

新颖 科学 简明 实用

实用外科医嘱手册

(第2版)

主编 梁力建
胡文杰
陈伟

中国协和医科大学出版社

实用外科医嘱手册

(第2版)

主 编：梁力建 胡文杰
陈 伟

编写人员名单 (以姓氏笔画为序)：

王东平	杨子波	吴小剑	张 希
陈 伟	陈 羽	陈敏英	郑朝旭
胡文杰	柯春龙	姚 陈	黄美近
戚 剑	梁力建	舒 斌	蔡永华
熊 迈			

编写秘书：梁培文



中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

实用外科医嘱手册 / 梁力建, 胡文杰, 陈伟主编. —2 版.
—北京: 中国协和医科大学出版社, 2016. 1

ISBN 978-7-5679-0436-1

I. ①实… II. ①梁… ②胡… ③陈… III. ①外科-疾病-
医嘱-手册 IV. ①R6-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 252425 号

实用外科医嘱手册 (第 2 版)

主 编: 梁力建 胡文杰 陈 伟
责任编辑: 孙阳鹏

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 787×1092 1/32
印 张: 15.125
字 数: 370 千字
版 次: 2016 年 10 月第 2 版 2016 年 10 月第 1 次印刷
印 数: 1—10000
定 价: 34.00 元

ISBN 978-7-5679-0436-1

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

医嘱是外科治疗的基本措施，只有对疾病的发生、发展以及诊断有充分认识的基础上，才能开出正确的医嘱给病人以合理的治疗。因此，每一个外科医生都应该重视医嘱的正确性和合理性，通过医嘱的执行给病人最合理、最经济、最准确的治疗。在医学科学飞速发展的 21 世纪，对外科各种疾病的认识和诊断治疗手段在不断提高和更新。当面对一些相对复杂的急危重病人时，一部分临床外科医生，特别是实习生、低年资的住院医师，对如何开好外科医嘱感到棘手。为此，根据本院的传统和习惯，结合一些文献和著作，我们编写了本医嘱手册。本手册偏重于实用性，希望对临床一线的外科医生能够起到方便查阅和指导作用。

本手册按照目前大多数教学医院外科各个专科的编排编写，每个专科的疾病相对集中，便于使用者按专科查阅。书中所列的疾病，均是外科常见病和多发病，在明确疾病诊断后，方能参考书上的医嘱内容，开出诊疗的医嘱。对一些短时间内不能明确诊断的病人，开外科治疗医嘱前要求先开一些常规检查医嘱以及紧急处理医嘱以便病人得到及时的处理。外科的疾病有其普遍性，也有其特殊性，因此，临床实际工作中，不应该千篇一律，应根据每个病人的具体情况，

开出适合每个患者的个体化医嘱，灵活运用本医嘱手册。

参加本书编写的，均是在本科或研究生毕业后留在中山大学附属第一医院，并在临床医疗和教学第一线工作多年的有丰富临床经验的讲师、副教授、教授，他们对本院百余年来来的医疗教学特色有深刻的认识和理解，其中也包含他们在长期的临床工作中总结出来各种外科疾病的处理要点反映在医嘱的处理上，对于一个外科临床医生来说，本书将对临床工作中如何开出合理正确的医嘱有一定的指导作用。

本书于2009年第一次出版后获得好评，应出版社要求于今年对其中的部分内容进行更新。第二版中主要增加一些新的诊疗手段的使用，强调了抗生素的预防应用原则，并对术后止血药的应用方面进行了修改。修改后的版本更切合目前的临床实践。我国是一个幅员辽阔的国家，本书只反映本院对开出医嘱的理解，供外科同行参考。由于各地均有不同的用药习惯和治疗经验，因此，本书难以满足全国各地方医院的临床需要，但如果能够对临床一线外科医师有所帮助，我们也感到满足和欣慰。处于当今信息快速更新的时代，尽管编者尽了很大的努力，但限于个人水平和表达方式的差异，错误缺点在所难免，对于本书的不足，希望读者能给予批评指正，使本书能够不断完善。

