

外科手术学

第六卷

C. 洛勃 R. 斯密茨 主编



外 科 手 术 学

第 六 卷

C. 洛勃 R. 斯密茨 主 編

王志增 郁宝銘 陈士璋 叶念祖 何其久 合 譯

汪道新 校

上海科学技术出版社

內 容 提 要

原书共分8卷,第六卷内容包括手外科、截肢术、整形外科和妇产科。

本书的特点是以图为主,并作简单扼要的文字解释,逐步深入地循序介绍手术的过程;图文对照,很易理解。可供外科、妇产科医师参考。

OPERATIVE SURGERY

Volume Six

Charles Rob & Rodney Smith

Butterworth & Co. (Publishers) LTD.

London 1958

外 科 手 术 学 (第六卷)

王志增 郁宝铭 陈士璋 叶念祖 何其久 合译

上海科学技术出版社出版 (上海瑞金二路450号)

上海市书刊出版业营业许可证出 003 号

上海新华印刷厂印刷 新华书店上海发行所发行

开本 787×1092 1/16 印张 25 8/16 插页 4 排版字数 640,000

1965年5月第1版 1965年5月第1次印刷

印数 1--9,000

统一书号 14119·1141 定价(科六) 3.80 元

目次

第十篇 手

第一章 先天性畸形	1
先天性并指(趾)畸形	1
先天性縮窄带	5
第二章 損伤	9
急性手部損伤	9
手部肌腱断裂的修复术	25
伸肌腱的修复术	25
屈肌腱的修复术	26
錘状指畸形的二期修复术	29
鈕扣样畸形的二期修复术	30
手背伸肌腱的修复术	32
屈肌腱断裂的合适修补方法	33
肌腱移植术	33
掌部断裂	35
远期修复手术, 包括灼伤	38
拇指残株伸长术	40
魚际皮瓣	41
手指交叉皮瓣	42
手臂交叉桥形皮瓣	43
腹壁皮瓣	45
“Z”字成形术	49
第三章 手部感染	51
手的感染	51

指髓脓肿	52
甲沟炎	54
拔甲术	56
指尖脓肿	57
指蹼間隙脓肿	58
手掌脓肿	59
急性腱鞘炎	61
手掌复房性腱鞘囊肿摘除术	62
第四章 其他	67
Dupuytren 氏掌攣縮病	67
腕隧道綜合症	75
狹窄性腱鞘炎和 De Quervain	
氏綜合症	78
狹窄性腱鞘炎	79
De Quervain 氏綜合症	80
腱鞘囊肿的手术	82
大多角骨切除术	84
第一腕掌关节融合术	86
手部肌腱移植术	89
魚际肌麻痹的肌腱移植术	90
第一背側骨間肌麻痹的肌腱移植术	93
第四指及小指內肌群麻痹的肌腱移植术	94

第十一篇 截肢术

第一章 下肢截肢术	97
下肢全截肢术	97
髌髁关节解除术	102
粗隆下截肢术和膝上及膝下截肢术	104
粗隆下截肢术和髌髁关节解除术	105
关闭	108
膝上截肢术	109
膝下截肢术	111
义肢的准备	116

残端的准备	117
对病人行走的准备	118
Gritti-Stokes 氏截肢术	119
膝关节解除术	123
Syme 氏截肢术	126
第二章 手和足	129
跖骨不同平面的截除术	129
經跖骨截除术	130
跗跖骨(Lisfranc 氏)截除术	133

足的保守性手术	135
第四和第五足趾及其相伴蹠骨的截除术	138
手指与足趾不同平面的截除术	140
指骨截除术	141
掌指关节远侧的近端指骨截除术	142
大拇趾截除术	143
小趾截除术	146
坏疽足趾的截除术	148

第三章 上肢截肢术	149
上肢全截肢术	149
前面进入	150
后面进入	153
經上臂或前臂的截肢术	155
肘上截肢术	156
肘下截肢术	157

第十二篇 整 形 外 科

第一章 一般原則	161
創伤初期縫合	161
疤痕切除	164
肿瘤的切除	167
頰部的肿瘤	163
耳部的肿瘤	169
第二章 皮片移植的操作	170
游离植皮片——表层皮片和全层皮片	170
切皮用器械	171
切皮机取皮	171
全层皮片	171
表层皮片	172
皮瓣	174
局部組織皮瓣	176
額部皮瓣	177
直接皮瓣	179
“延迟”皮瓣；带蒂管状皮瓣	181
“延迟”手术	181
带蒂管状皮瓣	182
第三章 除皮片外的移植操作	183
軟骨移植	183
軟骨切取术	187
軟骨移植到鼻部	188
耳廓再造术	190
其他手术	192
整形外科中的骨移植术	193
供骨区	194
受骨区	197
其他的坚固骨移植片	201
第四章 顏面骨折的整复	205
鼻	205

