

外科手术学

第二卷

C. 洛勃 R. 斯密茨 主编

外 科 手 术 学

第 二 卷

C. 洛勃 R. 斯密茨 主編

曹德生 蔣呂品 张世泽 洪鶴群 合譯

上海科学技术出版社

内 容 提 要

原书分8卷,外加进展1卷,共9卷,本书系第二卷第三篇腹部外科續,包括第三至第九章,共7章。为便于讀者参考起见,特将进展中有关腹部外科的4章分別附于本卷內,以作补充。

OPERATIVE SURGERY

Charles Rob & Rodney Smith
Butterworth & Co, London, 1956

外科手術学(第二卷)

曹德生 蔣呂品 張世榮 卞鶴群 合譯

上海科学技术出版社出版(上海瑞金二路450号)
上海市书刊出版业营业許可証出 093 号

上海新华印刷厂印刷 新华书店上海发行所发行

开本 787×1092 1/16 印张 27 8/16 插頁 4 排版字数 696,000
1964年11月第1版 1964年11月第1次印刷
印数 1—9,000

統一书号 14119·729 定价(科六) 5.00 元

目次

第三篇 腹部(續)

第三章 疝 1	胰腺的暴露 143
先天性膈疝..... 1	胰十二指肠切除术 145
裂孔疝——經胸径路..... 4	全胰腺切除术 158
裂孔疝——經腹径路(裂孔疝之腹部修 补)..... 9	远端胰腺切除术: 胰腺体部和尾部的 切除 162
上腹壁疝..... 15	經十二指肠作胰腺活体检查 164
臍疝..... 18	乏特氏壶腹部周围肿瘤的姑息性 切除术 167
腹壁疝和疤痕疝..... 23	治疗阻塞性黄疸的胆道捷径手术 172
腹股沟疝..... 28	胰島素过多症的手术治疗: 胰島細胞 肿瘤的切除 185
股疝..... 42	胰腺囊肿或囊性肿瘤 189
腹膜后疝..... 56	胰腺瘻管的手术治疗 201
罕见疝..... 58	急性胰腺炎的手术治疗 208
内疝: 膀胱疝..... 64	慢性复发性胰腺炎的手术治疗 211
第四章 阑尾、肠系膜和腹膜 66	[增訂] 胰腺外科 220
阑尾切除术..... 66	第七章 胆道系統和肝脏 247
阑尾脓肿..... 78	肝脏部分切除术..... 247
盆腔脓肿..... 82	肝脓肿..... 254
膈下脓肿..... 88	肝脏包虫囊肿..... 258
肠系膜囊肿切除术..... 97	[增訂] 右肝全叶切除术; 右半肝切 除术 264
腹膜腔穿刺术..... 101	胆囊造口术..... 274
腹腔镜检查法..... 103	胆囊切除术..... 280
第五章 脾脏和門静脉高压症的手术 106	胆道的探查..... 289
脾脏切除术..... 106	胆管狭窄或被切断后的修补..... 297
脾脏切除术: 腹膜外游离法..... 111	第八章 小 肠 317
[增訂] 巨脾或粘連性脾的切除——經 胸腹径路 114	空肠造口术..... 317
門静脉高压症: 測压, 靜脉造影术 及食管出血的控制..... 123	回肠造口术..... 322
門静脉高压症: 脾腎靜脉吻合术..... 126	新生儿肠梗阻..... 327
門静脉高压症: 門腔靜脉吻合术..... 131	小肠的切除和吻合..... 338
門静脉高压症: 食管和胃的横形 切断术..... 138	回肠乙状結肠吻合术..... 349
第六章 胰 腺 143	回肠直肠吻合术..... 350

美克尔氏憩室切除术·····	356	结肠造口术的关闭法·····	394
肠套叠·····	359	右半结肠切除术和吻合术·····	399
小肠憩室和良性肿瘤·····	365	结肠部分切除术和吻合术·····	406
肠外瘘的治疗方法·····	371	Paul 式结肠部分切除术 ·····	410
〔增订〕 十二指肠空肠吻合术·····	376	结肠全切除术·····	414
第九章 大 肠 ·····	380	大肠扭转的手术治疗·····	420
乙状结肠镜检查法·····	380	穿孔性憩室炎·····	424
盲肠造口术·····	383	伴有或不伴有膀胱结肠瘘的憩室	
结肠造口术·····	388	炎的手术治疗·····	429

