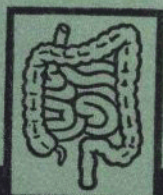


[美] C. W. 梅 郁 著



小腸与大腸 手术图解

上海科学技术出版社

PDG

校 者 序

这是一本腸道外科手术的图解，凡常做的、有肯定价值的大小腸手术，書中均以清晰的綫条图和簡明的文字加以叙述，除手术操作外，并且也簡單地介紹了一些病因、症状以及診斷方法，对于手术前后的处理，随同各章节亦有重点說明。

譯文簡洁流利，且能忠于原著，惟飲食一章与国内习惯未尽相合为美中不足。腸道外科是一般外科医师日常工作中接触較多的一环，所以本書的翻譯是切合实际的，无论对初学者或一般外科医师都不失为一本良好的参考書籍。

任 廷 桂

譯 者 的 話

这本“小腸与大腸手术图解”系譯自 C.W.Mayo 所著 Surgery of the Small and Large Intestine(1955 年版)。內容以常見的腸道手术为主。原著者除对每一手术操作步骤加以詳細叙述外,并对有关的局部解剖、病理生理、診斷方法、手术适应症、术前术后准备和处理以及各种并发症的預防和处理等都作了概括的叙述。全書插图共 120 余整幅,都是綫条图。原書文字簡洁,插图清晰,容易領会,这些都是本書的特点,也是譯者翻譯的动机,以冀对高年級医学生及临床外科医师在学习和临床应用上能有所帮助。

第一章有关飲食菜单因譯者限于业务水平,未敢輕予改編,使其尽合国内习惯,实属遺憾,故仅照原文譯出,以供讀者作为参考。术前准备和术后处理在某些地方似嫌重复,但是为了更好地重視这个問題,譯者認為这样反复的指明是完全必要的。其他各章内有少数部分,因論点不适合国内需要,故未予譯出。

本書在翻譯过程中,得到上海市卫生局外科总顧問任廷桂教授的贊助和鼓励并对譯稿仔細审閱,又曾請謝桐医师和孟蒼医师潤改文字,謹一并致以誠摯的感謝。

譯者限于业务和翻譯水平,譯文中难免有缺点和錯誤,尚希讀者們多多指正。

龔 謙 仁

1958 年 8 月写于上海市立第一人民医院外科室

著 者 序

本書目的，在于用簡單扼要的描述和圖解來闡明小腸、結腸及直腸疾患的常用外科手術方法。

為了符合簡單扼要的目的，著者力圖避免重複及累贅，並尽可能不用原有的手術名稱，因為手術操作的方法，遠較手術的名稱更為重要，並且不易混淆。文獻中雖充滿着許多有關特殊手術操作的參考資料，但因不屬於本書研究範圍，所以也一并予以省略。如果讀者認為這種省略是一種不可寬恕的忽略，則請諒解著者之原意是在於簡單扼要。

如果一本純談技術操作的書籍，對讀者有所偏差，則僅是針對那些漠視外科決斷應高於技術操作的人而言。因此，了解何時應施行手術及何時不應施行手術，應具有同等重要的意義。理想的手術指針，不是基於“能不能夠為患者施行手術”？而是“應不應該施行此手術”？

當有疑難的時候——疑難是可能有的事——外科醫師應負當機立斷的責任。對於任何部位的疾患，雖有各種外科處理方法，然對個別患者的處理來講，最好而最有效的方式只有一種。至於在施行某種手術後，患者的能否生存，並非是外科主要的或良好與否的唯一標準，甚至也不可能作為外科的任何標準。

著者並不認為本書所述有關腸道疾患的外科手術的各種方式為唯一可行之方式，因為外科學並不是停滯不進的，絕不應該墨守成規。正因為有這類推陳出新的變化和改良，方

能成为外科进展的主要因素。为此，著者对外科医师在选择手术操作方面，不敢有指令或干涉的意图。最新的技术操作，可能有很好的疗效，但在其疗效尚未确定前，均未列入本书。书中所描述之各种技术操作，如有应用的指征时，均为著者尝用而有效的方法。外科医师的首要目的是根治疾病，其次则为减轻患者的痛苦，但决不能听任患者的情况较求治时更趋恶化。

