

实用手术学

耳鼻咽喉科分册

沈阳医学院编

辽宁人民出版社

实用手术学

王惠德 主编

——

——

实 用 手 术 学

耳 鼻 咽 喉 科 分 册

沈阳医学院编

辽 宁 人 民 出 版 社

一九七四年·沈阳

实用手术学

(耳鼻咽喉科分册)

沈阳医学院编

*

辽宁人民出版社出版

(沈阳市南京街6段1里2号)

辽宁省新华书店发行

大连印刷一厂印刷

*

开本: 787×1092 $\frac{1}{2}$ 印张: 14 $\frac{1}{2}$

字数: 269,000 印数: 1—35,000

1974年6月第1版 1974年6月第1次印刷

统一书号: 14090·16 定价: 2.00元

救死扶傷，寧死
革命的人道主義
白求恩

执笔者

沈魁	李正	何三光	林增源		
冯平安	孙世维	吕连庭	刘宗唐	陈郡	杨耀臣
宋志成	李春如	范先阁	金济霖	金耀清	钟宝民
徐恩多	盛卓人	翟允昌			

绘图者

王序	刘元健	李洪珍	余健民	姚承璋	赵国志
冯建辛					

前 言

在无产阶级革命路线的指引下，遵照毛主席关于“备战、备荒、为人民”的伟大战略方针和“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的光辉指示，为了适应我国医药卫生事业蓬勃发展，特别是广大农村基层医务人员的需要，我们在几年教育革命实践的基础上，广泛听取基层医务人员的意见和要求，积极吸取国内外医学的先进经验，总结和整理我院临床工作的一些体会，编写了这本《实用手术学》。

全书二百万字，四千余幅插图，分为麻醉、普通外科和泌尿外科、神经外科和胸外科、矫形外科、妇产科、眼科、耳鼻咽喉科、口腔颌面外科等八个分册。各章节除介绍了手术适应症、术前准备、麻醉、体位、常用术式、手术步骤、术后处理和术后并发症的防治外，着重叙述了手术中的注意事项及异常情况的处理原则和方法，可供临床医生在实践中参考应用。

本书是在学院党委的领导下采取“三结合”的方法，由专业人员负责执笔，经院内有关科室的医护人员认真讨论修改编成的。在编写工作中，力求做到以毛主席的哲学思想为指导，以常见病、多发病为重点，贯彻中西医结合、平战结合、理论与实践相结合的原则，努力反映手术疗法的新成就，以便更好地为增进人民的健康、加速社会主义革命和社会主义建设服务。但是，由于我们对马列主义、毛泽东思想学习得不够，临床经验不足，书中可能存在不少缺点和错误，诚恳地希望同志们给予批评指正。

