

徐晓春 主编

临床外科手术改进

百 家 出 版 社

编委 洪湖强 刘保池 余晓春
王崇树 吴 琼 姚昌宏
绘图 陈明朗

图
外
书

前 言

外科手术是治疗疾病的主要手段之一。随着医学科学的飞速发展,临床外科手术方式和操作技巧有了很多改进与创新。为了总结、交流、推广和普及外科手术操作的新技术、新方法,我们组织编写了这本《临床外科手术改进》。受邀参加编写的有镇江医学院附属医院普外科主任姚昌宏教授、河南医科大学第一附属医院普外科副主任刘保池副教授、香港大学玛丽医院肝胆外科主任范上达教授、河南省人民医院肝胆外科主任张铭恩教授、解放军 89 医院普外科主任黄凤瑞主任医师、北京医院普外科曹金铎教授、江西医学院附属第一医院普外科孙格非教授、川北医学院附属医院普外科方学胜教授等临床外科专家。

书中的内容以普通外科为主,同时适当兼顾骨科、胸外科、神经外科、泌尿外科、颌面外科及麻醉科、妇产科等。既介绍了近年来改进的手术操作技术与技巧,又介绍了新的手术器械,体现了实用性、先进性和科学性等特点。无论是简单的,还是复杂的,每一项、每一点改进都是临床科研和实践经验的总结,具备方便手术操作、减轻病人痛苦、改善治疗效果、避免或减少手术并发症及后遗症等优点。本书的出版,希望能对外科病人的手术治疗起到一些指导、参考作用,并有助于我国外科临床进一步提高和发展。

由于时间比较仓促,经验又极有限,加之各位作者水平参差、笔调不一,书中难免有些缺点、错误或疏漏,敬祈同道不吝

批评指正。

本书编写过程中,承陈君明朗绘图,百家出版社、如东印刷厂等单位大力支持和帮助,谨此致谢。对为本书的撰稿和出版给予热情关心和鼓励的朋友们深表衷心感谢!

余晓春

1996年1月

目 录

甲状腺手术显露器的设计与应用	(1)
甲状腺手术切口缝合的改进	(4)
巨大甲状腺手术技巧	(6)
甲状腺次全切除术的改进	(9)
乳癌手术器械的改进与临床应用	(11)
自制螺旋针芯套管针行乳房肿块穿刺	(15)
缩乳术的一种改进方法	(18)
改进长弯三角针行乳房小肿块切除	(21)
乳腺印片细胞学检查在手术中的意义	(24)
巨型脐膨出修补术式改进	(27)
小儿斜疝闭式疝囊高位结扎术	(30)
改良 Shouldice 斜疝修补术	(32)
腹股沟斜疝修补术式改进	(36)
不横断分离疝囊的斜疝修补术	(39)
组合 U 形钩针的设计与应用	(41)
改良 Roux-Y 术式的临床应用与观察	(45)
腹部手术引流的改进	(50)
应用 J 形导丝疏通引流管	(52)
胃肠吻合分层缝合的技术改进	(54)
消化道全层内翻“8”字缝合法	(60)
缝合器处理残胃与胃十二指肠吻合的改进	(62)

胃窦肌瓣转移治疗难处理的十二指肠残端	(64)
幽门窦旷置残端缝合的改进	(68)
改良 Paulino 空肠代胃术	(71)
改良 Lahey 空肠代胃术	(77)
根治性全胃切除术操作改进	(80)
PAFPG 治疗消化性溃疡	(83)
改良 Maki 术治疗胃、十二指肠溃疡	(88)
胃粘膜成形术治疗高位胃溃疡急性大出血	(94)
T 管行空肠造瘘	(98)
肠不切开碎石法治疗小儿柿石肠梗阻	(100)
Mc Burney 切口“8”字缝合法	(104)
阑尾残端处理方法改进	(112)
术中结肠灌洗在结肠梗阻手术的应用	(114)
改良 Duhamel 术治疗先天性巨结肠	(118)
腹骶尾入路保肛根治术	(122)
GF-I 吻合器在直肠低位前切除术的应用	(127)
图钉和明胶海绵治疗直肠癌术中骶前大出血	(131)
带蒂大网膜充填 Miles 术后骶前腔	(134)
直肠癌根治性手术方法改进	(140)
环状混合痔术式改进	(143)
后正中肛门内括约肌切断术治疗肛裂	(146)
肝细胞癌伴肝硬变的大肝癌切除	(148)
B 超导向负压吸引式切肝锯刀行肝切除	(156)
经腹灌洗引流治疗巨大细菌性肝脓肿	(160)
改良门静脉肝造影的临床应用	(164)
超声导向经皮置管引流治疗单纯性肝囊肿	(171)

