

SHIYONG FUBU WAIKE

实用腹部外科

主 编 李建业 周异群

副主编 于维珊 肖楚 潘学武 陈范昶 龚义仁

主 审 姚育修 吴硕寿



R656
LJY
C-1

108638

实用腹部外科

主 编

李建业 周异群

副 主 编

于维珊 肖 楚 潘学武 陈范昶 龚义仁

主 审

姚育修 吴硕寿

天津科学技术出版社

责任编辑:郝俊利
版式设计:雒桂芬
责任校对:刘丽燕 陈雁
责任印刷:张军利

实用腹部外科

主 编

李建业 周昇群

副主编

于维珊 肖楚 潘学武 陈范昶 龚义仁

主 审

姚育修 吴硕寿

*

天津科学技术出版社出版

天津市张自忠路189号 邮编 300020 电话 27312749

天津新华印刷二厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

开本 787×1092 1/16 印张 27.5 字数 633 000

1999年4月第1版

1999年4月第1次印刷

印数:1—3 000

ISBN 7-5308-2499-6
R·704 定价:68.00元

编 委 会

(以姓氏笔划为序)

于维珊	江西省武警总队医院
王小农	江西赣南医学院附属医院
付兴生	江西省妇幼保健院
卢盛祁	江西医学院一附院
李值锋	江西九江医专第二医院
<u>李建业</u>	江西医学院二附院
朱启新	江西医学院二附院
吴硕寿	江西省人民医院
邹大卫	江西省儿童医院
肖 楚	南昌市医林结石病专科医院
陈范昶	中国人民解放军第九十四医院
肖存昌	南昌市医林结石病专科医院
周异群	江西中医学院附属医院
姚育修	江西医学院一附院
康芳蔚	江西省赣州市第一人民医院
袁春林	江西中医学院教务处
喻潜如	江西省肿瘤医院
龚义仁	江西医学院一附院
彭力辉	江西省赣南地区人民医院
潘学武	江西省宜春地区人民医院

序

腹部外科疾病属常见病、多发病,还有不少难治病和危重病。对人类健康的危害,如以急性腹痛为例,其发病率仅次于内科的感冒。同时,其诊治难度之大,也是尽人皆知的,以原发性肝胆管结石为例,不仅人群中的发病率高,而且在B超、CT、MRI等先进技术广泛应用的今天,误诊、漏诊仍无法避免。手术治疗后残留结石与复发结石长期困扰医患双方,胆石症多次剖腹手术,反以为常,有时使临床医师捉襟见肘,一筹莫展;患者也只能面壁兴叹,抱恨终生。

《实用腹部外科》,侧重实用,着眼临床,编者针对当前腹部外科诊治中的热点和难点,结合临床介绍国内外有关新进展和科研成果,大力推荐和推广新技术,并且有一些创新性术式或新疗法面世,其中有关中西医结合溶石、排石,辨证论治通里攻下治疗粘连性肠梗阻等颇具特色,值得推荐与借鉴。不管中医、西医、中西医结合医,只要对诊治疾病有利,对减少医疗开支有利,对患者康复有利;只要有一定科学依据而不是巫术,经得起客观指标检测而非玄而莫测的骗术,就不应拘泥于来自西医、中医和民间医。“洋为中用”,“古为今用”,中西兼容,为我所用,重在治病。纵览全书,构思严谨,引证广博,资料翔实,源于临床,服务临床,无负于实用二字,谨以此为序。

汪忠武

1998年2月20日

前 言

为培养中西医结合治疗急腹症的骨干,80年代初我们曾面向全国举办学习班,并组织江西中西医药专家编写《现代急腹症学》作为学习班的基本教材,受到傅培彬、张圣道、吴咸中、郑显理等国内著名专家的好评。本拟修改、增订出版,后因国内已有同类专著问世,为避免重复,决定编写一本包括妇产、泌尿、腹部大血管、小儿外科等与腹部外科密切相关的、以突出实用为特征的《实用腹部外科》。经本书编委会多次讨论,三次修改编写提纲和目录,组织实施编写。由于本书各章节作者皆为多年从事腹部外科工作的临床专家,有较深的学术造诣和较丰富的临床经验;写作时内容深入浅出,多能反映国内外近20年来的进展;注重理论联系实际,专家们将各自的某些成功经验、实验研究结果有机地结合临床加以介绍,尽力做到继承和发展并重,承先与启后兼容。因此,对基层外科医师、专业普外医师、医学院校学生、临床科研工作者均有一定的参考价值。

本书能够与读者见面,首先应感谢天津科学技术出版社郝俊利编审等以犀锐的洞察力,认同本书的特点。同时感谢南昌医林结石病医院、江西武警总医院、宜春地区人民医院的大力支持!主编李建业教授历尽辛苦筹备编写本书,深表敬意!对各位教授在审稿中严谨求实,一丝不苟的治学精神深表钦佩。郭建平、赵根望和郭容三位同志为出好本书所做的繁重服务工作,功不可没。

承蒙江西医学院党委书记汪忠武在行政、教务百忙之中,为本书作了热情洋溢的序言,正确地评价本书的临床应用价值,既是鼓励,更是莫大鞭策,在此谨致衷心的感谢和崇高的敬意。

由于我们的学术水平有限,加之时间仓促,斟酌与严谨尚觉不足,尚祈海内外专家与读者们不吝批评与指正!

