

軍陣外科學

(第 六 部)

華東醫務生活社出版

成形外科

原著者： Ferris Smith 等

譯 者：朱 洪 蔭

版權所有 ★ 不准翻印

1951年12月

成形外科
腦神經系戰傷

譯者 朱洪蔭 朱禎卿

出版者 華東醫務生活社

上海(18)淮海中路1670弄12號

總經售 新华書店華東總分店

印刷者 中國科學公司

(上海)1—16,000

成形外科

腦神經系戰傷

成形外科目錄

第一章 一般原則

急救要點	(1)
各種傷例	(5)
一般的設計	(8)
疤痕切除	(20)
異物	(26)
皮膚及粘膜之移植	(26)
顏面骨骨折，骨缺損	(28)
休克	(33)
灼傷	(37)

第二章 唇成形術

簡單縫合	(41)
口角傾斜之修整	(41)
唇外翻之修復	(42)
下唇外翻及頰與頸部弧線喪失之修復	(44)
口小畸形	(47)
Abbé 氏手術	(50)

唇緣部分缺損之修復——(50)

唇大部份或全部缺損之修復——(53)

第三章 頰成形術

皮膚缺損——(61)

大面積之粘膜缺損——(62)

皮膚及肌肉之缺損——(62)

頰部之全層缺損——(62)

肌肉及粘膜之缺損——(65)

腮腺導管瘻——(67)

顏面癱瘓——(69)

第四章 鼻成形術

鼻小柱完全缺損——(78)

鼻柱過短之修復——(81)

鼻前庭底缺損之修復——(82)

鼻翼缺損之修復——(83)

鼻翼及鼻部皮之缺損——(85)

鼻翼之全部缺損——(85)

鼻側壁之再造——(87)

鼻翼缺損之再造——(90)

鼻端塌陷之修復——(90)

鼻端之再造——(91)

鼻下半部缺損之再造——(95)

鼻上半部及鼻中部全層缺損之再造	(97)
鼻部小塊全層缺損，鼻端下垂之修復	(98)
鼻下半部及中部大塊全層缺損之再造	(98)
鼻上部全層缺損之修復	(100)
鼻全部皮膚覆蓋之設計	(101)
鼻之全部再造	(102)
鼻之大部缺損	(104)
塌鼻(鞍鼻)	(105)
鼻下半部塌陷之改正	(107)
塌鼻之再造	(108)
鼻上皮膚損失之補償	(109)

第五章 臉成形術

上瞼下垂	(111)
Maschek's 手術矯正瞼下垂(經 S.R.Gifford 氏改進)	(113)
Blair、Brown 及 Hamm 氏上瞼下垂手術	(113)
Trainor 氏手術	(115)
內眥贅皮	(118)
瞼外翻	(121)
瞼內翻	(126)
近眥部之部份缺損的修復	(129)
眼瞼部份缺損之修復	(132)
下瞼之全部缺損之修復	(135)
眼球下陷：眶內軟組織之營養性吸收	(138)

眉錯位	(138)
眉之再造	(139)
結合膜穹窿(Cul-de-sac)之襯裏修復	(140)
眶再造	(142)

第六章 耳成形術

耳廓小缺損之修復	(144)
耳廓及耳輪之大的部分缺損	(145)
耳垂之再造	(147)
耳大部缺損及外耳道閉鎖之修復術	(148)
利用植皮術修補外耳道法	(148)
關於一不滿意之手術結果的討論	(150)
耳輪及耳廓大部份或全部缺損之修復	(150)
除耳垂外全耳缺如之畸形(先天性小耳)	(155)
全耳之再造	(157)

第七章 頭皮及顱骨之缺損

頭皮存在而顱骨缺損之修復	(158)
頭皮及顱骨同時缺損之修復	(161)

第八章 頸成形術

疤痕收縮(灼傷後)	(162)
疤痕牽縮，下頰被固定於胸壁	(165)
頸部之修復	(166)

第九章 硬顎及門齒部之齒槽缺損

手術	(167)
人工彌補物	(168)

第一章

一般原則

外科的目的是要儘可能修復損傷部分使還歸正常或近於正常。所謂正常，不僅在功能，還包括外觀。顏面成形外科，尤必兼重雙方面。由戰場歸來的傷員，其顏面的功能與外觀，所影響於其今後一生的生機與情緒，是相當大的。