顴骨顴弓复合体	208
上颌骨	212
第五章 先天性畸形的整形外科	215
唇裂和腭裂	215
分类	218
单侧第一类唇裂的修复	221
双侧第一类唇裂的修复	222
单侧槽裂或第三类唇裂的修复	224
双侧槽裂修复术	226
槽后裂修复术	228
四瓣“V”至“Y”后位术	235
尿道下裂	237
先天性短尿道	238
尿道口切开术	239
腹侧弯曲的矫治	240
尿道再造术	244
第六章 面部癌肿的整形外科	252
面部和颌部癌肿的外科治疗	252
切除并用局部皮瓣来关闭	253
切除并用额部带蒂皮瓣来替代	258
切除并以较远处的組織来替代	260
切除并以游离移植皮片来关闭	262
第七章 各个部位的整形外科	264
眼	264
眼瞼——收缩的上瞼的植皮	265
麻痹性外翻的瞼縫术	267
耳——复合耳的移植术	268
鼻	270
额部鼻成形术	272
骨移植术	275
面神經麻痹	277

第十三篇 妇 产 科

第一章 妇科小手术	281
子宫颈扩张术和刮宫术	281
子宫颈扩张术	282
刮宫术	283
子宫排空术	285
宫颈电灼术	289
前庭大腺囊肿摘除术	291
第二章 外阴	294
单纯外阴切除术	294
根治性外阴切除术	298
第三章 阴道手术	306
Fothergill 骨盆底修补术	306
阴道子宫切除术	316
阴道脱垂和子宫脱垂的手术	327
阴道内子宫切除和修补术	327
膀胱膨出伴有张力性尿失禁时采用阴道 前壁修补术	335
阴道后壁会阴修补术	340
囊状及先天性肠膨出的修补术	343
完全性会阴撕裂的修补术	346
〔增订〕 妊娠中期反复流产的手术 治疗	350

第四章 腹部手术	357
腹部肌瘤摘除术	357
腹部子宫全切除术和次全切除术	359
子宫全切除术	360
子宫次全切除术	363
剖腹取儿术：子宫切开术	365
子宫下段剖腹取儿术	366
古典型剖腹取儿术	369
子宫向前悬吊术	371
Wertheim 根治性子宫切除术	374
第五章 输卵管和卵巢	383
输卵管造口术	383
经阴道电灼切断输卵管术	386
输卵管切除术和输卵管卵巢切除术	391
左侧输卵管卵巢切除术和右侧输卵管 切除术	392
异位妊娠	395
卵巢囊肿摘除术；阔韧带囊肿摘除术	398
卵巢囊肿摘除术	398
阔韧带囊肿摘除术	399
卵巢切除术	400

第十篇 手

第一章 先天性畸形

先天性并指(趾)畸形

E. W. Peet

手 术 前

适应症

除了极輕微的程度以外,所有先天性并指畸形都需要采取外科矫形手术,才能保全手指正常的发育和功能,能够戴上手套,并使不美观的畸形获得矫正。

足部的并趾畸形相对地而言較不重要。对于第二、三、四及五諸趾的融合不需給予任何处理,但是拇趾与第二趾的融合則以采取手术使之分开为良策。

年龄方面的适应症

最适于施行手术的年龄通常是3岁,在某些情况下适宜于年龄較小,或者也可以在年长些时才施行手术,无论如何手术須在学龄期以前完成。

操作步骤

如果一只手的四个手指都融合在一起,通过一次手术把这些手指都分开是不明智的,换言之,即在同一个手指的二侧同时进行手术应认为笨拙之举。在这种病例中,应该先把中指与无名指分开,或者把食指与中指以及无名指与小指分开,剩留下的中指和无名指至第二期手术时再予处理。上述二种方法的选择取决于各别条件及畸形的类型。大多数病例中,中指总較无名指为长,这二个手指的远端指骨通常融合在一起,而只有一共同的指甲,以致中指与較短的无名指一并陷于屈曲的位置。如試把中指伸直,此融合指常因此而偏向手的尺侧。这种继发形成的畸形,其程度可以作为外科医师决策何指先行手术的依据。

植皮术

手指經過分割以后,其粗糙面应以移植皮片复盖之。所有的病例以中厚的游离皮片或断层皮片固定于印模膏模型上为最滿意的一种方法,也是处理双手都存在畸形以及一手同时兼有二个以上融合指的許多方法中的一种选择,惟皮片需要較大的面积。现在全层游离皮片的应用非常风行,虽手术時間較为冗长,其效果却十分优良,对仅有一个并指畸形的病例需要采用全层皮片时,此法显然更应考虑。取全层皮片的供皮区宜选择于大腿的前面,恰在腹股沟皺折之下。該部位經過皮下分离和拉攏,便可妥善地縫合起来。

