

局 部 解 剖 学 与 外 科 手 術 学

湖 南 医 学 院

局部解剖学与外科手术学教研组

1956年7月

83年清

 12 11/6
 登記号

 借 限
 个 月
 从 期 起

37179

1

局部解剖

局部解剖学与外科手术学總論

第一章 緒 言	(1)
一、本学科的性質、任务和目的	(1)
二、祖國医学对解剖学的記載和手术学的貢獻	(2)
三、恩·伊·庇罗果夫的貢獻	(3)
第二章 外科手术学總論	(4)
一、手术的概念	(4)
二、无菌手术	(5)
三、組織的切开与縫合	(6)
四、止血术	(8)
五、輸血术	(9)
六、膿腫切开的原則	(9)

局部解剖学与外科手术学各論

第一章 头部的局部解剖	(10)
一、概 观	(10)
二、顱頂部	(11)
三、腦膜及腦	(13)
第二章 顱腦部的手術	(17)
一、顱腦手术的特点	(17)
二、顱腦手术的一般措施	(17)
三、顱腦手术的止血方法	(18)
四、顱腦創伤的初期处理	(18)
第三章 面部的局部解剖	(20)
一、面外侧部的淺層解剖	(21)
二、颌后窩和腮腺	(21)



A0124060

三、面神經·····	(21)
四、頸外動脈·····	(22)
五、面部主要解剖構造的投影·····	(22)
六、面部深層的局部解剖——顙下窩·····	(23)

第四章 頸部的局部解剖····· (24)

一、概 觀·····	(24)
二、頸筋膜·····	(25)
三、筋膜囊與間隙·····	(27)
四、胸鎖乳突肌部·····	(27)
五、舌骨上部·····	(29)
六、舌骨下部·····	(30)
七、頸部主要的血管和神經的投影·····	(32)

第五章 頸部的手術····· (33)

一、頸膿性蜂窩組織炎及膿腫的切口·····	(33)
二、維什聶夫斯基氏頸迷走——交感神經封閉朮·····	(34)
三、頸外動脈結扎朮·····	(35)
四、甲狀腺手術·····	(35)
五、膈神經的暴露朮·····	(37)
六、氣管切開朮·····	(37)

第六章 胸部的局部解剖····· (38)

一、概 觀·····	(38)
二、主要臟器在胸壁上的投影·····	(39)
三、乳腺的局部解剖·····	(44)
四、胸前中部·····	(44)
五、胸前上部·····	(45)
六、胸前下部·····	(45)
七、肋間隙的局部解剖·····	(45)
八、肺門的局部解剖·····	(46)
九、縱隔的概念及其內容·····	(46)

第七章 胸部的手術····· (52)

一、胸腔穿刺朮·····	(52)
--------------	------

二、密閉引流朮·····	(53)
三、開放引流朮·····	(53)
四、心包穿刺朮·····	(53)
五、根治性乳房切除朮的概念·····	(54)
六、肺手術的概念·····	(54)
七、食道手術的概念·····	(55)

第八章 腹部的局部解剖——腹壁和腹腔····· (56)

一、概 觀·····	(56)
二、前腹壁·····	(57)
三、髂腹股溝部·····	(60)
四、腹 腔·····	(62)

第九章 腹部的局部解剖——上腹部臟器····· (63)

一、胃·····	(63)
二、十二指腸·····	(65)
三、肝·····	(66)
四、胆囊和胆管·····	(67)
五、脾·····	(68)
六、胰·····	(69)

第十章 腹部的局部解剖——下腹部臟器····· (70)

一、小 腸·····	(70)
二、大 腸·····	(71)
三、盲腸和闌尾·····	(72)
四、升結腸·····	(73)
五、橫結腸·····	(73)
六、降結腸·····	(73)
七、乙狀結腸·····	(73)

第十一章 腹膜后間隙, 膈及后腹壁····· (74)

一、腹膜后間隙·····	(74)
二、腎·····	(74)
三、輸尿管·····	(76)
四、腎上腺·····	(76)

五、腹膜后間隙的血管与神經.....	(76)
六、膈.....	(78)
七、后腹壁.....	(78)

第十二章 腹部的手術 (80)

一、概 論.....	(80)
二、腹內臟器的手術途徑.....	(81)
三、剖腹探查的手術步骤.....	(82)
四、胃及腸之縫合.....	(83)
五、胃及腸的吻合.....	(83)
六、胃縫合術.....	(84)
七、胃腸吻合術.....	(85)
八、胃切除術.....	(88)
九、全胃切除術的概念.....	(90)
十、小腸造瘻術.....	(90)
十一、小腸切除術.....	(91)
十二、腹外疝之手術.....	(92)
十三、闌尾截除術.....	(95)
十四、結腸造瘻術.....	(96)
十五、胆囊切除術.....	(97)
十六、胆囊切开及胆囊造瘻術.....	(97)
十七、腹部火器傷的手術原則.....	(97)

