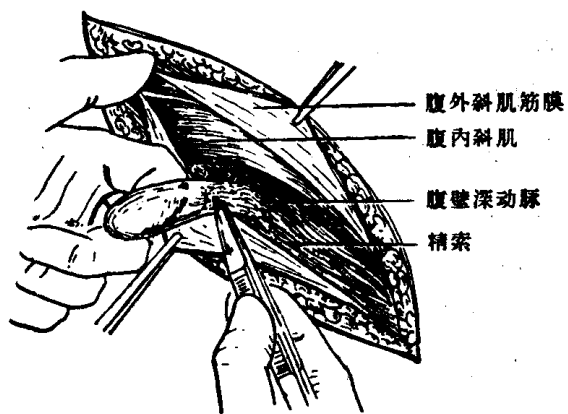
将腹外斜肌筋膜面上所有纤维脂肪组织都加以清除，两侧向皮下作约2~3厘米潜行。

将切口内端稍用拉钩拉开时，可见到腹股沟管外口和精索外筋膜，将所有皮下层出血

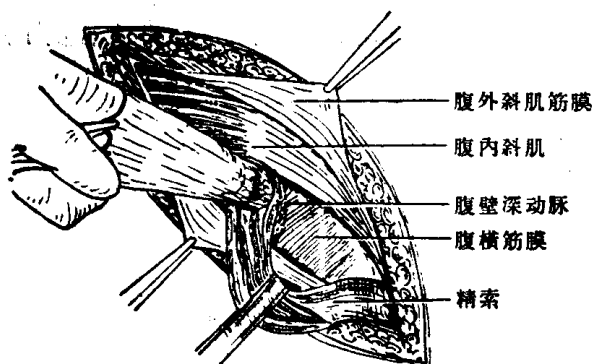




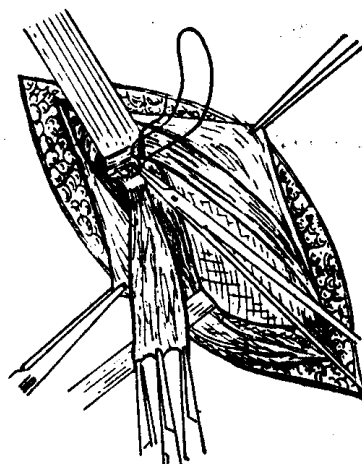
丁



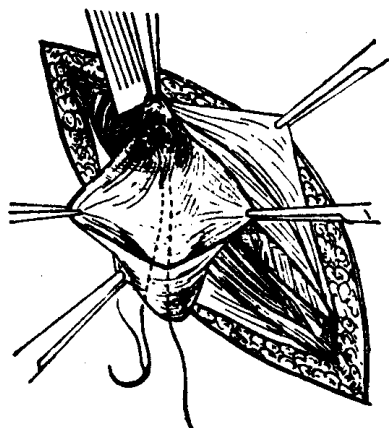
戊



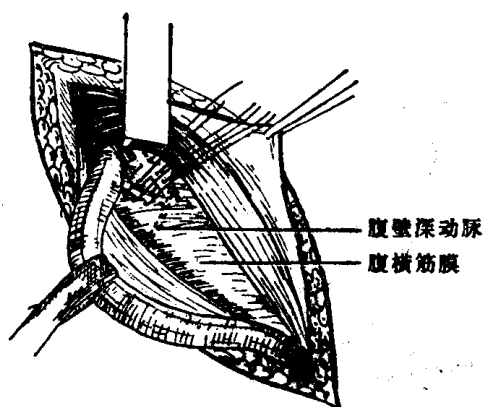
己



庚