编 者

1998年2月25日

目 录

第一章 绪论	(1)
--------------	-----

第二章 腹壁疾病	(4)
----------------	-----

第一节 腹壁损伤	(4)
----------------	-----

第二节 腹壁肿瘤	(4)
----------------	-----

第三章 腹外疝	(6)
---------------	-----

第一节 概述	(6)
--------------	-----

第二节 腹股沟疝	(8)
----------------	-----

第三节 股疝	(15)
--------------	------

第四节 其他腹外疝	(16)
-----------------	------

第四章 腹膜、网膜和腹膜后间隙

疾病	(21)
----------	------

第一节 解剖及生理概要	(21)
-------------------	------

第二节 急性腹膜炎	(22)
-----------------	------

第三节 腹腔脓肿	(26)
----------------	------

第四节 结核性腹膜炎	(29)
------------------	------

第五节 腹膜肿瘤	(30)
----------------	------

第六节 大网膜疾病	(31)
-----------------	------

第七节 大网膜在腹部外科的应 用	(33)
---------------------------	------

第八节 肠系膜疾病	(36)
-----------------	------

第九节 腹膜后疾病	(38)
-----------------	------

第五章 胃十二指肠疾病	(44)
-------------------	------

第一节 胃肠道激素	(44)
-----------------	------

第二节 胃十二指肠损伤	(45)
-------------------	------

第三节 胃十二指肠溃疡的外科 治疗	(47)
----------------------------	------

第四节 应激性溃疡	(67)
-----------------	------

第五节 胃肿瘤	(69)
---------------	------

第六节 急性胃扩张	(76)
-----------------	------

第七节 胃扭转	(77)
---------------	------

第八节 胃和十二指肠结核	(78)
--------------------	------

第九节 胃十二指肠异物	(79)
-------------------	------

第十节 胃和十二指肠憩室	(81)
--------------------	------

第十一节 十二指肠血管压迫

综合征	(82)
-----------	------

第六章 小肠疾病	(84)
----------------	------

第一节 空肠、回肠的解剖和生 理概要	(84)
-----------------------------	------

第二节 小肠损伤	(84)
----------------	------

第三节 肠梗阻	(85)
---------------	------

第四节 小肠炎性疾病	(109)
------------------	-------

第五节 小肠憩室疾病	(116)
------------------	-------

第六节 肠气囊肿病	(118)
-----------------	-------

第七节 盲袢综合征	(119)
-----------------	-------

第八节 短肠综合征	(120)
-----------------	-------

第九节 肠痿	(122)
--------------	-------

第十节 小肠肿瘤	(125)
----------------	-------

第十一节 黑斑息肉病	(127)
------------------	-------

第七章 结肠疾病	(129)
----------------	-------

第一节 结肠损伤	(129)
----------------	-------

第二节 溃疡性结肠炎	(130)
------------------	-------

第三节 结肠憩室	(131)
----------------	-------

第四节 结肠阿米巴病	(133)
------------------	-------

第五节 结肠血吸虫病	(134)
------------------	-------

第六节 结肠息肉	(135)
----------------	-------

第七节 家族性息肉病	(136)
------------------	-------

第八节 肠类癌	(137)
---------------	-------

第九节 结肠肿瘤	(137)
----------------	-------

第八章 阑尾疾病	(141)
----------------	-------

第一节 概述	(141)
--------------	-------

第二节 急性阑尾炎	(142)
-----------------	-------

第三节 特殊类型的急性阑尾炎	(150)
-------------------------	-------

第四节 慢性阑尾炎	(153)
-----------------	-------

第五节 阑尾的肿瘤	(154)
-----------------	-------

第九章 肛管直肠疾病	(158)
------------------	-------

第一节 肛门直肠检查方法	(158)
-----------------------	-------

第二节 肛管直肠外伤.....	(158)	第十二节 胆管癌.....	(232)
第三节 肛裂.....	(159)	第十三节 胆道出血.....	(235)
第四节 肛管直肠周围脓肿	(160)	第十四节 胆道再次手术的原因 及防治探讨.....	(239)