第十三章 脊柱的局部解剖 (98)

一、概 观.....	(98)
二、脊椎的韌帶及椎管.....	(99)
三、椎管內容.....	(99)

第十四章 小骨盆及会陰部的局部解剖 (102)

一、直 腸.....	(102)
二、膀 胱.....	(103)
三、盆腔部輸尿管.....	(103)
四、前列腺、盆腔部輸精管、精囊.....	(104)
五、子 宮.....	(104)
六、子宮附件.....	(105)

七、女性盆腔部輸尿管	(105)
八、陰 莖	(105)
九、男性尿道	(106)
十、陰囊及其內容物	(106)

第十五章 泌尿生殖系与骨盆会陰的手術 (107)

一、腎臟手術	(107)
二、恥骨上膀胱切开、造瘻	(108)
三、經膀胱前列腺摘除術的概念	(109)
四、包皮环截術	(109)
五、陰莖截除術	(109)
六、睪丸摘除術	(110)
七、副睪截除術	(110)
八、睪丸与精索鞘膜積液的手術	(110)
九、肛門直腸瘻的手術	(110)
十、痔的手術的概念	(111)
十一、子宮及其附件手術的概念	(111)

第十六章 四肢的局部解剖——上肢 (112)

一、概 观	(112)
二、鎖骨下窩	(113)
三、腋 部	(114)
四、胸后上部	(115)
五、肩關節	(116)
六、上臂前部	(116)
七、上臂后部	(117)
八、肘前部	(117)
九、肘后部	(118)
十、前臂前部	(118)
十一、前臂后部	(120)
十二、掌 部	(120)
十三、手背部	(121)
十四、手指掌側部	(122)

第十七章 四肢的局部解剖——下肢 (123)

- 一、概 观 (123)
- 二、臀 部 (124)
- 三、股前部 (125)
- 四、坐骨神經的局部解剖和表面投影 (128)
- 五、髋關節 (129)
- 六、膕 窩 (129)
- 七、膝關節 (130)
- 八、小腿前部 (131)
- 九、小腿后部 (132)
- 十、踝關節 (133)
- 十一、足底部 (134)

第十八章 四肢的手術 (135)

- 一、鎖骨下鎖骨下動脈之暴露術 (135)
- 二、橈動脈之暴露 (135)
- 三、股動脈的暴露 (136)
- 四、下肢靜脈曲張手術 (136)
- 五、截肢与關節解脫術 (137)
- 六、關節成型術的概念 (139)
- 七、關節融合術的概念 (139)
- 八、死骨摘除術 (139)

局部解剖学与外科手术学總論

第一章 緒 言

一、本学科的性质、任务和目的

本課程包括局部解剖学和外科手术学兩大部分，它們之間有着密切的連系。

局部解剖学与系統解剖学不同，它是研究在一定部位內的器官和各种組織的相互关系而不是研究个別的系统。为了这个目的，人体的表面就可以按条件划分成一些区域。局部解剖学的任务包含有确定器官在身体表面的投影和在一定区域的具体范围内解剖組成的相对关系。当然，这些問題的研究是随着人的年齡和身材的一般特点而有所不同。毫无疑问，从生理学的观点出發，局部解剖学不僅对于外科手术学，而且对于臨床的症狀学和診斷学都有着重要的意义。因此，局部解剖学不僅限于外科医师的兴趣，即任何臨床科的医师也都需要这門科学的知識。例如在熟悉了肺界投影以后，就能掌握大叶肺炎在爱克斯光檢查和物理診斷上的征象范围；在有了肝、脾、胃、腸等靜脈同流的局部解剖知識以后，就能理解在門靜脈高压症中出現脾臟腫大和嘔血等症狀；身体各部中的筋脉腔和間隙的知識，对膿性炎症擴散途徑和引流部位的認識上有着指導的作用。有了神經系的局部解剖知識以后，就能正确地選擇封閉的部位。

局部解剖学用下列的方法進行研究：

1. 在活体上，研究骨骼及肌肉的标志。
2. 在尸体上，作各部位的分層解剖。着重在手术中有实际意义的解剖構造。
3. 用冰冻切开（鋸开）的方法，对屍体的全部或一部，在切面上，作器官和結構上相互关系的研究。
4. 用爱克斯光造影剂，研究血管或器官的形态和相互关系。
5. 用顏料注射的方法，对血管、淋巴管、筋脉間隙和肌肉間隙的分布范围和相互关系的立体的研究。这种方法可以結合爱克斯光和顯微鏡的觀察，用途很大。

