# 外科应用解剖与手术学在医学教育中的重要性

## The role of applied surgical anatomy and operative surgery in the medical education

郭光金,余汇洋,文 灿 (第三军医大学基础医学部外科应用解剖与手术学教研室,重庆 400038)

[关键词] 外科学;应用解剖学;手术学;医学教育
[中图分类号] R61;R322 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)03-0238-02

外科应用解剖与手术学(Applied Surgical Anatomy and Operative Surgery)是一门实用性很强的学科,是由外科应用解剖学与外科手术学组成,两者之间有着密切联系,是基础医学与临床医学之间的桥梁课,外科应用解剖学与手术学紧密结合,为学生学习好外科学奠定基础,是医学教育中必不可少的课程。本文将本学科的现状及展望作一阐述,为医学教育改革提供参考。

## 1 历史及现状

局部解剖与外科手术学是现代医学教育中必不可少的内容,是重要的临床桥梁课。国内各院校的局解手术学教学,在课程设置、教学时数、授课方法、人员编制等方面均不尽相同,曾一度有所削弱,影响了学生理论和实际操作能力的培养。近三十年来国内医学院校局解手术学课程设置情况,大多数院校将两者分设为两门课程,少数院校则合为一门课程。

### 1.1 局部解剖学与手术学分设为两门课程

局部解剖学:多数院校按部颁教学计划,局解单独授课,但与系解为一个教研室,统一排课,教师轮流执教,部分院校成立局解教研组(室),仍是解剖学老师任教,有的院校为了解剖系统性、完整性以及组织教学方便,以小系解大局解方式授课,将局解安排在系解之后(第三学期),大多数院校认为局解是桥梁课,为了避免遗忘,便于学生理解,课程安排靠近临床课,则安排在第五、六学期上课。

外科手术学:多数院校由外科教研室承担,其中有固定教学组和人员编制,专门从事外科手术学教学,具有系统性和连续性。有的院校是在上课前临时组成教学组,教学结束教师各自回到临床工作,难以保证教学质量和效果。虽然如此,有些院校仍认为两门课程分开讲授,只要领导重视,骨干教师把关,开课前认真备课,统一教案,统一内容,统一操作,还是可以完成任务。

### 1.2 局部解剖学与手术学合为一门课程

局部解剖与手术学课程是1955年开始设立,并组成局解手术学教研室,以后由于种种原因,多数院校几经分合而解散,少数院校至今仍保留了局解手术学这门学科。回顾历程,纵横对比,大多数学者认为局部解剖学与外科手术学合为一门课程利于大弊,保留的局解手术学教研室,在教学中将局部解剖学与外科手术学有机地结合在一起,讲授某一局部以后,随即讲授该部的外科手术,不仅能满足外科理论教学需要,也可满足外科手术学教学的要求。讲外科手术时以局部解剖学为前导,符合其内在规律性及认识论,所需学时及人力可以明显减少,效果显著提高。紧排在外科学各论之前讲授,使局部解剖与手术学紧密结合起来,真正起到桥梁的作用,解决了分为两门课程的不足。因此,维持或恢复为一门专业课程,设立独立的教学组织,可以更好地保证教学任务的完成,不断提高教学质量[1]。综上所述,我国局解手术学教学中存在的问题,是局部解剖学与手术学脱节,明显地影响教学质量,解决教学组织问题,是提高教学效果,培养合格人才的关键。

[收稿日期] 2010-01-21 [修回日期] 2010-02-25

## 2 展望

1990年由第三军医大学、中国医科大学、天津医科大学等六所医学院校发起,召开了全国第一届局解手术学研讨会,并成立了局解手术学组,隶属于中华外科学会,随后每2年召开一次学术会议(已召开第五届)研讨本学科的教学及科研发展,创办了《局解手术学杂志》。几年前延安医学院新成立了局解手术学教研室,在各医学院校中反响较大。同行们为局解手术学的发展出谋献策,希望局解手术学能在更多的医学院校中发挥作用。

### 2.1 规范教学模式

局解手术学是一门局部解剖学与手术学相互联系的学科,局部解剖是研究人体某一部位或器官的结构及其毗邻关系的科学,手术学是讲授外科无菌技术和手术基本操作以及常见中小型手术的步骤与方法,为学生进入临床奠定必需的基础。而讲授中小手术的方法必须先讲局部解剖学,不讲解剖则无法讲授手术,这是两者之间的内在联系。我们应该尊重教学规律,创造条件,推动学科发展[2]。同仁们认为局解与手术学应合为一门课程,设立固定的教研室,有条件的应及早建立,目前还不成熟的可以积极创造条件。只有单独成立教研室,有固定教师队伍,规范教学模式,才有利于本专业教学、科研的发展,才能树立专业思想,稳定师资队伍,保证教学质量[3]。

### 2.2 加强师资培养

局解手术学的师资应该既要精于局部解剖学,又能从事外科临床工作。长期以来由于局解与手术分开教学,师资的业务知识不能满足上述需要,同时局解与手术没有形成一门学科,专业思想难以巩固。只有将局解与手术合为一门课程,才能称

得上专业，才能比较好地解决教师专业思想。在目前各院校教师分别来自解剖与外科情况下，只有努力学习有关知识，自我完善。从长远看，应从年轻人或新毕业生中挑选有志者进行有计划地培养。第四军医大学金绍岐教授曾倡议，开办局解手术学训练班来充实师资队伍，统一编制教学大纲及教材，深入进行教学改革，加强素质教育，培养学生创新，主体精神，科研方向应瞄准应用解剖、实验外科，这样才能加速学科建设和特色发展。

[参考文献]

[1] 雷 艳，郭光金，朱志立. 提高外科手术学教学质量的几点体会[J]. 局解手术学杂志，2007，16(6)：420.

