

目 录

一、組織切开、縫合、打結及拆线	1—8
二、腹壁的切开和縫合	9—18
三、疝修补术	19—22
四、阑尾切除术	23—25
五、小腸部分切除吻合术	26—27
六、胃穿孔縫合术	28
七、胃部分切除术	29—33
八、胆囊肿瘻术	34—35
九、胆囊肿切除术	36—39
十、胆总管造瘻术	40
十一、肛瘻切除挂线术	41—42
十二、包皮环切术	43
十三、包皮嵌頓松解术	44
十四、睾丸鞘膜外翻术	45—47
十五、耻骨上膀胱造瘻术	48—49
十六、膝关节的手术途径	50—53
十七、髋关节的手术途径	54—58
十八、肩关节的手术途径	59—60
十九、肘关节后侧、外侧手术途径	61—62
二十、腓骨的手术途径	63
廿一、胫骨的手术途径	64
廿二、股骨的手术途径	65—69
廿三、肱骨的前侧、外侧手术途径	69
廿四、桡骨上中段后侧面的手术途径	70

廿五、尺骨近侧三分之一段及桡骨近侧四分之一段的手术途径	71—72
廿六、眼部外伤手术	72
廿七、眼球摘除术	72—73
廿八、白内障摘除术	73—74
廿九、气管切开术	75
三十、扁桃腺摘除术	76—77
三十一、子宫切开剖腹产术	78—80
三十二、腹式子宫切除术	80—83

一、组织切开、缝合、打结及拆线

组织切开法与缝合法

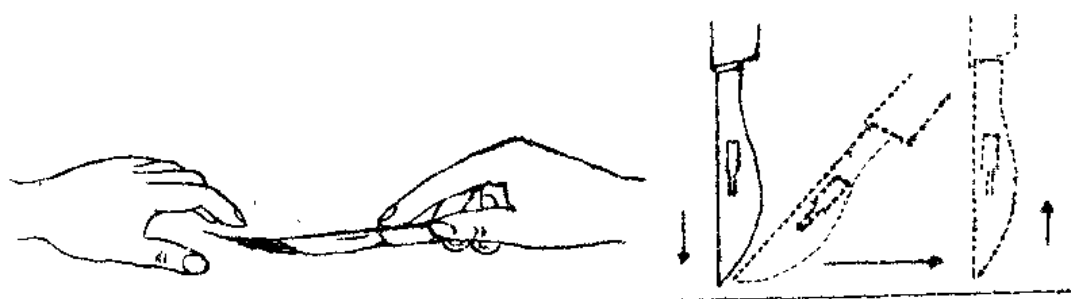
切皮时，不可使皮肤随刀移动，应以左手拇食二指紧之固定切口上端，右手执刀与皮肤成垂直切口（图一）否则切成斜行的创口，不好缝合，影响愈合。

在手术野的皮肤上做切口，切开皮肤及皮下组织后，用直止血钳夹住出血点。钳夹时注意勿夹皮肤，勿夹过多的软组织（若血管走行方向清楚，可用止血钳横夹）。放皮肤垫后，用丝线结扎（图二）。当术者打完第一结拉紧时，助手移去止血钳，术者继续拉紧，然后打第二结。注意两人的配合，否则会影响结的牢固性。拉完第二结后，助手将线剪去，注意线的剪法（丝线留1—2毫米，肠线应留3—4毫米，免得滑脱）。