外科手术学是一門研究手术措施方法的科学。它与实用外科学有机地連系着。不論是何种手术，每一操作都是与組織的剖割和器官暴露有着密切的关系。因此，只有在精确的解剖、生理、病理解剖以及一些其他的医学科学的基礎上，手术的成功才能实现。

學習外科手术学是为了進一步學習臨床的外科学打下基礎。學習的方法是在活体动物和尸体上施行手术。对活体动物施行手术可以獲得对待活組織的操作技术（切割、止血、結扎、縫合、吻合），而在尸体上主要是瞭解手术的途徑。

二、祖國医学对解剖学的記載和手術学的貢獻

很早以前，相傳在黃帝時代（公元前三世紀），就有了祖國第一部醫書——內經（包括素問和靈樞二書），其中對於解剖學、生理學和切脈針灸等原理和方法都有豐富的記載。例如靈樞經水篇所載：“……若夫八尺之士，皮肉在此，外可度量切循而得之，其死可解剖而視之，其臟之堅脆，腑之大小，谷之多少，脈之長短，血之清濁，氣之多少，皆有大數”。這說明我國很早已有了屍體解剖的技術和記錄。

素問中載有：“……風雨之傷人也，先容于皮膚，傳入于孫脈，孫脈滿則傳入于絡脈，絡脈滿則傳入于大經脈……”。所謂孫脈即指毛細血管，絡脈是靜脈，經脈是動脈。又漢書王莽傳：“……翟義黨王孫慶捕得，莽使太醫尚方與巧居共剝割之。量度五臟，以竹筵導其脈，知所終始，云可以治病……”。由此可見，我國古時的解剖記載，不但對循環系的解剖生理有了基本的和正確的理解，並且還具有實用解剖的觀點。

北宋王維一曾鑄造銅人，刻划經穴，每穴均加標名，另著銅人俞穴針灸圖經，替針灸提供了具體的解剖知識。

我國歷代有不少的人從事於解剖的研究，他們都能從實際觀察出發，作出記載，或繪制成圖。在祖國醫學的解剖學方面，積累了不少的材料。

案退錄。廣西魏歐希范及其黨，凡三日，解五十有六人。宜州批官視簡，皆詳視之，為圖傳世。

赤水玄珠何一陽曰：余先年以醫從征，歷剖賊腹，考驗臟腑。心大長于豕心，而頂平不尖。大小腸與豕無異，惟小腸上多紅花紋。膀胱真是脾之崙，余皆如難經所云。亦無所謂脂膜，如手掌大者。

群齋讀書志，存真圖一卷，呈朝（謂宋）楊介編。崇寧間，泗州刑賊于市。郡守李夷行讀醫并西工往，親決膜摘膏肓，曲折圖之。盡得纖悉，較以古圖，無少異者。比希范五臟圖過之遠矣。實有益醫家也。

三因方。宋有舉子徐遁者，醫療有精思，曰：齊魯大飢，群丐相繼而食，有一人皮肉盡而骨脈全者，視其五臟，見有腎之下，有脂膜如手大者，正與膀胱相對。有二白脈自其中出，夾脊而上貫腦，意此即引導家所謂夾脊雙關者。而不悟脂膜如手大之為三焦也。

張果醫說云：無為軍張濟，善用針，得訣于異人，能親解人而視其經絡，則無不精。因歲飢疫，人相食。凡視一百七十人以行針，無不立驗。

清胡，王清任（1768—1831）認為治病必須熟悉解剖知識。他觀察病屍及刑屍的臟器，並參照獸畜的內臟，研究了四十余年。在1830年寫成醫林改錯一書，并附圖二十五幅。對前人在解剖學上錯誤的記載，加以批判和更正。可惜此書今已失傳。他對科學的態度和研究的精神，是值得欽佩和學習的。

施行手術的方法古稱割治法。在我國也有很悠久的歷史。例如史記扁鵲傳中提到，上古之時，醫有俞跗，可以用“割皮解肌”的方法來治病。又據文獻記載：“……有醫鉤者，秦之良醫也。為宣王

刺瘞，为惠王療痔，皆愈。……”可見我國很早已有手術治病的方法。

漢末三國時代的名醫華佗（141——208），是我國外科學的鼻祖，用酒服麻沸散，使產生全身麻醉，再進行手術。據文獻的記載，他曾施行過剖腹朮和骨髓炎的手朮。他不但精於外科，且亦兼長解剖學。他醫病人於日光之下，能洞察肺腑的所在，來進行診斷。



