

外科手术学

WAIKE

SHOUSHUXUE

第二册

腹部外科手术学

人民卫生出版社

外 科 手 术 学

沈 克 非 总主编

第 二 册

腹 部 外 科 手 术 学

沈 克 非 主 编

編 写 人 員

(以姓名笔画为序)

冯友賢	上海第一医学院	李兆亭	山 东 医 学 院
吳孟超	第 二 軍 医 大 学	吳肇光	上海第一医学院
张延齡	上海第一医学院	陈化东	上海第一医学院
金百祥	上海第一医学院	孟承偉	上海第一医学院
周光裕	上海第二医学院	周錫庚	上海第二医学院
崔之义	上海第一医学院	谢陶瀛	湖 南 医 学 院
董方中	上海第二医学院	傅培彬	上海第二医学院
裘法祖	武 汉 医 学 院	薛光华	上海第一医学院

人 民 卫 生 出 版 社

一 九 六 六 年 · 北 京

内 容 提 要

本书是沈克非总主编的“外科手术学”的第二册。全书分为八章,插图 274 幅,介绍胃、肠、肛管、肝、胆囊、胆管、胰、脾等的各种手术的指征、禁忌证、术前准备、麻醉、体位、操作步骤、术后处理、术后并发症等,可供外科医师参考。

这是第一部国内许多外科专家集体编写的外科手术学,包括了作者们丰富的经验和他们对某些手术的创造和改良,反映了解放以来我国外科手术学的成就。全部共分五册,陆续出版。

外 科 手 术 学

(第 二 册)

腹 部 外 科 手 术 学

开本: 787×1092/16 印张: 28 字数: 511 千字

沈 克 非 主 编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京书刊出版业营业许可证出字第〇四六号)

• 北京崇文区横子胡同十五号 •

人 民 卫 生 出 版 社 印 刷 厂 印 刷

新华书店北京发行所发行 • 各地新华书店经售

统一书号: 14048·3191

1966 年 6 月第 1 版—第 1 次印刷

定价: (科七) 3.20 元

印数: 1—8,270 (北京)

“外科手术学”序

在过去很长一个时期内，大家都认为外科手术是外科治疗唯一的措施。在现代外科治疗中的情况虽然已不是这样——不是唯一的方法，但手术还仍然是外科全面治疗中的核心环节。极大多数外科病人需要手术治疗，或者包括手术治疗在内的综合疗法；他们预后的良好与否，又往往取决于外科手术的正确选择和其操作步骤的正确执行。因此，其操作技能应为每个外科医师熟练地掌握。

解放十五年来，我国外科学在党的领导下，发展非常迅速，外科工作者的成就是辉煌的，在外科手术技术方面，成绩尤为显著。过去仅能在大、中城市进行的外科手术，现在则在较小城市和边远地区的医院内都几乎普遍展开；手术领域亦大大扩大，过去曾被认为是禁地的部位，如颅脑深处和心脏内部，现在均能从容地进行直视手术。手术技术水平也在迅速提高，有些已经赶上或者超过世界先进水平，大面积烧伤的治疗和断臂再植，就是两个突出的例子。

为了适应国家社会主义建设发展的新形势，建设农村和建设边疆，对人民保健事业提出了新的要求。为了满足全国广大外科医师的需要，特别是在乡镇城市和边远地区工作的广大青年医师的需要，出版一部完整的、包罗比较全面的“外科手术学”，是解决实际问题、培养外科医师、提高外科水平的一件迫不及待的大事。

“外科手术学”的内容，着重介绍人体各系统或各部分重要的、目前在国内外公认为最好的一种或几种手术方法。每一种手术方法的叙述一般都包括下列十个项目：(1)与手术有关的解剖概要和病理生理概要；(2)手术指征；(3)术前准备；(4)麻醉选择；(5)手术体位；(6)特殊器械介绍；(7)操作步骤和其要点；(8)操作中可能发生的危险和错误及其预防；(9)术后处理；(10)术后并发症。此外，本书亦将反映解放以来国内、外外科手术学的成就和进展。因此，本书不但可作为青年外科医师和教师的参考书，也可供专家、教授们在临床、教学和科学研究中作参考。

“外科手术学”的编写，原计划与我主编的“外科学”的修订同时进行，同时出版，以期达到两书相互配合的目的。后因发现“外科学”的修订任务过重，超过原估计范围太大，不得不改变两者同时兼顾的办法，而决定先修订“外科学”，后编写“外科手术学”。“外科学”的修订工作于1962年底完成，我们于1963年初即行组织“外科手术学”的编写。由于各编写人的认真负责、积极努力，为时还不到两年，初稿已先后完成，准备陆续付印出版。

“外科手术学”分五册出书。除总主编外，每册各有一两位主编。各册主要内容和主

编入介绍如下:

第一册 一般外科手术学 (裘法祖主编)

- 第一章 手术学总论
- 第二章 临床麻醉
- 第三章 整形外科手术
- 第四章 面颊和口腔手术
- 第五章 颈部手术
- 第六章 甲状腺和甲状旁腺手术
- 第七章 乳房手术

第二册 腹部外科手术学 (沈克非主编)

- 第一章 疝的手术
- 第二章 剖腹和剖腹探查术
- 第三章 胃、十二指肠手术
- 第四章 小肠、大肠和阑尾手术
- 第五章 直肠、肛门手术
- 第六章 肝脏手术
- 第七章 胆囊、胆管手术
- 第八章 胰、脾手术

第三册 神经外科手术学 (史玉泉主编)

