

毛 主 席 语 录

提高警惕，保卫祖国。

备战、备荒、为人民。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

我们的教育方针，应该使受教育者在德育、智育、体育几方面都得到发展，成为有社会主义觉悟的有文化的劳动者。

改革旧的教育制度，改革旧的教学方针和方法，是这场无产阶级文化大革命的一个极其重要的任务。

学生也是这样，以学为主，兼学别样，即不但学文，也要学工、学农、学军，也要批判资产阶级。

学制要缩短。课程设置要精简。教材要彻底改革，有的首先删繁就简。

第三篇 外科手术学目录

第一章 手术基本知识..... (1)

手术基本知识

外科手术基本原理与操作

抗菌和无菌术

手术室

手术常用器械敷料和用品及其消毒

手术人员的准备

患者手术后的准备

手术基本操作

暴露

止血

打结

缝合

术前准备与术后处理

第二章 常用手术..... (9)

静脉切开术

清创术

阑尾切除术

腹股沟斜疝修补术

小肠切除术

胃十二指肠穿孔修补术

胃大部切除术

胆囊造瘘术

胆囊切除术

脾切除术

胸腔闭式引流术

剖胸术

耻骨上膀胱造瘘术

肾切除术

第一章 手术基本知识

手术是治疗疾病的方法中的一种，和其他疗法一样来源于劳动人民。多少年来劳动人民在与疾病作斗争中，不断地创造和发展了手术治疗技术，累积了极为丰富的经验。但是，在过去，叛徒、内奸、工贼刘少奇极力推行“洋奴哲学”、“爬行主义”、“专家治校”、“业务第一”等修正主义黑货，资产阶级医学权威把手术技术视为己有，加以垄断，宣扬“一把刀主义”，把手术作为追求个人成名成家的工具。他们鼓吹只有刀子才能治病的“政治落实到业务”的谬论，反对突出政治、反对政治统帅业务、反对毛泽东思想，总的一句话，就是反对无产阶级政治；他们单纯地突出“一把刀”的作用，完全无视工农兵病人本身在与疾病作顽强斗争的巨大治疗作用；他们蓄意突出手术者的个人作用，否认手术是一个集体性的群众工作，不恰当地把一切成绩归于个人，过分夸大手术治疗作用，忽视术前、后处理和其他治疗措施。“一把刀主义”完全背离了毛主席“完全”“彻底”为人民服务的教导，盲目追求大手术，不原做小手术；只想作手术者，不想当助手；只想进病房，不想上门诊，只要开刀，不管病人，以至把病人单纯地当作手术的对象，把手术当作捞取技术提高的手段、成名成家的捷径，而造成病人很多不必要的痛苦，损害病员健康，甚至危及生命。这些资产阶级医学权威，在手术设备上一味“贪洋求全”、铺张浪费，留恋城市，指责农村没有现代化的设备，无法开展手术，为不愿意上山下乡制造藉口，实际上是拒绝为广大贫下中农服务。以“外科特殊论”来反对毛主席的“六·二六”指示。他们还以“一把刀主义”种种谬论，毒害和引诱青年一代，妄图使其走上脱离政治、技术第一的斜路上去。既往围绕手术问题上种种触目惊心的事实，说明刀把上的阶级斗争是十分剧烈和复杂的。资产阶级医学权威垄断了手术，广大工农兵病人得不到应有的治疗，造成了手术不为工农兵服务而为个人名利地位服务的严重现象。

“金猴奋起千钧棒，玉宇澄清万里埃”。轰轰烈烈的无产阶级文化大革命，终于摧毁了刘少奇的资产阶级司令部，在毛主席无产阶级革命路线的指引下，工人阶级登上了上层建筑，指挥手术的大权，又回到了劳动人民手里。广大革命医务人员狠批“一把刀主义”，认识到：手术是劳动人民创造的，不是私有的，手术仅是许多治疗方法中的一种，而且是集体性很强的一项工作，“群众才是真正的英雄，而我们自己则往往是幼稚可笑的，不了解这一点，就不能得到起码的知识。”掌握了一定的技术是劳动人民培养的结果。手术获得成功是党领导下集体努力的结果。任何个人不能因此而趾高气扬，骄傲起来。手术要为无产阶级政治服务，要为广大工农兵服务，必须努力学习伟大领袖毛主席的著作，满怀无产阶级感情，到广大农村去，用实际行动落实毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的伟大指示，大破洋教条，大破旧框框，发扬敢想敢干大无畏精神，因陋就简，就地取材，建立起简易手术室。把手术带到农村，为广大贫下中农送手术上门，抢救了不少阶级兄弟。解放军某部全心全意为人民服务先进科的抢救张秋菊

同志，切除九十斤重的大肿瘤便是突出的一例。无数事例告诉我们，只有永远高举毛泽东思想伟大红旗，只有用毛泽东思想统帅手术刀，用毛泽东思想占领手术阵地，才有可能真正做到用手术这一项技术，来为广大工农兵服务，为中国人民和世界人民服务。

外科手术基本技术原理与操作

外科手术的施行，必须通过消毒和灭菌的方法，抑制或杀灭可能到达手术区的细菌，防止感染，以利病员早日恢复健康，重返社会主义建设岗位，“抓革命，促生产，促工作，促战备”。然而，绝对无菌客观上是不存在的，一味追求“条件”、“设备”的资产阶级错误思想必须进行彻底的批判。根据伟大领袖毛主席“备战、备荒、为人民”的号召，从客观实际情况出发，充分调动人的积极因素，利用各种有利条件，因地制宜地进行消毒和灭菌。