编 者

2016年3月于中山大学

目 录

一、胃肠外科	(1)
二、常见外科急腹症	(43)
三、颈部外科	(137)
四、乳腺外科	(145)
五、血管外科	(149)
六、肝胆胰脾外科	(163)
七、移植外科	(201)
八、神经外科	(211)
九、烧伤	(231)
十、骨外科	(235)
十一、泌尿外科	(337)
十二、胸外科	(403)
十三、心脏外科	(411)
十四、显微、整形	(429)
十五、外科感染	(447)
十六、外科休克	(453)
十七、重症监护	(459)
十八、微创外科手术	(465)

一、胃 肠 外 科

胃十二指肠溃疡病的外科治疗

术前医嘱

长期医嘱

临时医嘱

普通外科常规护理	血常规+血型
二级护理	尿常规、便常规
流质饮食（急性穿孔等严重并发症时需禁食）	出凝血时间
注射用奥美拉唑钠 40mg iv bid	肝功能、肾功能
	血钾、钠、钙、氯等电解质
	血糖
	乙肝两对半
	肝炎系列
	艾滋病（HIV）抗体
	梅毒血清学试验（RPR 等）
	胸部 X 线摄片
	心电图
	肝、胆、胰、脾 B 超
	胃镜
	与患者本人及家属谈话并签字
	在全麻或硬膜外麻醉下行胃大部切除术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	查血型及交叉配血、备血 400ml
	术前当晚灌肠
	术前留置胃管
	术前留置导尿管
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g / im
	阿托品 0.5mg / 术前 0.5 小时
	地西洋（安定）10mg im 术前晚
	0.9%氯化钠注射液 100ml / ivgtt
	头孢孟多 2g / 术前 0.5 小时

注：

1. 胃十二指肠溃疡病属于内科治疗范围，外科干预主要

是针对溃疡产生的并发症（急性穿孔、大出血或瘢痕性幽门梗阻）和内科治疗无效，胃溃疡有癌变可能，外科处理相对积极。

2. 急性胃十二指肠溃疡穿孔以穿孔缝合术为主要术式，术后仍需正规的抗溃疡药物治疗。

3. 下列胃溃疡患者手术适应证要适当放宽：①内科治疗溃疡愈合后，继续用药，溃疡又复发者；②胃十二指肠复合溃疡；③直径>2.5cm 的巨大溃疡或怀疑恶变。

4. 胃十二指肠溃疡出血患者，在胃镜下明确出血部位后，可通过电凝、喷洒止血粉、上血管夹等措施止血，约10%出血患者非手术治疗无效需手术治疗。

5. 术前应用抑制胃酸分泌的药物，可选用 H₂受体阻断剂，或质子泵抑制剂，如奥美拉唑。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
术后常规护理	肝功能
一级护理	肾功能
禁食	凝血功能
半卧位（6 小时、血压平稳后）	血生化
留置胃管接负压瓶并计量	5%葡萄糖注射液 500ml
留置尿管接尿袋并计量	氨甲苯酸（PAMBA）0.4g
注射用奥美拉唑钠 40mg iv bid	ivgtt
0.9%氯化钠注射液 100ml	ivgtt
头孢孟多 2g	bid
0.5%甲硝唑 100ml ivgtt	bid
5%葡萄糖氯化钠注射液 500ml	ivgtt bid
10%氯化钾 10ml	
乳酸钠林格注射液 500ml	ivgtt qd
10%氯化钾 10ml	
10%葡萄糖注射液 500ml	ivgtt qd
维生素 C 2g	

注：

1. 目前外科治疗的主要手术方式是穿孔缝合术和胃大部切除术。
2. 胃十二指肠溃疡的主要术式是远端胃大部切除术，应切除胃远侧 $2/3 \sim 3/4$ 并包括幽门、近胃侧部分十二指肠球部，根据术中情况选择毕 I 式或毕 II 式重建胃肠道，也可采用胃空肠 Roux-en-Y 术式。溃疡已恶变者，需做根治性切除。
3. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。
4. 预防性使用抗菌药，可选用青霉素类、头孢菌素类或氟喹诺酮类，同时可加用抗厌氧菌的药物，如甲硝唑。
5. 处理合并症，防治并发症的发生。如术后持续发热要注意有无盆腹腔积液、肺部感染、泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