电化学疗法治疗肝血管瘤·····	(173)
胆总管内层横断浆膜包套 Roux-Y 胆肠一层吻合·····	(177)
脐静脉插管应用于胆道出血·····	(181)
经肝切开取石的手术途径·····	(184)
腹腔镜胆总管切开取石 T 管引流手术技巧 ·····	(190)
间置空肠胆管空肠 Roux-Y 吻合术·····	(194)
治疗肝胆管多发结石的一种新方法·····	(198)
小切口胆囊切除术·····	(202)
经皮胆囊碎石术的应用问题·····	(208)
改良全门奇断流术·····	(213)
经腹联合断流术治疗食管胃底曲张静脉大出血·····	(219)
劈开胸骨经腹联合断流术·····	(225)
脾大部切除肺包脾大网膜包肺术·····	(232)
分流、断流联合术式治疗门脉高压症 ·····	(238)
改良胃冠状静脉栓塞术·····	(242)
XF-90 消化道残端闭合器在联合断流术的应用·····	(247)
空肠“浆肌袖”胰腺吻合预防胰十二指肠切除后 胰瘘·····	(251)
胰十二指肠切除间置空肠式消化道重建·····	(255)
门静脉及主要属支阻断下分离胰颈与大血管粘连·····	(260)
腹壁外胆肠架桥内引流术治疗恶性梗阻性黄疸·····	(264)
胃壁隧道式内引流术治疗假性胰腺囊肿·····	(267)
小儿静脉切开的改进·····	(271)
腋臭筋膜面剥离法切除术·····	(273)
骨再生延长术的研究与应用·····	(275)
儿童臀肌挛缩症手术方式改进·····	(280)

自体筛网状颅骨瓣氯己定甘油液冷藏与再植·····	(284)
钻颅引流治疗外伤性颅内血肿·····	(287)
改良型食管胃隧道式吻合术·····	(290)
改良 Ravitch 术治疗小儿漏斗胸·····	(294)
经腹膜外移植带蒂大网膜治疗慢性脓胸·····	(300)
自体温血停跳液复苏灌注预防心肌再灌注损伤·····	(304)
耻骨联合中点入路输精管结扎术·····	(308)
荷包缝合腺窝法前列腺切除术·····	(311)
颌面部脓肿经固有口腔置管引流法·····	(315)
庆大霉素药膜的临床应用·····	(319)
NLA 在支撑喉镜下喉内显微手术的应用·····	(323)
输卵管妊娠的注射疗法·····	(326)

甲状腺手术显露器的设计与应用

手术野的清楚显露对顺利施行手术,减少手术并发症有重要作用。河南医科大学第一附属医院设计了一种能牵开颈部皮瓣和颈前肌群的甲状腺手术显露器,可使手术野显露清楚,方便手术操作。

1 材料与方法

1.1 制作

用不锈钢板条制成两个L形框架,框架两顶端用铆钉连接,并且可使框架以铆钉为轴心旋转。两框架上各有1排孔。用直径和框架孔一致的不锈钢条作成两个J形支撑件,将支撑件跨过铆钉连接处插入两框架上不同的孔位,可调节两框架固定成一定的夹角(图1)。

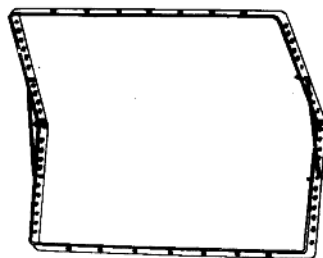


图 1

1.2 使用

病人按甲状腺手术的常规体位平卧于手术台,分离颈部皮瓣后将甲状腺手术显露器固定成合适的夹角放置在病人颈前的手术孔巾上。在颈部上、下皮瓣上间断各缝3针将一端缝线穿过框架孔后与另一端打结,使上、下皮瓣被对抗性分别向上、下牵引拉开,充分显露颈前肌群。将颈前肌群从中线剪开后,根据施行手术范围的大小,可将两侧颈前肌群各穿过1针缝线,将缝线的一端穿过同侧的框架孔后与另一端打结,将颈前肌群向两侧牵开显露甲状腺。如果甲状腺较大,需切断颈前肌群,则在缝扎颈前肌群断端后,利用缝扎线的一端穿过框架孔后与另一端打结,使颈前肌群分别向两侧的外上、外下牵开,充分显露出甲状腺。手术结束时将牵引皮瓣的线剪断、抽出,分层缝合手术切口。