圖1 清·王清任



圖2 漢·華佗

後漢書，……有人腹中半切痛，十余日中，鬚眉墮落。佗曰：是脾半腐，可剖腹療也。佗便飲以藥令臥。破腹視脾半腐壞，刮去惡肉，以膏敷瘡，飲以藥。百日平復。

又有疾者詣佗求療，佗曰：君病根深，應當剖破腹，然君壽亦不過十年，病不能殺也。病者不堪其苦，必欲除之，佗遂下療，應時瘞，十年竟死。

襄陽府志，華佗洞曉醫方，年百余歲，貌有壯容，关羽鎮襄陽，与曹仁相持。中流矢，矢鏃入骨，佗为刮骨療毒。

在唐、晉時代，我國已有修補兔唇的手朮。

尙友錄，方千唐時人，能補腎，号補腎先生。

晉書，魏詠之傳，生而兔缺，聞殷仲堪帳下有名醫，造門自通，醫曰可割而補之，但須百日進粥，不得笑語，遂瘞。

我國過去在長時期的封建統治社會制度之下，醫學科學不但得不到政治上的支持和鼓勵，相反地，偉大的外科學家華佗反而遭到封建統治者的迫害。具有實際科學價值的醫林改錯一書也終于失傳。然而，由於歷史上勞動人民的智慧和民間醫學實踐的經驗，祖國醫學在解剖學和手術學方面仍有它歷史上的成就，足以證明我國在世界科學文化歷史上應有的地位。

三、恩·伊·庇羅果夫的貢獻

庇羅果夫（Н. И. Пирогов, 1810——1881）——莫斯科大學的學生。他在畢業後的最初幾年的活動中，已經注意到了精確的解剖學知識對於實用外科學的巨大意義。他在1837年寫出了“動脈干和筋

膜的外科解剖学”。这部著作确定了实用外科学的方向，说明了没有解剖学的知识，实用外科学就不可能发展。

1841年他担任了临床外科医院的教授。到1844年，他又写出了“外科解剖学全書”。以后他进入到冰冻尸体切片方法的研究，并且在1859年编制了不朽的著作“局部解剖学”图谱。他从三个互相垂直的平面制造了人体的切面——矢状的，额切和水平的。这部著作有着很高的实用价值。

庇罗果夫把局部解剖学和手术外科学有机地联系起来。他说：“外科医生应该研究解剖学，不是象解剖学家那样来学。外科解剖学的讲座不应该属于解剖学的教授而是属于外科学教授的”。

庇罗果夫是卓越的野战外科家和出色的野战医学的组织者。他制定了伤员分类和后送的原则，建立了后送的运输系统，在野战条件下应用麻醉和用石膏绷带作运输中的固定。为野战外科学奠定了基础。

庇罗果夫创立了外科学中新的实验方向，对于当时刚出现的乙醚作了研究。他经过了动物的实验，在1847年第一次将乙醚在战伤外科应用。

庇罗果夫通过了尸体解剖和动物实验，把研究的成果运用到临床上来，为现在外科学开辟了道路。他也是畸形外科学家，对石膏固定术和截肢术提出了新的方法。

第二章 外科手术学总論

一、手术的概念

外科手术是指施行于机体的器官和组织上的机械操作。手术操作的技巧固然是每一种手术中的基本环节，但手术的成功是在手术前详细地研究了个别的病人，在手术时观察病人，尤其是在手术后期周密的治疗和护理的条件下才可能得到预期的结果。

任何一个手术，都不是局部的问题。每一个外科手术不可避免地要影响到生命活动的整个机体。在巴甫洛夫关于内在的与外在的环境对于中枢神经系统的影响以及通过神经系统对于器官机能活动的作用的学说，特别明显地说明了这一意义。

不管怎样的手术，不应使病人遭受任何纵令是不显著的多余的痛苦。而从这观点出发，任何手术的最重要的条件是合理的麻醉。

正确地选择了的麻醉方法不仅取消了对中枢神经系统的多余的刺激，而且也在显著程度上保证了手术能有良好的结果。

从尸体解剖和动物实验中所获得的知識，使外科手术措施在方法上不断地改进。现代的胃切除术手术就与若干年以前所采用的有显著的不同。生理学知识的发展，解剖学细节的确定，病理过程特点的理解和结果及远期后果的分析，给任何外科手术以后的改进以决定性的影响。

一般手术过程中包括了两个阶段，即①手术的途径。②在病理器官上的手术方法。

手术途径是以保证达到暴露病理器官为目的的。它可以在身体上不同的部位采用各种的切口（前

的、橫的、斜的等)。外科医生必須作精密的研究和分析,采用合理的切口作为手术的途徑,即要能够达到暴露器官的目的,又要是最少的組織损伤,特别是血管和神經

对器官进行的操作方式称为手术方法。例如在暴露了胆囊以后,可以將它摘除,或將它造瘻,或作吻合。

全部手术可能分为两大类,即计划性的手术(非急症手术)和急症手术。前者指病人在手术前經過一定時期的观察和准备再来施行手术。后者是指病情的发展威脅着病人的生命,必須在緊急救治方式下来进行的手术(絞窄性疝、胃溃疡穿孔等)。

