

张圣道 李宏为 主编

实用 急诊 小手术

科学出版社



实用急诊小手术

张圣道 李宏为 主编

科学出版社

1995

(京)新登字 092 号

内 容 简 介

本书是我国第一本叙述急诊各科小手术的专著。内容包括内科、外科、妇产科、儿内科、儿外科、胸外科、肺科、泌尿科、骨科、伤科、口腔科、眼科、耳鼻喉科、麻醉科、传染病科、灼伤科及神经外科十七个科别的 249 个小手术。本书说理清楚，精简扼要，内容规范，图文并茂，具有科学性和实用性，反映了当代急诊小手术的医疗水平，是国内大、中、小城市综合性医院医师必备的工具书；亦可供医学院校老师及学生作为急诊实习的参考书。

实用急诊小手术

张圣道 李宏为 主编

责任编辑 许贻刚 张晟星

科 学 出 版 社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码：100717

上海海疆印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

*

1995 年 3 月第一版 开本 787×1092 1/16

1995 年 3 月第一次印刷 印张：11 3/4

印数：3000 字数：300 000

ISBN 7-03-004695-1/R·241

定价：13.80 元

《实用急诊小手术》

主 编 张圣道 李宏为

副主编 周建明 蒋 渝

编 委 (按姓氏笔画为序)

朱上林	曲克服	华祖德	张圣道	肖玉瑞
李宏为	陈其智	周文龙	周建明	周思伯
金 烨	罗振辉	胡秉诚	谈松年	龚代贤
黄绍光	黄宗明	蒋 垚	蒋 健	蒋 渝
程容荃	储琪东			

序 言

急诊小手术的范围颇广，从头皮脓肿切开引流到开胸心脏按摩，从小儿囟门穿刺到骨关节脱臼复位等都属于这个范围；而且，根据医院科室的多少以及医师们的学识与习惯，急诊小手术的范围也有所不同。因此，目前市上很难找到一本专著，能将各科的急诊小手术包罗在一起，按不同手术提出不同的要求。也正因为如此，目前的情况，大体上是“各取其好、各行其道”。当然，大多数的治疗效果是好的或比较好的，但是，不可讳言，不如人意的也不在少数。因手部感染切口错误造成手功能伤残者、因气管切开不及时或不正确造成病人死亡者都不是极个别的事。因此，客观上需要一本专著，集中各科专家，从正规要求出发，结合目前医学科学的发展，列出各科小手术目录，指明各个手术的正规操作方法及注意点，既精简扼要，又符合正规要求，使读者、特别是在第一线的广大青年医务工作者循之有法，则病人得益匪浅，且对提高急诊医疗质量大有裨益。从抛砖引玉出发，我们先请上海第二医科大学附属瑞金医院部分专家按各科急诊小手术的常规要求整理成书。这些手术常规，既是经多年实践考验行之有效的，又是符合目前医学科学发展形势的，当然，还是不够完善的。只不过，一方面供各兄弟医院有关医务人员急需参考之用，另一方面作为进一步补充、修订的基础。我们真诚地盼望广大海内外同道们提出宝贵的意见，以便在不久的将来进一步补充与完善。

张圣道 李宏为

1994. 5.

一、环甲膜穿刺术

〔适应症〕

(1)各种异物或声门水肿所致喉梗阻。(2)喉外伤所致呼吸困难者。(3)下呼吸道分泌物引起气道梗阻,不能经口插管吸引者。(4)有紧急气管插管或气管切开指征、但无条件立即执行者。

〔操作方法〕

(1)体位:病人仰卧,肩下垫枕,头向后仰。(2)穿刺部位:甲状软骨与环状软骨之间的凹陷处。(3)穿刺方法:一手食指触摸穿刺部位,拇指及中指将两侧皮肤绷紧,另一手将环甲膜穿刺针垂直刺入,通过阻力、进入气管、取出针芯、有气液冲出,表明穿刺成功。病情危急时,可不作局麻。(4)固定针头,连接供气管道或负压吸引分泌物[图 1-1]。

〔注意事项〕

(1)穿刺时要正确定位,垂直进针,防止出血或皮下气肿。(2)作好气管切开或气管插管的准备。

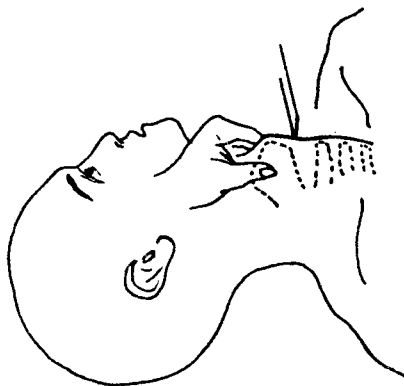


图 1-1 环甲膜穿刺示意图

二、经静脉临时起搏法

〔适应症〕

(1)持续性或间歇性Ⅲ度 AVB, 高度 AVB, 莫氏Ⅱ型 AVB。(2)持续性或间歇性不完全的分支阻滞, 双束支阻滞及左束支传导阻滞。(3)病态窦房结综合征有明显症状, 晕厥或阿斯综合征发作者, 如窦房阻滞, 窦性停搏, BTS 在心动过速终止时长时间停搏及严重窦缓伴频发室早者。(4)急性心肌梗塞伴莫氏Ⅱ型 AVB, 双束支及三支阻滞, 及前壁心肌梗有Ⅰ度 AVB, 就应预防性安装。下壁心肌梗伴Ⅲ度 AVB 需伴晕厥或阿斯综合征者。(5)药物不能奏效的室上速及室性心动过速。

