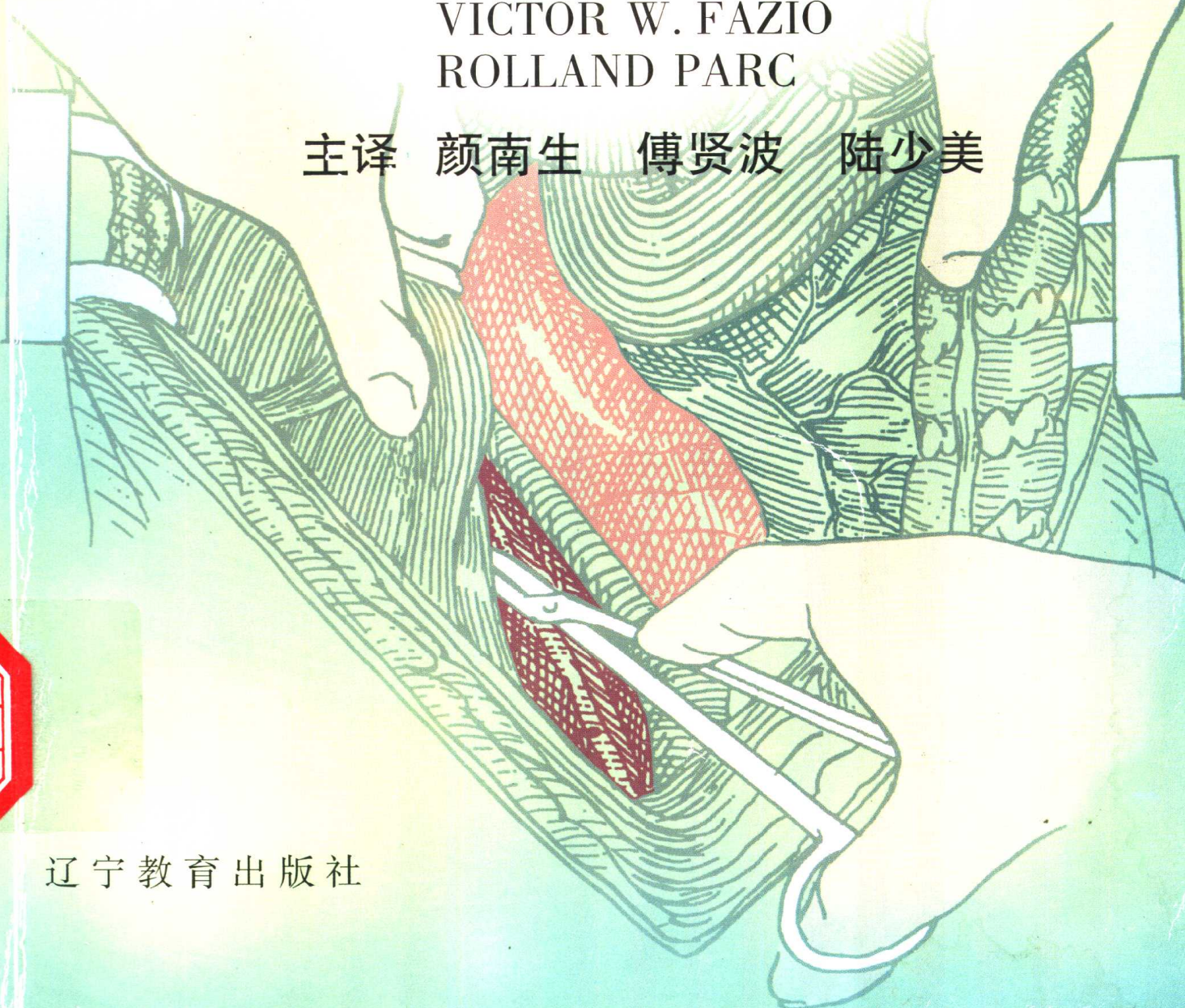


结肠直肠 外科手术图谱

原著 MICHAEL R. B. KEIGHLEY
JOHN H. PEMBERTON
VICTOR W. FAZIO
ROLLAND PARC

主译 颜南生 傅贤波 陆少美



辽宁教育出版社

107223

结肠直肠外科手术图谱

Michael R.B.Keighley

John H.Pemberton

原著

Victor W.Fazio

Rolland Parc

主译
审校

颜南生 傅贤波 陆少美

译者

修典荣 袁 炯 李 强

张照辉 傅 卫 侯宽永

辽宁教育出版社

版权合同登记 06—1998 年第 247 号

图书在版编目(CIP)数据

结肠直肠外科手术图谱/(美)基斯利(Keighley,M.)等著;
颜南生等主译.-沈阳:辽宁教育出版社,1999.1
ISBN 7-5382-5407-2

I. 结… II. ①基… ②颜… III. ①结肠-肠疾病-外科手术-图谱 ②直肠疾病-外科手术-图谱 IV. R656.9-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(98)第 37341 号

©Churchill Livingstone, a division of Harcourt Brace & Company
1996

ALL RIGHTS RESERVED. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without prior permission of the publisher (Churchill Livingstone, 650 Avenue of the Americas, New York, NY10011).