第五节 肛痿.....	(161)	第十五节 胆道寄生虫病.....	(240)
第六节 痔.....	(162)	第十二章 胰腺疾病.....	(243)
第七节 直肠脱垂.....	(164)	第一节 胰腺的解剖生理概要	(243)
第八节 肛门失禁.....	(165)	第二节 胰腺先天性疾病.....	(245)
第九节 直肠肿瘤.....	(166)	第三节 胰腺损伤.....	(246)
第十节 肛管癌和肛周的恶性肿 瘤.....	(169)	第四节 急性胰腺炎.....	(249)
第十章 肝脏疾病.....	(172)	第五节 慢性胰腺炎.....	(255)
第一节 外科解剖.....	(172)	第六节 假性胰腺囊肿.....	(257)
第二节 肝损伤.....	(172)	第七节 胰腺癌.....	(259)
第三节 肝脏的感染.....	(175)	第八节 胰腺囊腺癌.....	(262)
第四节 肝脏良性肿瘤.....	(178)	第九节 胰腺内分泌肿瘤.....	(263)
第五节 肝癌.....	(180)	第十节 多发性内分泌综合征	(266)
第六节 肝囊肿.....	(184)	第十一节 胰腺痿的诊断及其治疗	(269)
第七节 肝包虫病.....	(185)	第十二节 胰岛细胞移植的研究 进展.....	(272)
第八节 门静脉高压症.....	(187)	第十三章 脾脏疾病.....	(275)
第十一章 胆系疾病.....	(193)	第一节 解剖、生理概要	(275)
第一节 医源性胆管损伤.....	(193)	第二节 脾破裂.....	(277)
第二节 胆总管综合征.....	(196)	第三节 脾切除适应证.....	(279)
第三节 胆囊结石和急性胆囊炎	(199)	第四节 脾脏疾病的手术治疗 原则.....	(282)
第四节 非结石性胆囊炎、慢性 胆囊炎和慢性胆囊病及 胆总管结石.....	(205)	第五节 脾切除术后并发症	(286)
第五节 胆囊肿瘤.....	(210)	第十四章 小儿腹部外科疾病.....	(288)
第六节 胆囊切除术后综合征	(214)	第一节 小儿腹部物理检查法	(288)
第七节 Oddi 括约肌狭窄和缩 窄性乳头炎.....	(215)	第二节 脐膨出.....	(289)
第八节 原发性硬化性胆管炎	(220)	第三节 先天性肥厚性幽门狭窄	(291)
第九节 胆总管扩张症.....	(222)	第四节 先天性肠闭锁和肠狭窄	
第十节 原发性肝胆管结石	(225)		
第十一节 重症急性胆管炎			

..... (292)	第一节 腹部外科常见的妇产科
第五节 先天性肠旋转不良	疾病..... (348)
..... (293)	第二节 腹部外科常见的妇科肿瘤
第六节 胎粪性腹膜炎..... (295)	 (355)
第七节 新生儿坏死性小肠结肠炎	第三节 常用的经腹妇产科手术
..... (296)	 (378)
第八节 急性阑尾炎..... (297)	第四节 经腹常见的妇产科手术
第九节 急性肠套叠..... (300)	的并发症..... (382)
第十节 先天性巨结肠..... (302)	第十八章 腹部外科常见类证的诊断
第十一节 大肠息肉..... (307)	与鉴别诊断..... (385)
第十二节 先天性直肠肛门畸形	第一节 成人腹部肿块..... (385)
..... (308)	第二节 急性消化道大出血的诊
第十三节 小儿腹部肿瘤总论	断及处理原则..... (389)
..... (313)	第三节 梗阻性黄疸..... (395)
第十四节 神经母细胞瘤..... (315)	第四节 急性腹痛..... (398)
第十五节 肾母细胞瘤..... (318)	第十九章 空肠袢在上腹部手术的
第十六节 腹膜后畸胎瘤..... (319)	应用..... (403)
第十五章 与腹部外科相关的血管外	第一节 胃手术时空肠袢的应用
科疾病..... (322)	 (403)
第一节 腹主动脉搏瘤..... (322)	第二节 胆管、胰腺、食管手术时
第二节 内脏动脉瘤..... (323)	空肠袢的应用..... (405)
第三节 布-加综合征 (325)	第二十章 与腹部外科相关的专题
第四节 腹部外科血管损伤的	 (408)
处理..... (326)	第一节 临床营养支持的进展
第十六章 与腹部外科相关的泌尿系	 (408)
疾病..... (327)	第二节 腹部外科围手术期的现
第一节 泌尿生殖系损伤..... (327)	代监护..... (411)
第二节 尿石症..... (338)	附录 常用实验室检查正常(参考)值及
第十七章 与腹部外科相关的妇产科	其临床意义..... (418)
疾病..... (348)	

第一章 绪 论

人类在与自然斗争、生产斗争和历次战争中,为求自身的生存和种族的繁衍,早在原始社会初期,便在使用石器中发明了砭石法治病;钻木取火术的出现,人类又发明了热敷法和灸法。生产的发展和社会的进步,不仅促使医药学应运而生,而且推动医药技术不断更新和提高,分科治疗亦初现端倪。古代的外科尽管只限于以手法和技艺(包括切开引流和关节脱位整复)治疗体表疾病,但医史上凡是为解除病人痛苦而勤奋钻研外科学术的人都是外科领域的拓荒者和先行者,对外科学术的充实和提高都作出有益的贡献,永远值得后世敬仰和学习。我国的中医外科学曾经有过辉煌的历史,最引世人瞩目的首推《后汉书·华佗传》里有关华佗(公元141~203)剖腹去胃肠疾秽的记载:“若疾发结于内,针药所不能及者乃令先以酒服麻沸散,既醉无所觉,因剖破腹背,抽割积聚;若在胃肠,则断截湔洗,除去疾秽;继而缝合,敷以神膏,四五日创愈,一月之间皆平复。”这比Morton于1846年首先采用乙醚麻醉协助Warren施行了很多大手术和Senn于1889年在JAMA发表的阑尾切除术2例报告,都要早1600多年。但是现代外科学传入我国后,由于历史的原因,不仅使传统的中医外科相形见绌,现代外科在我国的发展也很缓慢。新中国成立后,由于老一辈外科专家的不懈努力,我国外科学建立了比较完整的体系,外科专科林立的格局亦初具规模。腹部外科在外科诸专科中无论在普及程度和人才荟萃等方面均居各专科之首,对整个外科学的发展有举足轻重的作用。在编撰本书时,我们侧重实用,着眼临床,面向基层,紧密联系腹部周边学科,将与腹部外科相关的妇产、泌尿、腹部大血管、小儿腹部