按照手术本身的性質,又可分为根治的或姑息的。外科手术以終止疾病的过程为任务的称为根治手术。假若由于某种条件,这种做法是不可能时,就进行姑息的手术;即以減少疾病危險的或嚴重的症狀为目的,而疾病的过程仍在繼續。例如当食道有腫瘤,而腫瘤的摘除沒有可能性,就在胃壁造一瘻管,病人获得了营养,因此,暂时消除了由衰竭所致的死亡。

按照病理过程的性質和部位,病人机体的情况和对于外科手术的耐受力,外科手术又可分为一期的,二期的和多期的。

修复外科学在外科手术中占有特别的地位。也称为整形外科学,其任务是修复被损伤了的器官或組織,按照美容的或是功能的要求,糾正某一器官的大小或形狀。例如矯正馬蹄形的鼻子,消除臉外翻等等。四肢殘端的义肢和假眼等也属于这门科学。

二、无菌手術

(一)外科醫師手的准备

人的皮膚是各种的和大量的微生物的經常居留地,这些微生物主要是存在于皮膚上的无数皺褶和不平处,再加上在深部的皮脂腺、汗腺管和毛囊。在指甲下面和甲周的皺褶內有特別多的細菌。

外科医生的手的准备方法大多数可分为三类:(1)机械清淨法;(2)使皮膚鞣化的方法;(3)联合的方法。

第一种方法包括剪短指甲,剔除甲下污垢,再用毛刷和肥皂洗刷。这种方法較為费时,因此不适用于战地創伤的急救手术。單純的机械清淨法不能除去皮褶深处、特別是毛囊和汗腺管中存在着細菌。因此不能单独应用。

第二种方法是使用鞣化藥物,常用的是酒精,碘酊等。酒精的最大殺菌力表現在其76度强度时,这点已为很多研究所确定,因为更强的酒精很快地包圍着蛋白質,而且形成一薄膜,妨碍了酒精向更深層的渗透。当酒精用水冲淡时,这样的膜(蛋白質的凝固)的形成就進行得慢些,而酒精可以滲入深处。

C. H. Спасокукоцкий 氏法:是用0.5%氨水來清除皮脂和細菌,再用酒精鞣化的方法。他应用的溶液处方如下:

Liq ammonii Caustici 10% 0.5
Aquaе fontanae Coctae 100.0

將准备好的溫熱溶液置入小盆子內,用消毒紗布或棉花塊在小盆內洗手 2½ 分鐘,此後將溶液倒掉,并更換新鮮的溶液,再洗 2½ 分鐘。此後用消毒巾或手巾將手擦乾,并用变性酒精或純酒精使手鞣化3—5分鐘,鞣化时用酒精浸湿紗布來進行。

Фюрбрингер 氏法：用热水及肥皂刷手三次共 10 分鐘，用无菌巾擦乾后，浸以 70——75% 的酒精或 0.5% 昇汞水 3 分鐘。

手术医生的手经过上述准备后，戴上无菌手套。

(二) 手术区的准备

手术区的皮肤应预先剃去毛髮，用酒精或乙醚或汽油洗去皮脂，再涂以 2.5——4% 的碘酒一次（按苏联用 5——10% 的碘酒涂抹两次），乾后用 70% 的酒精擦去碘渣，再铺上无菌的手术巾单。