本书中文简体字版由 Churchill Livingstone, a division of Harcourt Brace & Company 授权辽宁教育出版社独家出版, 未经出版者书面许可, 不得以任何方式复制或抄袭本书的任何部分。

出版发行/辽宁教育出版社
地 址/沈阳市和平区北一马路 108 号
电 话/23858161
邮 编/110001
责任编辑/马芳 韩梅
美术编辑/谭成荫
封面设计/曹太文
印 刷/朝阳新华印刷厂
规 格/787×1092 毫米 1/16
印 张/26
版 次/1999 年 1 月第 1 版
印 次/1999 年 1 月第 1 次印刷
定 价/78.00 元

献给我的妻子 Margaret ,感谢她为使我可以追求我的
外科和学术兴趣所做的一切。

Michael R.B.Keighley

献给 Elise, 感谢他无限的耐心, 他二十年不变的幽默
感 (绝大多数时间) 和他对 Johnny, Jeffrey, Lauren 和
Margaret 不动摇的一心一意的奉献, 使我能够荣幸和无忧
无虑的追求我喜爱的工作, 就像写这本书。

John H.Pemberton

谨将此书献给我的母亲, 一位伟大的女性, Kathleen
Eleanor Hills Fazio 她所做出的牺牲使我变成一名医生。

Victor W.Fazio

主要作者简介

MICHAEL R.B.KEIGHLEY, M.S., F.R.C.S.

Barling Professor of Surgery and Head
Department of Surgery
The University of Birmingham
The Medical School
Professor of Surgery
Queen Elizabeth Hospital
Edgbaston
Birmingham, United Kingdom

迈克尔·R·B·基斯利

英国伯明翰大学医学院外科学系脑外科教授；
伊丽莎白女王医院外科教授

JOHN H. PEMBERTON, M.D.

Professor of Surgery
Division of Colon and Rectal Surgery
Department of General Surgery
Mayo Medical School
Mayo Graduate School of Medicine
Consultant
Colon and Rectal Surgery
Mayo Clinic and Mayo Foundation
Rochester, Minnesota

约翰·H·彭伯顿

美国明尼苏达州罗切斯特梅奥医学院及研究生院普外科学系结肠直肠外科教研室外科教授；
梅奥基金会结肠直肠外科顾问

VICTOR W.FAZIO, M.D., F.R.A.C.S., F.A.C.S.

Professor
Department of Surgery
Ohio State University College of Medicine
Health Sciences Center at Cleveland Clinic
Rupert B. Turnbull Chairman
Department of Colorectal Surgery
The Cleveland Clinic Foundation
Cleveland, Ohio

维克托·W·法齐奥

美国俄亥俄州克利夫兰俄亥俄州立大学医学院外科教授；克利夫兰医院基金会结肠直肠外科学鲁佩特·B·特恩布耳主席

ROLLAND PARC, M.D.

Chairman
Department of Surgery
University of Paris
Professor of Surgery
Centre de Chirurgie Digestive
Hopital Saint-Antoine
Paris, France

罗兰德·帕克

法国巴黎大学外科学系主任；圣·安东尼奥医院消化外科中心外科学教授

序 言

结直肠手术图谱绝不是结直肠外科又一本教科书！我们的目的是清晰、简要的描述结直肠手术技术和步骤。这本书是针对结直肠医生、普通外科医生和正在接受训练的医生而写的。

我们尽量避免描述手术指征和手术结果。这是一本关于“怎样做”的书。这本手术图谱的四位作者都是在北美和欧洲地区非常有经验的专家。不可避免地我们阐述了一些个人的观点，并且由于这个原因，由我们每人对所写内容加上了评论。

为了使操作方法易于理解，我们在插图方面不惜花费很大精力。为避免重复，减少篇幅，对一些像吻合技术这样的共同问题，在书的开头给予描述，读者需要时可以反复参考。这样的话，在这一领域中的一般外科技术、造瘘口使用和总的手术进行过程都分别给予描述。

我们没有试图提供一本包罗万象的经典版本。这不是一本教科书而只是一本关于外科手术的手册，我们希望它能摆在每一位普通外科医生的书架上，成为那些正在接受训练者的家庭藏书。

Michael R.B.Keighley,M.S.,F.R.C.S.

John H.Pemberton,M.D.

Victor W.Fazio,M.D.,F.R.A.C.S.,F.A.C.S.

Rolland Parc,M.D.

目 录

第1章	切口 (John H. Pemberton)	1
第2章	肠管吻合 (Michael R. B. Keighley)	21
第3章	腹腔镜辅助下的手术 (Heidi Nelson, John H. Pemberton)	51
第4章	造瘘 (Michael R. B. Keighley)	61
第5章	肛管直肠手术	93
	痔 (Michael R. B. Keighley)	93
	肛裂 (Victor W. Fazio).....	105
	肛瘘 (John H. Pemberton).....	111
	肛管直肠周围脓肿 (John H. Pemberton).....	119
	肛门部疣 (Michael R. B. Keighley)	124
	含毛病 (John H. Pemberton)	127
第6章	括约肌和盆底重建 (John H. Pemberton)	131
第7章	直肠脱垂 (John H. Pemberton)	145
第8章	便秘 (Rolland Parc).....	165
第9章	结肠息肉 (Rolland Parc)	181
第10章	结肠直肠癌 (Michael R. B. Keighley)	189
第11章	憩室性疾病 (Michael R. B. Keighley)	243
第12章	肠管炎性疾病	263
	结一直肠切除, Brooke 回肠造瘘和限制性 回肠造瘘 (John. H. Pemberton)	263
	回肠储粪袋与肛管吻合 (John H. Pemberton) ...	282
	Crohn 病 (Victor W. Fazio)	297
第13章	大肠梗阻 (Michael R. B. Keighley)	325
第14章	结肠直肠外伤 (Susan Galandiuk).....	345
第15章	结肠直肠出血 (Michael R. B. Keighley).....	357
第16章	肠瘘 (Victor W. Fazio)	363
第17章	直肠阴道瘘 (Victor W. Fazio)	379
	索引	391