在编写过程中，有关兄弟院校的一些同志和我省广大医务工作者，曾对本书提供了许多宝贵经验和修改意见，在此表示衷心感谢！

编 者

一九七三年八月

目 录

第一章 耳鼻咽喉科手术的

基本知识 1

第一节 术前准备 1

第二节 术后处理 3

第三节 局麻药的管理和器械、 敷料的准备 4

第二章 外耳的手术 7

第一节 先天性耳瘻管摘除术 7

第二节 急性耳廓软骨膜炎切开 引流术 9

第三节 外耳道成形术 11

一、耳内切口法 11

二、耳后切口法 12

第三章 鼓膜的手术 15

鼓膜的局部解剖 15

第一节 鼓膜穿刺术 15

第二节 鼓膜切开术 16

第三节 鼓膜紧张部穿孔修补术 18

烧灼贴膜法 19

组织片修补法 20

第四章 乳突、中耳的手术 25

第一节 乳突的手术 25

乳突的局部解剖 25

单纯乳突凿开术 27

一、耳后切口法 28

二、耳内切口法 31

第二节 中耳的手术 33

中耳的局部解剖 33

中耳根治术 35

一、耳内切口法 36

二、耳后切口法 40

改良中耳根治术 45

一、经鼓窦、断骨桥、去砧骨法 45

二、经上鼓室、断骨桥、去砧骨法 47

三、凿开鼓窦和上鼓室、保留骨桥和 砧骨法 47

第三节 鼓室的手术 48

鼓室的局部解剖 48

传音的生理 50

鼓室成形术 51

第五章 耳源性颅内并发症的手术 58

乙状窦的局部解剖 58

第一节 乙状窦血栓形成性 静脉炎的手术 59

第二节 耳源性脑脓肿的手术 62

与耳源性脑脓肿有关的局部解剖 62

一、经中耳根治术腔脓肿穿刺术 65

二、经中耳根治术腔脓肿 切开引流术 66

附：耳源性脑膜炎的手术 68

第六章 鼻前孔、鼻腔的手术 69

第一节 鼻前孔的手术 69

鼻前孔成形术 69

一、单纯切开法 69

二、切除瘢痕、上唇皮瓣转移法 70

第二节 鼻腔的手术 71

鼻中隔的局部解剖 71

鼻中隔矫正术 73

一、鼻中隔前端切口法 74

二、唇内切口法 77

鼻中隔穿孔修补术 80

一、鼻内切口修补法 80

二、鼻翼切口修补法 81

鼻腔粘膜骨膜下埋藏术 83

鼻息肉摘除术 84

中鼻甲切除术	86	二、扁桃体挤切术	137
一、中鼻甲部分切除术	87	三、扁桃体牵拉绞断术	138
二、中鼻甲全切除术	88	扁桃体旁脓肿切开引流术	142
下鼻甲切除术	89	第二节 扁桃体的中医烙术	144
一、下鼻甲部分切除术	90	第三节 咽部的手术	145
二、下鼻甲粘膜下切除术	91	增殖体的手术	145
第三节 鼻咽纤维瘤切除术	93	一、增殖体切除法	147
一、鼻侧切口法	94	二、增殖体刮除法	147
二、经腭切口法	96	茎突部分切除术	148
附：鼻咽纤维瘤术后并发海绵窦动		咽旁间隙脓肿切开引流术	150
静脉瘘一例	98	一、颈侧切开法	151
第七章 鼻窦的手术	100	二、咽侧壁切开法	152
第一节 筛窦的手术	100	咽后间隙脓肿切开引流术	152
筛窦的局部解剖	100	一、咽后壁切开法	153
筛窦切除术	101	二、颈侧切开法	154
一、鼻内法	101	第九章 喉部的手术	156
二、鼻外法	103	喉的局部解剖	156
第二节 上颌窦的手术	105	第一节 间接喉镜下声带息	
上颌窦的局部解剖	105	肉钳除术	159
上颌窦穿刺术	106	第二节 喉的手术	161
上颌窦下鼻道开窗术	109	喉裂开术	162
上颌窦根治术	111	喉半侧切除术	165
一、唇内切口法	112	会厌切除术	167
二、经下鼻道切口法	115	喉全切除术	169
第三节 额窦的手术	117	一、环状软骨下缘向上切除法	169
额窦的局部解剖	117	二、甲状软骨上缘向下切除法	174
额窦引流及根治术	118	喉部分切除或全切除并	
一、额窦鼻内引流术	119	颈部廓清术	175
二、额窦鼻外根治术	120	第三节 喉全切除后的	
第四节 上颌骨切除术	122	发音措施	175
一、上颌骨全切除术	123	第十章 耳鼻咽喉科急诊手术	177
二、上颌骨全切除并眶内容清除术	127	第一节 耳、鼻、喉外伤的	
三、上颌骨全切除并颈部廓清术	128	手术	177
四、上颌骨部分切除术	128	耳廓外伤的清创术	177
第八章 扁桃体、咽部的手术	131	鼻骨骨折复位术	178
第一节 扁桃体的手术	131	鼻腔、鼻窦开放性损伤的手术	179
扁桃体的局部解剖	131	喉外伤的急诊手术	180
扁桃体切除术	133	一、闭合性喉外伤的处理	181
一、扁桃体摘除术	135		

二、开放性喉外伤的急诊手术	181
第二节 鼻出血的处理	183
一、涂药、捏鼻法	184
二、鼻前孔填塞法	184
三、注射硬化剂法	184
四、鼻后孔填塞法	184
第三节 颈外动脉结扎术和筛前 动脉结扎术	187
颈外动脉的局部解剖	187
颈外动脉结扎术	188
筛前动脉结扎术	190
第四节 喉镜、支气管镜 和食管镜检查法	191
喉镜、支气管镜检查法	191
一、直接喉镜检查法	194
二、支气管镜检查法	195
食管镜检查法	197
第五节 耳、鼻、咽喉、气管、 食管异物取出术	200