第三章 疝

先天性膈疝

Ronald Belsey

手术前

先天性膈疝大多发生于膈肌的后外侧部分，系由于胸膜与腹膜之间的通道未闭或一部分膈肌发育不全所致。其中 90% 病例疝囊缺如，胸腔与腹腔之间自由交通。偶尔疝亦可发生于膈肌的前部，通过 Morgagni 氏孔，此时往往有疝囊存在。一侧膈肌完全缺如时修补手术不能奏效，患儿常在早期夭折。

手术前准备

患者多属新生儿，为防止窒息或肠梗阻引起死亡，必须紧急施行疝整复术；在疝整复之前常无法改善患者的全身状况。

膈疝存在时亦可无碍于生存而极少引起症状，仅于常规胸部检查时偶然发现，但这类情况少见。

术前所需的惟一特殊准备是消除肠道胀气，以利疝的修复。

手术操作

给婴儿施行紧急疝整复术时，最重要的步骤是麻醉和输血，后者必须由有经验的外科医师操作。

手术径路

先天性膈疝可经胸腔或腹腔径路整复。胸腔径路的优点是：(1)分离胸腹腔脏器之间的粘连时损伤较小，从而减少术后肠梗阻的危险。(2)容许更细致地修补缺损，特别是在缺损较大而需要较高地抬起横膈时。

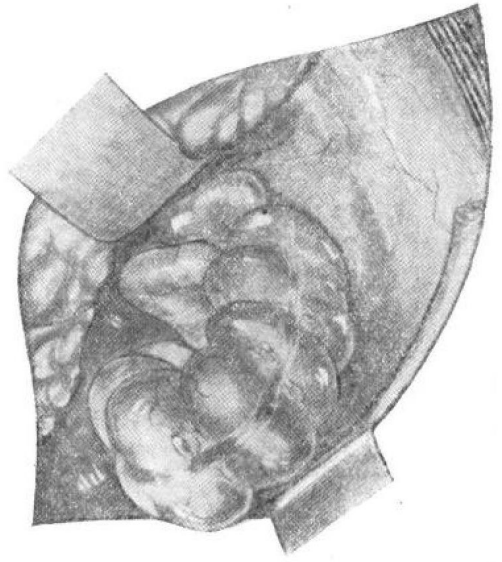
腹腔径路：整复较困难，除非用一导管经缺损处通至胸腔内造成气胸，消除胸腔负压。还纳腹部脏器至发育不全的腹膜腔内时，如仅缝合皮肤，而在较晚一些时候再修补腹壁疝，可较为容易。

损伤性膈疝 毫无疑问，对这类膈疝采用经胸径路比较方便。因为常伴有胸腔内其他结构的广泛损伤和胸腔内出血，致在成疝的脏器与肺脏之间形成紧密粘连。膈肌的缺损往往甚小，故小肠梗阻或绞窄较为常见。经腹从下面整复常易损伤肠和肺，且有发生麻痹性肠梗阻或感染的危险。为此，处理损伤性膈疝时以第八肋间经胸径路为最佳。

手 术

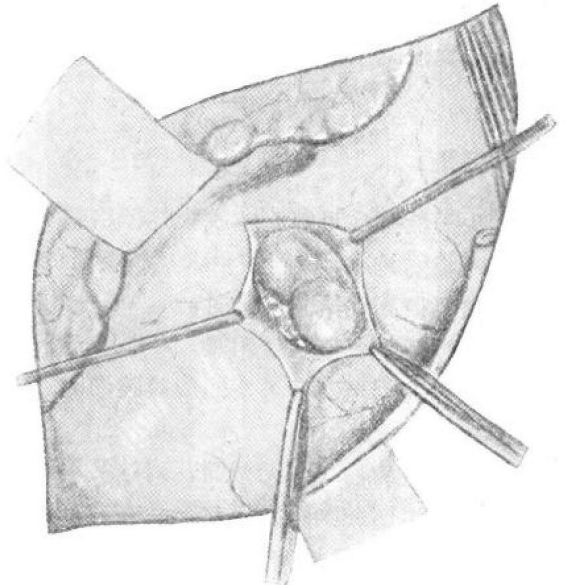
径 路

- 1 經左胸径路达膈肌之圓頂(見第5頁)。
先将肠曲与缺損邊緣分离，然后輕柔加压
整复之。此时腹部宜完全松弛。如肠曲膨
胀过甚难以整复，則必須用大号針經肠壁
刺入肠腔减压。一經整复后，肠曲即可迅
速恢复其正常张力。



