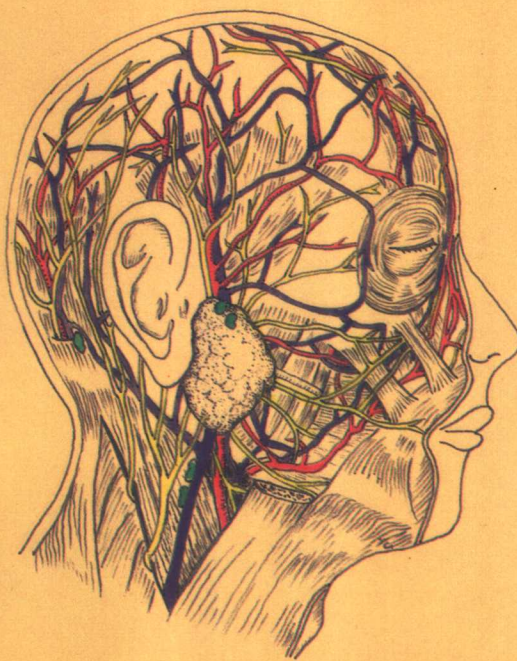


中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医学院校教材·供临床、基础、预防、口腔、
护理、检验等专业使用

手术局部解剖学

艾寿坤 主编



科学出版社
www.sciencep.com

中国科学院教材建设专家委员会规划教材

全国高等医学院校教材

供临床、基础、预防、口腔、护理、检验等专业使用

手术局部解剖学

艾寿坤 主编

科学出版社

北京

内 容 简 介

编者从临床应用的实际需要出发,打破原教材各自的结构体系,改革教学内容,将局部解剖学和外科手术学重新整合为《手术局部解剖学》。

本教材共分10章。第一章为外科手术基本知识,阐明外科手术基本概念、外科无菌技术和手术基本操作;第二章为体表手术解剖,简要介绍全身皮纹、全身皮神经节段性分布、常用皮瓣选择和体表小手术;第三~第十章为局部解剖与常见手术,每个单元内容主要由局部解剖、手术步骤及手术中注意事项等构成。本教材在结构上将局部解剖学与外科手术学交叉、融合于一体,在内容上力求精简优化,强调“三基”,体现“五性”,突出重点,重在应用。全书结构严谨,层次清晰,文字流畅,图文并茂,是一部在教学改革中诞生的新教材。

全书约50万字,插图279幅,供医学院校5、7年制各类临床医学专业使用,亦可作为临床医生案头参考书。

图书在版编目(CIP)数据

手术局部解剖学/艾寿坤主编. —北京:科学出版社,2004.4

(中国科学院教材建设专家委员会规划教材)

ISBN 7-03-013067-7

I. 手… II. 艾… III. 外科学:局部解剖学 教材 IV. R602

中国版本图书馆CIP数据核字(2004)第022039号

责任编辑:李国红 / 责任校对:钟 洋

责任印制:刘士平 / 封面设计:卢秋红

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京天时捷彩色印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

2004年4月第 一 版 开本:850×1168 1/16

2004年4月第一次印刷 印张:23

印数:1—5 000 字数:540 000

定价:59.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈双青〉)

《手术局部解剖学》编写人员

主 编 艾寿坤

副主编 田菊霞 吴秀卿 郑之和 覃能武
胡圣望 吴爱群 单云官

编 者 (以姓氏笔画为序)

万敬枝 (咸宁学院医学院)

艾寿坤 (三峡大学医学院)

艾 星 (三峡大学第一临床医学院)

卢洪煊 (杭州师范学院医学院)

田菊霞 (杭州师范学院医学院)

张凤山 (山西医科大学大同学院)

吴江锋 (三峡大学医学院)

吴秀卿 (武汉科技大学医学院)

吴爱群 (郑州大学医学院)

严桂民 (三峡大学医学院)

杨德斌 (山西医科大学大同学院)

郑之和 (三峡大学第二临床医学院)

单云官 (天津武警医学院)