- 第一章 颅脑部手术的一般方法
- 第二章 颅骨病变的手术
- 第三章 脑脊液循环障碍的手术
- 第四章 颅脑损伤的手术
- 第五章 颅内脓肿的手术
- 第六章 颅内肿瘤的手术
- 第七章 脑血管疾病的手术
- 第八章 脑神经手术
- 第九章 脊髓手术
- 第十章 周围神经手术
- 第十一章 交感神经手术

第四册 胸和心血管外科手术学 (石美鑫主编)

- 第一章 胸廓和膈手术

第二章 纵隔和食管手术

第三章 肺手术

第四章 心和大血管手术

第五章 周围血管手术

第五册 泌尿和矫形外科手术学（吴阶平、叶衍庆主编）

第一章 肾和肾上腺手术

第二章 输尿管、膀胱和尿道手术

第三章 前列腺和男性生殖器手术

第四章 骨和关节一般手术

第五章 上肢骨和关节手术

第六章 下肢骨和关节手术

第七章 骨和关节畸形手术

第八章 脊柱手术

编写这样一部篇幅巨大的、内容比较全面的“外科手术学”，在国内来说还是第一次。当前医药卫生事业是在飞速发展，由于我们掌握的新的医学理论还较差，经验也很不够，个别手术方法可能还比较陈旧，以及在编写过程中时间比较倏促，因此，其中一定会存在着一些不够妥当或错误的地方。我代表全体编写人诚恳地请求所有读者，给予批评和指正，以便在今后修订时进一步提高。

沈 克 非

1964年10月于上海

目 录

第一章 疝的手术.....(董方中 周光裕).....1	
第一节 腹股沟疝的手术.....1	复发性腹股沟疝的手术.....15
哈氏腹股沟疝修补法和修改哈氏法.....2	第二节 股疝的手术.....19
耻骨上韧带修补法.....7	1. 经股部手术.....20
腹壁后(腹膜前)腹股沟疝(或股疝)修 补法 (Cheattle-Henry 氏法).....8	2. 经腹股沟部手术.....20
小儿腹股沟疝的手术.....9	3. 腹壁后(腹膜前)股疝修补法.....21
女性腹股沟疝的手术.....10	第三节 脐疝、腹壁瘢痕疝的手 术.....22
滑疝的手术.....10	脐疝的手术.....22
绞窄性疝的手术.....13	腹壁瘢痕疝的手术.....25
第二章 剖腹和剖腹探查术.....28	
第一节 剖腹手术前的一般准备(傅培彬).....28	盆腔脓肿引流术(经直肠引流).....55
第二节 腹部切口及其选择(傅培彬).....30	肠间脓肿引流术(经腹腔引流).....56
第三节 腹部损伤的剖腹探查术(傅培彬).....43	第六节 肠梗阻的手术(陈化东).....56
第四节 弥漫性腹膜炎的剖腹探 查术.....(陈化东).....50	肠梗阻的剖腹探查术.....57
第五节 腹腔脓肿的手术(陈化东).....51	无菌肠减压术.....58
膈下脓肿引流术.....51	肠粘连分离术.....60
前侧浆膜外径路.....52	小肠扭转的手术.....61
后侧浆膜外径路.....53	结肠扭转的手术.....62
第三章 胃、十二指肠手术.....69	肠套迭的手术.....63
胃、十二指肠解剖和生理概要(薛光华).....69	肠粘连的预防手术——肠折迭术.....65
第一节 胃切开术和胃造口术(薛光华).....74	第七节 腹部切口裂开缝合术(陈化东).....67
胃切开术.....74	
胃造口术.....75	2. Witzel 氏胃造口术.....78
1. Stamm 氏胃造口术.....76	3. Janeway 氏胃造口术.....78
	4. Spivak 氏胃造口术.....81
	5. Jianu 氏胃造口术.....81
	6. 空肠胃造口术.....81
	第二节 胃、十二指肠溃疡穿孔 修补术.....(薛光华).....84

第三节 幽门肌切开术(吴肇光).....85	第六节 迷走神经切断加胃半切 除术(吴肇光)....109
第四节 胃空肠吻合术(薛光华).....87	第七节 边缘性溃疡的手术(吴肇光)....114
1. 结肠后胃空肠吻合术.....88	第八节 胃全切除术...(吴肇光)....115
2. 结肠前胃空肠吻合术.....90	1. 经腹胃全切除术.....116
第五节 胃大部切除术(胃次全 切除术).....(薛光华)....90	2. 经胸腔胃全切除术.....121
1. 为一般的胃溃疡作胃大部切 除术.....92	3. 经胸腹联合切口胃全切除术....123
2. 为十二指肠溃疡作胃大部切 除术.....100	第九节 巨十二指肠症和十二指肠 憩室的手术...(吴肇光)....125
3. 为幽门部癌作胃大部切除术...103	巨十二指肠症的手术.....125
第四章 小肠、大肠和阑尾手术.....(谢陶瀛).....130	十二指肠憩室切除术.....128
小肠、大肠解剖和生理概要130	
第一节 肠吻合术.....131	2. 单腔小肠造口术.....158
开放式对端吻合术.....132	3. 双腔小肠造口术.....158
关闭式对端吻合术.....134	第四节 大肠造口术.....159
开放式对侧吻合术.....137	盲肠造口术.....159
不切断肠的对侧吻合术.....139	结肠造口术.....161
开放式端侧吻合术.....139	1. 双腔人工肛门.....162
Y式吻合术.....141	2. 单腔人工肛门.....162
第二节 肠切除术.....142	第五节 粪瘘闭合术.....165
小肠部分切除术.....142	1. 小肠外瘘闭合术.....165
右半结肠切除术.....145	2. 结肠外瘘闭合术.....168
左半结肠切除术.....148	第六节 阑尾手术.....170
一期切除对端吻合术.....148	1. 各种切口及其选择.....171
阻塞性结肠外置切除术.....150	2. 阑尾切除术.....171
大肠全部切除术.....152	3. 阑尾脓肿引流术.....175
1. 一期切除术.....152	第七节 肠系膜肿瘤的手术.....176
2. 分期切除术.....154	1. 摘除术.....177
第三节 小肠造口术156	2. 囊肿与部分肠管一并切除术...178
1. 橡皮导管小肠造口术.....157	3. 囊肿袋形外引流术.....178
第五章 直肠、肛管手术.....180	
直肠肛管解剖概要(张延龄)....180	乙状结肠镜检查.....184
第一节 直肠镜检查 and 乙状结肠 镜检查.....(张延龄)....182	第二节 肛管直肠先天性畸形的手 术.....(张延龄)....187
直肠镜检查.....182	肛管或直肠先天性狭窄扩张术...187