每一治療計劃應開始在急救之初，而治療全程的每一步驟，都非有益於最終結果不可。所以從急救直至癒合，在整個治療期間皆賴一切關係工作人員之充分理解與合作。

茲先略述基本原則與隨機應變的手術綱要，以便進一步討論。

急救要點

從急救站轉到醫院，中間的各項緊急措施：

在急救站

1. 止血。
2. 口服藥。
3. 注射破傷風抗毒素。
4. 支持舌頭(失却下頷骨時)。
5. 清理呼吸道(氣管穿刺，空氣導管(rubber airway))。

6. 除去斷齒，遊離碎骨及其他穢物。

在 清 理 站

1. 麻醉——局部或全身。

2. 止血。

a. 壓迫綑帶。

b. 局部止血，勿在血管之經路上。

c. 小止血鉗之應用。

d. 細線（0 號及 00 號結紮）。

3. 治療休克。

a. 嗎啡。

b. 注射液體（靜脈及腸胃外）。

4. 支持舌（下頷骨丢失，骨折及其他）。

5. 對折斷骨施以夾板，未斷骨尚與軟組織相連者不可除去。

6. 口外牽引，支持頰落組織。

7. 氣管切開術。

8. 注射破傷風抗毒素。

9. 適應藥品。

在 後 方 醫 院

領面外科組自此開始接觸傷員。此後之治療即由成形外科醫生與牙科醫生合作直至傷員出院。

1. 處理休克。

2. 麻醉。

a. 局部麻醉：適用於多數病例。多用 0.5% 奴佛加因，另加少許腎上腺素，可以阻止很多的滲血。

b. 全身麻醉：吸入；氣管內插管，靜脈，肛門或其他，視情形而定。

3. 止血。

a. 必須輕輕用銳鉤來牽拉組織。用紗布輕壓，如有吸引器更佳。

b. 用小止血鉗及細線結紮，結紮時勿包括過多組織在內。或用電燒灼器。儘可能減少組織的損傷，癒合可以更速，並且減少休克。

c. 儘可能不要於血管之經路上結紮，因在計劃整復的地方，需要很好的血液供給。

4. 以肥皂水清洗創部後，探查盲道，再用生理鹽水沖洗。擴創術要做得正確徹底，但須保留必要的組織。創部偶亦可浸以 3% 碘酒或硫柳汞溶液。

5. 整復骨折，並固定之。受傷後六小時內做適當的縫合，可以免除感染，減少疤痕形成，可使日後手術容易。

6. 創口加引流管。

7. 抗毒素。

8. 敷浸過酒精的敷料。

9. 適宜的包紮及副木，以便搬運。

10. 必要時應輸血。

在總醫院(多在感染之潛伏期內,傷後5—10日)

1. 適宜的一般治療(輸血,生理食鹽水,補血劑,維生素)。
2. 有感染初期病狀時:
 - a. 固定及臥床靜養。
 - b. 熱敷。
 - c. 化學治療——如化膿而不施引流,則效果不大。
 - d. X光治療。
 - e. 輸血。
3. 有膿性分泌物之初期:
 - a. 做細菌培養,並給適宜藥品。
 - b. 在有適宜引流之情況下,行保守療法。
 - c. 熱敷。

在分泌停止一定時期之後,方可施行手術。如非行手術不可時,須用適宜藥品預防潛伏感染。

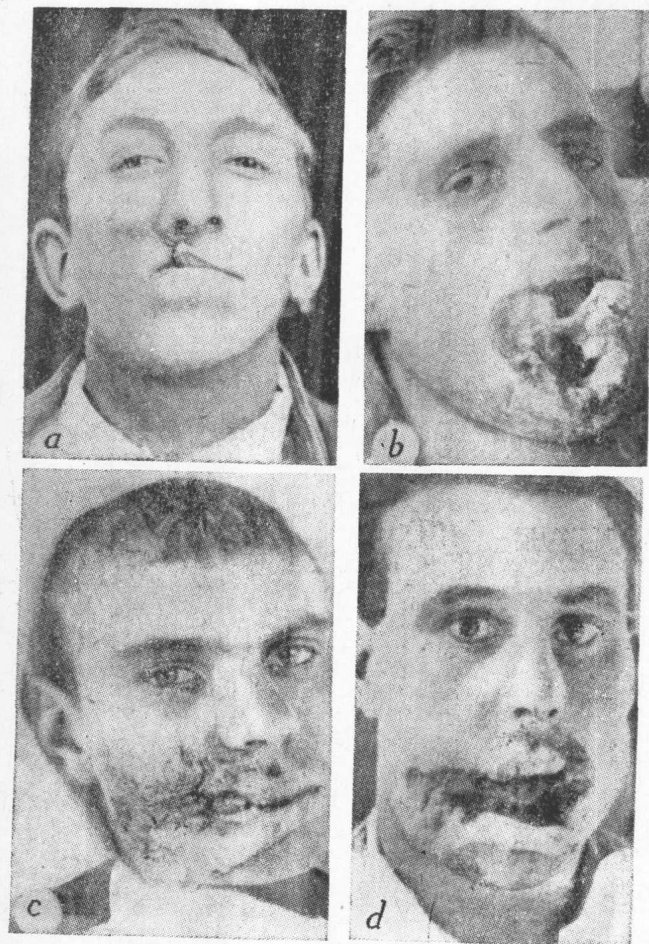
4. 舌或頸部有深度感染之可能時,尤須早加預防及適時的處理。

在總醫院(成形外科期)

