

好上第一线
好上第一线
好上第一线

手 术 学

(试 用)

中国人民解放军第四军医大学

1971.9

手 术 学

(试 用)

中国人民解放军第四军医大学

1971.9

前 言

遵照伟大领袖毛主席“**备战、备荒、为人民**”和“**教育必须为无产阶级政治服务**”的教导，根据部队和教学的需要，在校党委领导下，发动群众和专业人员相结合，编写了这本手术学，供教学和临床实践参考用。其内容包括：术前准备与术后处理、手术基本操作、麻醉和神经外科、五官科、胸外科、普通外科、矫形外科、泌尿外科、整形外科、妇产科的有关常见手术以及几种新医疗法的操作方法。

在编写过程中，我们进一步学习了毛主席“**教育要革命**”的教导，把学习和大批判结合起来，狠批了资产阶级唯心论的“先验论”、形而上学，坚持用唯物辩证法阐明和解决问题；狠批了“技术挂帅”、“一把刀子解决问题”的单纯技术观点，坚持以政治统帅技术，技术为无产阶级政治服务的方向；狠批了“贪多求全”、“繁琐哲学”、“洋奴哲学”，坚持了“**理论和实际统一**”、“**首先删繁就简**”的原则。但由于我们认真学习毛主席著作不够，在贯彻中西医结合和技术上精益求精等方面还存在很多问题，加之我们实践经验有限，编写时间仓促，书中缺点、错误较多，恳请广大革命同志提出批评意见，以便不断修改和提高。

《手术学》编写组

1971.9

目 录

术前准备与术后处理.....	1
手术基本操作.....	5

麻 醉

针刺麻醉（针麻）.....	17
乙醚开放点滴麻醉.....	36
蛛网膜下腔阻滞麻醉（腰麻）.....	39
硬脊膜外腔阻滞麻醉.....	41
臂丛神经阻滞麻醉.....	42
小儿基础麻醉.....	44

神 经 外 科 部 分

顱脑手术的体位、麻醉和基本操作.....	45
头皮损伤的手术处理.....	56
闭合性顱脑损伤的手术处理.....	59
一、钻孔探查顱内血肿清除术.....	60
（一）硬脑膜外血肿清除术.....	61
（二）急性硬脑膜下血肿清除术.....	63
（三）脑内血肿清除术.....	65
二、减压性手术.....	67
（一）颞肌下减压术.....	67
（二）枕肌下减压术.....	69
三、凹陷（粉碎）性顱骨骨折整复术.....	71
火器性顱脑损伤的手术处理.....	73
一、头皮软组织伤.....	74
二、顱骨骨折.....	74
三、硬脑膜及脑组织损伤（穿透伤）.....	77
四、几种其它类型伤（贯通伤、顱后窝伤、脑多发伤）的处理.....	79

眼 科 部 分

术前准备与麻醉.....	80
外眼手术.....	80

眼球内手术	80
脸内翻矫正术	81
睑板腺囊肿摘除术	84
上睑下垂矫正术	84
翼状胬肉切除术	85
泪囊鼻腔吻合术	86
泪囊摘除术	88
部分虹膜切除术	89
青光眼降压(引流)术	91
巩膜烧灼加周边虹膜切除术	91
虹膜嵌顿术	92
白内障吸出术	94
白内障针撥术	95
白内障囊外摘除术	97
角膜异物取出术	102
眼睑裂伤缝合术	102
角膜裂伤缝合术	102
单纯角膜裂伤缝合术	102
角膜裂伤合并虹膜脱出缝合术	103
角膜裂伤合并前房出血	103
角膜裂伤合并晶体破裂	103
巩膜裂伤缝合术	103
结合膜瓣遮盖术	104
眼球内异物取出术	105
眼球摘除术	107
眼球内容剜出术	109

耳 鼻 喉 科 部 分

气管切开术	110
鼻骨骨折手术处理	115
额窦损伤手术处理	115
外耳损伤手术处理	117
咽、喉、气管损伤手术处理	117
鼻部手术	118
鼻息肉摘除术	119
中鼻甲切除术	120
下鼻甲部分切除术	121
鼻中隔矫正术	121

