临床医学继续教育教材

外科分册



主编单位
浙江省卫生厅
浙江医科大学
中华医学会浙江分会
上海科学技术出版社

需要全本请访问 www.ertongbook.com

临床医学继续教育教材

外科分册

浙江省卫生厅

主编单位 浙江医科大学

中华医学会浙江分会

上海科学技术出版社出版

（上海瑞金二路450号）

新华书店上海发行所发行 上海市印刷四厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 10.25 字数 225,000

1990年12月第1版 1990年12月第1次印刷

印数 1—4,990

ISBN 7-5323-2198-3/R·661

定价：4.90元

总 主 编　王季午
总 编 委　戴　迪　郑　树　王绪整　金　干
　　钱　礼　吕俊升　李正之　洪文澜
　　石一复　沈世玄　屠中元　王雪蕉
　　陈健义

主　　编　钱　礼　郑　树
编　　委　（按姓氏笔画排列）
　　叶丁生　李正之　郑　树　钱　礼
　　袁中兴　陶祥洛　彭淑瀛

序

由浙江省卫生厅组织浙江医科大学和中华医学会浙江分会编写的临床医学继续教育教材将正式出版，这标志着我国临床医学继续教育工作踏上了一个新的台阶。

在科学技术飞速发展、医学科技知识更新的周期日益缩短的今天，有计划、有目的地对医学院校毕业生和医师实施医学继续教育制度，是完善我国医学教育体系，进一步提高卫技队伍素质的一项非常重要的工作，也是广大人民对我国医学科技事业的发展和高水平的医疗保健服务寄予的殷切期望。

目前，当务之急是要加强和完善住院医师培训制度，使医学院校医学系毕业生进入临床工作后，能得到进一步的临床专业科学知识和技能的系统培训，以不断提高临床医学水平和医疗卫生服务质量，满足人民群众对防病、治病、保健康复日益增长的需求。

1988年，浙江省卫生厅为进一步扩大住院医师培训，使之逐步形成制度化，特邀请部分省内外专家，着手编写"临床医学继续教育教材"（临床医学基础、内、外、妇、儿五个分册），教材在编排上既保持临床医学教育的系统性，又包含本学科及有关交叉学科的近期动态，并重视医师综合分析能力的培养，为读者拓宽思路。内容方面概念清晰、重点明确、繁简适宜、文字大多流畅可读，基本上适应于临床住院医师专业培训的要求，为住院医师培训的规范化提供了良好的基础。

天时地事日相催，冬至阳生春又来。临床医学继续教育制度化规范化的工作在我国尚在起步阶段，就探讨适合国情的规范、制度以及有关配套的政策等方面还需要在今后的实践中认真研究、勇于开拓。“教材”的出版将加快这一进程。在开放、改革的春潮中，愿我国的临床医学继续教育工作方兴未艾，蒸蒸日上，为我国培养高水平的临床医学人才，为更有成效地保障人民健康作出应有的贡献。

陈敏章

1989年3月

需要全本请访问 www.ertongbook.com

前　言

随着现代科学的飞速发展和基础学科的不断深化及学科间的互相渗透，医学科学知识的更新周期日益缩短，加强医学本科生教育、毕业后教育和高层次医师的继续教育，已成为当务之急，并引起了国家有关方面的重视和关注。卫生部于1986年4月正式批准浙江医科大学和杭州市卫生局协作开展医学继续教育试点工作。同年7月，浙江医科大学、浙江省卫生厅、杭州市人民政府联合建立了“医学继续教育试点工作领导小组”。1988年10月由卫生厅组织成立了“浙江省医学继续教育委员会”。经过近3年的试点，以浙江医科大学为主先后制订了有关规定和实施方案，现准备由点到面逐步推开，使医学继续教育走向系统化、制度化、规范化。

住院医师培养对我国临床医学的整体发展至关重要，是改变目前临床医学中后继乏人及提高临床医学水平的重要措施之一。因此，我省把医学继续教育重点放到刚毕业的住院医师这一层次上，《临床医学继续教育教材》一书就是为了适应这一需要而编写的。本书分为临床医学基础和内、外、妇、儿五个分册，共136个专题，内容力求适应毕业后1～5年的住院医师应掌握的知识，不涉及过于专门的内容。本教材由浙江省卫生厅主持，委托浙江医科大学、中华医学会浙江分会具体组织省内、外专家撰写的。去年10月曾刊出了内、外科两分册（试刊），各20个专题，以冀吸收广大读者的意见，为本书的出版提

