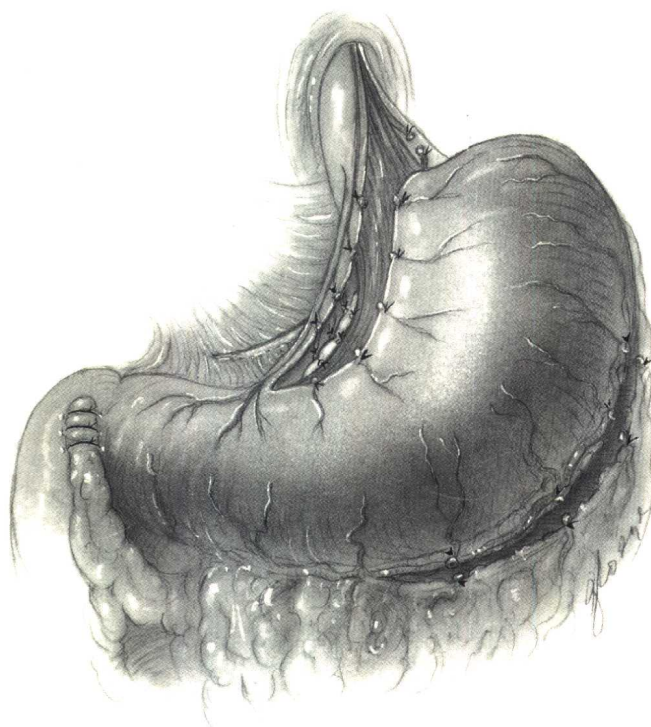


《实用外科手术图谱》丛书

胃外科手术图谱

MICHAEL J. ZINNER



W 世界图书出版公司

《实用外科手术图谱》丛书

胃外科手术图谱

原 著 Michael J. Zinner
绘 图 Gwynne Gloege
译 者 王云杰
审 校 刘 锟

世界图书出版公司

北京·上海·广州·西安

(陕)新登字 14 号

Atlas of Gastric Surgery

Michael J. Zinner

Illustrated by Gwynne Gloege

Copyright Churchill Livingstone Inc. New York

版权贸易合同登记号:25-1995-026

Churchill Livingstone 公司授予世界图书出版西安公司在中华人民共和国境内的中文专有翻译、出版和发行权。未经许可,不得翻印或者引用、改编书中任何文字和图片,违者必究。

胃外科手术图谱

原 著 Michael J. Zinner

绘 图 Gwynne Gloege

译 者 王云杰

审 校 刘 锟

责任编辑 黄海东 赵天堂

世界图书出版西安公司出版发行

(西安市西木头市 34 号 邮政编码 710002)

陕西省印刷厂制版印刷

全国新华书店、外文书店经销

开本:787×1092 1/16 字数:120 千字 印张:15.625

1996 年 8 月第 1 版 1996 年 8 月第 1 次印刷

印数:1—5000 册

ISBN 7-5062-2190-X/R·73

Wx2190 定价:(精)126.00 元

丛书序言

数年前,虽然我拒绝了北美公司编辑一套世界性多学科手术图谱丛书的计划,但随后我对外科手术图谱的价值却想了很多。当前外科学进展迅速,并冲击着正常的外科教育,而技术的发展又需要提高这类图谱的质量,在现有条件下,出版一套优秀丛书的想法是非常有吸引力的。所以,当Churchill Livingstone 出版公司建议出版一套新的手术学图谱丛书时,我便欣然同意了。