本书中对肠道排列的程序是由上而下，即由十二指肠的第三段开始至肛门为止。

著者衷心盼望本书在临床应用上能有所贡献。

目 次

緒 言	12
第 一 章 飲 食	14
• 手術前飲食	14
手術后飲食	16
管飼飲食	22
第 二 章 外 科 器 械	24
第 三 章 切 口	28
第 四 章 小腸的血液供应及淋巴輸納	30
血液供应	30
淋巴輸納	32
第 五 章 十 二 指 腸	33
手術途徑概述	33
十二指腸憩室	34
由結腸旋轉不良而引起之十二指腸梗阻	38
十二指腸的創傷	40
第 六 章 空 腸	42
憩室	42
散在性腸炎	46
空腸造口術	48
第 七 章 回 腸	50
美克尔氏憩室	50
回腸套疊	52
回腸末端机械性的异常	54
局限性腸炎	56
梗阻性局限性回腸炎	58
瘻管；不适当的手术治疗	60
第 八 章 小 腸 梗 阻	65
病因、症状和体征	65

概論	67
先天性或后天性纖維束帶	68
由粘連引起的复发性腸梗阻的处理	70
小腸局部狹窄	72
經大网膜裂孔形成的內疝	74
由胆石引起的腸梗阻	76
絞窄性腹壁疝的处理	78
由美克尔氏憩室粘連引起的腸梗阻	80
第九章 結腸血管系統的外科解剖学	82
血液供应	82
結腸的淋巴輸納	88
有关結腸动、靜脉和淋巴道的解剖在临床应用上的商榷	90
第十章 手术前准备	95
灌腸	95
一般的术前准备	96
腸道消毒	99
手术前常規准备	102
第十一章 手术后处理	104
术后处理病例示范	104
手术后处理的其他措施	107
第十二章 良性病变：外科治疗	110
闌尾切除术	110
巨結腸	114
部分或全部結腸先天性重复畸形	120
結腸套叠	122
結腸息肉	128
多发性息肉病或腺瘤病	130
結腸皮膚瘻	134
結腸結腸吻合术	138
膀胱乙状結腸瘻	140
結腸的憩室病和憩室炎	144
憩室炎或癌肿	152

因憩室炎引起的膀胱乙状結腸瘻	154
潰瘍性結腸炎	158
結腸切除术	162
植皮式回腸造口术	172
回腸造口的处理及护理	174
第十三章 恶性病变：外科治疗	177
結腸上的恶性病变发病部位	177
肝脏或脾脏的穿刺活組織檢查	180
癌肿手术后的膀胱概論	182
右側結腸部恶性病变	187
右半側結腸切除术	188
横結腸恶性病变	192
結腸低位恶性病变的解剖部位	196
直腸指診	198
乙状結腸低位切除及直腸乙状結腸吻合术	200
腹直腸內联合切除术	214
一期腹会阴联合切除术	218
两期腹会阴联合切除术	228
保留肛門括約肌的姑息性拉出手术	230
第十四章 結腸造口术：手术操作	234
应用 de Pezzer 氏导管作盲腸造口术	234
横結腸造口术	236
結腸解压术	242
姑息性乙状結腸造口术	244
使远側无功能的永久性乙状結腸造口术	248
因直腸穿孔作左側腹股沟部結腸造口术	250
潜在性結腸造口术	252
結腸造口：腹膜外延迟封閉	254
結腸自造口部脫出	256
結腸造口的处理及护理	260
第十五章 腸吻合术：手术操作方法	266
对边吻合术并发症	266

开放式对端吻合术应用“棒球式”縫合法·····	268
无菌腸吻合术·····	270
回腸横結腸端边吻合术·····	274
第十六章 直腸及肛門先天性畸形·····	280
分类·····	280
肛門閉鎖合并直腸瘻·····	284
直腸阴道瘻：手术矯正·····	286
直腸膀胱瘻：手术矯正·····	288
第十七章 直腸脫出·····	292
正中会阴部疝：用筋膜修补法·····	294
直腸脫出：手术修补·····	298
第十八章 肛門部手术操作·····	306
肛瘻的手术治疗·····	306
痔切除术·····	312
肛裂的手术治疗·····	314

