

7552

外科手術圖考

華北軍區衛生部出版

類別 醫5
號數 94



目 錄

總 論 (1—8)

第 一 章	外科術之技巧	1
第 二 章	麻醉法	4
第 三 章	手術前後之護理	7

各 論 (10—181)

第一篇 頸部手術 10—19

第 一 章	扁桃腺截除術	10
第 二 章	不完全之甲狀腺截除術	12
第 三 章	完全之甲狀腺截除術	16
第 四 章	氣管切開術	18

第二篇 胸部手術 20—33

第 五 章	胸廓切開術——閉鎖法	20
第 六 章	胸廓切開術肋骨截除法	22
第 七 章	乳房之小手術	24
第 八 章	乳腺截除之根治手術	26

第三篇 腹壁手術 34—53

第 九 章	術後赫尼亞之修復	34
第 十 章	赫尼亞之修復，活縫線法 (Gallie氏)	36
第 十 一 章	臍赫尼亞之修復	38
第 十 二 章	鼠蹊斜赫尼亞之修復	40
第 十 三 章	鼠蹊直赫尼亞之修復	44
第 十 四 章	股赫尼亞之修復	46
第 十 五 章	剖腹術，切開法及閉合法	48

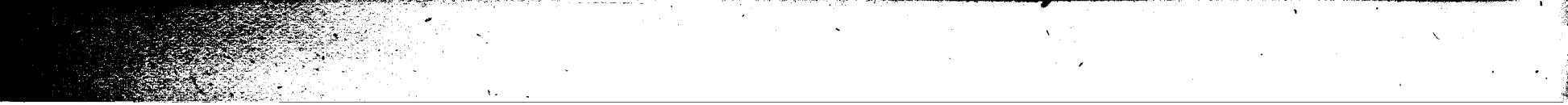
第四篇 胃腸系之手術 54—125

一 胃 之 手 術

第 十 六 章	胃造瘻術	54
第 十 七 章	穿孔縫合術	56
第 十 八 章	膈下膿瘍	56
第 十 九 章	胃空腸吻合術	58
第 二 十 章	胃局部截除術	62
第 二 十 一 章	胃截除術，畢耳羅氏 (Billroth) 第一種修復法	66
第 二 十 二 章	胃截除術，畢爾羅氏第二種修復法	68
第 二 十 三 章	胃截除術，波爾亞氏 (Polya) 修復法	70
第 二 十 四 章	幽門括約肌切開術	72
第 二 十 五 章	腸套疊	72

二 胆 囊 及 輸 胆 管 之 手 術

第 二 十 六 章	胆囊切除術，逆行法	74
第 二 十 七 章	總胆管造瘻術	78
第 二 十 八 章	胆囊截除術，從基底開始之切除法	80
第 二 十 九 章	胆囊切開術	80
第 三 十 章	胃胆囊吻合術及肝之活組織檢查法	82



總 論

第一章 外科術之技巧

一個外科醫生的技術基礎在於消毒，止血及從容輕柔的動作。但在過去這二十年中却有了一個轉變，即從着重技術而到着重尋求新的方法。毫無懷疑的這是因為外科術在其他新領域之內被廣泛採用的結果。人們站在這樣一個觀點上，在成績不佳時，便不斷的尋求新的方法了。其實失敗的原因並不在方法本身，而是在於技術方面。現在既然人體各部都已明瞭，所以強調外科技術與外科療法之成敗，這兩者間關係的重要性是適當的；而人們現在對於這個關係的認識是增加了，這有力地說明了正確技術的價值。

本書所述之技術乃取自哈斯德氏 (William H. H. Hasted) 所創辦的外科學校。就其性質而言，這個學校應名為『安全外科術學校

中的工作。假使創傷破裂了，則認為是一件不幸的事情。假使發生了『不幸』，那麼他們便歸咎於腸線或患者的體況，然而却極少願意深入檢討自己在施術時犯了甚麼錯誤。

現在讓我們拿一個普通的手術——闌尾截除術——作例子來證明必需詳細考慮才能保證良好的成績。首先將患者麻醉然後推進手術室。手術棹必需放在最明亮的地方，並將其調節以呈現患者之手術位置。繼將毛毯往後摺以暴露患者腹部及右鼠蹊部之皮膚。然後使患者之手術位置稍向前方突起，這可用小沙袋墊於腰下。這時須集中燈光，但須顧及醫生及其助手的位置及創傷之種類與深度。這些細節都須在消毒皮膚之前便計劃好及領事執行。