〔操作方法〕

(1)经贵要静脉插入电极起搏法:①贵要静脉的行经虽稍有差异,但都在肘关节屈曲面偏内侧经过。穿刺点或切口应在肘关节上 2 cm 水平,这主要是避免导管电极通过肘关节,因关节活动而导致导管电极移动或折断,同时亦避免影响肘关节的活动。但又不能距离肘关节太远,否则常因静脉转入深部肌层而难以找到。②局部常规消毒和麻醉,作一小切口,分离出静脉,切开静脉并插入电极,或经静脉穿刺扩张,插入 5F 双极电极,在 X 线透视下,插送到右心室而紧急起搏。③在紧急情况下,由于常不能在 X 线透视下操作,只能在床边利用心脏内心电图指导插管。方法是联接好心电图机的肢

体导联,并接好地线。将 V_1 导联接到导管电极的体外端,在心电图机的 V_1 档观察内心心电图,以指示电极到达的部位,〔图 1-2〕,一旦电极到达右心室并接触心内膜时,即见有振幅大的 QRS 波及 ST 段抬高,并可以从 ST 段抬高的程度,判断电极接触心内膜的紧密度。

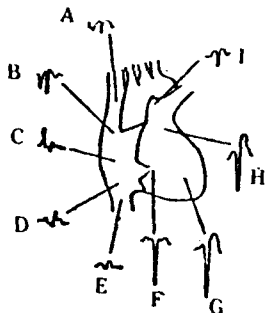


图 1-2 心腔内各部位的心电图

上腔静脉(A);右房上、中、下部(B、C、D);下腔静脉(E);右室流入道、中部、流出道(F、G、H);主肺动脉(I)

(2) 经股静脉或大隐静脉插入电极起搏法:①先在右侧腹股沟韧带下 2 cm 处扪及股动脉,股静脉就在其内侧。②用 18 号薄壁针头(能通过导引钢丝)沿静脉走向向上方穿刺,针头刺入静脉后,即有静脉血慢慢流出,插入引导钢丝,保留钢丝,拔出穿刺针头,沿引导钢丝插入静脉扩张管及套管,保留套管,拔出引导钢丝和扩张管,从套管中插电极,在 X 线透视下或心腔内心电图指引下插到右心室。③如作大隐静脉切开,即在腹股沟处扪及股动脉后,垂直向下 2 横指,在此水平内侧 1 横指左右,以此为中心作一横切口,暴露静脉并切开插入电极,送到右心室。④起搏器调到按需式,输出电压在 5 V,频率为 70 次/分,按需灵敏度在 3 mV 左右

进行起搏。

(3) 经左锁骨下静脉穿刺起搏:①取头低平卧位,以充盈锁骨下静脉。因为静脉压正常的病人,平卧时锁骨下静脉可以不充盈。②局部消毒和麻醉后,于锁骨下约 2 cm,锁骨中点外侧 1 cm 穿刺。③针头穿刺方向指向胸骨上切迹,进针到达锁骨与第一肋骨间隙,应保持水平位,否则常刺在肋骨和锁骨上。④一面进针一面抽吸,抽到暗红色非搏动静脉血后可插入引导钢丝。⑤拔出穿刺针头,沿引导钢丝切开皮肤约 3—4 mm。⑥插入扩张管到静脉作第一步扩张,然后拔出扩张管,套上外套管作第二次扩张。⑦拔出扩张管和引导钢丝,保留外套管,然后插入电极,电极插入时注意:A. 电极弯曲的自然弧度应与左锁骨下静脉到达右心室弧度一致,B. 电极插入的深度约为 35 cm 左右。⑧在心腔内心电图指引下,可观察到电极到达上腔静脉或右房的行道,待到达右室时,即有振幅大的心室波伴有 ST 段抬高,提示接触心内膜。⑨测起搏阈值,通常为 0.5—1.5 V 或 1—3 mA,电极阻抗在 300—700 Ω 之间。一般情况下,可仅测阈值的伏特数。再把电压调到 5 V 左右,以恒定起搏,并做起搏时的体表心电图,可根据 ECG 估计电极位置。必要时术后摄正侧位 X 片,以证实电极位置。

〔注意事项〕

使用起搏器者,可出现下列并发症及故障,应予以注意。(1)感染:特别是在经胸心外膜起搏病人,有时发生手术切口处感染。(2)竞争心律:使用固定频率起搏器时易发生竞争心律,出现时病人可感到心慌或胸前区刺痛、停跳等,如不及时进行调节,可引起阿斯综合征。(3)有人报道可发生肺栓塞,血栓形成,气胸,脓胸,甚至心室穿孔。(4)起搏器故障,可出现导线断裂,电极脱落,插头焊接处脱落或接触不良等。

三、经皮肤紧急心脏起搏

〔适应症〕

凡是属于经静脉临时起搏的适应症,而又情况紧急,均可先用经皮肤临时起搏。

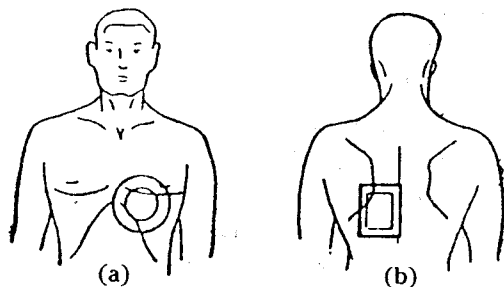
〔操作方法〕

(1)阳极放置在左肩胛下角与脊柱之间〔图 1-3b〕,不要盖在脊柱上,以免刺激时使脊柱两侧的肌肉收缩而引起压缩性骨折。(2)阴极放在心前区〔图 1-3a〕,女性应放在乳房之下,避免放在乳房部以免