外耳道异物取出术	200
鼻腔异物取出术	201
咽异物取出术	201
喉异物取出术	202
气管、支气管异物取出术	203
一、直接喉镜下取出术	204
二、支气管镜下取出术	205
三、经气管切口取出术	206
食管异物取出术	207
一、经食管镜取出术	208
二、切开食管取出术	209
第六节 气管切开术	209
气管的局部解剖	209
气管切开术	210
一、常规气管切开术	212
二、紧急气管切开术	217
三、插管后气管切开术	218

第一章 耳鼻咽喉科手术的基本知识

耳鼻咽喉科手术，是治疗耳鼻咽喉科一些疾病的重要方法之一。耳鼻咽喉科手术，一般说来术野较小、病灶深在，附近常有重要的器官和神经、血管，有时病情危急还需要紧急抢救。医务人员必须遵照伟大领袖毛主席关于“全心全意地为人民服务”的教导，以无产阶级感情，急病人之所急，痛病人之所痛，严格掌握手术适应症，做好术前、术中和术后的各项准备工作，精通操作技术，加强无菌观念，积极采用先进经验和综合疗法等，以期不断地提高手术的疗效。

第一节 术前准备

一般准备

术者必须了解病人的病史，亲自做周身和局部检查，明确诊断。必要的辅助诊断，术者应掌握其结果。特殊的疾病（如食管或气管异物），术者应当亲自参加X线透视或照片的会诊。手术前，有关的医护人员，要进行周密的讨论，商定手术目的，确定手术术式；复习局部解剖知识和手术步骤，分配有关人员的职责任务；估计术中、术后可能发生的异常情况，制订防治措施，并拟出术后护理和治疗方案。凡恶性肿瘤的切除术，一定要有病理组织学的诊断根据。

术前要向病人或其家属进行恰当的解释工作，使病人或其家属了解手术的目的及术后的注意事项，增强战胜疾病的信心，主动地配合治疗。

从术前2天，病人应适当地休息。手术距离诊察的时间较长者，应重新验血、验尿，测量体温、脉搏（在门诊做的小手术，可适当地掌握）。术中或术后预定使用抗菌素者，术前做过敏试验。较大手术应做输液或输血的准备。

局部准备

1. 耳部手术：于手术前1天清拭外耳道。凡需切开皮肤者，将耳周围5厘米的皮肤剃毛。女病人的长发可梳向头顶。剃毛区附近的头发，涂上凡士林，以免发丝垂到术野里。病人进入手术室前，戴上消毒的帽子，把头发完全罩起来。

病人仰卧于手术台上，头偏向健侧，然后进行耳部的消毒。先用酒精棉棒擦拭外耳道，待完全擦拭一遍后，用消毒棉球填塞外耳道口，以防止消毒耳廓的药液流入外耳道内。耳廓及其周围皮肤的消毒，应以切口线为中心，由内向外，逐次消毒。先用3%碘酒涂抹，待其稍稍干燥后，再用硫代硫酸钠酒精脱碘。最后用75%酒精擦拭一遍。

移植皮片的供皮区，于术前1天或手术当天局部剃毛，用酒精消毒，消毒部位以红汞溶液划出标记，用消毒巾包扎。当取皮时，再以酒精消毒1~2次。

2. 鼻部手术：术前剪短鼻毛，鼻前孔用红汞溶液消毒。上颌窦炎的手术，于术前1天做穿刺冲洗，并按时向鼻腔滴药（如1~2%麻黄素溶液、滴鼻净或抗菌素溶液等）。鼻内如有脓痂积存，可用消毒的温生理盐水冲洗。外鼻及面部皮肤用酒精消毒。

3. 咽部手术：术前应刷牙、漱口。如有龋齿或残根，应在术前2天进行治疗。为了防止术中呕吐，术前4~6小时开始禁饮食。口唇周围用酒精擦拭消毒。

4. 喉部手术：除紧急抢救的手术外，凡做颈前皮肤切口者，均应做颈前皮肤的剃毛（包括胡须）。消毒范围应从下颏到胸骨上1/3和两侧胸锁乳突肌后缘。喉部手术，最好于术前能处治龋齿、扁桃体炎等病灶。