手術前對皮膚的準備工作，主要是清潔皮膚。患者送進手術

結紮時即可免紮住血管周圍的脂肪。行一兩處大塊結紮尚不致有害，但如紮住過多小塊的組織，則在癒合時會生硬結及炎症，因為這些無血管的小塊須要被吸收。創傷一定要被皮緣上的細菌所污染（如果手術施行得好，這是很易克服的）這會使無生機的組織受到傳染或甚至化膿，這正是對於那些微小但必要的地方沒有好好注意的結果。

施用止血鉗及結紮血管是外科技術中主要的部份。在身體上某些顯露大靜脈的地方，如有血栓形成便生致命的危險，則成績好壞主要是看施用止血鉗之正確與否。例如在一個膿毒性創傷中顯露出一條大靜脈，我們又必須分離它的分枝，結紮時應貼近主幹。這樣可避免切斷分枝後血液在殘株中停滯，並防止了血栓形成及其常有的後發病——栓塞。如計劃結紮一條血管，則須決定是結紮抑貫穿結紮。如血管大而可能收縮或不易接近，則以貫穿較為安全。這最好是用針穿過圍繞血管的組織，並將縫線圍繞整條血管結紮。這宜用圓針以防小血管破裂因而形成血腫。細絲線是最適宜縫合及結紮用的材料，因為它所引起的組織反應，甚至在潛伏性的感染創中也是最小的，而且如縛紮得牢固可以防止續發性出血。用絲線打上一個外科結並將其縛緊後，雖將線放鬆亦不會滑脫；然後再加上一個平方結以鞏固之並貼近結處剪斷縛線。打結時乃將線拉緊，指頭放於結的後方，並使手，指及結成一

因為針刺破的小洞不易察覺但因之却可生污染。更且如用器械可令兩手離開創面，因而可以看見手術野之全貌及提供了遠近的配置（perspective），後者是安全上的一種幫助。

輕輕牽開皮膚及皮下組織以免剝離，然後順着筋膜本身的纖維而將其切開；須避免形成參差不齊的邊緣，以便將來縫合可以準確。下在之內腹斜肌及腹橫肌纖維可縱形切開。在兩個止血鉗間切斷血管及結紮之。由於肌肉之脆弱，宜立時貫穿及結紮。經圓滿止血後，用濕紗塊保護肌肉免受外傷及染污。這時可用牽開器以顯露腹膜。

術者以有齒鑷夾着腹膜而提起之。這樣形成一個錐形體，繼令助手在靠近頂點處夾着，而術者則放去所持。如是者施行數次，直至術者確定鑷子沒有夾着腹內組織為止。用解剖刀在鑷子間切一小割口，然後用剪子將口擴大，首先將剪子下端伸進腹膜下約1cm，開始剪之前，將腹膜在其鋒上拉緊。如網膜不脫離腹膜，則以濕紗塊之一角覆於其上作為禦防剪子用。腹膜上的割口不應與肌肉割口等長，因為在牽開時很易將腹膜伸展，而且在縫合時如整個腹膜口都可看見，則進行較易。每個醫生很快就會認識到，如腹膜縫合得很好，則赫尼亞形成的可能性便減低了。腹膜割口延長後，用彎曲止血鉗將其邊緣固着於濕紗塊之線上，（濕紗塊乃上述用以保護肌肉者）。這時再用牽開器以顯露腹內臟器

。如小心縫好這一層，則在下面便可以避免創傷末端皮膚的重疊。

用結節縫合術將皮膚邊緣拉攏，這是為了保證其接合。如皮下組織縫合得適當，則可在術後第二日或第三日拆除皮膚縫線，這樣便留下一條細的白痕而不致形成疤痕。

最後，傷口必須有適當的包裹及支持。如行首次縫合，且手術經過很乾淨，則應將傷口封閉，因為最低限度在48小時以內，它可能從外方受到污染。我們的習慣是用銀箔 (silver foil) 直接置於皮上。如先用酒精濕潤皮面，則銀箔粘得更好。銀的本質有殺菌作用，且加以封閉傷口，便可防止細菌自藏於皮膚深層的有機體中生長。如傷口受到污染而沒有排液，則我們發現最好是不縫合皮膚，但皮下組織却必須小心接合。這樣的傷口宜用一塊浸以溫鹽液而捏乾的紗塊包裹。這樣便很易避免傳染，濕紗塊不會阻止細胞生長，而且化膿亦不像縫合皮膚者發生得多，因為後者把炎症所產生的東西鎖閉於皮下組織中，因之容易化膿。如行排液，則為了同樣原因，宜用紗塊浸鹽液包裹及盡量少縫合皮膚。