增加电阻。(3)一般先放置背部的阳极,如病情需要,则可在心前区选择放置阴极的位置,即间歇地移动阴极并起搏,然后固定之。但如病情不允许,则放置在心前区 V_3 的位置而紧急起搏,以先抢救病人为重。电极放置处,应先用酒精擦洗,以去除皮肤表面油脂及污物,减少电阻,并涂以导电糊。(4)连接好心电图机或示波仪,挑选一个较清晰而R波较高的导联,以观察QRS波。(5)将电极导线连接到脉冲发生器,开始起搏,一般先以0 mA开始,逐渐增大,直到刺激夺获心室时,即为起搏阈值,然后再增加10%的电流,以确保安全而恒定的起搏。(6)起搏前应将起搏器接好地线,以策安全。

〔注意事项〕

(1)明显肺气肿和胸肌发达者宜适当增高电流阈值。(2)如出现局部肌肉收缩跳动、呃逆、局部皮



(a) 心前区的阴极 (b) 背部的阳极

图 1-3 电极位置示意图

肤灼热性疼痛、咳嗽,可用镇静药以增加病者耐受性。

四、胸外心脏电击复律术

〔适应症〕

(1)心室颤动或扑动。(2)室性心动过速应用药物治疗无效或室性心动过速引起较严重的血流动力学障碍者。(3)阵发性房性或交界性心动过速,应用刺激迷走神经的方法及抗心律失常药或升压药不能终止其发作者。(4)心房扑动、洋地黄难以控制心室率者。(5)心房颤动:①二尖瓣狭窄,手术分离后发生房颤3—4周不消失者。②慢性心瓣膜病,先心病未能进行手术治疗,或已手术发生房颤而代偿功能较好者,且由于房颤而使症状有较明显的加重者。③甲状腺机能亢进引起房颤,在甲亢控制后尚有房颤者。④冠心病引起房颤,有频繁心绞痛发作,常规治疗不能控制症状者。⑤快速房颤用药物不能控制而有血流动力学障碍者。⑥房颤伴难治性心力衰竭,用洋地黄不能控制心室率者,用电击复律偶有成功,可控制心力衰竭。

〔操作方法〕

(1)选择性电复律(常用于慢性心房颤动病人)①先用洋地黄控制心室率,改善临床症状及心脏代偿功能。电击前24—48 h,停用洋地黄。②术前做奎尼丁试验,无过敏反应者,开始服用奎尼丁0.2 g,每6 h一次,服2天,第3天电击。③术前检查

仪器的同步装置,使R波下降支放电。④电击当天空腹,面罩吸氧,用安定20—30 mg或硫喷妥钠50—100 mg静脉注射,至意识朦胧睫毛反射消失即可放电(并保持静脉给药途径)。⑤将电极阴极板放在左肩胛下端,阳极板放在胸骨正中第3肋间,或阳极放于胸骨左缘第二肋间,阴极置于心尖。⑥电极板涂上导电胶或包6层盐水湿纱布。电极紧贴皮肤,第一次用100—150 W·s,心房扑动用25—50 W·s。如未恢复窦性,继续增加50—100 W·s,直至400 W·s。经3次电击无效者,不宜再电击。放电时避免任何人直接接触病人,以防触电。⑦电击复律前后测血压,心率,心律并记录心电图,电击后观察到清醒后30 min,送回病房,卧床休息1天。⑧电击后,服奎尼丁0.2 g,每6 h1次,1—2周后逐渐递减剂量至0.2 g,每8 h1次,长期服用。或代以选择胺碘酮、普鲁卡因酰胺、双异丙吡胺等作维持。⑨既往有栓塞史者,在电击前后给口服抗凝药治疗各二周。

(2)紧急电复律①室性心动过速、室上速或预激综合征伴心房颤动,心房扑动等病情需紧急复律者,电击前无法充分准备,但最好空腹几个小时。②麻醉用药、电极板的位置、检查同步装置、充电、

放电方法同前。③电功率 150—200 W·s，如复律未成功，可增加电功再次复律。④心室扑动或颤动意识丧失，不需麻醉，可直接用非同步去颤，电功率 300—400 W·s。

〔注意事项〕

(1) 置电极的局部皮肤可有轻度红斑，3—5 天褪去。有时胸部轻度不适及肌肉痛，一般病人能耐受，不必做特殊处理。(2) 体循环栓塞，按栓塞处理。(3) 电击后即刻有短暂心律失常，如房早、室早、短阵室速等，一般几秒钟后能恢复窦性。若初次电击后房早出现，最好在每次增加电能前，给苯

妥英钠 100 mg + 生理盐水 20 ml 静脉注射。如室早，用利多卡因 50 mg + 25% 葡萄糖 20 ml 静脉注射。(4) 肺水肿：由于电击后左房功能暂时失调，排气减少，可按心力衰竭处理。(5) 心肌损害的心电图表现：ST 段下降，T 波平坦或倒置，多见于高能电转复时，经几小时至几天能自动恢复。(6) 血清乳酸脱氢酶、肌酸磷酸激酶增加，毋须处理。(7) 心动过缓者，静脉注射阿托品 0.5—1.0 mg。(8) 如有心脏停搏，立即胸外按摩，采取复苏措施。必要时采用人工心脏起搏器。如心室颤动，立即再电击。