近 25 年来,外科学的实践及技术变化非常显著。在调查了几个大型外科中心几天中的手术表之后,我很快得出这样的结论:1988 年施行手术中 90% 是我在 1963 年任中年资住院医师期间没有见过的,或者是不能安全施行的手术。如此大量新知识的引入,不可避免地导致了分科和专业化。1963 年,麻省总医院要求普通外科住院总医师具有独立施行心脏、结肠、直肠、妇科、儿科、整形、胸部及血管外科手术的经历。今天,每个专科都有其正式的专业证书和住院医师评审程序。正规的普通外科训练,常包括内分泌、骨折、胃肠、手、肝胆、重症监护、肿瘤学、胰腺、脏器移植及创伤外科。在某些医院,上述训练已作为专科医师的训练项目,并进而得到正式专科认可。神经外科、矫形外科、耳鼻喉科及泌尿外科原来就是住院医师的各单科训练项目,但在低年资轮转阶段,普通外科医生对上述专业都要有原则上的了解。广泛接受多学科的技术和教育,使那个年代的住院医师成为“多面手”。这种“多面手”能使他们更快地发展他所感兴趣的二级专业(25 年前几乎没有一位女性外科住院医师)。然而,今天一个外科医师要得到像那个年代一样的训练,即要学习外科全面的技能是不可能的。

专业化是不可避免的,并有着继续发展的巨大动力。生物医学基础知识的迅速增长及其在临床上的应用,很难使几个学科的新进展保持同步性。大家对内科学和外科学进展的兴趣以及了解,已经导致了人们对专业技能的普遍期待。由于对重点医院的信任,无论能力多强的非专业人员,当其处理疑难问题时因医疗不当引起诉讼的风险,更加强了专业化的趋势。内科和非手术学科专业化的迅速出现,导致了对应的外科专家相关模式出现。医学院校人材的聘用和提升,在很大程度上取决于其在科学上和学术上的贡献,而这些贡献几乎都被解释为需要精力的集中和知识的专业化。但是,现代交通运输未必能将一个少见而复杂的病例在两小时内运至有处理这类问题能力的专家处。

另一方面,仍继续有多种因素在支持外科学知识和技术的更普及化。因为,过分强调专业化给社会带来了沉重的负担。在美国,医药总费用已高达需采取强有力措施加以限制和纠正的程度。这种趋势使知识面较宽的外科医师身价倍增,例如作为减轻医疗费用的措施而引入的家庭病房制度(HMO),就使不能在每个外科专业雇用全日制专家的患者,有经济能力去寻求以计费服务的外科治疗,其结果是真正的、知识全面的外科医师备受欢迎,并活跃于家庭病房。很多开始时对他们有困难的手术,现在已能按常规安全而顺利地进行。

新开学科的手术已经标准化。当在地方医院也能像在有关医疗中心那样顺利而安全施行手术时,相当一部分病人便愿意在当地住院部就医,当地医生也鼓励病人那样做。然而,正如以上所述,人口较少的地区无法全面负担分工更细的专家,所以直至今日,在社区医院工作的外科医师仍需保留几个专科领域的技能,并且应将相关专业中正在变为常规化和标准化的技术用于自己的实际工作中。

内外科知识的剧增,使许多非致命性、但影响器官功能和生活质量的疾病经手术矫治取得了良好效果。当生命或肢体处在危急之中,较大的手术危险是可以接受的。施行这类外科手术,需要发挥术者的聪明和才智。但是修复性外科手术和预防性手术,必须使危险性降至最低程度。对手术后功能恢复的评估也需要细心,这就重新强调了外科学技术的细节及估计其对手术结果的影响。近年来随着机体对创伤和应激反应新知识的增长,加强了住院医师培训计划中重点监护训练、复苏以及对生物化学、药理学、营养学和脓毒血症方面的教育内容。同时,外科各专业的发展,实质上是基于技术的更新及对其在组织愈合和功能恢复中作用的了解。

所有这些与目前决定出版的一套新外科手术图谱有什么关系呢?一部医学教科书,特别是手术图谱,实际上是一种教学工具,出书的决心是以教学为出发点的。上述外科学的所有变化,直接影响到住院医师及继续外科教育。外科学知识和技术的迅速发展,则意味着大多数活跃的外科开业医师对许多正在形成而确有价值的新技术,既无个人经历亦未接受过教育。住院医师的训练计划和才能上不可避免地存在保守主义和传统观念,常使各地新技术的推广和教育不能迅速而同步地发展,以及引进到特定的计划中。大量专科的发展,使任何一个医疗中心和外科住院医师也无法在每个专业上保持当代的领先地位。