特殊設備

一套常用的整形外科手术器械，一具專門設計又能够給予消毒处理的支架。如果远端指骨已經融合，还需备有骨剪。准备印模膏模型支架。

手术前准备

手和前臂以及供皮区都須进行皮肤消毒。

在全身麻醉下施行手术，并使用空气止血带，手和前臂安置于插板上。

手 术

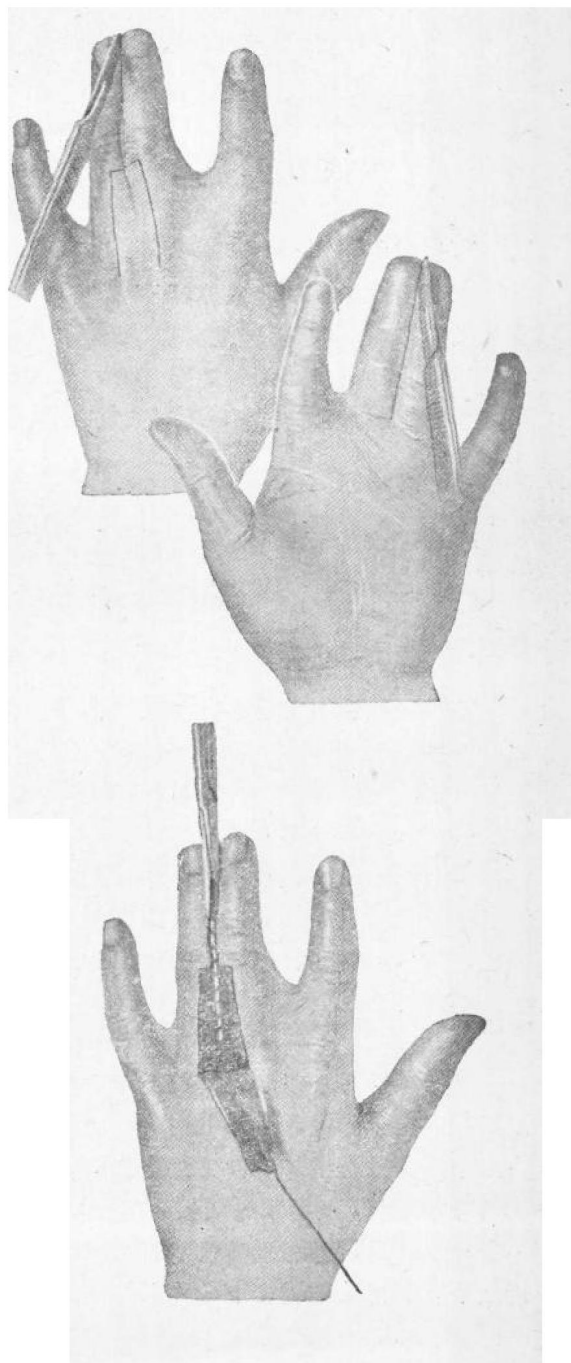
翻起手背面皮瓣

- 1 皮肤經過消毒准备后，凉干再拭以乙醚，以蓝色染料划出切口綫。

背面皮瓣近端的底部位于二掌骨头之間，其远端伸至第一指間关节前方的近端皺折平面处。皮瓣不宜做得太短。用15号刀片照墨水标记綫切开皮肤，然后翻起此背面皮瓣。

分割指蹼

- 2 接着，以剪刀剪开指蹼。如果末端指骨已經融合，則用骨剪照皮肤切口綫截断之。在裂口的近端区常有几条靜脉，一般很容易认明之，予以結扎并切断。



背面皮瓣的縫合

3

把背面皮瓣与在掌面处已被分割的指蹼近端的皮肤相縫合，如此背面皮瓣便形成了手指之間裂口的近端部分，同时又把該区粗糙面分为形状和大小几乎相等的二部分。此时，把止血带內的空气放出，出血点用极細的 0000 号肠綫結扎，或采用电灼器凝固止血。然后，手臂举起 3 分钟，止血带重新充气。待手术結束时，用綳带包扎，随之除去止血带。