五、洗 胃 术

〔适应症〕

(1) 清除胃内各种毒物。(2) 治疗完全或不完全性幽门梗阻。(3) 急性胃扩张。

〔操作方法〕

(1) 灌洗液：①生理盐水用于多种毒物中毒。②1:2000—5000 高锰酸钾液适用于生物碱、有机毒物，不适用于有机磷中毒(敌百虫、敌敌畏例外)。③2—5% 碳酸氢钠适用于农药中毒(敌百虫除外)。(2) 口服催吐法：用于神志清醒且能合作的中毒病人。先让病人尽快大量口服灌洗液，即可引起呕吐，否则可用压舌板压其舌根，使吐出胃内液体。如此反复进行，直至呕出液与灌洗液的颜色、澄清度相同为止(总共约需灌洗液 5000 ml)。(3) 胃管洗胃法：患者取坐位或仰卧位，胸前围以防水布。使用张口器或嘱病人张口或用包纱布的压舌板将口张开，操作者将涂有石蜡油的胃管徐徐插入食道内，当管的前端已进入食道时，立即抬高皮管后段，再向前插入。当胃管插至 50 cm 左右时，停止插入。然后抬高皮管末端的漏斗(至少高出病人头部 50 cm)，将灌洗液缓慢倒入漏斗中(每次约 300 ml)。当漏斗中尚剩余少量灌洗液时，即将漏斗放低并倒置，利用虹吸原理，将胃中液体引出体外(如皮管中间带有皮球时，可挤压此球，以增加流出速度)。当漏斗中不再有胃内液体流出(流出量基本上等于灌入量)时，再抬高漏斗，重新倒入灌洗液。如此反复进行，直至洗清为止[图 1-4]。(4) 吸引器洗胃法：插入普通胃管，接上胃肠减压装置，嘱病人服

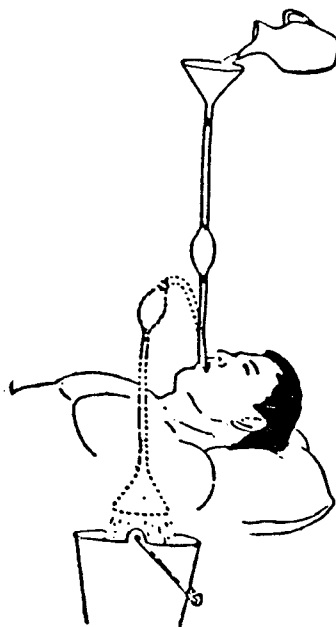


图 1-4 洗胃法

500 ml 生理盐水，然后开动吸引器，将摄入的盐水吸出，这样反复进行，直至吸出胃液完全澄清。

〔注意事项〕

(1) 误服强酸、强碱、食管静脉曲张或食管、贲门梗阻、主动脉弓瘤患者，均禁忌洗胃。(2) 洗胃前应取下假牙，昏迷者插入胃管后应侧卧位，以免引起吸入性肺炎。(3) 洗胃过程中须正确记录入量与出

量。(4)中毒病员第1次洗出的胃内容物,应留作检验用。

六、三腔管压迫止血术

〔适应症〕

门静脉高压引起食管静脉、胃底静脉曲张破裂出血者。

〔操作方法〕

(1)用前要先检查三腔管气囊是否漏气,管腔是否通畅,并分别标记出三个腔的通道。先试测气囊的注气量(一般胃气囊200—300 ml,食管气囊50—70 ml)。要求食管气囊保持4.0—5.3 kPa的压力。(2)应用时,先在胃管、胃气囊、食管气囊及病员鼻腔处涂以石蜡油润滑。(3)将三腔管从鼻腔插入,达咽喉部时,嘱病员做吞咽动作,当三腔管插

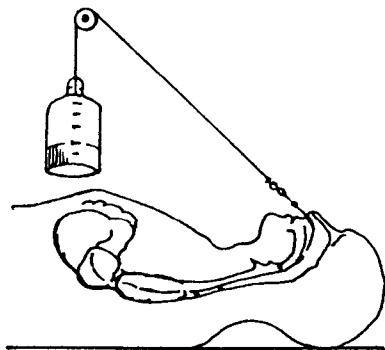


图 1-5 三腔管放置后的位置

至65 cm处,并在胃管内抽得胃液时,表示管端已达幽门。(4)向胃气囊注入空气200—300 ml,使其

膨胀,即用钳子将此管钳住,以免漏气。再向外牵引三腔管,遇有阻力时表示胃气囊已压于胃底部。用0.5 kg重的物品(500 ml盐水瓶加水250 ml,通过滑轮装置牵引三腔管,并固定于床脚架上,以免三腔管再滑入胃内[图1-5]。(5)随后向食管气囊注入空气50—70 ml,使压迫食管下1/3,再用钳子钳住此管端。最后自胃管吸出胃内容物。

〔注意事项〕

(1)胃气囊充气不够、提拉不紧,是导致压迫止血失败的常见原因。如胃气囊充气少而又提拉过猛,可致胃气囊进入食管下段,挤压心脏,引起胸骨后不适和频繁的过早搏动;有时提拉不慎,胃气囊甚至可以被拉上阻塞喉部,引起窒息。食管气囊压力不可过高,否则局部可产生压迫性溃疡。(2)气囊压迫期,食管气囊每12—24 h应放气一次,放气时同时将三腔管向胃内送入少许,使胃底部也减轻压力(目的是使局部被压迫的粘膜得以改善血液循环,以免发生缺血坏死;同时也可借以检查应用效果),当压力消除时,抽取胃内容物了解是否还有出血。一般放气30 min后可再充气。(3)三腔管填塞,一般以3—5天为限,如有继续出血,可适当延长填塞时间。在出血停止24 h后,可放去食管囊内的气体,放松牵引,继续观察有无出血。24 h后仍无出血者,即可拔除三腔管。先口服石蜡油20—30 ml,抽尽食管及胃气囊内的气体,缓缓拔管。