孟壮志 (天津武警医学院)

胡圣望 (咸宁学院医学院)

胡学华 (三峡大学医学院)

覃能武 (湖北民族学院医学院)

瞿佐发 (三峡大学医学院)

绘 图 胡学华 (三峡大学医学院)

覃好君 (三峡大学政法学院)

秘 书 汤桂成 (三峡大学医学院)

前 言

本教材是在三峡大学将局部解剖学与外科手术学合并教学改革的基础上,由来自全国八所医学院校的解剖学和外科学教师对原自编教材《手术局部解剖学》重新修订、编写而成。

手术局部解剖学的编写打破了原局部解剖学和外科手术学教材各自的结构体系,对其内容进行交叉、融合、重组和精简,适度增加新进展,重新构建局部解剖与临床手术紧密结合、融为一体的结构体系。在教学内容的取舍上,编者们发扬与时俱进、改革创新的精神,从临床应用的实际需要出发,改革教学内容;坚持理论联系实际、解剖结合临床的原则,强调基础理论、基本知识和基本技能,注重教材的先进性和实用性;突出重点,重在应用,努力实现新教材在教学内容上的整体优化并有所创新。同时改革实验教学,将尸体解剖与手术操作步骤结合起来。通过本门课程的教学,培养学生的知识、能力与综合素质,使学生获取局部解剖与外科手术操作相结合的较为完整的系统知识,为后续临床课程的学习打下坚实的基础,提高学生独立分析问题、解决问题的能力。

本教材可分为三大部分。第一部分为外科手术基本知识。第二部分为体表手术解剖,为本教材新增内容,简要介绍全身皮纹、全身皮神经节段性分布,常用皮瓣选介和体表小手术。让学生了解和熟悉现代人体美学要求,在手术中尽可能选择顺皮纹方向做切口;了解皮神经分布规律并用于脊柱外伤、肿瘤及椎管内麻醉脊髓平面的判断;熟悉运用显微外科技术修复体表缺损的常用皮瓣等。第三部分为局部解剖和常见手术。每个单元内容主要由彼此衔接和前后呼应的局部解剖、手术步骤及手术中注意事项等构成。外科手术的选择为常见、多用且具有代表性,并与人体局部相对应,同时也选择了少数难度较大的手术,主要是强化学生对手术局部层次结构的学习;适度反映了现代外科的新成果、新技术、新方法及其相关的解剖学知识;新增了在手术中可能引起误伤的常见变异与异常的解剖结构,提出了避免损伤的预防措施,警醒防患,提高手术质量。书末还附有帮助学生查阅的中、英文索引。

全书约 50 万字(文、图各半),插图 279 幅,部分插图套色。适用于 5、7 年制各类临床医学专业,亦可作为临床医生的案头参考书。本书所用专业名词均以全国科学技术名词审定委员会 1991 年公布的《人体解剖学名词》为准,所引用的体质调查资料均来源于《中国人体质调查》一书。

胡学华、覃好君两位老师绘制了本书全部插图,他们不辞辛劳、严谨认真、一丝不苟的精神使我们深受感动;汤桂成老师对本教材的合成、图文校对和处理做了大量工作,在此

深表谢意。

在教材编写的过程中,先后在三峡大学、山西医科大学大同学院召开编者会议,两次会议期间还进行了文稿对审,全体编者对书稿做了反复讨论和修审。三峡大学、山西医科大学大同学院等院校的领导和同仁们给予了大力的支持和帮助,在此谨致深深的感谢。

