

外科手术学

第三卷

C. 洛勃 R. 斯密茨 主编

外 科 手 术 学

第 三 卷

C. 洛勃 R. 斯密茨 主 編

徐崇恩 侯祥薇

张 忠 仲剑平 尤大鏞
合 譯

上海科学技术出版社

内 容 提 要

原书共分8卷,另附增订本一卷,由百余位英国外科专家执笔。第三卷内容包括直肠、肛门外科和胸部外科。此外,并将增订本中的有关部分分别附于各章之后。

本书的特点是以图为主,并作简单扼要的文字解释,逐步深入地循序介绍手术过程;图文对照,很易理解。可供外科医师参考。

OPERATIVE SURGERY
Charles Rob & Rodney Smith
F. A. Davis Co. 1957

外科手术学 (第三卷)

徐宗恩 侯祥薇 张 昂 仲剑平 尤大鏞 合译

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许可证出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 19 插页 4 排版字数 480,000
1964年8月第1版 1964年8月第1次印刷
印数 1—8,000

统一书号 14119·497 定价(十二) 2.85 元

目次

第四篇 直肠与肛門

第一章 诊断技术	1	会阴修补和直肠阴道瘘管	40
直肠鏡检查法	1	直肠脫垂	41
第二章 非恶性病症	3	巨結肠症(Hirschsprung 氏症)	
痔核的注射疗法	3	的直肠-乙状結肠切除术	47
肛裂	6	骶部瘻管切除术	52
直肠息肉	9	〔增訂〕 骶骨瘻管外置术	56
痔切除术	11	第三章 恶性病症	59
肛瘻	17	直肠的联合切除术	59
低位肛門瘻管	19	上下同时进行的切除直肠术	61
粘膜下瘻管	21	腹部-会阴切除法	72
坐骨-直肠瘻管	22	会阴-腹部切除法	72
坐骨-直肠脓肿	26	重建肠道的直肠癌切除术	75
肛門-直肠閉鎖及合并瘻管症	30	腹部切除术	77
会阴-直肠成形术	33	腹部-肛門切除术	85
腹部-会阴直肠成形术	34		

第五篇 胸 部

第一章 内窥镜检查法	89	前胸郭切开术	123
支气管鏡检查法	89	第四章 胸壁手术	128
食管鏡检查法	93	經肋間引流脓胸	128
胸腔鏡检查法和粘連烙断术	96	肋骨切除术治疗脓胸	134
第二章 小技术操作	99	胸壁肿瘤	139
胸膜腔和心包腔穿刺吸引术	99	胸郭成形术及肺尖萎陷术	144
人工气胸术	102	胸郭成形术的改良法	150
支气管照相术	105	胸膜剥除术	
經口支气管照相术	107	胸膜切除术: 脓胸切除术	152
气管穿刺法	109	胸膜外肺松解术	157
膈神經压榨	110	骨膜外充填术	159
第三章 开胸术	113	第五章 肺脏手术	162
胸部手术进路	113	全肺切除术	162
外侧胸郭切开术	115	左侧全肺切除术	164
前外侧胸郭切开术	121	右侧全肺切除术	168

左侧根治性全肺切除术	169	二尖瓣分离术	227
右侧根治性全肺切除术	170	〔增訂〕 二尖瓣再度-狹窄的治疗	232
肺叶切除术	172	肺动脉栓子切除术	236
左下肺叶切除术	173	〔增訂〕 主动脉瓣切开术	242
左上肺叶切除术	174	心动驟停——心脏按摩治疗	250
右下肺叶切除术	176	第七章 纵隔手术	254
右上肺叶切除术	177	經胸腔切除纵隔肿瘤(或囊肿)	254
肺段切除术	182	胸郭内甲状腺肿切除术	262
左上肺叶尖后段切除术	183	頸路	263
舌叶切除术和左下肺叶切除术	186	分裂胸骨的进路	266
左下肺叶背段切除术	187	第八章 食管	270
右上肺叶后段切除术	188	食管癌手术	270
楔形切除术	188	食管-胃吻合术	271
包虫囊肿摘除	189	切除侵及贲門的肿瘤后的食管-空肠	
肺气肿性大泡	189	吻合术	277
第六章 心,心包,大血管	191	姑息手术	281
开心手术取得理想条件的方法	191	贲門失弛緩或贲門痙攣的手术	284
心包切除术及心包引流	195	应用 Plummer 氏囊的流体靜力扩张术	285
动脉导管未閉	201	Heller 氏手术	286
先天性特异症: 法乐氏四联症	207	先天性食管异常	287
先天性特异症: 心房間隔缺損症		反流性食管炎手术	292
开放式及閉合式手术	213	改善贲門部解剖排列的手术	293
先天性特异症: 主动脉狹窄症	218	〔增訂〕 反流性食管炎;晚期狹窄病	
先天性特异症: 肺动脉瓣狹窄症		例的治疗	295
肺动脉瓣切开术	224		

