

中华医学全集

临床手术应用

(三)

王宝勤 主编

中华医学电子音像出版社

目 录

◎转子下切骨术.....	1
鼻部手术.....	5
◎鼻内镜手术.....	5
◎鼻显微手术.....	11
鼻部整形手术.....	17
◎鞍鼻成形术.....	17
◎鼻成形术.....	25
◎鼻翼、鼻小柱缺损整复术.....	31
◎皮肤移植术.....	35
◎前鼻孔闭锁成形术.....	37
◎歪鼻矫正术.....	39
◎用邻近皮瓣整复鼻背、鼻尖、鼻梁缺损术.....	43
◎鼻腔堵塞术.....	50
◎经上颌窦颌内动脉结扎术.....	52
◎前后鼻孔堵塞术.....	54
◎筛动脉结扎术.....	56
◎上唇动脉结扎术.....	58
鼻腔、鼻窦肿瘤手术.....	60
◎鼻侧切开术.....	60
◎鼻前庭囊肿摘除术.....	63
◎鼻腔乳头状瘤摘除术.....	64
◎上颌骨部分截除术.....	66
◎上颌骨次全截除术.....	69
◎上颌骨全截除术.....	71

鼻腔手术.....	76
◎鼻息肉摘除术.....	76
◎鼻中隔穿孔修补术.....	78
◎鼻中隔矫正术.....	83
◎鼻中隔脓肿切开引流术.....	87
◎萎缩性鼻炎鼻腔粘膜下填充术.....	88
◎下鼻甲部分切除术.....	90
◎翼管神经手术.....	92
◎中鼻甲部分切除术.....	96
鼻窦手术.....	98
◎蝶窦手术.....	98
◎额窦根治术.....	102
◎经蝶窦的脑垂体手术.....	106
◎筛蝶窦异物取出术.....	113
◎筛窦手术.....	116
◎上颌窦根治术.....	123
扁桃体手术.....	130
◎扁桃体挤切术.....	130
◎扁桃体摘除术.....	134
◎增殖体切除术.....	140
◎电子耳蜗植入术.....	144
◎手术器械.....	146
◎术前准备.....	147
耳部肿瘤的手术治疗.....	161
◎耳廓、外耳道肿瘤切除术.....	161
◎颞骨切除术.....	163

◎外耳道骨疣凿除术.....	166
耳硬化症的外科疗法.....	168
◎蹬骨撼动术.....	168
◎蹬骨切除和人工蹬骨手术.....	170
耳源性颅内并发症外科疗法.....	173
◎耳源性脑脓肿的外科疗法.....	173
◎横窦周围脓肿和横窦栓塞的外科疗法.....	178
◎化脓性迷路炎的外科治疗.....	180
◎颞骨岩尖炎的外科治疗.....	182
喉、气管、食管镜手术.....	184
◎间接喉镜下声带息肉摘除、活组织检查法.....	184
◎气管、支气管内活组织检查和肿瘤摘除术.....	186
◎食管活组织检查术.....	187
◎食管扩张术.....	189
◎纤维喉镜手术.....	192
◎显微喉镜手术.....	194
◎直接喉镜下声带息肉摘除、活组织检查术.....	197

◎转子下切骨术

[适应证]

1. 陈旧性股骨颈骨折，股骨头无坏死，髋关节无退行性改变又无人工股骨头置换适应证者，可用转子间切骨术。

2. 由于外伤或炎症致使髋关节强直于非功能位置，原发病灶业已静止，全身状况或局部软组织不宜施行关节成形术者，宜行转子间杵臼形切骨术矫形。

3. 髋关节骨性关节炎合并内收畸形，或有严重疼痛，影响功能者，常用转子下切骨术。

4. 其他如髋内翻、股骨头骺滑脱、先天性或陈旧性损伤性髋关节脱位等，也可选用转子部切骨术，以改进功能或减轻疼痛。

[术前准备]

1. 术前应根据病人的年龄、职业、全身情况及局部条件慎重选择适应证。如以最常见的陈旧性股骨颈骨折为例，即有切骨术、成形术、融合术、人工关节置换术等手术方式可供选择，各有其适应症。切骨术比较简单，病人负担较轻，设备要求不复杂，万一切骨术无效，仍可考虑其他手术。