拆除皮膚縫線的時間及方法很重要。一個理想的創傷，其皮下組織接合是異常準確，所以結紮皮膚縫線時不生緊張，而且皮膚縫線的作用只在於接合傷口的兩唇。這樣一個傷口的縫線，最好是過了48小時便拆除。皮膚縫線結紮不緊張及早期拆除縫線，這兩者可以防止難看的痕跡，所以特別適用於顯露部份如顏面及頭上的傷口（如甲狀腺之手術創）。這個原則亦可用於體上各部；如接合很好，則應在術後5—7日拆除去所有皮膚縫線。如用的是弛緩縫合術，則保留縫線的時間全視用這縫合術的目的而定；如患者年老或惡病質的，或患慢性咳嗽的，則這些縫線或需保留10—12日之久。

拆除縫線的方法是重要的，其動機是為避免皮上細菌污染一個乾淨的創傷。拆除縫線時，先夾着線端將線自表皮下拉出少許，同時亦即將結提離皮面，再將線上原來位於皮下之處剪斷，然後拉去縫線。這樣便不致於將原來在體外的線拉進皮下組織中

，而致傳染。

在本書中，我們始終主張應用等滲鹽液 (isotonic saline) 以濕潤紗塊。我們覺得應用林格爾氏溶液 (Ringer's solution) 或其改良品為佳，如Peter Bent Brigham醫院在過去二十年中所採用的庫氏溶液 (Cushing's solution) 庫氏溶液的配法如右：氯化鈉0.7%；氯化鉀0.03%；氯化鈣0.03%。但用等滲鹽液的較廣泛且經過證明很好。

從上述這個例子可以看出一個技術的特徵——就是讓組織以最大的速度及力量來癒合並保護所有正常的細胞——這例子證明了一個外科醫生的技巧對於患者的安全是最主要的。它着重說明了一個事實，就是說外科技術是一種藝術，只當醫生覺悟到它（藝術）本身固有的危險的時候，它才可以很適當的表達出來。這些同樣的原則正是那些最簡單的，也是最嚴重及大手術的基礎。年青的醫生如果學會了防腐，止血，適當顯露及輕柔動作的基本理論，那麼他就已精通了他最困難的課程了。而且醫生一旦取得這種態度，他必定會繼續進步的，因為他便會進到用組織學研究創傷，因而便很明確的學習了創傷癒合的真實的課程。同時這會啓發他不斷地研究改進器械直至他最後成爲一個藝術家而不是一個工匠。（按：藝術家是指不但有技術而且是有創造力的；工匠則指單純機械地施行技術的）

一個不習慣於這種外科方式的醫生，對於不斷強調輕柔動作及費時的技術——無數的結節縫合術——他一定會感覺厭煩。但如果這個醫生是完全忠實及願意把所有的乾淨創傷行首次縫合的話——而這兩者都是爲了他的患者的安全與舒適的——則他必須應用這裡所寫下的原則大綱。他必須要用細的縫線（從這裡開始寫），這些縫線很細，只要在其上加以能使它拉破活組織的力量時，它就自然的斷了。他必須很牢固地結紮每一血管，以令那些能生致命危險的血管永遠都是紮得很牢固。他必須經常避免組織乾燥及其他各種對組織的損傷。他必須實習防腐術。所有這些，大體上都是良心上的問題。這主要是對那些每日都以別人生命來冒險的人而言的。



便施予患者。如用液體阿佛汀之後，再繼以吸入麻醉藥，則我們覺得不宜施用嗎啡，因為這兩藥都壓迫呼吸中樞，因而難以準確鑑定患者的情況。有些麻醉師及醫生主張在施用基本的麻醉藥之前，應用巴比土的衍化物，最受採用的便是 *nembutal*，由於巴比土酸鹽的作用已公認為不可靠的，及由於其對個人所起效果的差異，我們不主張經常施用它。如用它的時候，則我們願意着重說明，用於上述的原因，不應施用前驅藥，如嗎啡等。最後，如用任何靜脈注射麻醉藥的時候，主要的如 *evipal*, *pentathol*, 及安密妥鈉 (*amytal sodium*)，則我們主張戒行前驅用藥法。所有靜脈注射麻醉藥都帶着其固有的危險的，即過量時無法挽救，而若再加以另一種藥，則可能危及患者生命。

PETER BENT BRIGHAM 醫院

麻 醉 表

姓名	病室	年齡	手術日期
肺	心臟	血壓	尿
前驅藥及時間			體溫

麻 醉 表 之 應 用

麻醉表之應用，對每個外科手術，無論其怎樣簡單，都是必要的。每隔一定的時間便應把血壓，脈率及呼吸率記於表上。記錄應在施用麻醉藥之前便開始，並應在手術後繼續下去，直待患者甦醒為止；術後這一段時期可以間隔較長的時間記錄。這個記錄表可供人隨時澈底了解患者的情況，只須在表上一瞥，便可知患者情形是否良好，而根據表上所列的變化，亦可推知將來。這樣便可以避免發生不幸。茲列出我們所用的麻醉表以供參考。(圖1)