第四篇 直肠与肛門

第一章 診斷技术

直肠鏡检查法

H. E. Lockhart-Mummery

手术前

适应症

直肠鏡检查法最适用于检查肛道和肛門-直肠环部位；尤其是探查痔核。对直肠粘膜，則采用乙状結肠鏡检查較为适合。

在此部位进行痔核的注射疗法或其他小型操作，均可于大小适当及照明良好的直肠鏡內順利进行。

禁忌症

在插入任何器械以前，必須詳細检查肛門并用手指探查。这样，可以及时发现任何疼痛性的病灶如肛裂或栓塞性痔核等。如果确是这种情况，則除非已取得适当的局部麻醉，一般禁用直肠鏡检查法。

儿童或肛門狹窄的病例，应该用較小型的直肠鏡检查。

术前准备

不需要特殊准备，亦不适宜灌肠。但应鼓励病人在检查以前正常地排空大便。如果肠道极度充塞，則应暫緩检查为妥。

麻醉

大多数病人都不需要使用麻醉剂。疼痛性肛裂可用2%(阿美索卡因)(amethocaine) 溶液湿敷5分钟，或用 Xylocaine 油膏，局麻一般即能得到满意的效果。

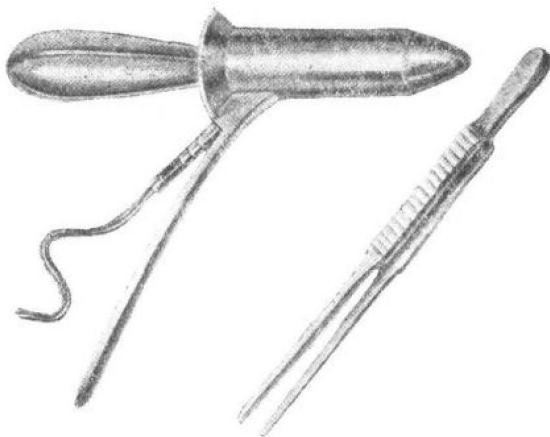
病人位置

如前第三篇“乙状結肠鏡检查法”中所述取 Sims 氏位置最为合适。男性病人有时可采用胸膝位置。

操作法

器械

1 直腸鏡有許多種的類型及大小規格，圖中所示是一種具有照明設備的管狀直腸鏡（內徑 3/4 吋）可適合一般需要，為最有用的類型。尤其稍帶槽型或圓錐型的器械更為滿意。其大小規格有數種，一種可以通過直腸鏡作抹拭用的長柄鉗子最有價值。圖示為 Emmett 氏型 8 吋鉗子。

