

急腹症诊治 临床思考

JIFUZHENG ZHENZHI LINCHUANG SIKAO

主 编 李开宗 窦科峰



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

急腹症诊治 临床思考

EMERGENCY ABDOMINAL DISEASES CLINICAL THINKING AND SKILL

主 编 廖仲明 廖仲明



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

急腹症诊治临床思考

JIFUZHENG ZHENZHI LINCHUANG SIKAO

主 编 李开宗 窦科峰
副主编 杨雁灵 李南林 吕勇刚
参编者 (以姓氏汉语拼音为序)

安家泽	蔡 磊	曹大勇	陈江浩	丁 睿
董光龙	窦科峰	何 勇	黄 怡	季 刚
李海民	李纪鹏	李俊杰	李开宗	李 琳
李孟彬	李南林	凌 瑞	刘小南	刘正才
吕勇刚	宋向阳	陶开山	逯振宇	童宗焰
王德盛	王 辉	王 廷	王为忠	王亚云
杨建军	杨雁灵	杨诏旭	袁时芳	岳树强
张洪涛	张洪伟	张聚良	赵青川	赵 威
郑建勇	周景师			



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

急腹症诊治临床思考/李开宗, 窦科峰主编. —北京: 人民军医出版社, 2011. 8

ISBN 978-7-5091-4997-3

I. ①急… II. ①李…②窦… III. ①急腹症—诊疗 IV. ①R656.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 151715 号

策划编辑: 郭伟疆 崔玲和 文字编辑: 陈娟 周芬 责任审读: 余满松

出版人: 石虹

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编: 100036

质量反馈电话: (010)51927290; (010)51927283

邮购电话: (010)51927252

策划编辑电话: (010)51927300-8031

网址: [www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装: 北京国马印刷厂

开本: 787mm×1092mm 1/16

印张: 24.25 字数: 593 千字

版、印次: 2011 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001—2000

定价: 99.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内容提要

全书由总论、外科急腹症、非外科急腹症三部分组成。总论详述外科急腹症诊治的相关基础理论；外科急腹症以典型病例分析的方式总结 20 余种急腹症诊断、治疗经验与教训；非外科急腹症列举了内、儿、妇、传染等科常见急腹症的鉴别重点和诊断要点。全书内容全面、编排新颖、科学实用、临床指导性强，适合初中级外科、急诊科医师和全科医师阅读参考。

前 言

急腹症是以急性腹痛为主要症状的一类疾病,涉及外科、内科、妇科、儿科及传染科各专科,面广病繁,诊断不易,加之病人因急性腹痛而急诊,痛苦难忍,情绪紧张,急切期待缓解病痛,对广大普通外科医师而言,要在最短的时间内完成病史询问、体格检查和必要的辅助检查,以便迅速作出准确的诊断,进行合理、有效的处置,无疑是一项严峻的考验和挑战。为此,要求外科医师对待急腹症患者不仅要有全心全意为病人、急病人所急的高尚医德,还必须有精湛的医术,能够得心应手地处理各类急腹症,并通过不断的临床实践来提高诊疗水平。

本书着重介绍普通外科临床上经常遇到的急腹症,以典型临床病例为引导,归纳病例特点、诊断依据、治疗经过及经验教训,然后围绕该病的诊断、治疗进行深入的理论与实践结合的讨论(类似于临床教学查房形式),对本病例相关的知识进行拓展性讨论,使读者受益,为临床实践提供指导。

参加本书编写的人员都是从事临床一线工作多年具有丰富临床经验的中青年医学博士,他们学有专长,思维敏捷,在阅读近期文献基础上,对新理念、新材料、新方法作了介绍,努力使全书内容新颖、资料齐全、科学性和实用性强,值得初中级外科医师一读。