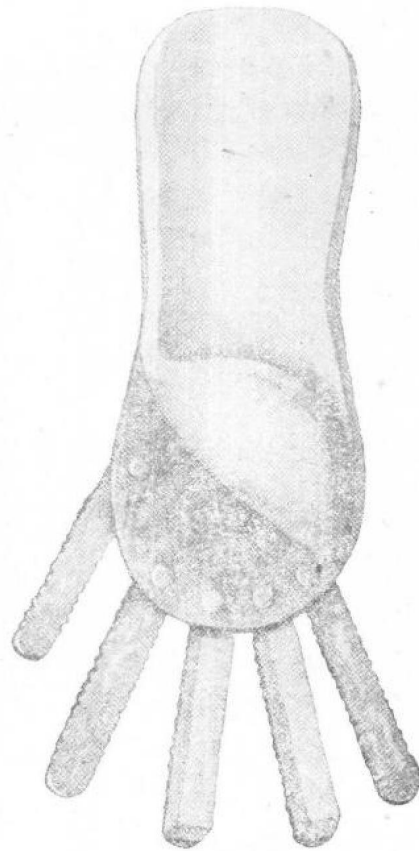
现在可以在粗糙面上准备进行植皮手术，前述的二种方法任擇其一。



断层移植皮片以印模膏模型固定

4

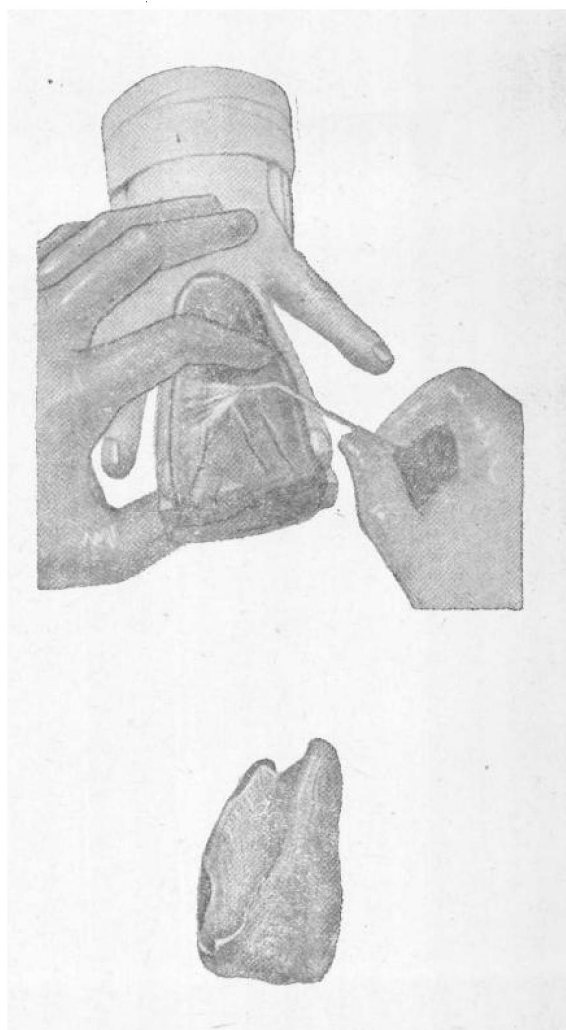
支 架 采用本法时务必将手与手指固定于支架上，俾能使移植皮片貼于粗糙面上以后不致变形。支架由鋁质制成，另有几根鋸齿形的金属条釘于支架的主体上。为实用起见，应具备各种大小尺寸的这类支架，根据病例的不同挑选适当的支架，用毛毡包裹之，并予高压消毒。



- 5 手指固定于支架上 按如下的方法将手与手指固定于支架上。手腕背面和掌面皮肤以及支架背后的金属片上都涂拭以清洁剂;然后把支架与腕部贴紧,繞以綑带固定。用絲綫穿过指髓将手指与支架的附属条固定起来。