外科、腹部外科围手术期的现代监护等,试图有机地联系起来,为“我”所用。并就当前我国腹部外科发展的有关问题作一些探讨。

一、腹部外科是普通外科(general surgery)的重点

腹部外科目前国内多数医院均作为普通外科的主要组成部分而存在。腹部外科所诊治的范围最广、病种最多、急症处理量最大,因而腹部外科医师人数众多,任务繁重,当然也比较容易锻炼队伍和培养人才。因此,国内许多医学院校的附属医院都明文规定:外科专科医师首先必须是一名称职的普外医师,或在普外科从事临床工作2~3年后才能定向专科工作。腹部外科也可以说是其他外科专科的基础,没有普通外科的基本理论、基本知识和基本技能作基础,要想成为一名名副其实的外科专科医师几乎是不可能的。当前我国腹部外科不仅已普及到县级医院,而且在不少乡(镇)卫生院和基层厂矿职工医院也开展了腹部手术或下腹部手术,面对人数众多而水平参差不齐的普外医师队伍,编写一本实用而带有较全面性特点、又能反映现代腹部外科新成就、新进展的实用腹部外科,对广大普外医师的临床工作是有一定指导意义的。

本书对比较成熟的新技术、新术式、新疗法的临床应用方面,本着向前看的精神,作了重点介绍和推荐,如电视腹腔镜手术、大网膜在腹部外科的应用,空肠袢延续和重建胃肠道或胆道,胰岛细胞移植术,以及体外震波碎石治疗泌尿系结石等,均有专章或专项论述,作者均结合自己经验与体会介绍,既体现时代特征,又非简单的新技术“二传手”。尽量做到“洋为中用”,推陈出新,以飨读者。

二、中西医结合治疗急腹症是我国腹部外科的重要特征

中医和西医属两个不同理论体系的医学,相互有别,甚至在认识疾病的发生和发展规律方面有某些相互抵触,但目标都是治病救人,因而又有相结合的基础。由于全国各地贯彻了中医政策,坚持中西医并重的方针,走中西医结合的道路,中西医结合在外科领域取得了不少成果,其中以中西医结合治疗外科急腹症的进展最令国际医药界瞩目。如急腹症的中毒性休克,最终可使肠粘膜屏障功能受损,大量的细菌和内毒素移位,发生严重的内毒素血症,甚至多系统器官功能衰竭,病死率很高。国内学者采用中西医结合治疗,以中医下法、菌毒并治、胆脾并治,结合纠正水电解质失衡、使用有效的抗生素治疗,使肝肾功能恢复,免疫功能提升,因而使某些高危急腹症如重症急性胆管炎(ACST)的病死率由30%~40%下降至10%左右。本书的另一大特点是介绍了不少具有实用价值的中西医结合内容,如作者们对急性阑尾炎、急性肠梗阻、重症急性胰腺炎、急性胆囊炎、胆囊结石、肝胆管结石、ACST和泌尿系结石等治疗均明确指出:只要适应证选择恰当,坚持辨证论治,中西医结合治疗的疗效是经得起客观指标的检验和时间考验的。江西医学院二附院“溶石疗法治疗肝胆管结石”,取得较好疗效,在接受溶石治疗的78例中有4例肿大的肝脾缩小,脸色由晦暗转为红润。这种胆红素钙结石的溶解,在国外较少报告。我们诚恳地希望通过本书的某些介绍和倡导,能引起国内广大腹部外科工作者对中西医结合研究急腹症的关注,以时不我待,责无旁贷的主人翁精神,根据自己的条件和可能,或从事前瞻性临床研究,结合实验研究,群策群力,汇百川以成大海,通过几代人的努力,或可创立有中国特色的腹部外科。

三、市场经济条件下,腹部外科工作者的素质与培养问题

(一)必须继续坚持为人民服务的方向
腹部外科工作者在当今市场经济大潮的冲击下,要始终保持清醒的头脑,牢记医生的天职是治病救人,而不以盈利为目的。一个具有良好医德医风的外科医师,必须以白求恩大夫为榜样,对病人满腔热忱,对工作极端负责,对技术精益求精。严格掌握医疗原则和手术适应证,不见利忘义,拒绝“红包”指挥手术刀。凡能以非手术疗法治愈的,即不采用手术治疗;凡能以小手术治愈的,即不采用大手术。急症手术不违时,限期手术不超限。