(三) 手术中应用的器械和用具等的消毒亦属于无菌技术的范围

三、组织的切开与缝合

(一) 组织的切开

切开组织之一般原则是严格的分层次。通常利用手术刀。最常采用的是腹状手术刀。尖头刀只适用于脓肿的切开。握刀的姿势如下图（图 3）。

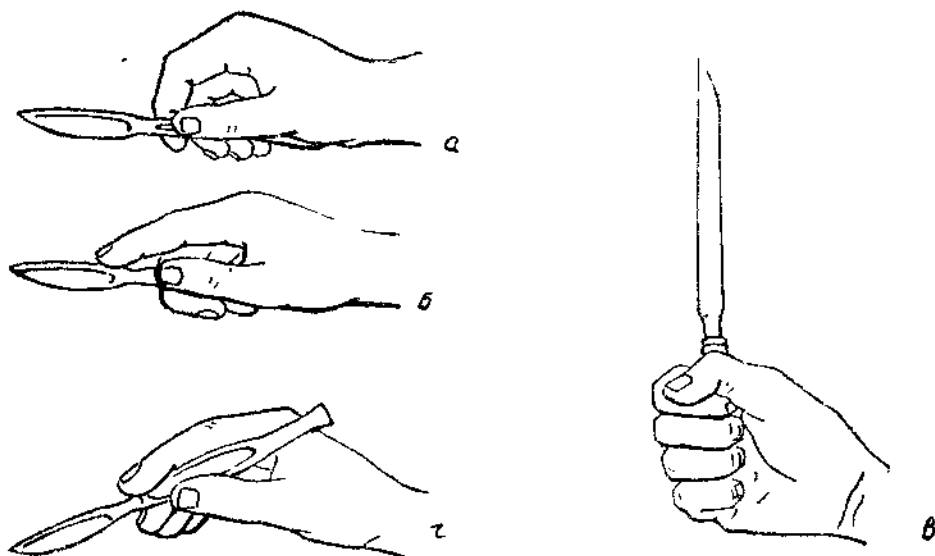


图 3

a. 弦弓式持刀法

b. 餐刀式持刀法

c. 截肢术握刀法

d. 笔筒式持刀法

右手持刀，用左手手指固定皮肤（图 4），逐层切开，逐层止血。对与那些腱膜性的组织，先可作一小口，插入剪的一刃，再仔细地逐步剪开，或插入有槽探针，再沿探针切开，这样就可以避免损

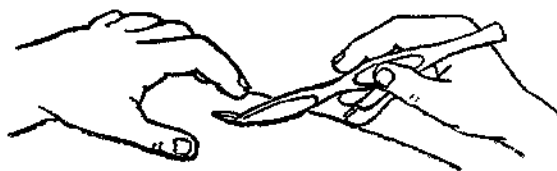


图 4

伤深面的組織。对于肌肉層，应根据切口的方向，或用刀柄和食指沿其肌束方向作鈍性裂分。或用锋利的刀剪，將其切斷。对于腹膜或疝囊那些組織，需先用两个鑷子提起，在鑷間先切一小口(圖5)。然后再用剪來擴大切口。这样才能避免切穿深面的腸曲。

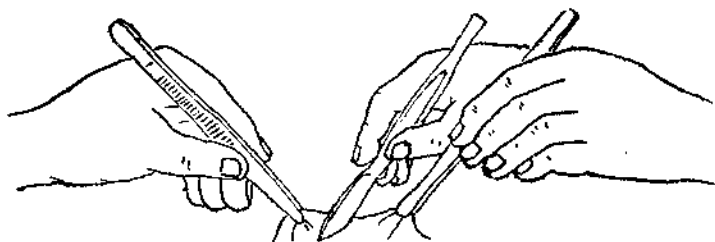


圖5

(二)組織的縫合

組織的縫合須利用有針眼的針。除直針可用手來把持外，其他一切彎的或半彎的針，均須用持針鉗來把持。常用縫綫為絲綫或腸綫。后者常用于深部組織的縫合。其优点为手术后第10——12天能吸收(有些腸綫約需三周)，而其缺点是在組織中由于膨脹和吸收而使綫結變弱。