肛管或直肠先天性狭窄的整形手术·····188	Sarasola-Klose 氏手术(改良的 White-head 氏手术)·····223
膜状肛门闭锁切开术·····188	第七节 肛裂的手术···(张延龄)···225
经会阴肛门成形术·····188	肛裂切除术·····225
一期经腹会阴肛门成形术·····190	Boyd 氏肛外括约肌切断术·····226
分期经腹会阴肛门成形术·····192	第八节 肛管直肠周围脓肿和肛瘘
高位阴道瘘管的修补手术·····193	的手术·····(张延龄)···227
第三节 直肠息肉的手术	肛管直肠周围脓肿的手术·····227
·····(张延龄)···194	1. 肛门周围皮下或皮肤脓肿引流
息肉电烙术·····194	术·····228
经肛门息肉切除术·····195	2. 直肠粘膜下脓肿引流术·····228
经后方直肠切开术·····196	3. 坐骨直肠窝脓肿引流术·····228
经前方直肠切开术·····198	4. 骨盆直肠间隙脓肿引流术·····228
直肠切除术·····198	5. 直肠后脓肿引流术·····229
第四节 直肠脱垂的手术	肛瘘的手术·····230
·····(张延龄)···198	肛瘘切除术·····231
直肠脱垂硬化剂注射疗法·····199	1. 单纯肛瘘切除术·····231
直肠脱垂粘膜环切术·····200	2. 复杂肛瘘切除术·····232
直肠周围组织酒精注射疗法·····200	肛瘘切开术·····235
肛门环缩术(Thiersch 氏手术)·····201	第九节 直肠切除术···(周锡庚)···235
直肠固定术(Pemberton 氏法)·····202	有关直肠切除的应用解剖学概要·····235
直肠脱垂经会阴切除术(Mikulicz 氏	直肠肛管经腹会阴联合切除术·····240
手术)·····203	1. 腹部手术部分·····242
直肠前壁折迭术·····205	2. 会阴部手术部分·····249
第五节 肛门失禁的手术	盆腔后部内脏整块切除术·····259
·····(张延龄)···206	保留排便控制机能的直肠切除术·····262
肛括约肌修补术·····207	直肠经腹腔切除、腹膜外吻合术(Dixon
肛门环缩术(Thiersch 氏手术)·····208	氏手术)·····263
肛括约肌成形术(Pickrell 氏法)·····208	直肠经腹腔肛管拉出切除术(保留肛
第六节 痔的手术···(张延龄)···211	管和肛提肌,改良 Bacon 氏手术)···268
外痔血栓切除术·····211	第十节 直肠良性狭窄的手术
外痔切除术·····212	·····(周锡庚)···273
内痔注射法·····212	直肠内环状狭窄后方切开术·····273
内痔切除术·····215	适应于直肠良性狭窄的其他手术·····274
混合痔切除术·····220	
内痔环切术(Whitehead 氏手术)·····221	
第六章 肝脏手术·····275	
肝脏解剖概要·(吴孟超 冯友贤)···275	第二节 肝脓肿的手术
第一节 肝损伤的手术	·····(冯友贤 吴孟超)···287
·····(冯友贤 吴孟超)···283	穿刺抽脓术·····287