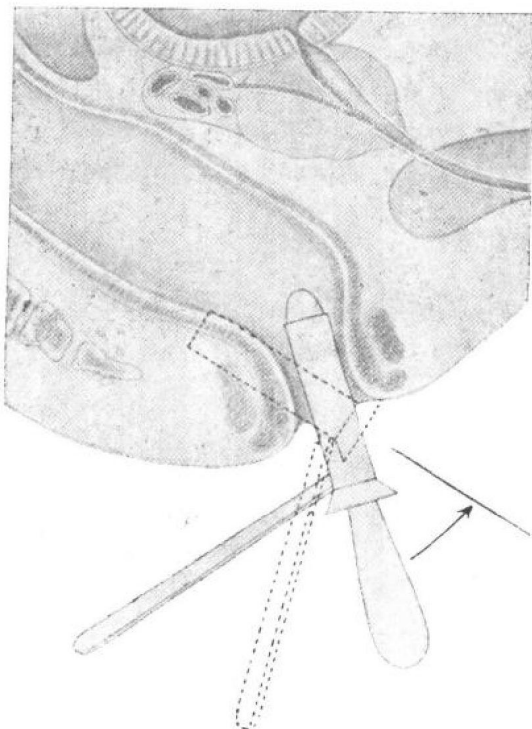


插入

2 把直腸鏡涂上油脂,使潤滑之後,向臍部方向輕輕地插入肛道。直腸與肛道接連處成一角度,故直腸鏡端一旦進入直腸之後,應即改變方向而轉向骶骨岬部位。

抽出填充体并連接灯光。在逐漸抽出直腸鏡时,即可明显地看到肛門-直腸部位及肛道。

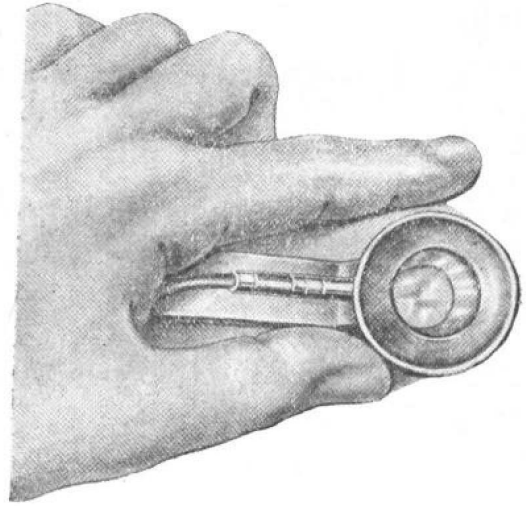
应注意到正常的浅紅色直肠粘膜。在逐渐地抽出器械时内痔会随之突出。如果令病人用力屏气,则可很明显地看到。



检 查

- 3 用左手掌握器械柄以便右手自由操作。如图所示用左手食指推开上面臀部至视线之外,每有助于操作进行。

在最后抽出器械以前,应把填充体纳还,这样就可减少病人不舒服的感觉。



检 查 后

不需要特殊的护理或治疗,病人在检查完毕之后即可出院。

(侯祥薇 译 徐崇恩 校)

第二章 非恶性病症

痔核的注射疗法

H. E. Lockhart-Mummery

手 术 前

适应症

注射疗法对于第一度型痔核及某些第二度型痔核能致极好的效果。对较后期的病例其疗效则较差;但对老年人和不适宜手术的病例以及妊娠期间,这种疗法还是最恰当的。

特殊禁忌症

在急性发作情况,也就是在最近期内曾有血栓形成的痔核,则禁忌施用注射疗法。大型纤维化的脱垂型痔核,注射疗法就不起作用。任何合并有慢性肛裂或瘻管的痔核,一般必须用手术治疗。在注射疗程开始以前,须用乙状结肠镜检查,以排除直肠肿瘤或直肠-结肠部炎症的诊断。

在注射疗程开始之前,应作全身性及腹部的检查,以排除心力衰竭或门静脉高压症的诊断,因为这些病症应该用其他的方法来治疗。

术前准备

不需要特殊的准备。直肠不宜充塞,最好在治疗的当天早晨,作正常的排便。

麻醉

注射疗法如操作正确,即可达到无痛,仅能引起轻度的直肠膨胀的感觉,此感觉不久即可消失;毋须施以任何局部或全身麻醉。

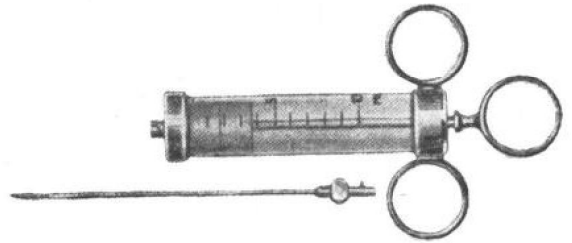
病人位置

如第三篇“乙状结肠镜检查法”中所述,为使病人舒适和术者操作便利起见,可采用沙袋垫高骨盆的 Sim 氏位置。

手 术

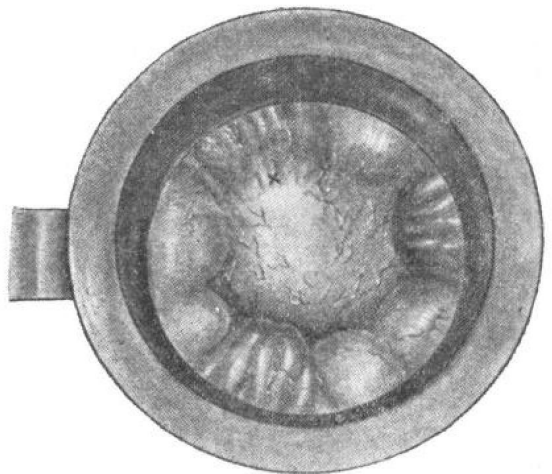
器 械

- 1 采用本篇第2页图所示的附有照明设备的管状型直肠镜。用一只3指控制式的10毫升注射器,装上刺刀式固定的长针,进行注射。使用的溶液为5%酚溶化于植物油内,每两油加薄荷脑(menthol)2喱,一次使用的总量不可超过10~15毫升。