一、抗菌术和无菌术

应用各种化学药物来消灭存在于体表上的细菌叫做抗菌术；而将一切与手术区域或伤口接触的物品，预先彻底地消灭其附有的细菌，以预防接触感染的发生叫无菌术，造成术后感染的来源有：手术室的空气感染，手术用物和医务人员的接触感染，病人自身手术区皮肤的感染。如果在上述某一具体细节上疏忽了，就有可能发生感染，给病人带来不必要的痛苦。所以，我们必须学习白求恩同志“对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱”的精神，认真按照抗菌与无菌术的要求，在手术整个过程中，做好消毒灭菌工作。

二、手术室：

不要“贪洋求全”、铺张浪费。事实证明，在我国广大农村，到处都可以创造条件，就地取材，建立简易手术室，来为广大贫下中农病人服务。文化大革命以来，我院革命医务人员，在驻院工、军宣队、革委会领导下，遵照伟大领袖毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去。”的教导，组成了一批批医疗队，上山下乡，他们就在公社卫生医院或大队卫生所创建的简易手术室内，在马灯、手电筒的照明之下，施行了较难、较大的手术，抢救了许多重危病人，博得了广大贫下中农的赞扬与好评。当然，手术室的选择，不要靠近厕所、粪坑、污水池、牛棚与猪圈的地方。周围环境要打扫清洁，光线要明亮。如遇紧急情况，在病人家中也可以利用堂屋作为临时手术室。

手术室内布置简单、实用，手术台也可利用门板、床板铺以麦草上盖单被或塑料单来代替。室内墙壁可用白报纸或旧报纸表糊。手术室要通风，要开窗，在寒冷季节室内用木炭或煤炭取暖时，更要注意通风，以免发生中毒。

手术急救用品要放在显眼易拿的地方，并有一定的安放顺序。已消毒好的用品和还没有消毒的东西要严格分开放，并有一定的地点，以免拿错。手术室内不要放置和手术无关的物件。

手术室内空气消毒可用2%来苏儿溶液（一盆水中加入来苏儿5—10毫升）喷雾，也可用5%漂白粉溶液喷雾。喷雾后密封一小时。甲醛熏：术前一日将室密闭，按每立方

公尺用40%甲醛4~8毫升计算,使之自行蒸发灭菌。

手术室若为地板或砖地,每次手术后冲洗干净,洗去脓血等物;若为泥土地、要铲去秽泥。进入手术室时,要更换专用的清洁拖鞋,如果没有,也可以冲洗干净的塑料鞋或雨鞋来代替。手术室不准吸烟、吐痰和乱扔废物,要禁止闲人随便进入手术室。

三、手术常用器械、敷料和用品及其消毒

(一) 手术常用器械、敷料和用品

为了手术需要,我们要遵照毛主席“什么事情都应当执行勤俭的原则”的教导,防止铺张浪费,准备一些必要的器械和敷料。

1、手术器械:常用的有手术刀,使用时将刀片按装在刀柄上,刀片有圆、尖、弯刃及大、小之分,刀柄有大、小之分,一般随手术需要选择应用。手术剪:有组织剪和剪线剪,前者大多是锐头的,质量较高,用来剪开组织,有弯、直两种;后者质量较低,大多是钝头直剪。止血钳,也叫血管钳,有直、弯两种。用来钳住血管以止血。蚊式血管钳是细小精巧的血管钳,有直弯两种,用于脏器、面部及成形手术的止血。此钳不宜钳夹大块组织。手术镊有无齿镊和有齿镊两型。有齿镊多用于提起皮肤、皮下、筋膜、肌腱等组织;而提夹血管、内脏、粘膜都要用无齿镊。持针钳用以夹持缝针,其上端较短,口内有槽,应注意与血管钳区别。组织钳用以钳夹软组织、肿瘤被膜、阑尾系膜等,有时用以牵引组织或钳夹纱布垫。布巾钳固定布巾,有时用以牵引组织。

2、缝针:大小、弯度、粗细种类很多,适用于不同手术部位的需要。常用的是弯针,分圆针和三角针二种。缝合软组织用圆针,缝合皮肤、韧带用三角针。针孔有穿孔和弹机孔两类,后者是将缝线自针尾压入。

3、缚线:常用的有丝线肠线二种,有各种粗细不等的规格,丝线对组织反应较小,但不吸收,肠线应用的都是铬制肠线,于数星期后被组织吸收而消失。

4、敷料:常用的裁制成小方形或长方形的纱布块,用来拭擦手术中的渗血和脓液等分泌物,也用来蘸碘酒和酒精溶液来消毒皮肤。手术切口的皮肤周围可用白布裁成长方形的手术中巾;小切口可用中央开孔的洞巾。为了节约也可用塑料单来代替布类。在有些情况下,用高压蒸气消毒的旧报纸来代替布类。

5、其他必要用品:医用手套,常用的有6 1/2、7、7 1/2号的;各种导管、玻璃管、搪瓷和钢精盆、换药碗、引流管和脚踏吸引器等。

(二) 器械、敷料和物品的消毒

1、蒸汽消毒法

(1) 高压蒸汽消毒法:以手提式高压蒸汽消毒器为方便。布类、丝线、金属器械、瓷类器皿、塑料制品,在15磅压力(即121.6°C)下消毒30分钟,橡皮手套等消毒10分钟即可。在锅内灭菌的物品,不宜包得过紧和过大,包裹排列也不宜过密,以免阻碍蒸气深入包裹内部影响消毒效果。

(2) 蒸笼消毒法:洗净蒸笼,将包好物品蒸一小时。若置于密封管中的明矾粉末在消毒完毕时已溶化,表示已达到消毒目的。若明矾未溶化,再蒸1—2小时。

2、煮沸消毒法:

将器械物品置于水面下,加盖煮沸15分钟便达到消毒目的。如于水中加碳酸氢钠使

成2%溶液，既可防止金属物品生锈，又能提高温度到105度。适于金属器械（不包括刀、剪、针等锐利器械以及一些精密器械）瓷类器皿、橡皮、塑料物品。注射器要抽去针蕊，分别包好，先放入冷水内，然后加热煮沸，而橡皮类则应待水煮沸后，才能放入。

3、化学灭菌法：

锐利器械如刀、剪、针、精密仪器、膀胱镜等，不宜采用上述方法灭菌，临时急用的器械，亦可用此方法。常用的化学药物如下：

（1）75%酒精浸泡半小时以上，酒精1~2周更新一次。

（2）1:1000新洁而灭溶液，浸泡30分钟，其溶液1~2周更换一次。

（3）10%甲醛溶液浸泡半小时。

（4）纯煤酚皂溶液：浸泡1小时。

浸泡前必须将器械上的油脂擦净，剪刀要打开，使用前，要用生理盐水洗净。

接触过脓液的器械，应先放于2%煤酚皂溶液内浸泡1小时，如接触过破伤风或气性坏疽芽胞细菌的器械，则应浸泡半日，然后刷洗并煮沸1小时，再按常规进行消毒。

4、火烧灭菌法：个别金属器械急用时，可将器械放于搪瓷皿内，加95%酒精少许，点燃消毒。但此法对器械损耗较严重，不可滥用。

四、手术人员的准备

手术人员必须怀着对阶级弟兄的高度责任感，牢记伟大领袖毛主席“救死扶伤，实行革命的人道主义”的教导，进入手术室后必须严格执行无菌规程。

（一）更衣：换上干净的短袖内衣。上臂下段外露。剪短指甲，锉平甲缘，戴上手术帽及口罩。

（二）洗手：先用普通肥皂及清水将手臂擦洗一遍，再用消毒刷子蘸肥皂溶液依次刷洗手、前臂及肘上三寸处。应注意刷洗指尖、甲缘、指间和皮肤皱纹较多处。刷洗后，用流水冲洗，冲洗时手指向上，使水由指流向肘部滴下。如此刷洗三遍，约十分钟。洗完后，将手举于胸前，用灭菌巾或纱布将手、前臂、及肘部顺序擦干。将手臂浸泡于75%酒精或1:1000新洁而灭溶液内五分钟。然后依法穿手术衣和戴上手套，准备进行手术。

五、患者手术区的准备

患者于术前一日尽可能洗澡一次，剃除手术区毛发，用肥皂和清水洗净皮肤。紧急手术时，术前用肥皂和清水刷洗手术区皮肤多遍，去净污垢。病人进手术室脱去手术区衣着后，睡好体位，手术人员于洗手完毕，但在戴手套前，进行手术区皮肤消毒，常用2.5%~4%碘酊，碘酊干后，用75%酒精脱碘两遍。粘膜、外阴，鼻眼周围皮肤柔弱部位或对碘酊过敏的患者，则用2%红汞溶液或2%红汞酊，也可用1:1000硫柳汞酊或1:1000新洁而灭溶液进行消毒，再用75%酒精拭擦。铺好手术巾，即可进行手术。手术巾一经铺下去，不能随便移动，必要时只能外撤，不能内移。

消毒原则：无菌手术应自手术区中心向周围逐渐涂擦，其范围应超过切口四周约15厘米。感染伤口或肛门手术的消毒方向与上述相反，应自清洁的周围皮肤开始，最后擦感染伤口或肛口处。

在整个手术过程中，手术人员必须遵照毛主席“我们的责任，是向人民负责。每句话，每个行动，每项政策，都要适合人民的利益，如果有了错误，定要改正，这就叫向人民负责”的教导，严格执行无菌操作，手臂不能接触未消毒的物件，消毒用具掉到消毒中外或地上，不能拿回来，需要时重新消毒后再用。汗珠不要落在手术区内，不向手术区咳嗽或打喷嚏。一旦发现自己或他人违反无菌操作时，必须立即改正。

五、手术基本操作

尽管外科手术种类繁多，手术的范围和复杂程度也各有不同，但其基本操作都是相同的，毛主席教导我们：“我们能够学会我们原来不懂的东西”。工农兵学员在“全心全意为人民服务”的思想指导下，以白求恩为榜样，“对技术精益求精”，为革命苦练基本功，更好地为全国人民和全世界人民服务。

外科器械的使用、结扎、止血等具体操作方法不再一一叙述，仅对一些基本原则简述如下：

（一）暴露：手术野暴露充分是手术能够顺利进行的先决条件，一般表浅病变的切除，切口多选择病变局部的表面。胸、腹、四肢及关节的手术的切口选择须结合局部解剖情况全面考虑，即：

- 1、直接暴露手术区，必要时便于延长切口。
- 2、损伤最小，不切断重要的血管、神经。
- 3、不影响功能，愈合牢固。
- 4、切口大小适当，对组织损伤小且操作方便。

深部组织的暴露，还需要正确使用拉钩以及利用大纱布垫，将不需要的组织器官隔开。

（二）止血：完善的止血，是保证手术野良好暴露，防止失血的重要措施，术中常用的止血方法是止血钳对出血点进行钳夹，钳夹组织要少，后用丝线结扎，结扎一定要牢固。深部血管常先分离一段后，于远近端分别结扎后再行切断，在近心端再结扎一次或行贯穿缝合结扎。广泛的毛细血管渗血，可用热盐水纱布垫压迫止血或用止血药物，如明胶海绵，止血粉等。较大血管的出血，一时无法暴露出血点，病人又处危急情况之下，可用纱布垫或手指压迫止血，同时输血，待病员血容量初步纠正，情况好转后，再寻找出血点，予以可靠的止血。