七、胃肠减压术

〔适应症〕

急性胃扩张、幽门梗阻、机械性或麻痹性肠梗阻、急性腹膜炎、急性胰腺炎及胆囊疾患急性期用以排除胃肠内容物与积气。

〔操作方法〕

(1)将鼻管自鼻腔徐徐插入胃内(约距门齿5 cm),用注射器抽出胃液后固定,接上胃肠减压装

置[图1-6]。(2)(甲)与(乙)瓶皆有密闭瓶塞,各插玻璃管分别与(a)、(b)、(c)皮管相连,(a)管接病员的胃管,(c)管接吸引器。(a)与(c)管子各有夹子一只。放松(c)管夹子,(乙)瓶产生负压,吸引(甲)瓶中空气,(甲)瓶亦产生负压,吸引病员胃内容,产生持续负压吸引。(d)管用以调节(乙)瓶中的负压。

〔注意事项〕

(1)新近有上消化道出血史、食管静脉曲张、食管梗阻应慎用。(2)应经常检查胃肠减压装置是否密闭,皮管有否弯曲或松脱,胃管是否通畅,每4—8 h应冲洗一次胃管。(3)严密观察病情,记录出入液量。(4)使用胃肠减压者应补液,以维持水与电解质平衡。

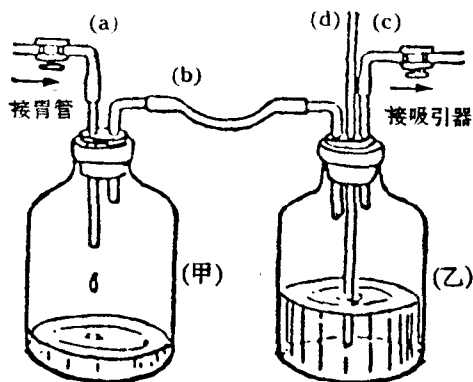


图 1-6 胃肠减压装置

八、腹腔穿刺术

〔适应症〕

(1)外伤病人疑有内脏破裂或急腹症,需进行诊断性穿刺者。(2)大量腹水引起严重胸闷、气促、少尿等症状难以忍受时,可适量放腹水,以达缓解症状的目的。

〔操作方法〕

(1)先嘱病员排空尿液,以免刺破膀胱。(2)扶病员坐在靠椅上,或平卧稍向左侧倾斜。(3)穿刺点常选择脐与左髂前上棘联线的中、外 1/3 交界处[图 1-7]。(4)常规皮肤消毒,铺洞巾,用 1%普鲁卡因作局部浸润麻醉。(5)用穿刺针逐步刺入腹壁,待感到穿过腹膜壁层,针锋阻力消失,即可用针筒抽取或引流出少许腹水于消毒试管中,备作化验用。如大量放液,可用专用穿刺针头,针末尾接一橡皮管,引入腹水置于地上的器皿中。腹水不断流出时,应用多头腹带逐步收紧,以防腹压骤降。(6)术毕拔针,针眼盖以消毒纱布,用胶布固定。

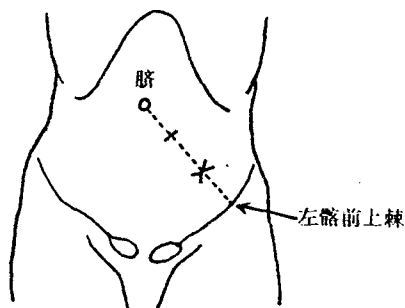


图 1-7 腹腔穿刺部位

〔注意事项〕

(1)严格遵守无菌操作规程。(2)术中密切观察病人,如出现面色苍白、出汗、脉速、或诉头晕、心悸、恶心等,应停止抽液,并作相应处理。(3)放液不宜过快、过多,一次不宜超过 3000 ml。

(蒋 健 倪一玄 惠小平)

第二章 外科

一、体表软组织化脓性感染手术

(一) 脓肿切开引流术

[适应症]

体表感染一旦形成脓肿，有波动感或局部穿刺见脓液均需切开引流。

[操作方法]

(1) 用尖头刀，刀锋向上，刀尖刺入脓肿中心部向上迅速挑开，排尽脓液。(2) 脓腔引流物根据脓肿大小可选用小纱条，小凡士林纱布，橡皮片或中药药线，外加消毒纱布包扎[图 2-1]。

须达正常皮肤边缘，切口深度须达脓的底部。如病变较大，可采用双“十”字形或多条纵形切口，以保证充分引流。除非皮肤已坏死，否则应尽量多保留些皮瓣，以免术后植皮或疤痕收缩，影响功能。(2) 清除皮下坏死组织：用有齿镊夹皮，用刀片或电刀作皮下潜行分离，使其与下面的坏死组织分开，清除皮下全部腐烂和坏死组织。如深筋膜已坏死，也应切除。创面双氧水清洗后，用迨金氏纱布或凡士林纱布填塞止血，包扎。(3) 疔的病变范围较小，全身中毒症状明显宜考虑疔的整块切除。从正常皮肤边缘起，围绕疔的周围作切口深达病底底部，疔整块切除。彻底止血后用迨金氏溶液纱布填塞创口，待创口健康肉芽组织生长后，再植皮[图 2-2]。

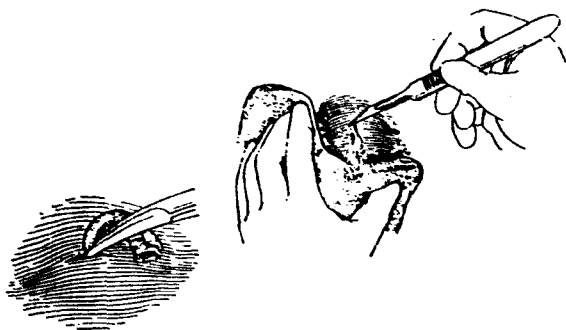


图 2-1 脓肿切开引流术

(二) 疔的切开引流和切除术

[适应症]

(1) 病变范围较大，感染不易用药控制。(2) 全身中毒症状明显。(3) 局部引流不畅。

[操作方法]

