

外科手术规范及典型病例点评丛书



PUTONGWAIKESHOU SHUGUIFANJIDIANXINGBINGLI DIANPING

普通外科手术规范 及典型病例点评

主 编 孙靖中
副主编 王占民 姜希宏



回顾医学的发展史, 19 世纪中叶公众才开始给予外科医生和行业与其他医生及行业同等的尊重。到 19 世纪末, 对外科医生的信任、期望和敬佩开始超过其他医生。变化的关键在于外科不再是由庸医和理发师从事的行当, 而成为由完全掌握外科相关理论、知识和技能并且仔细研究过解剖学和病理学的外科医生所从事的一项专业工作。外科手术的特征是实践性强、技术含量高、风险大。现代普通外科的创始人威廉·麦默森和詹姆斯·基思等著名外科学专家和医学教育家曾为我们设计了各种标准的规范手术方案, 在 19 世纪末应用于 10 多个国家的临床, 获得了广泛认可和推崇。但与此同时也有大大小小甚至是血的教训, 不应发生的意外和事故在增多, 令人担忧。发生的原因多种多样, 从专业的管理、外科医生自身的责任和技术水平, 缺少严格、科学的规范与训练, 临床实践中没有严格规范每一个诊疗过程是主要的原因。著名的医学家波拉尼清楚地表示: 医生的职务不许做出任何损伤患者健康的事。因此, 规范我们外科医生的工作, 应作为一项非常重要的内容。

吸取几代外科学者在不断前进中的成功经验及失败教训, 作为我们当今行动的指南, 以培养合格的外科医生, 对个人及社会都是有好处的。我们参加编写这套手术规范与病例点评的目的是希望每一位年轻的外科医生和基层医院的外科医生能从参与外科工作开始, 就以规范和标准严格要求自己, 以提高医疗质量与水平, 适应并满足社会与民众的需求。



山东科学技术出版社
www.lkj.com.cn

外科手术规范及典型病例点评丛书



PUTONGWAIKESHOU SHUGUIFANJIDIANXINGBINGLI DIANPING

普通外科手术规范 及典型病例点评

主 编 孙靖中

副主编 王占民 姜希宏



开本: 787mm × 1092mm 1/16
印张: 32
字: 700 千
版次: 2002年5月第1版
印次: 2002年5月第1次印刷



山东科学技术出版社

元 00.22: 价定

图书在版编目(CIP)数据

普通外科手术规范及典型病例点评/孙靖中主编.
济南:山东科学技术出版社,2005.2
(外科手术规范及典型病例点评丛书)
ISBN 7-5331-3838-4

I. 普... II. 孙... III. ①外科手术—规范②外科
手术—病案—分析 IV. R61

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 126948 号

外科手术规范及典型病例点评丛书
普通外科手术规范及典型病例点评

主 编 孙靖中

副主编 王占民 姜希宏

出版者:山东科学技术出版社

地址:济南市玉函路16号

邮编:250002 电话:(0531)2098088

网址:www.lkj.com.cn

电子邮件:sdkj@sdpress.com.cn

发行者:山东科学技术出版社

地址:济南市玉函路16号

邮编:250002 电话:(0531)2098071

印刷者:山东新华印刷厂

地址:济南市胜利大街56号

邮编:250001 电话:(0531)2079112

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:32

字数:700千

版次:2005年2月第1版第1次印刷

印数:1-3000

ISBN 7-5331-3838-4

R·1124

定价:55.00元

主 编 孙靖中
副 主 编 王占民 姜希宏
主 审 李兆亭
编 委 (以姓氏笔画为序)

马 榕	王占民	王成刚	王 晓	方允治
田兴松	毕冬松	吕 斌	刘凤军	刘 军
江立玉	许世峰	孙启龙	孙靖中	李占元
李鹏宇	吴小鹏	何庆泗	余之刚	邹海东
张小桥	张德恒	陈雨信	姜旭生	姜希宏
姜金波	姜春英	姜剑军	徐少明	徐克森
高海东	高德宗	唐鲁兵	曹 宏	智绪亭
曾庆东	管仲安	戴 勇		