供了良好的基础。由于这项工作在国内刚刚起步，又限于我们的经验和水平，本书难免有某些不妥之处，恳望同行和读者们给予批评指正。

本书承蒙卫生部部长陈敏章教授撰写序言，谨致谢忱。

此书的出版，多承上海科学技术出版社的积极鼓励和各编写人员单位的大力支持，并此致谢。

戴　迪

1989年6月

编 写 说 明

本教材是为适应外科住院医师进行继续教育的需要而编写的。医学继续教育目前先在毕业后第一年至第五年的住院医师中进行。因此，本书编写要求既有别于一般教材，又不同于学术讲座或专著，对过专过偏的内容较少涉及，力求适合于毕业后一至五年的住院医师，进一步掌握在临床诊疗中常见问题的理论，以及外科疾病的特点和处理原则。按此，本教材是从临床实践中经常遇到的外科疾病或外科临床问题中选出37个专题，涉及外科的各个专业，按分类系统编排进行编写。由于我们对医学继续教育的认识肤浅，编写经验缺少，又限于学识水平，不论在选题上或内容上必然存在不少的缺点和不足之处，敬希读者批评指正。

外科编写委员会

1989年8月

目　录

第一讲　外科住院医师的麻醉学基础 ……陈庆廉（1）
第二讲　烧伤的救治 ……丁嶽梁（13）
第三讲　恶性肿瘤的预防 ……郑　树（23）
第四讲　器官移植概论 ……彭淑牖（34）
第五讲　神经外科学疾病的诊治现况 ……陶祥洛（43）
第六讲　颅内高压症的诊治 ……甘海鹏（49）
第七讲　急性颅脑损伤的诊断与治疗 ……甘海鹏（59）
第八讲　颈部肿块的诊断步骤 ……钱　礼（67）
第九讲　甲状腺肿瘤的诊治原则 ……钱　礼（74）
第十讲　乳腺癌现状及治疗原则 ……郑　树（83）
第十一讲　胸部损伤的急救和处理 …高惠荣　叶丁生（91）
第十二讲　风湿性二尖瓣疾病的外科治疗 ……叶丁生（99）
第十三讲　肺癌的治疗 ……杨俊超（107）
第十四讲　食管癌 ……孔颂扬（114）
第十五讲　胃癌外科治疗的一些问题 ……冯懿正（122）
第十六讲　消化性溃疡外科治疗的选择 ……李正之（132）
第十七讲　绞窄性肠梗阻 ……李正之（139）
第十八讲　大肠癌的防治 ……郑　树（146）
第十九讲　肛门外科常见疾病 ……何英慰（153）
第二十讲　原发性肝癌的外科治疗 ……林建灿（162）
第二十一讲　门静脉高压症的治疗 ……齐伊耕（172）

第二十二讲　下消化道出血的诊断步骤 ……钱　礼(185)
第二十三讲　外科黄疸的鉴别诊断 ……钱　礼(200)
第二十四讲　胆石症的治疗原则和手术方法 …钱　礼(210)
第二十五讲　出血坏死性胰腺炎的诊断和治疗 ……钱　礼(218)
第二十六讲　新生儿急腹症 ……陈美章(226)
第二十七讲　先天性巨结肠 ……章希圣(234)
第二十八讲　先天性胆总管囊性扩张症 ……陈美章(243)
第二十九讲　泌尿、男生殖系统肿瘤 ……杨松森(252)
第三十讲　尿石症 ……魏克湘(262)
第三十一讲　泌尿系损伤的诊治 ……陈昭典(270)
第三十二讲　血尿的诊断 ……史时芳(277)
第三十三讲　血清阴性脊椎关节病 ……袁中兴(284)
第三十四讲　骨肿瘤近况 ……夏贤良(292)
第三十五讲　骨折的治疗 ……詹蓉春(300)
第三十六讲　腰背痛的研究 ……詹蓉春(306)
第三十七讲　化脓性骨髓炎 ……夏贤良(311)

