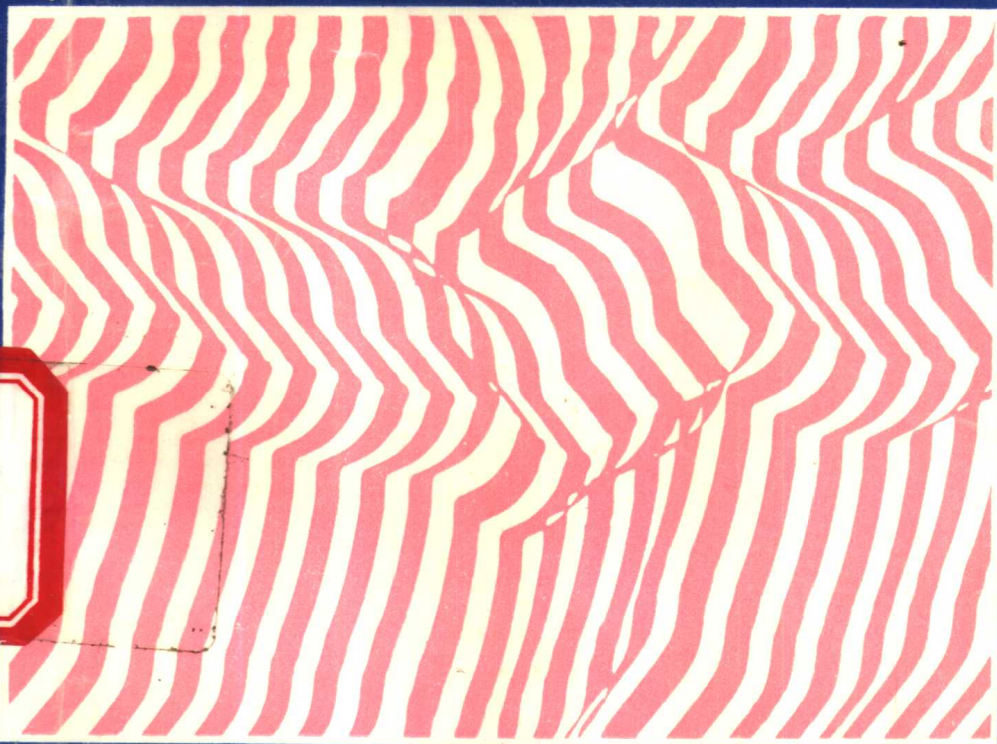


腹部外科诊治经验与教训

胡永薰 著



人民军医出版社

腹部外科诊治经验与教训

FUBU WAIKE ZHENZHI
JINGYAN YU JIAOXUN

胡永熹 著

人民军医出版社

1995·北京

(京)新登字 128 号

2285/21

图书在版编目(CIP)数据

腹部外科诊治经验与教训/胡永熹著. —北京:人民军医出版社,1995.10

ISBN 7-80020-555-X

I. 腹… II. 胡… III. 腹腔疾病-外科手术-临床-经验
IV. R656

中国版本图书馆 CIP 数据核字(94)第 16360 号

人民军医出版社出版

(北京复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842 电话:8222916)

人民军医出版社激光照排中心排版

北京国马印刷厂印刷

新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/32·印张:5.75·字数:125 千字

1995 年 10 月第 1 版 1995 年 10 月(北京)第 1 次印刷

印数:1~8000 定价:9.50 元

ISBN 7-80020-555-X /R·491

[科技新书目:352-192⑤]

(购买本社图书,凡有缺、损、倒、脱页者,本社负责调换)

内 容 提 要

本书从临床实际出发,认真总结了作者从事 40 余年腹部外科疾病诊治的经验、体会与教训。包括腹部外科术后常见问题的处理、老年外科手术有关问题、腹部再手术问题,胃与十二指肠、空肠与回肠、阑尾、结肠、肝脏、脾脏、胆管、胰腺等疾病的诊断与治疗,以及腹股沟疝术后复发的原因、急腹症的诊断步骤、腹膜后间隙疾病的诊断与处理。全书共 15 章,附有作者设计的改良手术图式。其经验实用,体会深刻、教训真实,对腹部外科临床工作有重要的指导作用,是中、青年外科医生有益的参考书。

责任编辑 黄翎兵

序

外科学、腹部外科学以及有关疾病的专著甚多,对腹部外科疾病的诊断和治疗均有系统、全面的论叙。而杂志论文报道更为繁多,它们介绍了大量的成功经验,但却较少报道失败的教训。