较大血管的结扎，用贯穿缝合结扎，方法如图三。

皮下出血点结扎完毕后，以巾钳固定皮肤垫于皮下组织，使皮肤全部遮起来。

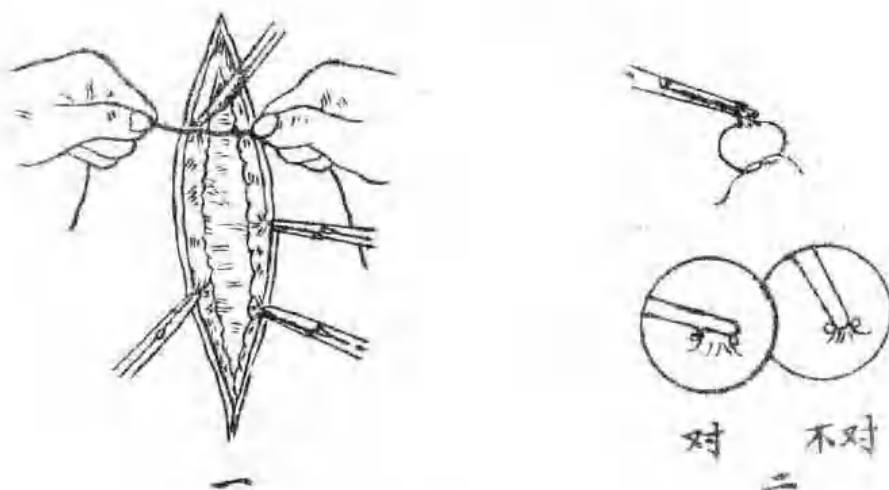
图一 皮肤切开法



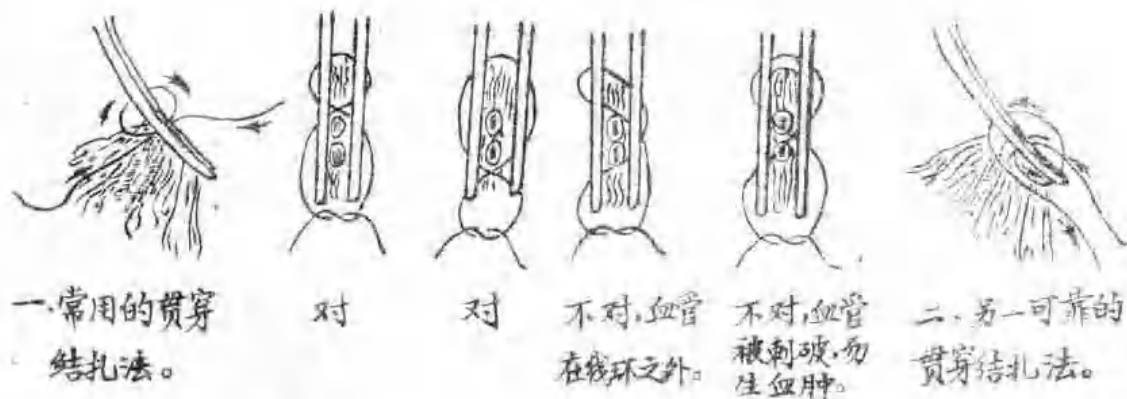
一、左手固定皮肤，右手切开。

二、作皮肤切口时的下刀方法。

图二 止血钳止血法



图三 贯穿结扎法



切开筋膜时,先用刀切一小口,然后用组织剪或有槽探针将其与深面的组织分离,切开或剪开深筋膜。

切开肌肉一般采取顺纤维方向分开或横行切断。切开腹膜见第二章剖腹术腹壁的切开与缝合。

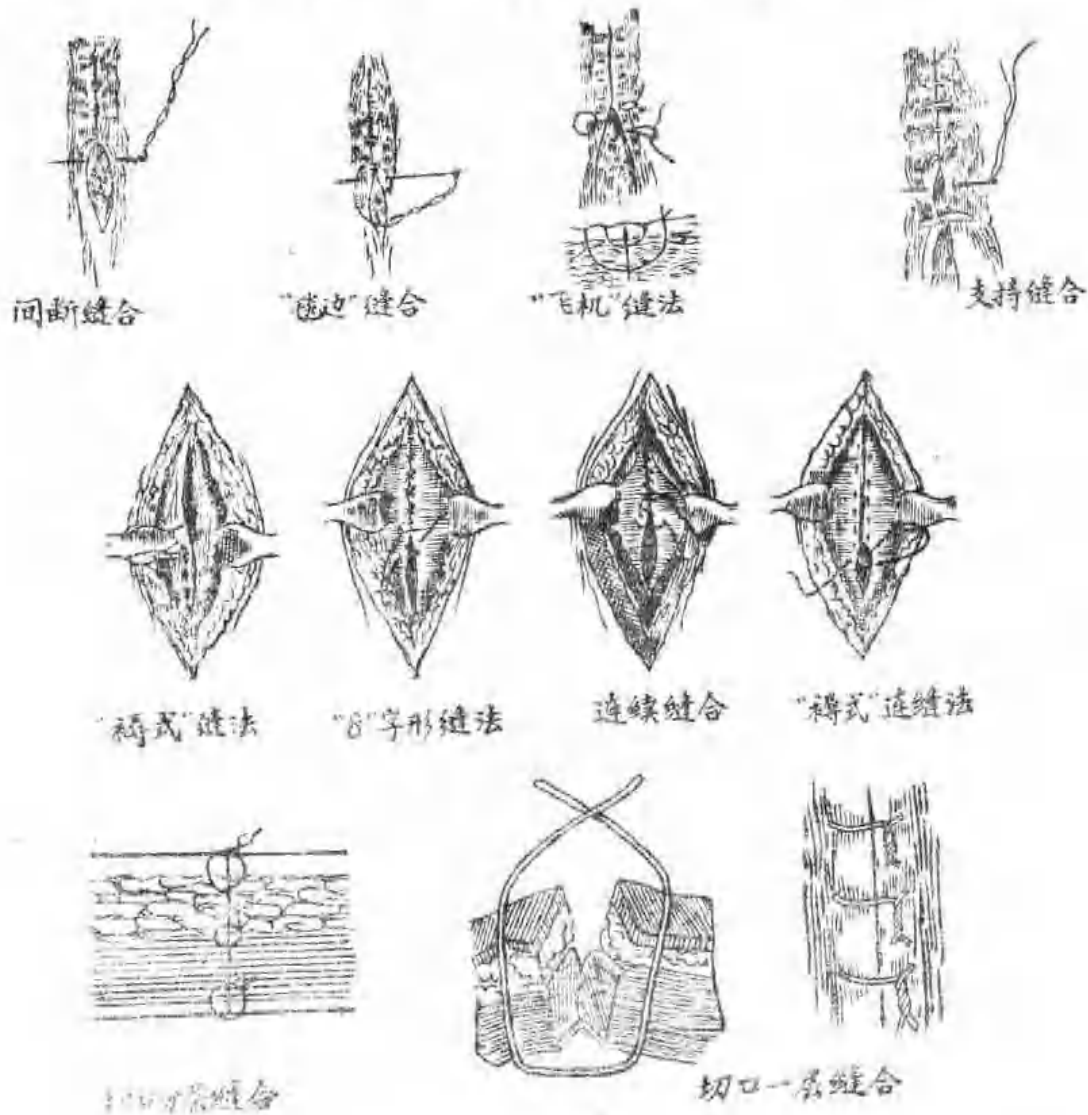
在病变处操作完毕后,将组织逐层缝合(图四)。

缝合深筋膜用细丝线行间断缝合,或“8”缝合。

皮肤用酒精重新擦过后，以三棱针行间断缝合。切口皮肤松弛回卷时，可用褥式缝合（“飞机”缝法）。面部有时用真皮内缝合。其余缝法不常用，皮肤缝线留长约一厘米左右，以便拆线。缝好的创口将皮肤对准，敷以纱布色扎好。面部伤处的创口，缝合后可暴露于外而不用纱布色扎。

手术完毕后，先用清水将手套上血迹及污物洗净，然后脱手术衣及手套。

图四.皮肤和软组织的各种缝合法:



打 结

打结是外科手术中一种很重要的技术。打结的速度，可影响手术的快慢，打结的正确与否，可影响打结的效能，两者都直接关系到手术的效果和预后。因此同学必须正确地掌握并熟练常用的打结法。

图五. 结的种类



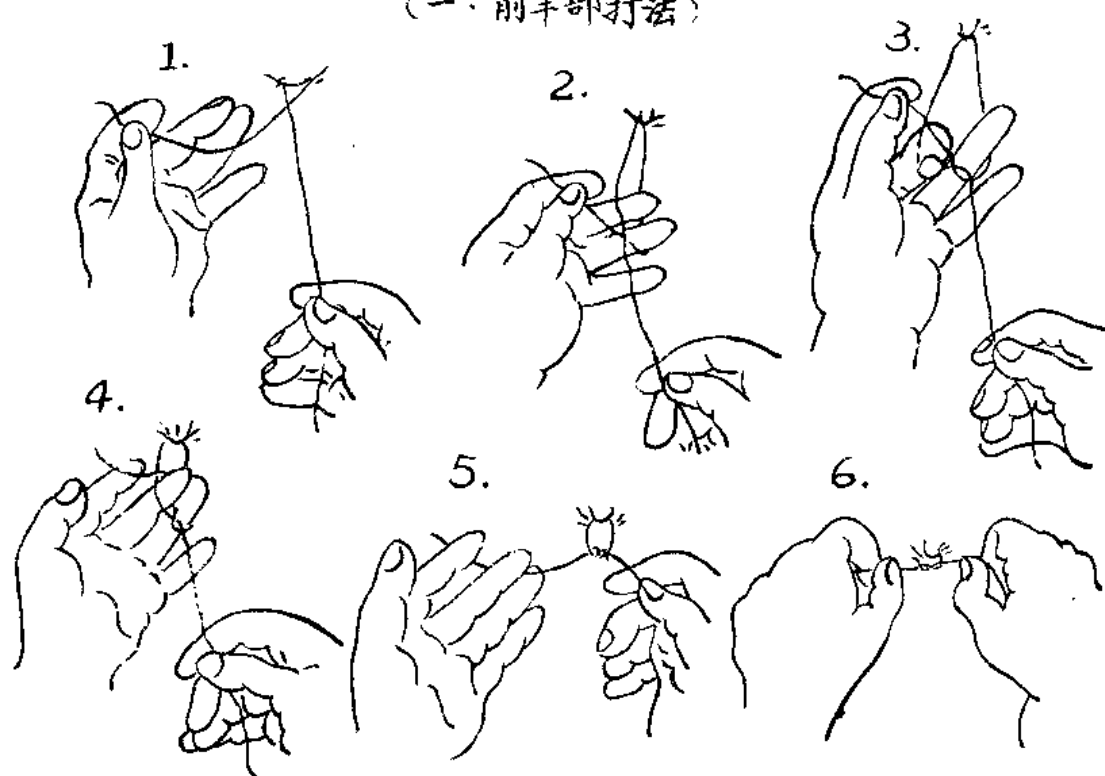
方结(常用) 外科结(不常用) 三叠方结(最可靠) 假结(不可靠) 滑结(不宜用)

1. 单结 普通用于结扎皮下及皮肤的微小出血点。
 2. 方结 又名真结或平结，手术中最常用的一种，用于结扎小血管和各种缝合的结扎。
 3. 外科结 由于第一结线围绕两次，摩擦面大，第二结时不易松脱，因而牢固可靠，通常用于结扎大血管。
 4. 三重结 即用三个方向相反的单结，用于结扎重要组织，如动脉。
- 此外尚有经常产生的错误结：
5. 假结 又名十字结，为两个方向相同的单结，此结不是手术上需要的结，因易滑脱。
 6. 易脱结 又名滑结，这是在打方结的过程中，由于牵拉两线头力量不均所成，也非手术所需之结，缺点同上。

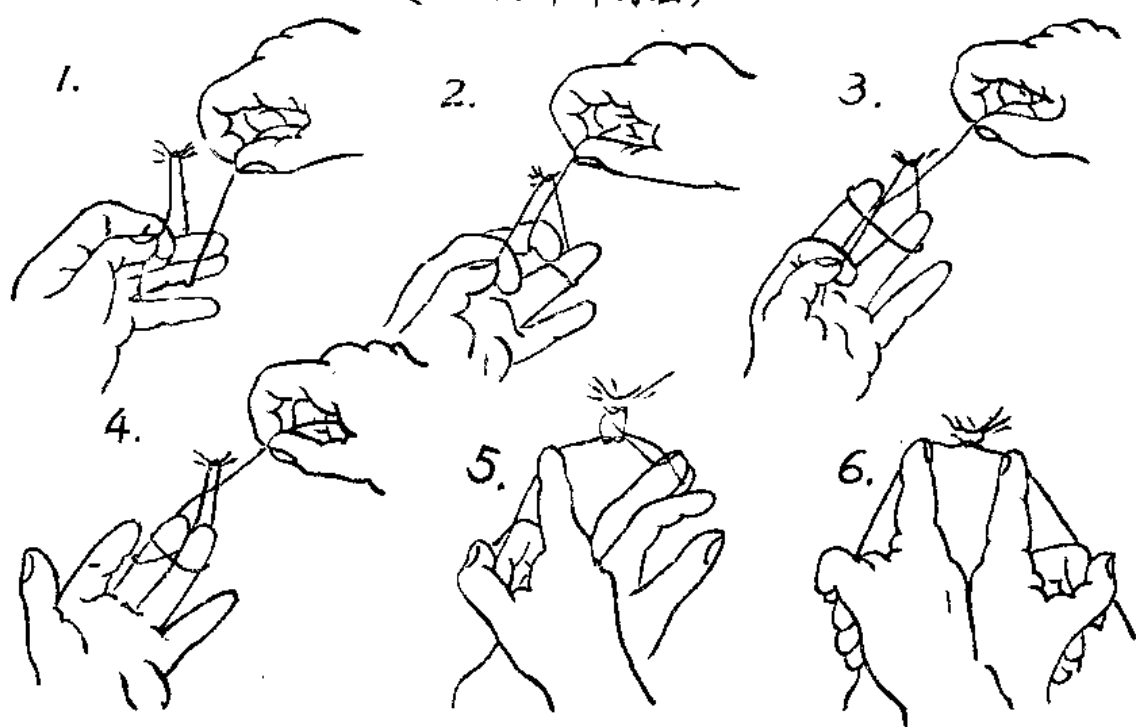
不论在哪一种打结法中，必须使两手牵拉点与结扎点在一直线上才可拉紧，左右手皆可应用。