第一讲　外科住院医师的麻醉学基础

麻醉学是研究临床麻醉、重病监测治疗、急救复苏理论和技术的一门科学。麻醉工作不仅仅局限在手术室内，除了保证手术病人安全，提供镇静、无痛、肌松、合理控制应激反应、为手术创造良好条件外，还承担围术期治疗及参加复苏、重症病人救治、呼吸治疗和急慢性疼痛的治疗等。

现代麻醉的安全性

麻醉学基础理论和临床实践的进展、麻醉方法和仪器设备的改进、各种辅助药的配合应用，以及麻醉中观察病人生理功能由最简单的“望”、“听”、“触”到利用近代生物电、生物机械及生物化学等各种监测技术，极大地增加了麻醉的安全性和精确性。例如对麻醉程度或深度的识别，不仅能据一些体征、呼吸、血压、心电图、脑电图及应激反应的情况作出“质”的评定，还能从血药浓度、肌松程度等提供“量”的判断。血气分析、循环系统各种压力和心排出量的测定，能及时地发现呼吸循环功能的改变，为术中病人的安全提供了可靠的保证。但是用袖套法听血压、摸脉搏、听心音、数呼吸仍然是最基本、最重要的方法。

需要全本请访问 www.ertongbook.com

目前一般来说，只要具备一些条件：有经验丰富的麻醉医师和外科医师，良好的术中监测和强有力的术后监护，是没有绝对的麻醉禁忌证的。

麻醉前病情的估计

为了减少麻醉期间及术后并发症和意外的发生率，对重要脏器的受损程度、功能状态、代偿能力、麻醉手术危险性等，必须给予科学的估量，尽量做到心中有数。

高血压病人约占拟施行手术病人的10%。高血压病人麻醉危险性取决于是否继发重要脏器损害及其受累程度和循环代偿功能状态。有报告第Ⅱ期高血压未经治疗的病人，术中发生严重低血压、心衰、脑血管意外等并发症者占14.2%。麻醉前血压高于26.7/16.0kPa（200/120mmHg），脑溢血发生率较正常者增加3.4倍。故凡高血压病人，术前应给予抗高血压药物治疗，使高血压有一定程度的缓解，但不要求术前将血压降到正常。舒张压控制在13.3kPa（100mmHg）以下，收缩压控制在21.3kPa（156mmHg）以下，或待血压低于原血压的20%，即可手术。经降压治疗1～2周后，舒张压仍超过16.0kPa（120mmHg），收缩压超过 24.0kPa（180mmHg），如无明显继发心脏等重要脏器损害，又是肿瘤病人，应放宽施行麻醉的条件。严重高血压病人在术中由于气管插管、浅麻醉、二氧化碳潴留和手术刺激等因素，可能出现血压剧烈波动而发生心律失常、心肌缺氧、心力衰竭或脑血管意外等，应采取防范措施。对中、重度高血压者（Ⅰ、Ⅱ期高血压病人），手术前不必停服抗高血压药物。

患先天性心脏病、但以往无心衰史、未伴明显肺动脉高压

者；患有瓣膜性心脏病而心功能已代偿或心功能代偿在Ⅰ～Ⅱ级、无风湿活动和心律失常者，均可较好耐受一般非心脏手术的麻醉。

冠心病病人施行非心脏手术的手术死亡率为一般病人的2～3倍，麻醉危险性表现在围手术期发生心肌梗塞，以致死亡率极高。平时无症状，只有心肌供血不足的心电图变化（即隐性冠心病），或长时间费力劳动时才出现心绞痛者，如麻醉处理谨慎，一般不增加手术麻醉危险性。但约有15%缺血性心脏病病人，平静时无明显症状，也无心电图异常，但冠状动脉造影证实已有1～3支冠状动脉管腔狭窄超过50%，麻醉中有较大的潜在危险。既往有心肌梗塞史的病人，术后再发生心肌梗塞者为既往无心肌梗塞史病人的50倍。如在心肌梗塞后3个月内手术者，再梗塞发生率可达37%，6个月内手术者，可达18%，而6个月后手术者，则仅达5%。所以，对心肌梗塞病人，择期手术应推迟到梗塞6个月后施行。