第 1 章

切 口

John H. Pemberton

修典荣 译

体位

病人在手术台上的体位好像是一个不重要的细节，但多数外科医生可以回忆起他们不得不为一位会阴部已经滑离开手术台的病人完成腹会阴联合切除手术的情形。在消毒铺单前花点时间用些小窍门常常是非常有益的。

联合体位

虽然 Lloyd-Davies（图 1-1, 1-2）体位已经改进，采用了 Allen 脚蹬，但是其原则仍然未变：将病人的会阴部悬吊使其离开手术床尾。为了避免手术后下腰部的严重不适，应当像图中所示的那样将病人的骶部用枕头垫好。如果臀部摆放合适，对处于 Trendelenburg 体位的病人行腹会阴联合切除术中盆底解剖操作时，病人就不会向头侧移动。或者，将病人的肩部垫好也可以防止病人在手术台上的移动。

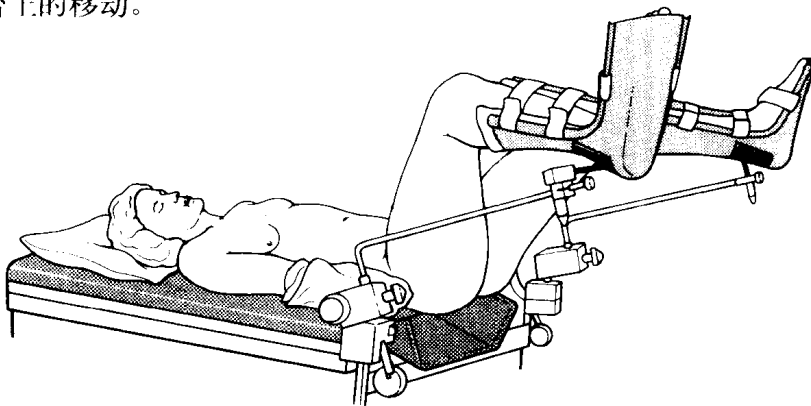


图 1-1.
1

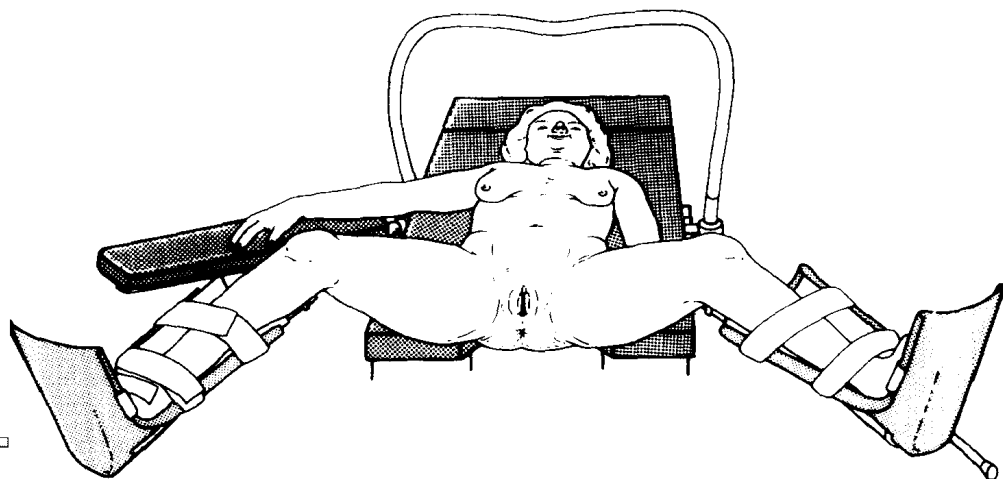


图1-2.

用其它脚蹬很容易造成腓总神经的损伤，而 Allen 脚蹬则对此神经没有任何压迫。将脚跟稳固地放在脚托内后，向后上牵拉脚蹬支持腓肠肌部分。这样，病人的双腿通过脚跟悬起来，腿能被很好的衬垫而不与任何金属接触。

将病人的左上肢紧靠病人身体，裹好后再用枕套和海绵双重保护。一般情况下，这时病人的右上肢外展，以利麻醉师给药。如果必需，也可以放在病人的体侧。

腹部和会阴消毒铺单。器械台可以像欧洲常用的那样放在病人的两腿之间，也可以像美国常用的那样放在病人的头上方，也可以在两个部位各放一个器械台。重要的是，当放在病人的头上方时，必须放置牢固，而若仅放在病人的胸部水平，加上较陡的 Trendelenburg 体位可能会使得腹部操作空间太小。这种体位的另外一个好处是在进行腹部操作时第三助手可以站在病人的两腿之间。再则，这样也可以使另外一个手术组同时进行会阴部分的操作（直肠切除，直肠内镜下的粘膜切除或吻合器操作）。使用这种体位的另外一个指征是预计手术中可能要用结肠镜检查时。

仰卧位

仰卧位可以用于除盆腔解剖以外的所有腹部手术。上肢的位置根据将进行的手术而定。对右侧病变，左上肢外展；对左侧的病变，右上肢外展。Trendelenburg 体位有时难免会采用，因此将病人的踝部用布带固定好是很重要的。

折刀卧位

如需要全麻，可以先将病人在推车上施行麻醉。将病人的双上肢靠在身体侧方，然后翻滚到手术台上。头下放一个枕头，胸部贴在手术台上，臀和下肢各放一个枕头。将臀部放在手术台的连接部是很重要的。同样重要的是，要像图1-3所示的那样将腿略抬高一些。两臀可以用胶带拉开。如图所示，双上肢呈 90° 外展，同时

