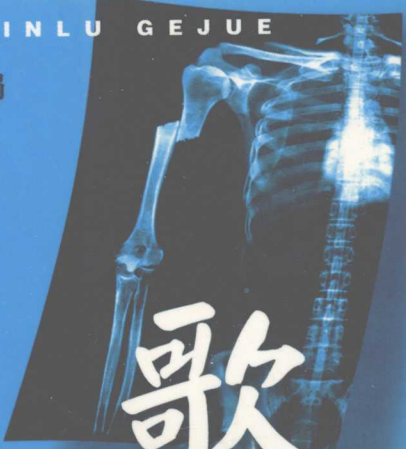


骨

骨科手术进路

GUKE SHOUSHU JINLU GEJUE

张元生 主编



歌诀

湖北科学技术出版社

骨科手术进路歌诀

湖北科学技术出版社

张元生 主编

主 编：张元生

副主编：李棣华 马唯一 裴建疆

图书在版编目 (CIP) 数据

骨科手术进路歌诀/张元生主编. —武汉：湖北科学技术出版社，2003.5

ISBN 7—5352—2969—7

I. 骨… II. 张… III. 骨科学—外科手术 IV. R68

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 014970 号

骨科手术进路歌诀

©张元生 主编

责任编辑：周景云

封面设计：喻 扬

出版发行：湖北科学技术出版社

电话：86782508

地 址：武汉市武昌黄鹄路 75 号

邮编：430077

印刷：仙桃市新华印刷厂

邮编：433000

787×1092mm 32 开

4.25 印张

85 千字

2003 年 5 月第 1 版

2003 年 5 月第 1 次印刷

印数：0 001—5 000

定价：8.00 元

ISBN7—5352—2969—7/R·673

本书如有印装质量问题 可找承印厂更换

序

忽如一夜春风来 千树万树梨花开

中华文化光辉灿烂、源远流长。我们的祖先为普及教育、传播知识，曾编写许多内容丰富、形式多样、易记易懂的通俗读物，如《三字经》、《百家姓》等等在解放前几乎家喻户晓，成为儿童识字的启蒙老师。清代雍正年间祖国医学方剂学家汪昂博采三百余药方，用诗歌体裁编著成《汤头歌诀》，深受初学者欢迎，为祖国医学的繁荣、发展添砖增瓦。

本书作者是位骨科学家，在他从医的生涯中深感骨科手术的关键是选择正确的手术入路、熟悉每一入路的解剖层次与结构，尤其是毗邻的重要神经血管。如果手术入路正确，术中解剖层次分明，解剖关系清晰，手术过程必然顺利；反之，就会给术者带来困难，给患者造成不良后果。所以，在浩瀚的医学著作中以手术入路为题材的书籍，要推骨科为牛耳。对于初入门的骨科医生来说，要记住如此繁多的手术入路十分不易。早在几年前本书作者在先贤的启发下，已着手编著《骨科手术进路歌诀》，并在一些医院征求意见，均认为这是骨科领域中别具一格的新书。

此次出版社送来样稿，我有幸先睹全书，认为有以下特点：

一、全面：此书涵盖四肢骨与关节以及脊柱，分

为十一个部分，共计六十八个手术入路，充分体现一本著作的完整性与系统性。

二、准确：体现在每一手术入路都是有据可查的经典方法，经受过长期临床实践的检验；同时，对每一手术入路的语言表达不仅精炼，也很准确。

三、形象：书中用了不少比喻，如描述肩关节前侧进路“肩峰喙突腋窝前，三点之间一线连，肩前切口象拐杖，适用范围最广泛。”将肩前切口喻为拐杖，形象逼真、语言生动、阅后不忘。

四、配图：每一手术切口都配插图。书以图增色，图依书长存。更重要的是读者能从图中领略歌诀的要领。如“肩前切口象拐杖”一句，虽然比喻很形象，实际理解却抽象，究竟杖头位于何处，杖尾指向何方？看了插图，则一览无遗，不费猜想。

五、注释：歌诀形式常受字数限制，有许多医学名词、术语未能充分表达。作者采用注释方式来弥补歌诀的不足。如描述肩关节后侧进路“切断三角肌后部，冈下小圆无处藏，旋肱后A腋神经，术中注意勿损坏”，如无注释，第二、三句的意思则很难领会。