术前心电图异常者，应详细了解病史，结合临床表现，探讨其实际意义。偶发室性期前收缩，如由于冠心病、高心病、肺心病所致，则提示有心肌损害，若无合并症，血流动力学改变不大，其麻醉手术耐受力与正常者无异；频发或多源性室性期前收缩和发生于体力活动时的各种期前收缩，提示有器质性病变，应分析其原因，并给予适当的治疗。频发室性期前收缩，待减少到5次/min以下或完全消失后再行手术，方为安全。如频发室性早搏呈二联律，可使心排出量降低25%。右束支传导阻滞可见于无明显器质性心脏病者或正常人，一般不严重，麻醉手术无大问题。左束支传导阻滞则较严重，多见于器质性心脏病病人。双束支传导阻滞有可能发生完全性心脏传导阻滞。Ⅰ度房室传导阻滞不影响血流动力学，若无自觉症状，

麻醉手术危险性小；Ⅱ度房室传导阻滞的莫氏Ⅰ型，心室率正常，无严重合并症者，无特殊危险性。房颤多见于器质性心脏病，属严重心律失常，对血流动力学的影响主要取决于心室率，室率正常者，虽对麻醉的代偿能力降低，但只要麻醉选择及管理得当，安全性仍有保证。心脏虽有肥大，但未合并心衰、重度高血压或其它严重心律失常者，或原有心脏病，但尚未达到严重程度者，均能较好地耐受麻醉和手术。但是心脏功能一旦处于失代偿期，则危险性甚大。

肺功能的粗略估计，可以从第1秒钟最大呼气量(FEV_1)及血气的改变来判断，$FEV_1<1L$，PaO_2及$PaCO_2$正常时，可耐受常规手术，一般恢复顺利；$PaO_2<7.3kPa$ (55mmHg)，$PaCO_2$正常，术后需继续氧治疗；$PaO_2>7.3kPa$ (55mmHg)，$PaCO_2>6.7kPa$(50mmHg)，术后需人工通气支持。

哮喘病人围手术期的呼吸系并发症可以比呼吸系统正常的病人高4倍。

体重超过标准体重30%以上者，易并存慢性肺功能减退和高血压，心脏贮备能力降低，对低血压、高血压、心动过速及液体过量负荷的耐力差，术后呼吸系并发症可增加2倍。

麻醉前准备

麻醉前准备的主要目的是为了了解和掌握病情，因为任何麻醉药和麻醉术都具有潜在危险。综合医院中25～40%的手术病人合并有心、肺、肝、肾等重要器官的慢性疾病，这些疾病增加了麻醉和手术的危险性。据统计，75%的麻醉死亡是与病人原有的实质性器官损害有关，因此麻醉前应采取各种治疗措施，使病人尽可能接近生理状态。这是因为许多麻醉

意外是在病人的病理生理状态未得到基本改善的情况下仓促行事发生的。

“有小的手术，但没有小的麻醉。”施麻醉前应详细了解病史和进行体格检查，有时比实验室检查更重要。

手术病人存有思想顾虑或恐惧心理，可致中枢神经系统和交感神经过度活动，削弱人体对麻醉和手术的耐受力，术中、术后易发生休克，应给予解释，安慰，对病人详细解释手术麻醉情况，可起到100mg鲁米那的效果。

麻醉前应给予安定类药，目的是为使病人情绪安定和手术过程平稳，常由镇静镇痛类和抗胆碱类药组成，这是不可缺少的麻醉前准备，亦是麻醉方法本身的一项重要组成部份。

对40岁以上的病人，术前应常规心电图检查，以排除冠心病。据统计，术前查出心电图异常而给予适当治疗者，死亡率可降低50%。

急性呼吸道感染者，手术应推迟到呼吸道感染完全治愈后1～2周进行。

凡每日吸烟20支以上、并有10年以上历史者，即可认为已经并发慢性支气管炎，其麻醉后呼吸系严重并发症的发生率远比不吸烟者为高，术前应至少禁烟2周。

高血糖影响创口愈合的牢固度，增加创口感染等并发症。但应控制到何种程度仍意见不一。一般要求血糖控制在4.4～11.1mmol/L水平，术中维持在5.6～11.1mmol/L。