腹部外科历史悠久,大多数疾病的诊断、治疗虽已定型,但近年来,随着基础理论、诊治手段等方面的新进展,仍存在许多有争议的问题,如重症胰腺炎是否手术,何时作何种手术;低位肛管癌是否保留肛门;无症状胆囊结石是否手术等,仍各持己见。

胡永熹同志从事腹部外科工作四十余年,将书本和杂志中较少论及而临床工作又经常遇到的问题,以实事求是的态度,从实际出发,认真总结自己的临床经验、体会和教训,治疗方面介绍了中西医结合较为成熟的经验,并以典型病例作为佐证,因而,本书对从事腹部外科临床工作的青年医生是一本有益的参考书。

张志英

1994年10月

前 言

腹部外科是外科学中一门历史最悠久的历史专业,其中绝大多数疾病的诊断与治疗已基本定型或已形成常规。不过,因病人人体质的强弱,医疗条件及护理水平之差异,临床表现不典型,加之医学各方面进展神速,有些问题仍存在争议,对某些传统观念有所冲击,所以,临床医师仍须不断学习,进一步探索与研究,以求推陈出新。

本书不是一本系统的理论与实际兼备的腹部外科学,而是編集作者从医 40 年来所撰写的数十篇论文与所在科室共同获得的近 50 项各种级别与类型的成果、经验与教训、新技术新方法,其中相当多的参加过各种学术会议而未曾在国内书刊上发表过。这次整理发表仅供同道们参考、讨论。因为病例数不多,无论是经验或教训都有一定的片面性,不当或错误之处,欢迎批评指正。

作 者

1994 年 10 月

目 录

第一章 腹部外科手术后常见问题的处理	(1)
第一节 腹胀	(1)
第二节 呃逆	(4)
第三节 切口疼痛	(7)
第四节 急性腹膜炎	(10)
第二章 老年外科手术有关问题	(15)
第三章 腹部再手术问题	(18)
第四章 胃与十二指肠	(22)
第一节 罕见原因的幽门梗阻	(22)
第二节 溃疡病的外科治疗	(24)
第三节 老年与儿童的溃疡病	(28)
第四节 胃肠手术后的若干问题	(30)
第五节 晚期胃癌病人的处理	(39)
第六节 环扎术治疗门脉高压症	(43)
第七节 病态肥胖的手术治疗	(45)
第八节 上消化道出血常用处理方法的评价	(50)
第九节 慢性胃炎的外科适应证	(53)
第十节 十二指肠损伤的诊治	(54)
第十一节 几种特殊类型的十二指肠溃疡	(56)
第五章 空肠与回肠	(59)
第一节 粘连性肠梗阻的处理	(59)
第二节 肠套式吻合的应用	(67)

第三节	空回肠疾病的诊治问题	(68)
第四节	小肠肿瘤	(72)
第五节	慢性小肠缺血症候群	(73)
第六章	阑尾	(74)
第一节	慢性阑尾炎的诊断	(74)
第二节	阑尾炎的鉴别诊断	(76)
第三节	阑尾切除后的残株处理	(77)
第四节	阑尾非发作期切除	(78)
第五节	阑尾类癌	(79)
第七章	结肠	(82)
第一节	结肠癌的诊治	(82)
第二节	结肠造口的并发症	(93)
第三节	贮粪袋技术	(96)
第四节	下消化道出血	(100)
第八章	肛肠	(103)
第一节	痔核	(103)
第二节	肛裂、肛瘘、肛旁脓肿	(105)
第三节	直肠脱垂和溃疡	(107)
第九章	肝脏	(110)
第一节	原发性肝癌	(110)
第二节	继发性肝癌	(117)
第三节	肝脏良性肿瘤	(119)
第四节	严重肝外伤的诊治	(122)
第十章	脾脏	(128)
第一节	常规切脾的注意事项	(128)
第二节	脾切除常见并发症的处理	(130)
第十一章	胆管	(134)

第一节	胆囊息肉样病变.....	(134)
第二节	胆囊结石.....	(136)
第三节	胆管良性狭窄或阻塞.....	(138)
第四节	残余与复发结石的处理方法.....	(143)
第十二章	胰腺.....	(151)
第一节	重症急性胰腺炎.....	(151)
第二节	早期胰腺癌的诊治.....	(155)
第三节	不能切除胰腺癌的处理.....	(159)
第十三章	腹股沟疝术后复发的原因.....	(162)
第十四章	急腹症的诊断步骤.....	(165)
第十五章	腹膜后间隙疾病.....	(168)
第一节	腹膜后感染.....	(168)
第二节	腹膜后肿瘤.....	(169)
第三节	腹膜后血肿.....	(173)

