

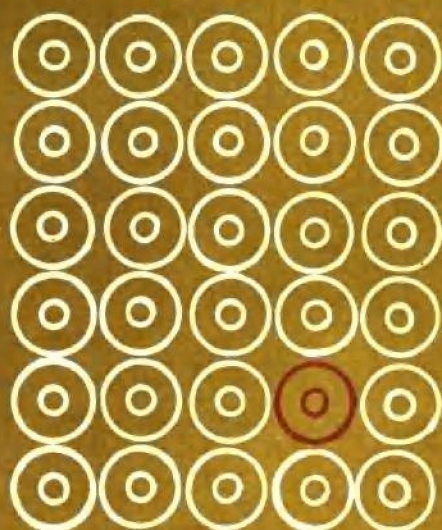
主 编 王世勳 萧学和

副主编 钱永忠 张开文

ERBI YANHOUKE SHOUSHUSHIWU

耳鼻咽喉科

手術失誤



武 汉 出 版 社

耳鼻咽喉科手术失误

王世勳 萧学和主编

武汉出版社出版发行

(武汉市江岸区三眼桥一村附160号)

湖北省新华书店经销 中国人民解放军第二炮兵指挥学院工厂印刷

787×1092毫米32开本 8,25印张 2插页 字数170千字

1988年9月第1版 1988年9月第1次印刷

印数1——5000册 定价：2.60元

ISBN 7—5430—0132—2 / R · 2

内 容 提 要

本书介绍耳鼻咽喉手术失误和漏诊、误诊的病例。全书共25章，分为五篇。主要内容包括典型病例165例，重点介绍治疗失误、经验教训及防治措施。通过典型案例结合当时实情及技术条件，进一步分析原因，并提出杜绝类似问题发生的预防方法，从而达到引为借鉴，免蹈复辙的目的。

本书可供耳鼻咽喉科及头颈外科医师参考，对年轻和有一定经验医师均有教益及指导作用。

引 言

把这样一部书奉献给读者，我们是经过深思熟虑的。

成功与失败是相辅相成的，成功的赞歌好唱，失败的苦果难咽。在医学领域中著书专论失误，是不多见的，原因是多方面的。

失败是成功之母，失败的教训往往比成功的经验给人以更深刻的警惕和借鉴。基于这样的考虑，我们将1940年~1986年近半个世纪的失误和教训汇于一书。诚然，医学科学在长久的历史长河中，先驱者们始终抱着高尚的治病救人的宿愿和品德作出了卓越成绩。为后人奠定了基础、传授了经验。由于人们对医学科学的认识和实际需要，纵然耳鼻喉科是在飞跃发展之中，但远远不能满足要求。

在所遇到的耳鼻咽喉科有关手术方面的经验教训，对初学及有一定经验者均有所借鉴，起到免蹈复辙的作用。通过临床实例写出治疗中的失误，暴露问题的实质，总结经验教训，予以分析，而不涉及任何个人。

然而，导致失误的因素是多方面的。包括是否具有高尚的医德、牢固的基础知识、完善的基本技能和基本操作、全面的观察与分析、果断的处理问题的能力和实际临床经验等。此外，医疗设备条件、辅助人员的配备和协作、一定权限人员的支持和鼓励也是重要因素。通过案例剖析，恰如其分地找出主要因素，并提出预防措施是至关重要的。