术野消毒，也可以用洗必泰溶液等。

由于耳鼻咽喉各部在解剖学上非常邻近，病因学上常常互相影响，在术前准备中，不应孤立地只处理手术局部，而应当全面考虑，作好必要的处置。

病人体位和铺消毒巾的方法

行鼻腔、扁桃体的手术，常采取坐位。做耳部、鼻窦或喉部的手术，以及采取全麻的手术，多用仰卧位。

术者按洗手规则洗手后，给病人做术野的消毒，然后铺消毒巾。

卧位的病人，术者先将一块方形消毒巾和一块叠成三角形的消毒巾合在一起，铺于手术台上。根据手术的需要，病人的头部可仰卧或侧卧于消毒巾上。将三角形消毒巾的两角，于病人额部左右交叉包裹，把头部包好，用消毒巾钳钳夹固定

（图1—1）。喉及气管的手术，包好头部以后，将一块方形消毒巾折叠成7~8厘米宽的长条，从

病人额下部围向头顶，以消毒巾钳钳夹固定。然后，于病人颈部术野两旁和胸前，各铺一块方形消毒巾。于术野四个角的皮肤上，用普鲁卡因溶液注射成皮丘，将消毒巾与皮肤做结节缝合固定（图1—2）。紧急气管切开术，可不缝合。最后，再铺大消毒巾。



图1—1 用消毒巾包裹头部

采取坐位的病人,进入手术室前戴上消毒帽子,胸前着用围裙,在手术椅上坐好,枕部靠在头架上。胸前安置好放弯盘的架子。术者进行术野消毒后,用一块长方形带孔的消毒巾,覆于病人头、面、颈及胸前,并覆盖弯盘架子,仅露出鼻前孔、鼻尖、鼻翼和口唇。将消毒巾孔下缘的带子,绑在病人颈后部(图1—3)。在胸前弯盘架的位置上,放

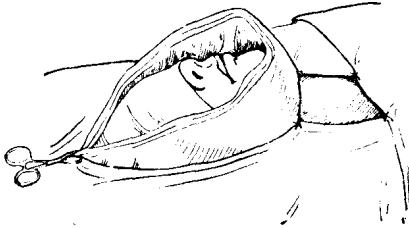


图1—2 喉、气管手术铺消毒巾法

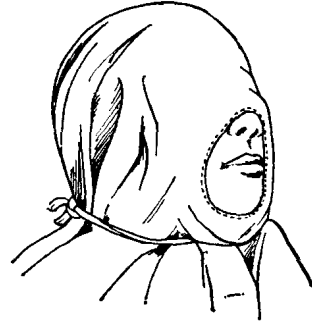


图1—3 鼻腔、咽部手术的坐位病人铺消毒巾法

置消毒弯盘,为盛病人口内分泌物用。不设此架,也可以由病人从消毒巾的下面用双手端着放在消毒巾上面的弯盘。如使用吸引器吸取病人口内分泌物时,则可不用此弯盘。

全麻病人,为了便于呼吸管理,在病人的口腔侧,放置消毒巾架(中耳、咽侧手术,顺放在手术台上;鼻窦、鼻侧切开或喉部手术,横放于手术台上)。以手术野为中心,先铺三块方形消毒巾,后用长方形带孔的消毒巾覆盖。

术野准备完毕,术者再次用消毒溶液泡手,擦干后,穿手术衣,戴手套。

紧急手术时,为了争取时间,可不洗手,先戴消毒手套,然后穿手术衣。

手术开始前,要整理器械、局麻药和敷料。

第二节 术后处理

绷带包扎

手术创口缝合或放置引流后,局部覆以纱布或医用纸,然后进行绷带包扎。这对保证创口无菌、预防感染、压迫止血或创腔引流以及创口的愈合等,均有十分重要的意义。

按耳鼻咽喉各部的特点,常用的绷带包扎方法是:

耳部绷带包扎,先将绷带的一端,剪成两半,长约10厘米,放于患侧颞部作为始端。将绷带卷自颞部经耳廓上方,向枕部缠2圈,从第三圈开始,缠绕耳垂(图1—4),再逐次向上重叠,最后,把绷带末端塞入缠绕的绷带内,再用剪成两半的始端,在颞部打结(图1—5)。这种包扎方法,可保证绷带不致松脱,又可将患侧眼睛露到外面。