上消化道大出血

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规+血型
一级或特级护理	出凝血时间
禁食、禁水	肝功能、肾功能、血生化
病重（或病危）	血氨、AFP、CEA
吸氧（鼻导管或面罩，2~5L/h）	乙肝两对半
平卧（上身及下肢各抬高 20°）	肝炎系列
心电监护（血压、脉搏、呼吸、脉搏氧饱和度）	艾滋病（HIV）抗体
中心静脉压测定（有条件时）	梅毒血清学试验（RPR 等）
留置胃管接负压瓶	交叉配血、备血 800~1200ml
留置尿管接尿袋并计量	乳酸钠林格注射液 500ml 静脉快速滴注
冰 0.9%氯化钠注射液 200ml /	与患者本人及家属谈话并签字
去甲肾上腺素 4~8mg /	急诊电子胃镜检查、必要时内镜下止血
（洗胃 2~4 次/天或 0.9%氯化钠溶液+凝血酶原，按每毫升 10~100U 溶解后口服或经胃管注入 50~100ml，1 次/2~4 小时）	急诊选择性血管造影（必要时）
[洗胃不作常规推荐：Am J Gastroenterol, 2012, 107 (3) : 345-360]	在全身麻醉下行胃大部切除术（非手术治疗无效时）
奥美拉唑 40mg iv bid	备皮
0.9%氯化钠注射液 250ml / ivgtt qd	苯巴比妥（鲁米那）0.1g / im
生长抑素 6mg / (250μg/h)	阿托品 0.5mg / 术前 0.5 小时
10%葡萄糖溶液 500ml /	0.5%甲硝唑 100ml ivgtt 术前
止血芳酸 0.4g / ivgtt qd	0.9%氯化钠注射液 100ml / ivgtt
止血敏 1.5g /	头孢曲松 2g / 术前
维生素 K ₁ 20mg /	
备三腔二囊管（疑食管胃底静脉曲张出血）	

注：

1. 呕血和黑便是上消化道大出血的主要症状，其常见原因为胃十二指肠溃疡、门静脉高压症、应激性溃疡或急性糜烂性胃炎、胃癌和胆道出血，根据病史体征的临床分析，诊断多可成立，处理上相对有的放矢。

2. 初步处理应迅速建立静脉补液通道，即输平衡盐溶液、查血型、交叉配血，配备足够的全血或红细胞。监测中心静脉压和尿量。

3. 如 60 分钟内已输注 2000ml 左右的平衡盐溶液血压仍不稳定，说明出血量大，此时应输入胶体如血浆、清蛋白。

4. 如病情平稳，即急诊胃镜，可明确出血病灶并局部止血，可喷洒止血药、电凝、上止血夹、套扎止血和注射硬化剂。

5. 可疑食管胃底静脉曲张破裂出血，可利用三腔二囊管压迫止血。

6. 有以下指征者，应迅速手术探查：①年龄大于 50 岁，病史较长的慢性胃溃疡；②无黄疸、腹水和肝性脑病的门静脉高压症引起的食管胃底静脉曲张破裂出血；③经过积极处理，24 小时输血 800ml 血压仍不稳定者；④胃癌出血或内科治疗不能控制的出血；⑤对于部位不明的出血，经过积极的初步处理后血压、心率仍不稳定者。

7. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

长期医嘱	临时医嘱
外科常规护理	血常规
全身麻醉后护理	血氨
一级或特级护理	肝功能
禁食	凝血功能
留置胃管接负压瓶	血生化
留置尿管接尿袋	血凝酶（立止血）1kU iv 即刻
腹腔引流管接持续低负压	血浆全血或红细胞 200~400ml
记 24 小时出入量	ivgtt（必要时）
奥美拉唑 40mg iv bid	
0.9%氯化钠溶液 100ml /	ivgtt bid
头孢曲松钠 2g	
0.5%甲硝唑 100ml ivgtt bid	
5%葡萄糖注射液 500ml /	ivgtt qd
维生素 K ₁ 30mg	
PAMBA 0.4 g	
乳酸钠林格注射液 500ml /	ivgtt bid
10%氯化钾 10ml	
10%葡萄糖注射液 500ml /	ivgtt qd
维生素 C 2g	
10%氯化钾 10ml	