辛



壬

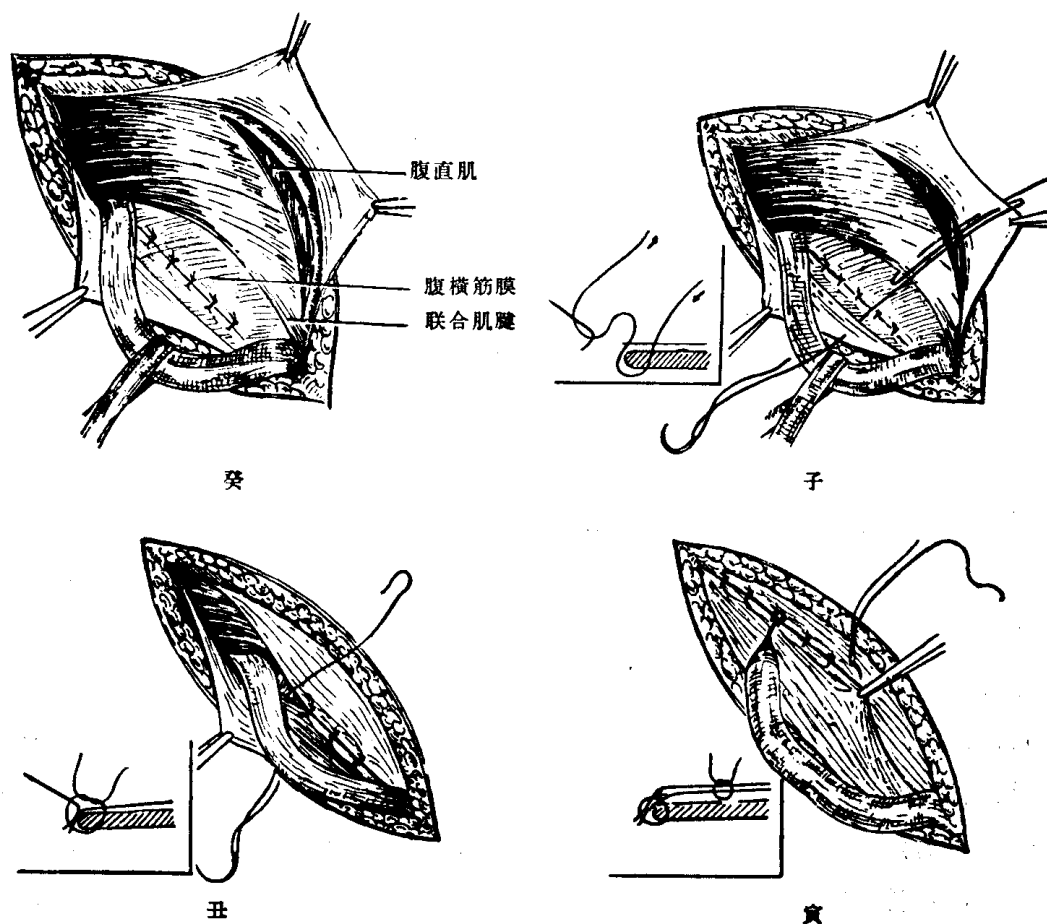


图 1-2 腹股沟疝手术步骤

甲、切开腹外斜肌筋膜（左下角附图示腹股沟疝手术切口部位）；乙、腹外斜肌筋膜切开后（显露髂腹下及髂腹股沟神经）；丙、切开睾提肌和筋膜显露疝囊；丁、腹股沟斜疝和直疝同时存在时疝囊的处理；戊、分离疝囊；己、疝囊分离至内口以上；庚、疝囊高位贯穿结扎；辛、疝颈部荷包法缝合；壬、修补腹股沟内口；癸、修补腹横筋膜，腹直肌前鞘作弧形松弛切口；子、修改哈氏法修补开始，将腹外斜肌及联合肌腱作一层缝合于腹股沟韧带；丑、缝线结扎后，注意接触面为腹外斜肌及腹股沟韧带之筋膜面；寅、腹外斜肌筋膜重迭缝合。