篩竇开放术·····	124
上颌竇开窗引流术·····	127
扁桃体摘除术·····	130
扁桃体周围脓肿切开引流术·····	133
乳突凿开术·····	134
鼓膜修补术·····	142

口腔颌面外科部分

体位和手术基本操作·····	144
颌面部损伤的缝合·····	146
面颊贯通伤缝合·····	146
舌损伤缝合·····	147
腭贯通伤缝合·····	147
腮腺部损伤缝合·····	148
颌面部骨折复位固定术·····	148
上下颌骨复位固定术·····	149
颧骨和颧弓骨折复位固定术·····	156
下颌骨缺损植骨术·····	158
附一：植骨片切取法（肋骨及髂骨）·····	161
附二：牙槽嵴成形术·····	163
拔牙术·····	164
普通拔牙·····	164
阻生牙拔除·····	167
牙槽手术·····	169
牙龈切除术·····	169
牙龈翻瓣内刮术·····	170
颌骨囊肿摘除术·····	171
牙槽嵴修正术·····	172
舌下囊肿部分切除术（袋形术）·····	172
口底皮样囊肿摘除术·····	173
唇癌切除术·····	174
颌下腺摘除术·····	177
腮腺切除术·····	180
一侧上颌骨截除术·····	185
下颌骨截除术·····	188
一侧颈淋巴结切除术·····	191
颈外动脉结扎术·····	197
唇裂修补术·····	198

双側唇裂修补术·····	202
腭裂修补术·····	204
口腔颌面部感染切开引流术（牙周、牙槽脓肿、颌下、翼颌、咽旁、嚼肌 下、颞肌间隙感染、口底蜂窝组织炎、急性化脓性腮腺炎）·····	207

胸 外 科 部 分

开胸心脏按摩术·····	214
开胸术·····	216
胸腔闭式引流术·····	218
气胸闭式引流术·····	218
脓胸闭式引流术·····	221
肺损伤缝合术·····	224
心肌损伤缝合术·····	225
胸壁结核病灶清除术·····	225

普 通 外 科 部 分

腹部切口·····	227
腹股沟斜疝修补术·····	232
胃腸破裂修补术·····	239
胃大部切除术·····	243
小腸切除吻合术·····	255
胃造瘘术·····	257
阑尾切除术·····	259
結腸造瘘术·····	265
直腸息肉摘除术（經肛門摘除）·····	267
內痔及混合痔切除术·····	268
血栓性外痔切除术·····	270
肛裂切除术·····	270
肛瘻切除术·····	271
肝破裂修补术·····	273
胆囊切除术·····	274
总胆管探查术·····	281
脾脏切除术·····	283
大隐静脉高位結扎抽除术·····	287
甲状腺部分切除术·····	290
静脉切开术·····	297
拔甲术·····	298

趾甲部分切除术·····	298
切开引流术·····	299
一、切开引流的一般原則·····	299
二、淺表脓肿·····	299
三、深部脓肿·····	299
四、甲沟炎与脓性指头炎·····	299
五、掌部“哑鈴”式脓肿·····	300
六、掌筋膜間隙脓肿·····	300
七、乳房脓肿·····	301
八、肛門周圍脓肿·····	302
九、盆腔脓肿·····	302
十、膈下脓肿·····	303
中草药在脓肿切开引流时的应用·····	306