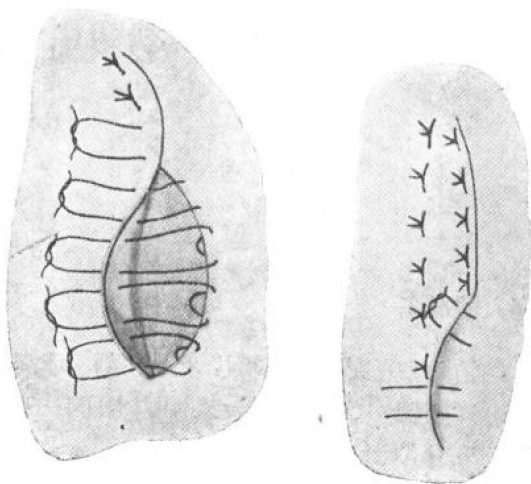
整复时裂孔緣的支持

- 2 如用組織鉗挾持和提起缺損緣可有助
于整复。处理肠曲必須十分輕柔，因为术
后有发生肠梗阻之虞。如整复有困难，則
可沿切綫方向扩大缺損处，以免損伤膈神
經的分支。



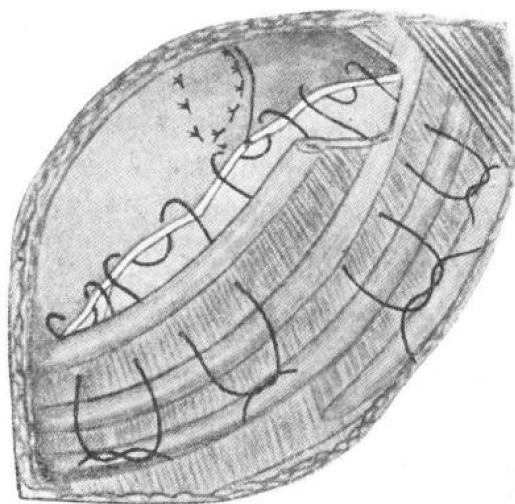
缝合方法

- 3 修补缺损可用细麻线作二列平行间断褥式缝合,边缘应尽可能宽阔地重叠。为求获得良好的愈合,无需剥离膈肌上的胸腹膜。
- 4 缺损如达胸壁右外侧,缝合其最外侧部分时宜特别小心。



大缺损的处理

- 5 巨大缺损不可能用上述方法缝合。宜先从膈肌附着于肋缘之处将其残余部分分离,然后才能以重叠法修补之。此后,将已修复之膈肌周缘在比原附着点高两个肋间处用细麻线或不锈钢丝与胸壁作褥式缝合。如是则凭借可利用的有限膈肌即能使胸膜腔与腹膜腔完全隔绝。然后,按一般常规关闭胸腔并留置密闭引流管。



手术后

手术后处理和手术后可能发生的并发症将于“裂孔疝——经胸径路”一节中述及之。

裂孔疝——經胸径路

Ronald Belsey

手 术 前

病人的准备

消除口腔感染,如須拔牙則在剖胸术前应等待齿齦愈合。

对于因多次复发性吸入性肺炎所致的肺部慢性感染,术前应尽可能以較长时期进行呼吸练习和体位引流,这必須在第一次門診訂出外科治疗計劃时就开始进行。

貧血系常见的并发症,宜糾正之。有呕血者必須輸血。

食管炎的处理

約 60% 患者发生逆流性食管炎,实行每 2 小时进食制和高蛋白飲食,夜間用 5~6 个枕头抬高上身,均有助于減輕食管炎。患者得此并发症常害怕进食,恐加重疼痛和引起不适。

如系慢性食管炎,且已产生狹窄,先期在食管鏡下作扩张术比施行胃造口术或空肠造口术更好。在施行狹窄部切除的大手术前 3~4 天内应輸血,并給予高蛋白流质飲食。有食管慢性潰瘍和狹窄的患者往往明显营养缺乏,在施行大手术前应作長時間的細致准备。

嬰兒食管炎 作出診斷时患儿的全身状况往往极差,为了使其能耐受手术,預先給予鼻飼和牛奶滴入經過一定的时限是必要的。但如患儿的状况在内科治疗下繼續恶化,則不宜因循等待,应立即施行手术。

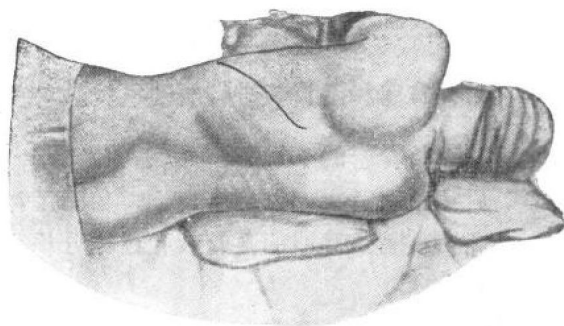
經胸径路或經腹径路?