承蒙人民军医出版社编校老师的热忱指导和大力支持,深表感谢!书中如有疏漏及错误之处,敬请读者不吝指正。

编 者

2011年2月于西安

目 录

第一篇 总论	1
第 1 章 急腹症基础知识	3
第一节 解剖学基础	3
第二节 急性腹痛的病因和发病机制	21
第三节 病因与分类	26
第四节 病史与临床表现	32
第五节 实验室与影像学检查	40
第六节 诊断与鉴别诊断	53
第七节 治疗	65
第 2 章 急腹症液体疗法、代谢与营养支持	74
第一节 体液紊乱及酸碱失衡的液体疗法	74
第二节 代谢紊乱与营养支持	85
第 3 章 急腹症的腹腔感染与抗感染治疗	107
第 4 章 急腹症伴发休克与抗休克治疗	114
第 5 章 急腹症的围术期处理与护理	125
第一节 围术期处理	125
第二节 护理	133
第 6 章 急腹症的麻醉	142

第二篇 外科急腹症

147

第 7 章 急性炎症性疾病	149
第一节 急性阑尾炎	149
第二节 急性胆囊炎	159
第三节 急性胆管炎	165
第四节 急性胰腺炎	176
第五节 急性肝脓肿	189
第六节 急性继发性腹膜炎	201
第 8 章 急性出血、穿孔性疾病	212
第一节 消化性溃疡合并出血、穿孔	212
第二节 胃癌急性出血、穿孔	218
第三节 结肠癌急性出血、穿孔	220
第四节 肝癌破裂出血	226
第五节 胆道出血	231
第六节 食管静脉曲张破裂出血	238
第 9 章 急性梗阻性疾病	243
第一节 粘连性肠梗阻	243
第二节 蛔虫性肠梗阻	248
第三节 肠套叠	256
第四节 肠扭转	263
第五节 血管源性肠梗阻	271
第六节 疝源性肠梗阻	277
第 10 章 急性创伤	287
第一节 腹内实质脏器损伤出血	287
第二节 腹内空腔脏器损伤	300
第三节 腹膜后出血	308
第 11 章 急性血循环障碍性疾病	315
第一节 肠系膜血管栓塞	315
第二节 脾蒂扭转	329

第三篇 非外科急腹症	337
第 12 章 引起急腹症的内科疾病	339
第一节 肺炎	339
第二节 心绞痛、冠心病	341
第三节 急性胃肠炎	342
第四节 卟啉病	345
第 13 章 引起急腹症的传染科疾病	348
第一节 流行性出血热	348
第二节 细菌性痢疾	351
第三节 阿米巴痢疾	353
第四节 重型肝炎	356
第五节 肠伤寒	359
第 14 章 引起急腹症的妇产科疾病	362
第一节 异位妊娠	362
第二节 卵巢及卵巢囊肿破裂	366
第三节 急性输卵管炎、附件炎	369
第 15 章 引起急腹症的泌尿系疾病	371
第一节 急性尿潴留	371
第二节 泌尿系结石	372
第三节 急性附睾炎	374
第四节 睾丸扭转	375
第 16 章 引起急腹症的胸腹壁疾病	377
第一节 胸腹壁血肿	377
第二节 带状疱疹	378

第一篇

总 论

第 1 章

急腹症基础知识

第一节 解剖学基础

一、腹部解剖和生理概要

腹部位于胸部和盆部之间,其上界可触及的体表标志有剑突、肋弓;下界有耻骨联合上缘、耻骨结节、髂前上棘和髂嵴,还有张于髂前上棘与耻骨结节间的腹股沟韧带。

然而,腹部的实际范围较上述体表境界所勾画的范围大得多。在上方,腹腔上部高居膈下,同膈穹相一致;在下方,小骨盆腔也是腹腔的一部分。因此腹腔的上部和下部都远超出腹部的体表上界和下界。腹腔上限高于体表上界,故第 4 或第 5 前肋间隙(仰卧位)至肋缘之间的躯干段兼有胸腔及腹腔脏器;腹腔上部脏器在此区内受到胸廓的保护。此区受伤时,应考虑有胸腹部脏器合并损伤的可能。经由这一区段进行的一些诊疗措施和手术切口,能同时用以处理胸下部或腹上部脏器疾病,如经皮穿肝胆道造影(或引流)、超声引导下穿吸肝组织(或脓肿)、经腹心包穿刺以及胸腹联合切口等。腹部脏器坠入盆腔者,与盆腔脏器相毗邻,疾病时将有盆腔脏器的症状与体征,如某些急性阑尾炎患者出现膀胱、直肠刺激症状或闭孔内肌征等。反之,盆腔内脏器罹患时也可能殃及肠段,故盆腔手术,尤其是采用经会阴途径进入时,应十分注意避免误伤肠段。