此书作为一本手册，常置于手边，随想随翻，益在其中，乐亦融融。

羅永湘

华中科技大学同济医学院附属同济医院

2003. 3. 10

前 言

骨科手术进路是骨科医生必须掌握的基本知识。正确合理的手术进路操作方便、暴露清楚、减少出血、减轻组织损伤、缩短手术时间、对手术部位的外观和日后功能影响相对较小；也有利于术后切口愈合。

国内沈冯君、侍德、朱通伯和苗华等专家学者曾经给我们奉献过骨科手术进路方面的多部专著，对提高广大骨科医生的手术质量起到了“航标”样的作用，深受欢迎。为了使青年骨科医生在短时间内对人体全身数十种常用的骨科手术进路有一个粗浅的了解，或者在你上手术台之前的几分钟内复习一下当日所要施行的手术进路之要点，笔者将零星编写的《骨科手术进路歌诀》整理成册，希望能对同道们学习和巩固骨科专业知识有所帮助。

如果说先前出版的各位名家大部头骨科手术进路是一桌丰盛的宴席，那么，《骨科手术进路歌诀》恰似一份“快餐”。你有闲暇时可以慢慢品尝各种美味佳肴。你的工作十分忙碌时，一份快餐也能为你提供足够的卡路里。《骨科手术进路歌诀》以苗华教授编著的《骨科手术入路解剖学》为蓝本，并参阅其他多种骨科专著编撰歌诀七十余首，对手术切口、解剖层次、局部主要结构以及术中注意点用简洁扼要的歌诀韵语

进行表述，读起来朗朗上口，易学易记不易忘。如果你的解剖学基础扎实，这本小册子对你来说将是一份名副其实的“专业快餐”。

由于笔者文字功底及专业知识水平有限，书中错漏之处在所难免，恳切希望先辈同道们批评指正。

张元生

2003年3月

目 录

第一部分 肩关节	(1)
一、肩关节前侧进路	(1)
二、经肩峰进路	(4)
三、肩关节外侧进路	(5)
四、肩关节后侧进路 (肩胛冈切口)	(7)
第二部分 肱骨	(9)
一、肱骨前外侧进路	(9)
二、肱骨远端前外侧进路	(11)
三、肱骨后侧进路	(12)
第三部分 肘关节	(15)
一、肘后侧进路	(15)
二、肘内侧进路	(17)
三、肘后外侧进路 (1)	(18)
四、肘后外侧进路 (2)	(20)
五、肘前侧进路	(21)
第四部分 桡骨和尺骨	(24)
一、桡骨的前侧进路	(24)
二、尺骨后侧进路	(26)
三、桡骨后侧进路	(28)

四、桡骨和尺骨近端后侧进路	(30)
第五部分 腕和手	(32)
一、腕背侧进路	(32)
二、腕关节掌侧进路	(34)
三、尺神经掌侧手术进路	(36)
四、指屈肌腱掌侧手术进路	(37)
五、指屈肌腱侧方进路	(39)
六、手舟骨掌侧进路	(40)
七、手舟骨背外侧进路	(42)
八、手部化脓性感染的引流	(43)
(一) 甲沟炎的引流	(43)
(二) 指腹间隙感染的引流	(44)
(三) 指璞间隙感染的引流	(45)
(四) 腱鞘感染的引流	(46)
(五) 掌深间隙感染的引流	(47)
(六) 桡侧囊感染的引流	(48)
(七) 尺侧囊感染的引流	(50)
第六部分 脊柱手术进路	(51)
一、颈椎后侧进路	(51)
二、颈椎1~2后侧进路	(53)
三、颈椎前(外)侧进路	(54)
四、胸椎后外侧进路	(57)
五、胸椎前侧(T _{2~12})经胸进路	(59)
六、腰椎后侧进路	(60)