手 術 後 之 指 示

脈搏	呼吸	經過時間(分鐘)
位置		
排液		
用藥		
飲食		

除了提供手術中很重要的情報外，這個表尚載有每個麻醉師所應索取的，關於患者之全身循環，肺及腎情形之特殊報告。表中應載有術前之診斷，並繼之以術後的診斷，這可以作為工作人員教育上的核對及刺激素。表上亦載有手術之正確名稱，這可幫助負責記錄工作的人員正確的保存記錄，本表正面的下端載有麻醉師之評語，這對於研究術後肺合併症最有價值。記上排液物之種類位置等亦可以減少很多顧慮，因為手術過後常有忘記或誤記之事發生。

本表之反面記載術後之指示及某些術後的觀察。這兩者對於術後護理患者及評定患者術後之情況至為重要。最後表上尚有癡旁記錄，如過後發生事情，則此項至為重要。所有這些材料都很重要，應與患者之其他表格記錄同時存案；這些材料構成了護理個別患者及以後研究麻醉法與外科手術的頭等重要價值的工具。

專門範圍內用藥之舉荐

下列之專門範圍內用藥之提議中，我們沒有就藥理上加以解釋。各種手術的類別有數個先決的普遍條件。

在嬰孩外科中，有兩個說明是關乎各種手術的，即（1）催眠藥如嗎啡之應用，必須適合患者年齡而用少量；（2）用全身麻醉使患者失去知覺，這幾乎都是必要的。但這亦有例外，如嬰兒之幽門肌切開術可在局部麻醉下施行，以脫很安全。阿佛汀能消除兒童對手術室的恐懼，故很有價值，但如患者有腎或肝臟之損傷，則禁用之。對年幼患者須用大量（大至如每公斤體重給予110mg），因對年幼或基礎代謝率高的人，宜用大量阿佛汀。

年老的患者則呈相反的現象。普通用局部麻醉較全身麻醉為適宜。這部份是由於理解力與智識已驅除了畏懼心理，而另一部份是由於老年人的內臟常多異常；因此若用循環於全身內之麻醉藥可能產生預料不到之大變化。

I 神經外科

A. 顱內手術

1. 成年人用 1% novocain 局部浸潤麻醉法
2. 兒童患者，欲使其失去知覺者，則用阿佛汀並輔以以脫。

B. 脊柱之手術

1. 阿佛汀，輔以以脫。
2. 1% novocain 局部浸潤麻醉法。

C. 周圍神經系統之手術

1. 除了使麻醉法適應疾病及患者情況外，別無特殊之適應證及禁忌證。Novocain 浸潤麻醉不適用，因浮腫等原因能使需行手術之神經歪曲。

II 甲狀腺外科

A. 善受手術者，不論有無甲狀腺毒性。

1. 阿佛汀輔以以脫有效，尤以患者有甲狀腺毒性的為宜。阿佛汀之數量應隨基礎代謝率高者而增加，每公斤體重可給予80—100mg

B. 不善受手術者，即甲狀腺毒性心臟病（thyrocardiacs），胸骨後甲狀腺腫等。

1. 最好的方法是 1% novocain 浸潤麻醉法。

III 胸部外科

A. 胸壁外科

1. 乳房
 - a. 無特殊之適應證及禁忌證（無需深入麻醉以求鬆懈）
2. 膿胸
 - a. 1% novocain 局部麻醉不錯。
 - b. 普通都不宜用全身麻醉。
3. 結核病之塌陷方法
 - a. 笑氣氧麻醉再加以 1% novocain 局部麻醉。

B 肺外科

1. 笑氣氧或 cyclopropane 麻醉，加以二氧化碳吸收術及壓力區別器（differential pressure apparatus）
- C. 心臟或心臟周圍之外科
 1. 可用壓力區別器作以脫吹入麻醉
 2. 1% novocain 局部浸潤麻醉

IV 腹部外科

A. 腸及膽系統

1. 善受手術者
 - a. 無特殊適應證及禁忌證。
 - b. 作為經常用的，則以阿佛汀（每公斤體重 80mg）並輔以以脫為佳。
2. 不善受手術者，即黃疸，絕食等。
 - a. 1% novocain 局部麻醉，浸潤麻醉內臟則可隨意採用或不用。
3. 特別危險之患者—腸梗阻
 - a. 脊髓麻醉可獲圓滿的鬆懈並使腸管收縮。如有腹膜炎時禁忌施用，以免傳染蔓延。