对于无并发症之裂孔疝病例,采用經胸径路或經腹径路均能整复,但是考虑到有关生理方面,經腹径路是否能得到滿意修复,尙为一有待討論的問題。若一旦发生食管炎,則由于食管周围存在着廣泛的粘連,妨碍自下而上的操作,經胸径路就成为必要。此外,对慢性食管炎的正确处理——整复或是切除,只有在手术时才能作出最后的决定。

手 术

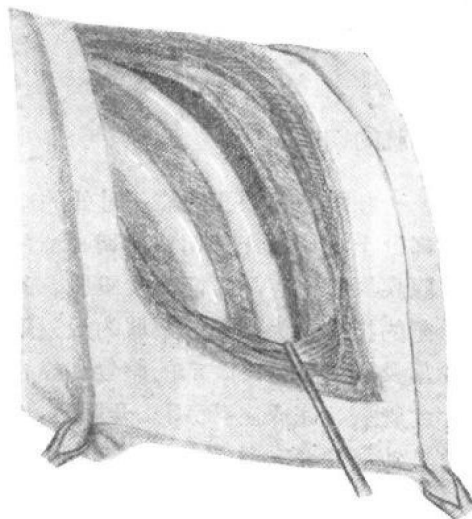
病人的体位和剖胸术

- 1 患者在手术台上取右侧卧位，经第八肋骨作左后外侧剖胸切口。如需要切除食管时，宜先在食管内塞入一纱布块以减少伤口污染机会。



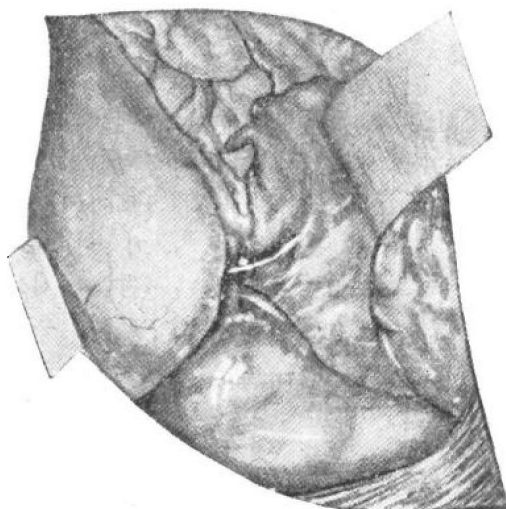
剥离骨膜和牵开椎旁肌

- 2 从第九肋骨上缘剥离骨膜，将椎旁肌向后侧牵开，切断第九肋后端。经第九肋骨床打开左胸膜腔。



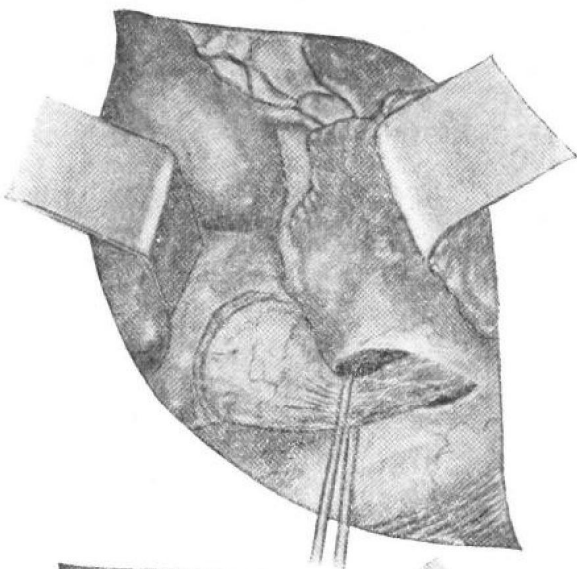
游离成疝部分

- 3 安置肋骨撑开器，肺脏与胸壁之间可能由于吸入性肺炎而产生粘连，必须予以分离，同时应避免损伤肺泡。胃的成疝部分可通过纵隔胸膜见到，纵隔胸膜系纵形切开。切断肺韧带以利肺脏的牵开。切勿损伤膈神经。



