

外科急腹症

ZHENG



小 儿 和 成 人 的

外 科 急 腹 症

〔英〕彼得 弗·琼斯 著

中国人民解放军总医院 普通外科译

中国人民解放军战士出版社

一 九 七 九 年

外科急腹症

中国人民解放军总医院普通外科译
中国人民解放军战士出版社出版

*

新华书店北京发行所发行
中国人民解放军第一二〇一工厂印刷

*

开本：787×1092毫米 1/32·印张 34 $\frac{1}{2}$ ·字数 78万

1974年第1版

1980年1月第2次印刷(北京)

统一书号：14 185·2 定价：3.10元

EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY
IN INFANCY, CHILDHOOD
AND ADULT LIFE

By Peter F. Jones
Blackwell Scientific Publications

1974 年第 1 版

译 者 的 话

英国 Peter F. Jones 编著的《外科急腹症》是一本内容丰富、深入浅出的外科参考书。作者对各种急腹症的历史和现状、诊断和治疗都作了较为详尽的叙述，并引证了大量临床统计资料，对各种检查和治疗方法给予了应有的评价。书中还介绍了作者的亲身经验，对急腹症诊断治疗中的许多问题提出了具体的、比较中肯的意见。所有这些，对外科医师都有一定的参考价值。因此我们将全书译出，以期对广大临床工作者在急腹症的识别和处理上能有所裨益。

由于我们的专业及中、英文水平均有限，译文中错误在所难免，诚恳要求广大读者多加批评和指正，以便在再版时改正。

在译、校过程中，承蒙我院妇产科叶惠芳教授和烧伤科盛志勇教授热情帮助、指导，在此谨表谢忱。

全书最后由蒋彦永、黎沾良二同志全面和系统地编排并整理。

中国人民解放军总医院普通外科

一九七九年八月

目 录

第一章 确定诊断和做出行动计划

第二章 手术前的病人

出血性休克的病人	6
菌血症性休克的病人	12
腹膜炎的病人	14
糖尿病的病人	17
用激素治疗的病人	18

第三章 手术后的病人

鼻胃管吸引	19
静脉输液	20
输 血	21
镇静药	21
抗菌素治疗	21
肺部并发症	22
麻痹性肠梗阻	22
手术后粘连性肠梗阻	27
机械性与麻痹性肠梗阻	28
急性胃扩张	29
残余脓肿	29
盆腔脓肿	30
膈下脓肿	30
其它腹腔内脓肿	32
腹部切口和伤口裂开	33

第四章 新生儿急腹症

新生儿肠梗阻	38
引 言	38
十二指肠梗阻	39
闭锁和狭窄	39
回转失常和扭转	45
环形胰腺	48
空肠回肠闭锁和狭窄	49
结肠闭锁	52
肛门直肠畸形	53
巨结肠症	58

胎粪堵塞综合征	66
胎粪性肠梗阻	66
脐膨出和腹裂畸形	70
新生儿先天性膈疝	74
新生儿腹膜炎	81
幽门狭窄	84
新生儿腹部包块	88
新生儿手术后护理	90
第五章 婴儿和儿童的急腹症	
急性腹痛	93
引 言	93
急性阑尾炎	98
急性肠套叠	103
美克耳氏憩室	116
原发性腹膜炎	124
急性胰腺炎	125
类同于胎粪性肠梗阻的梗阻	126
绞窄性和难复性外疝	127
睾丸扭转	129
急性消化道出血	133
重复畸形	138
咽下的异物	139
第六章 急性阑尾炎	
引 言	141
历 史	141
病 理	142
临床表现	143
鉴别诊断	147
治 疗	153
手术前评价	153
手术治疗	153
切口的选择	153
做切口	154
阑尾切除术的技术	155
正常阑尾——做什么	159
腹 膜	160
引 流	161
关闭切口	162
阑尾脓肿的处理	163