七、腰椎前侧（经腹膜腔）进路	(62)
八、腰椎前外侧（经腹膜后）进路	(64)
九、骨移植的髂嵴后侧进路	(65)
十、骨移植的髂嵴前侧进路	(67)
第七部分 髋关节	(69)
一、髋关节前外侧进路	(69)
二、髋关节外侧进路	(71)
三、髋关节后外侧进路	(74)
四、髋关节后侧进路	(76)
五、髋关节内侧进路	(78)
第八部分 股骨	(81)
一、股骨外侧进路	(81)
二、股骨后外侧进路	(83)
三、股骨前外侧进路	(84)
四、股骨下2/3前内侧进路	(86)
五、股骨后侧进路	(88)
第九部分 膝关节	(91)
一、膝关节前内侧（髌旁内侧）进路	(91)
二、内侧半月板切除术进路	(92)
三、膝关节内侧进路	(94)
四、外侧半月板切除术进路	(95)
五、膝关节及其支持结构的外侧进路	(96)
六、膝关节后侧进路	(98)
第十部分 胫骨和腓骨	(100)

一、胫骨前侧进路	(100)
二、胫骨后外侧进路	(102)
三、腓骨进路	(103)
第十一部分 踝和足	(105)
一、踝关节前侧进路	(105)
二、踝关节内侧进路	(107)
三、踝关节后内侧进路	(108)
四、踝关节后外侧进路	(110)
五、踝关节及跗骨前外侧进路	(111)
六、内踝前侧进路	(113)
七、内踝后侧进路	(114)
八、外踝进路	(116)
九、足后部外侧进路	(117)
十、距跟关节外侧进路	(118)
十一、足中部背侧进路	(120)
十二、跖趾跗趾关节背侧及内侧进路	(121)
十三、第2~5跖趾关节背侧进路	(123)
十四、趾蹼背侧进路	(124)

第一部分 肩关节

一、肩关节前侧进路

适 应 证

- (1) 肱骨外科颈骨折切开复位术；
- (2) 肩关节融合术；
- (3) 习惯性肩关节脱位修复术；
- (4) 肩关节成形术；
- (5) 人工肩关节置换术；
- (6) 肩关节结核病灶清除术；
- (7) 肱二头肌长头腱断裂修补术。

歌 诀

肩前切口有多种，
掌握一种也够用；
根据习惯自选择，
结合临床巧变通。

肩峰喙突腋窝前，
三点之间一线连；

肩前切口象拐杖，
适用范围最广泛。

三角肌与胸大肌，
头静脉是分界线；①
分别向内向外牵，
暴露喙肱二头短。②

切断喙突联合腱，③
肩胛下肌止点现；
扁腱覆盖关节前，
常与关节囊相连。

肌皮神经腋神经，
操作不当有危险；④
术中上臂勿外展，
神经血管可幸免。⑤

〔注释〕

①头静脉是分界线——走行于三角肌胸大肌沟内的头静脉是三角肌与胸大肌的分界线，术中头静脉可随三角肌向外牵，也可随胸大肌向内牵。

②暴露喙肱二头短——牵开三角肌和胸大肌即可暴露止于喙突的喙肱肌和肱二头肌短头联合腱。

③切断喙突联合腱——如果需要充分显露，可将喙肱肌肱二头肌短头联合腱在喙突起点下方1cm处切断，也可将喙

突顶端凿下。

④肌皮神经腋神经，操作不当有危险——肌皮神经在喙突下方5~8cm处进入喙肱肌，在分离喙肱肌时应在该肌的外侧缘进行。向下牵拉喙肱肌时拉力不可过大，也不要牵得太远，以免损伤肌皮神经，引起屈肘肌麻痹。切断肩胛下肌时，应保持上肢外旋位，使腋神经远离切口线，可免于损伤。

⑤术中上臂勿外展，神经血管可幸免——腋动脉被臂丛包绕。臂丛位于胸小肌深层，上肢外展时，此神经血管束紧张并抵至喙突顶端的手术区域；臂内收时，此神经血管束则松弛远离喙突。因此，在喙突部进行操作时应注意保持上肢于内收位。