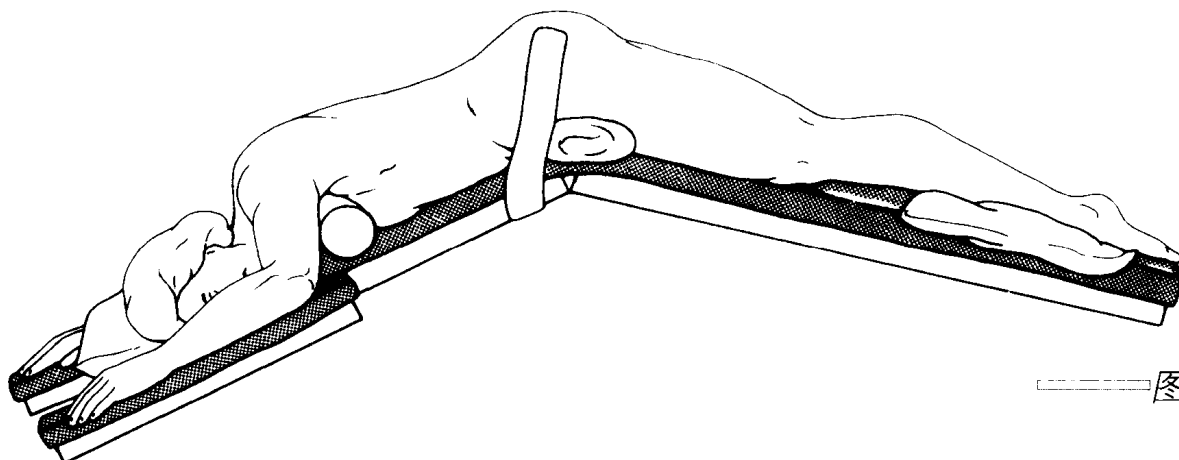


图 1-3.

屈肘90°。手掌朝下。几乎所有的会阴部手术，我们都是用的这种体位。

截石位

使用脚蹬的截石位（图 1-4）用于需用麻醉的所有检查和需要全麻的内镜检查。再则，这种体位对吸入麻醉较方便。由于这种体位特别笨拙，当操作时间需要超过几分钟时，应用 Allen 脚蹬取代一般的脚蹬。同样，病人的臀部要放得可以使会阴部悬离开床尾。由于这种体位可以使肛门会阴部组织充血，而使得像痔疮和（或）肛瘘切除等手术复杂化，因此，我们仅用这种体位进行非肛门部位的手术。

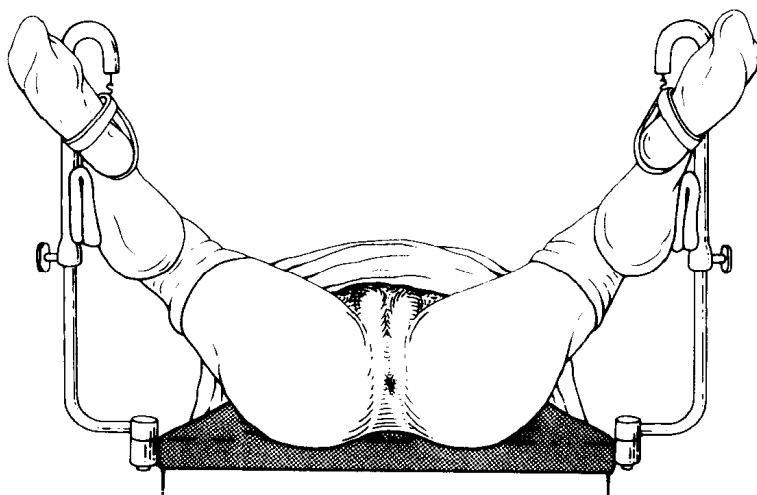


图 1-4.

左侧卧位

在左侧卧位（图 1-5）将臀部伸出手术台外 4~6 英寸（1in=2.54cm）。上肢的位置如图所示。这种姿势由 Localio 等人推广普及，用于腹骶入路行低位直肠癌切除手术。在这种体位时，腹部作一个 S 形切口（图 1-6A），以帮助移

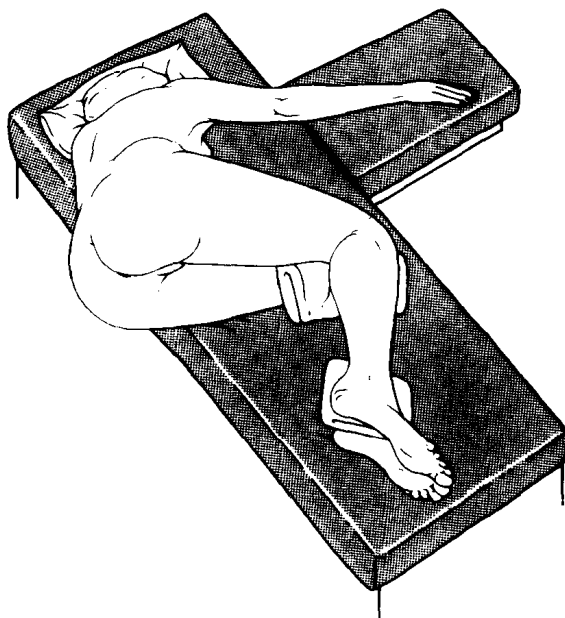


图1-5. ———

动腹内容物。同时，作一个经尾骨的切口进入骶前间隙（图1-6B）。很少有外科医生采用这种入路处理直肠肿瘤，提及这种入路仅是为了全面。最近有人使用这种径路作为腹腔镜下低位前切除的一部分。