[2] 陈振文，杜小燕，蒋 辉，等. 实验动物外科手术学个性化教学方法初探[J]. 实验动物科学，2009，26(6)：83－85.

[3] 张 纯，贺西京，姚 聪，等. 外科动物手术学教学的体会[J]. 医学教育探索，2007，6(3)：224－225.

（编辑：左艳芳）

·个案与短篇·

# 解剖暴露喉上神经的体会

梅 强[1]，吴锦林[2]，毛 健[3]（第三军医大学学员旅：1. 四队；2. 十一队；3. 九队，重庆 400038）

[关键词] 喉上神经；解剖；手术

[中图分类号] R322.85；R653 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)03-0239-01

近年来随着甲状腺疾病患者数量逐年增加，喉上神经解剖学基础显得尤为重要。喉上神经内支双侧受损会导致患者喉部声门裂以上粘膜感觉丧失，在进食尤其是喝水的时候会因误咽而呛咳；喉上神经外支双侧受损则会导致患者环甲肌群瘫痪，引起声带松弛而成波浪状，音调降低，不能发高音，音质变粗而弱，易疲乏。本文就术中显露喉上神经体会，报告如下。

## 1 喉上神经的毗邻与位置变异

为预防喉上神经的损伤，手术者应熟知喉上神经的毗邻关系，即喉上神经和甲状腺上极、甲状腺上动脉、咽下肌及环甲肌之间的关系。找到此神经的关键是在甲状腺上极内侧缘与环甲肌间的无血管平面中寻找，通过腺叶向侧面回缩利于本操作。识别和保留神经时，必须注意喉上神经的位置变异，根据CERNEA分级，喉上神经的位置变异主要分为以下几种情形。1型：喉上神经外支与甲状腺的位置关系相当清楚，在甲状腺上极1 cm处直接进入环甲肌。2a型：喉上神经进入腺叶实质后经过甲状腺上极血管的邻近区。2b型：神经穿过甲状腺腺叶前部的表面[1]。

## 2 显露方法

传统的剖离暴露手术是在分离结扎甲状腺上动脉后，先分离暴露上极，然后切除甲状腺，其不足之处为当甲状腺体较大，上极位置较高时，较难显露上极，手术操作较难。若为达到显露上极的目的而过度牵拉侧叶上极进行强行分离，会使喉上神经被牵拉或钳夹损伤。解剖多个甲状腺标本后，笔者认为最后处理上极可减少对喉上神经的损伤几率，对甲状腺较大患者最为适宜。在结扎甲状腺上动脉前支后，先从甲状腺下极开始，采取自下而上、由浅入深、边钳边切的方法，当侧叶下极、中部腺体被切除时，上极腺体则会松动，稍加牵拉，上极即可下移显露，而后结扎甲状腺上动脉分支，连续整块切除侧叶腺体。

## 3 讨论

喉上神经来自靠近颅底的迷走神经段，向下降至颈动脉内侧，在甲状腺上极上方约2～3 cm处（约舌骨水平），喉上神经分为内支和外支。内支是感觉支，支配声门上方咽部的感觉；外支在咽下缩肌侧面与甲状腺上血管伴行至甲状腺上极（84.2%喉上神经外支在甲状腺上动脉的内侧，13.7%在外侧，1.9%在甲状腺上动脉2分支的中间），支配环甲肌，使声带紧张[2]。

喉上神经外侧支曾经被称为甲状腺手术被忽视的神经，大多数医师简单认为，只要避免暴露神经就可以防止神经的损伤。然而从解剖喉上神经的走向可见，不暴露也不一定能防护。故在甲状腺手术中，为保存完好的喉上神经，应沿喉上神经的走向从甲状腺剖离（注意要自上而下地分离血管，推开周围疏松组织，在甲状腺真假包膜之间分离结扎动脉，不可盲目钳夹出血的组织），轻柔操作，细致分离，即可在很大程度上避免损伤喉上神经[3]。由此可见熟悉和掌握喉上神经局部解剖学结构特点是手术成功的保证和前提，也可对未来的临床工作起到有效的铺垫作用。

[参考文献]

[1] 余济春. 甲状腺手术技巧[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科，2007，14(6)：338.

[2] 范景斌. 甲状腺手术中喉上神经损伤的特点和防护[J]. 黑龙江医学，2007，31(11)：860.

[3] 徐 平，周树立，邹 建. 巨大地方性甲状腺肿切除术后并发症的防治[J]. 中国地方病防治杂志，2007，22(2)：147－148.

[收稿日期] 2010-03-01 [修回日期] 2010-03-27

（编辑：朱志立）