我们很自信，相信写失误是对我国耳鼻咽喉科专业的

促进和提高。

我们衷心希望“失误”成功！当然由于初次尝试，不足之处尚且难免。一书“功”与“罪”请读者评说。

本书出版曾得到武汉出版社、总后基指161医院及襄凡空军医院的支持和协助。谨此，深表感谢。

“耳鼻咽喉科手术失误”编写组

一九八八年五月于武汉

目 录

第一篇 耳部手术

第一章	外耳手术	(1)
第一节	猿耳畸形手术失误	(1)
第二节	化脓性耳郭软骨膜炎手术失误	(3)
第二章	乳突根治术	(7)
第一节	乳突根治术失误	(9)
第二节	乳突根治术后并发外耳道闭锁	(16)
第三节	乳突手术并发“镫喷”	(17)
第四节	乳突手术后并发耳郭软骨膜炎	(19)
第五节	乳突根治术损伤面神经	(21)
第六节	乳突根治术损伤脑组织	(23)
第七节	乳突根治术凿开鼓室盖	(24)
第三章	听力重建术	(26)
第一节	鼓室成形术损伤面神经	(27)
第二节	鼓室成形术损伤内耳	(30)
第三节	镫骨切除致重度感音性耳聋	(31)
第四节	耳硬化症误诊误治	(32)
第四章	耳源性并发症	(33)
第一节	乳突手术后并发贝佐德氏脓肿	(34)
第二节	耳源性颞骨鳞部骨髓炎误诊误治	(36)
第三节	耳源性脑膜炎和岩椎炎误诊误治	(39)
第四节	耳源性脑脓肿	(43)
一、	耳源性脑脓肿误诊误治	(43)

二、	耳源性颞叶脑脓肿误治	(45)
第五节	耳源性脑脓肿并发脑疝误治	(47)
第六节	乳突未分化癌误诊误治	(51)

第二篇 鼻部手术

第一章	外鼻手术	(53)
第一节	硅胶液注射塌鼻整形术失误	(53)
第二节	鞍鼻整形失误	(57)
第二章	鼻腔手术	(58)
第一节	鼻甲手术失误	(58)
一、	鼻阈狭窄	(58)
二、	鼻甲切除术后大出血	(59)
三、	中鼻甲部分切除术后误治	(64)
第二节	鼻中隔手术失误	(66)
一、	鼻中隔矫正术不彻底	(66)
二、	鼻中隔矫正术后并发鼻中隔穿孔	(67)
三、	鼻中隔术后鼻尖塌陷	(68)
第三节	鼻结核误诊误治	(69)
第四节	翼管神经手术失误	(71)
第五节	鼻腔其他手术失误	(74)
一、	外伤性动脉瘤破裂致严重鼻衄	(74)
二、	外伤性鼻内脑膜膨出	(75)
第三章	鼻窦手术	(77)
第一节	上颌窦手术失误	(77)
一、	上颌窦穿刺术引起面部肿胀	(77)
二、	上颌窦根治术后出血	(80)
三、	上颌窦出血手术失误	(82)
四、	上颌窦根治术后并发翼腭窝感染	(84)

五、	上颌窦粘液囊肿术后并发眶尖综合症	(85)
第二节	上颌骨切除术损伤翼丛大出血	(88)
第三节	鼻外额窦手术损伤上斜肌腱	(90)
第四节	中鼻甲切除误伤筛板	(91)
第五节	拔牙误入上颌窦	(93)
第六节	鼻息肉手术失误	(93)
一、	鼻息肉术后并发颅内感染	(93)
二、	鼻息肉术后并发破伤风	(95)
三、	后鼻孔息肉手术失误	(97)
第四章	鼻腔鼻窦肿瘤手术	(99)
第一节	鼻腔恶性肿瘤手术失误	(99)
一、	嗅神经母细胞瘤手术不彻底	(99)
二、	上颌窦癌手术失误	(101)
第二节	上颌窦骨化纤维瘤误诊为胆脂瘤 及血管瘤	(104)
第三节	上颌骨纤维异样增殖症肉瘤变	(107)
第四节	筛窦淋巴肉瘤漏诊	(108)
第五节	鼻部恶性肉芽肿漏诊	(109)
第五章	鼻部异物误诊误治	(110)
第一节	鼻腔异物	(111)
第二节	副鼻窦异物	(112)
一、	上颌窦遗留异物	(112)
二、	蝶窦异物	(114)
三、	慢性额骨骨髓炎脓腔引流致异物存留	(115)

第三篇 咽部手术

第一章	口咽部手术	(118)
第一节	扁桃体手术	(118)