图六 单手打结法

(一. 前半部打法)



(二. 后半部打法)



1. 单手打结法 (图六)

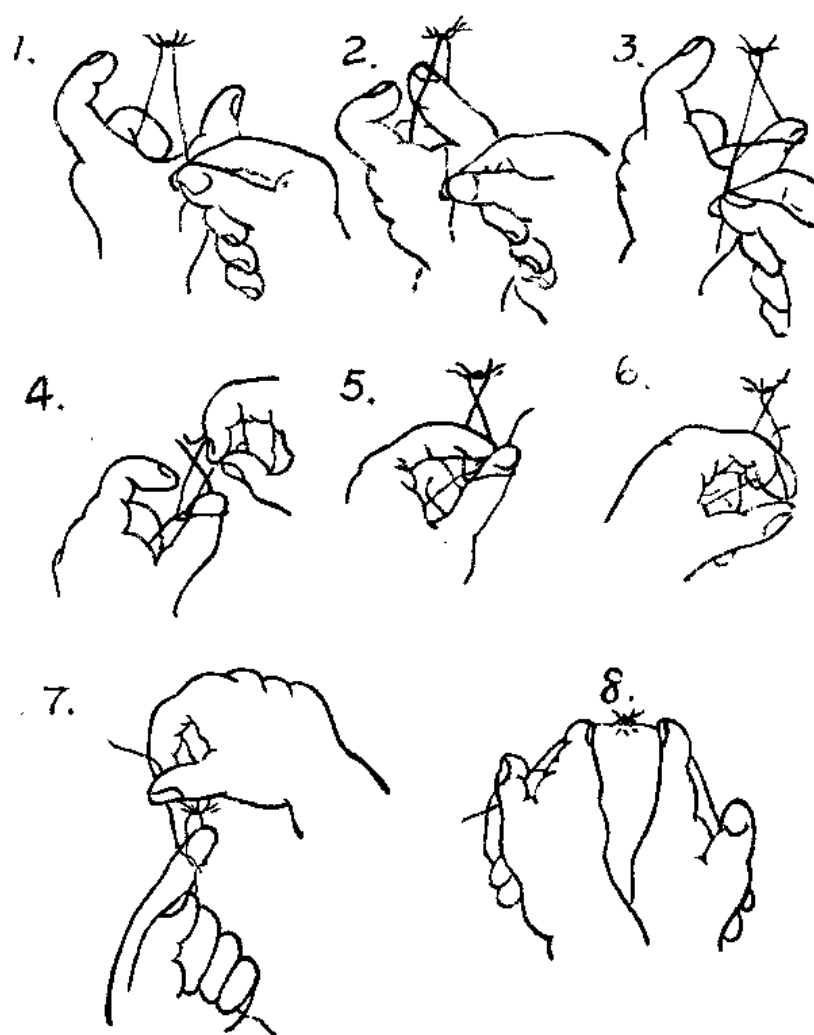
2. 双手打结法 (图七)

3. 止血钳打结法 (图八)