(二)学习先进医疗技术与学习老专家治学严谨作风并重
当今世界正处在技术革命的新阶段,医学科学日新月异,新技术的应用和诊疗设备的不断更新,使各级外科医师都面临着一个重新学习和更新知识的问题,否则就难于在新的历史条件下,以最先进的医疗技术,在最短的时间内,以较低的代价取得最佳的疗效。所有腹部外科工作者都要以学而不厌的精神,积极参加各种继续教育,阅读有关中外杂志和专著,接受新事物。同时还要以老一辈外科专家为榜样,严谨治学,一丝不苟的工作作风,决不放松围手术期任何环节的严密观察与监护,以不断提高手术成功率和提升病人的生存与生活质量。

(三)敢于创新,不断攀登医学科学高峰
腹部外科学是一门综合性的应用学科,涉及面较广,技术要求高。尽管我国在腹部外科方面已取得巨大成就,但尚待解决的问题也还不少。特别在有关腹部外科的基础研究(如胆结石的成因、肠粘连的防治、腹腔脏器移植的排斥反应等)、新技术(如介入治疗、腹腔镜手术、腹内多脏器移植)和新疗法的掌握与推广应用诸方面,和国外先进水平相比仍有相当差距。因此,在勤奋学习先进理论与先进技术的同时,还要敢于面对现实,敢于在诊疗技术上有所创新,在尚未满意解决的腹部外科常见病如门脉高压症、胆石症等的防治上有所突破。这就要求所有腹部外科工作者,坚持

面向临床,面向未来,高瞻远瞩,以锲而不舍的精神,积极进行科学实验和前瞻性临床研究,以求逐步解决上述临床诊治中的难点,进一步提高疗效。有英才辈出的我国普外工作

者的共同努力,可以预计,在新的世纪里,我国腹部外科的学术水平将登上新的台阶。

(李建业 周异群)

第二章 腹 壁 疾 病

第一节 腹 壁 损 伤

腹壁损伤可分为闭合性腹壁损伤和开放性腹壁损伤。前者常为钝挫伤,因突然猛力所致腹直肌撕裂和断裂伤以及腹壁上下动脉挫伤后致腹直肌鞘血肿等;开放伤主要有腹壁擦伤、切割伤、刺伤以及爆炸伤等。

【诊断及临床表现】

1. 腹壁损伤多局限,腹部疼痛及压痛亦较局限。
2. 生命体征平稳、无贫血征象。
3. 不伴有恶心、呕吐等消化道症状,无腹膜刺激症,肠鸣音存在。
4. 腹壁血肿,腹壁可扪及包块,疼痛明显,不能移动,平卧令病人抬头时,包块仍可扪及,约90%的血肿在下腹壁,向下延伸可压迫膀胱和直肠。
5. 腹透、B超、腹腔穿刺等检查对排除腹内脏器损伤有帮助。
6. 如经非手术治疗24~48h后,症状减轻、体温及血象正常者,一般可排除腹内脏器损伤。

【处理】

1. 非穿透性腹壁伤:非穿透性腹壁开放伤,应行清创术,然后作一期缝合或延期缝合,必要时可放引流。
2. 穿透性腹壁伤:对穿透性腹壁伤,如有内脏脱出,需用大量等渗盐水清洗脱出的内脏,再送回腹腔;脱出之大网膜污染严重应切除,然后另作切口探查腹腔,再仔细处理腹壁伤口,严禁利用腹壁伤口行剖腹探查或引流口。
3. 腹壁缺损:如创伤后腹壁缺损较多,清创后不能直接缝合时,可采用转移皮瓣;如缺损过多,不能用转移皮瓣缝合时,可用大网膜或人造织物(如Marlex)覆盖腹内脏器,待长出肉芽后再植皮;如形成腹壁疝,日后再行整形修补。
4. 闭合性腹壁伤:无内脏伤仅予一般对症处理;对因腹直肌断裂或腹壁上、下动脉损伤所致腹直肌鞘血肿者,应清除血肿及失活组织,结扎出血血管并引流。

第二节 腹 壁 肿 瘤

腹壁肿瘤有良性和恶性之分,良性有硬纤维瘤、纤维瘤、神经纤维瘤、血管瘤、脂肪瘤、皮样囊肿等;恶性肿瘤有隆突性纤维肉瘤、纤维肉瘤、黑色素瘤、皮肤癌及转移癌等。良性肿瘤处理多较简单。恶性肿瘤因浸润较广,有的侵及腹膜,切除范围一般较大,可造成腹壁缺损及术后切口疝,应妥善处理,现择其主要叙述。

一、腹壁硬纤维瘤

在腹壁肿瘤中较为常见,多见于经产妇、且以脐下部为主。一般认为与怀孕或分娩时肌肉或鞘膜损伤有关。

肿瘤多来源于腹壁各肌肉的肌鞘或腱膜,此肿瘤在组织形态上属良性,但确有许多恶性生物特性,如肿瘤可像蟹足状浸润性生长,包膜不完整,边界不规则,质地坚韧如橡皮,因此切除范围较小,极易复发。切面灰白色,呈交错纺织状。肿瘤由丰富的胶原纤维和