矫形外科部分

骨折的手术处理·····	307
一、骨折的内固定·····	308
1. 螺絲釘固定·····	308
2. 髓內釘固定·····	309
3. 不銹鋼絲固定·····	309
4. 鋼針、鋼釘固定·····	309
5. 三稜釘固定·····	310
6. 骨板固定·····	310
7. 鋼板螺絲釘固定·····	310
二、手术复位及內固定·····	310
三、开放性骨折的手术处理·····	313
四、骨折不連接（假关节）·····	314
五、骨折畸形連接·····	314
六、植骨术·····	315
七、中西医結合治疗骨折·····	320
肱骨骨折的手术处理·····	321
一、肱骨的显露·····	321
二、常見肱骨骨折的手术处理·····	325
尺桡骨骨折的手术处理·····	327
一、尺、桡骨的显露·····	327
二、常見尺、桡骨骨折的手术处理·····	330
股骨骨折的手术处理·····	335
一、股骨頸囊內骨折直視下三稜釘固定术·····	335

二、股骨干骨折的处理·····	338
髌骨骨折的手术处理·····	345
髌骨横断骨折移位的手术处理·····	345
髌骨粉碎性骨折移位的手术处理·····	347
腓骨骨折的手术处理·····	348
胫骨外髁骨折的手术处理·····	348
胫骨干斜形及螺旋形骨折·····	349
胫骨骨折不连接或骨缺损·····	350
两踝部骨折手术处理·····	351
脊椎骨折合并截瘫椎板切除术·····	352
关节脱臼的手术处理·····	355
一、肩关节脱臼的手术处理·····	355
二、肘关节脱臼的手术处理·····	358
三、髋关节脱臼的手术处理·····	359
开放性手外伤的初期处理·····	362
截肢·····	370
一、截肢术的一般原则和方法·····	370
二、几种常见部位的闭合截肢法·····	375
四肢神经损伤的手术处理·····	381
一、四肢神经伤的手术方法·····	381
神经松解术·····	381
神经吻合术·····	383
神经部分断裂的修复·····	384
二、常见损伤的四肢神经的显露·····	385
尺神经的显露·····	385
正中神经的显露·····	389
桡神经的显露·····	391
坐骨神经的显露·····	395
四肢血管损伤修复术·····	397
一、四肢主要动脉伤的手术处理·····	398
血管对端吻合术·····	398
血管部分损伤修复术·····	400
二、常见损伤的四肢动脉的显露·····	401
上臂近侧肱动脉（正中神经、尺神经）的显露·····	401
肘部肱动脉（正中神经）的显露·····	402
桡动脉远侧的显露·····	403
前臂及腕部尺动脉的显露·····	404
股三角部股动脉的显露·····	404
内收肌管部股动脉的显露·····	405

腓动脉(腓窝部胫神经及腓总神经)的显露	406
胫后动脉(胫神经)的显露	407
胫前动脉(腓深神经)的显露	408
断肢再植	409
膝关节半月板损伤的手术处理	420
腰椎间盘突出症的手术治疗	427
关节融合术	432
脊椎融合术	432
髋关节与膝关节融合术	434
足部三关节融合术	438
关节化脓性感染的手术处理(肩、肘、腕、髌、膝、踝关节穿刺及切开引流术)	441
化脓性骨髓炎的手术处理	444
急性化脓性骨髓炎切开引流术	444
慢性化脓性骨髓炎病灶清除及滴注引流术	446
手部狭窄性腱鞘炎的手术处理	448
桡骨茎突部狭窄性腱鞘炎腱鞘切开术	448
屈指(拇)肌腱狭窄性腱鞘炎(扳机指)松解术	449
腱鞘或关节囊肿摘除术	450

泌 尿 外 科 部 分

耻骨上膀胱造瘘术	451
尿道修复术	454
尿道会师术	456
肾切除术	458
肾盂切开取石术	463
输尿管切开取石术	466
(一)输尿管上段切开取石术	466
(二)输尿管中段切开取石术	467
(三)输尿管下段切开取石术	468
精索内静脉高位结扎术	468
鞘膜积液手术	470
先天性鞘膜积液	470
精索鞘膜积液	470
睾丸及婴儿型鞘膜积液	471
付睾切除术	472
睾丸切除术	474
包皮环切术	475