（三）打结：是手术中极为重要的操作，如打结不正确，使结扎线滑脱，造成继发性出血，给病员带来不必要的痛苦，甚至危及生命。

1、结的种类：

（1）方结：最常用，用于结扎一般血管与各种缝合的结扎。

（2）外科结：由于第一道线重复绕两遍，磨擦面大，打第二道结时不易松脱，因此牢固可靠，用于结扎大血管。

（3）三重结：是三个方向相反的单结，如此结扎牢固可靠，用于结扎重要组织如动脉等。

2、打结的方法：

（1）单手打结：方法简便，应用广，左、右手都可应用。当线头过短时不宜应



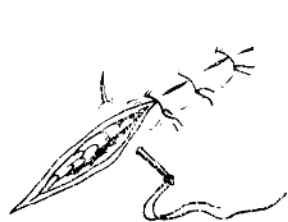
用。

(2) 双手打结：用于深部组织的结扎或缝合时，线头较短时也可用，但操作较单手打结稍复杂。

(3) 持钳打结：适于深部的结扎或缝扎，或线头较短时用此法。

(四) 缝合：切开组织的缝合，应按解剖层次进行。缝合后组织不应留有空隙。缝合处要整齐，缝合的皮肤边缘应略向外翻，以利对拢和切口愈合。常用的缝合方法有：

1、间断缝合：用于被切开的两边缘对合起来，如皮肤、肌肉、肌膜、胃肠道第一层吻合等。间断缝合中又可分为单纯间断缝合和8字形缝合。



单纯间断缝合

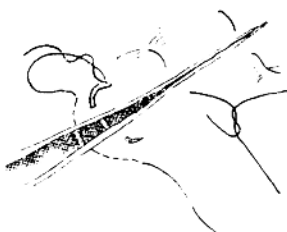


8字形缝合

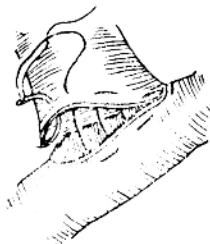
2、外翻缝合：用于被缝合的两边缘要求内面光滑时，如腹膜的关闭、血管的吻合等。也用于松弛皮肤的外翻缝合。外翻间断缝合又可分为间断和连续两种。间断外翻缝合方法也叫褥式缝合。



间断外翻缝合
(褥式缝合)

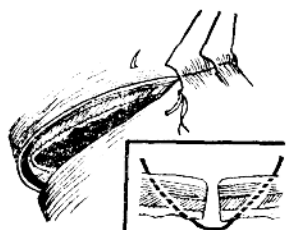


间断外翻缝合
无褥式缝合

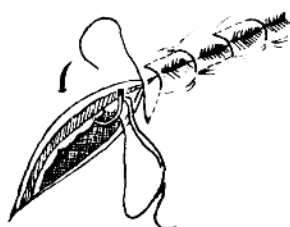


连续外翻缝合

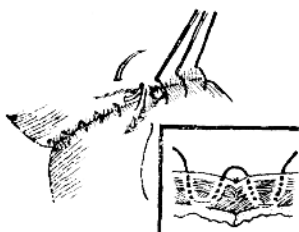
3、内翻缝合：用于被缝合的两边要求外面光滑、组织内翻的缝合，如胃肠道吻合时，全层内翻缝合，也有间断和连续两种。胃肠道浆肌层缝合方法，虽属单纯间断缝合，但有内翻作用，也可列入此类。特殊的浆肌层缝合有荷包缝合。



向断内翻缝合



连续内翻缝合



胃肠道浆肌层缝合



荷包缝合

六、术前准备与术后处理

(一) 术前准备

伟大领袖毛主席教导我们：“不打无准备之仗，不打无把握之仗，每战都应力求准备……”术前充分的准备工作是取得手术成功的主要条件之一。准备首先是思想上的准备，参加手术人员都要用毛泽东思想武装自己，以白求恩为榜样，做到两个“极端”；同时，对病人要宣传毛泽东思想，做过细的工作，调动病人对疾病作斗争的意志，增强其对手术的信心，使其主动配合手术。术前要详细检查病人，要了解病人的全身情况，要详细的检查心、肺、肝、肾有无其他疾病，有无手术禁忌症。询问病员有无小伤后出血难止的病史，测定出血时间和凝血时间。对一般情况差、衰弱、营养不良的病人术前应给以适当的补充营养。要根据手术类别、麻醉和术后处理的要求，进行一些具体的准备，如术前一段时间的禁烟、抗菌素及普鲁卡因的过敏试验。术前一日，如无禁忌，病人可洗澡一次，剃去手术区及其附近的毛发，清除积垢，当晚可给安眠药物。手术当天早晨禁食。进手术室前排尿一次，注射麻醉术前用药，镶假牙者取下假牙，病人随身带的重要物品送交家属保管，送病人到手术室。

为了手术的顺利进行，应组织术前讨论，发动群众献策，依病情和估计到的术中变化拟定出一个全面的手术计划，进行术前、后的人员组织安排，使参加手术的全部工作人员，都心中有数，各有专职。如果手术中发生紧急而需要抢救时，要做到事事有人管，处处有人在，不至处于忙乱状态。

(二) 术后处理

手术終了并不是治疗的结束。要保证手术的最终的胜利和病人顺利的恢复健康，术

后处理是很重要的一环。术后回病房的病人，尤其是手术较大的病员，更需严密观察病员，麻醉未清醒前，注意随时防止呕吐，头放侧位。术后病员往往不愿多说话，医务人员必须要善于观察病人的表情和细小动作。帮助病人翻身、咳嗽、递给嗽口水、吐痰杯、小便壶。注意伤口有无出血、和恶心、呕吐、气急等情况，并随时做好病人思想工作。包了小夹板、石膏绷带的病肢，注意其血液循环是否良好，若露出的肢端出现麻木、发凉、变紫和肿胀要及时拆除，重行包扎。