点加以仔细结扎止血。

在切口外端腹外斜肌筋膜面相当于腹股沟管内口处作一小切口，仅将腹外斜肌筋膜切开，经过此小切口，用剪刀、血管钳或有沟探针在筋膜下潜行至外口处穿出，在提起腹外斜肌筋膜后，顺筋膜纤维切开腹外斜肌筋膜，其目的在于避免损伤可能紧贴于筋膜下的髂腹下和髂腹股沟神经或疝囊（图 1-2 甲）。

用血管钳将外下侧之筋膜片提起，并在筋膜下面分离至腹股沟韧带边缘；同样将筋膜内上侧片分离，以显露腹内斜肌，腹横肌弯曲形成腹股沟管之上缘，和向下构成之联合肌腱。

在手术野中现在可以见到髂腹股沟神经离腹内斜肌在睾提肌筋膜面上通向阴囊，有

时亦可见到髂腹下神经的一部分(图 1-2 乙)。

在腹内斜肌下,切开睾提肌和筋膜,注意勿损伤髂腹股沟神经。将切开的睾提肌和筋膜向二侧分开后,可见在精索内筋膜下的疝囊(图 1-2 丙)。疝囊一般作白膜状,与周围组织容易辨识(除非有粘连情况)。将精索内筋膜切开后,疝囊更为清楚。斜疝的疝囊一般位于精索之前、内侧,直疝的疝囊则可位于精索之后内侧。为了辨别证实疝囊所在部位,如在局部麻醉或脊髓麻醉下,可嘱病人咳嗽,此时可见疝内容物自内口处突出至疝囊部。如遇有腹股沟直疝与斜疝同时存在时,一般直疝疝囊不须切开,仅须在将斜疝疝囊牵拉下用钝性分离,将直疝疝囊拉至腹壁深血管之外侧与斜疝囊一并拉出(图 1-2 丁)。如同时有股疝亦可同样处理,将股疝疝囊与腹股沟斜疝疝囊一并拉出,高位结扎。将疝囊顶部稍加分离,以血管钳钳起疝囊,在二血管钳间切开疝囊(如为完全性疝,则可在腹内斜肌下切开),如囊内存有内容物时,应先纳回腹腔内。如遇有大网膜紧密粘连于疝囊部不易分离时,可将部分网膜切除。置一食指经内口处入腹腔,以探测腹壁深动脉与疝囊的关系,从而确定其为直疝或斜疝。应该注意斜疝可与直疝同时存在;同时从腹腔内检查股环处有无股疝。腹股沟管后壁部腹横筋膜的强弱程度,亦应于此时加以估计。用左手食指置疝囊内,用镊子逐步将周围组织包括精索,自疝囊面剥离,注意勿损伤精索静脉(图 1-2 戊)。输精管与疝囊有时粘连紧密,须用力分开。疝囊分离可一直进行至内口部。近内口处可用拉钩将腹内斜肌边缘向上牵拉,增加显露,但应注意勿剥破疝囊,因在此处疝口一般较薄。置食指于疝囊内作指引,可将疝囊分离至内环上约 1 厘米。如能在疝颈面见到腹膜前脂肪则可知已分离至内口之上(图 1-2 己)。至于疝颈部的处理,如疝颈很狭小,用丝线贯穿结扎即可(图 1-2 庚)。如疝颈部较大,则可在内侧面作荷包法缝合(图 1-2 辛)。遇有很大疝颈时,可切除疝囊后用丝线连续缝合。无论选用何种方法,应注意勿在缝合或结扎时将疝内容物缝合在内。为了避免这一错误,可在缝合时看清疝内口部有无内容物突出,或将疝囊绞扭后再作缝合,同时在缝合后再次检查缝口内是否有内容物缝住。特别注意结扎口是否在内口之上,且不遗留部分疝囊,以减少复发机会。疝囊多余部分在离结扎线约 0.5 厘米处切除,不再作结扎线的固定缝合,因为经处理后疝囊残端一般即向上缩至腹内斜肌之后方。