2 结果

自1988年以来,使用甲状腺手术显露器作各种甲状腺手术138例,女性97例,男性41例。年龄16~69岁。其中作甲状腺癌颈清扫术16例,双侧甲状腺大部切除治疗原发性甲状腺功能亢进症5例,甲状腺腺瘤行单侧甲状腺切除78例,甲状腺囊肿摘除39例。手术野显露均满意。1例甲状腺癌浸润气管及甲状软骨,行颈清扫后出现1侧喉返神经损伤。其余病人术后经过均顺利,无手术并发症。选择本组30例单侧甲状腺切除与同时期用人工拉钩的常规方法作单侧甲状腺切除30例作对照,平均减少手术时间12分钟,平均减少手术出血30ml。

3 讨论

甲状腺手术时通常用人工拉钩牵开颈部皮瓣。持续人工

拉钩显露术野的方法影响助手协助术者施行操作。如果将颈部皮瓣间断缝 3~4 针,缝线穿过手术孔巾后再与另一端打结,可牵开颈部皮瓣。但是手术孔巾可受牵拉移动,使牵引线松弛,影响切口显露。甲状腺手术显露器为带多孔的金属框架,缝线穿过框架上不同的孔位,可将颈部皮瓣和颈前肌群向不同方向牵开,充分显露出甲状腺。因减少人工拉钩,可使助手协助术者顺利进行手术,节省手术时间。甲状腺术野充分显露后可在直视下分离甲状腺周围的血管和神经使甲状腺的动、静脉血管被结扎处理得牢固可靠,防止盲目钳夹止血造成神经损伤或术中大出血等并发症。甲状腺手术显露器结构简单,制作容易,全部材料选用不锈钢,易于消毒处理,临床使用方便。

(刘保池)

甲状腺手术切口缝合的改进

甲状腺手术是外科常见的手术,手术切口愈合的好坏直接关系到病人颈部的美观。传统的方法一直是采用丝线间断缝合,致使手术后留下“蜈蚣样”疤痕切口反应,易感染也不美观。特别是对年轻的病人,“蜈蚣样”切口疤痕会造成严重的心理压力。为了解决这一问题,广东省汕头市第二医院近年来对甲状腺手术切口缝合方法进行了不断的改进,最后采用“皮下间断反向缝合法”,取得了满意的效果。

1 资料与方法

1.1 资料

本组 36 例采用“皮下间断反向缝合法”,男性 11 例,女性 25 例。年龄 18~50 岁,其中 18~30 岁 28 例,占 78%。甲状腺腺瘤(含囊肿)25 例,结节性甲状腺肿 9 例,甲状腺功能亢进症 2 例。

1.2 方法

开始采用“皮内一线法”,即用 1 根 4 号丝线从切口一端进针,在切口内依次缝合两边皮内组织,再从切口另一端出针的缝合方法。缝线两端各用一“花生米”纱团固定。这样的缝合方法达到了手术切口愈合没有“蜈蚣样”疤痕反应的效果,但仍需拆线,缝合也略嫌麻烦。

以后又进一步改进,采用不缝合皮肤,只行皮下间断缝合,皮肤外加切口拉合胶布固定的方法,同样也收到切口美观的效果。但切口仍需拉合胶布固定,既麻烦又不经济,且术后

常出现切口引流片引出的积血使拉合胶布湿透,粘合不紧,影响愈合的情况。这样的缝合方法也不理想。

最后,作者参考整形外科的缝合方法,采用“皮下间断反向缝合法”,效果最好。缝合方法是:在缝合颈阔肌后,按每1~1.2cm 间距,从一侧皮下深层进针至皮下浅层(近真皮层处)出针,对侧按相反方向进行,在皮下组织深层出针。这样收紧结扎,线结在皮下深层,有利于切口愈合。切口引流片可从原切口引出,也可从切口旁另截口引出。

2 结果

全部病例切口均Ⅰ/甲愈合,切口平整,对合良好,无感染,没有“蜈蚣样”疤痕。术后随访未发现切口有异常情况。

3 讨论

颈部血运丰富,皮肤又无张力,为这种切口缝合方法提供了理论依据。用此方法缝合的切口,不用切口拉合胶布固定,不用拆线,缝合简单,既经济又美观,术手切口仅有线样疤痕,收到良好效果,深受病人欢迎。

(洪湖强)

巨大甲状腺手术技巧

临床上常可见到体积很大的甲状腺肿、甲状腺腺瘤,上极可达下颌角,下极可延伸到胸骨后,两侧可以超过胸锁乳突肌。同时因病程长或接受过贴敷疗法、针刺疗法,使腺体与肌肉、邻近组织有粘连。另外,大腺瘤位置深、切口相对小等,均使手术操作困难,易损伤周围血管、神经,手术费时,病人出血过多。因此手术野的显露、手术者的操作技巧显得尤为重要。近年,河北省唐山市人民医院共手术治疗巨大甲状腺 325 例,手术均较顺利。现就手术技巧方面的一些体会,讨论如下。