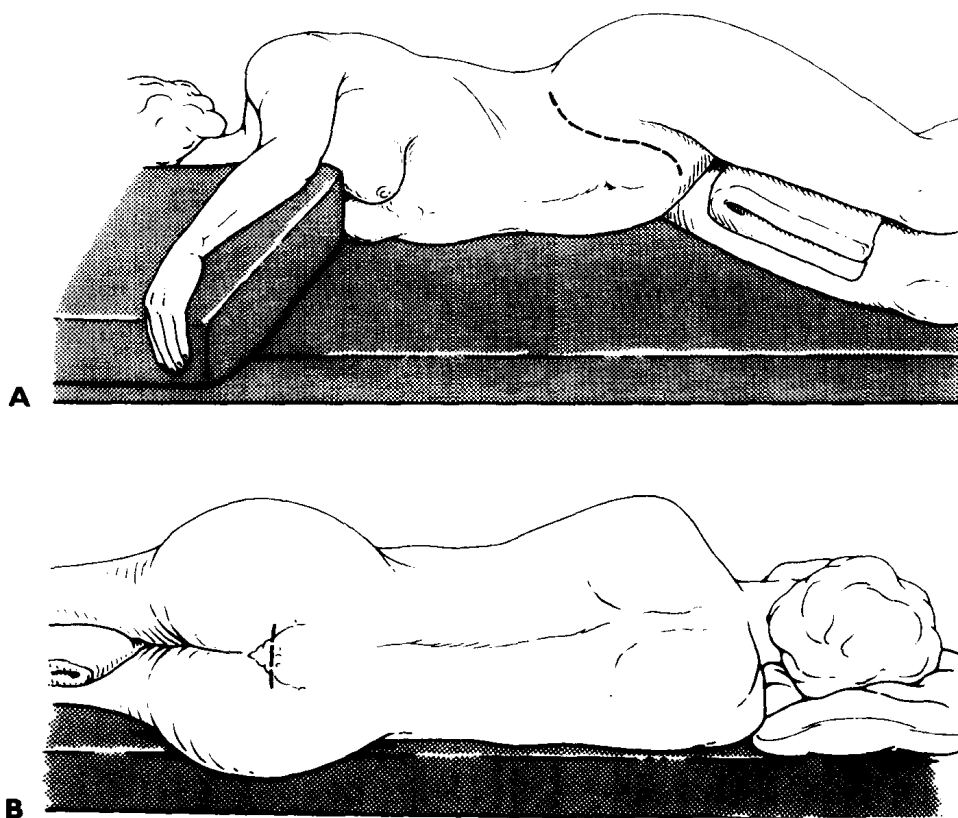


图1-6. ———

切口

正中切口

无论是常规手术还是急诊手术，正中切口都是我进行所有腹部手术的选择。当行急诊剖腹探查时，这种切口似乎是必须的。这种切口不受病人体重和体形的限制。

上腹部正中切口可以用于胃、食管、脾、肝左叶和各种其他的普通外科手术（图1-7A）。跨过脐向上下延长的中腹部正中切口，可以用于小肠和右侧结肠的切除（图1-7B）。延长至脐以上的下腹部正中切口（图1-7C），可以用于结肠切除、直结肠切除、左半结肠切除、乙状结肠切除和直肠切除。在决定是否要将下腹部正中切口向上延长至脐以上时，我发现这样一个规律是很有帮助的：当在切口的最上端仍然不能看到胃时，这时，结肠的脾曲偏高，对其操作将没有安全保障。应当向上延长切口直至可以看到胃为止。

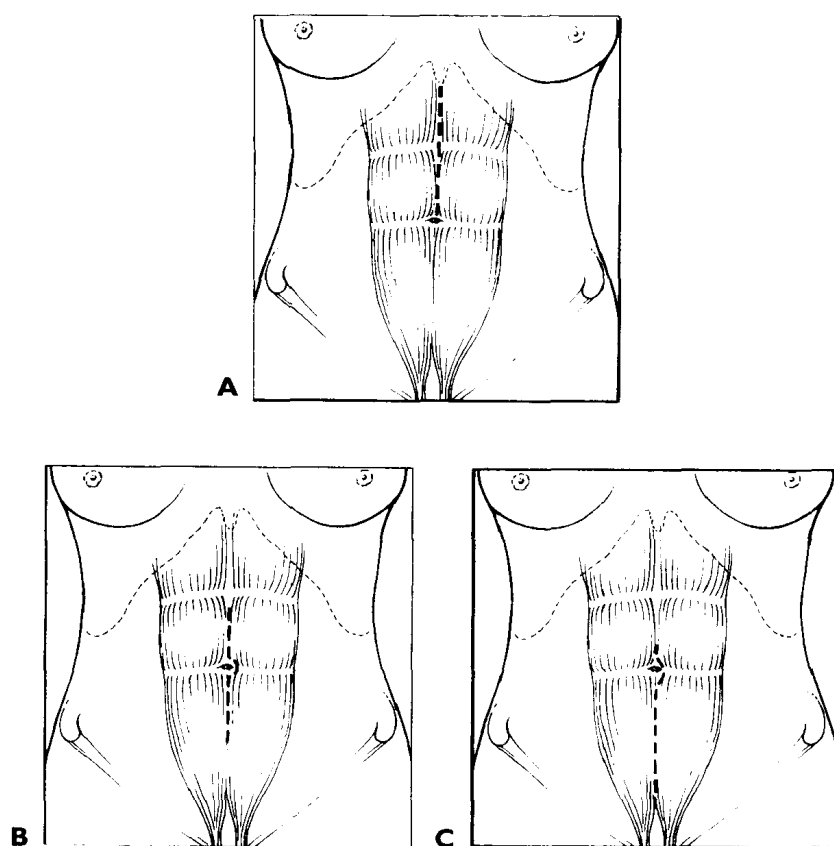


图1-7.