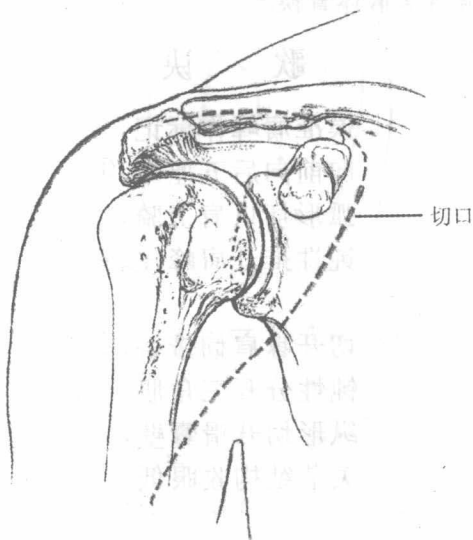


图 I-1 肩关节前侧切口

二、经肩峰进路

适 应 证

- (1) 肩袖破裂修补术；
- (2) 肱二头肌长头腱固定术；
- (3) 肩峰下撞击症的肩峰成形术；
- (4) 盂肱关节前方不稳定的修复；
- (5) 肱骨外科颈骨折或大结节骨折切开复位术；
- (6) 肱骨头假体置换术。

歌 诀

摸准肩峰作标记，
向前向后五厘米；^①
弧形切口肩上骑，
钝性推开肩峰皮。^②

切开喙肩韧带蒂，^③
钝性分开三角肌；
纵形切开滑囊壁，
关节结构收眼低。

〔注释〕

①向前向后五厘米——从肩峰向前切开5cm，向后切开5cm，连结起来就是长10cm的弧形切口。

②钝性推开肩峰皮——推开肩峰骨膜。

③ 切开喙肩韧带蒂——切断喙肩韧带。此处‘蒂’字为了押韵。

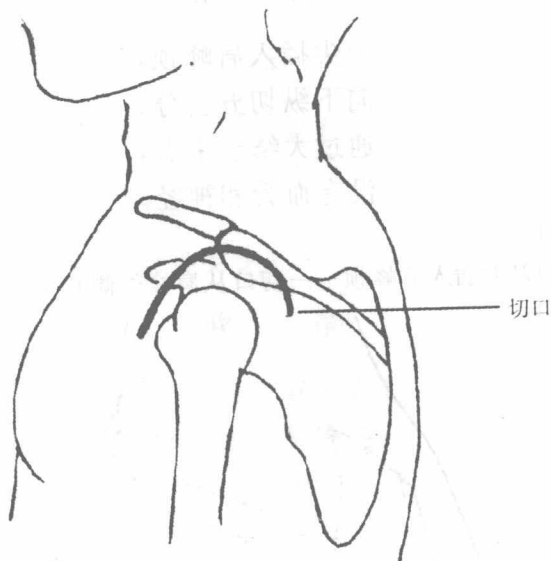


图 I -2 经肩峰切口

三、肩关节外侧进路

适 应 证

- (1) 肱骨大结节移位骨折切开复位术；
- (2) 三角肌下滑囊切除术；
- (3) 冈上肌腱修补术；
- (4) 肱骨髓内钉插入术；

(5) 肱骨大结节活检术。

歌 诀

刀尖插入肩峰顶,^①
向下纵切五公分;
通过大结节中点,
没有血管和神经。

〔注释〕

①刀尖插入肩峰顶——切口从肩峰外侧开始。

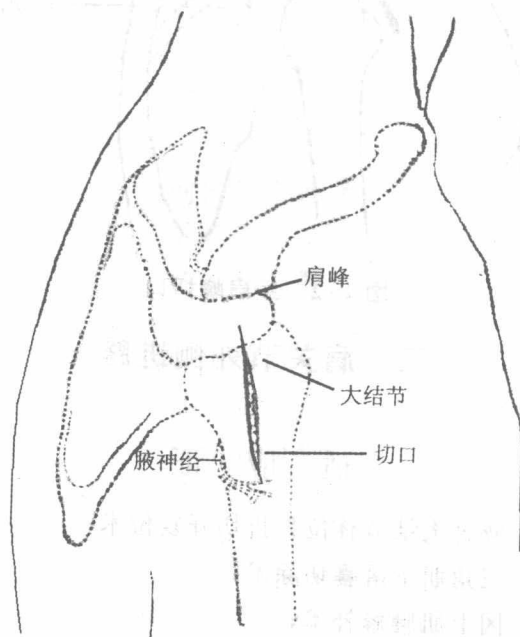


图 I-3 肩关节外侧切口