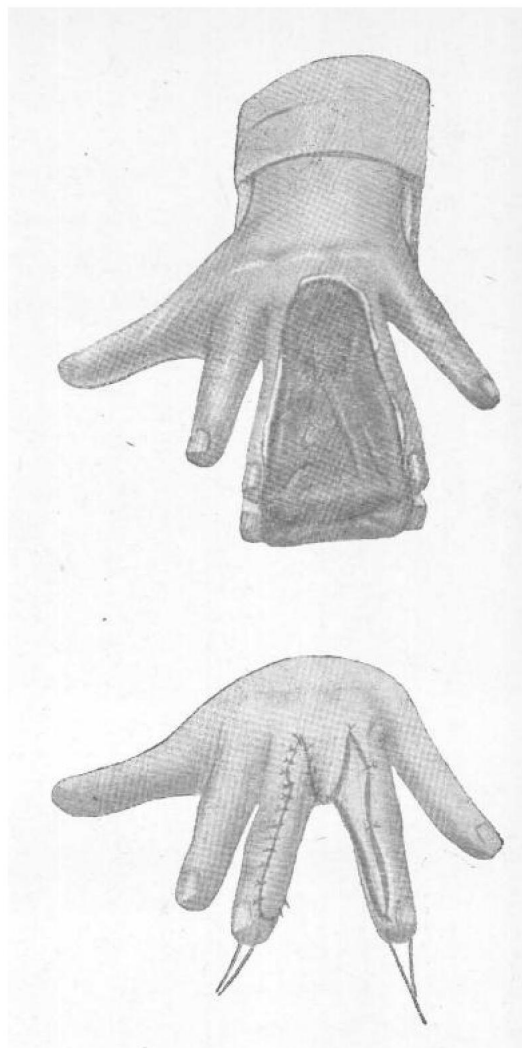


- 6 印模膏模型的制造 齿科印模膏不宜經過煮沸或高压消毒,只可浸入消毒溶液如二碘化汞中以便手术时使用。这种印模膏放入燙手的热水中就会变軟。先塑捏一块大小相当而絕无皺紋的印模膏,輕柔地放于支架上“V”型裂口处,其內就是准备进行植皮的粗糙面所在地。然后用冰水傾注于模型上使之冷却,取出模型,再浸于冰水中使之完全变硬,并拭干之。在此模型上就可清楚地看到該粗糙面的形状。



- 7 皮片置于模型上 接着,把断层皮片攤平,复盖于模型上。皮片一般都能与干的模型相粘着,如果皮片的边緣卷起,則以清洁剂涂拭后再貼于模型上。

- 8 模型放入支架 把模型連同皮片重新放入此裂口內，恰当好处地貼緊着。用涂有清潔剂的1吋寬的紗布把皮膚與模型包紮起來，再繞以繃紗綑帶，手術便完成了。



应用全层皮片的治疗

- 9 取全层皮片的操作技术請參閱本書另一章节。并指畸形相鄰二指邊上的粗糙面，其形状和大小是相等的，故只需取一块皮片，纵形一分为二，用細塑料綫或絲綫以間断或連續縫法把皮片恰当地縫牢。所采用的支架已如前述，不必使用印模膏模型，只需用泡过石蜡油再絞干的羊毛以填滿此裂口即可。包扎时适当地稍施加压力于皮片。

手术后护理

敷料保留10天后，謹慎地取出印模膏或羊毛，拆除縫綫。用石蜡油浸过的羊毛再敷裹10天，嗣后除去支架并鼓励手指开始操练。

先天性縮窄帶

E. W. Peet

手 术 前

肢体某一部分的先天性截肢一般认为是由于子宮內某种形式的損伤，作用于已經发育的肢体所引起，最可能的原因当推羊膜帶所造成的縮帶。

部分性截肢也可以形成一环状沟，造成这种变异最合理的解释是因为羊膜帶在完全阻断

了远端节段的静脉回流之前松弛了。

任何那一种先天性截肢,在治疗上都必須应类而制宜。

采用义肢以整复拇指的缺损,业已成为一种肯定的治疗方法,应用頗广。可是部分性截肢的外科疗法还有待于进一步标准化。

适应症

这些畸形所以需要矫正无非是为了循环受到阻断(縮窄带的常见类型大多发生于踝部之上,从而造成足部浮肿),为了外观不美,偶尔也为了此深沟造成了手指或足趾扭轉的緣故。

此种手术无特殊的禁忌症,罕有需紧急手术者;只要小儿患者能够忍受手术,任何时期都可施行,一般則在气候比較暖和,患儿已渡过了使用尿布的阶段为相宜。

器械

精确設計出合适的皮瓣,用蓝色染料划出切口綫。以皮鉤执持皮肤。除了鋼笔和皮鉤以及一般常用的整形外科手术器械外,毋需其他特殊的手术器械。

麻醉

在全身麻醉下施行手术,利用空气止血带以求手术野无血。

手术

划出切口

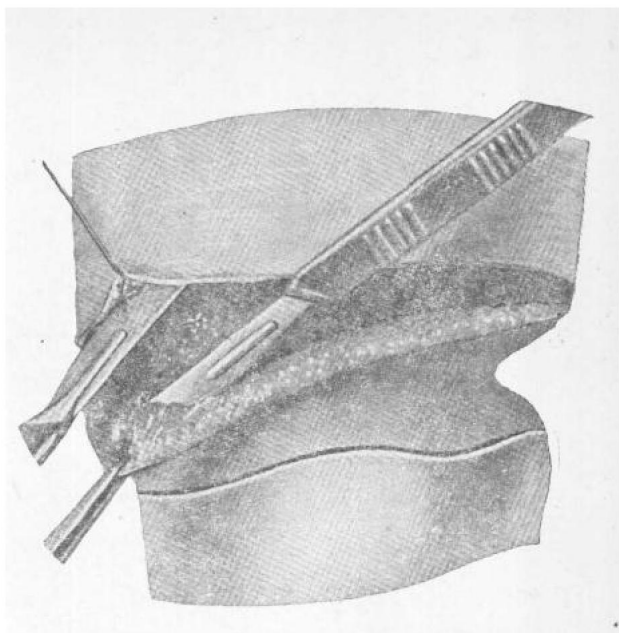
- 1 手术野的皮肤經过了消毒处理以后,拭以乙醚,使能划上蓝墨水綫标记。用鋼笔环繞沟的远、近二端的边緣,划出各該切口綫。在此逐漸变細的肢体上,远端的切口綫必須呈弯形,以便皮肤边緣的环长能与沟的另一边相等。