一、	手术出血处理失误	(118)
二、	胸腺肥大致死	(128)
三、	反射性呼吸心跳骤停	(129)
四、	再生障碍性贫血漏诊致术后严重出血	(130)
五、	PTA (第XI因子) 缺乏症漏诊致 术后严重出血	(132)
六、	扁桃体窝结扎线形成肉芽肿	(135)
第二节	慢性扁桃体炎漏诊	(136)
第三节	咽后壁脓肿破溃致死	(137)
第四节	咽部动脉瘤误诊为神经鞘瘤	(138)
第五节	咽部恶性肿瘤误诊	(140)
第二章	鼻咽部手术	(142)
第一节	鼻咽部血管纤维瘤手术失误	(142)
一、	瘤体残留	(143)
二、	手术后反复大出血	(144)
三、	软腭、软硬腭切口裂开	(148)
四、	手术后并发口底蜂窝织炎	(151)
第二节	鼻咽部恶性肿瘤误诊误治	(153)
第三节	鼻咽癌漏诊	(156)
第三章	其他手术	(158)
第一节	茎突过长症手术失误	(158)
第二节	先天性颈痿及鳃痿手术失误	(159)
第三节	梨状窝与食管癌误治	(162)
第四章	咽部异物误诊误治	(164)
第一节	鼻咽部异物	(164)
第二节	梨状窝异物并发感染	(167)

第四篇 喉部手术

第一章	气管切开术	(169)
-----	-------------	---------

第一节	手术时机过晚	(169)
第二节	更换气管套管失误	(173)
第三节	气管套管脱出死亡	(174)
第四节	伤口感染致大出血死亡	(175)
第五节	气管切开术损伤周围组织	(176)
一、	损伤血管大出血致死	(176)
二、	损伤颈总动脉	(178)
三、	损伤食管	(179)
第六节	损伤甲状腺并发感染和DIC	(180)
第二章	气管外伤后疤痕狭窄处理失误	(182)
第三章	喉部疾病误诊误治	(183)
第一节	急性会厌炎致窒息死亡	(183)
第二节	肺结核双侧喉返神经麻痹致呼吸衰竭	(185)
第三节	糖尿病喉裂开术后并发严重感染	(187)
第四节	喉挫伤处理失误	(189)
第五节	外伤性杓状软骨脱臼处理失误	(192)
第四章	喉部肿瘤	(194)
第一节	半喉切除术出血	(194)
第二节	全喉切除术一期移植胸大肌皮瓣失误	(195)
第三节	老年喉癌手术并发心肌梗塞	(197)
第五章	其他手术	(199)
第一节	正气管癌气管切开术中窒息死亡	(199)
第二节	甲状腺癌误诊	(202)
第六章	喉气管及支气管异物	(203)
第一节	喉气管异物手术失误	(204)
一、	并发严重脑缺氧症	(204)
二、	异物取出后呼吸困难	(206)
三、	气管异物取出术中心跳骤停	(207)
四、	处理失当致死	(208)

五、	气管破裂	(210)
六、	气管大出血	(211)
第二节	支气管异物手术失误	(212)
一、	术前准备不足	(212)
二、	二次取异物	(213)
三、	异物残留	(124)
四、	支气管镜检查并发气胸	(216)
第三节	支气管异物漏诊	(218)

第五篇 其他手术

第一章	舌癌手术	(221)
第一节	舌癌手术移植胸锁乳突肌皮瓣失误	(221)
第二节	舌癌手术下颌骨切除冷冻再植失败	(223)
第二章	食管疾病误诊误治	(225)
第一节	食管化学烧伤幸免误治	(225)
第二节	食管癌误诊为食管炎和食管异物	(226)
第三节	食管平滑肌肉瘤大出血	(230)
第三章	食管异物误诊误治	(232)
第一节	食管异物漏诊	(232)
第二节	食管异物(义齿)手术失误	(233)
第三节	食管大枣核异物幸免误治	(236)
第四节	食管异物并发食管主动脉瘘	(238)
第五节	食管穿孔致感染扩散	(241)
第六节	食管异物并发食管穿孔	(242)
第四章	将1%地卡因误作1%奴弗卡因注射 致死	(244)
第五章	咯血误诊误治	(248)
第一节	舌根部异位甲状腺漏诊	(248)

第二节	支气管扩张症漏诊	(250)
第三节	支气管和肺部结石病变漏诊	(252)
第六章	眶内异物手术失误	(253)

第一篇 耳部手术

第一章 外耳手术

耳郭血液供应主要来自颞浅动脉及耳后动脉的分支，最终以末梢血管分布于耳郭皮肤，无血管侧支循环，其血液供给不够丰富，且外面皮肤与软骨粘连较紧，一旦外伤（包括手术损伤软骨）、烧伤后容易发生感染，以致伤口不易愈合。倘若软骨感染后，极易发生坏死，即便愈合，往往后遗耳郭挛缩至畸形。本章之化脓性耳郭软骨膜炎及猿耳畸形手术失误，均因违背局部解剖生理特性所致，教训非浅。