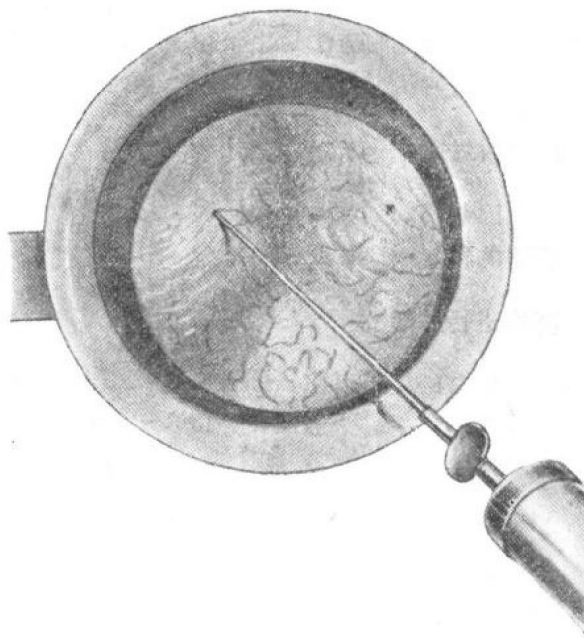
注射的部位

- 2 如有必要,三个痔核可以在一次手术中进行注射。直肠镜插入之后,嘱病人必须肌肉放松,不可紧张。把直肠镜移动倾侧,直至所要注射的部位都一一明显可见。这部位必须是痔核的根蒂部且刚好在肛門-直肠环以上。



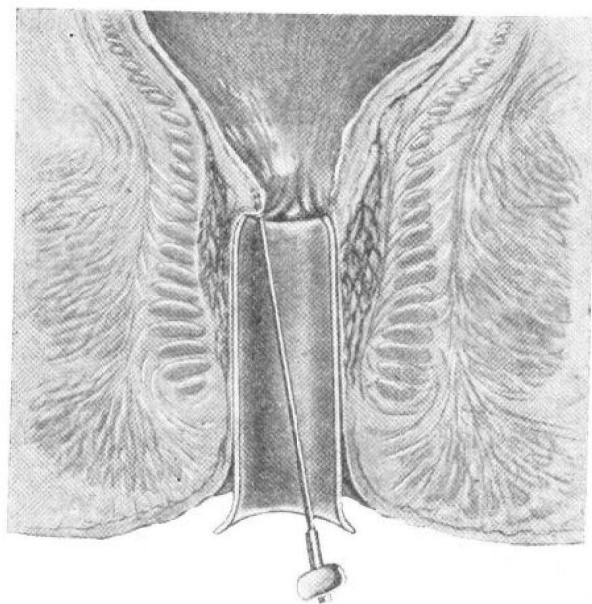
注射法

- 3 用輕压力,将溶液注射至粘膜的下层。应观察注射的部位。在注射进行的过程中,液体散布于粘膜下层之間,即可见到粘膜凸起呈珠黄色。如果片时出现死灰白色,即表示注射太浅应立即停止;而在另一部位重行插入針头。一般的剂量是:每个痔核注射5%的溶液3毫升。



- 4 如图中所示,注射是在肛門-直肠环以上进行的,因此,不致使病人感到疼痛,而仅有輕度不舒服及感到膨胀而已。

如果抽出針头时发现出血,可用棉花球压迫数分钟;便能控制。



手术后护理及并发症

应嘱咐病人在注射治疗的当天,要避免体力劳动或长时间的站立。尽可能把第二次通便推迟到术后的次日。

直肠的肿胀和沉重感觉可能持續至24小时之久。

注射部的潰瘍

如注射溶液使用得正确,而注射的区域确是在粘膜下层,則不致形成潰瘍,但可能在注射

入粘膜內以后产生。这种潰瘍一般不痛,惟可能出血。如果有大血管破裂,則可能有严重出血的后果。治疗的方法是用紗布填压,如“痔核切除手术后继发性出血”节中所描述。除此之外,不需要任何治疗,潰瘍都能迅速地愈合。