闭合引流术·····	288	第五节 肝肠吻合术(肝内胆管空 肠吻合术) ·····(冯友贤 吴孟超)···	312
切开引流术·····	288	第六节 门静脉高压症的手术治疗 ·····(裘法祖)···	315
经腹膜外切开引流术·····	288	有关门静脉高压症的解剖概要·····	315
经腹腔一期切开引流术·····	289	有关门静脉高压症的病理生理概要·····	316
经腹腔二期切开引流术·····	290	急性大出血的紧急手术·····	317
经胸膜下切开引流术·····	291	经胸腔切开食管下段和胃底行曲张 静脉缝扎术·····	318
经胸腔切开引流术·····	292	经腹腔切开胃底行曲张静脉缝扎术···	319
肝切除术·····	292	经腹腔胃底浆肌层环切血管缝扎术···	319
第三节 肝棘球蚴病的手术 ·····(冯友贤 吴孟超)···	292	降低门静脉压力的手术·····	320
1. 内囊摘除术·····	293	分流手术·····	321
2. 袋形缝合术·····	294	1. 脾肾静脉分流术·····	322
3. 肝切除术·····	294	2. 门腔静脉分流术·····	326
第四节 肝切除术 ·····(吴孟超 冯友贤)···	295	3. 下腔静脉肠系膜上静脉分流术···	328
1. 左外叶切除术·····	300	大网膜腹膜后固定术·····	331
2. 左半肝切除术·····	302	顽固性腹水的手术治疗·····	331
3. 右半肝切除术·····	302	腹壁扣安装术·····	331
4. 右三叶切除术·····	306	肝总动脉和脾动脉结扎术·····	332
5. 中肝叶切除术·····	308	第七节 胆囊、胆管手术·····	333
6. 右后叶切除术·····	310	胆囊和胆管解剖概要 ·····(崔之义 金百祥)···	333
第七节 胆囊、胆管手术·····	333	胆囊和胆管生理概要 ·····(崔之义 金百祥)···	338
胆囊和胆管解剖概要 ·····(崔之义 金百祥)···	333	第一节 胆囊切除术 ·····(崔之义 金百祥)···	339
胆囊和胆管生理概要 ·····(崔之义 金百祥)···	338	第二节 胆囊造口术 ·····(崔之义 金百祥)···	352
第一节 胆囊切除术 ·····(崔之义 金百祥)···	339	第三节 胆囊胃肠道吻合术 ·····(崔之义 金百祥)···	356
第二节 胆囊造口术 ·····(崔之义 金百祥)···	352	1. 胆囊胃吻合术·····	357
第三节 胆囊胃肠道吻合术 ·····(崔之义 金百祥)···	356	2. 胆囊十二指肠吻合术·····	358
1. 胆囊胃吻合术·····	357	3. 胆囊空肠吻合术·····	359
2. 胆囊十二指肠吻合术·····	358	第四节 胆总管造口术 ·····(崔之义 金百祥)···	361
3. 胆囊空肠吻合术·····	359	1. 胆囊存在时施行胆总管造口 术·····	363
第四节 胆总管造口术 ·····(崔之义 金百祥)···	361	2. 胆囊切除后施行胆总管造口 术·····	366
1. 胆囊存在时施行胆总管造口 术·····	363	第五节 胆总管十二指肠吻合术 ·····(崔之义 孟承伟)···	368
2. 胆囊切除后施行胆总管造口 术·····	366	1. 对侧吻合术·····	370
第五节 胆总管十二指肠吻合术 ·····(崔之义 孟承伟)···	368	2. 端侧吻合术·····	372
1. 对侧吻合术·····	370	第六节 Oddi 氏括约肌切断术 ·····(崔之义 孟承伟)···	375
2. 端侧吻合术·····	372	1. Oddi 氏括约肌单纯切断术·····	376
第六节 Oddi 氏括约肌切断术 ·····(崔之义 孟承伟)···	375	2. Oddi 氏括约肌成形术·····	378
1. Oddi 氏括约肌单纯切断术·····	376	第七节 胆管缺损修补术 ·····(崔之义 孟承伟)···	380
2. Oddi 氏括约肌成形术·····	378	1. 胆管修补术·····	382
第七节 胆管缺损修补术 ·····(崔之义 孟承伟)···	380	2. 胆管对端吻合术·····	384
1. 胆管修补术·····	382	3. Dragstedt 氏手术·····	386
2. 胆管对端吻合术·····	384	4. 左、右肝管合并与胆总管或十 二指肠吻合术·····	386
3. Dragstedt 氏手术·····	386		
4. 左、右肝管合并与胆总管或十 二指肠吻合术·····	386		

5. 胆管十二指肠吻合术·····	388	第八节 胆瘘手术	
6. 肝外胆管空肠吻合术·····	388	·····(崔之义 孟承伟)···	390
7. Longmire 氏肝内胆管空肠吻		胆内瘘的手术·····	390
合术·····	389	胆外瘘的手术·····	390
第八章 胰、脾手术·····	393	·····(李兆亨)·····	393
胰、脾解剖概要·····	393	胰腺囊肿内引流术·····	408
第一节 急性胰腺炎的手术·····	396	胰腺囊肿空肠吻合术·····	408
第二节 慢性胰腺炎的手术·····	398	胰腺囊肿胃吻合术·····	411
胰管切开取石术·····	399	第四节 胰腺肿瘤的手术·····	412
胰尾空肠吻合术·····	400	胰头部癌根治术(Whipple 氏手术)·····	412
交感神经切除术·····	402	1. 一期胰十二指肠切除术·····	418
胰头部神经丛切断术·····	402	2. 二期胰十二指肠切除术·····	423
胰管结扎术·····	403	胰体、尾部切除术(胰部分切除术)·····	425
第三节 胰腺囊肿的手术·····	404	胰岛细胞瘤摘出术·····	427
胰腺囊肿切除术(囊肿摘出术)·····	405	第五节 脾切除术·····	429
胰腺囊肿外引流术(造袋术)·····	406		