尿道扩张术·····	477
輸精管結扎术·····	481

整 形 外 科 部 分

局部皮瓣轉移术·····	483
游离植皮术·····	486

妇 产 科 部 分

节育环放置及取出术·····	492
人工流产术·····	494
吸刮术·····	494
搔刮术·····	495
水囊引产术·····	498
腹式輸卵管結扎术·····	498
会阴侧切开及会阴撕裂修补术·····	500
胎头吸引术及产钳术·····	502
剖腹产术·····	508
子宫上段剖腹产术·····	508
子宫下段剖腹产术·····	510
碎胎术·····	514
破颞取胎术·····	514
断头取胎术·····	516
輸卵管卵巢切除术·····	517
全子宫切除术·····	521

几种新医疗法的操作方法

穴位埋线·····	528
“注射”埋线·····	529
埋藏鋼环·····	530
割治操作方法·····	530
小儿麻痺后遗症穴位刺激結扎疗法·····	531
附：血型鉴定和交叉合血試驗的簡易方法·····	534

毛主席语录

不打无准备之仗，不打无把握之仗，……

世界上怕就怕“认真”二字，共产党就最讲“认真”。

术前准备与术后处理

手术操作是外科治疗的一个重要手段，但术前准备与术后处理是否妥当，直接关系到手术的成败和预后的重要问题，因此，必须十分重视。

术前准备

伟大领袖毛主席教导我们：“没有事先的计划和准备，就不能获得战争的胜利。”为了保证伤病员的安全和手术的成功，必须做好充分思想和物质准备。

思想准备

“没有正确的政治观点，就等于没有灵魂。”手术前最根本的准备是思想准备，与此同时也必须做好物质准备。医务人员必须认真学习毛主席著作，狠批叛徒、内奸、工贼刘少奇“业务挂帅”、“技术第一”的黑货，以白求恩同志为榜样，做到“完全”“彻底”和两个“极端”。对待每一次手术，既要有必胜的信心，又要有克服困难的决心。要向伤病员宣传毛泽东思想，做好深入细致的思想工作。这方面，北京某部队“全心全意为人民服务的先进卫生科”为我们树立了学习的榜样。他们靠光焰无际的毛泽东思想，充分发挥群众的智慧，成功地给下中农张秋菊同志切除了九十多斤重的大肿瘤，创造了医学史上的奇迹。手术前发动群众“献计献策献红心”，制订了一个完整的手术方案，并把考虑到的问题归纳成十个“怎么办”，和“120条保证措施”，全体人员编成政治指挥、手术、器械、麻醉、采血、输血、特护和保障等八个战斗小组，为胜利地完成手术做好了充分的思想和物质准备。

具体准备

术前应对伤病员作进一步的全面了解，根据情况作出手术计划。在困难条件下，要因地制宜，因陋就简，积极地创造条件，解除伤病员的痛苦。

1. 改善全身状况：非急症的较大手术，术前应尽可能使伤病员处于较好的全身状况，以增强抵抗力，如纠正营养不良、水电解质紊乱及贫血等。必要时配血备用。

2. 皮肤准备：皮肤准备对预防术后感染有一定意义，必须重视。如有条件可在术前1

日擦澡或洗澡，重点是手术部位（要注意防止感冒）。剃去手术区毛发。急診手术則在术前当时作好准备。对胸腔、骨关节、神經、肌腱等手术，除病房准备外，必要时于术前在手术室再用肥皂水清洗手术野一次。皮肤有破损、感染时，应治愈后再进行手术（急症手术例外）。

3. 口腔、呼吸道准备，注意口腔卫生。如口腔、呼吸道有感染，应治疗后再行手术（急症手术例外），以防肺炎、腮腺炎等并发症。

4. 胃腸道准备：

（1）禁食：全麻、腰麻下手术和胃腸道手术等，术前6—12小时应禁食，术前4小时禁飲，預防麻醉时呕吐或因呕吐而引起窒息、吸入性肺炎等。

（2）腸道抗菌药的应用：对于部分結腸手术，可在手术前3—5日选用抗菌消炎药物。

（3）灌腸：肛門、直腸手术，在手术前1日晚用肥皂水作清洁灌腸。全麻或腰麻下手术，手术前如能自解大便，可不灌腸（急症手术一般不灌腸）。

5. 术前用药及麻醉：見麻醉部分。

术 后 处 理

手术治疗能否达到預期效果，除正确决定手术，做好术前准备以及正确的手术操作之外，还必须要有妥善的术后处理。那种只注意手术，忽視术后观察和处理的思想是极端錯誤的。因为，它可以引起术后并发症和不良后果，甚至危及生命。