尽管现在时兴的作法是用刀将皮肤切一浅口后再用电刀，但这似乎没必要，而且浪费时间和血。快捷、简单并且近乎不出血的方法是一直用手术刀。一旦露出脂肪后，再用手指分开伤口。通过牵拉和用手指压迫伤口，出血很少。在

中线平面即与受牵拉的筋膜分开（图1-8A）。由于脐以下的白线常常不明显，因此这种手法是很有用的。当白线已经切开后，皮肤和皮下脂肪的出血已经停止，很少需要电凝止血（图1-8B）。

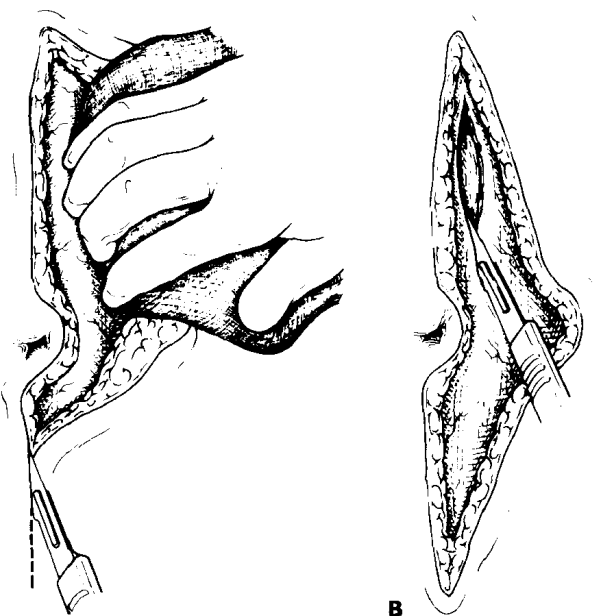


图1-8. —

横切口

连接两髂前上嵴之间的直或弧形横切口（图1-9），是除正中切口之外的另一个选择。我曾经在为一例肥胖病人进行手术时采用过这种切口。

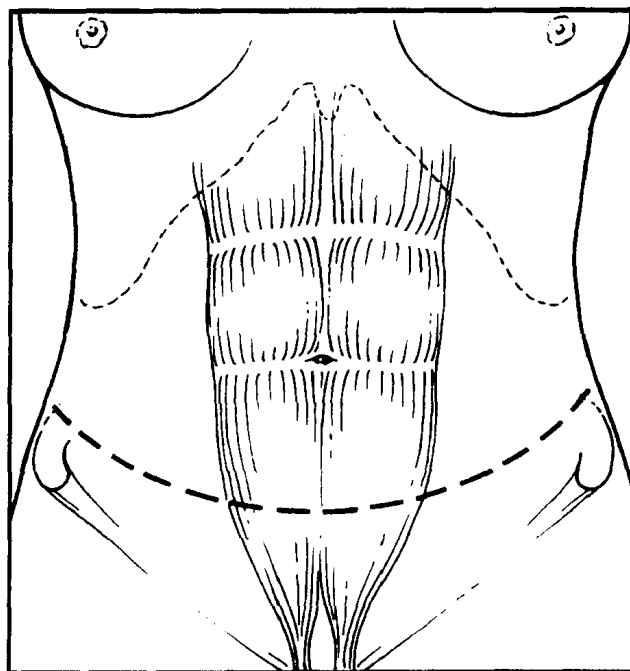


图1-9. —

造瘘切口

如果可能,造瘘部位应当在手术前定好(参考第4章)。在预先标记好的部位环形切除皮肤及相应的皮下脂肪直至前筋膜。在筋膜上作一“十”字形切口,分开肌肉,此时若碰到腹壁血管,则将其结扎。

入路

腹会阴切除手术

腹腔入路 像图1-1所示的那样将病人摆成联合体位,常规消毒铺巾。下腹正中切口并向右绕过脐。在左下腹由造瘘专家预先标记好造瘘的部位。切口一直深达盆腔,腹部操作部分见第10章。第二个医生可以在任何时候开始会阴组的手术,最好是在腹组将直肠完全游离以后进行。

会阴部切口见图1-10,这是一个距肛缘3~4cm的椭圆形切口。不需要作很大的切口。如图1-11所示,不论皮肤切口的大小,盆底肌肉均可以根据需要切除或保留。

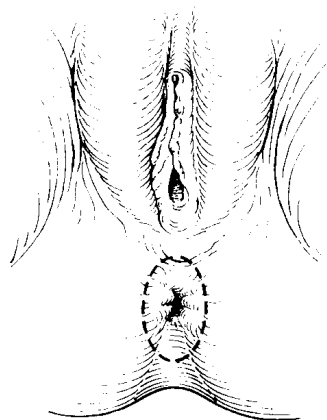


图1-10.