手术后处理	164
并发症	165
第一周	165
手术后出血	165
急性胃扩张	165
麻痹性肠梗阻	165
呼吸道并发症	165
残端脓肿的破裂	165
第二周	166
残余脓肿	166
盆腔脓肿	166
膈下脓肿	167
腹腔内脓肿	167
切口感染	167
粪 瘻	167
门静脉炎	168
粘连性肠梗阻	168
中年和老年人的急性阑尾炎	169
妊娠期的急性阑尾炎	见第 404 页
婴儿和儿童的急性阑尾炎	见第 98 页
左位急性阑尾炎	171
阑尾扭转	172
阑尾的恶性肿瘤和急性阑尾炎	173
近端结肠癌和急性阑尾炎	174
腹膜和阑尾的假性粘液瘤	175
第七章 肠梗阻	
引 言	176
肠梗阻的影响	177
消化道分泌液的丢失	177
肠扩张和它的影响	178
肠梗阻中的细菌生长	178
肠绞窄	179
死亡率	181
发病率	181
诊断的一般原则	183
治疗的一般原则	183
术前准备	183
手 术	185
肠管减压	185

由于粘连和索带而致的急性肠梗阻	186
内 疝	198
绞窄性外疝	203
引 言	203
发病率和年 龄	203
病 理	204
死亡率	204
股 疝	205
Richter 氏疝	206
腹股沟疝	207
整块的复位	209
脐 疝	211
切口疝	212
闭孔疝	214
由于绞窄疝松解后造成的小肠狭窄	215
肠管的“自发”破裂	216
大肠的梗阻	217
新生物的梗阻	217
结肠的扭转	235
乙状结肠的扭转	235
盲肠的扭转	244
横结肠的扭转	247
结肠的癌肿和穿孔	247
结肠的假性梗阻	249
小肠的新生物梗阻	252
小肠的闭塞	254
胆石肠梗阻	254
起因于食物的肠梗阻	258
起因于蠕虫的肠梗阻	259
成人中的肠套叠	260
逆行的空肠胃套叠	262
医原性的肠梗阻	263
腹会阴切除术后后的梗阻	264
部分胃切除术后后的梗阻	264
小肠的放射性损伤	266
钾引起的小肠狭窄	267
膈疝的急症外科	268
胃扭转	272
肠系膜上血管阻塞	273

第八章 消化性溃疡穿孔

历史	281
流行病学	282
临床表现	283
鉴别诊断	284
预后	286
在穿孔时	286
后期预后	287
治疗方法	287
非手术治疗	288
结果	288
结论	289
手术治疗	290
单纯缝合	290
决定性手术	291
方法的选择	293
吻合口溃疡穿孔	295
穿孔进入小网膜囊	296
裂孔疝内的消化性溃疡胸腔内穿孔	297
穿孔和肾上腺类固醇治疗	297
穿孔合并出血	297
出血在穿孔前	297
穿孔继发出血	297
穿孔和出血同时发生	298
食道非外伤性穿孔	298
附录：胃和十二指肠的外科手术	303
部分胃切除术	303
迷走神经切断和幽门成形术	309

第九章 呕血和黑便

历史	311
外科治疗的进展	311
出血的来源	313
消化性溃疡出血的特征	315
进一步出血的诊断	316
持续性或复发性出血病人的研究	316
消化性溃疡出血的急诊手术	318
适应证	318
手术前的考虑	319
消化性溃疡出血的手术技术	319

切 口	319
出血点的识别	319
胃切开	320
胃溃疡	320
十二指肠溃疡	321
急性溃疡和孤立的糜烂	324
药物性糜烂性胃炎, 或急性出血性胃炎	325
应激性溃疡	326
Curling 氏溃疡	326
Cushing 氏溃疡	327
创伤后应激性溃疡	327
慢性消化性溃疡	328
Mallory-Weiss 综合征	329
食道曲张静脉出血	330
第十章 肠道的炎性疾病	
结肠憩室病	335
引 言	335
没有憩室炎的疼痛的憩室病	336
急性憩室炎和它的并发症	336
结肠周围脓肿	336
急性弥漫性腹膜炎	337
憩室病的严重出血	340
肠梗阻	343
右侧结肠憩室炎	345
溃疡性结肠炎	347
定 义	347
对严重性的认识	348
巨结肠	348
结肠的穿孔	350
处 理	350
初期的治疗	351
充分的内科治疗	351
急诊手术的指征	352
外科的治疗	354
单纯回肠造口	354
“全”结肠切除和回肠造口	354
全直肠结肠切除	354
手术前和手术后的治疗	355
急诊全结肠切除术的技术	355