其他并发症

因刺伤前列腺而致血尿症和粘膜下脓肿,都是罕见的并发症。如果注射溶液是按照以上所述的酚 5% 溶化于植物油中,則决不至产生直肠狹窄和石蜡油瘤症。

再次进行注射

如有必要可以重复注射。但已注射的部位上,如增厚现象尚未消退而仍能摸到以前,則不宜再进行注射。一般需要等待 3~4 星期。

(侯祥薇 譯 徐崇恩 校)

肛 裂

H. E. Lockhart-Mummery

手 术 前

适应症

一切慢性的或复发的肛裂,都需要用手术治疗。慢性症状为具有一定的深度和基底部的纖維化或硬化。肛裂蒂部若有纖維化息肉或是有大的脫垂型痔核者,除非施行手术治疗則很难治愈。如有脓液存在,甚至向深部发展或有背側瘻管等急性感染情况者,也适应用手术治疗。

經常見到的肛裂合并有脫垂型痔核,可在一次手术中解决。肛裂手术所形成的創口,一般可并入痔核的右背側創口中同时处理。

特殊禁忌症

如同痔切除术节中所述(第四篇 12 頁),若有痢疾型感染或直肠-結腸炎以及肺結核情况时,最好避免施行手术。在妊娠期間一般使用姑息疗法維持至分娩以后。

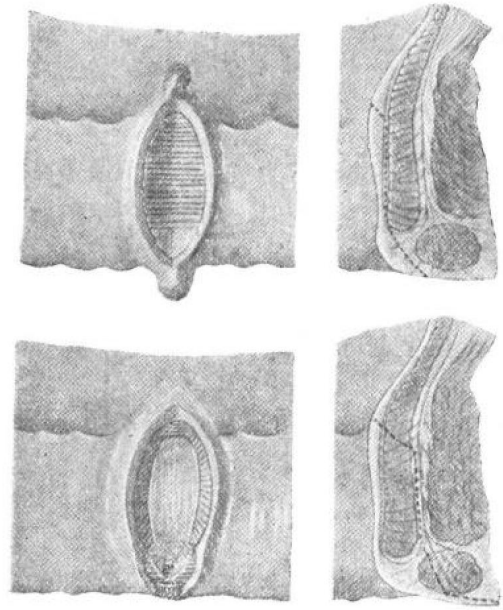
麻醉、术前准备及病人位置

浅的全身麻醉附加局部麻醉,經使用証明很为滿意,一般准备及病人位置皆按照痔核切除术节中所描述。

手 术

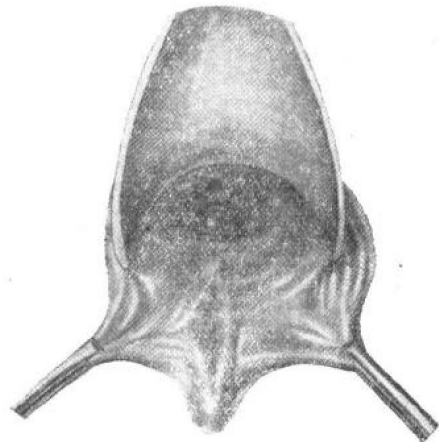
原 則

- 1 作一个切口,貫穿裂隙,分离基底部的纖維組織、內括約肌的下半部以及部分或全部的皮下外括約肌,这样就能解除肛門的紧张和痙攣。如有乳头应予切除,适当地修剪創口并作輻射形扩大,以便切除一切“前哨片”(Sentinel tag)及向外引流。