各学科间的技术和学术观点的交叉传播价值已得到充分肯定,但是专业间的壁垒却难以逾越。对外科住院医师应适当强调科学基础及获得对治疗休克、感染、免疫缺陷和营养障碍疾病的知识。在某些培训计划中,出现不重视技术及忽视技术重要性的倾向是可以理解的。但对于无生命

威胁的新手术,许多严重的后果均直接与外科技术有关。一套优秀的外科多专业手术图谱,有助于向每位有关的外科住院医师传播经验;并在他们完成住院医师实践后,帮助其获得实用的外科知识和技能。

一套比较理想的外科手术图谱应该成为外科学通用教材。其中每一部分应由本专业的世界性权威来讲授。他们富有经验,并能对各种应用性技术做出判断,以便有针对性地选择一种最适合于当地条件的技术,以取得最佳技术效果。在本套系列丛中,每卷的作者均为我所熟悉的和公认的技术名家,他们都是本专业的世界权威,对各专业的创建和发展做出了重大的科学贡献。每个人都大量发表过有关图解手术适应证的描述、基本原理及长期随访结果的论著。读者很容易对其发表著作中所描述的各类手术确定其实用性及有效性,并在实践中确信其价值。本套手术图谱丛书文字简洁、技术性强,对于真正愿意在自己实践基础上进一步获得优良技术的外科住院医师或开业医师,具有重要的实用价值。

在外科学发展的同时,近几年来手术图谱也有了相当的发展,并已形成一门学科。虽然几百年来有才华的外科医师已出版了一些图谱,但出版正规外科手术图谱还是近几年的事。Max Brodel 是众所周知的医学绘图领域的创始人,并于 1913 年在约翰·霍普金斯大学医学院创立了第一所专科学校。在第一次和第二次世界大战期间,又有几所专科学校异军突起。第二次世界大战后,随着经验的迅速积累,医学绘图领域获得了较大的发展且更加成熟。今天,艺术家们可充分依据详细的解剖学知识及个人到手术室观看手术技巧来完成一套外科手术图谱。这套丛书全部聘用了优秀的手术绘图专家,兼顾了艺术的优美及详尽的解剖学和外科手术学知识的基础,因而是高标准的。

面对外科实践和教育的发展,有世界级外科医师们欣然参与,聘用有医学基础训练的手术绘图师,加之出版者愿意提供经济支持,出版一套高质量的外科手术图谱,对我来说,已证明是不可抗拒的。我相信,这套丛书对外科各专业、对坚持学习并决心从中获益的同事们是非常有用的。因为,其中所涉及的手术技术都是由各有关学科的世界性权威们提供的。

纽约康奈尔大学医学院外科教授

纽约医院院长、首席执行官委员会主任

David B. Skinner 医学博士

序 言

《胃外科手术图谱》是《实用外科手术图谱》系列丛书的第五卷。前四卷分别为：由 Christopher K. Zarins 和 Bruce L. Gewertz 编写的《血管外科手术图谱》；Paul A. Ebert 编写的《先天性心脏病外科手术图谱》；William A. Gay, Jr. 编写的《成人心脏病外科手术图谱》；以及由我本人负责编写的《食管外科手术图谱》。本图谱与前几卷一样，集中体现了经验丰富的外科医生的技巧和善于用图解来表现医生手术技巧的卓越艺术家的智慧，旨在加深读者对外科手术操作步骤的理解。