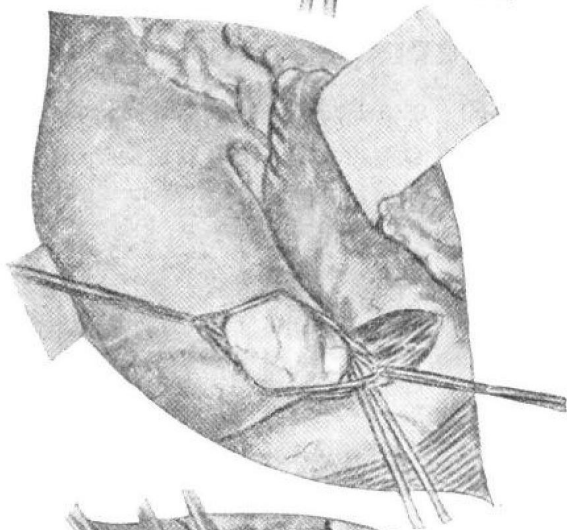
游离食管和沿胃缘进行解剖

- 4 将食管的下1/3段自纵隔中游离出来，并用带牵开之。然后分离胸膜和膈食管韧带，使胃从膈肌的食管裂孔边缘分开。

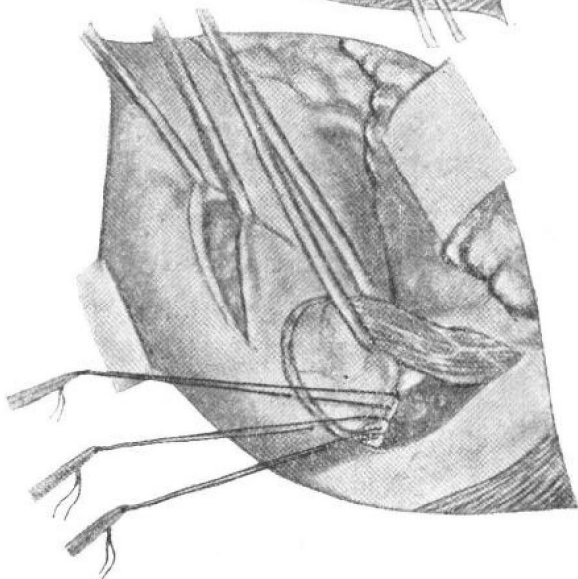


膈肌的切口

- 5 在距食管裂孔边缘一吋处的膈肌肌腱部分上依切线作一切口，切开围绕贲门的腹膜反折。应尽可能减少膈肌及其神经支配的损伤至为重要。膈肌的放射形切口可累及膈神经分支。疝的整复和修补可通过食管裂孔完成之，无需切开膈肌，但当疑有其他病变存在时则有必要探查上腹部。

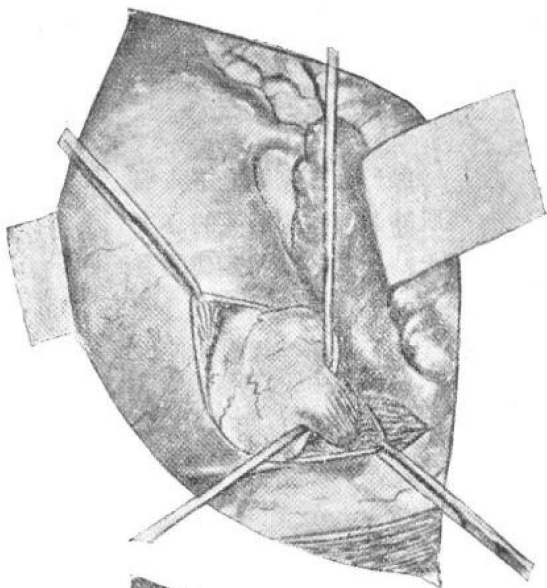


- 6 胃和食管下端已从其膈肌和纵隔附着处游离。当后缘确定以后，在裂孔纤维化的内缘和盖于肌肉外缘的胸膜上作对合缝线，在其下面的膈右脚的肌肉组织不应缝进去。然后依据裂孔的大小再作2或3针对合缝线，这些缝线暂不打结。对后面一层是否需要作缝合，至今还没有一致的意见，但按作者的經驗它可使患者的症状获得解除。



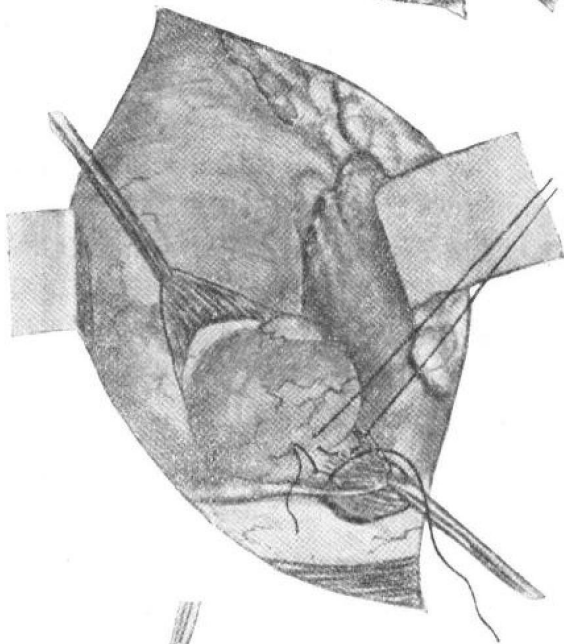
疝的整复

- 7 疝已被整复，贲门已被纱布带牵至膈肌下。注意避免损伤迷走神经。将食管自纵隔中游离出来时，不应破坏迷走神经与食管和胃的正常关系。如因食管继发性缩短致使整复发生困难或不可能时，应放弃整复的尝试，而改行切除术。根据作者的經驗，凡困难的修补术常常是不满意的。