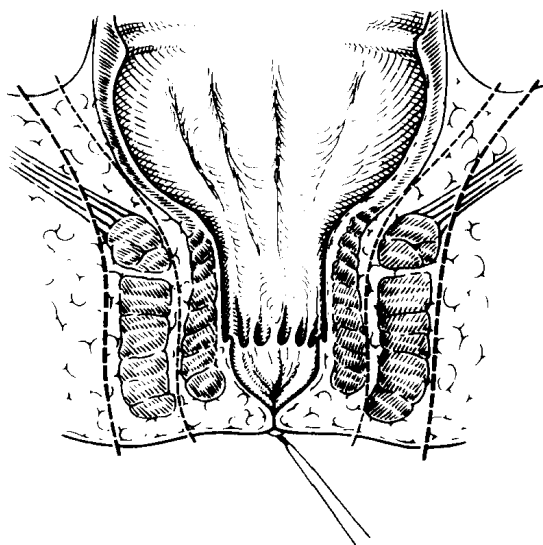


图1-11.

会阴入路 肛门预先严密缝合以防止肠内容流出。图 1-11 显示的是矢状断面准备切除的范围。注意，任何宽度的盆底肌肉切除均可做到。细点虚线显示的是用于肛门直肠内良性肿瘤切除时的括约肌内入路，而粗虚线显示的是用于直肠癌切除时的更标准的切除范围。

切开皮肤后，用 Kraske 有齿拉钩将伤口拉向侧方帮助暴露。一个小有齿拉钩向前方牵拉。用电刀沿肛门环形切开皮下脂肪，直至肛门后方肛尾韧带。很少有血管需要结扎。此时，我常将手指放到肛尾韧带的后方，然后向下压肛尾韧带，在手指的上方将其剪断（图 1-12）。在此处，我常常直接切开进入腹腔（以看到腹组医生在盆底放置的纱垫为标志），这说明直肠周围解剖以及达到提肛肌水平。

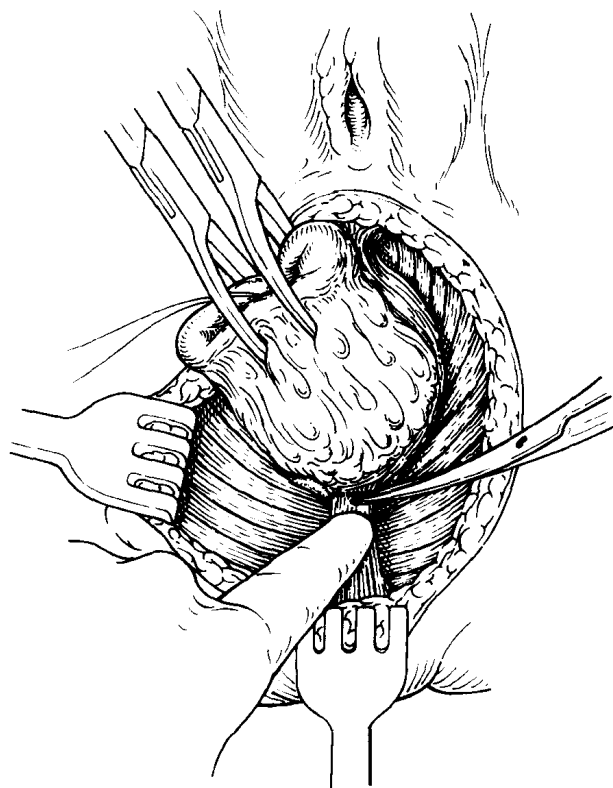
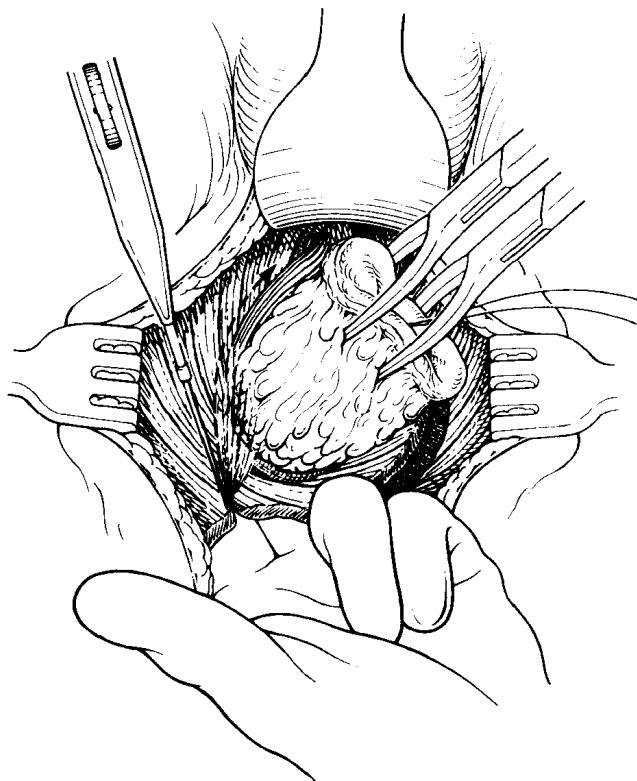