序

回顾近半个多世纪以来,我们几代外科医师共同在外科学的临床、教学与科研工作中经历了风风雨雨,认真负责、努力奋斗,促进了我国外科学的发展,获得了学科进步的经验,为社会的人民对健康和战胜疾病的需要作出了奉献,从而增强了中华民族外科事业的自尊心和自豪感。几代外科医师都有一个共同的体会与愿望,那就是只有严格、踏实、规范的临床训练才能把医学院的学生培养成为一名合格的、称职的外科医师,才能符合社会和人民的需要。这是我们的天职和使命。

追本溯源,探寻世界医学史中外科学的进展,我们从这个漫长的历程中可以学到许多宝贵的经验。普通外科是基础。历史中有许多伟大的有贡献的学者,如 Bernhard Von Langenbeck(1810~1887)是德国外科大师,被公认为外科现代住院医师制度之父;William S. Halsted(1852~1922)是美国杰出的外科学家,是他把德国住院医师训练制度介绍、引进到美国,他还对乳腺、甲状腺、疝、血管外科作出了十分重要的创举;Theoder Billroth(1829~1894)是奥地利著名腹部外科先驱,在临床与教学中有重大影响。我们得出的结论是:外科理论与知识、基本技术与技能、规范的治疗方案与整体和局部观察相结合,是外科医生立足与成功的基础。

医学院及附属医院的首要和中心任务是将医学生培养成为一名称职的临床医生。外科训练与教育,培养的模式、方法与内容在新形势中会向我们提出挑战,并使我们面临新的责任与任务。山东大学齐鲁医院及第二医院、浙江大学第二附属医院、吉林大学中日友好医院、第二军医大学附属济南军区总医院、山东中医药大学附属医院的多位普通外科医师结合自己的学习和经历,为共同提高、确保外科医生的水平和医疗质量编写了《普通外科手术规范及典型病例点评》一书,书中介绍了外科基本技术与技能、围手术期处理和医学伦理的应用问题;阐述了普通外科每种常用和新式手术的适应症、禁忌症、手术方案设计、主要手术步骤及注意事项,同时每种手术均总结、点评了正反两方面

的外科治疗病例,从而能帮助广大普外科医师交流有益的经验教训。该书编写以规范性为准则,以学习、实用性为出发点。

我衷心感谢各位编者。由衷地向医学生、研究生和各级中青年普通外科医生推荐这本书。该书会对大家有所帮助、借鉴,使临床实用性更趋向规范。对年轻医生的培养和学习十分有益。

为每一位外科医生的努力奋斗和成功致以最良好的祝愿。

李兆亨

前 言

回顾医学的发展史,19 世纪中叶公众才开始给予外科医生和行业与其他医生及行业同等的尊重;到 19 世纪末,对外科医生的信任、期望和敬佩开始超过其他医生。变化的关键在于外科不再是由庸医和理发师从事的行当,而成为由完全掌握外科相关理论、知识和技能并且仔细研究过解剖学和病理学的外科医生所从事的一项专业工作。这些外科医生具备一定的临床分析、判断和处理能力。他们丰富的临床经验与技能、扎实的外科理论知识、高尚的医德、踏实的临床工作拯救了无数生命,使无数人重新获得了生活和工作的机会。成功的外科治疗所带来的无比的喜悦不仅为外科医生所体会到,患者及其家庭、社会也会同享。

外科手术的特征是实践性强、技术含量高、风险大。现代普通外科的创始人比尔罗特(Theodor Billroth)、迈尔斯(William E. Miles)和霍尔斯特德(Halsted)等著名外科学专家和医学教育家曾为我们设计了各种标准的规范化手术方案,在世界各国应用了 1 个多世纪,临床上获得了令人满意的效果。但与此同时也有大大小小甚至是血的教训,不应发生的意外和事故在增多,令人担忧。发生的原因多种多样,从专业的管理、从外科医生自身的责任和技术来讲,缺少严格、科学、规范的训练,临床实践中没有严格规范每一次的外科治疗过程是主要的原因。著名的医学家希波克拉底曾清楚地表示:医生的职务不许做出任何损伤患者健康的事。因此,规范我们外科医生的工作应视为一项非常重要的内容。