V 婦科外科

A. 無特殊適應證及禁忌證。

1. 阿佛汀，並輔以以脫。
2. 如所用麻醉藥適於垂頭仰臥姿勢（Trendelenburg position）則可以脊髓麻醉法。

VI 四肢外科，包括截肢術

- A. 不需完全鬆懈時，可用笑氣氧作短時麻醉。
- B. 乾淨之病例中用 1% novocain 局部麻醉。
- C. 靜脈注射安眠朋納作短時麻醉（evipal sodium）
- D. 低位脊髓麻醉。

VII 泌尿生殖器外科

A. 麻醉法須與腎臟情形適合

1. 笑氣氧並加以最小量之以脫。
2. 年老患者中之膀胱，前列腺，尿道及陰莖外科用脊髓麻醉。
3. 靜脈注射安眠朋納作短時麻醉。

VIII 糖尿病患者之外科

A. 四肢外科

1. 脊髓麻醉或用 novocain 作局部麻醉。
2. 如須失去知覺者則用笑氣氧麻醉。

B. 大手術

1. 麻醉藥與四肢外科者同。

第三章 手術前後之護理

麻醉法之發明，在外科界中產生了一種新的動力，因為對於那些並非迫切需要施行手術的患者，也可以說服他們接受外科療法了。在發明麻醉法以前，很明顯的沒有一個患者肯接受那異常痛苦的手術，除非他當時的疼痛很劇烈或了解到不行手術便會發生大害。如患者知道他可以失去知覺時，則說服他應在嚴重的後果尚未呈現之前即除去損害之必要便簡易多了。

以後，當人們知道了防腐法時，外科手術的另一大障礙便肅清；而這時在外科術中亦開始可以有所選擇。此時外科醫生所受的訓練，主要的是解剖學；除了施行手術部份之解剖關係外，全不顧及其他方面。但以後慢慢就發覺疾病率及死亡率仍很驚人，而且一個外科手術的成敗，不但有其解剖上的原因，而也包括了生理上之原因的。

手術前對患者的護理，其性質是在於生理方面的。患者有兩種人，一種是善受手術而另一種是不善受手術的。但我們却絕不能因為他是善受手術而忽略術前的治療，因為後者還可能把它變

茲將手術前後護理之特殊適應證分作三組討論，每一組都含有某些普遍的問題：（一）嬰孩。（二）成年人。（三）老年人。

（1）年齡最小的這一組，反應速迅是其特徵，並且常迅速得驚人。對傳染迅速反應，飲食之輸入與排洩有較大的不平衡，他們易感受傳染而有長期住院的危險，對外傷的抵抗力低弱，及需用裹扎以避免疼痛等都屬常見之事。