外科絲綫有粗細不同的號碼，組織反应小，不被吸收。

絲綫可用煮沸消毒。

絲綫煮沸時間的長短不同，主要決定于綫的粗細。为了要保持綫的牢固性和同时达到消毒的效果，細綫煮沸3分鐘，最粗的煮沸15分鐘。

腸綫从小牛或羊腸子的彈性粘膜下組織(在除去粘膜，漿液膜和部分肌肉后)做成。亦有粗細不同的號碼。

对腸綫只能用化学法消毒，不能用煮沸消毒。消毒后封固于盛有XZLOL溶液的玻瓶中备用。

除絲綫和腸綫以外，还有其他的縫綫如棉綫、麻綫、金屬綫，还有用肌腱和筋膜做成的縫綫。

縫合的方法有間斷縫合(圖6a)，連續縫合(圖6b)，網繞縫合(圖6c)和褥墊縫合(圖6d)。

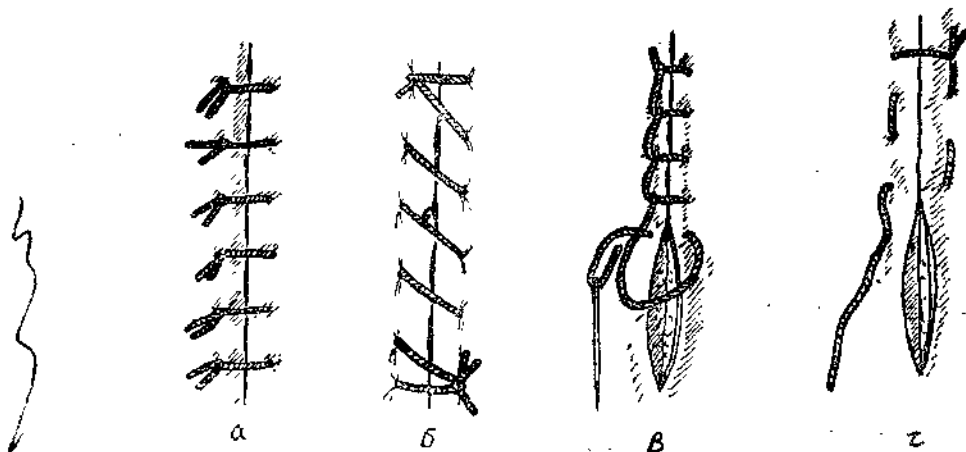


圖6

在皮膚上最好采用間斷縫合。連續縫合有其缺点，即假若一針縫綫斷脫，全部縫綫變松而皮膚創

口就会分开。其优点为可以很快地缝合。

在皮膚上安上縫綫必須这样：它要在切口的兩边同一深度上來縫住皮下的脂肪和蜂窩組織。在相反的情況下，就會在深处留有間隙，血液可能在此处積聚，而在以后發展成為化膿。除此之外，必須注意到縫綫距創口兩边的距離應是一樣的。假若創口的一边縫得近些或淺些，而另一边縫得远些或深些，那么創口的邊緣就會卷起來（參看圖 7 A. B. C.）。

有时采用鑷皮夾以代替絲綫作皮膚切口的縫合。

筋膜和肌肉多用腸綫縫合，也可以用絲綫來縫。前者用間斷法，后者多用褥墊縫合。肌肉的縫膜最好用絲綫縫合。

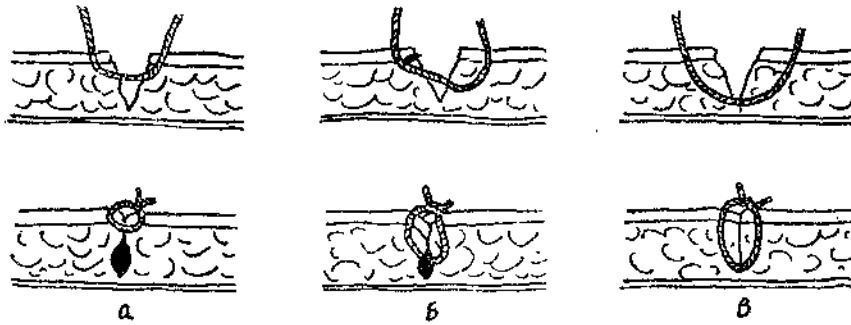


圖 7

縫綫是以打結而結束，結的種類可分平結、方結和外科結（圖 8）。常用的是方結。外科結在結扎大血管時用，因不易松脫。

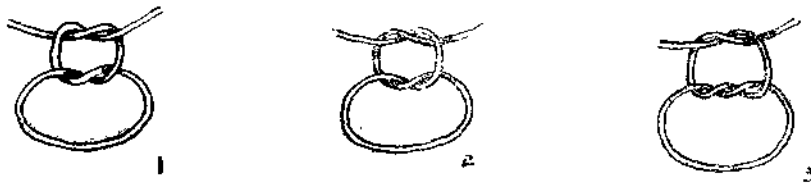


圖 8

1. 平 結

2. 方 結

3. 外科結

打結是外科基本操作技術之一，外科醫生必須熟練。打結不但要求正確和牢固，而且要打得快，因為這與整個手術過程的時間有關。作結熟練和迅速可以縮短病人對手術的負擔，增加了手術的安全性。

打結的方法有單手的、雙手的和器械的方法。

金屬綫通常須要扭轉的方法來作結。腸綫多作三個結（三疊結），以防松脫。

四、止血術

止血術可分為暫時的和永久的（徹底的）。在外科手術中主要的是應用永久的止血術。

手術中的出血點通常用止血鉗夾住後再用細絲綫加以結扎。對於大一些的血管（特別是動脈）的結扎最好將結扎綫作在距血管端有些距離的地方，以防以後結綫滑下。在血管端加上補充的第二個結，或用貫穿縫法來結扎它。

对于那些用止血钳夹住的出血点进行结扎时，应将止血钳的尖端稍加抬起（不能过份用力，以防撕脱血管），使结扎线在拉紧的间隙（随即松去止血钳），减少了结线滑脱的危险。

在某些地方要在血管上作结扎线是困难的；在这些情况下只好利用出血部位的环绕缝合。

不大的实质性出血可能用电烙器或烧灼器的烧灼止住。

假如不可能在创口内结扎动脉，就采用远距离的结扎。例如，当小腿上部受伤严重而有剧烈出血时，其流血可通过在股管内之股动脉上加一结扎线而止住。

当大血管的完整性已被破坏，如将其结扎可能引起它所供血的器官营养的缺失，则采用血管缝合。

在某些情况下，当血管侧面受伤时，有时可能用管壁的结扎代替血管缝合。但这仅在大的静脉才有可能。这种手术的技术很简单。在损伤的地方用止血钳夹住血管壁，稍微提起些，在其下引入结扎线并结扎之。