长期以来，胃外科学是普通外科和消化道外科所遇到的疑难问题的中心环节。现代腹部外科学，可以追溯到 110 年前由 Billroth 早期进行的胃部手术开始。近年来，胃外科发生了惊人变化。这些变化主要反应在良性与恶性溃疡病的病理学性质的变异。外科医生或许还记得在五六十年来对晚期十二指肠溃疡或晚期胃癌的病人进行手术，是十分棘手的，并被当时医生称之为最困难复杂的手术。随着临床早期诊断的纤维内镜技术的应用，减少胃酸分泌的新型药物疗法的成功，以及胃癌发病率不明原因的降低，大大地减小了外科领域里这些问题的复杂性和难度。与此同时，外科手术技巧也有了重大发展，出现了选择性胃近侧壁细胞迷走神经切断术，以及机械吻合技术的逐渐成熟。同时对溃疡病的病理学也有了更深入的了解。尽管胃癌的发病率有所降低，但在外科实践中胃近侧端、贲门癌、食管腺癌的发生率却仍在上升。所有胃外科学的这些变化，Zinner 医生在现代胃外科手术图谱所选择的手术方式中都予以充分体现。他示范了适当使用机械缝合技术，今天这一技术不仅仅局限于溃疡病的治疗，而且在食管胃接合部肿瘤的治疗上亦取得了成功。

从这一点上来说，本卷与上一卷食管外科手术图谱的内容有一些重复。由于这套系列图谱的内容是反映外科专家的实践经验，故有些重复是不可避免的。再者本书编写的初衷也在于能为读者提供多种不同技巧的成功经验。对于胃近侧的外科手术，经胸入路往往更为优越。Zinner 医生在英国布里斯托尔的福耐恩卡医院作住院医师时，就受过胸外科方面的专门训练，他得到 Ronald Belsey 教授关于食管、胃外科方面的教诲。对于从事胃近端及食管远端手术的外科医生来说，接受这种腹部外科和胸部外科方面的训练是非常必要的。

Zinner 医生承担本图谱的编著是当之无愧的。早年他在佛罗里达大

学就读时就受教于著名胃外科、生理学专家 Edward Woodward 名下,并成为切断迷走神经治疗溃疡病的创始人 Lester Dragsted 的早年同事。很荣幸的是 1971~1972 年期间,他在约翰·霍普金斯医院外科实习时,曾在我的病区作过实习医生。后来他在福耐恩卡医院胸外科成为专科住院医师。在 Walter Reed 研究院和国家健康学会(NHI)工作时,他对胃病研究产生了浓厚的兴趣,在此他的科学事业进一步有所成就。完成这些深造之后,他再次回到约翰·霍普金斯医院,并成为外科住院医师及外科副主任。

1980~1985 年期间,Zinner 医生成为纽约州立大学布鲁克林医疗中心的外科副教授。作为一名优秀的、对消化道疾病有着特殊兴趣的外科医生和临床科研工作者,他在专业上的发展是迅速的。1985 年他再次回到约翰·霍普金斯大学和医院工作,并取得了巨大的荣誉,1988 年他被任命为现在的职务:加州大学洛杉矶分校外科主任及教授。在此期间他成为美国外科协会的主要领导者,并任几个协会的主席及美国外科委员会的领导人。众所周知他在消化道外科的临床医疗及研究中作出了巨大的贡献。自学生时代至今对胃外科的特殊兴趣,在本图谱中通过内容丰富的著述及图例详尽的注释得以完美体现。

Gwynne Gloege 女士是参加绘制这套《实用外科手术图谱》丛书杰出艺术家中的一位新人。她的艺术天赋已为她多次的水彩画展所证实,这些画展都是在她接受正规艺术教育之前举办的。1956 年她曾在约翰·霍普金斯大学的艺术系专攻医学绘图,并获得证书。后来她在乔治敦大学任医学绘图师。从 1961 年到加州大学洛杉矶分校至今,她已成为一名高产的医学绘图家。她在艺术生涯的早期就感兴趣于外科手术图解。由于早年从事过医学绘图主管与督学之职,现在她受聘于加州大学洛杉矶分校外科,担任专职医学绘图工作。自 1960 年以来她一直是医学绘图协会的活跃成员和负责人,1989 年她被正式任命为美国医学绘图学会会员,她的图解使许多有关外科手术的教科书大为增色。在本图谱中她突出表现了外科技巧与外科解剖,为整套图谱丛书锦上添花。