切除縮窄的皮肤

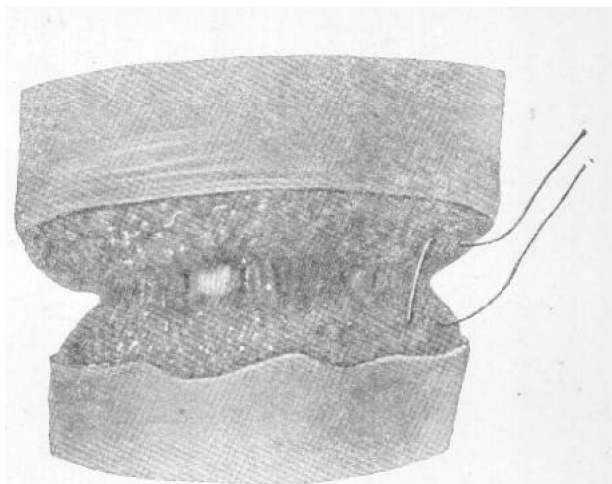
- 2 二切口之間的皮肤以銳性分离法切除之，特別注意沟的深部組織，只須切去皮肤，以免損伤邻近的肌腱、神經、动脉、靜脉以及淋巴管。二边皮肤緣下作潜行分离以便对合。

在此时期，松解止血带，出血点以結扎或电灼器止血。然后把肢体抬高3分钟，再重新鼓起止血带。手术结束后，盖以敷料，用綳带包扎后才取除止血带。



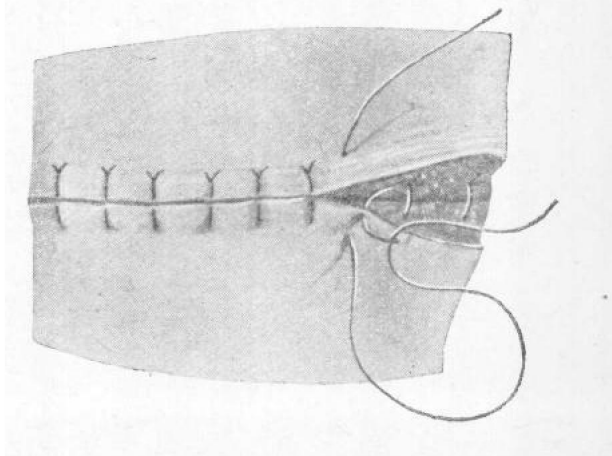
对攏深部組織

- 3 在此凹陷区二旁的結締組織用細的肠綫作間断埋藏縫合，以关闭裂口和潜在的死腔。



縫合皮肤边缘

- 4 以間断褥式縫法縫合皮肤創口，能使其边缘部分得以恰当地外翻。



“Z”字形整形术

为了防止在肢体上因环状瘢痕线的收缩而再形成浅沟，可在缝合线上分散地做一个或几个“Z”字形整形术，作为一种另加的精细加工。（第49页）

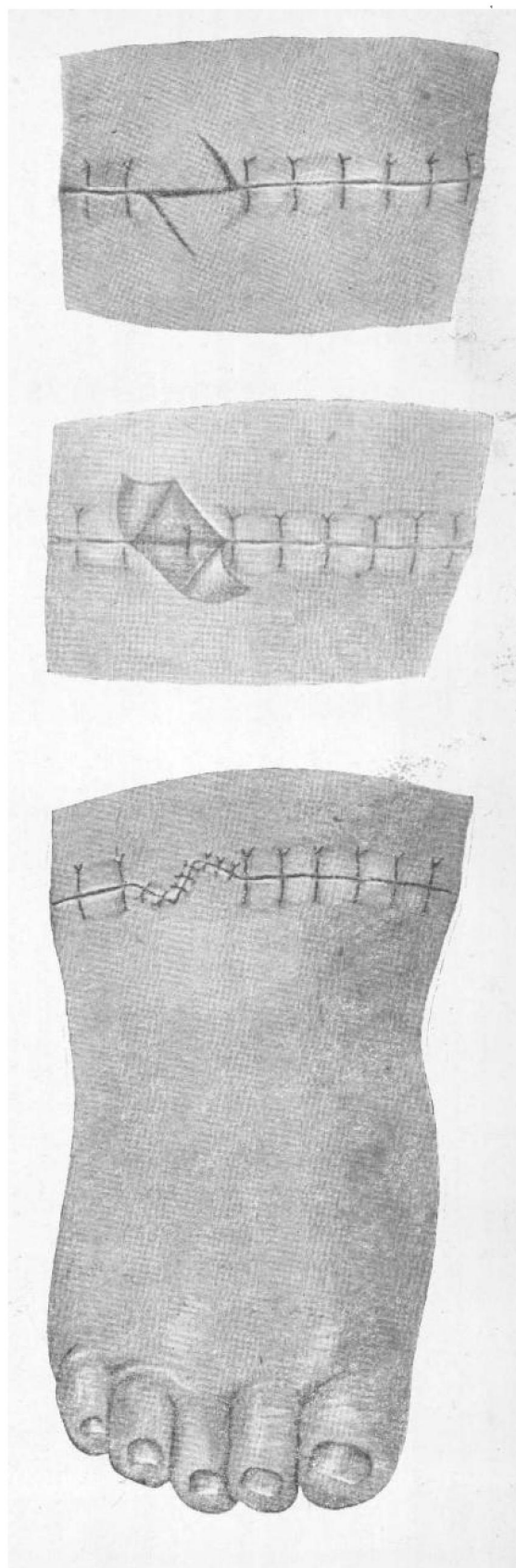
- 5 切口 用蓝色染料划出二条切口线，此60度角应画得十分精确，才能使三角形皮瓣在移动时妥善对合。此“Z”字每一边的附加切口约长3/4吋。

- 6 翻起皮瓣 在此两三角形皮瓣下进行潜行分离，再予翻起。

- 7 “Z”字形整形术完成 把两三角形皮瓣移位并缝牢，局部皮肤即得以重新布位而使缝合线延长。另一方向上则相应地有所缩短。理想的“Z”字每一边应当是等长的。

两边间最适宜的成角为60度（见图5），这一角度足可使“Z”字每一边增长75%。

盖以干纱布并以纱布绷带扎紧，从足趾到修补线以上的区域内适可地施加压力。手术到此即告完成。



手指的縮窄帶

8

将这类手术适当地加以改变，便可应用于任何部位的先天性縮窄帶，如大腿和手臂部。手指先天性縮窄帶畸形是极多见的。图示手术的前后，不必再作解释。



手 术 后

最初几天内，应将肢体維持于水平位以上，于第7天后拆除縫綫。縫合綫的皮肤上用浸过薄的火棉胶的2吋宽紗布复盖，以作創口的支撐，如此持續保留一星期。