吸取几代外科学者在不断前进中的成功经验和失败教训,作为我们当今行动的指南,以培养合格的外科医生,对个人及社会都是有好处的。我们参加编写这套手术规范与病例点评的目的是希望每一位年轻的外科医生和基层医院的外科医生能从参与外科工作开始,就以规范和标准严格要求自己,以提高医疗质量与水平,适应并满足社会与民众的需求。

普通外科是大外科的基础,全世界大多数国家医生规范的培养模式是:医

学院毕业(获医学博士学位)→住院医师培训→专科医师→专科主治医师,其中住院医师学习普通外科为期5年。山东大学齐鲁医院普通外科全体医师回顾我院100多年的临床经验与教训,与浙江大学、吉林大学、第二军医大学和山东中医药大学的同仁共同编写了本书。该书以实用性为基点,力求介绍规范化的外科手术治疗全过程。每种手术都介绍了我们经历的病案实例,以利于总结经验与吸取教训。

希望本书对外科实习医生、研究生、住院医师,特别是基层医院的外科医生有所帮助,能给大家提供一个参考与借鉴。能达此目的,我们就很高兴了。

由于水平所限,错误和不足之处在所难免,恳望同道不吝批评指正。

编者

目 录

总 论

1 基本理论与技术	1
1.1 基础理论	1
1.2 规范手术的基本要求	2
1.3 基本技术	4
1.4 术中站位	7
2 围手术期处理与治疗	10
2.1 概述	10
2.2 术前准备	11
2.3 术中处理	18
2.4 术后处理	18

各 论

3 甲状腺和甲状旁腺	23
3.1 甲状腺结节摘除术	23
3.2 甲状腺腺叶大部分切除术	25
3.3 甲状腺侧叶切除术	29
3.4 甲状腺大部切除术	32
3.5 甲状腺全切除术	37
3.6 甲状腺近全切除术	40
3.7 胸骨后甲状腺切除术	41
3.8 甲状腺癌根治性颈淋巴结清扫术	44
3.9 甲状腺癌改良性颈淋巴结清扫术	48
3.10 内镜辅助甲状腺手术	51
3.11 甲状旁腺双侧颈部探查术	54
3.12 直接微创甲状旁腺腺瘤切除术	58
3.13 内镜微创甲状旁腺切除术	60
4 乳房	62
4.1 乳房脓肿切开引流术	62
4.2 乳管内乳头状瘤切除术	64

4.3 乳腺区段切除术·····	66
4.4 全乳房切除术·····	68
4.5 皮下全乳腺切除术·····	70
4.6 乳腺癌的保乳手术·····	71
4.7 乳腺癌根治术·····	74
4.8 乳腺癌改良根治术·····	77
4.9 乳腺癌保留乳头改良根治术·····	79
4.10 乳腺癌扩大根治术·····	82
4.11 乳腺癌前哨淋巴结活检术·····	84
生物染料显色定位法(单纯蓝染法)·····	85
放射性同位素法(核素标记法)·····	86
γ 探测仪方法·····	87
淋巴系统荧光照相联合应用 γ 探测仪方法·····	87
生物染料联合应用放射性核素法·····	88
磁共振方法·····	88
5 血管外科·····	91
5.1 血管外科手术的基本技术·····	91
5.2 下肢浅静脉曲张手术·····	92
5.3 下肢深静脉血栓取出术·····	96
5.4 后天性动-静脉瘘切除术·····	98
5.5 四肢动脉切开取栓术·····	101
5.6 布-加综合征腔房转流术·····	103
6 腹外疝·····	106
6.1 腹股沟斜疝修补术·····	106
6.2 腹股沟直疝修补术·····	113
6.3 腹股沟滑动性疝修补术·····	117
6.4 绞窄性腹股沟疝手术·····	123
6.5 股疝修补术·····	125
6.6 脐疝修补术·····	128
6.7 腹壁切口疝修补术·····	131
6.8 腹壁白线疝修补术·····	136
6.9 闭孔疝修补术·····	137
6.10 无张力疝修补术·····	139
6.11 腹腔镜疝修补术·····	145
7 胃、十二指肠·····	149
7.1 幽门成形术·····	149
7.2 胃造瘘术·····	151
7.3 胃、十二指肠溃疡穿孔缝合术·····	153