本教材是教育教学改革中诞生的新事物,加之受学识、水平和资讯的限制,不妥甚至错误之处,恳请同仁和读者批评指正。

艾寿坤

2003 年 10 月于宜昌

目 录

前言

第一章 外科手术基本知识	(1)
第一节 概述	(1)
一、外科手术学	(1)
二、局部解剖学	(1)
三、手术局部解剖学	(1)
四、手术的分类	(2)
五、手术对机体的影响	(3)
六、围手术期	(4)
七、手术治疗的基本原则	(4)
八、伤口的愈合和手术切口愈合的记录及统计	(5)
九、手术记录	(6)
第二节 外科无菌技术	(6)
一、手术野的细菌来源和控制途径	(7)
二、外科灭菌和消毒方法	(8)
三、手术人员的准备	(10)
四、病人手术区皮肤消毒与隔离	(13)
五、手术进行中的无菌原则	(15)
六、外科无菌技术的发展	(16)
第三节 手术基本操作	(17)
一、显露	(17)
二、分离	(18)
三、止血	(18)
四、缝合	(20)
五、剪线与拆线	(24)
六、结扎	(24)
七、引流	(25)
第二章 体表手术解剖	(30)
第一节 全身皮纹	(30)
第二节 全身皮肤的神经分布	(31)
第三节 常用皮瓣	(33)

一、概述	(33)
二、全身常用皮瓣选介	(33)
第四节 体表小手术	(41)
一、体表肿块切除术或活检术	(41)
二、体表脓肿切开引流术	(41)
第三章 头部	(46)
第一节 概述	(46)
一、境界与分区	(46)
二、表面解剖	(46)
第二节 颅部	(47)
一、额顶枕区手术局解	(47)
二、颞区手术局解	(50)
三、颅底手术局解	(56)
第三节 面部	(59)
一、面部浅层结构	(59)
二、颅内外静脉的交通	(60)
三、“危险三角”	(61)
四、面部手术注意事项	(61)
五、腮腺区手术局解	(61)
第四章 颈部	(67)
第一节 概述	(67)
一、境界与分区	(67)
二、表面解剖	(67)
第二节 颈部层次结构	(69)
一、皮肤	(70)
二、浅筋膜	(70)
三、筋膜及筋膜间隙	(71)
第三节 肌三角手术局解	(72)
一、内容	(73)
二、甲状腺大部切除术	(76)
第四节 气管颈部	(80)
一、气管颈部手术局解	(80)
二、气管切开术	(81)
第五节 食管颈部	(83)
第六节 颈部大血管、神经及下颌下腺的手术局解	(83)

一、颈动脉鞘	(83)
二、神经	(84)
第七节 颈根部手术局解	(86)
一、层次结构	(86)
二、内容及毗邻	(87)
三、锁骨下静脉穿刺插管术	(88)
第五章 胸部	(91)
第一节 概述	(91)
一、境界与分区	(91)
二、表面解剖	(91)
第二节 胸壁的手术局解	(95)
一、胸壁的层次结构	(95)
二、胸壁切口	(97)
第三节 膈的手术局解	(100)
一、位置和分部	(100)
二、裂孔	(101)
第四节 胸膜腔、胸膜隐窝和肺的手术局解	(101)
一、胸膜腔及胸膜隐窝	(101)
二、肺	(105)
第五节 女性乳房手术局解	(107)
一、乳房及腋区	(107)
二、乳腺癌根治切除术	(112)
第六节 纵隔手术局解	(116)
一、概述	(116)
二、上纵隔的层次及主要内容	(118)
三、下纵隔	(124)
四、纵隔间隙	(130)
第六章 腹部	(131)
第一节 概述	(131)
一、境界	(131)
二、体表标志	(131)
三、腹部分区及腹内脏器的体表投影	(131)
第二节 腹前外侧壁	(132)
一、腹壁切开手术局解	(132)
二、腹股沟区和阴囊手术局解	(139)