缺血性结肠炎	360
结肠的坏疽	360
结肠的缺血性缩窄	361
一过性缺血	361
克隆氏病	362
表现象急性阑尾炎的急性回肠炎	362
表现象急性阑尾炎的慢性克隆氏病	363
游离穿孔	363
肠梗阻	364
严重的出血, 巨结肠	364
伤寒热	365
穿 孔	365
出 血	366
其它急腹症	366
空肠和回肠的憩室病	367
出 血	367
穿孔和急性憩室炎	367
急性肠梗阻	368
结核性肠炎	368
肠内的气囊肿	369
第十一章 急性胰腺炎	
病 因	371
发病率	372
临床表现	372
诊 断	373
剖腹术在诊断中的地位	374
处 理	375
并发症	377
复发性急性胰腺炎	378
手术后急性胰腺炎	378
第十二章 胆道的急症外科	
胆绞痛	381
急性胆囊炎	382
急性积气性胆囊炎	387
胆囊扭转	387
胆汁性腹膜炎	387
第十三章 直肠的急症	
肛门旁血肿	389
血栓性痔的脱垂	389

肛门直肠脓肿	390
肛周脓肿	390
坐骨直肠窝脓肿	391
其它脓肿	391
急性肛裂	392
第十四章 妊娠和产褥期的急腹症	
引 言	394
由于妊娠引起的急症	394
妊娠早期	394
宫外孕	394
流产，尤其是感染性流产伴腹膜炎	398
由于子宫后倾引起尿潴留	399
妊娠后期	399
隐性胎盘早剥	399
子宫破裂	399
子宫肌瘤红色变性	400
与妊娠有特殊联系的急症	400
急性肾盂炎和肾盂肾炎	400
卵巢囊肿扭转	401
腹直肌的破裂	401
子宫或阔韧带的静脉血栓形成或出血	402
与妊娠无直接联系的急症	404
急性阑尾炎	404
肠梗阻	407
急性胰腺炎	410
消化性溃疡的并发症	411
第十五章 妇科病和急腹症	
卵巢囊肿扭转	414
输卵管扭转	415
急性输卵管炎	415
子宫内膜异位症	416
卵 巢	416
大 肠	416
小 肠	417
Graafian 滤泡的破裂	见第 150 页
第十六章 泌尿系急症	
急性肾盂炎	419
肾盂和输尿管的急性梗阻	420
肾和输尿管的结石	420

外科手术	426
肾、肾盂和输尿管的自发破裂	427
急性尿潴留	429
尿潴留的治疗, 起因于	
前列腺肥大	429
尿道口狭窄	431
尿道狭窄	431
嵌塞性结石	432
包茎	432
嵌顿包茎	433
凝血块潴留	433
急性睾丸疼痛	434
外 伤	434
急性副睾睾丸炎和扭转	434
特发性阴囊坏疽	434
泌尿道损伤	436
肾破裂	436
肾盂和输尿管的闭合性损伤	439
膀胱破裂	440
后尿道的破裂	443
前尿道的破裂	451
输尿管和膀胱的外科损伤	454
第十七章 腹部外伤	
引 言	461
闭合性或非穿透性外伤	461
诊断性腹腔穿刺术	466
爆炸伤	469
穿透性外伤	470
肠道的外伤	473
空肠和回肠的外伤	475
十二指肠的闭合性破裂	476
十二指肠壁间血肿	479
结肠和直肠的外伤	481
腹膜内损伤	483
腹膜外损伤	484
会阴和肛管的外伤	485
穿刺伤	485
气体性外伤	486
医源性外伤	486