腹部包括腹壁、腹腔和腹腔器官。腹壁以腋后线为界分为前方的腹前外侧壁和后方的腹后壁。腹腔的顶为膈所封闭,借之与胸腔分隔,向下经骨盆入口续于盆腔。腹腔器官包括消化器官的大部分、部分泌尿器官、肾上腺及脾等,由于膈穹向胸腔膨隆,所以一些腹腔器官(如肝、胃、肾等)的上部与胸部相重叠。另外,一些器官(如小肠、乙状结肠)部分经骨盆上口落入盆腔中。

腹部的外观形态,因人体生理状态或病理情况的不同,有很大差异。腹壁丰厚者,无论是肌发达或大量脂肪所造成的,都妨碍扪诊的进行。如果腹壁薄而松弛,则扩张肠段的蠕动运动甚至可在腹壁见到。肝显著增大者可使右上腹及邻近区丰满隆起,而卵巢囊肿或子宫肿瘤常可使下腹部明显增大。全腹部的膨隆,最常见于妊娠、腹水、肠麻痹、机械性肠梗阻和重度腹膜炎等。前腹壁显著缩入致腹腔减小时,称舟状腹,见于消瘦脱水病例和某些腹膜炎患者。

(一) 体表标志

腹部表面用于标志腹壁结构和腹腔脏器的常用点、线和平面如图 1-1 所示。

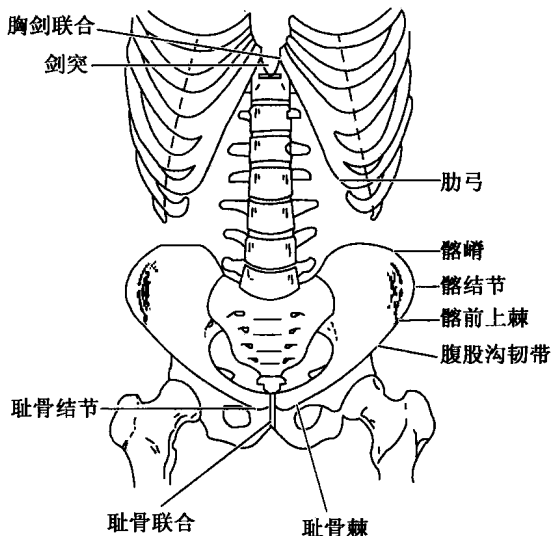


图 1-1 腹部的骨性体表标志

1. 腹上窝 俗称心窝，系腹部前正中线最高处的小凹，仰卧时更易见到。位于剑突的下方，两侧是肋缘。

2. 脐 脐的位置因年龄、性别、胖瘦程度、腹肌张力和腹部隆起情形等变化。通常脐与左右髂嵴最高点（距髂前上棘约 2 指）约在同一平面，向后平齐第 4 腰椎棘突。自脐向两侧并稍向上斜的带状皮肤节段由第 10 胸神经皮支支配。因此，脐的位置在判断脊髓和脊神经损害或麻痹平面中具有实际价值。

3. 耻骨联合 腹部前正中线下端，易于扪及。空虚状态的膀胱位于耻骨联合上缘以下。

4. 耻骨嵴和耻骨结节 耻骨嵴是自耻骨联合上缘向外侧方延伸的横向骨嵴，长 2~3cm，终于耻骨结节。耻骨嵴的正上方是腹股沟管浅环的内侧，耻骨结节的正上方是腹股沟管的中点。

5. 髂嵴 髂嵴全长易于扪及。于腹侧壁，它距离第 10 肋最低点仅 3~4cm，向前止于髂前上棘，向后终为髂后上棘，其肥厚的髂结节在髂前上棘后上方约 6cm 处。髂前上棘是重要的骨性标志，腹部脏器或下肢结构的体表投影，许多都以它为标志点。髂后上棘位于腹后壁，其表面皮肤现有小窝可借以辨认；髂后上棘与第 2 骶椎同一平面，是蛛网膜下腔下界的标志。髂嵴是腹部与髋区的分界。