2. 转子部切骨术仅能矫正畸形、改变力线，以改

善功能；但不可能完全恢复功能。因此，术前必须向病人解释切骨术的目的及预期能达到的效果。

3. 凡有肌肉挛缩、关节脱位及骨折端移位的病人，术前应先作骨牵引或软组织挛缩松解，以克服肢体短缩与软组织挛缩。术区皮肤瘢痕严重者，应先切除并作皮瓣修复。

4. 摄X线片，了解股骨头、颈的位置，力线的改变和髋臼情况，以便精心设计手术方案，确定切骨部位及矫正角度。

[麻醉]

成人多用腰麻或硬膜外麻醉，儿童则用基础麻醉加骶管麻醉。

[鉴别]

转子下切骨术与转子间切骨术基本相同。所不同者为：

1. 此术较适用于髋内、外翻畸形的病人。

2. 切骨线在小转子之下。

3. 切骨线不倾斜，而系水平位。直线形切骨后，远折端不向内翻，仅将远折端外展 15° 左右，用“L”型钢板或普通钢板弯成合适角度后，用螺钉固定。断面空隙用取自大转子的松质骨碎块或取自髂骨的骨块填充植骨。

4. 对内收、内翻畸形严重者，如用直线形切骨、外展固定后，遗留的空隙太大，可能引起不愈合，宜作楔形切骨。楔形的尖端向内，基底向外，切除楔形骨块的大小依据畸形程度而定，一般楔形骨块的角度即畸形股骨轴线与正常力线的交角。切除骨块后，外展远端，使断面密切接触，然后用钢板内固定。

耳鼻喉科学

鼻部手术

◎鼻内镜手术

鼻内镜手术是利用高分辨、可变换视角的 Hopkins 内镜开展鼻窦手术，使鼻腔、鼻窦，尤其是深部的手术能在直视下进行。且利于一些凹陷和裂隙内的病灶清理，可恢复鼻窦的通气 and 引流功能。在直视下手术组织损伤少，出血少，术中视野清晰，可以避免一些并发症的发生，成为常规鼻、鼻窦手术的补充。

[适应证]

1. 额窦较大囊肿，侵及筛窦而且鼻腔内可见中鼻道膨出或中鼻甲呈现光滑的膨隆者。
2. 蝶窦病变包括蝶窦囊肿、蝶窦真菌病或是蝶窦内占位性病变。
3. 筛窦炎症，鼻顶筛窦息肉，经多次手术仍有复发者。
4. 筛蝶窦内异物。
5. 上颌窦病变行上颌窦活检术，或慢性复发性上颌窦炎经保守治疗无效。

6. 鼻痒、打喷嚏、流清水涕者可经鼻内镜下行鼻内翼管神经切除术。

[手术器械]

1. 整套可变视角的 Hopkins 内镜，一般常用的视角有直向 0° ，偏向 30° ，斜向 70° ，侧向 90° 和倒向 120° 等。

2. 冷光源系统和导光束。

3. 具有照象、摄象和录象的监视系统，以便将手术情况记录下来。

4. 配合鼻内镜手术的器械，包括鼻剪、鼻骨剪、筛窦钳、倒向开口的切割打孔器，筛蝶窦咬骨钳、筛窦刮匙、镰状刀、活检钳、穿刺导管针、吸引管、探针和双极电凝器等。这些器械要柄长约20cm，钳口要锋利。

[术前准备]

1. 对慢性鼻窦炎的病人，需行鼻窦X线摄片或鼻窦的CT检查，了解病变的部位和范围。

2. 需要全麻手术者，做好全麻的术前检查，如心电图、胸透、肝肾功能和血尿常规等。

3. 修剪鼻毛，鼻内滴以1%麻黄素溶液。

[麻醉]

表面麻醉，或加基础麻醉；偶而需要在全身麻醉

下进行手术。

[手术方法]