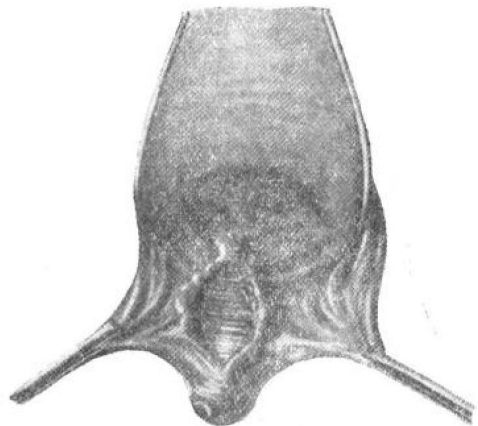
暴 露

- 2 用一只 Sim 氏窺鏡或鴨嘴式窺鏡插入肛道并由助手把持之。用輕持式鉗子将后面皮肤稍为作輻射形牵开,即能露出肛道后壁及其裂隙。

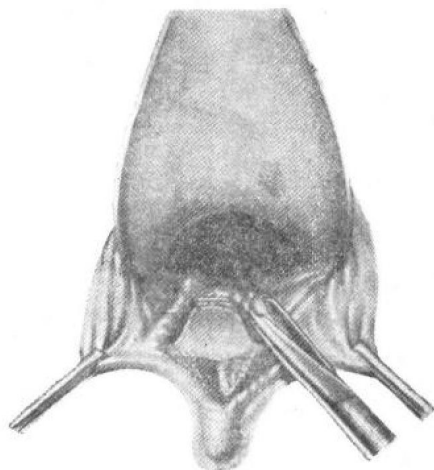


切 口

- 3 貫穿裂隙底部的切口 作一纵长切口,貫穿裂隙底部,上通粘膜,下达皮层。則可暴露內括約肌的环形纖維和裂隙下面的纖維化組織。繼續进行切开,分离內括約肌的环形纖維和一切纖維化組織,或肛門邊緣皮下括約肌紧张的纖維。

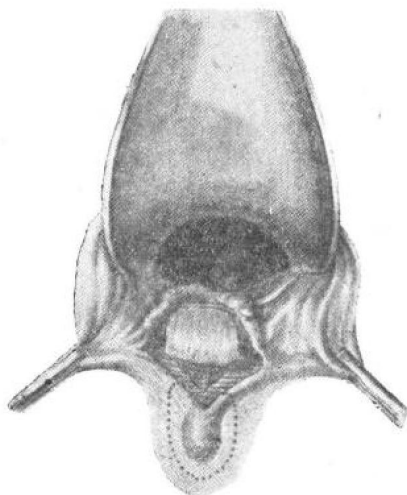


- 4 分离内括约肌 如出现遮盖在纵长肌上的光滑筋膜时，即表示内括约肌已被完全分离。内括约肌上部，在分界线以上的，极少紧张，故不需要切开。用剪刀修剪肛道上创口的脱垂边缘，如有乳头即予切除。



切除前哨片，修剪创口

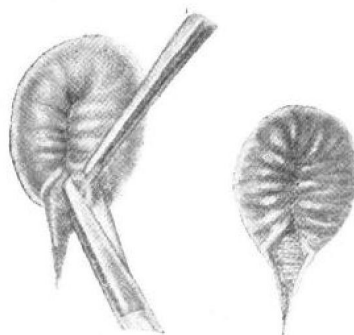
- 5 切去一切前哨片，扩大外面的创口。然后修剪创口边缘的多余部分。



修剪创口边缘

- 6 取去窥镜，待肛门闭合至正常体积后检查创口，按需要加以扩大，以便适当地向外引流。若有必要可进一步修剪创口边缘。创口必须距离肛门约1吋，应有1/4吋宽可容一个手指顺利地插入。创口边缘上一切余下的隆起纤维，应再次予以分离，直到感觉光滑为止。

用软的 Paul 氏管插入肛门，和遮盖一块湿的敷料。



手术后护理及并发症

創口的术后护理以及病人大便的处理等均須按照“痔切除术”节中所描述的方法。应提早于第四日或第五日开始每日插进手指或扩大器。因为这种創口的边缘很有合攏的趋向，容易导致緩迟愈合或形成感染腔的后果。

“痔切除术”节中所述的并发症如尿潴留、反应性流血或疤痕下瘻管等也可能发生，应该用同样的方法处理。

(侯祥薇 譯 徐崇恩 校)

直 肠 息 肉

H. E. Lockhart-Mummery

手 术 前

适应症；預防

任何直肠息肉都可能是癌的前期症；故必須予以切除。在切除以前，每一病例都必須作乙状結肠鏡检查，并用鉭剂灌肠。这样，就可能于結肠内出现其他息肉，或者查出一个合并的恶性肿瘤。这些病例都需要施以不同方式的治疗。

任何被切下的息肉，必須于显微鏡下进行检查。

如果息肉过分坚硬或为潰瘍性的或感到基底部、茎部有硬結的，都必須怀疑是已发生恶性的变化。在这种情况下，一般施以活組織检查比全部切除更好，因为很可能需要作更彻底的手术治疗。