6. 前正中线 上起剑突，下达耻骨联合上缘，全长被脐分成脐上段和脐下段。

7. 横线 为前正中线脐上段两旁的横向皮肤浅沟，沟的深面是腹直肌腱划。横线一般每侧三条，分别见于剑突平面、脐平面和此两平面之间。腹部触诊中，应注意将横线深部的腱划与腹内肿块或肝的前下缘相区分：腱划不因呼吸运动而上下移；并且在被检者抬头时更趋明显；若系肝前下缘，则抬头时应不能被扪及。

8. 半月线 是前正中线两侧的纵向皮肤浅沟。在腹肌发达者和腹壁瘦削者明显。半月

线与腹直肌的外侧缘相当,是确定该肌外侧缘的常用体表标志。左、右半月线与左、右侧肋缘的夹角处为前肾点,是肾盂的前方投影所在。此线平脐处为上输尿管点,平髂前上棘处为中输尿管点。

9. 腹股沟襞 是分界腹部与股前内侧区的皮肤凹沟,因该处皮下脂肪少于腹部和股部而形成。腹股沟襞稍上方的深处有腹股沟韧带。

10. 经幽门平面 通过胸骨柄上缘与耻骨联合上缘连线中点的横截面。经幽门平面而得名,尸体的幽门通常处于这一平面,但实际上这与活体幽门的位置很不一致,人体直立时,幽门常低于经幽门平面达2.5~8cm。虽然如此,这一平面仍然是腹部许多结构的体表标志。这一平面同两侧肋缘的交点,即第9肋软骨同肋缘的交点,同时也是半月线与肋缘的交点。右侧交点,或右肋缘与右半月线的夹角,是临床常用的胆囊点,此处腹壁的内侧面大都与正常胆囊的底部直接毗邻。除胆囊底外,经幽门平面还是十二指肠空肠曲、胰颈、左肾盂、脾静脉、结肠左曲、肠系膜上动脉起点以及脊髓下端等的体表标志。

11. 肋下平面 为通过左、右侧第10肋最低点(胸廓最低点)的水平面,其后方一般平第3腰椎体上缘。肋下平面常用于腹部分区,并且是左肾下端和十二指肠水平部所在平面的标志。

12. 经结节平面 通过左、右侧髂结节,后方与第5腰椎体近上缘处或第5腰椎棘突同一平面。回盲瓣约位于这一平面。

13. 髂上平面 通过左、右侧髂嵴最高点,后平第4腰椎棘突,或第3、4腰椎棘突之间。这一平面常用于计数椎骨棘突,并且是腹主动脉分叉平面的体表标志。

14. 棘间平面 通过左、右侧髂前上棘,后平骶岬,约与弓状线同一水平。

15. 肋脊角 为第12肋与脊柱的夹角。

16. 肋肌角(腰肋角) 为第12肋与竖脊肌外侧缘的夹角,与第1腰椎棘突同一平面,左肋肌角深方为左肾门。

17. 腹股沟管浅环 位于耻骨结节直上方,可以小指顶推阴囊壁向上触摸而得。正常的腹股沟管浅环仅能容纳小指尖,小指端能置入浅环者,说明浅环已经扩大。

(二)腹部分区(图1-2)

为了便于描述腹腔脏器的位置和进行体表触摸,常将腹部以两条水平线和两条垂直线划分为九个区。上水平线为通过两侧肋弓最低点的连线,下水平线是通过两侧髂嵴最高点的连线。两条垂直线分别通过两侧腹股沟韧带的中点。九个区的名称是:腹上区和左、右季肋区;脐区(腹中区)和左、右腹外侧区(腰区);耻区(腹下区)和左、右腹股沟区。