第一章 腹部外科手术后 常见问题的处理

第一节 腹胀

研究早已明了造成腹胀的肠内气体 80% 由吞咽进入, 其余 20% 由细菌分解、食物发酵及血液交换而来。正常时, 这些气体可顺利排出, 但由于手术操作对内脏的干扰, 如肠系膜的被过份牵拉、肠管在空气中的长时间暴露、腹腔填塞物影响、手术时间过长或范围过广, 以及麻醉等因素均可能造成植物神经严重紊乱, 从而抑制肠蠕动, 肠内气体逐渐增多, 且难以排出, 而发生腹胀。

此外, 腹内出血、感染也是术后发生腹胀的重要原因。但其临床表现如贫血、脉速、白细胞升高、腹痛腹胀、发热等可能错误地被解释为术后反应, 而延误诊断与处理。我们在“胃肠吻合口瘘的检讨”一节中有实例说明, 这种教训不仅我们有, 在书刊杂志上也时有教诲与报道, 须引起外科医护人员的广泛注意。

另外, 全身因素, 如水与电解质平衡失调、酸碱平衡失调, 尤其是失钾过多或钾补充不足, 均可引起植物神经的传导障碍, 造成肠麻痹, 继而腹胀。

不能认为腹胀仅仅是引起不适, 因为气胀剧烈, 肠内压迅速升高, 达到一定限度可造成肠壁血循环障碍而致胃肠麻痹(功能性肠梗阻)。它不但可促成肠粘连, 还可转化为肠绞窄、

肠坏死；大量液体渗入肠腔可引起或加重术后休克；肠道的生理屏障受损还可能发生腹腔感染，甚至发生菌血症、毒血症、败血症。尽管这些情况并不常见，但绝不可因此而轻视术后腹胀问题。

腹胀诊断上不难，只要看到腹胀，叩呈鼓音，肠蠕动弱或无，即可确诊。

一、预防

择期手术者应在术前尽力纠正各种失调，尤其是水、电解质，酸碱、维生素（特别是B族维生素）等，并在饮食中避免多吃易产气的食物，如牛奶、豆制品、糖类。术前排空肠道粪便以灌肠为好，使用泻药可能加重术后腹胀。

术中重点在操作轻柔，少作翻动，仔细止血，避免污染，少用全麻。我们常在关腹前用0.5%~1%普鲁卡因30~50ml注入肠系膜根部作封闭，对促进肠蠕动有一定好处。但对腹内有严重感染与污染者慎用。

二、治疗

（一）足三里封闭 即将促肠蠕动的药剂注入足三里穴中。

1. 药物：通常用维生素B₁ 100mg。因为维生素B₁缺乏会阻碍乙酰胆碱的合成，影响神经冲动的传导过程。也可用新斯的明，有吻合口者剂量宜小，如 $\frac{1}{5}$ ~ $\frac{1}{4}$ 支，无吻合口者可加大至 $\frac{1}{2}$ 支（均加水释放至2ml）。

2. 注药法：用长细针头（如6 $\frac{1}{2}$ ）吸好药物，找准穴位。（最简单的办法是将病人的掌心窝放在髌骨上，中指尖端指向胫骨前缘，在此点向外旁开一指即是足三里，以上所说的手与指

都是病人本人的手与指,在穴位压之有酸胀感,证明位置正确,否则可上下略作移动,直至压有酸胀感为准)。然后,用细针头快速刺过皮肤,一面转动一面向深部前进,有酸麻胀感即止,将药液以较快速度推入穴位。若酸麻胀感有上下窜动者效果最佳。如未得感觉,自以为到了穴位就推药,那仅是一次腿部的肌肉注射,不能达到与中医穴位起协同作用的目的。

3. 次数:依临床需要而定,可4~6h一次或早晚各一次,左右足三里穴可交替注射。

(二)使用止痛剂 术后切口疼痛由于痛域的不同,耐受程度很不一致,使用止痛剂要注意节制。下面是我们的做法:

1. 无禁忌者:尽量采用硬膜外吗啡注射(详见“胃癌晚期病人的处理”)。

2. 有禁忌或未作硬膜外用者:术后疼痛尽量用冬眠剂、镇静剂代替,不得已时才用度冷丁或安依痛。近来我们采用口含盐酸二氢埃托菲与注射丁丙诺菲效果尚可,且对肠蠕动影响甚小。