鼻侧切开术或上颌骨全切除术等手术的绷带包扎，也按上述方法，把鼻侧切口和患侧眼睛同时包在绷带里面（图1—6）。

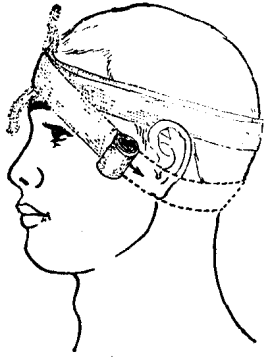


图 1—4 耳部绷带包扎

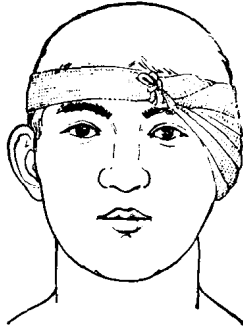


图 1—5 耳部绷带包扎完毕

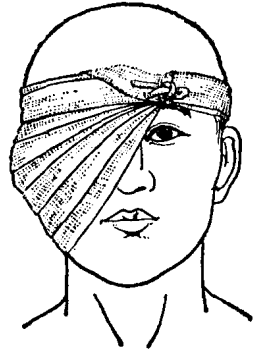


图 1—6 鼻侧切开的绷带包扎

喉部手术，应加压包扎。凡创口放置引流或配戴气管套管者，应当用纱布或塑料薄膜与切口加以隔离，以预防感染。

一般处理

术后病人应注意周身状态。于术后 2 天内，有时有微热，多为吸收热。但体温超过 38℃ 或持续 3 天以上时，应考虑是否有并发症。

更换敷料和处理创腔，都直接涉及到手术的效果。鼻腔、鼻窦的术后处理，重点在于保持鼻腔通气、防止鼻内粘膜粘连。中耳腔的术后处理，在于控制感染和恢复传音功能。咽部手术后，要经常注意创面有无出血或是否有继发感染。摘除病灶感染的扁桃体，手术后常有其继发病（如风湿热、肾炎、关节炎等）的急性发作，从术前就要有所估计，并和有关专科医生一起，共同制订治疗方案。喉裂开术或喉切除术等的术后治疗，直接关系到切口的愈合和防止并发症的产生。气管切开术的病人，能否得到适当的术后处理，更为重要。譬如，由于未及时处理气管套管内的痰痂，可能造成病人窒息；意外的套管脱出，有时会带来危及生命的严重后果。

总之，手术后处理的重要意义，决不亚于手术本身，必须予以重视。

第三节 局麻药的管理和器械、敷料的准备

局麻药的管理

局麻药物种类繁多，目前不下数十余种。耳鼻咽喉科手术常用的局麻药是酯类中的普

鲁卡因和地卡因,应用时需注意局麻药的毒性、浓度和用量。按其使用方法分为两种:一种是粘膜表面麻醉药,常用的为2~4%盐酸可卡因,一次极量为0.15克;1~2%地卡因(丁卡因),一次用量不应超过0.06克。另一种是局部浸润麻醉或神经阻滞麻醉药,常用的是盐酸普鲁卡因(奴弗卡因),通常配制成0.5~2%的水溶液,每次用量不应超过1~2克。

局麻药物多为剧毒药,如果应用不当,均可造成严重后果。为了防止误用,必须有严格的管理制度。药瓶标签必须清晰。使用时应有二人核对药名和浓度。外用的可卡因或地卡因溶液,通常分别加入粉红色或蓝色色素剂,以示区别。在手术台上,不应放置盛有可卡因溶液或地卡因溶液的药杯或注射器。

为了延长麻醉作用的时间,避免由于吸收过快而引起中毒,可在表面麻醉用的局麻药液中,加入少量肾上腺素溶液,每5毫升可卡因溶液,加入0.1%肾上腺素溶液3~5滴。地卡因溶液也可加入肾上腺素或麻黄素溶液。除了皮肤移植的供皮区外,一般局部浸润麻醉,常用盐酸普鲁卡因注射液,每100毫升可加入0.1%肾上腺素或1%苯肾上腺素溶液10~15滴。

局麻药中毒处理不当,后果常很严重。中毒反应早期多有精神症状,同时脉快,脉压变小。继而神志模糊、头痛或窒息,甚至出现面部肌肉抽搐、眼球震颤,以至全身抽搐而威胁生命。由于巴比妥类药物,有对抗和预防局麻药物中毒的作用,使用局麻药量较大的手术,在术前均应给以巴比妥类药物。一旦出现中毒症状,应立即平卧,取除浸有局麻药的填塞物,采用针刺疗法或肌肉注射苯巴比妥钠。中毒严重时静脉注入2.5%硫喷妥钠、吸氧以及行人工呼吸等复苏措施(参看《实用手术学》麻醉分册有关章节)。