由乙状结肠镜	486
由钡灌肠	487
由结肠造口的冲洗	487
脾脏的外伤	488
肝脏、胆管和肝血管的外伤	494
创伤性胆道出血	504
胰腺的外伤	506
胸-腹部创伤	511
外伤性膈疝	513
腹膜后出血	516
安全带伤	517
第十八章 急腹痛的血管原因	
腹主动脉瘤的破裂	519
主动脉的夹层动脉瘤	520
结节性多动脉炎	521
肠系膜上血管梗阻	见第 273 页
缺血性结肠炎	见第 360 页
第十九章 急腹痛的内科原因	
引 言	523
胸腔内疾病	523
肺炎和胸膜炎	523
冠状血管梗死	523
心包炎	523
Bornholm 氏病	523
内分泌疾病	524
糖尿病和急腹症	524
糖尿病性急腹症	524
糖尿病时的外科急腹症	524
急性肾上腺机能不全	524
代谢紊乱	525
血色病	525
急性间隙性紫质血症	525
铅中毒	525
尿毒症	525
血液病	526
血友病和其它遗传性出血性疾病	526
镰状细胞性贫血	527
急性溶血危象	528
真性红细胞增多症	528

抗凝剂过量	528
Henoch-Schönlein 氏紫癜	见第 135 页
神经系统疾病	528
脑膜炎	528
脊髓痨	528
带状疱疹	528
脊髓前角灰白质炎	528
腹腔内疾病	529
急性肾盂炎	529
肝脏疾病	529
急性扁桃体炎	529
蛔虫症	529
急性胃肠炎	529
家族性地中海热	529

第一章 确定诊断

急腹症外科是医学少数的几个剩余领域之一，在这一领域中医生坐在床边询问和检查病人后能够合理地期望得出一个诊断和制定一个治疗方针。在1—2小时之内这些结论通常将被施行剖腹手术来验证。

这就是为什么急诊外科被正确地看成是一个极好的训练场所。正是临床医生要考虑诊断和治疗两个方面的问题。虽然放射线和生化方面的特殊检查有时能够提供有决定性的依据，但在床旁获得的病史和物理体征仍然是最为重要的。这有助于激励训练——受训者感到负有责任，他知道他的临床判断很快将受到检验。正是因为临床判断在急诊外科中仍然处于重要地位，对诊断过程作更详细的考察似乎是值得的。

病 史

外科医生多半不如内科医生那样重视病史。看到及触及包块是如此经常，因此外科医生自然地一到病人跟前几乎立即就开始触诊。在外科急诊中这样做一般是不明智的。

坐在病人旁边，用眼睛和耳朵观察5分钟。坐比站着好。医生和病人在一个水平，更容易个人接触。如果医生坐着，多半使病人感到忙碌的外科医生不像会很快离去，因此可以鼓励病人说话。这样呆一会儿——病史如此经常地是急腹症的诊断线索。

设法获得疼痛的清楚的印象。如果病人准确地回忆起疼痛发作时他在做什么，那么起病一定是很急剧的。疼痛发作的部位应该和现在的部位相对照。疼痛反射的区域必须查问——尤其是反射到肩部的膈神经的疼痛。疼痛的严重程度由病人的表情来估计或可与其他疼痛如分娩来比较。疼痛的性质必须作分析——锐性痛还是钝性痛，持续性痛还是间歇性痛。使疼痛加重或减轻的因素应该探索——腹膜炎的疼痛活动时加重，而胆绞痛、肾绞痛常常改变体位寻求减轻。

可能需要系统地询问排尿、大便、恶心、呕吐和食欲丧失。对过去的内科病史一点也不疏忽，对以前住院的记录要详细查看。有时家族史是非常有启示性的，特别在消化性溃疡。上面这些都要让病人讲述他自己的病史。

检 查

想象在完成病史采集的时候就开始作检查，这是一个错误。当外科医生与病人相遇时，检查就开始了。首先看到的印象可能是很重要的——出血时脸色苍白；腹膜炎的病人紧张、痛苦、不敢活动；在谈话时兴趣突然消失，这意味着肠梗阻患者正与另一阵绞痛作斗争，这有时可比许多分钟的腹部触诊更有帮助。

当检查腹部的时候，要确认病人是真正平躺着，因为病人靠在枕头上就会造成无益的检查。如果为病人考虑，用被单遮盖生殖器的话，那以后必须去掉并检查疝口、阴囊和阴囊内容物。这是急腹症检查的一部分，是决不能忽略的。

其次，对腹部进行检查时，坐着比站着容易得多。在有低的长沙发椅的住家，跪着检查