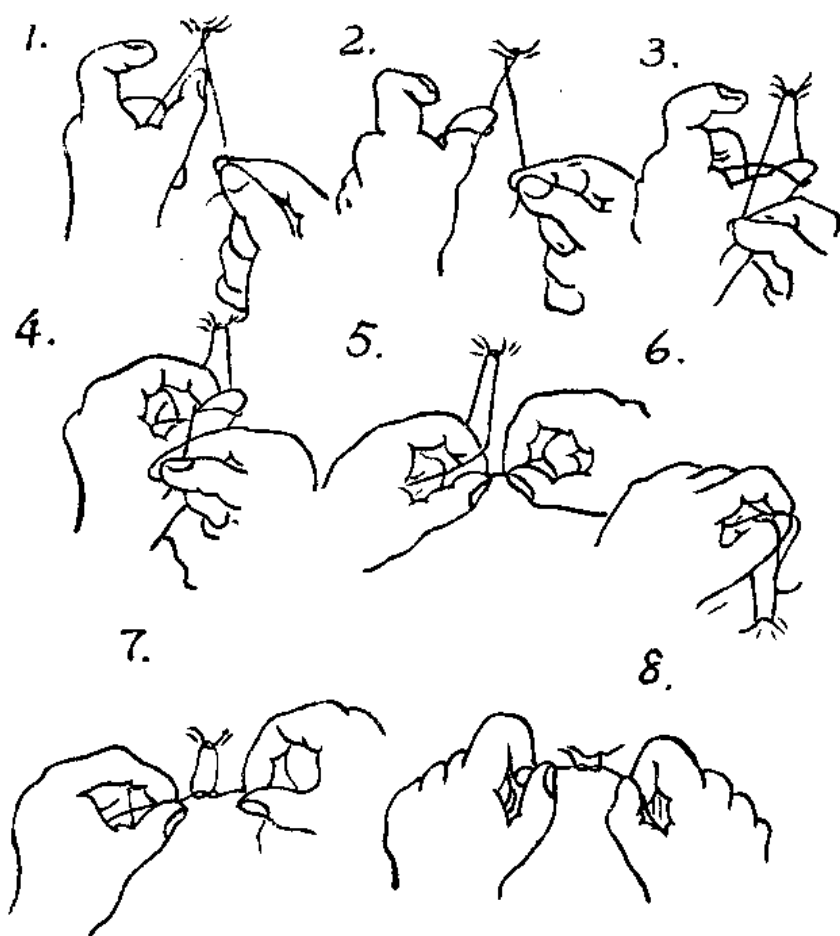
打各种结的前半及后半, 视情况可互相调换, 可用左手打结, 也可以用右手打结。

图七 双手打结法

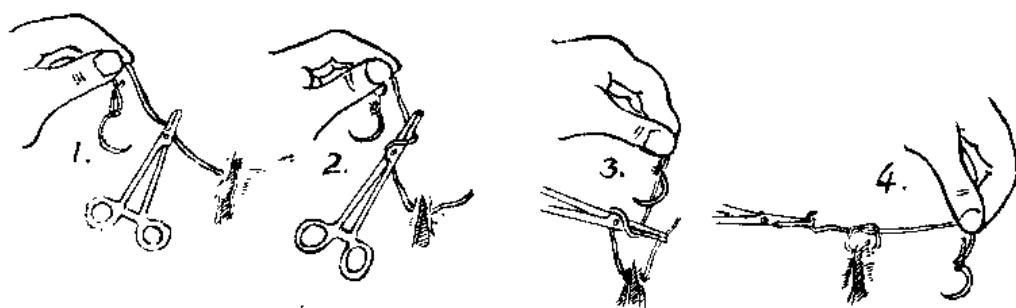
(一. 前半部打法)

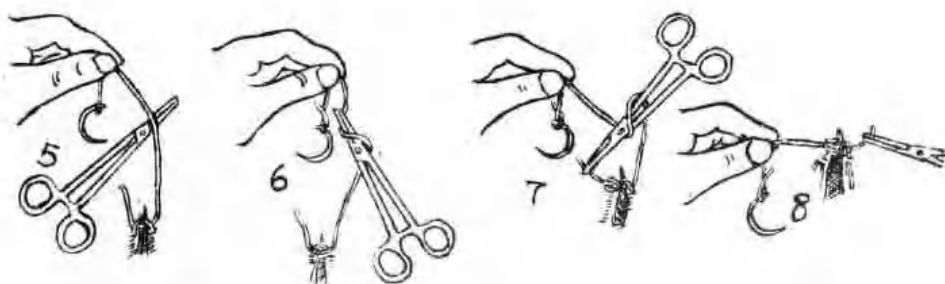


(二.后半部打法)

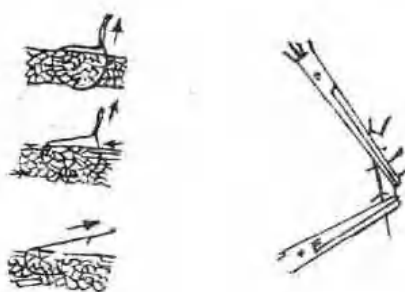


图八 止血钳打结法





图九 折线法(断面)

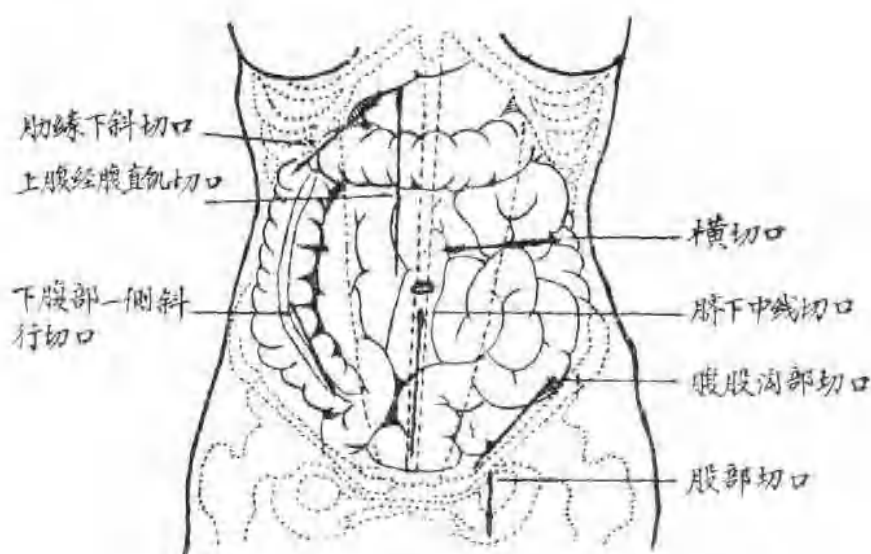


二.腹壁的切开和缝合

(一).常用的几种切口

腹壁的切开对于手术的成败影响很大。比如通过一个大小或地位不适当的切口,来处理腹腔内的病变部,肯定是不太满意的;同时为了要显露病变部,就必须用强力经久地牵开切口的边缘,因此损伤腹壁组织,影响切口的愈合,可能诱发切口的感染或崩裂。为了使手术能顺利地进行,使伤口圆满地愈合,腹壁的切开,必须要做到下列几个要求:

- (一)地位适宜,易达拟予处理的病变部。
- (二)长度足够,使显露良好。
- (三)有扩大的可能。
- (四)腹壁组织(包括神经),受到最小的损伤。
- (五)容易缝合。
- (六)缝合坚固,缝线受到张力不大。