器械的准备

一般手术的常用器械,应由专人保管,定期检查、维修。手术前按手术术式准备齐全,连同所用的敷料打成器械包,消毒备用。特殊的器械,术者于术前应亲自选用。

耳鼻咽喉科急救手术所用器械,应经常有所准备。特别是紧急气管切开所用的器械、套管、敷料和手术衣、帽等,要常备有消毒好的手术包。其他如处理喉阻塞时所用的气管导管插管、氧气、吸引器,各种异物钳子或鼻出血填塞止血用具等,也都应齐备。

急救药品中,宜备有局麻药中毒、抗菌素过敏或呼吸、循环衰竭等的抢救用药。各种药物要放置于固定位置,标记醒目,定期检查、补充。针刺针在急救中也有重要作用,应准备齐全。

耳鼻咽喉科手术经常使用额镜。镜面如系金属板制成,可用消毒溶液浸泡消毒。一般的水银镜面,可用福尔马林蒸气消毒。有人用消毒的晒衣服夹子夹在镜面上,供调节额镜照明时搬动镜面用。也有人将消毒的医用纸或纱布垫在镜面上,用手搬动镜面,以

调整光线。这时，手指一定不应触及额镜，以防污染。用过的医用纸或纱布，不宜和消毒的敷料混淆。配带头灯照明调整光线时，也应避免手指污染。

敷料的制作

耳鼻咽喉科各种手术，在术中擦血、涂药常用的敷料有棉球和纱布条两类。纱布条又有长短两种。鼻腔手术常用的纱布条较长，大约是 2.5×20 厘米。中耳腔、外耳道内使用的纱布条较短，常为 2×5 厘米。这些纱布条，应于手术前剪裁合适，消毒备用。术中所用的纱布和棉球，按一般外科常规进行消毒。

手术创腔的填塞物，目前正在改进。碘仿凡士林纱布条，具有杀菌、防腐和止血等作用。其具体制作法按手术创腔大小剪裁纱布条或利用五列绷带，放于消毒盒内（也可用铝制饭盒），加入凡士林，经高压消毒后，使凡士林均匀地浸至纱布或绷带上。然后，制作者戴上消毒手套，将碘仿粉末均匀地撒在凡士林纱布条或绷带上。

第二章 外耳的手术

第一节 先天性耳瘻管摘除术

先天性耳瘻管俗称“耳仓”，是胚胎时期第一鳃沟残留而形成的，属于先天性外耳畸形的一种。临床上常见于耳轮脚前，有一个小孔。有时瘻管开口于耳甲腔、外耳道或乳突的皮肤上。少数病人，瘻管是单一的盲管。而多数病人，瘻管呈弯弯曲曲状，且有分叉，有时瘻管的盲端，可能伸展到岩尖或颈部。

适应症

无何症状时，不必治疗。如果反复感染或形成脓肿，则应治疗。近来，我院采用向瘻管内注入碘酒，取得了较好的治疗效果，如不成功者再行摘除。但是，手术应在局部没有急性发炎时进行，以期切口得到一期愈合。

术前准备

耳周围 5 厘米剃毛、消毒。

做出瘻管的标记：先天性耳瘻管摘除术的手术要点，是彻底地摘除全部瘻管而不引起误伤。因为瘻管的走行方向不定，又由于反复感染，瘻管与其周围的瘢痕组织不易辨别，可能找不到瘻管的尽端而残留于组织中，术后仍可发炎。为了防止复发，术前应将瘻管做出标记。常用的方法有二：

1. 用泪道冲洗针头（或将 5½ 号针头磨钝），通过瘻管外孔，向瘻管内注入 1 % 亚甲蓝或 1 % 龙胆紫溶液，使管腔着色。

2. 以注射针芯做探子，导入瘻管内。

麻醉、体位

成人用局麻，幼儿用全麻。均采取仰卧位，头偏向健侧。

手术步骤

手术有两种方法，即循瘻管外层剥离摘除法和分段切开瘻管、沿管腔内皮逐段切除法。根据瘻管走行或与周围粘连的程度，可以单用其中一种方法，也可以联合使用两种