第三节 腹膜与腹膜腔	(150)
一、概述	(150)
二、腹膜形成的各种结构	(150)
第四节 结肠上区	(157)
一、胃	(157)
二、十二指肠	(170)
三、肝	(172)
四、肝外胆道	(178)
五、胰	(191)
六、脾	(193)
第五节 结肠下区	(194)
一、空肠和回肠	(194)
二、回盲部	(199)
三、结肠	(206)
四、肝门静脉	(211)
第六节 腹膜后隙	(216)
一、肾	(216)
二、输尿管腹部	(231)
三、肾上腺	(232)
四、腹部大血管	(233)
五、腰交感干	(234)
第七章 盆部与会阴	(236)
第一节 概述	(236)
一、境界与分区	(236)
二、体表标志	(236)
第二节 盆部	(237)
一、骨盆	(237)
二、骨盆标本测量(骨盆径线)和活体测量	(237)
三、盆壁肌的手术局解	(238)
四、盆底肌与盆膈手术局解	(239)
五、盆筋膜与筋膜间隙的手术局解	(240)
六、盆腔脏器与腹膜的手术局解	(240)
第三节 会阴	(263)
一、肛区	(263)
二、尿生殖区	(270)

第八章 上肢	(280)
第一节 概述	(280)
一、境界与分区	(280)
二、表面解剖	(280)
第二节 肩部	(281)
一、腋区	(282)
二、三角肌区与肩胛区	(282)
三、肩胛动脉网	(283)
四、肱骨外科颈骨折开放复位内固定术	(283)
第三节 臂部	(285)
一、臂部手术局解	(285)
二、肱骨髁上骨折开放复位术	(287)
第四节 肘部	(289)
一、肘部手术局解	(289)
二、肘内翻畸形矫正术	(290)
第五节 前臂	(293)
一、前臂手术局解	(293)
二、尺桡骨干双骨折开放复位内固定术	(295)
第六节 手部	(298)
一、手掌、手背手术局解	(298)
二、手指手术局解	(305)
第九章 下肢	(308)
第一节 概述	(308)
一、境界与分区	(308)
二、表面解剖	(308)
第二节 臀部	(310)
一、臀部手术局解	(310)
二、股骨颈骨折开放复位加压螺纹钉内固定术	(312)
第三节 股部	(315)
一、股部手术局解	(315)
二、股骨干骨折内固定术	(322)
第四节 膝部	(324)
一、膝部手术局解	(324)
二、前交叉韧带断裂缝合术	(326)
第五节 小腿部	(328)

一、小腿部手术局解	(328)
二、胫骨干骨折交锁髓内针固定术	(330)
第六节 踝与足部	(332)
一、踝与足的手术局解	(332)
二、足弓	(335)
第十章 脊柱区	(337)
第一节 概述	(337)
一、境界与分区	(337)
二、体表标志	(337)
第二节 脊柱区手术局解	(338)
一、层次结构	(338)
二、椎管及其内容物	(343)
三、椎管减压术	(346)
索引	(349)

第一章 外科手术基本知识

第一节 概 述

一、外科手术学

外科手术学 operative surgery 是专门研究手术的方法、技巧、条件的科学,它与局部解剖学、外科学有着密切的联系。手术是治疗和诊断外科疾病的一种手段,是在人体局部或器官上进行机械操作的处理方法,也是外科疗法区别于内科疗法的主要特征。

诚然,手术是治疗外科疾病的一个重要手段,也是治疗成败的关键。但片面强调手术,甚至认为外科就是手术,手术就能解决一切问题,这种想法是不正确的、有害的。首先要严格掌握外科疾病的手术适应证。由于手术是一种创伤,范围大的手术更是一种严重损伤,不仅给病人带来一定的痛苦和引起一系列病理生理上的反应,而且还可发生各种并发症和后遗症,甚至危及生命。因此,如能以小手术治愈的,即不应采用大手术,有条件应用微创技术(如应用腹腔镜胆囊切除)治疗,可减少并发症的发生。

此外,手术前的必要准备,选择安全有效的麻醉,严格的手术室无菌技术,手术方式、方法及操作技术的正确运用和细致而周密的术后护理及治疗都直接关系到手术的效果。因而手术的成功有赖于全面细致的安排和集体的分工合作。

二、局部解剖学

局部解剖学 regional anatomy 是按部位阐述人体各个局部的层次结构,各器官间的位置与毗邻,神经、血管的走行,而且重点叙述相关的临床意义。

三、手术局部解剖学

手术局部解剖学 operative regional anatomy 是从疾病与手术相关的实际需要出发,阐述人体器官的解剖关系,如各器官的位置、毗邻、神经及血管的行径以及它们与手术操作之间的关系等。做一个外科医生更有必要很好地掌握局部解剖知识,才能在手术过程中得心应手,避免误伤,减少并发症,使手术获得更好的效果。