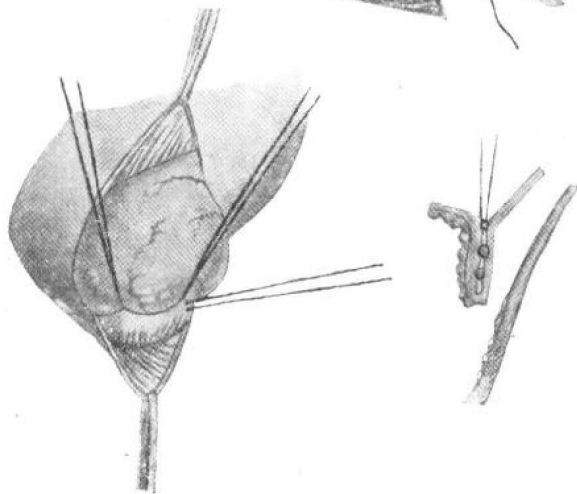
胃底部与食管的缝合

- 8 用麻线作三列间断缝合使胃底部与食管的前面缝合，以恢复贲门部正常的锐角，而重建活瓣机制，产生防止逆流的作用，如在正常人一般。



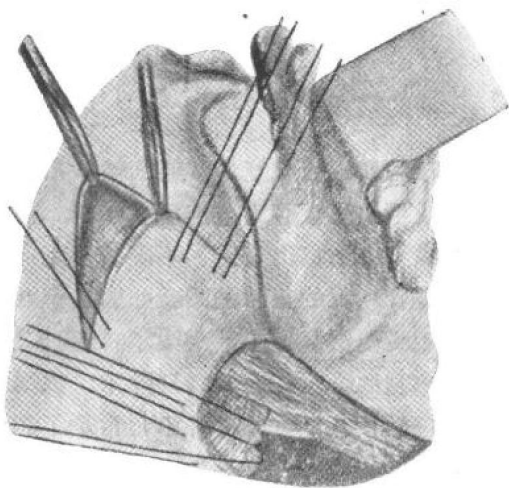
食管胃锐角的重建

- 9 胃与食管之间的锐角已恢复。在接受重建锐角的原则下，每个外科医师可按其自己的方法重建贲门部的活瓣。



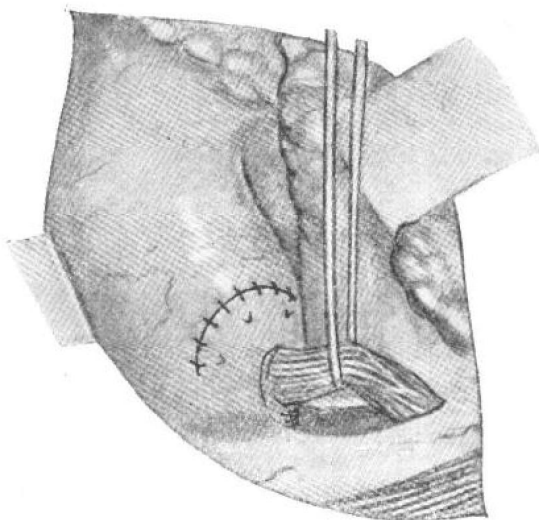
重建贛門的固定

- 10 保留第三列縫綫之末端，向上越过膈肌肌腱貼近食管裂孔的环肌。当縫綫在膈肌上結扎时，即将重建的贛門固定于膈肌的下面。这当然只有在食管下1/3段未因慢性食管炎而縮短时才能做到。