在腹股沟直疝时,切开睾提肌和筋膜后,可能无确定疝囊可见,而仅在海氏三角区有腹横筋膜弥漫性隆起。疝囊切开后可发现内环界限不明显,疝突出部则在腹壁深动脉的内侧。在剥离直疝疝囊时,特别在内侧,因膀胱地位较近应防止损伤。疝囊切除后将腹膜连续或间断缝合。对于腹股沟直疝,并不强调切除或切开疝囊,这一点与腹股沟斜疝的要求不同。

在完全性或先天性疝中,远端之疝囊一般也并不需要剥离切除。

疝囊切除后,即将精索(包括输精管血管和股生殖神经)自腹股沟管内口至耻骨部分离,用纱布条拉开;在内口下端精索出口处,以丝线作间断或8字形缝合腹横筋膜以修补内口(图1-2 壬)。自内口处向下,腹横筋膜可用丝线间断缝合,以加强腹股沟后壁(图1-2 癸)。为了使以后修补处不产生张力,可在腹外斜肌筋膜后弧形切开腹直肌前鞘,将其前鞘边缘缝合于腹直肌上(图1-2 癸)。原先切开之睾提肌和筋膜可在精索后用丝线间断缝合。

修补时一般可用修改哈氏法,在精索后将腹内斜肌、腹横肌和联合肌腱一并缝于腹股沟韧带内侧游离缘。将精索牵开后,可先自腹股沟管的最下端开始,缝针自腹外斜肌筋膜包括联合肌腱由浅向深穿入,然后在腹外斜肌筋膜边缘针头向上而出,再缝腹股沟韧带,针由深向浅而出,近最下端一针可将耻骨面骨膜缝合在内(图1-2 子)。这样自下向上在精索后可同样缝合3~4针。最上一针之缝线在结扎时应注意不导致精索绞窄(图1-2 丑)。在缝腹股沟韧带时,针头应自深而浅,保持浅表性穿入(应在筋膜下隐约看到针影),因为唯有这样才能避免损伤在腹股沟韧带下的股动、静脉。腹股沟韧带出针应挑选在不同水平处,以免结扎时撕裂韧带。然后将腹外斜肌筋膜之外叶在内叶面上重迭缝合。外叶并在相当于精索由内环出口处作一切口使精索向筋膜上转移,注意缝合结扎时,精索出口处除精索外,尚可容纳一食指尖(图1-2 寅)。在缝合时切勿将神经缝合在内。所有缝线可俟全部缝好后一并自上向下或自下向上逐一结扎。在结扎每一缝线时,可先由助手将其近端缝线拉紧以减少张力。此种缝法在结扎后可使腹外斜肌筋膜内叶表面与腹股沟韧带愈合,并且将联合肌腱移向腹股沟韧带和耻骨上韧带之间,加强腹股沟管之后壁。缝合完毕后,去除牵引精索之纱条,将精索置于筋膜面上。如在缝合过程中曾将睾丸拉出,应将睾丸回置至原来位置。

间断缝合皮下深筋膜层和皮肤。

耻骨上韧带修补法 (Lotheissen-McVay 氏法)

McVay 和 Anson 在尸体解剖中证明联合肌腱的下端系附着于耻骨上韧带,而不是附着于腹股沟韧带,且腹股沟韧带并非理想之修补固定对象,故主张采用耻骨上韧带作哈氏修补法。近年来除了哈(Halsted)氏和巴(Bassini)氏等以腹股沟韧带为主的修补法外,耻骨上韧带修补法作为巴氏法的一种修改法,亦常被采用。此法缺点在于耻骨上韧带位置较深,因此显露较腹股沟韧带困难,缝合时有损伤股动、静脉的危险。在个别患者中,因该韧带较薄且短,缝合时经不住张力。一般而论,此法多被采用于修补较大的腹股沟斜疝、直疝和复发性疝。