四、手术的分类

(一) 根据手术操作的复杂程度及创面大小分类

根据上述原则可分为大手术、中等手术、小手术。

(二) 根据病情急缓程度不同分类

1. **择期手术** 如单纯疝修补术、畸形矫正术等,施行手术的迟早不会影响治疗效果。因此,对这类手术应在充分做好手术前的准备后,选择适当的时间进行。

2. **限期手术** 如各种恶性肿瘤(早期)的根治术,手术的时间虽然可以选择,但时间不宜过长,否则会影响预后,应争取在短时间内尽可能做好准备后再施行手术。

3. **急症手术** 如肠穿孔、肝破裂等,病情发展很快,严重危及病人生命,应在最短时间内做好术前准备,迅速手术。

4. **紧急手术** 又称急救手术,必须争分夺秒即刻手术,以挽救病人的生命,如急性窒息时所做的气管切开术、大血管损伤时的止血手术等。

(三) 根据手术本身的性质和远期效果分类

1. **根治性手术** radical operation 具有彻底治疗的性质,主要用于恶性肿瘤,如乳癌根治术,既切除了原发病灶又切除了所属淋巴结,而不再残留转移淋巴结和病变。

2. **姑息性手术** palliative operation 手术的目的是为了缓解症状,减轻痛苦或延长病人的生命,而原有的病变不可能完全切除,甚至持续存在,如晚期直肠癌结肠造瘘术等。

(四) 根据手术是否分次完成分类

1. **一期手术** 指手术经过一次即可完成全部治疗目的的手术,大部分属于此类。

2. **二期手术** 因病情复杂、患者耐受性差或某些特殊情况,手术难于一次完成,需要分两次手术才能完成。

3. **三期手术** 需二期以上才能完成全部治疗目的的手术,如整形修复或器官再造术等。

(五) 根据手术的无菌程度分类

1. **清洁手术** 亦称无菌手术 aseptic operation,指手术的全过程均在无菌条件下进行,手术部位组织和病变没有感染,切口可得到一期愈合,如单纯乳腺切除术等。

2. **污染手术** contaminative operation 指手术过程中手术区有被污染的可能,如胃肠道手术、鼻腔手术等。

3. **感染手术** infected operation 指手术部位已有感染或化脓,如胃穿孔并发腹膜炎的剖腹术、脓肿切开引流术等。

五、手术对机体的影响

手术对机体来说是一种创伤。其影响的程度随手术范围的大小、手术时间的长短、术中刺激的多少及病人对手术的耐受能力等因素而有所差异。局部反应主要是炎症反应,全身反应以神经内分泌系统效应为主要环节。伤后局部和全身反应是机体稳定内环境的需要。然而,较重的创伤引起的急剧反应常可能损害机体自身,需要在治疗时加以调整。

(一) 创伤后局部反应

受伤的组织内部分细胞受损,组织裂隙内充有血液、血凝块、脱落的细胞等。紧接着周围组织发生炎症、充血、血管通透性增加,使血浆成分渗出,同时有中性粒细胞、单核-吞噬细胞进入组织间隙。局部表现为水肿,还可引起全身发热表现。

(二) 创伤后全身反应

创伤后全身反应主要是发生在较严重创伤时,由于机体受刺激而出现的应激反应。

1. 神经内分泌系统变化 由于疼痛、精神紧张、失液、失血等刺激,下丘脑-垂体轴和交感神经-肾上腺髓质轴受到刺激,分别分泌促肾上腺皮质激素(ACTH)、血管升压素(ADH)、生长激素(GH)等增多,交感神经和肾上腺髓质释出儿茶酚胺增多。此外,由于血容量减少,肾素-血管升压素-醛固酮分泌增多。临床上患者出现相应的症状和体征。因此,手术操作需要轻巧,尽量减少对组织的创伤,缩短手术时间,避免和减少并发症的发生。