小手术病人术后即可进米汤、稀粥之类食物。若无禁忌，鼓励病员早期起床活动。用止痛药物或针刺治疗给病人止痛。注意输液速度及输液反应。

术后常见的短期不适和并发症有：

1、伤口出血：往往在术后24小时内出现，是由于术中止血不完善所致。微小渗血多能自止。如有较大血肿形成时，用粗针进行穿刺抽吸，再行加压包扎。有明显而不能自止的出血急需手术止血。

2、腹胀：腹部手术后腹胀，每于术后二、三日内恢复，可以针刺足三里、气海、天枢、大肠俞、次髎等穴；或放肛管。早期活动能促进肠蠕动恢复，解除腹胀。如72小时以上仍有腹胀，不排气，则应考虑有无肠梗阻，并应进行严密观察。

3、尿潴留：盆腔、会阴部手术，每由于疼痛引起反射性括约肌痉挛而发生，可行下腹部热敷，针灸治疗。如超过12小时仍不能排尿，则应考虑导尿。

4、切口感染：术后第三、四天伤口疼痛多半已减轻或消失，若伤口疼痛加重，又有明显压痛，或伴有体温上升，则应立即检查伤口。轻度感染仅有红肿、压痛、或有硬块出现，应用热敷和抗菌素。若已化脓，应立即拆除缝线，放出脓液，每天进行换药。

5、肺炎：术中术后受凉、感冒，或由于伤口疼痛不敢咳嗽和口腔内细菌吸入，极易发生肺炎、肺不张等并发症。预防方法：术中术后注意保温以及术后鼓励病员咳嗽，咳痰和多作深呼吸。

第二章 常用手术

靜脈切開術

适应症：

- 一、急需输液、输血抢救，而静脉穿刺有困难者；
- 二、某些大手术，术中需要保证输液、输血，而静脉穿刺不能满足要求者；
- 三、病员躁动不安，静脉穿刺后难于固定，针头容易脱出者；
- 四、小儿做比较大的手术，术中最好做静脉切开。

部位的选择：

常用内踝前的大隐静脉，肘前静脉，必要时可切开股部卵圆窝处的大隐静脉。

麻醉：清醒的病员，应以0.5%普鲁卡因溶液2毫升作局部浸润麻醉。

手术步骤：

以内踝前大隐静脉为例：

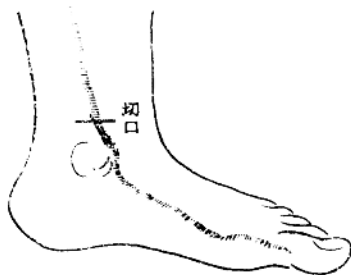
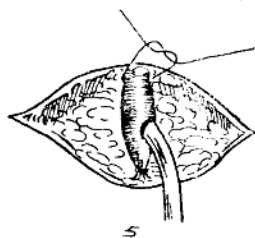
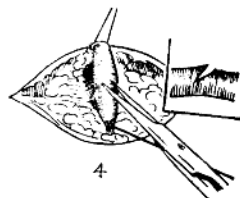
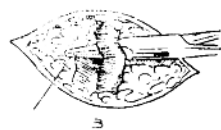
一、患者仰卧，两腿稍为分开，手术侧下肢外旋，显露内踝，消毒皮肤后铺无菌巾。

二、在内踝前上方约1.5—2厘米静脉最明显处作麻醉后，作长约1.5厘米横切口。依次切开皮肤及皮下组织（图1、2）。

三、用弯血管钳将大隐静脉游离出1.5厘米长的一段，在静脉下方穿过两根细丝线（图3）。

四、先结扎远侧丝线，暂不剪断，便于安置导管

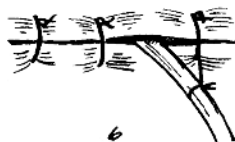
时作为牵引；近侧丝线暂不结扎（图4）。左手轻轻向下牵拉远侧结扎线，使静脉固定，在其上方将静脉前壁全层剪一横切口，右手持与静脉输液瓶相连接并已充液驱气的



1



2



6

塑料管，轻轻插入静脉管腔内约5—6厘米深。

五、检查静脉输液通畅后，结扎近侧端的丝线，使静脉与塑料管固定（图5）。

六、将远端和近端的结扎线剪短，用细丝线间断缝合皮肤，并将皮肤缝线的线尾结扎于塑料管上加以固定，以防滑脱（图6）。

七、用消毒纱布复盖切口，包扎、固定。

清 创 术

凡软组织开放性损伤，都有不同程度的污染，如又有组织坏死，则更有利于细菌繁殖生长。因此，为了消除或减少创口发生感染的机会，促进愈合，在受伤后短期内应行创口的初期处理。切除所有被污染和失去活力的组织，除去伤口内的异物及血凝块，此等措施名为清创术。

清创术处理原则：

一、应首先处理全身严重情况（如休克、大出血等），如有疼痛应给止痛剂。

二、在全身情况许可下尽早施行清创术。伤后6—8小时以内，染污不严重的创口，经清创后可作初期缝合。

三、伤后超过12小时的创口，一般不做初期缝合，清创后用无菌盐水纱布填塞。

四、胸膜腔、腹膜腔、关节腔等损伤时，在彻底处理创口后，应尽可能将其关闭。

五、头面部血液供应丰富，不须剪去过多的组织，12—24小时内仍可考虑清创后缝合。

麻醉：一般创口可用局部浸润麻醉，如创伤严重，创口大而深者，应选择其他适当的麻醉方法。

手术步骤：

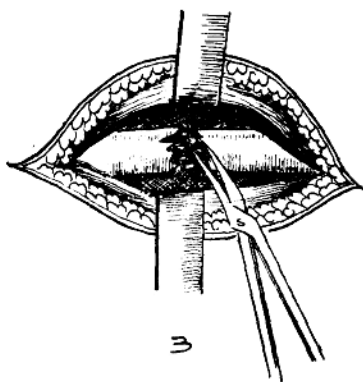
一、麻醉后，创面用消毒纱布复盖，剃去创口周围的毛发。术者戴消毒手套，用乙醚或汽油擦净创口周围皮肤，再用肥皂水刷洗2—3次，然后用无菌水冲洗干净。