期望本卷图谱和前几卷一样,由外科绘图大师集著名外科专家丰富经验之精华,使之对医学院校的学生及临床高年资不同层次的胃外科工作者都具有重要参考价值。本图谱图文并茂,简明扼要,对于胃肠学家以及其他须向病人解释手术经过的同仁,都是一本不可多得的参考书。

David B. Skinner 医学博士

前 言

自 19 世纪末期以来,胃外科的历史进入了现代外科阶段。从 Billroth 时代到 20 世纪中叶,外科医生面临着各种良性、恶性胃部疾患的挑战。因此,治疗消化性溃疡及其并发症成为培养外科住院医师的一项基本内容。在过去的 30 年中,美国医学界发现消化性溃疡的发病率有所降低,而且远远早于 H_2 受体拮抗剂的应用。随着消化性溃疡发病率的降低及 H_2 受体拮抗剂的临床应用,胃外科的所有手术都减少了。与此同时,胃癌的发病率也相对有所下降。受这些因素影响,许多外科医生虽然完成了外科的训练,但仍缺乏足够深度和广度的胃外科学经验。

胃外科的技术已有许多新的进展,其中包括机械缝合器的应用。这些器械给外科医生在手术中提供了很大的帮助,但其决不是用来取代精湛的外科技术的,而只应该用于辅助外科医生。与其他胃外科图谱不同的是,本图谱展示了在解决一些复杂的胃外科手术问题中,手工与机械缝合技术的联合应用。

本图谱旨在帮助外科住院医师及有经验的外科医生掌握新的外科技术,其范围是从简单的胃造瘘术到经裂孔食管切除治疗食管癌、胃癌及胃重建术。本图谱是与 Gwynne Gloege 女士合作完成的,她的图解提供了许多有关胃外科及解剖学的新进展。

Gloege 女士是一位技艺高超的医学绘图师,她曾在 Max Brodel 和 Leon Schlossberg 指导下受到过约翰·霍普金斯传统的良好教育。

在其他许多教科书中都涉及的肥胖外科未纳入本书,主要是因为我难以确定它能在胃外科领域存在多久。本图谱是系列图谱之一,其中某些内容与《食管外科手术图谱》有所重复,希望读者阅读时能比较两者在外科手术技巧与方式上的异同之处。

加州大学洛杉矶医学院外科主任、教授
美国外科医师学会会员
Michael J. Zinner 医学博士

目 录

一	胃造瘘术	1
	1 暂时性胃造瘘术	2
	2 永久性胃造瘘术	6
二	十二指肠溃疡手术	11
	1 迷走神经干切断术	12
	2 幽门成形术	16
	3 胃空肠吻合术	18
	4 胃幽门切除——Billroth I 式重建术	30
	5 胃幽门切除——Billroth II 式重建术	36
	6 胃壁细胞迷走神经切断术	48
三	胃溃疡手术	53
	1 半胃切除——Billroth I 式重建术	54
	2 半胃切除——Billroth II 式重建术	60
	3 高位胃溃疡	72
四	十二指肠溃疡并发症手术	77
	1 前壁穿孔——大网膜固定术	78
	2 前壁穿孔——转变为幽门成形术	82
	3 前壁穿孔——壁细胞迷走神经切断加大网膜固定术	84
	4 后壁穿孔——转变为幽门成形术	86
	5 困难的十二指肠闭合术	88
	6 胃切除术后胆汁返流——转变为 Roux-en-Y 分流术	90
五	裂孔疝手术	103
	1 Nissen 胃底折叠术	104
	2 胃扭转	122

六

胃癌

139

- | | | |
|---|-------------------------|-----|
| 1 | 残胃全胃切除术 | 140 |
| 2 | 全胃切除术 | 154 |
| 3 | 食管胃切除术——腹内部分 | 172 |
| 4 | 食管胃切除术——Holmes 不切断肌肉开胸术 | 184 |
| 5 | 食管胃切除术——胸内部分 | 198 |
| 6 | 经裂孔食管切除术 | 208 |