2. 代谢变化 严重创伤(如大手术)后,糖原、蛋白质和脂肪的分解都加速,与儿茶酚胺、皮质激素、胰高糖素、肿瘤坏死因子(TNF)、白介素(IL)等释出增多有关。分解代谢亢进一方面可以为机体提供能量,提供氨基酸重新组成修复创伤所需的蛋白质;另一方面可导致细胞群减缩、肌无力、体重减低等,不利于机体。为此,术后需要适宜的营养支持。

3. 对循环系统的影响 手术时除通过肺与皮肤正常途径使体液蒸发外,还由于手术中体腔的开放、组织和脏器的暴露而丢失更多的水分,失血也伴随着失水,失水到一定程度易致酸中毒。因此,如果手术范围较大,手术时间较长,应及时采取补液、输血等措施。

4. 对消化系统影响 主要表现为胃肠道有关消化器官动力功能(如肠蠕动、排空)、分泌功能(如消化腺的分泌)降低。因此,术后出现腹胀、便秘,有时出现肠麻痹甚至胃扩张等现象。这些现象在腹内手术尤为多见。产生这种影响是由于各种刺激因素引起自主神经系统平衡失调所致。

5. 对呼吸系统影响 最常见是肺活量减低、呼吸道中分泌物集聚,因而使呼吸功能降低,直接影响 O_2 和 CO_2 的交换,继发呼吸性酸中毒。因此,手术中保持呼吸道通畅极为重要。

6. 对泌尿系统的影响 主要表现为肾的分泌功能和膀胱的排尿功能减低,血管升压素(ADH)释出增多使肾小管回收较多的水分,故尿量减少。醛固酮释出增多使肾脏保钠排钾。有时术后的尿量减少和尿滞留亦可能与麻醉反应和不适当输液有关。

7. 对免疫功能的影响 大手术所引起的创伤可使免疫功能降低。主要是由于应激性

内源性皮质激素可降低中性粒细胞、巨噬细胞的功能,儿茶酚胺可影响粒细胞的功能;此外,切口处还可有抑制免疫的前列腺素 E_2 等。因此增加了感染的发生率。

以上伤后的全身反应大多随着炎症消退而好转,其中分解代谢增高的时间稍久。

六、围手术期

围手术期 perioperative period 是指从确定手术治疗时起,直到与这次手术有关的治疗结束为止,时间约在术前 5~7 天至术后 7~12 天。围期手术是贯穿于术前、术中、术后的一个连续的整体处理。因此,术前应全面检查病人,根据病情采取相应措施,做好术前准备,使病人具有充分的心理准备和良好的机体条件,以便安全地耐受手术。手术后还要采取综合治疗措施,防止可能发生的并发症,尽快地恢复生理功能,促使病人早日康复。

七、手术治疗的基本原则

手术是外科诊断和治疗疾病的重要手段之一,有时是外科治疗的主要手段或关键性措施。但是,如果手术处理不当,不仅给病人带来痛苦,严重者甚至危及生命。因此,采用手术治疗时必须遵循以下原则:

1. 严格掌握手术适应证 首先是准确诊断并明确手术指征,如必须手术时,应采取什么手术方式。在外科领域内,能用非手术方法治愈的疾病,就不该选择手术疗法;必须手术时,应选择对病人损伤小、费时较少、效果较好的手术方式,有条件时应采用微创技术治疗外科疾病,如应用腹腔镜胆囊切除、膝关节镜半月板切除术等,目的是为了爱护组织、爱护器官,最大限度地保存原有功能并治愈疾病。

2. 术前要有手术计划,术中必须根据病情灵活运用 手术计划应于诊断和术前准备基本完成后拟订,进一步分析诊断的依据和手术适应证,检查术前检查是否充分,讨论手术的方式和途径,考虑手术中可能发生的困难和预防措施。更为重要的是,要抓住手术中的机会仔细探查(如术中所见疾病表现与术前诊断不符时),发现一些术前未能发现的新情况、异常征象应调整术式。选择术式还应考虑手术当时病人的全身状态,即生命体征,确保病人的生命安全和器官的生理功能。