二、去除复盖创口的纱布，创口内用无菌的生理盐水充分冲洗，使血块、异物冲洗出来。再用消毒纱布拭干。

三、用硫柳汞酊（或用碘酒、酒精）消毒创口周围皮肤，铺无菌巾，术者更换消毒手套。

四、用锐刀沿创口边缘切除0.5厘米宽的皮肤，并可沿肢体长轴将创口扩大，暴露深部损伤的组织（图1）。

五、切除皮肤后，另换一把无菌的手术刀，切除损坏了的皮下组织和筋膜等，并将



创口深部打开，将失去生活力的肌肉予以切除（图2）。

六、如有异物、血凝块和游离的碎骨片等，都应将其除去（图3）。出血点用止血钳夹住，用丝线结扎。

七、重新消毒皮肤，更换器械（器械不足的情况下，可用酒精将器械擦一擦）。

八、用无菌生理盐水冲洗伤口后，用丝线作稀松的间断全层缝合。缝合时不要留下空腔。

九、可将断裂的神经、肌腱缝合，如有感染或条件不可能者，留待创口愈合后再作处理。

十、关节受伤时，进行清创后，用生理盐水冲洗关节腔，注入青霉素，然后将关节囊缝合。

十一、手术后用无菌敷料包扎。

注意事项：

一、给予抗菌药物，预防感染。

二、注射破伤风抗毒素血清1,500单位。

三、术后伤肢应作适当固定。如伤口出现感染，应及时拆除缝线，通畅引流。

阑 尾 切 除 术

（一）适应症：

1、急性及慢性阑尾炎。

2、急性穿孔性阑尾炎并发弥漫性腹膜炎。

3、急性阑尾炎已形成阑尾包块，可先行非手术治疗，待肿块消失3个月后再施行阑尾切除术。如病情恶化，包块增大而形成阑尾脓肿时则需作引流术。

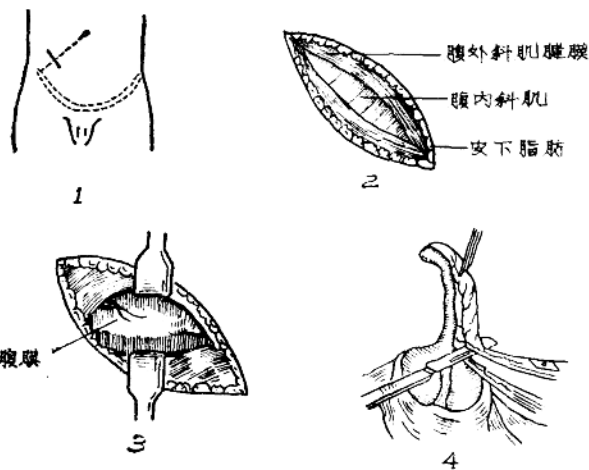
（二）麻醉：一般用腰麻或局部麻醉。

（三）手术步骤：

1、右下腹斜行切口：

将脐与右髂前上嵴作一连线，三等分，以中1/3和外1/3交界点为中心，作与此连线相垂直的切口。一般长6~7厘米（图1）。

2、切开皮肤、皮下组织。沿肌纤维方向切开腹外斜肌腱，并沿肌纤维方向分开腹内斜肌和腹横肌。（图2）用浅拉钩插入肌层并行钝力拉开，显露腹膜（图3）。



3、术者和助手各持血管钳一把，于切口中部相对部位钳起腹膜，扪摸腹膜下没有钳住其他组织后，用刀在两血管钳间切开一小口，用剪刀将腹膜按切口的大小剪开。剪开腹膜时可用左手食、中指插入，将腹膜内脏隔开，以免损伤。用挂钩拉开腹膜。

4、推开小肠或以湿纱布垫加以保护，用手指裹以纱布将盲肠拉出切口，沿结肠带，探查和找到阑尾，观察其病变情况。

5、用组织钳夹住阑尾尖端部系膜，作为牵引，将阑尾系膜轻轻牵开。用血管钳在阑尾系膜中戳一小孔，然后用两把弯血管钳夹住系膜，在两钳中间切断系膜，近端系膜贯穿结扎（图4）。

6、在盲肠壁上，围绕阑尾根部作浆肌层的荷包缝合，其大小依切除阑尾后能将阑尾残端埋入而定。荷包缝好后，暂不抽紧，仅打一活结（图5）。

7、用血管钳轻轻挤压阑尾根部，用中丝线于该处结扎（图5）。在结线远端约0.5厘米处，以直血管钳夹住阑尾。用湿纱布保护好盲肠，沿血管钳切除阑尾，分别用碘酒、酒精、盐水棉花棒涂擦阑尾残端。