图 1-12. ————

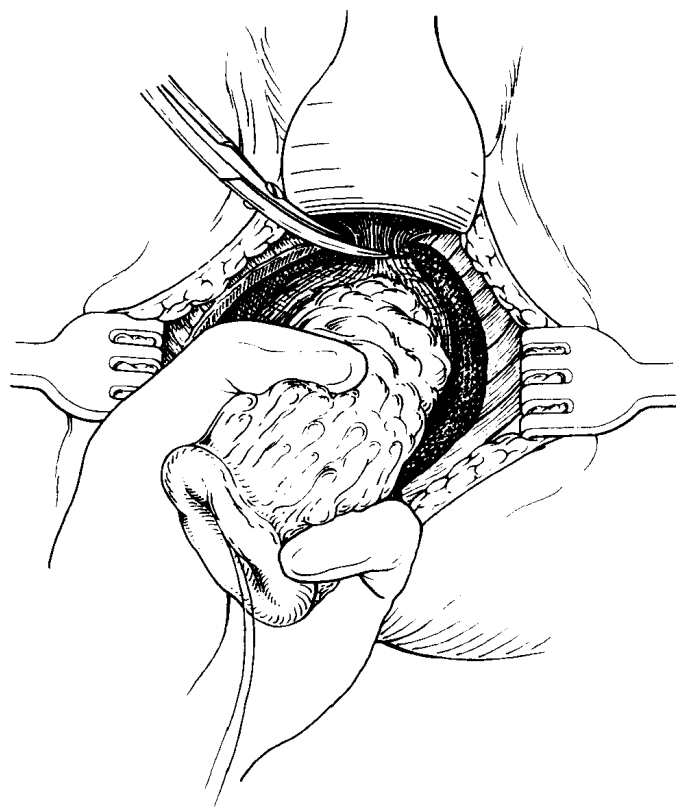
用电刀切断提肛肌。医生的手指放到盆底肌肉上方的盆腔内，用来指导将其从正后方的 6 点处切断至侧方的 3 和 9 点处。图 1-13 显示的是切至 9 点时的情形。此时，标本由腹部术者经后方推下并准备移走。

图 1-14 显示的是医生用左手握着标本。医生正在直视下解剖前壁附着的组织，常常是附着的前列腺或阴道。可以用电刀或钳夹在这个平面上切断耻骨直肠肌。

注意 如果将标本从后方移出，这样，前壁结构的暴露靠向后方的牵拉，很容易错将创面扩大到膀胱。为防止发生这样的事，在将标本从后方拖出后，触



——图1-13.



——图1-14.

摸一下放置在膀胱内的尿管可以避免将膀胱不必要的暴露在会阴部创面内。

此时，主要的操作是切断盆底肌，完成9点和3点间的游离。这可以使得标本能够从后方拖出有助于在直视下游离前壁的附着组织。标本移走后，在会阴切口的两侧各放置一根圆负压引流管（图1-15A）。盆底肌用粗 Vicryl 线间断缝合拉拢（图1-15B）。皮下组织用细 Vicryl 线缝合，皮肤用 Vicryl 线连续缝合。

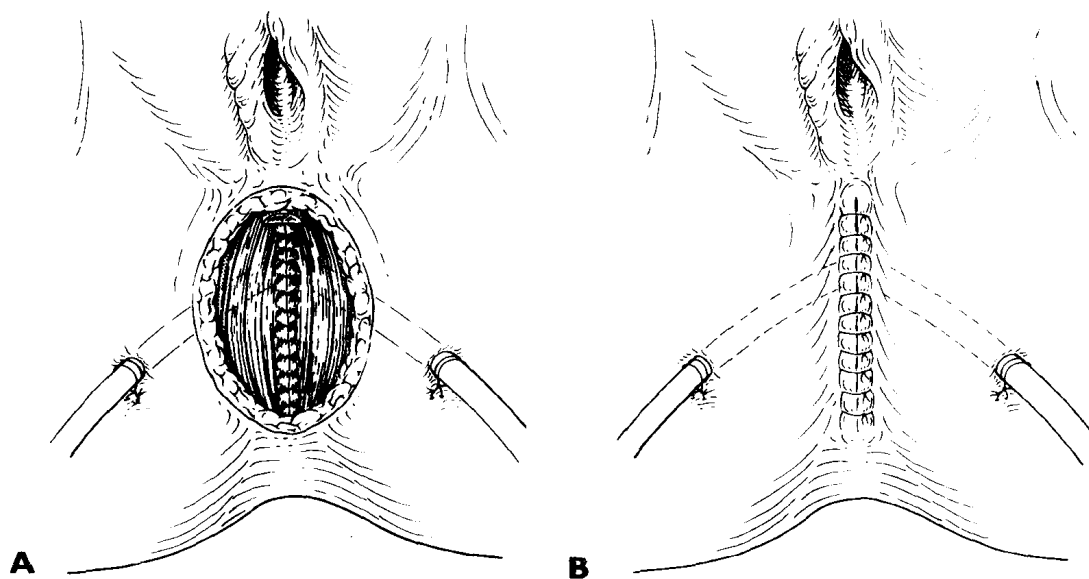


图1-15.

括约肌内入路 括约肌内入路和标准会阴入路的主要区别是其保留了大量的肌肉（外括约肌、耻骨直肠肌和盆底肌）。为达到这个目的，切口应非常靠近肛门，在肛门内外括约肌间游离（图1-16A），直达耻骨直肠肌的上端（图1-16B）。这种手术容易进行但相对于标准的入路，有时出血较多。

其它操作与严格的标准操作相同。如果直肠癌位于直肠的下三分之一而紧靠盆底肌，即不主张采用括约肌间入路。直肠切除的目的是要达到广泛清除。如果直肠括约肌间入路不能达到广泛清除的目的，则应采用标准的包括盆底肌在内的切除。括约肌间入路主要用于炎症性肠病和家族性息肉病而不准备重建原位肛门的病人。

肛门内和直肠内手术

在我们医院，将需要进行肛门内或直肠内手术的病人摆成俯卧折刀位（见图1-3）。此时采用这种体位的最大好处是不会像采用截石位那样造成肛门和直肠充血。然而，体形较大病人直肠后壁的息肉用截石位时能够更好的暴露。