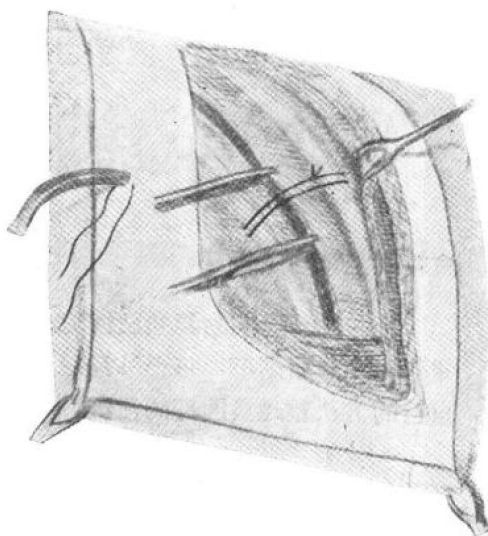
縫合膈肌

- 11 以細麻綫間断縫合膈肌切口。对合縫綫在食管后方結扎，使裂孔的环肌紧密围绕食管下端。如縫合恰当，則吸气时右膈脚的收縮不致受到干扰，对于食管下端的管夹作用仍能保持。手术中宜小心保护膈神經，这在一定程度上对保持膈肌的正常机能起着决定性作用。



肋間切口的縫合

- 12 肋間切口借包繞第八、第九肋的骨膜縫綫而閉合。經肋間置一胸腔內导管作密閉引流，以促进肺迅速的重新完全扩张。



手术后处理

肺不张

呼吸练习应在患者从麻醉苏醒后立即开始。手术后次晨常规作床头X綫照相，如发现肺不张时，必須作体位引流。肺不张可能发生于手术的对侧，此与手术时患者的体位有关。

飲食

术后第一天可开始給予流质飲食，此后患者能迅速恢复正常飲食。手术后1~2周内可能有輕度吞咽困难，此时可限制患者吃半固体或細碎軟食。吞咽困难常可自行消退，罕有須作內腔鏡扩张术者。

肋間引流

左胸腔肋間导管水封引流宜于术后保持24小时，直至肺叶重新完全扩张。术后第二天即可允許患者离床活动。

腹胀的处理

凡发现有胃张力减退或胃扩张时即应放置胃管（Ryle氏管）吸引。腹胀应予以防止或糾正，否則易增加膈肌縫綫的张力。

液体的摄入

凡因慢性食管炎和食管显著狹窄而施行切除，继以食管胃吻合术或食管空肠吻合术时，术后須給予靜脉內补液。手术后最初24小时内禁止口服液体。术后第二天可每小时給予消毒液体1呖，至第三天可增加到每小时2呖。第四天可逐渐增至每小时3呖。第五天开始給予軟食，第六天可每二小时給予細碎和过篩的固体食物。至术后第十天患者可恢复正常飲食。有时患者由于多年的痛苦經驗，須經過一段時間方始完全恢复其能正常进食的自信力，故加强术后护理和精神鼓励以完成外科治疗的效果，实为必要。

裂孔疝之腹部修补

Rodney Smith

手术前

适应症

青年人患裂孔疝，不論疝的大小，均須用外科手术修复，因为手术的危險性較之未經任何处理而发生并发症的危險性为小。

中年和老年患者經內科治疗未能控制症状，或继发逆流性食管炎伴有潰瘍、出血或狹窄时，亦为手术适应症。保守疗法有二个重要的原則：即減輕腹內压的增高（如使肥胖者消瘦）和消除体位姿势因素（如避免俯身和睡眠时給予身体以良好的支撑）。

禁忌症

同时伴有活动性十二指肠潰瘍时須作胃部分切除术，对于适当的病例可同时施行疝修补术，但是虛弱或老年患者不宜作疝修补术时，单纯胃切除术可能消除一切症状。

食管有永久性疤痕、狹窄及縮短时，疝修补术并无裨益，宜作食管切除和食管幽門竇吻合术或食管空肠吻合术。

准 备

X綫检查后常須作食管鏡检查，以排除癌肿和可能并存的胃十二指肠及胆道疾病。肥胖患者如选用經腹径路，必須使体重減輕。如上所述，体重減輕亦是保守疗法的标准部分之一。在手术前准备期間，肥胖患者借飲食的控制如能減輕体重1~2 呔（譯者注：1 呔相当于14磅），則往往会自觉因裂孔疝所致的症状亦已完全消失。