第一节 猿耳畸形手术失误

〔例1〕 患者，男性，24岁，于1983年4月24日入院。

主诉 双耳郭过大。

现病史 自记事以来，即双耳郭太大，成为同伴嘲笑对象。现将结婚，要求整形手术。据父母称，生后即发现，此双耳较大，为先天性。

既往史 无特殊记载；家族史：无类似病史。

体格检查 全身检查均属正常，未发现其他畸形。

专科检查 鼻、咽均无异常发现。双耳郭均甚大，上下

长径7.5cm,耳郭后方最大横径3.6cm,耳郭上部有尖形突出如角状。双耳鼓膜正常。

诊断 先天性猿耳畸形。

治疗经过 在局麻下行左耳郭上端楔形全层切除术,并沿耳轮条状切除约3~4cm。术后楔状切除缝线之两侧,均有3~4cm先苍白、后变黑、变薄之干性坏死区。于手术后两周,又行第二次手术。先将左耳郭坏死区切除,然后,将右侧楔形切除之耳郭,修补密缝左侧耳郭缺损区。手术后次日,移植物呈紫色,轻度水肿,其余皮肤大致正常。手术后48小时起水肿反应逐渐减轻。手术后一周,发现移植物开始变薄、缩小。其后,移植物逐渐缩小,变薄,干硬。术后三周已缩成3×4cm之不规则形黑色痂块,周围组织瘢痕挛缩,而后,痂块脱落,成为沟状缺损。因患者拒绝继续治疗而出院。

经验教训 手术失败原因:第一次手术主要是术者缺乏经验,手术中剥离面太广,致血液循环供应不足,而发生干性坏死。第二次手术修补,操之过急。移植床区本有血液循环供应不足,并已经发生坏死,在此基础上再行游离移植,血液供给更加不足,再度发生坏死,理所当然。

预防措施 (1)成形手术要求较高,应有完善的设计和细微的手法,必须处处细心,小心处理,如无一定基础,不能轻易手术。(2)爱护组织,处处注意血液供应,对整形手术非常重要,如本例手术中对耳郭软骨之两侧,均进行较大范围剥离,应尽量避免。(3)成形手术的包扎固定,也非常重要,过松、过紧、皮片移位等,均能造成手术失败,不可不慎。(4)二次手术不可仓促进行,除特殊情况外,一般应超过半年,再行第二次修复术。

第二节 化脓性耳郭软骨膜炎手术失误

〔例2〕 患者，男性，24岁，1987年7月23日入院。

主诉 汽油烧伤一小时。

现病史 因救火误将汽油泼到身上而被烧伤。烧伤后，当地卫生所即给予度冷丁50 mg肌注，速来院急诊住院。

既往史 无特殊记载。

体格检查 体温36.7℃，脉搏80次/分，血压120/80 mmHg，神志清楚，痛苦表情，答话对流，查体合作。双肺呼吸音清晰，心率80次/分，律齐。腹部无异常发现。四肢关节活动好。

专科检查 头面部、颈部、上胸部、左下肢及右肘部见大小不等之水泡，大者约3×4 cm，小者约0.5×0.5 cm。部分皮肤破损，大量渗出液溢出。左耳郭烧伤，有水泡渗出，已波及外耳道口部，外耳道正常。

诊断 (1)面、颈、胸、双臂烧伤Ⅰ～Ⅱ°(总面积达25%)；
(2)左耳郭烧伤(浅Ⅱ度)。

治疗经过 入院后，行清创术。剪除坏死皮肤，剪破大水疱，以新洁尔灭清洗创面后，洒氯霉素粉于创面。大量抗感染治疗。给予静点冻干血浆，糖盐水及平衡液等。

经上述处理，第十天后烧伤创面结痂，其多数创面已开始脱痂。深Ⅱ度部分结痂始有溶痂。左耳烧伤之创面也开始溶痂。清创后，见耳轮上极有一创面约0.5×0.4 cm大小，深度达软骨，给予氯霉素粉洒至创面。第13天后左耳郭创面有少许脓性分泌物。20天后左耳突感跳痛难忍。清创换药见耳郭结痂下积脓。清除结痂后，以新洁尔灭、双氧水及生理