8、术者提起荷包缝线，准备打结时，助手应用无齿镊或蚊式钳将阑尾残端送入荷包口内，二人动作要协调，然后术者打结荷包缝线，埋入阑尾残端（图6）。

9、清点纱布块和手术器械无误，放回盲肠，丝线连续缝合腹膜，逐层缝合腹壁。

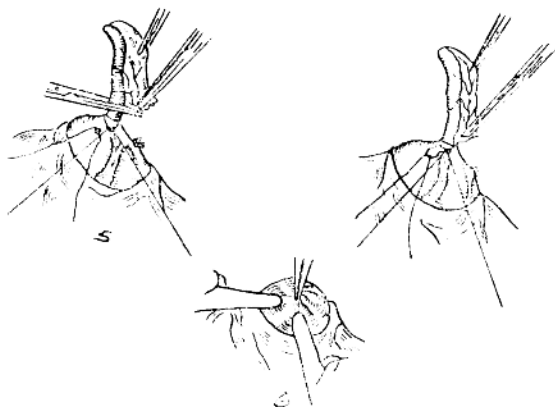
（四）注意事项：

1、切开腹膜后，要用纱布块填塞好，避免发炎的阑尾接触腹壁，污染切口各层。

2、阑尾位于盲肠后位或粘连甚紧时，可用逆行切除法。先切新阑尾根部，埋好残端，然后再处理阑尾系膜。

3、阑尾系膜近端结扎，须行双重结扎或贯穿缝扎，以免结扎线松动、滑脱，造成术后出血。

4、荷包缝合宜从结肠带处开始，进针不可太深，以免刺入肠腔。小心避开盲肠壁上的血管，以免误伤引起水肿。



腹股沟斜疝修补术

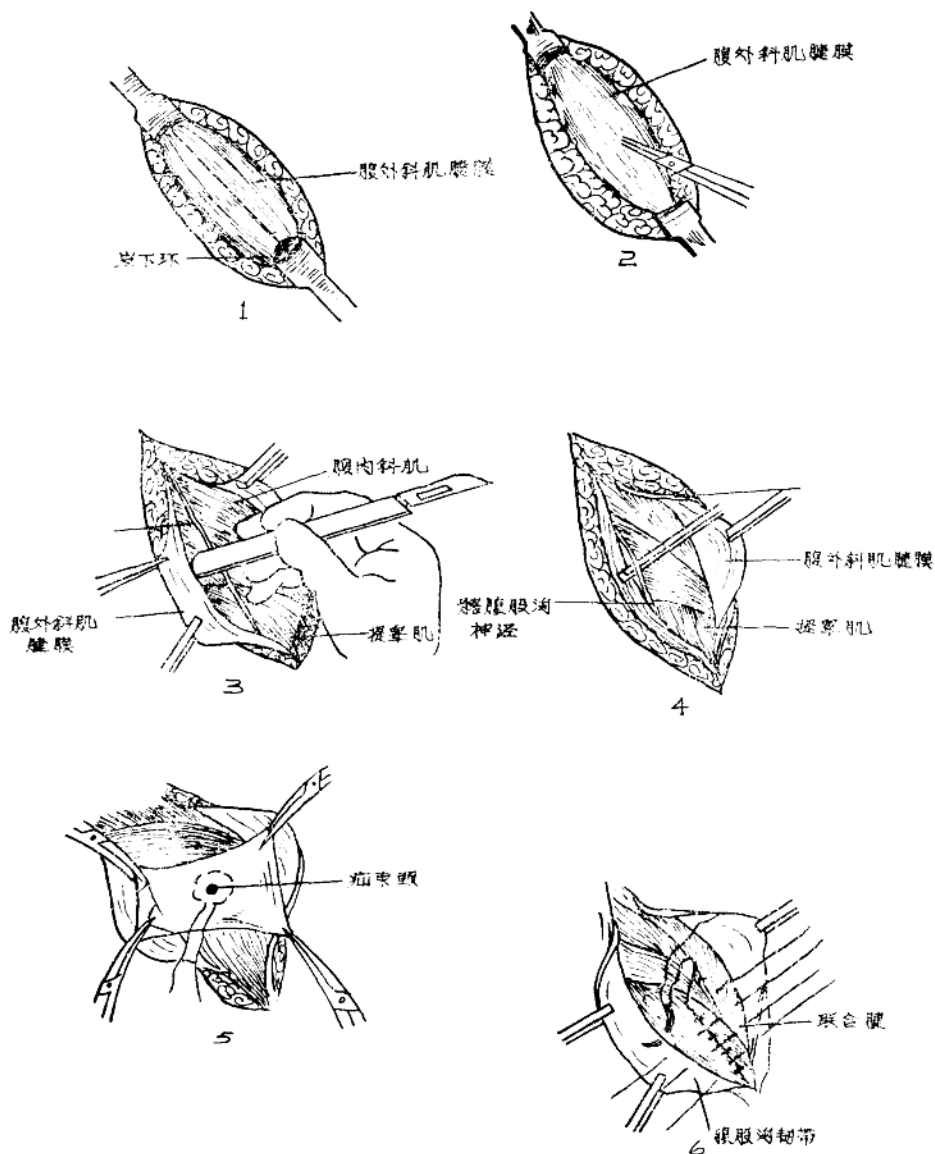
（一）适应症

半岁以上小儿及成人的腹股沟疝均可施行手术治疗。年老、体弱和全身有其他严重疾病、全身或局部有化脓感染病灶时则为手术禁忌症。

(二) 手术步骤:

1、在腹股沟韧带上约2厘米处,作与其平行的斜切口,长约6厘米,内侧止于耻骨结节,外侧止于腹股沟韧带中点上方,相当于腹内环处。

2、沿腱膜纤维方向切开腹外斜肌腱膜及皮下环,切开时先用刀在腱膜上作一小切



口,或自皮下环插入有槽探针,用弯剪刀钝性分离腱膜下组织后,再行剪开,避免损伤腱膜下方的髂腹下神经及髂腹股沟神经。(图1、2)