(一) 额窦手术

1. 额筛窦囊肿鼻内引流术，多用于额筛囊肿已扩展至中鼻道引起中鼻道膨出或中鼻甲与中鼻道全部膨出者。

(1)鼻内用1%地卡因加1‰肾上腺素棉片行鼻甲、中鼻道及鼻腔粘膜表面麻醉，必要时辅以基础麻醉。

(2)以0°或30°内镜插入鼻腔直视中鼻甲和中鼻道前部，见其膨隆部位，以穿刺针自膨隆处先行穿刺，如抽出为囊液或脓囊液，意味着此为囊肿的下壁。

(3)拔出穿刺针，可能有囊液涌出，以吸引管尽可能吸除后，自穿刺处将囊肿底壁打开，并以筛窦咬骨钳尽量扩大，扩大至不会再闭锁。随后将内镜伸入腔内，以中隔剥离器尽量将囊壁剥离，但是如果窦后壁有骨质缺损者，剥离时应注意防止硬脑膜破裂而造成脑脊液漏。

(4)引流口处可置碘仿纱条松松地填塞，或放一塑料管扩张之，鼻腔内填塞碘仿纱条。

2. 如遇额窦病变者，为了解病变性质可经局部1%普鲁卡因加少量1‰肾上腺素浸润麻醉后，于眼眶内上角的额窦底壁穿刺后导入鼻内镜观察，并可以取额窦内活体组织检查。检查完毕后拔出导管针，穿刺口

缝合一针并加压包扎约24h。

(二) 鼻内蝶窦探查手术 适用于蝶窦囊肿、蝶窦真菌病、慢性蝶窦炎和蝶窦内占位性病变的探查手术。

1. 鼻腔施以表面麻醉，深达鼻腔深部及后鼻孔附近，并辅以基础麻醉。

2. 用内镜插入鼻腔直抵后鼻孔处，斜向上方相当于上鼻甲的后端处找到蝶窦自然开口。

3. 如自然开口不易找到或已闭锁，则可于后鼻孔上方1~1.5cm处，近中隔后缘上方，剥去粘膜，打开蝶窦前壁，尽量向内下方开放蝶窦前壁。如为囊肿，可将囊壁剥离取出；如为真菌则吸净菌痂，并定期用治真菌的药物冲洗窦腔；如蝶窦内有新生物占位，可作活体组织检查。

4. 术毕于窦腔引流口边缘放置明胶海绵，鼻腔内填以碘仿纱条。

(三) 内镜鼻内筛窦手术 鼻内镜下鼻内筛窦手术适用于慢性筛窦炎、中鼻甲肥大息肉样变，中鼻道引流不畅经药物治疗未能改善。另外鼻顶部息肉多次手术后复发者、原发于筛窦的囊肿、乳头状瘤、慢性筛窦炎影响蝶窦、额窦及上颌窦的通气引流。

1. 鼻腔施以表面麻醉，必要时加基础麻醉。

2. 半卧位、头不可后仰。

3. 摘除鼻顶部息肉。在 0° 或 30° 内镜下将中鼻道内或嗅沟上的息肉全部摘除，使中鼻道完全暴露。

4. 咬破筛泡，进入前组筛窦，这时在内镜下可清晰地看清筛窦，将间隔打开，逐渐向外、向下、向后方扩大。并咬除后组筛窦小房及清理腔内病变组织，直达蝶窦前壁。随后可在倒向内镜下用翘头筛窦钳，向前、向上向外咬除前组筛窦气房。再用刮匙将术腔间隔及残存粘膜刮除干净。

手术也可自中鼻道进入筛房，自前向后逐渐刮除筛窦。中鼻甲息变明显，可将其部分切除以改善中鼻道的通气引流。

5. 对伴有慢性额窦炎者，在切除筛窦后清理中鼻道前端相当于鼻额管开口处，并扩大鼻额管。

6. 对有慢性蝶窦炎者，在内镜直视下开放蝶窦，清理窦内病变，改善通气引流。

(四) 上颌窦手术

1. 中鼻道切开术 慢性上颌窦炎经药物保守治疗后效果不显著时，可作中鼻道切开术。

用 0° 或 30° 内镜插入中鼻道内，寻找上颌窦的自然开口，由此开口以倒向开口的切割打孔器向前方扩大，将中鼻道外侧壁打开进入上颌窦以改善上颌窦的通气引流。

2. 双进路法上颌窦活检术 即由尖牙窝和经下鼻

道联合进路作上颌窦活检术。

(1)先从下鼻道施以表面麻醉，将上颌窦穿刺导管针自下鼻道插入上颌窦内，抽出管芯，将内镜插入观察窦内病变所在部位。

(2)于尖牙窝处粘膜下作局部浸润麻醉，切开粘膜，于上颌窦前壁用电钻钻一小孔，从小孔内伸入活检钳，在内镜直视下咬取病变组织送病理检查。

(3)手术结束后唇龈部切开处缝合1~2针；退出鼻内导管针后用明胶海绵填入下鼻道内防止出血，如出血较多，可用碘仿纱条堵塞鼻腔。

3. 对慢性化脓性上颌窦炎的病人也可通过下鼻道穿刺鼻内放管以观察窦腔、冲洗窦腔注入药物以达治疗目的。

[注意事项]