术后注意事項很多，概括起来有以下几方面：

政治思想工作：医务人员要和伤病員共同学习毛主席的教导，增强战胜伤病的信心。

体位：全麻病員未清醒前，应取平仰卧位，头偏向一侧，防止口腔分泌物或呕吐物吸入肺內。腰麻后6—12小时要平臥，可防止发生头痛。頸、胸、腹部手术后，多采取半臥位。脊柱手术后須睡硬板床，采取仰臥或俯臥位。四肢手术后常須抬高患肢。

注意观察脉搏、血压和呼吸：較大手术和全麻病員未清醒前，須定时测量脉搏、血压和呼吸。保持呼吸道通暢。对危重病人更要严密观察病情变化，一般每15—30分钟测量一次，并记录，以后酌情延长間隔時間直到病情平稳。发现异常时，应立即分析原因，及时进行处理。

飲食与补液：术后飲食决定于手术的种类和病員的反应。較大手术和全麻后，多有短期的消化功能减退，食欲不好，甚至有恶心呕吐。一般中、小手术，可根据病情在术后最初1—2日內給以流食或半流食，逐渐恢复到正常飲食。对不能进食或进食不足者，可根据具体情况進行鼻飼或静脉补給适量的生理盐水和葡萄糖液。

胃腸道手术后，多需胃腸减压，以防脹气而影响胃腸吻合口及腹部切口的愈合。一般3—4日后胃腸蠕動恢复并有肛門排气，即可拔管。拔管后可开始进食，先少量多次进流食，5—6日后改为全量流食，以后逐渐改为半流食和一般飲食。改变飲食过程中，要根据病情，如有无腹胀、恶心和呕吐等，进行調整。

止痛与鎮靜：术后2—3日內病員常觉伤口疼痛，为保证病員能安靜休息，可采取一些措施，如体針、耳針和鎮痛药物等。用止痛药物时要防止成癮，通常每4—5小时用1次，

24—48小时后减少或停止使用。伤口疼痛较长时间不减轻，甚至加重，必须仔细查明原因，不能盲目使用镇痛药物等。

一般处理

1. 输血、输液时要密切观察滴注速度与全身反应，发现问题要及时解决。
2. 对胃肠减压管、胆道引流管、胸腔引流管、留置导尿管等，要注意保持通畅，防止脱出。必要时记录引流量。
3. 注意伤口有无渗血及敷料固定情况。
4. 四肢手术后如用石膏或夹板固定，要注意肢体远端血液循环情况，如因固定过紧（肿胀、发紫等），要立即松解。
5. 对无菌手术，如引出物不多，术后24—48小时即可拔除引流物，对感染伤口，多于术后48小时松动引流物，以后根据病情，逐渐拔出。
6. 拆线：见手术基本操作。

术后早期活动：根据伤病情适当早期活动，对增加呼吸深度、促进血液循环、恢复胃肠功能及增进食欲等均有利，因此，早期适当活动，对恢复机体功能、防止并发症和促进伤口愈合等，都有积极作用。

对某些较大手术，应经常帮助翻身，并根据病情逐渐增加活动量，如主动活动四肢、坐起或下床等。

术后几种并发症的预防和处理

毛主席教导我们：“我们必须学会全面地看问题，不但要看到事物的正面，也要看到它的反面。”手术可以治疗伤病，但也可能引起一些并发症。因此，了解术后常见并发症的原因及特征，有利于预防及早期发现与处理。