注：

1. 对于不明原因的上消化道出血，术中应全面仔细的探查，甚至借助电子胃镜或术中血管造影来明确出血部位。条件允许，尽可能对原发病做治愈性手术。
2. 注意纠正术后水、电解质和酸碱平衡紊乱。
3. 术后预防性使用抗菌药，可选用头孢菌素类或氟喹诺酮类，同时可加用抗厌氧菌的药物，如甲硝唑、替硝唑或奥硝唑。
4. 术后仍密切观察引流液的颜色和量，防止再出血的可能。
5. 如为门静脉高压症引起的食管胃底静脉曲张破裂出

血，术后应护肝治疗和应用维生素 K_1 、清蛋白等，并监测血氨。

6. 如全身营养状况较差或不能进食时间超过 5 天者，应行肠外营养。

胃 癌

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规+血型
二级护理	尿常规、便常规
半流质（梗阻患者需禁食）	便潜血×3次
留置胃管接负压瓶（有梗阻时）	出凝血时间
复合维生素 B 2 片 po tid	肝功能、肾功能
维生素 C 0.1g po tid	血钾、钠、钙、氯等电解质
	血糖
	乙肝两对半
	肝炎系列
	艾滋病（HIV）抗体
	梅毒抗体
	血 CEA、AFP、CA19-9、CA125
	胸部 X 线摄片
	心电图
	纤维胃镜检查及内镜活检病理检查
	胸腹盆腔增强 CT
	上消化道 X 线钡餐（必要时）
	胃镜、超声检查（可选）
	腹水细胞学/穿刺细胞学检查（可选）
	B 超查肝脏、肝门区淋巴结及腹水（可选）
	上腹部磁共振检查（可选）
	与患者本人及家属谈话并签字
	在全麻或硬膜外麻醉下行胃癌根治术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	交叉配血、备血 400~800ml
	术前当晚灌肠
	术前留置胃管
	术前留置导尿管
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g / im
	阿托品 0.5mg / 术前 0.5 小时
	地西泮（安定）10mg im 术前晚
	0.9%氯化钠注射液 100ml / ivgtt
	头孢孟多 2g / 术前 0.5 小时

注：

- 1. 对于无远处转移的进展期胃癌，可进行术前的新辅助治疗，有望降低根治术后的复发率。施行化疗的胃癌患者应当有明确病理诊断，一般情况良好，心、肝、肾与造血功能正常，无严重并发症。
- 2. 患者一般均有维生素缺乏，术前予补充多种维生素。
- 3. 术前使用抗菌药预防感染，可选用青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类或氟喹诺酮类。
- 4. 术前营养不良者予高热量、高蛋白质、高维生素饮食，必要时给予静脉肠外营养。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
术后常规护理	肝功能
一级护理	肾功能
禁食	血生化
半卧位（6 小时、血压平稳后）	凝血功能
心电监护（血压、脉搏、呼吸、脉搏氧饱和度）	5%葡萄糖注射液 500ml / ivgtt
留置胃管接负压瓶	PAMBA 0.4g
留置尿管接尿袋	血浆 200~400ml ivgtt（必要时）
记 24 小时出入量	
奥美拉唑 40mg iv bid（全胃切除后不用）	
0.9%氯化钠注射液 100ml	ivgtt
头孢孟多 2g	bid
0.5%甲硝唑 100ml ivgtt bid	
5%葡萄糖氯化钠注射液 500ml	
维生素 C 2g	ivgtt qd
维生素 B ₆ 0.1g	
10%葡萄糖注射液 1000ml	ivgtt qd
10%氯化钾 30ml	
乳酸钠林格注射液 500ml	ivgtt qd