第二章 損 伤

急性手部损伤

Adrian E. Flatt

手 术 前

一般原則

手部急性损伤的后果取决于初期手术处理，为此必須制訂一个考虑到患者年龄和职业的

合理治疗计划。这样,除了最广泛的损伤之外,一次手术就可获得决定性的成果。

在大的损伤而无法保存手部的正常功能时,应在手的两个基本功能,即紧握与撮捏之中,擇其一而保存之。要具备一个能对掌的拇指和能与之相对合的柱状物,最好是一能向桡侧活动的手指,才能做撮捏动作。而紧握比撮捏的动作更有力,全賴于手掌的宽度及掌指关节的活动度才能完成。

拇指的长度及其掌指关节的活动度应尽一切努力加以保存。

手部损伤的一般处理原则与普通创伤外科无甚区别,但是由于手部多余的組織很少,故在作扩創术时必须最少限度地切除組織。

因为瘢痕組織有碍于功能的恢复,故預防感染和纖維組織增生也是至关重要的,为此立即給予全面地皮肤复盖,有其特殊的重要意义。至于活力可疑的組織,可能会延迟愈合或导致纖維增生,只要切除后不影响手部的基本功能,則切除之。

特殊器械

准备: 整形和眼科手术用的器械,細齿鋸(因其对組織的损伤性比大鼠齿鋸要小得多),可装上6吋克氏鋼針的手钻或电钻,以及40号不銹鋼絲作为皮肤縫綫,00000号黑絲綫作为神經吻合之用。

手术前准备

在操作时,最好使用气囊止血带,經剃毛、冲洗和一般的扩創后,再用緩和的去污剂小心地清洗創口。如损伤較小此項清洁工作可由患者自己料理。前臂的屈側面通常可以作为断层皮片的供皮区,因此亦应在手术前給予彻底的准备。

應該指出,如果需要植皮的話,前臂的准备、取皮和創面的封閉敷裹等,均应在处理手部創面之前先行完成。

化学治疗

对于較大的手术,应及时地注射药物,当放松止血带时,血液中的药物恰好达到最高浓度,而产生一定的保护作用。此法还可使創口內的血块含有高浓度的药物。在手术較小的病例,縫合創口之前,可在創面上撒布少量粉剂。但不宜太多,因高浓度的粉剂对局部反而帶有刺激性。