(1) 皮肤切口：“十”字形皮肤切口，切口二端

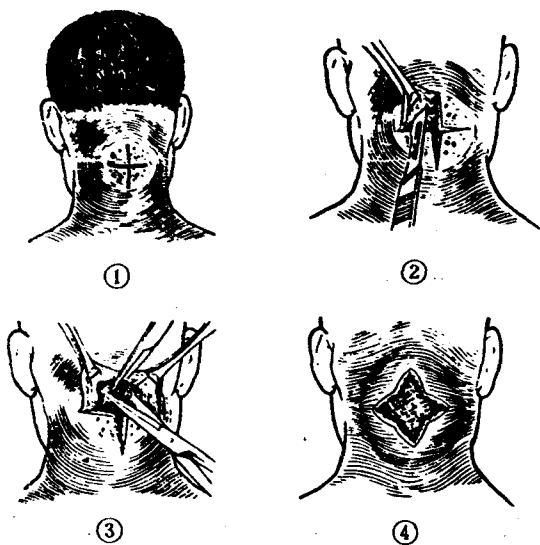


图 2-2 疔的切开引流和切除术

〔注意事项〕

(1) 创口边缘和底部必须切至健康组织, 否则仍有炎症扩散的可能。(2) 止血要彻底, 较大的出血点用细丝线结扎, 线头稍留长些, 待换药时拉脱, 以减少异物反应, 促进创口愈合。(3) 术后2天取出填塞纱布, 根据创面可选用金氏液或0.1%利凡奴溶液。炎症消退后改用凡士林纱布换药。(4) 待健康肉芽组织生长后, 用胶布将皮瓣拉拢, 以缩小创面、加速愈合。(5) 术后应检查血糖或尿糖, 如患糖尿病应同时给予治疗。

(三) 颌下脓肿切开引流术

〔适应症〕

口腔、齿、舌部位感染可以延伸到舌下和颌下腺周围的蜂窝组织, 感染发展迅速, 可引起喉头水肿造成窒息而危及生命, 应及早切开排脓。

〔操作方法〕

(1) 切口: 选肿胀压痛最明显处穿刺得脓液, 以此为中心向两侧延长。作下颌骨下缘平行切口, 一般长3—4 cm, 最好在上局麻前, 用美蓝或龙胆紫将切口划出, 以免注射局麻药液后难以明确切口



图 2-3 切口选择

的位置和长度[图2-3]。(2) 引流: 切开皮肤和颈阔肌后, 用血管钳沿穿刺针分离组织直达脓腔。张开血管钳扩大引流口, 以利排出脓液, 插入橡皮条或小纱条引流, 以纱布覆盖[图2-4]。

〔注意事项〕

(1) 颌下蜂窝织炎, 肿胀发展迅速, 引起喉头水肿当即威胁生命, 故对此应高度警惕及早切开排脓。(2) 切口与下颌骨下缘平行并至少距下缘1.5—2 cm, 以免损伤面神经的下颌缘支, 造成术后发

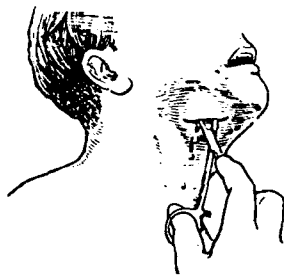


图 2-4 颌下脓肿切开引流术

生口角歪斜。(3) 每天换药, 待急性炎症控制后, 应将原发病灶(多数为牙源性)去除。

(四) 乳房脓肿切开引流术

〔适应症〕

(1) 表浅脓肿有波动感即切开排脓。(2) 深部脓肿其表面水肿压痛最为明显处进行穿刺, 确诊后切开引流。

〔操作方法〕

(1) 为避免手术损伤乳管或形成乳瘘, 一般采用与乳头呈放射状切口, 如位于乳晕部浅表脓肿可作乳晕旁弧形切口, 深部的巨大乳房后脓肿可沿乳房下皱襞作弧形切口, 由乳房后间隙引流, 脓腔过大时, 为使引流通畅, 可在脓腔最低部位, 另加贯通引流[图2-5]。(2) 经皮肤切口, 用血管钳向脓腔内插入, 用力撑开血管钳即见脓液涌出, 脓液送培养“+”药敏。食指伸入脓腔探查, 并轻轻分离间

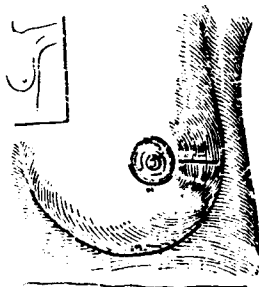


图 2-5 切口选择

隙[图 2-6]。(3) 脓腔用消毒水冲洗后, 按脓腔大小不同选置引流物, 一般放置橡皮管引流, 亦可选用纱条、橡皮片或用桑皮纸搓成的药线条(1 cm 的

小切口引流), 创口以凡士林纱布填塞后包扎[图 2-7]。(4) 若渗血明显, 偶尔也可选用碘仿纱条引流, 以利止血。

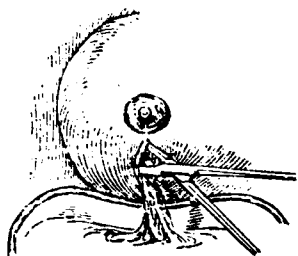


图 2-6 引流操作方法

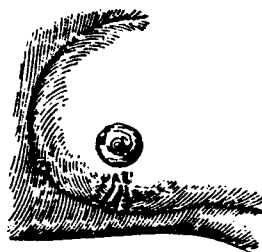


图 2-7 残腔处理

〔注意事项〕

(1) 术后 1—2 天仅更换有渗出的外敷料。(2) 更换内敷料前先用 3% 双氧水湿润填塞物后再取出, 然后用消毒水冲洗脓腔, 轻巧换药。(3) 深部乳腺脓肿, 其表面波动不明显, 应在炎症水肿、压痛最明显点进行穿刺, 以利尽早发现、及时引流。(4) 如感染