7.4	胃良性肿瘤局部切除术	155
7.5	胃大部切除术	157
7.6	特殊部位溃疡的手术	166
7.7	近端胃切除术	172
7.8	全胃切除术	174
7.9	胃空肠吻合术	179
7.10	胃癌根治术	181
7.11	迷走神经切断术	183
	迷走神经干切断术	183
	选择性迷走神经切断术	185
	高选择性迷走神经切断术	186
	腹腔镜迷走神经切断术	187
8	小肠	190
8.1	小肠造口术	190
8.2	小肠部分切除、吻合术	195
8.3	肠梗阻的手术	202
8.4	肠外瘘手术	207
8.5	小肠系膜肿瘤(囊肿)切除术	211
9	阑尾	214
9.1	阑尾切除术	214
9.2	阑尾周围脓肿引流术	220
9.3	妊娠期阑尾手术	222
10	结肠	225
10.1	结肠造口术	225
	盲肠插管造口术	225
	横结肠襻状造口术	227
	乙状结肠双腔或襻状造口术	229
	乙状结肠单腔造口术	231
10.2	结肠癌手术	234
	右半结肠切除术	234
	左半结肠切除术	238
	横结肠切除术	240
10.3	结肠息肉、息肉病、炎性肠病	243
	结肠切开及息肉切除术	243
	直肠、结肠全切除、永久性回肠造口术	245
	全结肠切除、直肠黏膜剥脱加回肠贮袋—肛管吻合术	247
	全结肠切除、直肠黏膜剥脱及直肠肌鞘内回肠肛管吻合术	252
	结肠全切除、回肠直肠吻合术	254

10.4 梗阻性结肠癌处理原则·····	255
一期切除吻合术·····	256
左半结肠一期切除吻合术·····	256
11 肛管、直肠·····	260
11.1 肛管手术·····	260
肛管、直肠周围脓肿切开引流术·····	260
肛裂切除术·····	263
肛裂侧切术·····	266
肛瘘挂线疗法·····	268
肛瘘切开术·····	270
肛瘘切除术·····	272
内痔注射疗法·····	274
内痔胶圈套扎疗法·····	276
痔外剥内扎术·····	279
痔上黏膜环切术(吻合器环行痔切除术,PPH)·····	282
11.2 直肠脱垂的手术·····	284
脱垂肠管切除术·····	284
直肠悬吊固定术·····	286
肛门圈缩小术·····	287
11.3 出口梗阻型便秘的手术·····	289
直肠前突经直肠切开修补术·····	289
直肠内套叠手术·····	291
多排缝合固定术·····	291
直肠黏膜环形切除术(Delorme 手术)·····	292
吻合器直肠黏膜环切术(PPH 手术)·····	294
耻骨直肠肌部分切除术·····	295
11.4 慢运输型便秘的手术·····	297
结肠全切除术·····	297
结肠次全切、盲肠直肠吻合术·····	298
11.5 直肠癌手术·····	299
经腹、会阴联合直肠癌切除术·····	299
经腹部直肠癌切除吻合术·····	303
经腹直肠癌切除、近端造口远端封闭手术·····	308
12 肝脏·····	310
12.1 肝脓肿引流术·····	310
肝脓肿穿刺引流术·····	310
肝脓肿切开引流术·····	312
腹经部切开引流术·····	312