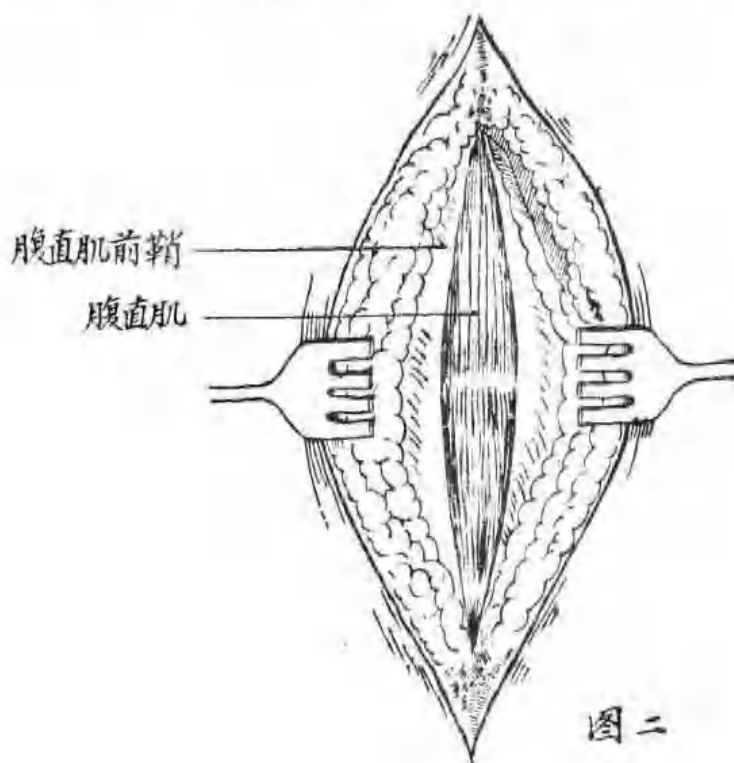


图一 常用的切口

图一所介绍的七种切口是通常惯用的，也是最简单的切口。如果把切口的地位加以变动，在一般情况下，这些切口可以满足绝大多数腹部手术的要求。当然，在某些特殊的情况下，在有利于病人的先决条件下，采用其他比较复杂的切口还是必要的。

(二) 上腹部经腹直肌切口

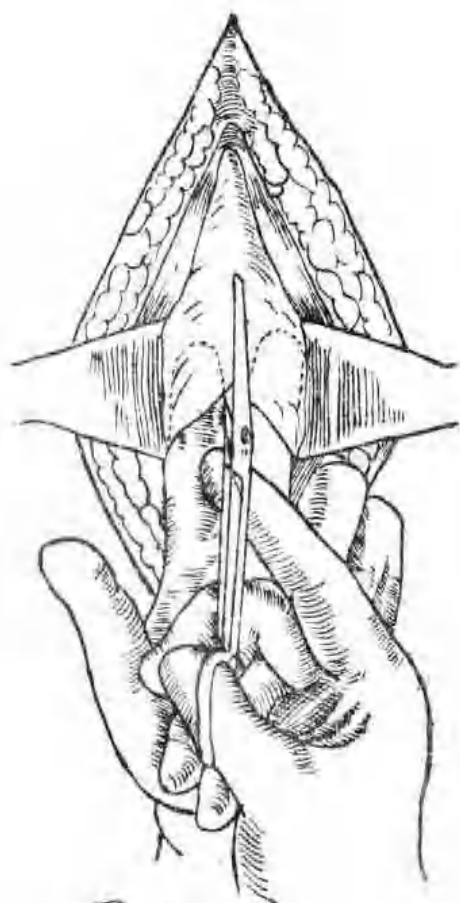
左手在切口之上固定皮肤，右手持刀使刀刃与皮肤垂直，在离中线约2厘米处，作纵行皮肤切口，其长至少须较手术者的手的宽度长4—5厘米。皮下组织切开应与皮肤切口等长。用细丝线结扎出血点。用手术巾或纱布垫盖住切口周围的皮肤，再用毛巾钳或缝线固定于切口边缘上。另取一刀，切开腹直肌前鞘（图二）。用刀柄沿腹直肌纹劈开肌束，用细丝线结扎或缝扎肌束裂面的出血点；如在切口处发现腹壁深动脉，以将其牵开为宜，避免切断结扎。向两侧牵开腹直肌，左手持齿镊子夹住腹直肌后鞘和腹膜，第一助手用弯形止血钳在离镊子约一厘米的对面，同样夹住上述二层。为了避免



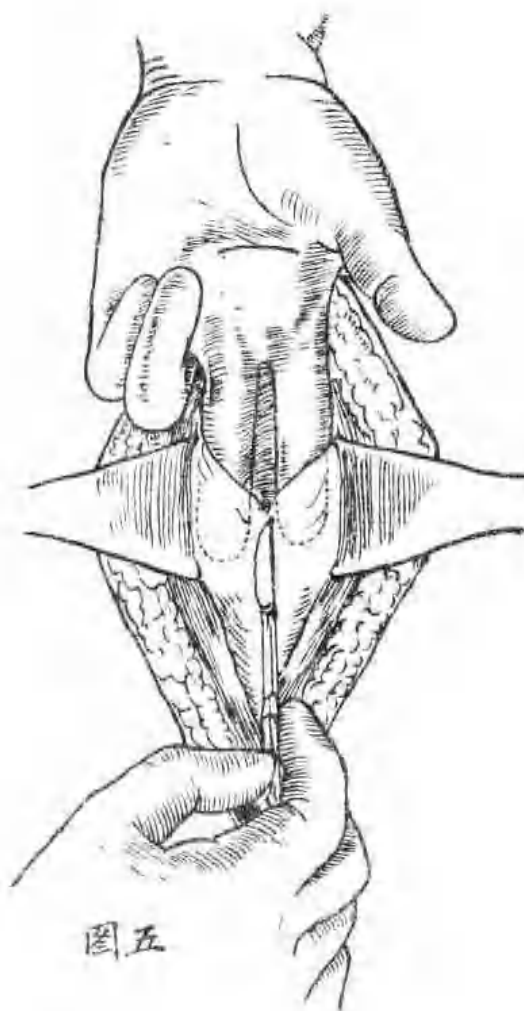
夹住因而切破腹腔内器官。施手术者可放松镊子，重新夹住，然后第一助手也同样放松止血钳，再重新夹住（图三）（附图）。这样做后，用刀在镊子与止血钳之间切一小口（图三），插入二手指，稍微抬起腹膜，用剪刀或刀上下扩大之（图四）（图五），将牵开器插入腹腔，显露内脏。置牵开器时必须小心，不可有任何内脏被夹在牵开器与腹壁之间。