1 资料

325 例中,男性 67 例,女性 258 例。病程 6 月~30 年。病变部位:双侧 241 例,单侧 84 例。术后病理诊断:结节性甲状腺肿及甲状腺功能亢进症 241 例,高功能腺瘤 17 例,甲状腺腺瘤 67 例。113 例有气管移位。腺体最大为 $15\text{cm} \times 15\text{cm} \times 14\text{cm}$ 。本组手术病例均未输血,无手术死亡,亦无 1 例出现并发症。

2 方法

2.1 麻醉与体位

气管插管,全麻。取平卧位,头向后仰,使下颌骨下缘呈垂直位。

2.2 切口设计

甲状腺手术切口应以充分显露腺体为原则,可用切口三点划线法设计切口。中点:颈静脉切迹上方 $2 \sim 3\text{cm}$;左、右两

点：甲状腺的外侧缘靠近上极。连接 3 点作弧形切口标线。

切开皮肤、皮下组织、颈阔肌后分离皮瓣。两侧上极要达甲状腺上极高度，下至手能将腺体向上推起。

2.3 分离胸锁乳突肌前缘

充分游离胸锁乳突肌前缘，不用切断。分离范围：上至腺体上极上 1cm，即手指能向下推起腺体；下达胸锁关节；后显露出肩胛舌骨肌外缘和透视出颈内静脉。

2.4 切断舌骨下肌群

切开颈白线后，向颈两侧分离，至手能触及腺体真被膜，轻轻用食指伸入钝性分离，然后分组钳夹切断舌骨下肌群，切线亦应向两侧呈弧形走向。在上极靠近颈内静脉处，可以将薄层肌束边钳夹边剪开，有颈内静脉属支亦一并切断，注意勿损伤颈内静脉，至甲状腺后外侧能用食指伸入托起。

2.5 分离切除腺体

①首先钳夹切断甲状腺中静脉，以此向上、下分离腺体外侧。②切断椎状叶，使气管与腺体上极之间有分离间隙，能用拇、食两指夹起上极。钝性分离，显露上极血管，在其下方穿过两根 7 号丝线，紧靠腺体将血管近、远端结扎，在两线之间再用蚊式钳夹住血管近端，在其远端切断，近侧断端加以缝扎。③处理下极，先用左手托起腺体压向对侧，分离、显露甲状腺下动脉，穿线结扎。在下动脉分支处、气管食管沟内显露喉返神经，直视下分组切断甲状腺下静脉。分离完毕，常法楔形切除甲状腺。

2.6 胸骨后腺体的处理

上极处理完毕，用巾钳夹住或缝线向上牵拉甲状腺，一边用小血管钳自腺体表面分离，直下极被提出，不必劈开胸骨。

2.7 大腺瘤的处理

缝扎甲状腺上、下静脉的Ⅱ～Ⅲ级腺支,靠近腺瘤边缘用两把血管钳夹住甲状腺真被膜及少许甲状腺组织,在两钳之间切开,远瘤端缝扎。如此,边钳边切边缝,最好两次后即能显露腺瘤包膜,直至紧贴包膜切除腺瘤。

(王敬瑄)

甲状腺次全切除术的改进

1973年以来,江苏省无锡市荣巷医院对甲状腺次全切除术作了一些改进,从而在避免喉返神经及甲状旁腺损伤方面,起到一定的积极作用。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 38 例,男性 9 例,女性 29 例。年龄 17~62 岁,平均 39 岁。病程 3 月~20 年。术后病理诊断:原发性甲状腺功能亢进症 20 例,结节性甲状腺肿 3 例,甲状腺瘤 10 例,桥本病 5 例。

1.2 手术方法

1.2.1 术中一律不显露喉返神经,不结扎甲状腺下动脉。在腺体全部分离完毕,准备切除腺体时,要求完整地保留气管旁甲状腺的外被膜、后被膜,以及腺体的侧被膜,这样较传统的预定切线靠前。由于保留的腺体被膜较多,则附在其上的腺体层需要减薄(一般由原来的 5~10mm 减至 3~4mm),使得保留的残体总量仍符合要求。减薄时,术者左手食指放在气管食管沟部向前顶住腺体的后被膜,拇指压在腺体前面,这样可达到有效的压迫止血。右手持刀从气管侧开始慢慢切割。由于左手食指向上顶托,因此可在感觉下完成既能减薄又不致损伤后被膜的目的。助手用小纱球压迫残体切面上出血小动脉(不可钳夹止血,以防因盲目钳夹可能招致的神经损伤),最后对保留的被膜腺体层作适当的修整,使之符合总量的要求。