3、用有齿镊子先后提起腱膜的上、下缘，用刀柄钝性分离，上叶剥离至联合腱露出为止，下叶剥离至腹股沟韧带处。（图3）

4、分离髂腹下和髂腹股沟神经，用两把组织钳分别夹住腱膜上、下叶边缘，将该两神经分别隔离于腱膜上、下叶的外面。（图4）

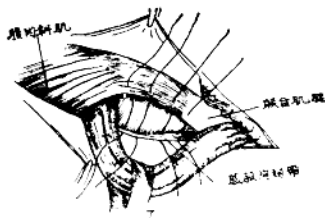
5、沿肌纤维方向切开提睾肌，显露精索及疝囊，可见疝囊位于精索的前内侧，一般不难分辨，如分辨有困难时，可嘱患者咳嗽或腹部用力则可见疝囊胀大。提起疝囊前壁，然后切开，检查疝内容物，并将其回纳入腹腔，术者用食指探入内环，了解腹壁下动脉以及腹股沟管后壁薄弱情况。切断疝囊后壁，使整个疝囊横断，疝的远端留在阴囊内，不必剥去，左食指伸入疝囊的近端，顶住囊壁，右食指裹以湿纱布将疝囊作钝性剥离至疝囊颈处。

6、在囊颈内面用丝线作荷包缝合，封闭疝囊颈；亦可行贯穿结扎。结扎疝囊颈时，切勿缝扎肠管、大网膜及腹壁下血管（图5）。

7、切除多余的囊壁，让疝囊颈残端自行回缩于腹内斜肌后面。

8、儿童病员经上述处理后，即可逐层缝合切口，但缝合腹外斜肌腱膜至皮下环处，应保留可插入小指的宽度，以免压迫精索。

9、成人病员，如腹股沟管后壁尚较坚强，可以不必游离精索。在精索前方，将腹内斜肌和联合腱用丝线间断缝合于腹股沟韧带上（腹股沟韧带上的缝线，不宜在同一水平上，以免在结扎时将整个纤维组织拉脱）（图6），再将腹外斜肌腱膜上、下叶作对边或重迭缝合。再缝合皮下组织和皮肤。



10、腹股沟管后壁薄弱，则须游离精索，在精索后方，将腹内斜肌和联合腱用丝线间断缝合于腹股沟韧带上，放精索在其前面，再逐层缝合切口（图7）。

小 肠 切 除 术

（一）适应症：

1、战伤中，小肠广泛性创伤穿孔无法行修补术者，或肠系膜断裂后所属小肠失去血供应而发生肠坏死者。

2、由于粘连、束带绞窄、扭转以及发窄性疝而形成一段小肠坏死者。

3、肠伤寒或肠结核造成一段小肠多发性穿孔，或局部组织炎症水肿无法进行修补者。

4、末端回肠炎造成肠腔多处狭窄或出血穿孔者。

5、小肠良性或恶性肿瘤。

（二）术前准备

一般病例除插胃管外，无特殊术前准备。伴有弥漫性腹膜炎者，术前需及时输血、补液、抗休克。

(三) 手术步骤:

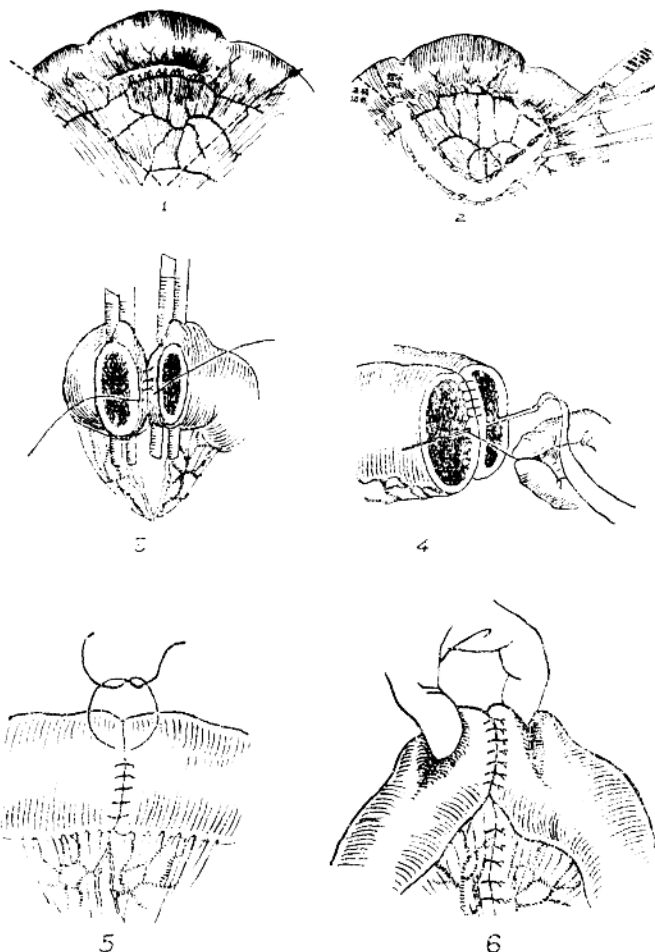
1、将准备切除的小肠提起, 用盐水纱布使它和周围手术野隔离。计划切除肠段的范围, 一般应离病灶 5~6 厘米, 近端肠管多切, 远端肠管相对少切(图 1)。

2、在要切除范围的肠系膜上, 作扇形切口, 切断并结扎肠系膜血管(图 2)。

3、在预定切断处的肠管外侧, 分别夹上套有橡皮管的肠钳, 防止切开时肠内容物流出(图 2)。

4、用有齿人直钳分别夹在病变肠管两端准备切断的地方, 并使钳与肠管横轴呈 $30\sim45^\circ$ 角的倾斜(图 2)。

5、在血管钳的外侧切断肠管(图 2), 去除病变肠段, 并用纱布球拭净断端内肠



内容。

6、将两侧断端并拢, 先于后壁浆肌层用丝线作一系列缝合。(图 3)