操作步骤 疝囊显露切开、海氏三角区探查和疝囊处理等步骤均与上法相同,不再重

复。

疝囊处理后,内口部腹横筋膜可用丝线在精索出口周围间断缝合,使内口缩小至仅能容纳小指尖,这样可减少因内口周围筋膜薄弱而引起复发之可能性。

为了减少张力,可先在腹直肌前鞘内层作松弛切口。作法可在提起腹外斜肌筋膜后在腹内斜肌筋膜面接近腹白线处作此切口,注意勿损伤进入腹直肌之神经,也勿将腹直肌外侧之前鞘切开。切开之腹直肌前鞘内层可与腹直肌作数处间断缝合加以固定。这样当腹内斜肌和腹横筋膜缝向耻骨上韧带时即可减少张力。

耻骨上韧带的缝合:先在髂耻束的前上方处,从耻骨棘向外至腹壁深血管,将腹横筋膜切开以显露耻骨上韧带。手术者可用左手食指沿耻骨上韧带面向外侧移动直至触及股静脉为止。将食指固定于该处后,在食指之内侧离耻骨棘3~4厘米处将相对之腹横肌和腹横筋膜(如两者不够坚强可连同腹内斜肌筋膜在内)与耻骨上韧带作第一针缝合,并加以结扎(图1-3)。在缝合与结扎第一针时,置于股静脉面之食指不可移去,以免损伤血管。然后在第一针和耻骨棘之间,根据耻骨上韧带之长短作2~3针缝合,其最内侧之一针可将陷窝韧带缝合在内。缝合不应包括腹内斜肌纤维,否则腹内斜肌在正常收缩时就丧失了保护腹股沟管内口部之功能。在股静脉外侧部可利用腹横筋膜与股鞘作间断缝合予以加强。

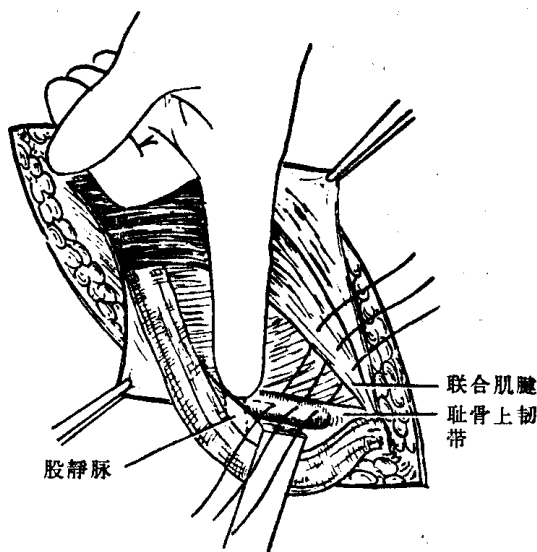


图1-3 腹股沟疝耻骨上韧带修补法

然后置精索于缝合线面上,腹外斜肌筋膜作间断或折迭缝合以覆盖精索。最后深筋膜和皮肤同上法缝合。

腹壁后(腹膜前)腹股沟疝(或股疝)修补法(Cheattle-Henry 氏法)

此法经腹壁后在腹膜前从内侧显露腹股沟管(或股管)之疝环缺陷处和疝囊,故对疝囊的高位结扎和腹横筋膜修补较之上述两法更为有利。但本法也有缺点,即股静脉、股动脉较易受伤,故未被广泛采用。

操作步骤 在腹股沟韧带上约3厘米处作弧形皮纹切口(图1-4甲)。横行切开腹直肌前鞘和腹斜肌。将腹直肌向内侧牵开,横行切开腹横筋膜后,即可见腹膜前脂肪,此时已进入腹膜前间隙。如再稍加钝性分离,即可见腹股沟疝或股疝之疝颈部。可试将疝囊纳