3. 早期下床活动:依病人的全身情况与手术情况,应尽早早期活动,以利于肠蠕动的恢复,促进全身循环,改善全身情况。

4. 脐灸或脐窝内置入冰片、麝香:详见“胃切除术后功能障碍”。

5. 关腹前向肠腔注入中药:我们在动物实验及大量病人中使用,效果良好,绝大多数可在24~48h排气。方剂可用大承气汤,增液承气汤加减,还可用扶正理气汤:

太子参 15g,枳壳 9g,旋复根 12g,姜半夏 9g,青皮 9g,陈皮 9g,广木香 9g,延胡索 15g,谷芽 30g,麦芽 30g,蒲公英 30g。

6. 胃肠减压:因为 80% 气体由食道进入胃肠,故用胃管吸出这一部分气体,足以解决大部分胀气。有人建议在腹胀严重者置入 M-A 管,其实这种措施是无效的,因为,胀气严重必然缺少肠蠕动,M-A 管只会停留在胃内,极少可能借肠蠕动而进入小肠。

7. 肾囊封闭:每日左右交替封闭 1~2 次,可阻滞交感神经对肠蠕动的抑制。

8. 腹壁用冷水、冰袋或乙醚:(详见“粘连性肠梗阻的处理”)。

9. 使用抑制交感神经的药物:如冬眠灵类药物以促进肠蠕动,若与新斯的明各半量注射可起协同作用。但须注意冬眠灵可使脉率增速,已有脉速者要慎重,同时血管扩张有引起或加重休克之虞。

另外,我们在研究脉管炎(伯格病)中,曾用利血平 0.5mg 加盐水 20ml 行股动脉注射,能有效地使痉挛的血管扩张,下肢明显变热,这种作用可持续 3~7d,我们将这一方法用于腹部手术,即当手术完毕后,在横结肠系膜根部的中区肠系膜上动脉搏动处注入利血平 0.5mg(加等渗盐水 20ml),临床观察证明,这种小剂量一次注射的利血平,确实有利于肠蠕动的恢复,且对全身血压无影响。

第二节 呃逆

膈肌阵挛性收缩同时声门反射性关闭即可造成呃逆。持续不停的呃逆可引起创口剧烈疼痛,并大量消耗病人的体力。

当某种原因,如膈下积液积血,胰腺炎、腹膜炎等引起呃逆反射弧兴奋时,膈肌即反射性阵挛。上腹部手术对膈刺激

多,呃逆也多,处理上应尽力设法解除刺激原因,如对症处理常易获效。中毒性者,如尿毒症、肝功衰竭等,因为病因不易去除,故呃逆呈顽固性,经处理呃逆虽可经暂停止,但随即又发生。最后,发展为精神性呃逆。对此,重点在于解除精神因素,可使呃逆自行停止。

对术后数日才出现的呃逆,要警惕腹内是否出现了新的病理变化,应予严密观察,必要时进行相应的检查。在放射线透视下见呃逆常为一侧的膈肌痉挛,多为左侧。

一、二氧化碳吸入法

二氧化碳的吸入可影响呼吸中枢,改变膈肌的阵挛状态。但对酸中毒者禁用。吸入时最好使用麻醉机面罩吸入空气或加入5%二氧化碳的混合氧气。只作平和呼吸,如长时间深呼吸可致二氧化碳过多,引起头晕不适,甚至引起神志改变。一般吸入2~3min即可见效,复发者可再用。若无此设备可用大信封或用厚纸糊成大纸袋,紧罩口鼻部,反复吸入含二氧化碳量较多的呼出气体,几分钟之内也可见效。

二、针刺

通常用法:①内关、天突、强捻3min;②人中,强刺激;③鸠尾(剑突尖部略下,躲开软骨向上斜刺1.6~3.3cm)强刺激;④扶突,乳突至胸锁关节的中点,胸锁乳突肌的后缘,刺入3.3cm,强刺激,留针可延长作用时间。

三、中药

中医将呃逆视为气逆,有虚逆(呃声低微、形气怯弱)、实逆(呃声响亮,形气壮实)之分。

(一)**虚逆** 用①丁香柿蒂汤:丁香 6g,柿蒂 6g,人参 3g,生姜 5 片,水煎温服。②旋复代赭汤:旋复花 9g,代赭石 9g(打碎先煎),人参 9g,生姜 9g,半夏 9g,炙甘草 6g,大枣 3 枚,水煎后分 3 次温服。

(二)**实逆** 用竹叶石膏汤:竹叶 15g,石膏 18g,半夏 9g,麦冬 9g,人参 6g,梗米 15g,炙甘草 6g,加柿蒂 6g,竹茹 6g,水煎后服。