五、输血术

苏联在输血的组织和输血学的研究工作上，占有很高的国际地位。在苏联伟大的卫国战争期间，特别大量地采用了输血。

输血的适应证是失血，休克和各种疾病（例如败血症）。

分为直接输血法（即将给血者血管内的血直接输入病人的血管）和间接输血法（即向病人输入储存的血或新鲜的加了柠檬酸的血液。每100毫升血内加入5%的柠檬酸钠10毫升，25%的葡萄糖溶液1毫升）。直接输血法现在很少使用。

血液应当保存在冰窖或冰箱内，温度是摄氏4—8度。保存时限为20天，而在长距离运输，例如在野战条件下则不能超过15—17天。

储存的血应该在上面有一层透明的血浆，而下面有一层均匀的红细胞。血浆有浅红的色彩说明有溶血现象；浑浊、凝块或纤维蛋白丝的存在说明有染污。在红细胞层内应该没有血凝块。

输血前应遵循下列的规则：

（一）必须确定受血人（病人）的血型。

（二）供血人和受血人的血液进行配合试验。

（三）在输血开始时，进行生物学试验以排除蛋白质的不相合性。即在开始的9分钟内，每3分钟输入25毫升。如有不良反应，立即停止输入。否则可继续输给。

输入的方法可分为静脉内输入（常用的静脉是内踝处的大隐静脉、肘前静脉、前臂静脉、手背静脉等），骨髓内输入（常在髂骨、胫骨、胸骨等处输入）和动脉内输入法。

当大量失血需要很快的代偿所丧失的血时，采用动脉内输血是有成效的。这方法是A. A. Андрееv研究出来的（1913）。将针朝着向心的方向刺入动脉（常用的是股动脉、桡动脉、肱动脉、颈动脉等）。与输血系统，在200—250毫米汞柱压力之下，很快地（2—3分钟内）将血输入。

六、脓肿切开的原则

脓肿的切开术因脓肿所在的部位、数目、大小等不同的情况而有区别。存在于脑和肝等深部器官的脓肿，无论在诊断上和手术引流上都较为困难。表浅的脓肿在有波动时诊断明确，切开也很容易。

在原则上，脓肿的切开应先确定诊断和脓腔的具体位置。在切开之前可先作穿刺抽脓术。切口应作在脓腔较低的部位以利引流。较大的脓腔可作对口引流。切口须有足够的长度使排脓通畅。在血管较丰富的部位（例如头顶盖上）作脓肿切开时，应采取与血管平行的方向以减少血管的损伤。引流物不宜堵塞过紧。术后应注意有流血的可能。

局部解剖学與外科手術学各論

第一章 头部局部解剖

一、概 观

界限：沿下颌骨之下緣和升支后緣至乳突尖，再沿上項綫至枕外粗隆。領下部是屬於頸部的。

外部標誌：在头部容易觸摸到的骨性標誌有：枕外粗隆，上項綫，乳突，顱弓，眶緣和下颌骨的体部等。

分区：头部可分为顱腦部和面部这两大部分。它們之間的分界是沿着眶上緣向下經顱弓而达外耳道之綫。本章內容以顱腦部为主。顏面部見第三章。

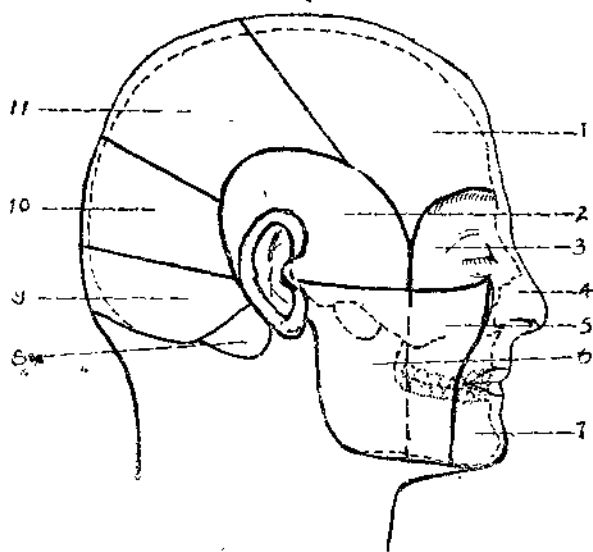


圖 9

1. 額部 2. 額部 3. 眶部 4. 鼻部 5. 頰部 6. 腮腺嚼肌部
7. 頰部 8. 乳突部 9. 小腦部 10. 枕部 11. 頂部

顱腦部又可分为顱頂及顱底二部。

顱頂部与顱底部由一曲折的分界綫來划分，由枕外粗隆經人字縫、額枕縫及額頂縫之匯合处，沿頂乳突縫經骨性外耳道孔后下緣，再沿顱骨顱突嵴然后沿顱下嵴至蝶顱