1. 鼻内镜虽优点很多，但仍有一定的缺点，即内镜的镜端易被分泌物和血污染，从而影响视野，这要不断地清除血液及分泌物，方可保持视野清晰。

2. 鼻内镜手术，虽然比过去在鼻窦器下凭借解剖知识和临床经验进行手术要清楚得多，但对术者来说仍需进一步熟悉鼻、鼻窦的解剖与邻近重要器官的解剖联系，方可避免产生严重的并发症。

3. 手术虽然准确，损伤小，但术后仍常有鼻腔粘连的发生，因此，术后应常规进行鼻腔收敛，防止鼻

腔粘连。

4. 对上颌窦放管的病人，要将塑料管妥善固定，以免落入上颌窦内。

[术后处理]

1. 常规抗生素预防和控制感染。
2. 术后24~48h逐渐抽取堵塞的碘仿纱条。
3. 抽完纱条后，每天进行鼻腔收敛，防止鼻腔粘连。
4. 术后仍需按鼻炎、鼻窦炎进行常规治疗，直到症状明显消退为止。

◎鼻显微手术

显微技术应用于鼻部手术，自60年代始。1978年Bel al 较详细地介绍了显微技术在鼻部疾病诊断及手术中的应用，并强调鼻部手术均应使用显微镜；国内直至1981年才见系统报告。目前，显微手术已用于下列鼻部手术：

1. 多发性及复发性鼻窦炎、鼻息肉的鼻窦根治及鼻息肉摘除术。
2. 严重鼻出血结扎血管止血术（特别是颌内动脉或筛动脉结扎）。

3.鼻部异物（特别是位于鼻窦深部的小异物）。

4.翼管神经切断术。

5.经鼻垂体肿瘤切除术。

6.鼻腔、鼻窦乳头状瘤切除术。

7.鼻中隔矫正术。

8.下鼻甲或中鼻甲部分切除术。

在鼻部手术中运用显微技术，较肉眼手术是一个进步，尤能显示以下优点：

1.照明良好，术野清晰，分辨细致，减少组织损伤机会。

2.显示病变清晰，切除能较彻底。

3.异物容易被辨认、发现。

4.可接示教镜及摄象装置。方便教学、科研、学术交流及资料保存。

下面重点介绍鼻腔、上颌窦进路鼻息肉及筛窦切除显微手术。

[适应证]

1.慢性化脓性筛上颌窦炎或全鼻窦炎，经多次手术仍复发者。

2.鼻腔、鼻窦乳头状瘤。

本手术一般适用于成年人。

[手术器械]

除鼻息肉及上颌窦常规手术器械外，尚需：手术显微镜（物镜焦距300mm，放大倍数6倍左右，连示教镜）、手摇钻（连圆形骨壁切除钻头，）、上颌窦自动拉钩、筛窦开放钳（平头及翘头）、蝶窦咬骨钳、骨科用髓核钳、骨科用椎板咬骨钳（头部2.5mm）、鼻腔自动张开器，及粗、细吸引管各一根。

[麻醉]

同上颌窦根治术及鼻息肉切除术，必要时可用针麻。

[术前准备]

同一般鼻内手术。术前3~7d适当应用抗生素，以减轻鼻窦感染，使术中减少出血，术野清晰，利于手术操作。鼻窦感染严重者可用静脉滴注。摄鼻窦片了解鼻窦情况。

[手术方法]

1. 仰卧位，垫肩，头轻度后仰，上身抬高约10°。
2. 麻醉及开始步骤按常规上颌窦根治术进行，但有以下不同。

(1)切口稍长，以便置入自动拉钩（由乳突术张开器改制，向上一侧拉钩齿改为长4cm、宽2cm的弧形金属薄板。