第一章

疝的手术

第一节 腹股沟疝的手术

腹股沟管的解剖概要 腹股沟管系一潜在性孔道，约4~5厘米长，呈斜形自腹股沟管内口开始，由外上方至内下方止于腹股沟管外口，并与腹外斜肌相平行。腹股沟管内口系腹横筋膜上的一个卵圆形孔，处于腹股沟韧带中点上约1~1.5厘米；外口则系腹外斜肌筋膜在耻骨棘上外方，为内、外脚附着处间的一个三角形缺陷，精索或子宫圆韧带即通过这一缺陷而离开腹股沟管。腹股沟管的前壁为皮肤、皮下脂肪、腹外斜肌筋膜；上壁为腹内斜肌和腹横肌；下壁为腹股沟韧带和陷凹韧带；后壁为腹横筋膜、联合肌腱、三角韧带和腹膜。在腹股沟管内有精索（女性为子宫圆韧带）、髂腹股沟神经的腹股沟支、股生殖神经的生殖支、鞘状突（在正常人已闭锁为索条状）、精索内筋膜（起自腹横筋膜）和辜提肌（起自腹内斜肌）。睾丸和精索出腹股沟管外口后有三层覆盖组织：即精索内筋膜、辜提肌及其筋膜和精索外筋膜（起自腹外斜肌）。鞘状突如不闭锁则位于精索之前和内侧。

在构成腹股沟管的各肌肉中，腹内斜肌自腹股沟韧带开始形成腹股沟管上壁，然后与腹横肌联合成为联合肌腱止于耻骨结节。换言之，腹内斜肌起自腹股沟管的外上方，然后绕延至其内后方。因此腹内斜肌收缩时对腹股沟管能起一种闭合作用，可以防止疝的发生。

在女性中腹股沟管仅有子宫圆韧带通过，因此较男性狭小。子宫圆韧带与男性之精索行进方向相同。该韧带在离腹股沟管内口后，先绕过腹壁深动、静脉，出腹股沟管外口，再散开止于耻骨结节和大阴唇部。

海（Hesselbach）氏三角：海氏三角的界限下侧为腹股沟韧带的内侧部，内侧为腹直肌的外缘，外侧为腹壁深动、静脉。在此三角内有腹内斜肌的内侧部、联合肌腱、腹横筋膜和腹膜。

指征 腹股沟疝病人除具有禁忌证者外，均以手术为理想的治疗方法。

禁忌证 单纯性腹股沟疝在无箝闭或绞窄情况时，如有下列情况同时存在，应视为手术的禁忌证：

1. 其他系统有严重疾病以致手术可能有危险者。
2. 有其他原发原因存在（如腹水、气腹等）而腹股沟疝为其继发者。
3. 伴有某些慢性疾病时（如慢性支气管炎、前列腺肥大、顽固性便秘等）。

4. 手术部位有皮肤病或感染者。

术前准备 腹股沟疝手术之术前准备与一般选择性手术相同。

未至手术室前嘱患者排尿,使膀胱排空,以减少术时损伤膀胱的机会。

对巨大的疝,估计手术时不易将内容物完全纳回者,在术前可作气腹扩大腹腔的尝试。一般可作4~6次,每次相隔2~5天,每次注射量为使患者稍感不适为限。

麻醉 手术可在局部麻醉、脊髓麻醉或全身麻醉下进行。局部麻醉能完全合乎要求,影响病人的代谢很少,而且较其他方法安全,并发症也很少,所以除婴幼儿外,应该广泛采用。

局部麻醉: 在麻醉前2小时应服鲁米那0.1,术前1小时注射吗啡,作为麻醉前准备。

关于局部麻醉阻滞神经的部位可参阅图1-1,注意髂腹下神经、髂腹股沟神经和股生殖神经的地位。

局部麻醉可用0.5%普鲁卡因(奴佛卡因),用前应先作敏感试验。Вишневский主张用较稀释的溶液(0.125~0.25%)并作匍行注射法,其优点为使药物吸收较慢,减少中毒反应,组织解剖清楚,止血便利。

为了延长麻醉作用时间,在麻醉剂中可加少量1:1,000肾上腺素(一般在30毫升内加入3滴)。但加用肾上腺素后,应该更加仔细止血,以减少术后发生出血情况。

局部麻醉施行步骤如下(图1-1):在髂前上棘之上外方作一皮内泡,经此泡用长针头对脐孔方向先作皮下浸润以阻滞髂腹股沟神经,髂腹下神经以及第10~12胸神经的侧皮支;然后

在原处利用同一针头作腹外斜肌筋膜下浸润;最后,换置短针头作髂腹股沟神经和髂腹下神经封闭,必要时可再在切口部作皮下浸润,并在耻骨结节部对股生殖神经的生殖支作封闭麻醉。

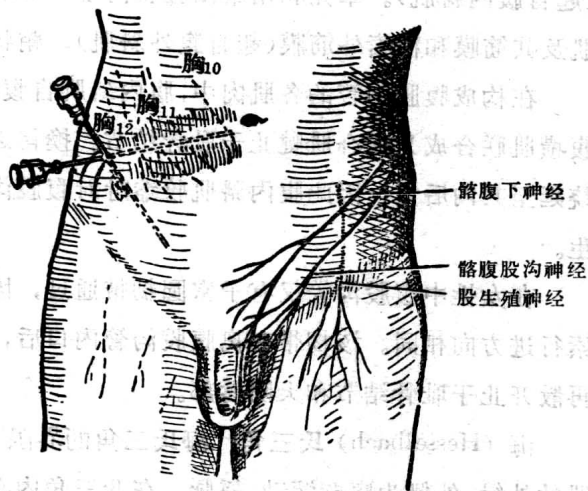


图1-1 腹股沟疝手术局部麻醉图

哈氏腹股沟疝修补法和修改哈氏法

哈(Halsted)氏腹股沟疝修补法的特点有二,即高位疝囊结扎和将精索移置至皮下层内。此法应用广泛,可用于修补腹股沟斜疝亦可用于直疝,更适用于复发性疝。此法之优

点在于利用所有腹壁各层肌肉以加强腹股沟管的后壁，且腹外斜肌筋膜与腹股沟韧带之愈合远较肌肉与韧带的愈合为良好。缺点为术后腹股沟管成一极短的直形孔道，使新的腹股沟外口与内口位在同一水平上，有利于腹腔内容在冲击时突出。此外因须将精索移置至皮下层内，不很适用于儿童或精索较短的患者。