较少的纤维细胞组成,呈平行排列;细胞无异型性和核分裂相,在肿瘤边缘常可见到被肿瘤包绕的横纹肌组织小岛。

无特殊临床表现,主要因腹壁发现无痛性卵圆形肿块而就诊,肿块质地坚硬,生长缓慢。大多数病人往往肿瘤达数厘米时才被发现。当腹肌收缩时,肿瘤仍可扪及。少数延误就诊者,肿瘤向周围呈片状浸润性生长,腹壁僵硬,直径可达十几厘米。

目前手术切除是唯一有效的治疗方法。切除范围应包括肿瘤及其附近的正常肌肉、肌膜和腱膜,如累及腹膜亦应部分切除。切除不彻底多复发。如因肿瘤切除致腹壁缺损较大,可用邻近的腹直肌前鞘、大腿阔筋膜翻转后修补或用真丝纺绸、涤纶补片等人造物修补,以防切口疝。肿瘤范围很广不能切除时,可试用放射治疗,但效果不理想。

二、隆突性皮肤纤维肉瘤

本病以青壮年多见。肿瘤通常发于真皮,呈隆凸状。镜下见肿瘤为梭形细胞;细胞长短、胖瘦不一,多呈席纹状或漩涡状排列,有些细胞可有较显著的异型性,核分裂极少见,属一种低度恶性的肿瘤。

临床上亦无特殊症状,早期为皮肤呈乳

头状隆起及增厚。触之呈结节状,并与表皮固定,底部仍可移动。肿瘤生长缓慢,逐渐向体表隆起,表皮变薄,呈灰红、暗红或紫蓝色,并可破溃,呈蘑菇状。肿瘤很少远处转移,但常呈伪足样浸润生长,极易复发。治疗主要是手术切除,应在正常腹壁组织内作切口将肿瘤切除,一般切除范围要求距肿瘤边缘3~5cm,深达肌腱及筋膜表面,否则易复发。肿瘤范围较广,皮肤缺损较大可行植皮。复发者仍可局部切除。

三、黑色素瘤

黑色素瘤是一种高度恶性的肿瘤,腹壁黑色素瘤多见于腹部及束裤带处,可能与某此皮肤黑痣长期摩擦刺激而引起。起初为棕色或黑色的扁平点,逐渐长大,颜色加深。因黑色素瘤恶性极高,全身转移早,故应预防为主。对脐部及受长期摩擦部位的黑痣应予处理,特别是黑痣出现增大、隆起、瘙痒、脱屑、颜色加深以及局部脱毛等征象,多为恶变早期,应尽早切除。黑色素瘤一经诊断,应早期广泛切除。对已有远处转移者可采用化疗、免疫、放疗等综合治疗。

(陈范昶 于维珊)

主要参考文献

1. 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 1992; 1021—1022
2. 石美鑫,熊汝成,等. 实用外科学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1992; 566
3. 吴咸中,黄耀权. 腹部外科实践. 第1版. 北京: 中国医药科技出版社, 1990; 308

第三章 腹 外 疝

第一节 概 述

凡腹腔内脏器连同其腹膜壁层,经由一个先天存在的或后天形成的腹壁薄弱区或裂口,自其原来的位置向体表突出者,均可称为腹外疝。如切口疝、腹股沟疝均属此类。如脏器进入原来的腹腔内间隙囊内,不能为视诊所见,则为腹内疝,如小网膜孔疝、十二指肠后隐窝疝等。腹外疝远较腹内疝多见。真性腹外疝其内容物位在有腹膜壁层所组成的囊袋内,有别于内脏脱出,后者没有腹膜壁层遮盖,如子宫或直肠脱垂等。

腹外疝属腹部最常见的一类疾病,其中以腹股沟疝发病率最高,占 90% 以上;其次是股疝,占 5% 左右;其它较常见的疝尚有切口疝、脐疝和白线疝。此外,尚有类别甚多的罕见疝。

【病因】 绝大多数腹外疝病例并无明显原因,其发生与该处正常强度减弱和腹内压过高两类因素有关。

一、腹壁强度减弱

属解剖结构原因,是疝发生的器质病变基础。由于疝有先天性与后天性之别,其原因也有先天性和后天性两种。所谓先天性疝,是因先天发育上的缺陷所致,如腹膜鞘状突未闭、腹内斜肌下缘高位、宽大的腹股沟(hesselbach)三角、脐环闭锁不全、腹壁白线缺损等。有些正常的解剖结构,如精索或子宫圆韧带穿过腹股沟管,股动、静脉穿过股管区,也可造成该处腹壁强度减弱。后天性原因有愈合不良的腹壁切口或引流创口;外伤、感染、手术切断腹壁神经;老年人腹壁肌肉退化松弛;胶原代谢异常等,均可致坚实的腹壁组织松弛或为有微孔的结缔组织层或脂肪所代