(三)腹壁

腹壁是腹部的外壁,包围着腹腔;它的各个组成部分即腹腔的各个壁,有上壁、下壁、后壁和腹前外侧壁。腹腔的顶壁为膈,下壁为盆膈。就区域性概念而言,腹腔和盆腔分属腹部和盆部;但实际上因不存在分界这两个腔的隔,故腹腔与盆腔有着共同的下壁,即盆膈是腹腔和盆腔共同的底。腹腔的后壁名腹后壁,它是两侧腋后线后方的腹壁,构成有脊柱腰段和膈脚,两侧方是腰大肌、腰方肌、竖脊肌、髂骨后部和腹横肌起始腱膜等。左、右腋后线以前的腹壁部分是腹前外侧壁,以肌性成分为主,主要由腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌,腹直肌和筋膜等构成。

(四)腹腔与腹膜腔

腹腔构成腹盆腔的上部和主要部分,位于膈与骨盆上口或骨盆入口之间。膈构成腹腔的

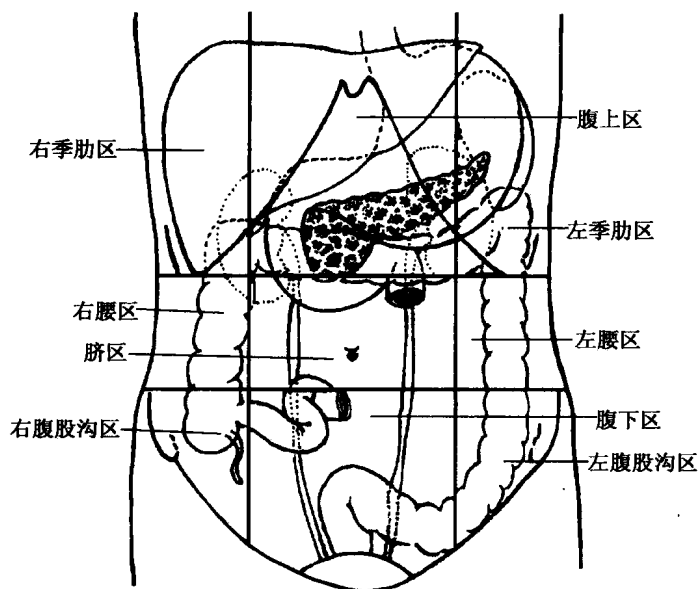


图 1-2 腹部的分区

顶。腹腔的下方与盆腔相延续,故腹腔没有底。腹腔向上延伸入胸廓(肋胸廓)至第4肋间隙。因此许多腹部器官如脾、肝、部分肾和胃受胸廓的保护。大骨盆(骨盆入口上方的骨盆延伸部)对下腹部脏器(包括部分回肠、盲肠和乙状结肠)起到支持和部分保护作用。腹腔内有腹膜,为一层连续的浆膜,衬于腹腔壁内面,并覆盖于脂肪、大部分消化器官(如胃、肠、肝、胆囊和胰腺)和部分泌尿生殖器官(肾和输尿管)以及脾脏的表面。总之,腹腔是:腹盆腔的主要部分;位于膈和盆腔入口之间;由膈将胸、腹腔隔开;下方与盆腔相延续;上部被胸廓覆盖;下方有大骨盆支持并起到部分保护作用;多层腹壁所围成的空间;内有大部分消化器官、脾、肾和输尿管的大部分。

二、腹前壁的解剖

(一)腹前壁的表面解剖

脐是腹前外侧壁的特征性结构,是经济平面的标志。在腹前外侧壁中央皮肤上的凹陷即脐,一般位于 $L_3 \sim L_4$ 脊椎之间的椎间盘平面,但其位置也可由于皮下脂肪的存在而发生改变。腹上窝是腹上区的一个小的凹陷,正好位于剑突下方。此窝是胃烧灼痛的位点,如食管综合征。当病人仰卧时由于腹部器官向两侧扩展,此区的腹前外侧壁就会向后而使得该窝显得特别明显。两侧第7~10肋软骨相互靠拢,其内侧缘形成肋缘。当处于仰卧位时,可观察到腹壁随呼吸而上下活动。仰卧者抬高头部与肩膀时,可触及并观察到腹直肌。