术前准备

肠道必須清洁排空，只有持續作高位灌肠以清洗結肠，直至回流液体澄清才能保証清洁。此外，不需要作其他准备。

麻 醉

大多数病例在插入大口径的手术用乙状結肠窺鏡之前，都需要进行麻醉。一般使用全身麻醉。必要时可代替以“痔切除术”节中所述的肛門部局部麻醉。

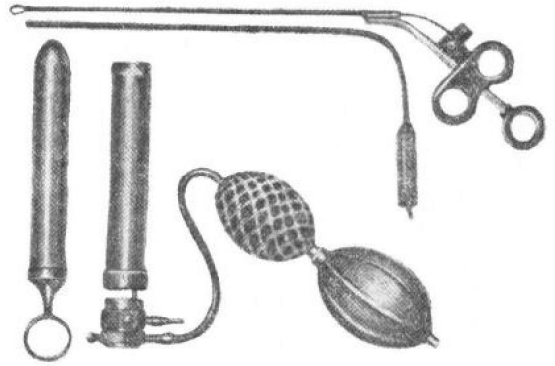
病人位置

取 Sim 氏位置。但臀部要伸出手术台的边缘，并用沙袋垫高以便利操作。手术医师可坐在病人的后面。

手 术

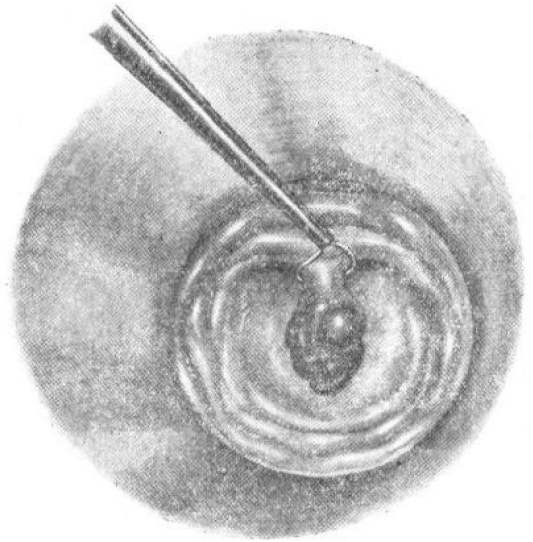
必需的器械

- 1 手术用的乙状结肠窥镜。图中所示为 Lloyd-Davies 氏型, 内径 $1\frac{1}{16}$ 吋, 长 15 厘米至 20 厘米。具有电热套圈, 可以在乙状结肠窥镜内使用。有长型的电热钮。大口径乙状结肠窥镜是进行准确内窥工作所必需, 但应先作全身或局部麻醉之后才能插入。



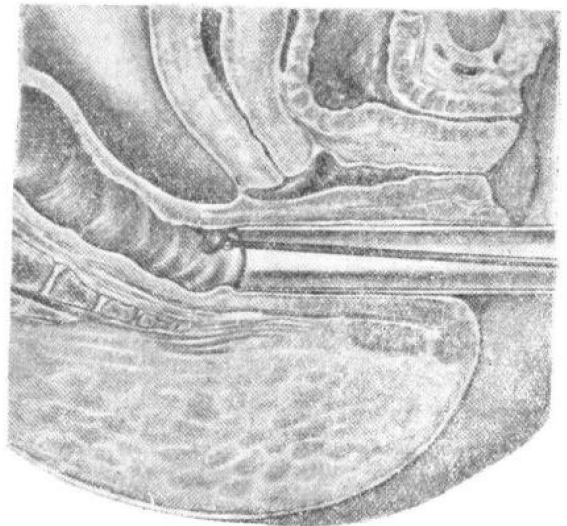
使用电热套圈

- 2 在直接视线之下, 插进乙状结肠窥镜, 直至息肉及其茎部都能清晰可见时止。调整套圈的大小使能套住息肉。将套圈自乙状结肠镜中穿入, 套住息肉并逐渐拉紧, 直至看到套圈已夹住连接着肠壁的息肉茎部, 然后轻轻地 把息肉自肠壁拉出, 通入低强度切割透热电流, 用重复的短 (1/4 秒) 爆发, 同时继续拉紧套圈, 至茎部被切断为止。渗出血量一般很少, 若使用浸有 1:1000 肾上腺素溶液的小棉花球即可止血。