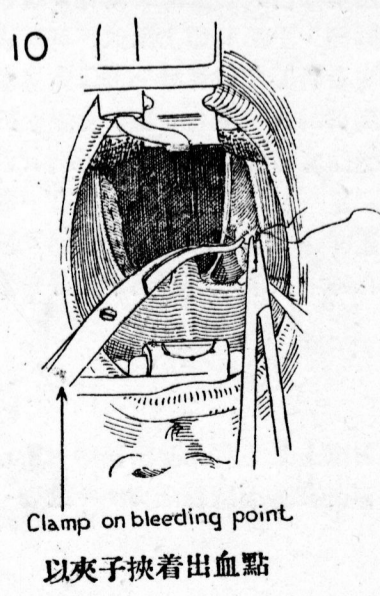
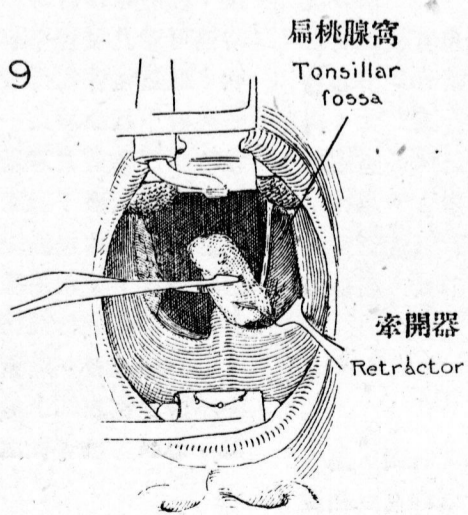
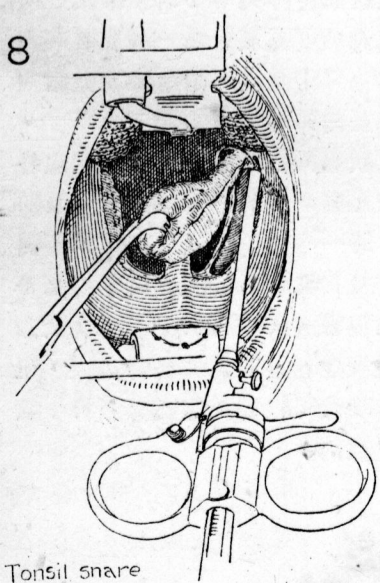
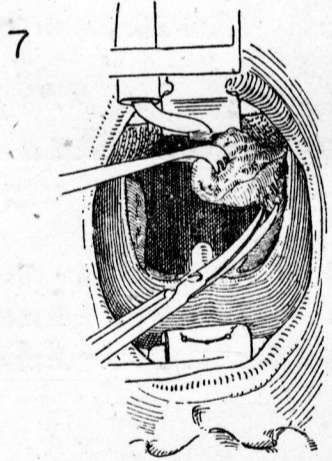
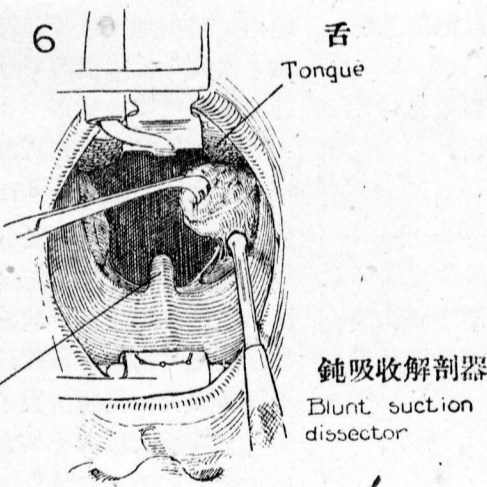
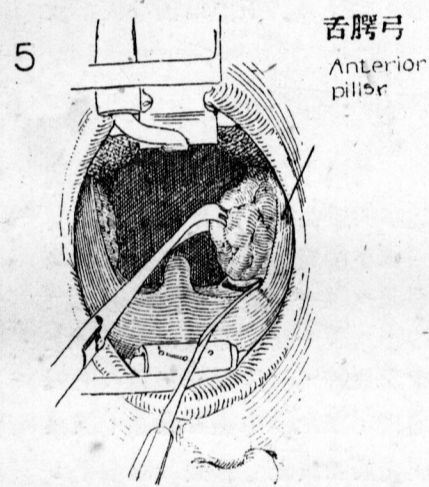
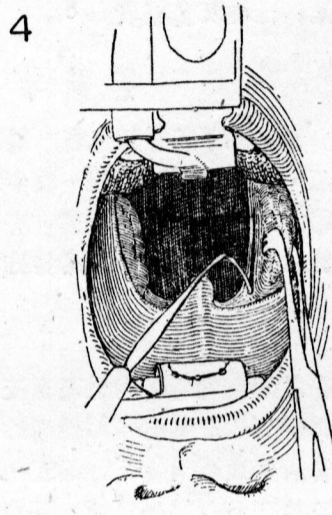
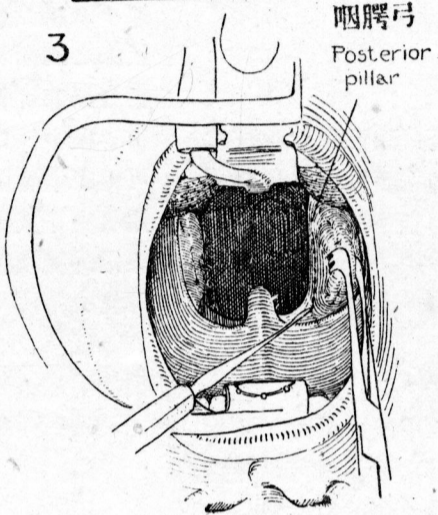
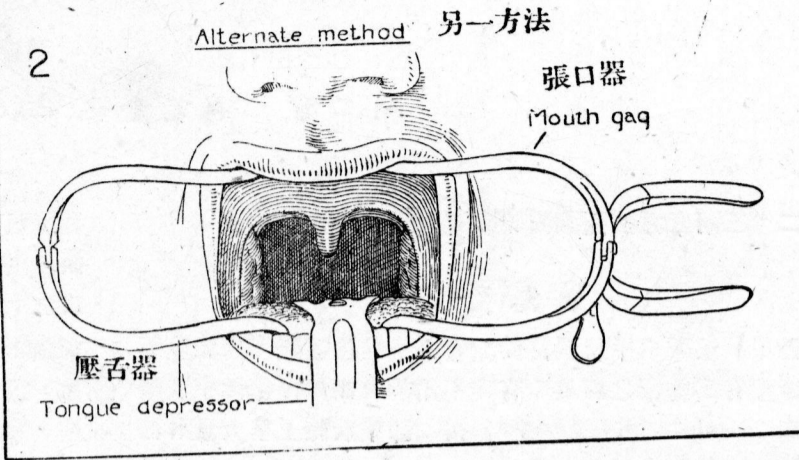
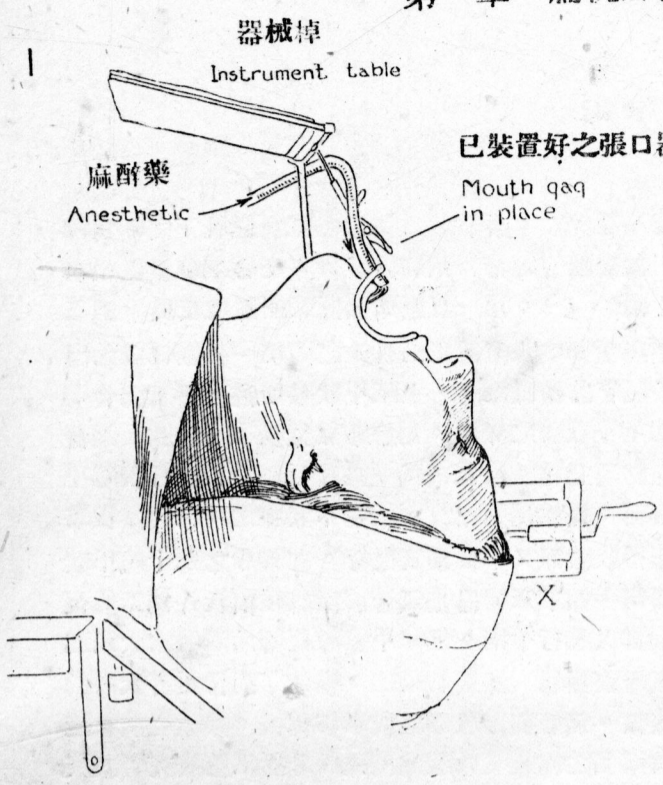
（2）成年人這一組最安全，但由於性生活的影響，及精神肉體上各種各樣的人很多，所以亦須加以澈底的考慮。