1. 遇有下頷及顏面骨損傷的傷員時,成形外科家與牙醫師要合作製定治療計劃。
2. 做全面的損傷估計(組織缺損及功能喪失)——對於治療之後果有很大影響。

各 種 傷 例

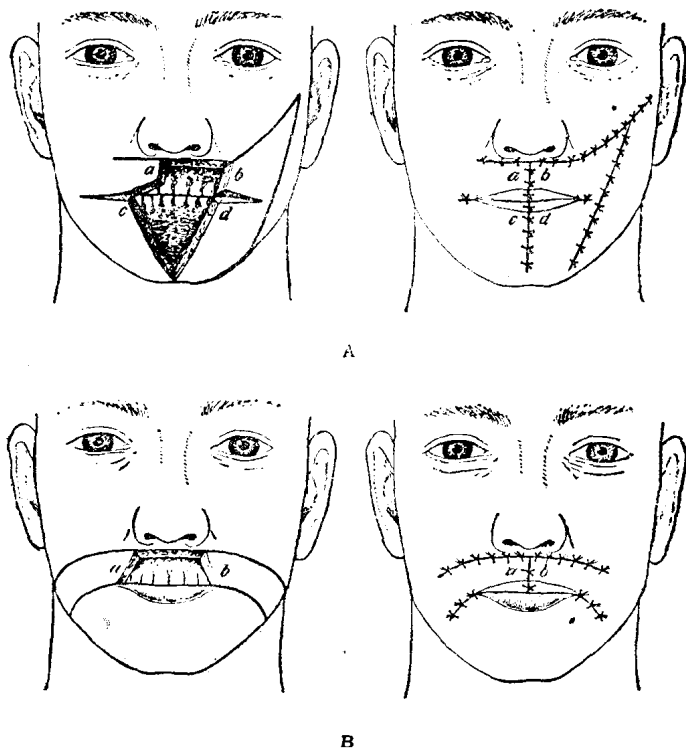
這裏列舉各種損傷的實例，以幫助醫師了解下文討論。希望先鑑定損傷，計劃到修整的各階段各形態，然後檢看有關所採方法的



第一圖 顏面損傷舉例。

論述。

許多病例之治療往往無成規可循。須要首先透澈地想定每一階段與步驟，須能夠隨機應變，經常須要很好地掌握住治療原則。唇的修整，側重在功能，較良之法不多。

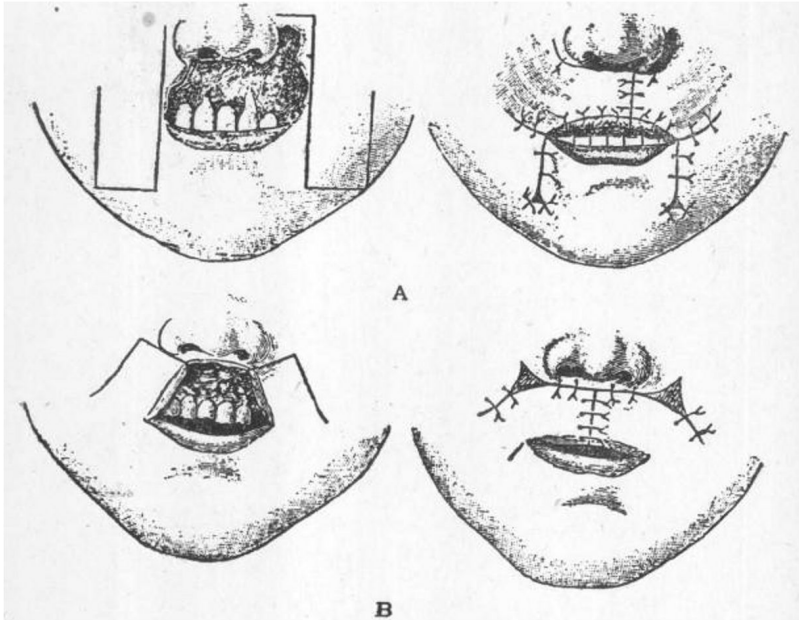


第二圖 A. 上下唇之修復(Szymanowski氏)，B. 上唇之修復(Szymanowski 氏)。

不好的方法

許多教科書裏記載的大部分或全部唇的再造手術多不適用。

因一般皆利用取自頰部之全層皮瓣未能顧及口部表情肌肉之完整，或血管及神經之供給。故皮瓣內之肌肉日後將萎縮成疤痕組織，影響功能的恢復。在缺損的附近切入肌層以達修補的目的，實無必要。如 Szymanowski 氏手術(第二圖)，既破壞功能，又對內容無補。第二圖 A 之再造上下唇方法在活人身上是不能成功的。