图 解 目 次

图 1 胃腸道图解·····	13
图 2 牵开器·····	25
图 3 腸道手术所需之器械·····	27
图 4 腹壁的解剖要点·····	29
图 5 小腸的血液供应·····	31
图 6 十二指腸的手术暴露·····	35
图 7 十二指腸憩室的外科治疗·····	37
图 8 由結腸旋轉不良引起的十二指腸梗阻·····	39
图 9 十二指腸創伤的外科治疗·····	41
图 10 空腸憩室的寻覓·····	43
图 11 空腸憩室的外科治疗·····	45
图 12 散在性腸炎的外科治疗·····	47
图 13 空腸造口术·····	49
图 14 美克尔氏憩室·····	51

图 15	回腸套叠	53
图 16	腹膜縮短引起的回腸末端机械性异常	55
图 17	右半側結腸切除术	59
图 18	局限性腸炎瘻管的外科治疗	61
图 19	治疗局限性腸炎的部分及全部排出手术	63
图 20	由纖維帶引起的腸梗阻及其外科治疗	69
图 21	折疊手术防止因粘連形成腸梗阻	71
图 22	小腸的局限性狹窄及其外科治疗	73
图 23	小腸嵌入大网膜的裂孔形成內疝	75
图 24	胆石引起的腸梗阻及其外科治疗	77
图 25	絞窄性腹壁疝的处理	79
图 26	美克尔氏憩室粘連引起的腸梗阻	81
图 27	結腸的血液供应: 橫切面	83
图 28	結腸的血液供应: 一般分布状况	87
图 29	結腸的淋巴輸納	89
图 30	乙状結腸和直腸的血液供应	91
图 31	結腸灌洗之配备	103
图 32	直腸管及留置导尿管	109
图 33	闌尾切除术	111
图 34	亘結腸的外科治疗	115
图 35	先天性結腸重复畸形	121
图 36	由粘膜下脂肪瘤引起的結腸套叠	123
图 37	結腸內切除不能整复的腸套叠	125
图 38	結腸息肉: 經結腸切除腹腔內結腸息肉法	129
图 39	多发性息肉病的外科治疗	133
图 40	結腸皮肤瘻的外科治疗	135
图 41	結腸皮肤瘻試用鈕扣封閉法	137
图 42	結腸結腸吻合术	139
图 43	膀胱乙状結腸瘻	141
图 44	膀胱乙状結腸瘻分期手术	143
图 45	結腸憩室炎的外科处理	147
图 46	邻近盲腸的憩室炎: 手术操作	149

图 47	降結腸和乙状結腸憩室炎	151
图 48	憩室炎或癌肿	153
图 49	因憩室炎引起的膀胱乙状結腸瘻	155
图 50	慢性潰瘍性結腸炎的X綫征象	159
图 51	結腸切除术	163
图 52	植皮式回腸造口术	173
图 53	結腸上的恶性病变发病部位	179
图 54	肝或脾的穿刺活組織檢查	181
图 55	膀胱的神經分布	183
图 56	右半側結腸切除术治疗恶性病变	189
图 57	橫結腸恶性病变的外科治疗	193
图 58	結腸切除术的三种基本操作	195
图 59	結腸低位恶性病变的解剖部位	197
图 60	直腸指診	199
图 61	乙状結腸低位切除及直腸乙状結腸吻合术	201
图 62	乙状結腸低位切除及直腸乙状結腸应用腸鉗作吻合术	213
图 63	腹直腸內联合切除术	215
图 64	一期腹会阴联合切除术	219
图 65	两期腹会阴联合切除术	229
图 66	保留肛門括約肌的姑息性拉出手术	231
图 67	应用 de Pezzer 氏导尿管作盲腸造口术	235
图 68	橫結腸造口术	237
图 69	姑息性橫結腸造口术	239
图 70	結腸解压术	243
图 71	姑息性乙状結腸造口术	245
图 72	使远側无功能的永久性乙状結腸造口术	249
图 73	因直腸穿孔作左側腹股沟部結腸造口术	251
图 74	潜在性結腸造口术	253
图 75	結腸造口：腹膜外延迟封閉	255
图 76	結腸自造口部脫出	257
图 77	結腸造口的灌洗方法	265
图 78	对边吻合术并发症：近側腸端扩张	267