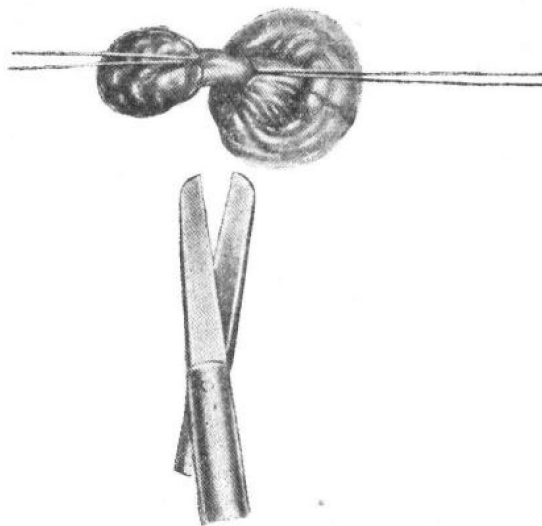
使用电热钮

- 3 对较小无柄的息肉, 一般用长的电热钮处理最好。用低强度切割电流, 把钮头连续地短时间接触息肉把它毁灭。



結扎根蒂部

- 4 直肠最下端的悬垂型息肉，往往可以在括約肌完全松弛时拉出肛門外面；夹住根蒂，把它結扎之后即可切除息肉。



手术后护理及并发症

病人在手术后当晚应留住医院，但不需要特別护理。

肠壁穿孔

若有下腹部腹膜炎的症状，例如：疼痛、肌肉呈防卫及紧张状态，而且是在数小时之内发生的，則必須作剖腹手术。应将破洞縫合，和腹膜揩拭干淨，并在这部位留置引流条；然后閉合腹腔。如果穿孔較大，則宜作暂时性的乙状結肠造口术。此外，应給予抗菌素治疗。

继发性出血

这情况可能是由于电透热所造成的腐肉分离，一般在第6日至第10日之間发生。发生严重的极少；往往能自行停止。否則，可自乙状結肠鏡內敷腎上腺液棉花球即能止血。

(侯祥薇 譯 徐崇恩 校)

痔 切 除 术

H. E. Lockhart-Mummery

手 术 前

适应症

痔核治疗方式的选择，部分取决于患者的志愿，因为注射疗法往往能取得良好的姑息疗效。脫垂型痔核，特別是需要用人工还納、或合并有其他肛門病变如瘻管、慢性肛裂等病例，一

一般都作为需要手术治疗的适应症。

特殊禁忌症

如有痢疾性感染、肉芽性直肠炎或溃疡性结肠炎,最好避免进行肛门部位的一切手术。因为手术不仅足致创口愈合迟缓及隐隐作痛,而且结肠炎症可能由于手术而加剧。病人如有开放性肺结核症也应避免进行手术。因为肛道创口有受到结核性感染的危险。

脱垂性痔核和栓塞性痔核在急性期间不应施行手术。应等待到情况稳定之后,一般为3~4星期。

妊娠期间应采取姑息疗法,因为分娩之后,肛管的情况可获得进步。老年人一般以姑息的注射疗法为最好的治疗方法。

每个病例在作痔切除术之前,必须施行乙状结肠镜检查,以保证没有直肠部病症,特别是用以排除肿瘤的诊断。

术前准备

病人应于手术前一天下午入院,先给予单纯的肥皂水灌肠,肛门部剃毛,然后洗澡。手术的早晨,用橡皮管及漏斗作一小型的清洁洗肠,洗肠后液体要回吸干净。

麻醉

安静的轻度全身麻醉,佐以局部麻醉最为理想。在肛门部位作局部麻醉(加肾上腺素)可使括约肌完全的松弛和取得无血的手术野。一支20毫升的2% Xylocaine 及1/80,000 肾上腺素,已被证实为极满意的方法。

病人位置

病人应取膀胱切石术的位置。臀部尽量伸出手术台的边缘。可除去手术台的下叶。

手 术

注射局部麻醉剂

- 1 病人已进入麻醉并处于膀胱切石术卧位之后,即充分消毒手术野及作好手术准备。以一手指插入肛管作为响导,取一只装上20号2吋针头的注射器,自中央一点刺入,然后转向每个坐骨-直肠窝,注入加有肾上腺素 adrenaline 的麻醉溶液(每处8毫升)。再按照需要在三个痔核的部位,继续给予小量的皮下注射。