第三圖 A. Sedillot's 氏手術， B. Brun's 手術。

b 及 d 二皮瓣之形成，將切斷血管及神經之供給。其在 b,d 之間的切開，更使 b 皮瓣之血液供給成問題；故結果不良。第二圖 B 之皮瓣含有顏面橫動脈及一部分上唇動脈，但兩側下唇動脈及口角表情肌被切斷，數月之後，病人的上唇將要極為緊張，並且在頰部遺留疤痕。

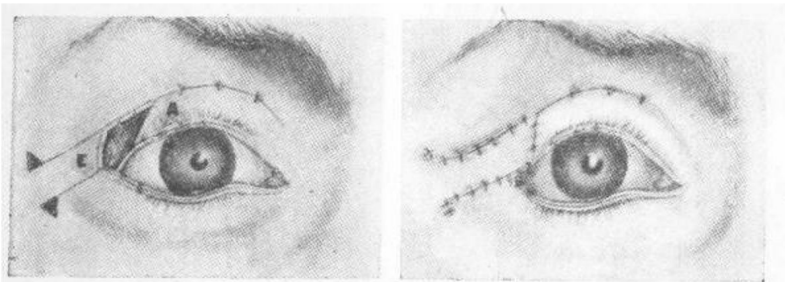
Sedillot 氏手術將表情肌全部損壞(第三圖 A)其皮瓣之血液雖可得自顏面橫動脈,但亦不夠充足。結果僅爲一無表情之開口而已。Brun 氏手術(第三圖 B)對血液供給照顧周到,但未顧及舉口角諸肌及顴肌的完整。現在言歸正文。

一 般 的 設 計

方法的估計

首先要估計組織損失的程度,其次考慮修復的方法。後者的應用除顧到功能及外容之恢復外,並要顧到治療期間病人之舒適及安全。熟悉每一步驟,慎重考慮血液供給,皮瓣移轉,副木的利用,及永久疤痕的位置。

兩種必須時常考慮應用的皮瓣是(1)局部滑過皮瓣,(2)移轉皮瓣。



第四圖 推進皮瓣。左:手術進行 右:手術完成。

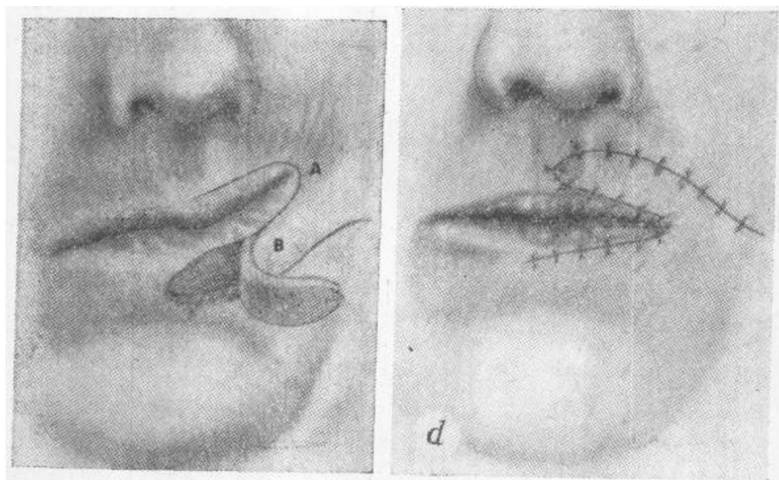
皮 膚 覆 蓋

局部滑過皮瓣——第四圖就是一種自其原來位置向前推進的皮瓣,常用以修補小的缺損。可用於全身各部,但不可用以補大的

全層缺損(肌肉,支持組織,裏襯)。用於修補腔洞缺損時,需要加皮或粘膜之裏襯。

移轉皮瓣——用以補大的缺損。有以下幾種:

自鄰近處所取之皮瓣——可以或單或雙。移轉時在其蒂部或扭轉或由隧道以達缺損部。(第五圖)此種即所謂印度皮瓣,其初原



第五圖 移轉皮瓣。左:手術進行 右:手術完成。

為取自額部之皮瓣,在蒂部扭轉而補鼻部之缺損者。

自遠處所取的有蒂管狀皮瓣(第六,七,八,九,十圖)——所謂管狀皮瓣乃將一長方形皮瓣的肉面相對縫合而成。如此可以免去肉面暴露及感染,且血液可經此皮管而供給其遠端之皮瓣。皮瓣之基部乃血液供給之來源,不應受過度壓迫及扭轉。在需要長時期固定時,要照顧到病人的舒適,所以在計劃時要使基部位置適當(第八,九圖),Perthe's 氏之遲延手續常與此法合用。

用攜帶法轉移之皮瓣(第八,九,十圖)——起源於意大利用臂