术后出血

手术后的切口（或伤口）渗血及手术部位（如胸腔、腹腔、胃肠道等）的出血，严重时可引起休克，甚至危及伤病员生命，必须随时警惕，认真对待。如出现出血与休克，应及时处理并研究分析其原因，必要时立即手术止血。为防止术后出血要注意以下几个方面：

1. 术前检查出血、凝血时间，必要时测定凝血酶元时间。发现异常时要纠正。有梗阻性黄疸或术前曾较长时间口服抗菌消炎药物的病员，应补充维生素K。因前者肠道缺乏胆汁，影响脂溶性维生素（包括维生素K）的吸收，后者系大部分肠道细菌被抑制，减少了维生素K的来源，均能引起维生素K的缺乏，致使凝血酶元合成减少，凝血时间延长，发生出血倾向。

2. 在接受大量输血后，血钙往往降低，可引起出血倾向，应及时静脉补给适量的钙剂，如葡萄糖酸钙。

3. 手术中应彻底止血（对较大血管应作双重结扎或贯穿结扎），术毕过细地检查，然后再进行缝合。

肺部并发症

有的伤病員因术中或术后呼吸道分泌物排出不暢，或因呕吐物吸入，或术前呼吸道有不同程度的感染等，則术后易引起肺炎等肺部并发症。

肺部并发症是可以預防的。如全麻时要防止分泌物、呕吐物、血液的吸入，术毕彻底吸淨气管内分泌物。术后伤病員常因疼痛而不敢咳嗽（特别是胸腹部手术后），要鼓励病員作深呼吸运动并帮助咳嗽（用两手压住胸腹部切口两侧，使伤病員能作有效的咳嗽，咳出粘痰）。必要时可用适量的抗菌消炎药物和进行对症治疗。

术后腹胀

腹腔、腹后壁和脊柱等手术后，常因胃腸功能受到抑制，咽下的气体不能排出而发生腹胀。严重时可影响胃腸吻合口或伤口的愈合，甚至裂开，还可因膈肌上升而影响呼吸，发生肺部并发症。一般情况下，胃腸功能抑制仅是短時間的，腸蠕動一般在术后1—3日逐漸恢复正常。如較長時間不恢复，要警惕并发症的发生（如腸梗阻、腹膜炎或水电解质平衡失調等）。

預防及处理：如术前自解大便或灌腸。术中操作要輕巧准确，防止不必要的騷动，以減少术后胃腸功能的抑制和腸粘連。术后腹胀应禁食和进行持續胃腸減压至腹胀解除，必要时可輔以肛管排气。艾灸神厥或針刺足三里、天枢、关元等穴也有良好效果。在禁食和胃腸減压期間，要注意維持水和电解质的平衡。

术后尿潴留

常見原因为：

1. 伤病員不习惯臥床排尿；
2. 盆腔手术騷扰了支配膀胱的神經丛；
3. 腰麻后排尿反射障碍。

預防及处理：

1. 术后需較長時間臥床者，在术前应練習臥床排尿；
2. 如病情允許，可帮助伤病員坐起、采取跪位或站立排尿；
3. 恥骨上区热敷；
4. 針刺关元、阴陵泉、气海、三阴交等穴；
5. 如采取各种措施均无效，术后8—12小时不能解小便者，应在严格无菌操作下导尿。

切口感染

一般无菌手术后的切口疼痛及术后反应性低燒等，2—3日后即減輕或消失。如疼痛和发燒持續或加重，或消失后又重新出現，应首先想到切口感染，要及时检查。切口感染的主要表現常为：局部发紅、肿胀、压痛，甚至有波动及切口或縫綫处溢脓等。发现后应及时处理，如拆除縫綫排脓、保持伤口引流通暢，应用抗菌消炎药物和改善全身状况等。

伤口裂开

术后可因全身状况較差，縫合不当，过早拆綫，伤口感染或局部张力大（如腹部手术后，腹胀或咳嗽）等因素可造成伤口裂开。应注意預防，如术前尽量改善全身状况，預防感染，根据不同情况減少伤口张力。如：腹部手术必要时用減张縫合，术后預防腹胀，唇裂修补术后用唇弓減张（見202頁）等措施。