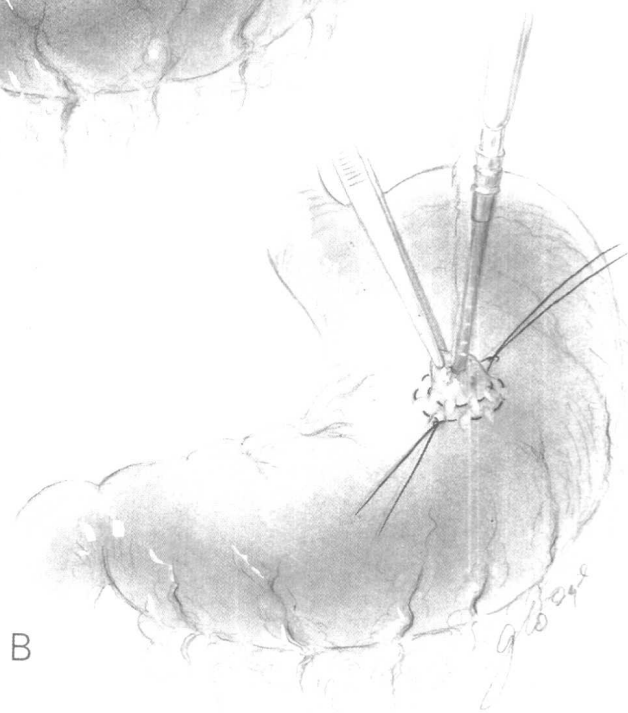
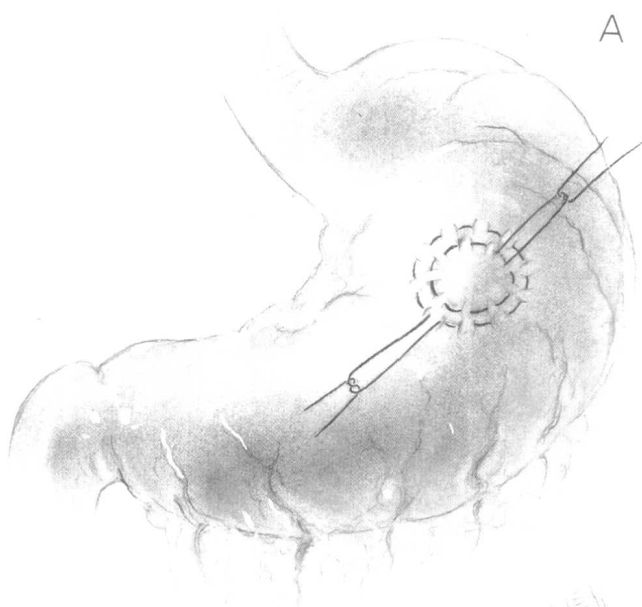
第一章 胃造瘘术

外科医生常遇到这样的问题:给病人是作暂时性,还是永久性胃造瘘?是用作持续胃减压,还是长期维持营养?这取决于患者主要疾病恢复的可能性。如果是没有希望恢复的慢性病人,需要胃管内维持营养且方便护理,应按改良的 Janeway 方法作永久性胃造瘘。这样即使无任何医疗经验的护理人员,也能够取除和更换造瘘管。如病人的胃造瘘是暂时的,预期造瘘最终可以取消,则应作 Stamm 胃造瘘术。

1 暂时性胃造瘘术

A 全麻或局麻下,经腹部正中切口辨认出胃。于大、小弯之间、胃底中部用 2-0 或 3-0 丝线作 2 针同心荷包缝合。该部位一般无大血管。同心荷包缝合的位置要便于打结,所打的结应在不同位置以利于控制。