在白线处的皮肤上可见有一条沟,在脐上由于腹直肌两部分之间的白线宽约1cm,故此沟明显。在脐以下,白线几乎呈线状,不易看到。许多孕期妇女,尤其是毛发和肤色较深的妇女,都有一条颜色深的色素沉着带,称为黑线,位于白线外侧皮肤的中线处。孕期后此线颜色会逐渐消退。耻骨联合是一个软骨性联合,可在白线远端正中平面感受到此联合坚固的韧性。在第4腰椎平面髂前上棘的后方很容易触摸到骨性的髂嵴。

半月线是皮肤上稍弯曲的线状压迹,自靠近第9肋软骨附近的肋下缘处伸至耻骨结节。

这些半月状的皮沟距中线5~8cm,与腹直肌外侧缘平行,故在临床上非常重要。一般而言,由于沿半月线做切口会破坏腹直肌的多根神经支配,故临床上一般不采用此种切口。皮沟也位于腹直肌腱划处,因此该肌发达的人此沟明显可见。前锯肌和腹外斜肌交叉的肌腹也可见到。腹股沟韧带的位置可由腹股沟显示,当一个人处于仰卧位时,将一条腿伸到地上便可清晰地见到,此沟平行于腹股沟韧带,是位于其下方的皮肤皱褶。腹股沟为腹前外侧壁与大腿的分界。

(二)腹前外侧壁的层次

腹前外侧壁是腹部手术的入路主要部位,了解它的层次和结构特点在医学实践中具有重要意义。

腹前外侧壁的层次组成与结构配布显示有区域性变化。这些在层次、结构方面显示出不同的区域,大致以左、右侧半月线和髂前上棘间线为界;因此,腹前外侧壁的每半侧,可据上述两线各划分成4个区,即外上区、外下区、内上区和内下区。

1. 外上区 位于半月线外侧、髂前上棘间线以上的区域。

(1)肌层:三层扁肌为肌性部,肌纤维方向典型,即腹外斜肌向前下方,腹内斜肌向前上方和上方,腹横肌为横向。

(2)神经。①浅组:是第9、11外侧皮神经和第12外侧皮神经的部分分支。②深组:为第9、11肋间神经,肋下神经和第1腰神经的髂腹下神经及髂腹股沟神经。这些神经均通行于腹内斜肌与腹横肌之间,行向渐斜,并交通形成肋间神经丛。

(3)血管。①浅组:胸腹壁静脉。②深组:肋间血管和腰动、静脉,前者同肋间神经伴行。

(4)其他:浅筋膜大部分仅脂肪层。

2. 外下区 半月线外侧方、髂前上棘间线以下的区域,即腹股沟区。

(1)肌层:腹外斜肌层为腱膜,腱膜下缘形成腹股沟韧带等。腱膜的內下角有腹股沟管浅环及腹股沟韧带内侧脚、外侧脚和脚间纤维。精索及其中层、内层被膜出腹股沟管浅环,被覆精索外筋膜。腹内斜肌和腹横肌的肌纤维行向内侧下方,最下份纤维都呈弓形,而且合并成腹股沟镰。两侧弓状下缘与腹股沟韧带之间,容有精索及其中层、内层被膜。精索的中层被膜由提睾肌和筋膜组成。

(2)神经。①浅组:为髂腹下神经的前皮神经,可有第12外侧皮神经的部分分支。②深组:为髂腹下神经和髂腹股沟神经,主要行程在腹外斜肌腱膜与腹内斜肌之间。

(3)血管。①浅组:有走行于Camper和Scarpa筋膜之间的腹壁浅血管。②深组:腹壁下血管和旋髂深血管。

(4)其他:浅筋膜分Camper层和Scarpa层。腹横筋膜层增厚,构成腹股沟管深环及精索内筋膜,也参与构成股鞘。腹膜前组织层可有较多脂肪,容有脐外侧韧带等。

3. 内上区 半月线内侧,髂前上棘间线以上的区域。左、右侧合为腹上区及脐区。

(1)肌层:为腹直肌和腹直肌鞘前、后壁。左、右腹直肌鞘之间为腹白线。腹直肌鞘前壁上份仅由腹外斜肌腱膜构成。

(2)神经。①浅组:第7~11前皮神经。②深组:第7~12胸神经前支。

(3)血管。①浅组:脐周静脉。②深组:腹壁上血管和腹壁下血管的鞘内段。

(4)其他:脐平面以下浅筋膜分Camper层和Scarpa层。腹横筋膜与腹直肌鞘后壁连接较紧。右侧内上区的前腹膜壁层见有镰状韧带,内含左脐静脉、附脐静脉及伴行淋巴管等。