如遇胸壁肥厚的患者須行裂孔疝修补术而未能有效地減輕其体重时，宜采用經胸径路。

此手术后常易发生肺部并发症，故自手术前一日起即应开始青霉素預防注射。

麻 醉

常用全身麻醉，良好的肌肉松弛是必要的，通常采用靜脉注射的肌肉松弛剂。

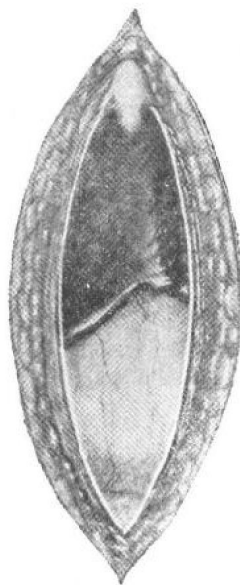
体 位

采用仰臥位。有些外科医师在下胸部下面置一小沙袋，或用一胆囊手术的腰桥或折叠手术台以助显露。但这种方法很少需要，并可能引起手术后背痛。

手 术

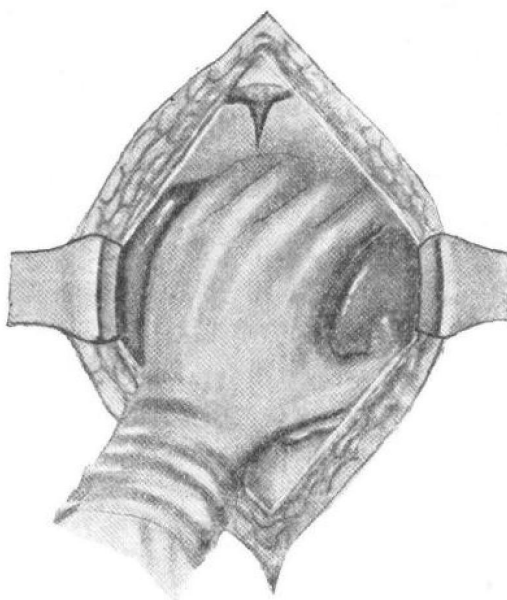
切 口

- 1 上腹正中切口起自胸骨下端，下至臍孔，游离胸骨剑突并切除之。



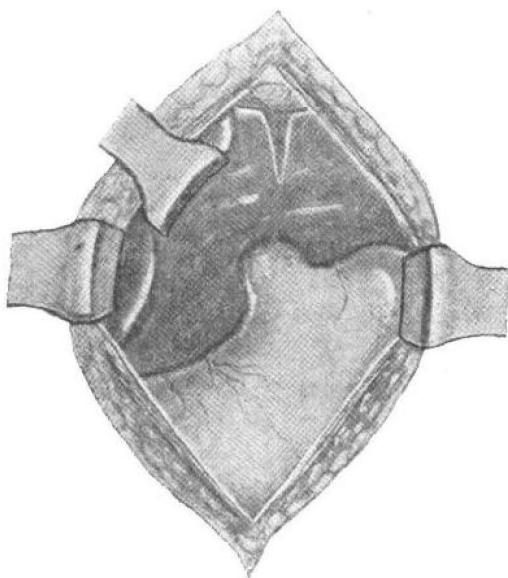
显露贲門

- 2 膈肌已显露，游离其前缘的一小部分，自其正中向后切开1~2吋以利贲門的显露。如仍感困难时，为了扩大手术野，可将胸骨从中线劈开向上直至第四肋間，然后弯向侧方，切开两侧肋間隙，胸骨缘向外侧牵开。



游离肝脏

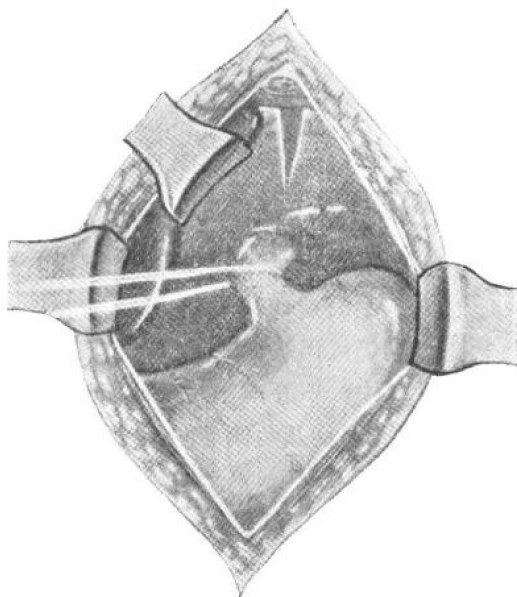
- 3 用左手握持肝脏的左叶，以长弯組織剪剪断左三角韧带，肝左叶牵向右侧，复以湿紗布，并用拉鉤牵开以显露手术野。



牵开食管和迷走神经

- 4 切开复盖于食管上的腹膜，并以手指轻柔分离之。用一软橡皮管绕过食管和迷走神经，并向右牵开之。

操作时宜极小心，如食管发炎、粘连而脆弱，或有食管溃疡存在时，粗糙的手法和过度牵引可能导致食管穿孔。



鉴别腹膜囊

- 5 助手将胃底压向左下方，手术者将其左手食指经由裂孔伸入纵隔，以探触食管周围的腹膜囊。

疝囊常为一巨大的结构，鉴别尚无甚困难。