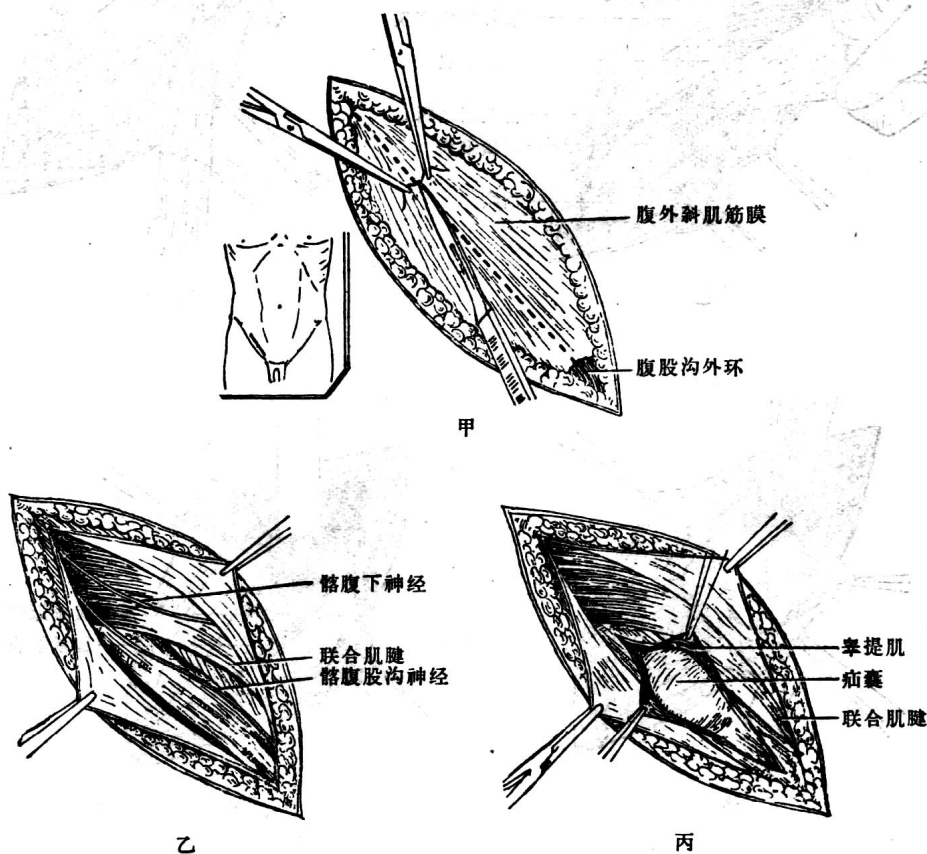
操作步骤 腹股沟疝手术时要求显露整个腹股沟管，即自腹股沟管内口至其外口。一般常用者为斜切口，自腹股沟韧带中点上约2厘米处，与腹股沟韧带平行至耻骨棘。切口约需6~8厘米长，过短可能影响腹股沟管的显露，但过长并无必要(图1-2甲)。