缝合前，检查腹腔内确无流血，也无纱布及其他手术用具遗留在内。用弯形止血钳夹住腹膜和腹直肌后鞘切口的上下二角与两侧。提起下角的止血钳，开始用一号羊肠线或中号粗细的丝线作连续缝合。在缝合过程中，可用压板保护腹腔内器官，腹膜二侧的止血钳稍加外翻，使腹膜切面相对，同时助手之一拉住缝线，保持腹膜切面的对合（图六）。缝到上角时，提起该处的

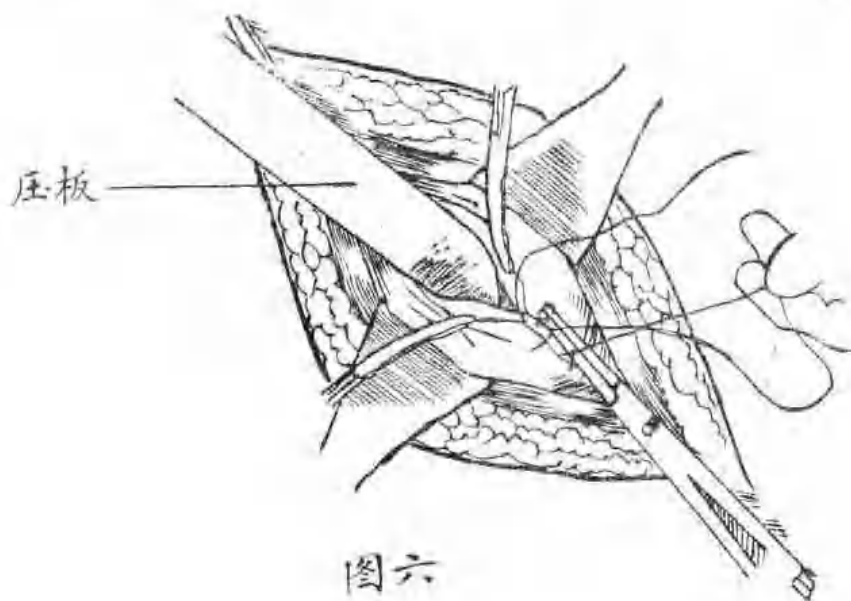




图四

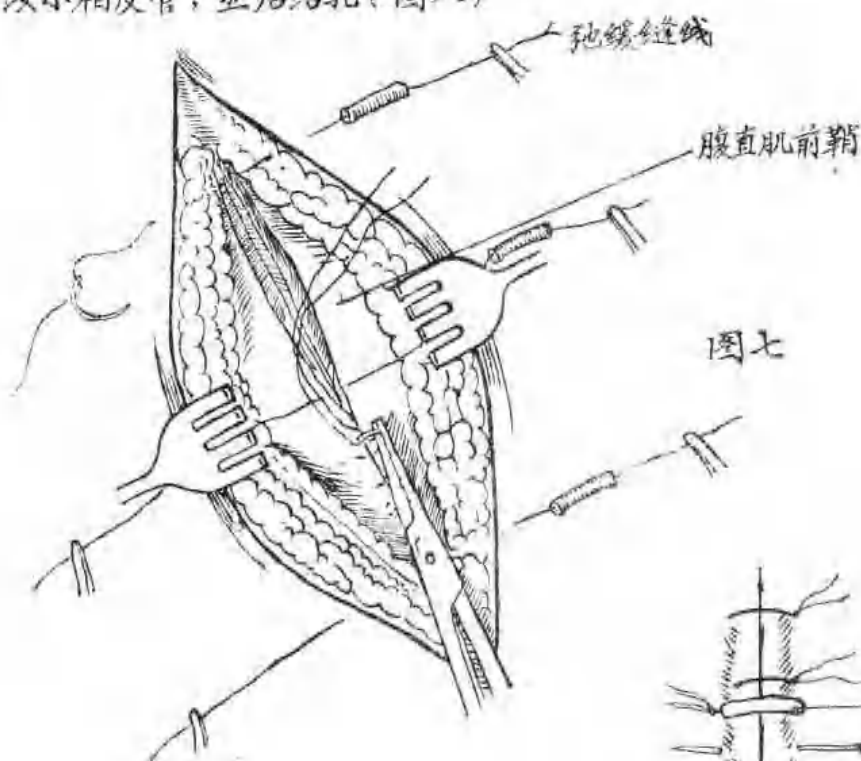


图五

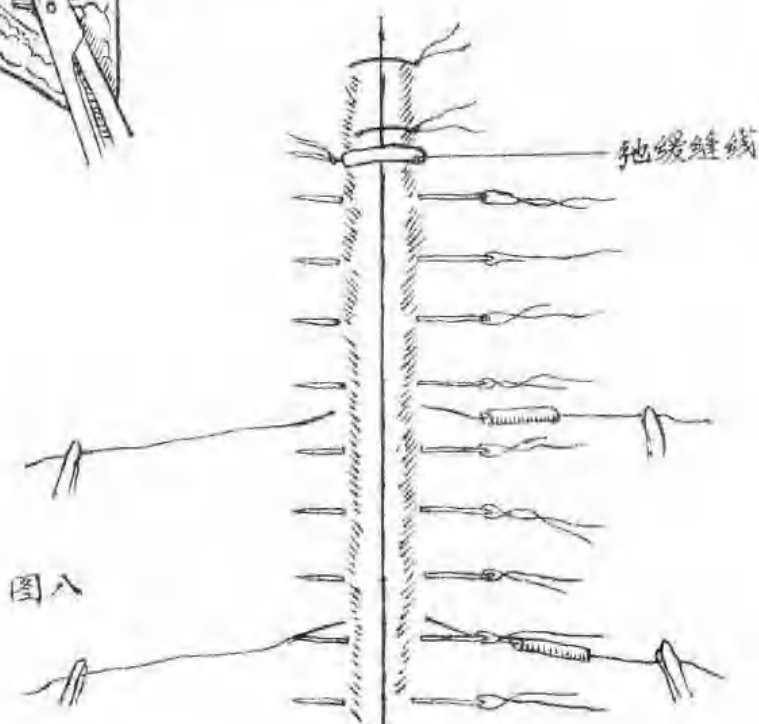


图六

止血钳，以防缝住大网膜或其他腹腔内器官。用蚕肠线作弛缓缝合；缝线必须穿过腹直肌前鞘的边缘（图七）。在结扎弛缓缝线前，用一号羊肠线或中号粗细的丝线间断缝合腹直肌前鞘（如图七）。在较肥胖的病人中，用细丝线缝合浅筋膜，消灭皮下死腔形成。用细丝线缝合皮肤；在弛缓缝线上套一小段小相皮管，然后结扎（图八）



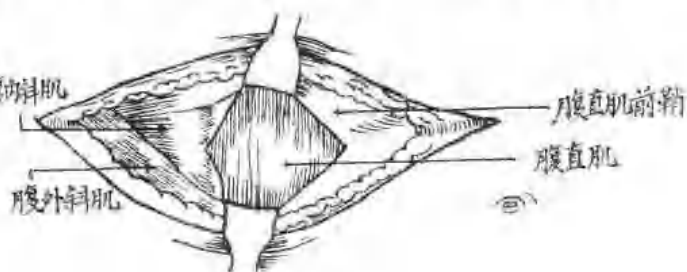
图七



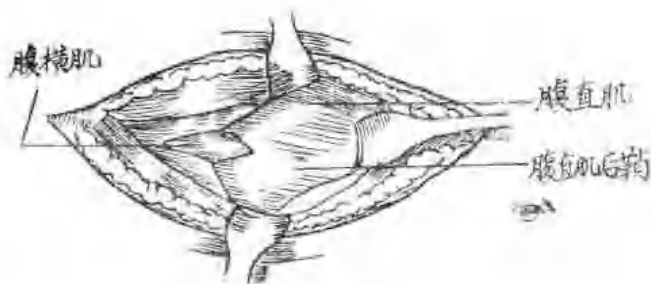
图八

(三) 横切口