图 79	开放式对端吻合术应用棒球式縫合法	269
图 80	无菌腸吻合术: 結腸結腸对端吻合术	273
图 81	回腸橫結腸端边吻合术	275
图 82	直腸及肛門先天性畸形: 分类	281
图 83	直腸瘻合并肛門閉鎖	285
图 84	直腸阴道瘻: 手术矯正	287
图 85	直腸膀胱瘻: 手术矯正	289
图 86	直腸脫出	293
图 87	正中会阴部疝: 用筋膜修補法	295
图 88	直腸脫出: 手术修補	299
图 89	直腸脫出: Pemberton 氏修補法	301
图 90	盆腔底部肌肉的解剖	307
图 91	肛門瘻: 分类及处理	309
图 92	肛門瘻切開术	311
图 93	痔切除术	313
图 94	肛裂的手术治疗	315

緒 言

本書所討論的是小腸、結腸、直腸和肛門等部分，這些部分在插图 1 上是用深綫条來表示的。

、長篇累牘的總論，雖牽涉太廣。但一般性的簡短說明，尚有必要。患者在食管功能喪失時，必須依賴胃造口術或空腸造口術，從而獲得營養，以維持其生存；在全胃切除術後，患者必須適應食管空腸吻合術後的生活；患者亦能適應部分空腸及回腸的切除，換言之，即大部分小腸的切除；以及部分回腸末端和全部結腸及直腸切除後的生活。患者所以能耐受這類廣泛切除手術，並能調節其本身功能使合乎生理的需要，則不能不歸功於人體的本能。此外，其他因素當亦有相等的重要性。

小腸及大腸的長度各有不同。總的來講，女性的腸道似較男性為短。其平均長度如下：

十二指腸.....	1 呎
空 腸.....	9 呎
回 腸.....	13 呎
小腸總長度.....	23 呎
腹腔內結腸.....	5 呎
直 腸.....	6~8 吋

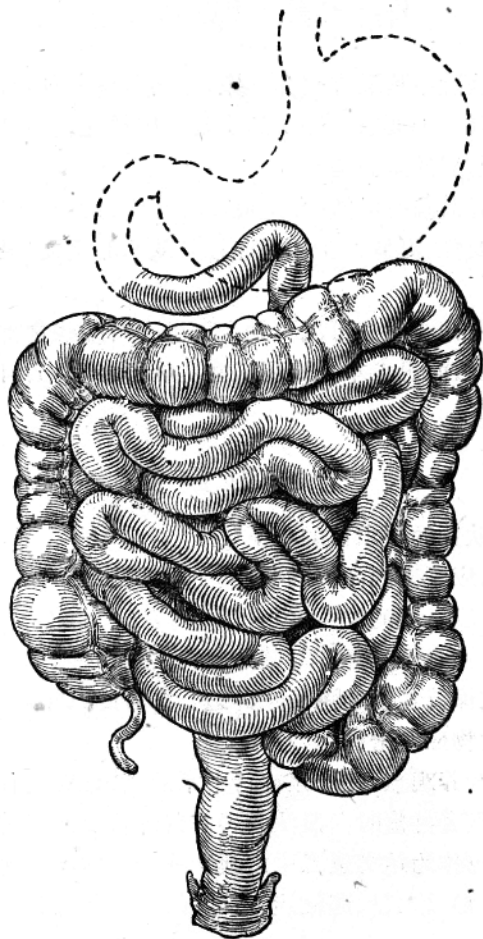


图 1

第一章 飲 食^①

現代醫院中均聘有營養學家，專門負責患者飲食事項，此事相當合理。為要獲得愉快的康復，應首先教導患者及其家屬如何來掌握飲食問題。

與患者討論有關飲食時，應使其了解口腔與牙齒的情況，咀嚼的重要性，涎腺的生理功能以及飲水的重要；最後應避免肥胖。

醫師及營養學家可能不知個別患者對某些食物或飲料具有過敏性，然而患者本人發現某些食物不合時，會自動放棄食用。

手術前飲食

這類飲食的要求目的如下：

1. 供應平衡及足夠的營養。
2. 供應足量的維生素。
3. 應注意個別患者對某些食物的過敏性。
4. 應保持食物的色香味並適合患者的口味以促進食欲。
5. 食物應少渣滓。