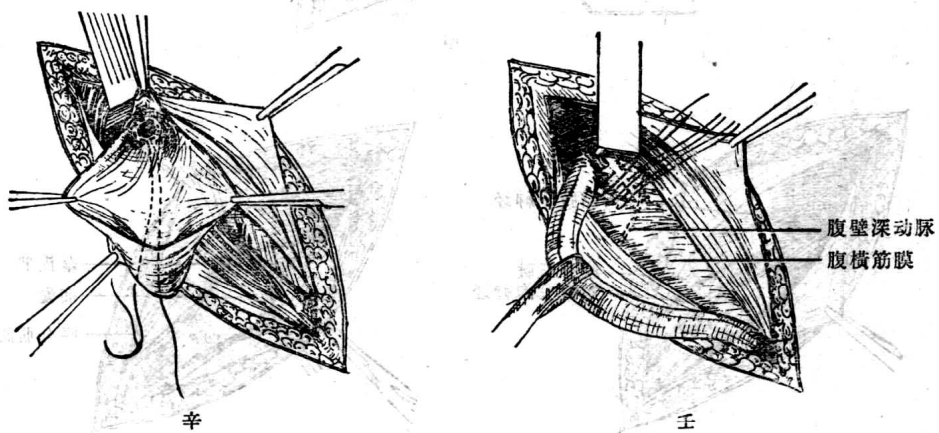
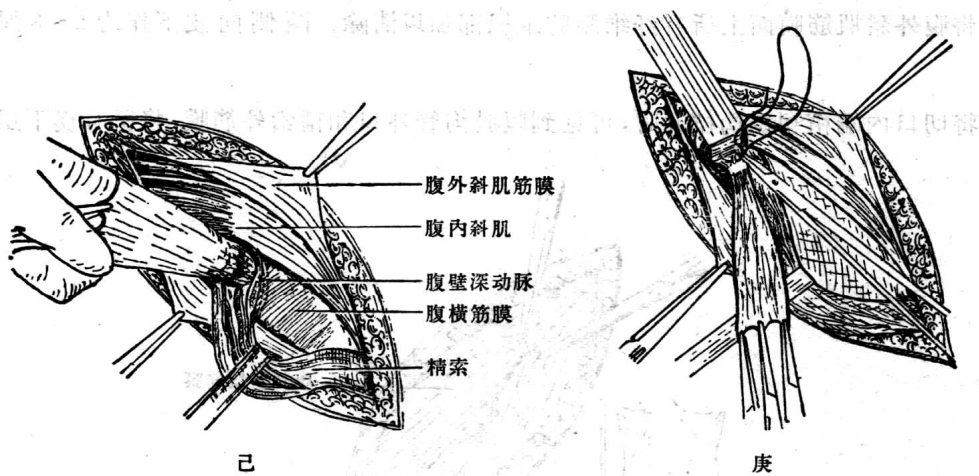
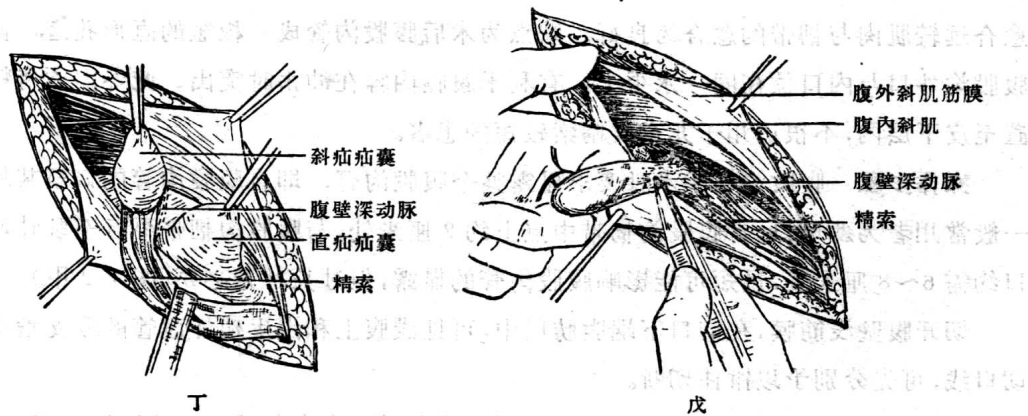
切开腹壁浅筋膜，在切口下端脂肪层中，可见浅腹上和浅生殖外血管的分支垂直经过切口线，可先分别予以钳住切断。