替。

二、腹内压力过高

原因众多,如慢性咳嗽、慢性便秘、排尿困难(前列腺肥大、包茎)、妊娠晚期、腹水、腹内巨大肿瘤以及婴儿经常嚎哭、举重等。当腹壁长期受到过高腹内压冲击,原有的腹壁强度减弱或缺损处可逐渐加重,当压力和薄弱均达到一定程度时,腹内脏器由薄弱或缺损处突出而形成疝。

【组成】 典型的腹外疝通常由疝门、疝囊、疝内容物和被覆于囊壁外的疝外被盖组成。

一、疝门

是疝囊与腹腔相通的“口”,多呈环形,亦称疝环。各类疝多依疝门而命名,如腹股沟疝、股疝、脐疝等。

二、疝囊

是腹膜壁层经疝门突出的囊袋结构,可分为囊颈、囊体、囊底三部。囊颈是指疝门与疝体相连接的狭窄部。由于疝内容物经常经此而进出,故常受摩擦而增厚。囊体是疝囊的膨大部分,形成的囊腔是疝内容物留居之处。囊底指疝囊的最低部分。通常疝囊是完整无缺的,但大部分切口疝是没有疝囊,只在疝囊颈部有些脱出的壁层腹膜,其余是由疤痕组织形成的假囊。

三、疝内容物

是指从腹腔疝出而进入疝囊的脏器和组织。腹腔越移动的脏器和组织越易进入疝囊,故最常见的为小肠和大网膜,其它的为乙状结肠、盲肠、阑尾、横结肠、膀胱、卵巢、输卵管等。但儿童大网膜发育不全而短小,通常在疝

囊中不易见到。

四、疝外被覆物

是指疝囊以外的腹壁各层组织。一般是由筋膜、肌肉、皮下组织和皮肤组成。但由于疝所在部位不同而结构各有差异。如切口疝的表层组织有时仅为薄层皮肤而无其它组织。

【临床分类】 从疝的发生部位、原因和临床表现不同,通常有以下几种分类法:

一、根据疝发生的部位

可分为腹股沟疝、股疝、脐疝、切口疝、白线疝等。这些疝往往一目了然,不难诊断。但有些疝有时也不易鉴别,如腹股沟疝与股疝。各部位疝发病率差异较大,最常见的为腹股沟疝。

二、根据发病原因

可分为先天性和后天性两大类。这两类疝有的很容易区分,如婴儿脐疝是先天性,而切口疝为后天性;有的疝却不易区分,如成人腹股沟疝,虽是后天才发现,但其疝囊有些却是在胎儿期睾丸下降时腹膜鞘状突未能及时闭锁而形成的。

三、根据临床表现和病理变化

这是临床上最常用的一种分类法。一般可分为:易复性疝、难复性疝、滑动性疝、嵌顿性疝、绞窄性疝;前四类均无血供障碍,所以也称单纯性疝。绞窄性疝则疝内容物有血运障碍。

(一)易复性疝 在临床上大部分属此类。患者多无自觉症状,或仅有垂胀感,一般在腹内压增高时疝出,如站立、跑步、运动、咳嗽、排便及用力挣扎等。平卧时,自然或用手按压即可完全回入腹腔。有时腹股沟疝的疝囊位于腹股沟管内,腹腔内容物疝出,视诊不易见到,称为隐匿性疝或不完全性疝,很易自然回纳,也属易复性疝。

(二)难复性疝 疝内容物不能或仅部分能回纳腹腔,但并不引起严重症状,称为难复性疝。难复性疝多见于病程长的患者,常因疝

内容物(多为大网膜,也有小肠)反复疝出,表面受摩擦损伤,与疝囊发生粘连所致;也有一些病程长的巨大疝,疝门十分宽大,周围组织已萎缩变薄,或缺损,毫无抵抗力,大量的腹腔脏器随着重力下坠而留在疝囊内,腹腔容积相应变小,无法再予容纳,也可逐渐成为难复性疝。

(三)滑动性疝 这是一种特殊类型的疝。有些病程较长的疝,由于腹腔脏器不断下坠进入疝囊,此下坠力量可使疝囊颈上方的腹膜逐渐推向疝囊,尤其是髂窝区腹膜与后腹壁结合极为松弛,易被推向疝囊,于是盲肠(阑尾)、乙状结肠或膀胱,可随壁层腹膜一同下降,并构成疝囊壁的一部分,这类疝称为滑动疝。也属于难复性疝。

(四)嵌顿性疝 疝内容物突然不能还纳,发生疼痛等一系列症状,称为嵌顿性疝。如嵌顿物为小肠,则可产生急性肠梗阻表现,在早期多无血运障碍。疝发生嵌顿的机制有二种:一是弹性嵌顿,多因疝环较小,而腹内压力突然骤增,迫使疝内容物突过狭小、坚韧的疝门,随后腹内压恢复正常,疝环又收缩,卡住内容物,使其不能还纳;二是粪便性嵌顿,含有大量粪便的肠袢突然进入疝囊内,使这些膨胀充盈的近端肠袢在疝门处将远端肠袢腔压迫阻塞;或因肠袢久留疝囊内,大量粪便突然进入疝囊肠袢,而远端肠袢又被疝环压迫,如此时不能及时被动回纳,久后因疝囊内肠腔粪便水分吸收变干,使之嵌顿,像“亚铃状”,故又称“亚铃状”嵌顿。临床上有些患者睡觉醒来,发现疝不能回纳,可能与此原因有关。不论何种原因,都可造成嵌顿的近端与远端肠袢同时完全梗阻,所以属于闭袢性肠梗阻,也称闭袢性疝。