严重或脓肿引流后出现乳瘘, 应终止哺乳。其方法有 ① 炒麦芽 60 g; 分二次煎服, 每日一剂, 连服 2—3 天。② 口服己烯雌酚 1—2 mg, 每日 3 次。③ 肌肉注射苯甲酸雌二醇, 每次 2mg, 每日 1 次, 至收乳为止。

二、一般手足外伤手术

(一) 指甲下血肿引流术

〔适应症〕

外伤引起的甲下血肿跳痛明显者, 有时可引起继发感染, 故宜手术引流。

〔操作方法〕

(1) 不需麻醉, 用回形针一端在酒精灯上烧红后直接于血肿部位的指甲进行烧灼。(2) 指甲穿透时有突然“脱空”感且钻洞处有紫黑色积血流出。由于有甲床与指甲间积血空隙故不用蛮力不会灼伤甲床。(3) 若血肿过大, 可如法灼钻几个洞以利积血全部挤出。术毕用护创膏包扎即可[图 2-8]。

〔注意事项〕

(1) 甲下血肿钻洞引流前一定要排除是否同时伴有末节指骨骨折, 以免漏诊。(2) 只可烙穿指甲, 不要过深, 以免损伤甲床。

(二) 拔甲或指甲部分切除术

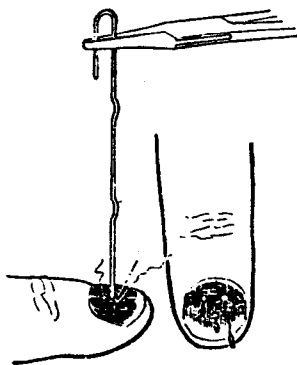


图 2-8 指甲下血肿引流术

〔适应症〕

(1) 外伤引起指(趾)甲与甲床分离。(2) 甲下血肿继发感染或甲下脓肿形成。(3) 甲沟炎累及甲下感染。(4) 嵌甲症。(5) 指(趾)甲霉菌病(即灰指甲), 且药物治疗无效者。(6) 甲下血管球。(7) 甲下异物。

〔操作方法〕

(1) 指(趾)根神经阻滞麻醉后用 11 号尖头刀插入指甲根部与指甲上皮之间使其逐步分离[图 2-9]。(2) 直血管钳分开后, 下叶紧贴甲下稍

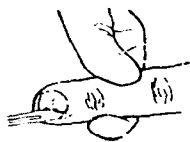


图 2-9 指甲与其上皮的分离

用力向根部方向插入, 并左右分离其与甲床的联系[图 2-10]。(3) 用直血管钳夹紧要切除的指甲

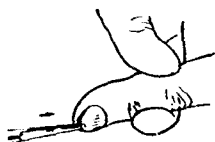


图 2-10 指甲与其甲床的分离

部分作部分切除或夹住指甲中部按水平方向抽拔, 拔除整个指甲, 特别检查指甲根部二角是否完整[图 2-11]。(4) 凡士林纱布覆盖甲床, 纱布加压包扎。

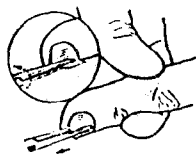


图 2-11 完整指甲的拔除

〔注意事项〕

(1) 指趾根神经阻滞麻醉药中绝对不要加入肾上腺素, 以免发生指趾动脉痉挛造成指(趾)坏死。(2) 为减少出血, 要使用指根橡皮圈紧扎法, 在拔甲后切勿遗忘解除橡皮止血带, 此法偶尔亦可导致指动脉痉挛, 故不宜作常规使用。(3) 术后隔数天再换药, 换药前先用双氧水浸泡, 使内敷料与创面自行分离。(4) 甲下异物(木刺、竹刺等)都应立即取出, 用剪刀将指甲作“V”形剪除一小块, 用蚊式血管钳夹住异物拔出创口, 污屑应一并清除, 必要时注射 TAT。(5) 外伤后指甲根部翻出时宜用剪刀横形切除, 注意勿遗留指甲残角即可[图 2-12]。

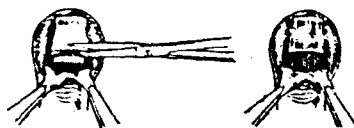


图 2-12 外伤后指甲的切除

(三) 指甲及甲床缺损修复术

〔适应症〕

单纯指甲缺损未伤及甲床, 无需手术, 仅清创包扎。甲床有缺损时按情况不同予以处理。

〔操作方法〕

(1) 指甲和甲床部分缺损者, 只需清洁包扎以后指甲仍能生长。(2) 指甲和甲床缺损伴指骨暴露者, 在指神经根阻滞麻醉下, 用输血粗针头在指骨暴露部位上钻孔 2—3 个, 钻至骨髓腔出血, 以利骨面长出肉芽组织, 日后仍能生长出指甲。亦可用薄中厚游离皮片植皮固定缝合。(3) 指甲和甲床全部缺损伴有指骨暴露者, 钻洞处理同上, 待 1—2 周后肉芽覆盖再植皮消灭创面。

〔注意事项〕

(1) 由于容易感染, 故术后应预防性使用抗生素。(2) 若有骨髓炎发生, 宜按指骨骨髓炎原则及早处理, 以免蔓延。

(四) 足底铁钉刺伤的处理

〔适应症〕

足底皮肤坚韧，刺入铁钉拔出时多有污屑残留，故都应作局部清创。

〔操作方法〕

(1) 清洁消毒皮肤后，用1%普鲁卡因作伤口周围及底部局部浸润麻醉。(2) 用11号尖头刀片围绕伤口作三角形切口，并沿伤口方向深入到刺伤底部，一并将伤口内异物取尽。(3) 盐水冲洗清洁伤