（3）老年患者必須有較長之術前觀察及研究時間。這一組人的內臟已受到歲月的影響，特別是他們的循環系統需要小心鑑定，而麻醉之種類及方法亦須適合其缺陷。血栓形成是這一組人最大的危險，故必須盡力防止其發生。毛地黃療法對於五十歲以上的患者便須考慮。手術前長期臥床必定會減低這一重要系統的循環率及全身緊張力。在手術過程中，對大靜脈道須特別小心，手術後則須盡力防止發生全身及局部的循環充血。常常轉換位置





第一章 扁桃腺截除術 TONSILLECTOMY



扁桃腺圈套器

以夾子挾着出血點

第二章 不完全之甲狀腺截除術

(第二,三兩章之插圖應同時研究,因其中互有連繫)

適應証

毒素性甲狀腺腫;甲狀腺良性腫瘤;甲狀腺擴張因而產生壓迫症狀或產生有碍美觀之惡果;有時不用於炎症如硬化性甲狀腺腫及哈氏病(Hashimoto's disease)按:即甲狀腺上呈大量淋巴組織並有纖維性變及萎縮者)。

術前準備

對所有毒素性甲狀腺腫患者,無論其是否突眼性甲狀腺腫或腺瘤之根源,都應先用碘治療,為手術成敗的主要因素。用碘治療之前宜確定口,扁桃腺或牙齒,有無嚴重傳染。患甲狀腺腫但甲狀腺機能並非亢進之患者無需特殊準備。

麻醉

麻醉藥之選用應看疾病之輕重及種類而定。

如氣管受到長期壓迫,如喉瘤性或地方性甲狀腺腫中所產生的,特別當病蔓延至胸骨下時則宜用局部麻醉;因為這可以保證輕柔動作及特別小心處理氣管(氣管軟骨很易受傷故須特別小心)。如在術前有顯明的氣管損傷,則宜插管於喉內,經此施行麻醉。

平常對於輕患者,可在病室給予阿佛汀,這樣可以免除患者在手術室中過於緊張。

久患嚴重的毒素性甲狀腺腫的患者,特別心臟受到損害時,任何對肝臟有害的吸入麻醉劑如以脫及哥羅芳都不適用。

位置

患者斜位躺着,成一半坐着的位置,頸底部置一沙袋使頭仰後成一銳角(圖2)。但如氣管上有大的腺瘤性塊,則不能使頸過於伸張,因為腫瘤壓迫能阻塞呼吸。麻醉師須隨時準備移動患者頭部。