四、药物注射

(一)**镇静剂** 如溴剂、巴比妥类、冬眠类、阿托品、聚乙醛,其中冬眠类较好。

(二)**止吐剂** 如大剂量的灭吐灵,一次 2 支肌注或静注均可。

(三)**呼吸兴奋剂** 利他林可兴奋呼吸中枢,阻断呃逆反射弧。可用 10~20mg 静注,但也有人认为并无解呃的特异作用。还有人用麻黄素 5mg 静脉点滴,但对高血压者忌用。

五、其他

(一)**蒸馏水气管内注射** 经环甲膜穿刺,向气管内注蒸馏水 1ml,诱发病人呛咳,即可停止呃逆。

(二)**导管刺激咽部** 迷走神经是传导呃逆冲动的主要神经,咽部感觉是由它传导的,因此,按“闸门学说”咽部受导管(经口或鼻送入)的快速刺激,可抑制迷走神经的传入,从而停止呃逆。

(三)**肺膨胀** 有气管插管者,只要接上呼吸机,挤压呼吸囊并坚持 10~20s,呼吸道气压达到 0.29~0.39kPa (30~40mmH₂O),呃逆即可停止。

(四)民间传统方法 例如突然重压眼球(过重偶可发生心跳骤停)、突然用力拉舌头、用酸、辣物刺激悬雍垂等都是刺激迷走神经的简易方法。

(五)膈神经封闭 麻醉膈神经是最有效的办法,但不宜同时封闭双侧,若盲目选择可先作左侧,具体定位须在 X 线透视下观察。对较重的呃逆常须多次封闭。

第三节 切口疼痛

切口疼痛是某些病人惧怕手术的重要原因。痛域随个体差别甚大,至今没有一个简易可行的划定痛觉程度的统一标准。经临床观察,为方便处理,我们愿将切口痛分为原发与继发两类。

一、原发切口痛

原发性切口痛指经局部与全身检查,排除了其他原因,纯粹是手术造成的切口痛。

对疼痛的处理应该及时,同时,应避免某些并发症的表现被掩盖,而可能错过早期诊断或早期处理的时机,因为有些止痛剂可抑制肠蠕动,延长肠蠕动恢复时间,可能会引起肠粘连、肠梗阻等。我们采用下列方法处理。

(一)硬膜外吗啡注射 据我院麻醉科资料,在 1990 年以前已施行 400 例以上,效果相当满意。作者本人因胃溃疡作了胃大部切除,亲身体会到其止痛效果之优良。具体操作方法与发生的并发症详见“胃癌晚期病人的处理”。

(二)适当使用止痛剂 术后切口痛轻者可用镇静剂、冬眠剂。剧毒药效果好,但要注意成瘾性及抑制胃肠蠕动,如吗

啡、度冷丁、安依痛、芬太尼等可交替应用。我们使用盐酸二氢埃托菲、丁丙诺菲,认为它们成瘾性小,且不影响肠蠕动。

(三)针麻止痛 按手术部位选定有关穴位,强刺激留针可有效地止痛,如用针刺麻醉法效果更好。穴位选定最简易的方法是肢体用足三里穴,腹部取切口旁中点(阿是穴)左右各置一针,接上小型针麻机,高频率、高强度,以病人能忍受为度。从我们的实践看,针麻时间可不受限,中间可暂停,不去针,需要时再开机,方法简单,掌握容易,无副作用,不仅可以止痛,且能调节神经系统,促进胃肠蠕动和术后恢复。

二、继发性切口痛

继发性切口痛指非切口本身所致的,且持续存在的切口痛。其原因有:①切口感染:虽与细菌有密切关系,但常同时存在其他问题,如高龄、抵抗力降低、损伤、糖尿病、黄疸等等。②切口血肿:术中止血不够仔细或事后线头脱落引起继发出血,或原有凝血机制问题等。③切口内异物:主要是线头,切口内有异物后,使局部组织对细菌的抵抗力降低。④切口死腔:缝合时未能消灭死腔,又未加引流,易于积血、积液。⑤切口张力:如腹胀、腹水等。

处理继发性切口痛的关键在于去除原因,术时着重对下列问题作出适当的处理。

(一)认真止血 必要时以激光刀、超声刀施术;术后病人血压较低时,除有特殊情况,不应急于关腹,应请麻醉医师快速输液或用有关药物提高血压至正常水平,观察仍无出血才关腹。

(二)防止污染 对可能造成腹腔或切口污染者,均用纱布垫加以保护,需要时应加引流,并注意引流位置、引流物、引