经背部切开引流术·····	313
12.2 肝包虫病囊肿内囊摘除术·····	314
12.3 肝囊肿手术·····	317
肝囊肿切除术·····	317
肝囊肿开窗术·····	317
12.4 肝海绵状血管瘤手术·····	319
12.5 肝切除术·····	321
12.6 肝动脉结扎及栓塞术·····	342
13 胆道系统·····	345
13.1 胆囊手术·····	345
胆囊造瘘术·····	345
胆囊切除术·····	348
开放法胆囊切除术·····	348
小切口胆囊切除术·····	352
13.2 胆总管手术·····	353
胆总管切开探查术·····	353
胆总管下段梗阻手术·····	357
胆囊空肠吻合术·····	357
胆总管十二指肠吻合术·····	359
胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合术·····	363
13.3 经十二指肠奥狄(Oddi)括约肌成形术·····	368
13.4 胆总管囊肿手术·····	372
胆总管囊肿外引流术·····	372
胆总管囊肿肠道吻合术·····	373
囊肿十二指肠吻合术·····	373
囊肿一空肠吻合术·····	375
胆总管囊肿切除术·····	376
13.5 肝外胆管肿瘤手术·····	377
胆囊癌根治性胆囊切除术·····	377
胆管上段癌手术·····	379
胆管中、下段癌手术·····	383
胆管上段癌引流术·····	387
肝内胆管空肠吻合术·····	388
13.6 胆道出血手术·····	389
13.7 胆管狭窄手术·····	390
保留括约肌胆总管狭窄修复术·····	390
胆总管狭窄整形术·····	390
胆总管对端吻合术·····	391

胆管狭窄带蒂空肠瓣修复术·····	393
胆管狭窄空肠吻合术·····	394
胆管狭窄再手术·····	395
14 胰腺·····	397
14.1 急性胰腺炎的手术·····	397
14.2 慢性复发性胰腺炎的手术·····	400
胰管探查术·····	401
胰尾切除胰空肠吻合术·····	402
胰管空肠吻合术·····	403
胰管胃吻合术·····	405
胰腺次全切除术·····	405
14.3 胰腺假性囊肿手术·····	407
囊肿外引流术·····	407
囊肿、胃或肠道吻合术·····	408
14.4 胰腺肿瘤手术·····	411
一期胰十二指肠切除术·····	411
分期胰十二指肠切除术·····	418
保留幽门的胰十二指肠切除术·····	418
扩大胰十二指肠切除术·····	419
胰体尾部切除术·····	420
15 脾脏·····	423
15.1 脾切除术·····	423
腹腔镜下脾切除术·····	430
15.2 脾部分切除术·····	431
15.3 脾裂伤缝合、修补术·····	432
15.4 自体脾移植术·····	433
15.5 脾动脉结扎术·····	435
16 门静脉高压症·····	437
16.1 断流术·····	437
胃底贲门部门一体循环阻断术·····	437
经胸食管下段曲张静脉缝扎术·····	441
经腹胃底曲张静脉缝扎术·····	442
16.2 门静脉系统分流术·····	443
门—腔静脉侧侧吻合术·····	443
门腔静脉端侧吻合术·····	447
脾肾静脉吻合术·····	448
远端脾肾静脉吻合术·····	451
近端脾腔静脉吻合术·····	456



远端脾腔静脉吻合术.....	458
肠系膜上静脉下腔静脉吻合术.....	459
限制性门静脉下腔静脉间搭桥分流术.....	461
肝移植术.....	463
17 腹腔脓肿	465
17.1 膈下脓肿引流术.....	465
17.2 盆腔脓肿引流术.....	468
17.3 肠襻间脓肿引流术.....	473
18 剖腹探查	475
18.1 腹部损伤的剖腹探查术.....	475
18.2 非腹部损伤的剖腹探查术.....	481
腹腔感染性积液(脓肿)引流术.....	483
19 移植	487
19.1 概述.....	487
19.2 肝脏移植.....	491

总 论



凡是需要通过组织、器官部分或全部切除、组织或器官修复、重建来治疗的疾病都是外科医生的工作领域。也就是说外科医生的特点是应用自己双手的技艺去治疗或治愈疾病。实践告诉我们,外科医生经常面对疾病的急迫性、复杂性、疑难性和风险性。能胜任自己工作的合格外科医生应具备什么条件? 16 世纪中叶著名外科医生 Thomasn Vicary 曾指出:必须要求外科医生具有踏实的外科理论和有关基础理论知识,具有熟练的、正规的基本技术和技能,具有机智灵活、务实和有准备的头脑,具有举止文明、有责任心的高素质外科修养。