B 缝合之后,用电刀切开胃壁,用鼻导管或吸引管吸除胃内容物。



C

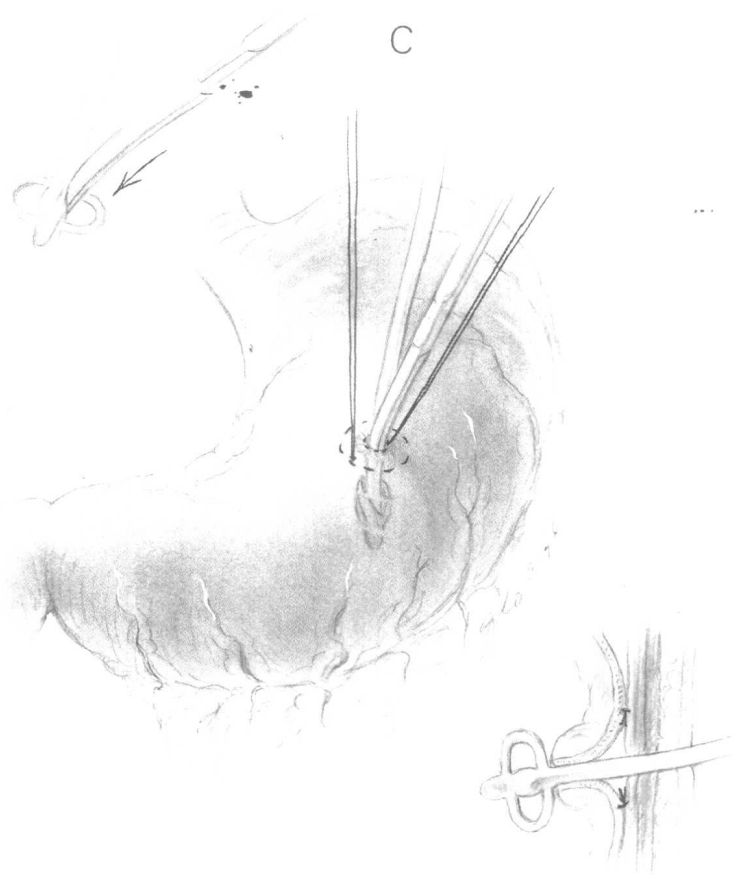
选用 18~24F 开放型蕈状导管。尽管有许多医生选用 Foley 管,但我遇到过的棘手问题是:随着胃蠕动,硬质 Foley 气囊造瘘管进入十二指肠,引起胃出口间歇性梗阻;而采用有侧孔的开放型蕈状导管则很少发生类似情况。当然,即使采用顶端开孔的造瘘管也应注意避免发生类似问题。

用一血管钳伸入造瘘管侧孔,拉直侧环以便容易送入胃内。造瘘管进入胃腔后,退出血管钳,适度结扎第一道荷包缝线。将造瘘管连同结扎的缝线向胃腔内推送少许,以便第二道荷包缝合能将第一道缝线包埋。

上述操作完成之后,于正中切口左侧的前腹壁另作切口,将造瘘管经此切口牵出腹壁。用 3-0 丝线将胃缝合 4 针固定于前腹壁切口内侧。对于免疫功能低下的病人,可用大网膜包绕胃管(未图示),这样能使腹前壁可靠地封闭。

用 3-0 尼龙线将造瘘管在腹前壁作 2 针间断缝合固定。

术后 24~48 小时内,造瘘管只能用作减压引流,以利前腹壁切口愈合。以后造瘘管可供注入营养。



2 永久性胃造瘘术

需要长期护理的病人最好能作永久性造瘘。偶尔造瘘管脱出,未经训练的护理人员也能随即将管重新插入。采用现代缝合器,很容易完成改良式 Janeway 造瘘术。该缝合器具有两排缝钉,可由缝钉之间切开。应用该方法时需注意不能造成胃出口狭窄。为此,应在胃的中部作横行上钉而不能在胃大弯或窦部。虽然一些教科书推荐沿胃大弯缝钉的方法,但会引起胃出口、近幽门部的梗阻。如果采用本方法,远离幽门上钉,可避免发生梗阻。

A
B

全麻或局麻下,取腹部正中切口,用两把 Babcock 钳平行提起胃中部。因为要留作造瘘管插入的通道,上缝合器时确保大弯侧不能在缝线以内至关重要。