手术基本操作

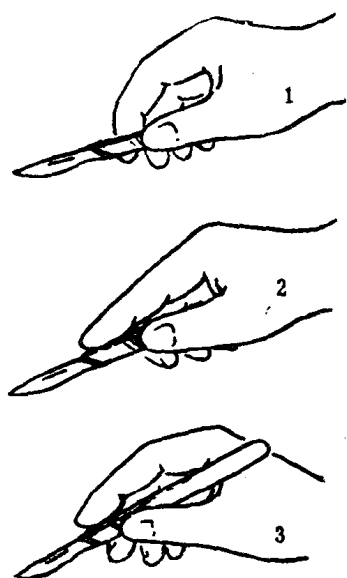
遵照毛主席“救死扶伤，实行革命的人道主义”的教导，革命医务人员必须把手术看成是捍卫和执行毛主席革命路线的战斗，必须一切从伤病员的利益出发，每一操作都应体现“完全”、“彻底”和两个“极端”的精神。手术种类虽多，复杂程度不一，但其基本操作不外乎切开、止血、结扎及缝合等。我们必须为革命苦练过硬的基本功，坚持在平时苦练千万遍，决不在术时让阶级兄弟多受一分痛苦。

切 开

切口选择与切开的要求

选择切口，要按照具体情况，结合局部解剖，全面考虑。对切口的一般要求是：易于直达伤病部位，损伤最少；能有足够显露，不影响功能；最好沿皮纹切开（图1），必要时并能适当延长。

切开前绷紧皮肤，切开时刀刃与皮面垂直，用力得当，一次切开皮肤全层，切缘整齐而不偏斜，切开皮肤及皮下组织，注意止血，有时需保护切口皮肤，一般应按解剖层次逐层切开，注意避免损伤深层重要组织和器官（图2—6）。



1、2 常用于较大切口的持刀法

3 常用于较小切口和手术分离

图2 拿刀的方法

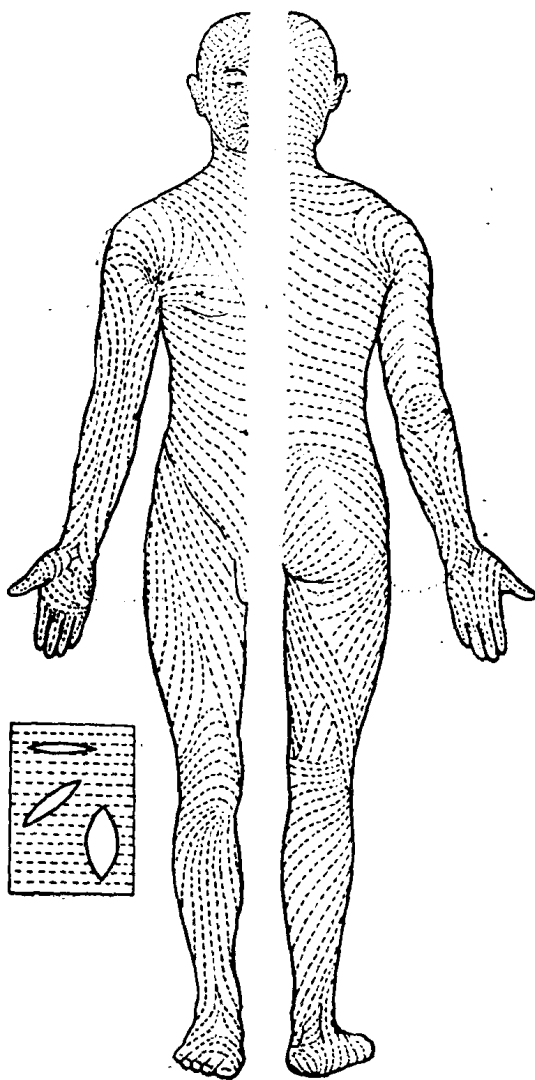
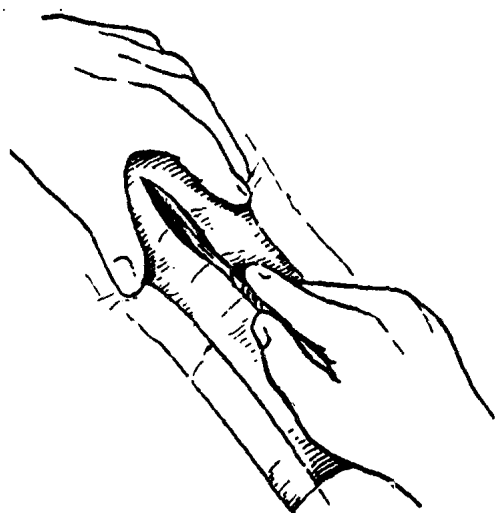
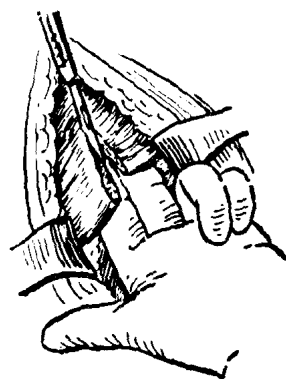