如嵌顿仅为肠壁的一部分,称为肠管壁疝,或叫 Richter 疝。此疝因肠管未完全疝入,故一般不会引起肠梗阻,此类疝有时不易早期明确诊断,少数病人因肠壁坏死穿孔,引起局部炎症、脓肿后,切开引流才被发现。如嵌

顿的是小肠 Meckel 憩室,则称为 Littre 疝。

(五)绞窄性疝 疝内容物不能回纳,并合并有严重血运障碍,称为绞窄性疝。也可看成是嵌顿疝的最严重并发症。嵌顿性疝如不及时解除,其系膜受压逐渐加重,先是静脉血流受阻,然后压迫动脉,血流逐渐减少,最后完全阻断。嵌闭的肠段早期充血、水肿、增厚,从而又加重疝门的困束,如此形成恶性循环。色泽由淡红变成深红、紫红。有纤维蛋白附着,动脉搏动及肠蠕动均消失,最后成黑色。疝囊的渗出液由澄清淡黄转变为血水样。晚期肠壁发生溃烂,穿孔,肠内容物外溢,先是囊内感染,接着可引起被盖各层急性蜂窝组织炎或脓肿。如自体表穿破,则形成粪瘘,感染延及腹膜则引起急性弥漫性腹膜炎。

嵌顿和绞窄通常多为一个肠段,但有时也可包含数个连续的肠袢,形如“W”形,称为逆行性嵌顿疝。值得注意的是这类疝绞窄,不仅在囊内肠管发生坏死,而且腹腔内的肠段亦可发生坏死;易引起腹腔内感染及弥漫性

腹膜炎,因此手术时必须将在腹腔内已经嵌闭的肠袢牵出切口外仔细检查。

一般来讲,绞窄性疝是由嵌顿性疝进一步发展而来,如嵌顿能得到及时解除,就能阻止绞窄的发生,但是临床上两者之间是不能截然分开的两个连续阶段。疝嵌顿或绞窄后有三大主要症状:

1. 疝块突然疝出肿大伴有明显疼痛,且不能回入腹腔。

2. 疝块张力增大,有坚韧感,有明显压痛。咳嗽冲动感减弱或消失。

3. 出现急性机械性肠梗阻表现。

根据以上表现,一般诊断不难,但事实上仍有不少误诊,有报道约有 70% 左右的嵌顿疝因诊断不及时而推迟 1~8 天,平均延迟手术 92h,特别是平时无典型易复性疝的病史者,据报道股疝以往无病史者占病例一半。因此,目前一致主张,腹外疝一旦发生嵌顿,应立即施行紧急手术治疗,以防疝内容物发生绞窄,并解除急性肠梗阻。

第二节 腹股沟疝

腹腔内脏在腹股沟区通过腹壁缺损处突出者,称为腹股沟疝。其发病率在各类疝中最高,据大量资料统计,在青年男子的体格检查中,约占 0.47%;占全部腹外疝的 90% 以上,男女发生率之比为 10~15:1;右侧比左侧多见。

根据疝环与腹壁下动脉的关系,腹股沟疝又分为斜疝和直疝。前者疝环在腹壁下动脉外侧(也称外疝),由于疝囊自腹壁的内环突出后,在腹股沟管内斜行至外环穿出故通常称斜疝,疝囊可进入阴囊;直疝疝环在腹壁下动脉内侧(也称内疝),因疝囊自腹壁的弱点——Hesselbach 三角中直接突出,不经过内环及腹股沟管,也从进入阴囊内,故通常称直疝。

【解剖与生理概要】 腹股沟区位于髂

部,呈三角形,左右各一。上界是髂前上棘至腹直肌外缘的水平线,内界是腹直肌外缘;下界是腹股沟韧带。腹股沟区的腹壁层次由浅入深分为 7 层:皮肤、皮下组织、浅筋膜(Scarpa)、肌肉层(腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌及其腱膜)、腹横筋膜、腹膜外脂肪和腹膜。

(一)腹股沟区的解剖层次 由浅而深,有以下各层重要结构:

1. 腹外斜肌 此肌在髂前上棘和脐连线水平以下移行为腱膜。腱膜的下缘在髂前上棘至耻骨结节之间向后向上反折并增厚成腹股沟韧带。韧带内侧端一小部分纤维又向后、向下转折而形成陷窝韧带(Gimbernat 韧带),它填充着腹股沟韧带和耻骨梳之间的交角,其边缘呈弧形,形成股环的内侧缘。陷窝韧带向外侧延续的部分附着于耻骨梳成为耻骨梳