4. 内下区 半月线内侧方、髂前上棘间线以下的区域,左、右侧合为腹下区。

(1)肌层:腹直肌及锥状肌。腹直肌鞘后壁缺如,前壁主由腹内斜肌腱膜和腹横肌腱膜合并形成,浅面覆以腹外斜肌腱膜。

(2)神经。①浅组:肋下神经的前皮神经和髂腹下神经的前皮神经。②深组:肋下神经。

(3)血管。①浅组:前皮血管,腹壁浅血管和阴部外浅血管的分支与属支。②深组:腹壁下血管。

(4)其他:浅筋膜分 Camper 筋膜和 Scarpa 筋膜,并有脐膀胱筋膜和脐膀胱前筋膜。Scarpa 筋膜下续浅阴茎筋膜和 Colles 筋膜。腹横筋膜形成腹直肌筋膜。腹膜前组织中有脐正中韧带。前腹膜壁层见膀胱上窝,左、右膀胱上窝之间有脐正中襞。

三、腹膜结构与功能

(一)概述

腹膜属于浆膜,由腹膜腔表面的间皮及其下面的结缔组织构成,覆盖于腹、盆腔壁的内面和脏器的外表,薄而透明,光滑且有光泽。依其覆盖的部位不同可分为壁腹膜和脏腹膜。前者被覆于腹壁、盆壁和膈下面;后者包被脏器,构成脏器的浆膜。两者互相延续。腹膜脏层与壁层之间的不规则腔隙,叫做腹膜腔。腹膜腔内含少量浆液,有润滑和减少脏器运动时相互摩擦的作用。男性腹膜腔是完全封闭的,女性由于输卵管伞开口于腹膜腔,因而可经输卵管、子宫和阴道腔与外界相通。

腹膜除对脏器有支持固定的作用外,还具有分泌和吸收功能。正常情况下腹膜可分泌少量浆液,以润滑脏器表面,减少它们运动时的摩擦。由于腹膜具有广阔的表面积,所以有较强的吸收能力。在病理情况下,腹膜渗出增加则可形成腹水。

腹膜具有较强的修复和愈合能力。因而在消化道手术中浆膜层的良好缝合可使接触面光滑,愈合速度加快,且减少粘连。如果手术操作粗暴,腹膜受损则术后并发粘连。由于腹膜具有这一特征,腹膜的某些形成物(如大网膜)在手术中常用作某些损伤器官的修补材料。此外,腹膜还具有防御功能,一方面其本身具有一些防御或吞噬功能的细胞;另一方面,当腹腔脏器感染时,周围的腹膜形成物尤其是大网膜可迅速趋向感染病灶,包裹病灶或发生粘连,使病变局限不致迅速蔓延。

(二)腹膜与脏器的关系(图 1-3)

根据脏器表面被腹膜覆盖的多少可将腹腔和盆腔脏器分为三种类型。

1. 腹膜内位器官 这些器官几乎全部为腹膜所包被,如胃、空肠、横结肠、乙状结肠、脾、卵巢、输卵管等。

2. 腹膜间位器官 器官的大部分或三面均为腹膜所覆盖者称为腹膜间位器官,如肝、胆囊、升结肠和降结肠、子宫和膀胱等。

3. 腹膜外(后)位器官 器官仅有一面被腹膜覆盖,称为腹膜外位器官。由于这些器官大多位于腹膜后腔,仅前面被覆腹膜,故又称腹膜后位器官。如胰腺、十二指肠的降部和水平部、肾上腺和输尿管等。

了解脏器和腹膜的关系,在外科手术中可根据情况选择最佳的手术入路。

(三)腹膜形成物

腹膜从壁层向脏层移行,或从一器官移行于另一器官,构成双层的腹膜结构。两层腹膜间