继续加深切口，直至可见到发亮的腹外斜肌筋膜，应先在近切口外端处切至筋膜，以免在内端切开时损伤突出于腹股沟管外口的疝囊及其内容。

将腹外斜肌筋膜面上所有纤维脂肪组织都加以清除，两侧向皮下作约2~3厘米潜行。

将切口内端稍用拉钩拉开时，可见到腹股沟管外口和精索外筋膜，将所有皮下层出血





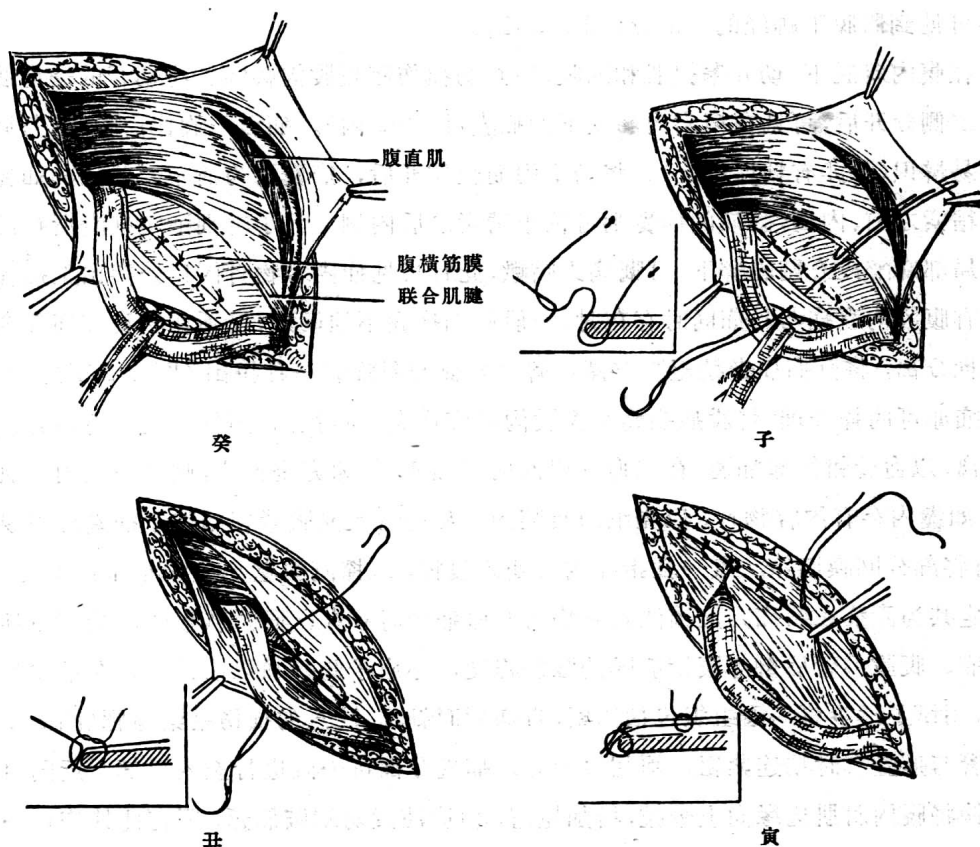


图 1-2 腹股沟疝手术步骤

甲、切开腹外斜肌筋膜（左下角附图示腹股沟疝手术切口部位）；乙、腹外斜肌筋膜切开后（显露髂腹下及髂腹股沟神经）；丙、切开睾提肌和筋膜显露疝囊；丁、腹股沟斜疝和直疝同时存在时疝囊的处理；戊、分离疝囊；己、疝囊分离至内口以上；庚、疝囊高位贯穿结扎；辛、疝颈部荷包法缝合；壬、修补腹股沟内口；癸、修补腹横筋膜，腹直肌前鞘作弧形松弛切口；子、修改哈氏法修补开始，将腹外斜肌及联合肌腱作一层缝合于腹股沟韧带；丑、缝线结扎后，注意接触面为腹外斜肌及腹股沟韧带之筋膜面；寅、腹外斜肌筋膜重迭缝合。

点加以仔细结扎止血。

在切口外端腹外斜肌筋膜面相当于腹股沟管内口处作一小切口，仅将腹外斜肌筋膜切开，经过此小切口，用剪刀、血管钳或有沟探针在筋膜下潜行至外口处穿出，在提起腹外斜肌筋膜后，顺筋膜纤维切开腹外斜肌筋膜，其目的在于避免损伤可能紧贴于筋膜下的髂腹下和髂腹股沟神经或疝囊（图 1-2 甲）。

用血管钳将外下侧之筋膜片提起，并在筋膜下面分离至腹股沟韧带边缘；同样将筋膜内上侧片分离，以显露腹内斜肌，腹横肌弯曲形成腹股沟管之上缘，和向下构成之联合肌腱。

在手术野中现在可以见到髂腹股沟神经离腹内斜肌在睾提肌筋膜面上通向阴囊，有

时亦可见到髂腹下神经的一部分(图 1-2 乙)。

在腹内斜肌下,切开睾提肌和筋膜,注意勿损伤髂腹股沟神经。将切开的睾提肌和筋膜向二侧分开后,可见在精索内筋膜下的疝囊(图 1-2 丙)。疝囊一般作白膜状,与周围组织容易辨识(除非有粘连情况)。将精索内筋膜切开后,疝囊更为清楚。斜疝的疝囊一般位于精索之前、内侧,直疝的疝囊则可位于精索之后内侧。为了辨别证实疝囊所在部位,如在局部麻醉或脊髓麻醉下,可嘱病人咳嗽,此时可见疝内容物自内口处突出至疝囊部。如遇有腹股沟直疝与斜疝同时存在时,一般直疝疝囊不须切开,仅须在将斜疝疝囊牵拉下用钝性分离,将直疝疝囊拉至腹壁深血管之外侧与斜疝囊一并拉出(图 1-2 丁)。如同时有股疝亦可同样处理,将股疝疝囊与腹股沟斜疝疝囊一并拉出,高位结扎。将疝囊顶部稍加分离,以血管钳钳起疝囊,在二血管钳间切开疝囊(如为完全性疝,则可在腹内斜肌下切开),如囊内存有内容物时,应先纳回腹腔内。如遇有大网膜紧密粘连于疝囊部不易分离时,可将部分网膜切除。置一食指经内口处入腹腔,以探测腹壁深动脉与疝囊的关系,从而确定其为直疝或斜疝。应该注意斜疝可与直疝同时存在;同时从腹腔内检查股环处有无股疝。腹股沟管后壁部腹横筋膜的强弱程度,亦应于此时加以估计。用左手食指置疝囊内,用镊子逐步将周围组织包括精索,自疝囊面剥离,注意勿损伤精索静脉(图 1-2 戊)。输精管与疝囊有时粘连紧密,须用力分开。疝囊分离可一直进行至内口部。近内口处可用拉钩将腹内斜肌边缘向上牵拉,增加显露,但应注意勿剥破疝囊,因在此处疝口一般较薄。置食指于疝囊内作指引,可将疝囊分离至内环上约 1 厘米。如能在疝颈面见到腹膜前脂肪则可知已分离至内口之上(图 1-2 己)。至于疝颈部的处理,如疝颈很狭小,用丝线贯穿结扎即可(图 1-2 庚)。如疝颈部较大,则可在内侧面作荷包法缝合(图 1-2 辛)。遇有很大疝颈时,可切除疝囊后用丝线连续缝合。无论选用何种方法,应注意勿在缝合或结扎时将疝内容物缝合在内。为了避免这一错误,可在缝合时看清疝内口部有无内容物突出,或将疝囊绞扭后再作缝合,同时在缝合后再次检查缝口内是否有内容物缝住。特别注意结扎口是否在内口之上,且不遗留部分疝囊,以减少复发机会。疝囊多余部分在离结扎线约 0.5 厘米处切除,不再作结扎线的固定缝合,因为经处理后疝囊残端一般即向上缩至腹内斜肌之后方。

在腹股沟直疝时,切开睾提肌和筋膜后,可能无确定疝囊可见,而仅在海氏三角区有腹横筋膜弥漫性隆起。疝囊切开后才发现内环界限不明显,疝突出部则在腹壁深动脉的内侧。在剥离直疝疝囊时,特别在内侧,因膀胱地位较近应防止损伤。疝囊切除后将腹膜连续或间断缝合。对于腹股沟直疝,并不强调切除或切开疝囊,这一点与腹股沟斜疝的要求不同。

在完全性或先天性疝中,远端之疝囊一般也并不需要剥离切除。