图1 皮纹（皮肤张力线）

沿皮纹切开时切口张力小，反之张力较大

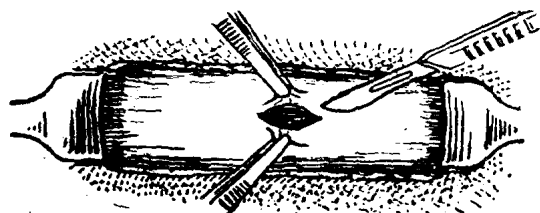


1 切开皮肤

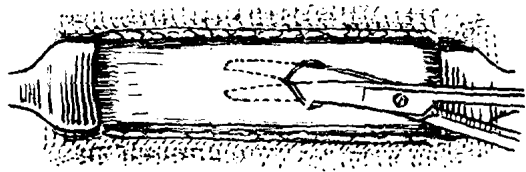


2 切断肌肉方法

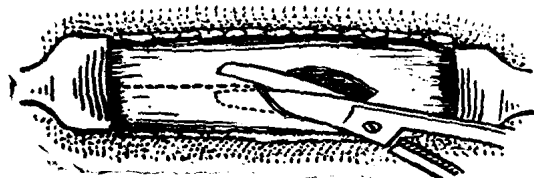
图3 切 开



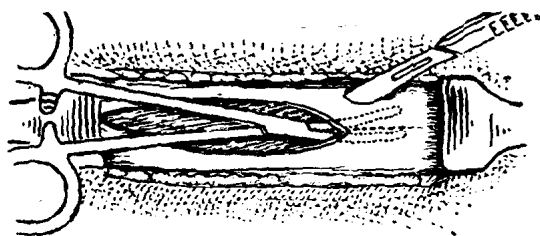
1 切一小口



2 分 离



3 剪 开



4 切 开

图4 切 开 筋 膜

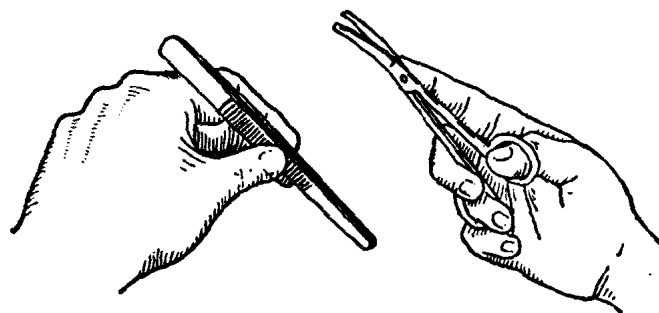


图5 常用拿镊子、止血钳或剪刀的方法