口，创口内塞入少许凡士林纱布包扎。

〔注意事项〕

(1) 足底铁钉戳伤极易感染，一定要清创处理，不可用抗生素代替清创。(2) 肌注破伤风抗毒血清(TAT) 1500 Iu，注射前应做皮试，若过敏可试行脱敏注射。若五年内注射过破伤风类毒素者，加注1次类毒素即可。

三、手部感染切开引流术

(一) 甲沟炎

〔适应症〕

用消炎保守治疗一天无效，一旦脓肿形成必须及早切开引流。

〔操作方法〕

(1) 沿病变侧甲沟缘上作一纵形切口，稍呈向

外弧形切开皮肤，向近端不宜超过指甲根部平面。然后用刀尖分开病变侧部分指甲上皮，翻起一角，使脓液排出，填入一小块橡皮片或油纱布，以利引流[图2-13]。(2) 全甲沟炎，用上法将两侧指甲沟切开并翻起指甲上皮，排除脓液，嵌入橡皮片或油纱布[图2-14]。



图 2-13 一侧甲沟炎的切开引流术

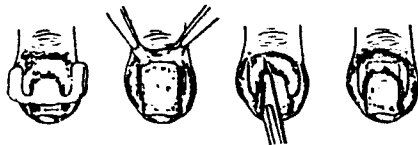


图 2-14 全甲沟炎的切开引流术

〔注意事项〕

(1) 操作时不要损伤甲床组织与甲床上皮，以免造成术后指甲永久畸形。(2) 如脓液侵占全部指甲下，应拔除整片指甲。

(二) 脓性指头炎

〔适应症〕

肿痛一天，抗生素治疗无效，一旦穿刺见脓应及早切开引流。

〔操作方法〕

(1) 手指头侧面纵形切开皮肤和皮下组织，用蚊式钳插入脓腔，扩大引流口后放皮片引流，不宜用刀直接切割过深，否则易损伤血管，神经或肌腱[图2-15]。(2) 脓腔较大，插入蚊式血管钳很容易

穿到对侧，应在对侧另作切口，放置橡皮片引流[图2-16]。(3) 鱼嘴状切口较少采用。切口距指尖下缘0.5 cm，切断纤维隔，清除脓液、坏死组织或脱落的死骨。嵌入橡皮片或追金氏纱条引流[图2-17]。

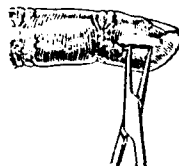


图 2-15 单侧切口引流术

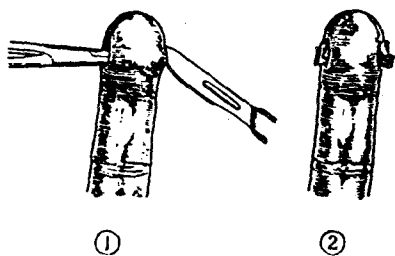


图 2-16 双侧切口贯穿引流术

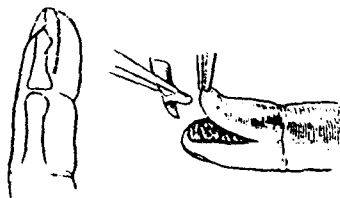


图 2-17 鱼嘴状切口引流术

〔注意事项〕

(1) 绝对禁忌从掌面正中纵形切口引流,以免术后掌面触觉迟钝和疤痕疼痛。(2) 切口近端应距末节指横纹 0.5 cm,以免切开或损伤屈指肌腱鞘,使感染扩散。(3) 如伴有骨髓炎不宜搔刮,应敞开引流,有死骨碎屑者可以取去。(4) 严格掌握以下鱼嘴状切口特征:① 严重的脓性指头炎;② 已有骨髓炎死骨形成,引流不畅者;③ 贯穿引流未能痊愈而引流欠满意者。(5) 注意哑铃状脓肿。遇到皮下脓肿需剪去表皮引流时,务必仔细检查脓肿底部,如有小孔通向深部,挤之有脓流出,必须另作侧切口引流脓腔。对脓性指头炎引流后疼痛仍无减轻者尤要警惕哑铃状脓肿的存在。(6) 术后用颈-腕三角巾对患者制动,以利肿胀消退,减轻疼痛,但未受累手指应

早期活动。

(三) 指蹼脓肿

〔适应症〕

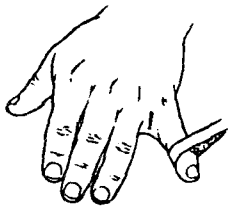
指蹼间隙是位于指蹼三角区内的疏松脂肪组织,是手掌、手背和手指互通之处,容易相互影响而形成典型的哑铃型脓肿,需及早引流。

〔操作方法〕

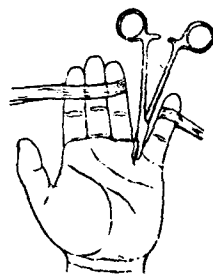
(1) 将病变指蹼二侧手指分开,切口可选择在指蹼的掌面或背面,均需游离皮缘至少 0.5 cm,按脓肿明显处定位,方向与掌骨平行。(2) 用血管钳伸入脓腔排脓后,探查脓肿有否小孔以排除哑铃型脓肿。若有,则血管钳伸入小孔,打通以利脓液排出[图 2-18]。(3) 冲洗,留置纱条或皮片引流。



①



②



③

图 2-18 指蹼脓肿引流术