麻 醉

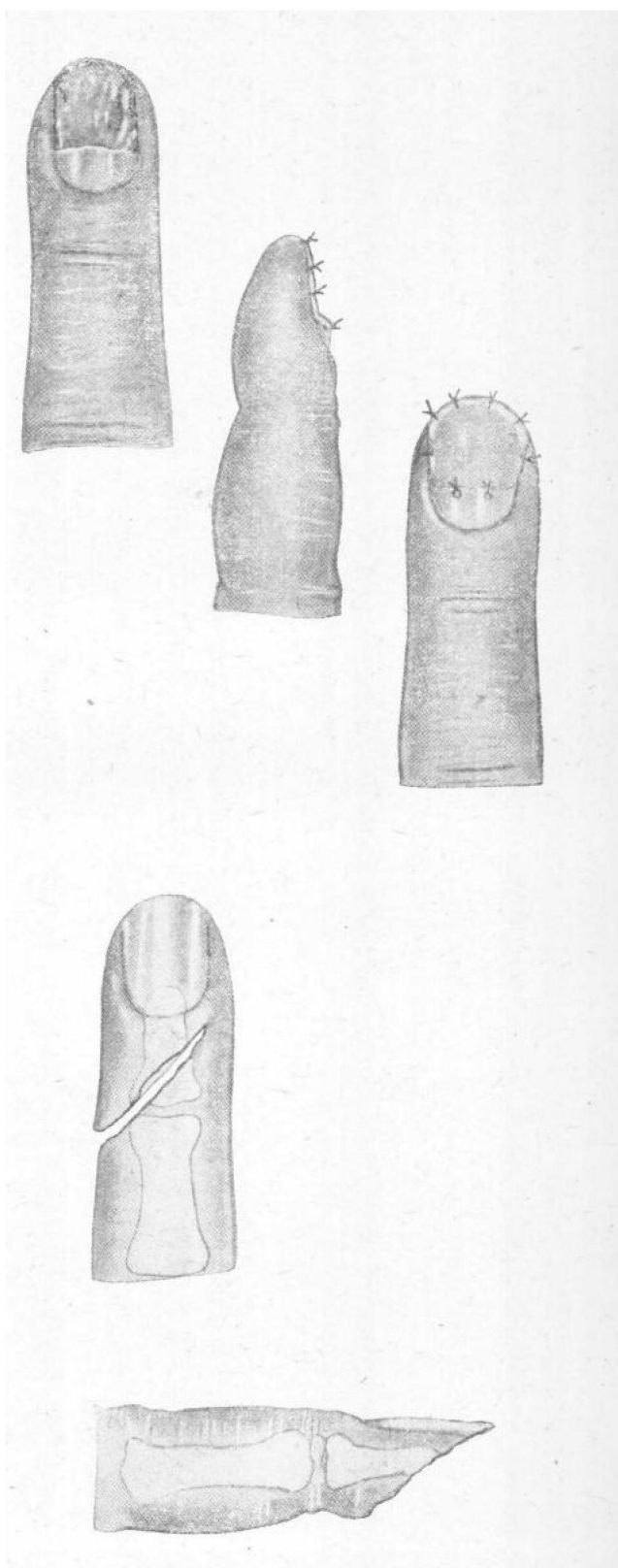
全身麻醉可以采用,但是对門診病人臂丛神經阻滯和区域神經阻滯有其特殊的用处。掌神經阻滯比指神經阻滯为优,因为手指不致于过于膨胀。任何注射于手部的麻醉药物中,絕對不能含有腎上腺素。

操作步驟

甲床损伤

- 1 对于部分甲床被去除而甲根尚保持完整的創創，最好的治疗方法是用薄的断层皮片立即复盖創面。此种皮片应与創面縫合，为了妥善固定起见，还可在残留的指甲上钻几个小孔。当丧失了部分指尖时，则所取皮片的一端应較厚实些，以弥补指尖的缺損部分。

当指甲逐渐生长时，皮片在正常組織复原之前将与甲床相衍連。



部分截指

- 2 若手指两侧血管束之一能保持完整，即使损伤累及指骨而折断，手指的远端部分也应保留縫合之。术后手部应抬高，包扎宜輕，使手指能尽可能地舒服一些。

当屈指肌腱或伸指肌腱或两者都受到损伤时，虽然可以考虑截指，但在作出这个决定之前，应郑重地估計一下手的残余部分的情况及患者的职业。一般而論，还是以設法保留手指为上策。

单有指髓丧失时，指髓处具有触觉的皮肤可由魚际皮瓣代替。（第 41 頁）