从中线向两侧横行切开皮肤。在皮肤切口同一地位切开腹直肌前鞘。然后向外侧延长，切开腹外斜肌腱膜。到腹外斜肌肌肉部分时，稍向上斜行，沿肌纹方向裂分肌肉，直至达到所需长度为止（图九）。用刀柄和手指将腹直肌从其后鞘分离，上下各2—4厘米，然后用牵开器向中线牵开。如有需要，可切断腹直肌。在腹直肌鞘外侧切开腹内斜肌腱膜，向外侧沿其肌纹延长（图十）。切开腹直肌后鞘和腹膜，内侧可到中线，甚至超过中线。沿肌纹裂分腹横肌，随后向外侧切开腹膜。



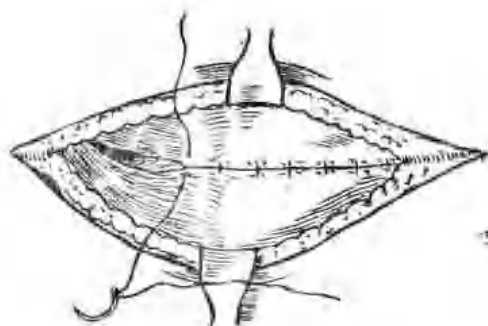
图九



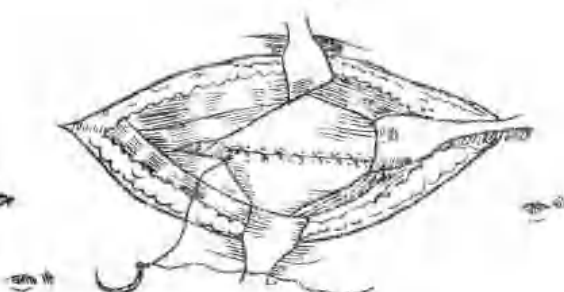
图十

缝合的步骤如下：从内侧开始，将腹膜与腹直肌后鞘作一层缝合（图十一）；在腹直肌的外侧，一起缝合腹横肌。从腹直肌鞘边缘起，向外以间断缝合法缝合腹内斜肌。同法缝合前鞘与腹外斜肌（图十二）。

在需要增加暴露范围时，在经腹直肌切开的一侧可加上纵切口，使成丁字形切口。



图十二



图十一

(四) 脐下中线切口

沿中线切开皮肤与皮下组织，在白线的一侧切开腹直肌前鞘（图一）。

分离腹直肌的后面，用牵开器予以牵开，夹起平环线上的腹直肌后鞘，切开后鞘及腹膜（如图二），进入腹腔。

用一号羊肠线连续缝合腹膜，在半环线之上，连同腹直肌后鞘作一层缝合。放置弛缓缝线。用丝线或羊肠线间断缝合前鞘（图三），用细丝线间断缝合浅筋膜及皮肤。