盐水冲洗后，用凡士林纱条引流。每日换药，继续抗感染。第17天后，耳痛未减轻，局部肿胀明显，故给予切除排脓，放置引流管，每日冲洗，并用湿敷，氨苄青霉素肌注。自后耳疼痛加剧，其肿胀扩散整个耳郭软骨，夜不能寐，给美撒痛及杜冷丁止痛。经急会诊为化脓性耳郭软骨膜炎(烧伤后继发感染所致)而转入五官科治疗。8月29日上午行左耳郭扩清术。见耳郭肿胀、触痛、耳轮顶部及耳背部均有切开引流之刀口，内有较多脓性分泌物。手术中发现大部软骨已坏死，耳郭处有一大脓腔于软骨间，皮肤增厚，失去弹性，仔细分离皮肤，切除全部坏死软骨及皮下肉芽组织。分别以3%碘酒及75%酒精浸泡创面各五分钟，双氧水清洗及生理盐水冲洗，皮肤间断缝合，橡皮条引流，耳郭造形后加压包扎。手术后第一天换药，主觉疼痛明显减轻，有少许渗出。耳郭部分皮肤呈暗红色，抽出橡皮引流条。局部给予红外线照射，每日3~4次，每次半小时。庆大霉素静脉点滴。9月4日脓液培养为绿脓杆菌，氯霉素高度敏感。故改用每日氯霉素1g静脉点滴，严密观察白血球改变。3日后停用氯霉素。第7天折线，见耳郭前面靠近耳轮处有少许皮肤呈干性坏死外，余全部愈合，涂抗菌素软膏于干痂处，3天后脱落、愈合。9月20日出院。

〔例3〕 患者，男性，33岁，1979年8月20日急诊入院。

主诉 右耳郭疼痛，流脓50余天。

现病史 7月初始感右耳长小疖、疼痛。当地就医，给予切开引流。局部疼痛加剧，肿胀范围变大。先后给予4次排脓、配合抗生素未能奏效，炎症不得控制，疼痛不减，而来院急诊住院治疗。

既往史 无特殊记载。

体格检查 体温36.8℃，呼吸18次/分，脉搏72次/分，血压110/70 mmHg。痛苦表情，呻吟不止。一般情况好。皮肤无黄染及出血点，表浅淋巴未触及，瞳孔对光反射存在。心肺阴性。腹部柔软无压痛，肝脾未触及。四肢脊柱正常，未见病理反射。

专科检查 鼻、咽、喉无特殊。右耳郭明显肿胀充血，其对耳轮下缘有一破溃处，留有多次切开痕迹，压之有脓溢出，局部有肉芽组织增生，附着大量脓性分泌物，有臭味。皮肤明显增厚，呈紫红色。触痛极为敏感。

化验检查 血红蛋白12g，红细胞414万；白细胞6500，中性细胞60%，淋巴细胞23%，酸性细胞16%，单核细胞1%；出凝血时间各为30秒。

诊断 右化脓性耳郭软骨膜炎。

治疗经过 入院后用双氧水清洁创面，局部稍扩大，置入氯霉素纱条引流，全身给予庆大霉素8万单位肌注，每日二次，感染未能控制。于8月22日行右耳清创术。扩大原切口，有黄绿色脓液溢出，未去除炎性增厚的软骨，将其皮肤上下分离，剪除增生肉芽组织，置入橡皮条引流，加压包扎结束手术。脓液送细菌培养及药物敏感试验。手术后疼痛好转，第一天换药，创面有少量分泌物，触痛减轻，皮肤呈深红色。第3天，耳剧痛再发。换药见耳郭肿胀，压之有淡绿色脓性分泌物流出。细菌培养报告为绿脓杆菌。链霉素及氯霉素敏感。用多粘菌素纱条伤口换药，氯霉素静脉点滴。两天后，局部红肿稍有好转，皮肤色泽已呈深紫红色，伤口内分泌物仍多，且疼痛加重。于28日再行清创术。在局麻下于右耳舟作皮肤切口，上至三角窝顶部，下至耳垂上缘，分离耳郭前后皮肤（尽量少带皮下组织）彻底切除坏死及不健康之软