手術準備

用兩條浸於防腐液的消毒巾置於患者頭及頸下,底下的一塊完全攤開,上面的摺上兩次,再將後者緊密的包着患者頸的背部並以安全針固定於鼻樑上,以免患者的頭髮污染手術野。消毒頸及上胸部的皮膚後,將切口位置劃於皮膚的裂紋上(圖2)。再把浸過防腐液的消毒巾用絲線縫於切口下的上的皮上,外側則用巾夾固定。最後用大蓋布(上有一卵形孔的)覆蓋患者。用棹子將大蓋布撐高不使之觸着患臉部。雖然很少需要施行氣管切開術,但在每一次手術中都應準備好一套切開氣管用的器械,以防萬一。

切口與顯露

習慣上是從右上極開始的,所以醫生應站在患者右側,患者伸展頸部在胸鎖關節上方3cm處切一橫切口,切口兩端達到鎖胸

乳突肌之內側緣(圖2)。再將切口切深,直到闊肌下之蜂窩織面,這時達到一個無血管地帶。用利器及紗布交替剝離並提起切口之上下兩瓣(圖3、4)。用一自動牽開器牽開兩塊皮瓣(第三章圖1)。正正在頸部中線上並在兩肌束之間切一直切口以免出血,這切口位於氣管前諸肌之間,上至甲狀腺切迹,下至胸骨切迹,並應一直切至甲狀腺之表面。用絲線結紮所有出血點,這樣便不致讓止血鉗防碍動作。自切口的中央往兩側進行便可剝離甲狀腺之前面及側面。醫生用兩指靠攏插進甲狀腺之外緣,然後將指分開即可剝離甲狀腺而又不致傷及血管。在百分之九十的甲狀腺手術中,只須用一個窄牽開器把氣管前諸肌往前及外側牽開便可獲得適當的顯露以進行手術。但如甲狀腺組織的瘤塊太大則宜用肌夾子夾着氣管前諸肌,然後切離之。但除了對付長有大瘤的腺以外無須這樣做。氣管前諸肌雖經橫形切斷後,其癒合或機能均無大障礙。將兩側之胸鎖乳突肌之內側緣分開以免肌夾將其夾着(圖5),這些肌夾是從內側向外側地將氣管前諸肌夾着的,夾的尖端達到氣管前諸肌的外側緣。然後將夾子提出傷口便不致防碍進行手術了。

手術

施行不完全的甲狀腺截除術時,習慣上是從右上極或較大的一側開始的。在傷口之上端放一個窄的牽開器。將甲狀腺囊及喉頭用鈍器剝離,最好是在此處用一個小的彎曲止血鉗在膜樣的組織上張開一孔以便將甲狀腺推離喉頭。這一步是重要的,因為保持着離開甲狀軟骨則不損傷喉上神經。用一彎曲的止血鉗夾着上極並輕輕的往下拉便可顯露甲狀腺上血管,這些血管在進入上極時即分枝的(圖6)。此時醫生應決定在上極中應否保存甲狀腺質,將第二個夾子夾於腺之上緣或夾於腺質上(即夾於極頂下1cm處)。據我們的經驗,將全極切下較橫切於極上為容易,因為如在囊外結紮了甲狀腺上動脈就更易止血。而且如要保留大量的腺組織,則應保留位於囊後並與甲狀腺下動脈等高之部份。如要保留腺質,則應用夾子橫夾於上極,剩下小塊甲狀腺組織(圖7)。切斷上極或腺的血管後將腺本身往下拉(圖8)並將夾於夾子中的部份貫穿結紮。此時將窄牽開器移至右下極,即甲狀腺最下動靜脈移行至腺中之處。將這些血管在夾中切斷並結紮,同時便可看見氣管(圖9及10)。正確地顯露氣管是一個重要的步驟。顯露氣管並持續將甲狀腺提到傷口中以後,用兩個止血鉗雙雙夾着甲狀腺將其一小部份組織與後囊同時保留(圖10及11)。此時在切斷前常需用止血鉗夾着甲狀腺兩緣之血管,因甲狀腺外靜脈及甲狀腺下動脈的主枝移行於此處。一面進行切斷甲狀腺的組織一面將腺慢慢提至傷口中,並將一小部份甲狀腺組織與後囊同時保留。甲狀腺組織應保留多小及其與喉返神經的關係如圖1所示。手術進行須很小心以免損傷氣管或將移行於甲狀腺囊後方的返神經夾着。的確,背面的腺瘤可能比返神經伸展得更深,但如不斷地把腺往上提進傷口,則同時就可以看見這些腺瘤及甲狀腺下動脈,後者在進入後囊前便分枝的。

第二章 不完全之甲状腺切除术

THYROIDECTOMY, SUBTOTAL