1 基本理论与技术

1.1 基础理论

有关基础专业知识与外科理论是形成每一种规范性手术的基础,只有学习并掌握好这些理论才能真正理解和运用这些手术,获得医生、患者都满意的治疗效果,才可能改进和发展每一种手术。而每一种疾病的治疗,特别是手术方案的正确设计都是以解剖学为基础、以病理学为依据的。

1. 解剖学 回顾外科的发展史,文艺复兴时代对人类最重要的贡献是发现并认同了人体的基本结构,从而使解剖知识引用到医学,为开展外科手术奠定了基础。外科学的历史中许多外科医生都兼任解剖学家,Galen 曾这样描述:“一个不了解解剖的外科医生在患者身上做手术不犯错误,就如同一个盲人雕刻一座完美的雕像一样。”(《克氏外科学》)目前倡导的系统教学方法中就主张由外科医生讲解解剖学,主张年轻的外科医生重新接

受解剖学教育。所有规范手术的每一步骤和并发症的预防都是以解剖学为基础的,如为什么行迷走神经切断治疗十二指肠溃疡、行甲状腺切除术如何保护喉返神经和喉上神经、阑尾切除的原则等。许多失败的手术大多是因为缺少或忽视了解剖知识,在后面各章节一些手术点评中会有描述。

2. 病理学 最早把病理检查应用到外科的是英国外科医生兼解剖学家 J. Hunter, 为外科学的发展起了非常重要的作用。病变性质的判定要依靠病理检查,这对手术方案的设定、对疾病的全面认识、为制定综合治疗方案是极为重要的,目前尚无其他检查可取代它。

3. 外科基础 无菌术、输血、抗感染、麻醉、抗休克、水电解质酸碱平衡的理论与实践推动了外科手术的发展。对多器官功能障碍、外科营养、创伤愈合、微创和显微技术、心理学的认识提高,对外科手术的发展起到重要的推动作用,这些理论知识的掌握和运用是手术规范的基础,是必不可少的。实践证明只会手术操作,只重视手术步骤不会成为一名合格的、成功的外科医生,外科等于手术的观点是不全面、不科学的,在各论各种手术的点评中会有详细的描述。

【病例点评】

病例 1 患者,男,26岁,因“排便排尿困难3年,加重半年”到某医院外科就诊,临床诊断为晚期直肠癌,行手术探查,术中见盆腔内纤维样变,广泛粘连,累及直肠、膀胱、前列腺,2次快速病理检查均诊断为慢性炎症。但手术者自信为肿瘤,不考虑病理检查结果,在没有征得患者及家属同意的情况下,施行了全直肠、膀胱及前列腺切除、排便排尿改道手术,手术后出现一系列严重并发症。最后经会诊诊断为慢性炎症,而没有诊断恶性肿瘤的任何依据。

点评:①手术医生太自信,没有把病理诊断做为主要依据。②在病理诊断与临床诊断不一致时,应先暂缓原手术方案,观察或会诊后再做决定,手术者盲目做了广泛切除,使一个26岁的未婚者失去了工作、生活的基本能力,这种结局是令人痛心的。

病例 2 患者,女,38岁,因乳房肿块入某医院外科,依据临床表现诊断为乳腺癌并施行了乳癌根治术。手术中没有快速病理检查,术后因种种原因没有行常规病理检查。术后3年患者及家属认为没有诊断依据而切除了乳房,因而与医院产生医疗纠纷,要求赔偿27万人民币,使医生非常被动。

点评:①临床医生要重视病理学与外科学之间的重要关系。②对不明确性质的肿块,术前或术中活检行病理检查对设计手术方案十分重要,要形成常规。③外科医生要结合临床相信病理检查结果。④手术切除的组织器官一定要常规送病理检查。

1.2 规范手术的基本要求

1. 无菌术 英国著名外科专家 Joseph Lister 是外科抗菌法的创始人。他在1867年首次确定无菌术,经过百余年的发展,无菌术已由消毒法和无菌术扩展到外科工作程序和医院管理。树立无菌观念、实施无菌术原则,已成为外科手术的基本。

(1) 消毒法 又称抗菌法,是指用化学制剂杀灭病原体及有害微生物。常用的化学制