3. 遵循基础医学原理,指导手术实践 手术是治疗外科疾病的重要手段,但外科医生不仅要熟练地掌握手术技术,而且还应深刻理解疾病发生、发展的机制,手术与其他疗法的协同作用,手术创伤对机体的影响等。以迷走神经切断术治疗胃和十二指肠溃疡为例,了解到溃疡的发生是由于胃酸分泌过多,而高胃酸分泌是由于迷走神经兴奋刺激胃壁细胞释放促胃液素所致,因此,创造了胃迷走神经切断术。当了解到胃迷走神经不仅支配胃壁,还有支配肝、胆、胰、小肠的分支,既要切断支配胃壁的全部神经,又要保留支配其他内脏分支时,故发明了选择性迷走神经切断术。后来又观察到,当胃窦部神经支切断后易发生胃滞留,又发展了保留胃窦部神经支的高选择性胃迷走神经切断术。因此,随着对胃分泌功能的深入了解,对溃疡病的手术方法也在不断改进,减少或避免了手术后并发症的发生。

4. 遵守无菌术原则,重视手术基本操作 贯彻无菌术原则的目的是防止细菌侵入,避

免组织、器官和手术切口等的感染,提高手术的安全性和手术的成功率。

5. 重视手术后的处理 手术后处理和护理的目的,是使病人顺利地度过手术创伤、麻醉及疼痛等对机体影响的时期,防止并发症,使病人顺利康复,是确保手术成功的重要组成部分。

八、伤口的愈合和手术切口愈合的记录及统计

(一) 伤口的愈合

不论清洁伤口、污染伤口还是感染伤口,经过治疗后有两种结局:

1. **一期愈合** 指切口边缘对合整齐,组织损伤轻,愈合较快,伤处瘢痕组织很少,无感染,常见于外科无菌切口或清创缝合的伤口。这样愈合的伤口一般很少影响功能,临床上应争取一期愈合。

2. **二期愈合** 指伤口的组织缺损较多,创缘间的距离较宽而难以缝合;或严重污染,甚至已感染的伤口不能缝合者。这些伤口的愈合需经过肉芽组织生长、伤口上皮细胞不断生长覆盖才能完成,故又称瘢痕愈合。二期愈合所需时间较长,瘢痕组织较多,有时可能影响功能。

(二) 手术切口愈合的记录及统计

1. 切口愈合统计的范围 只限于初期完全缝合的切口。切开引流或部分缝合的切口以及片状植皮的伤口,其愈合均不在统计范围之内。

2. 切口的分类 切口分为三类。

(1) 无菌手术切口:用“Ⅰ”字代表。

(2) 污染手术切口:用“Ⅱ”字代表。

(3) 感染手术切口:用“Ⅲ”字代表。

3. 愈合的分级

(1) **甲级**:愈合优良,没有不良反应的一期愈合,用“甲”字代表。

(2) **乙级**:愈合有缺点(如切口处有红肿、硬结、血肿、积液、皮缘坏死等),但切口未化脓,用“乙”字代表。

(3) **丙级**:切口化脓,并因化脓需要分开切口引流,经二期愈合者,用“丙”字代表。

4. 记录及统计方法 按上述分类、分级的方法,临床医生应于术后严密观察切口愈合情况并予记录。例如,单纯疝修补术切口愈合优良,则记录为Ⅰ/甲;胃大部分切除术切口皮缘坏死为Ⅱ/乙;甲状腺次全切除术切口化脓,则为Ⅰ/丙;胃肠穿孔并发腹膜炎腹部切口愈合优良,则为Ⅲ/甲。

对于使用引流的切口,一般于48小时内取除引流物者,即按一般切口分类原则分类;引流物存留48小时以上的切口,其愈合情形可不在统计之内。