根據營養觀點，在決定施行手術前，若患者沒有惡性腫瘤或腸道梗阻合併症時，設法改善其營養狀況是明智的。潰瘍性結腸炎可作為這類患者中之典型病例。這類飲食可分為下列二種：(1)高熱量、高維生素多餐飲食，(2)高熱量、高維生素管飼飲食。

① 本章內所附的幾種飲食表，不盡適合我國醫院應用，僅以此作為參考資料，各地醫院可參照實際情況酌量變更，以適應手術患者的需要。——譯者注

高热量、高維生素飲食表
(慢性潰瘍性結腸炎患者之膳食)

膳 食 類 別	名 稱	重 量 (克)	約 量
早餐			
水果汁	桔汁	100	1 小杯
脫脂奶粉	脫脂奶粉	15	2 湯匙
谷類(麥片或粥)	麥片或粥, 谷粉食物	15(干)	$\frac{1}{2}$ 杯(煮熟)
咸肉	咸肉	15	2~3 片
蛋	煮嫩蛋	100	2 个
面包	烤白面包	50	2 片
奶油(白塔油)	奶油	14	2 片(方)
飲料	茶		1 杯
奶酪	奶酪 20%	75	$\frac{1}{2}$ 杯
糖	糖	7	$\frac{1}{2}$ 湯匙
果子冻	果子冻	20	1 滿湯匙
午餐			
肉	烤牛肉	120	4 兩
	肉汁	50	$\frac{1}{2}$ 杯
洋芋	洋芋泥	100	$\frac{1}{2}$ 杯
蔬菜	奶油甜菜	75	$\frac{1}{2}$ 杯
色拉(涼拌菜)	鷄蛋色拉	50	1 鷄蛋
拌菜用品	蛋黃醬	15	1 湯匙
甜食	香草冰淇淋	70	$\frac{3}{8}$ 杯
牛奶	牛奶(半份奶酪)	240	$\frac{1}{2}$ 量磅
脫脂奶粉	脫脂奶粉	30	4 湯匙
面包	白面包	50	2 片
奶油	奶油	14	2 片(方)
晚餐			
肉类或其代用品	冷火腿片	120	4 兩
洋芋	烘洋芋加奶油	100	1 个(中)
蔬菜	奶油青豆	75	$\frac{1}{2}$ 杯
色拉(涼拌菜)	水果色拉(罐頭梨色拉)	75	梨半个(罐頭)
拌菜用品	蛋黃醬	15	1 湯匙
甜食	香蕉	100	1 只(中)
牛奶	牛奶加半份奶酪	240	$\frac{1}{2}$ 量磅
脫脂奶粉	脫脂奶粉	30	4 湯匙
面包	白面包	50	3 片
奶油	奶油	14	2 片(方)

手术前飲食应以低渣、高蛋白、高热量、高維生素及高矿盐为主。这类飲食須供应热量 3,820 卡，其中应含有蛋白質 140 克，脂肪 235 克及碳水化合物 285 克(可參閱上表)。

上列飲食于餐間尚可添加硬質糖果 45 克 ($1\frac{1}{2}$ 兩)，加糖 25 克 (2 湯匙) 的葡萄汁 200 克 (一玻璃杯)，及含奶油 30 克 (2 湯匙) 的純胶质甜食 100 克 (半杯)。添加以上食物后，則热量之供应可达 4,290 卡，总共含有蛋白質 145 克，脂肪 240 克及碳水化合物 390 克。

此外尚可添加鼻管飼食。至于飼食之总量須根据患者的个别需要而定。假使采用 500 毫升之管飼飲食配方；則可添加热量 715 卡，其中含有蛋白質 34 克，脂肪 34 克及碳水化合物 69 克。每次喂食不宜超过 200 毫升。每 500 毫升管飼飲食的配合成分及其分量列在下表：

	(克)
全乳.....	335
雞蛋.....	67
一号糊精麦芽糖.....	35
奶酪，20%.....	67
脫脂奶粉.....	30
盐.....	1.2
維生素补充 (Vitikon)①	2

手术后飲食

手术后飲食有下列几种：

1. 清流质飲食
2. 全流质飲食
3. 微渣飲食(軟食)

① 此成品每 5 毫升內含有維生素乙 2 毫克，核黄素 3 毫克，烟酸 30 毫克及抗坏血酸 100 毫克，亦可依此照配。