小儿高热者，应先将体温降到38.5°C，方属安全。成人体温高于39°C时，应先行降温。一般体温每升高1°C，可增加基础代谢率约13%，所以，高热极大地增加氧耗量及二氧化碳产量，引起代谢性和呼吸性酸中毒。麻醉中可发生严重惊厥、缺

氧性脑损害和心跳停止等意外，小儿更易发生。遇有感染、发热等重症病人，麻醉中应监测体温。

麻醉下反流的发生率约为4～26.3%，其中有62～76%出现误吸，误吸大量胃内容物的死亡率达70%。创伤、疼痛、精神紧张可使胃内容物长时间停留（最长达12～16h，个别达20h）。胃饱满病人，即使施行区域阻滞或椎管内麻醉，也有呼吸道梗阻的危险。当病人处在休克状态，或在给予能抑制咽喉保护性反射的麻醉辅助药物之后，便有可能引起呕吐物误吸。为此，成人择期手术，麻醉前12h内禁食，4h内禁饮；小儿麻醉前8h内禁食，4h内禁饮；乳婴儿麻醉前4h内停止喂奶，2h内停止喂水。胃内容物的酸度是误吸后的危险因素之一，误吸pH为2.5～1.5的胃内容物，可迅速出现化学性肺炎、低氧血症，为预防计，术前可服H_2-受体拮抗药。

麻醉选择

各种麻醉方法都各有优缺点，但理论上的优缺点还可因具体病情的不同，操作熟练程度和经验的差异，在效果上、程度上、甚至性质上出现很大区别。病人对各种麻醉方法的具体反应也可因术前准备和术中处理是否恰当而有不同，如硬膜外阻滞对早期休克病人，若血容量已纠正，对循环影响就较小，反之可致血压骤降。

硬膜外阻滞是目前我国最常用麻醉方法之一，但它是一种镇痛不全的麻醉，如在硬膜外阻滞下行上腹部手术，有66.2%的病人存在疼痛、不适。在颈部硬膜外阻滞下施行甲状腺手术，也多达63.8%病人表现有不同程度的疼痛。麻醉阻滞平面在T_6以上，可抑制心脏功能，对老年人影响更大；也可

影响呼吸，表现通气储备功能下降，如有呼吸肌麻痹，则减少静息通气量，缺氧将非常严重。阻滞平面在T_6以下，对呼吸循环影响小。所以，上腹部手术以选择静吸复合全麻为好，而目前多数下腹部手术，仍以硬膜外阻滞为首选。

硬膜外阻滞和全身麻醉对肾素-血管紧张素-醛固酮系统的影响问题，目前的报告不一。就麻醉后并发症而言，两者并无差异，关键决定于对全身麻醉的操作技术和管理水平。麻醉期间对循环的影响，硬膜外阻滞也比全身麻醉严重，有报告硬膜外阻滞引起血压明显下降者多达44.5%，脉搏减慢者达70.27%。使用肌松药能使全身麻醉达到肌松的程度乃为硬膜外阻滞所不及。有时，在硬膜外阻滞下，手术受到一定的限制，为提高手术效果和促进外科的发展，应多选择现代全身麻醉。

目前，吸入和静脉全麻药的品种增多，麻醉辅助药的广泛使用，使全身麻醉由一种吸入全麻药逐渐发展到各种静脉复合麻醉、静吸复合麻醉、芬太尼麻醉（由于吗啡对血流动力学的影响，已被芬太尼所替代）。由不同药物组成的静脉普鲁卡因复合麻醉，仍是我国静脉麻醉中的主要方法之一。在国外几乎不用此法，乙醚早已废用。甲氧氟烷由于代谢产物如无机氟化物及草酸对肾脏的损害，也已弃用，而用笑气为主。目前趋向于使用对循环系统、肝脏、肾脏影响更小的异氟醚、安氟醚替代氟烷。

肌松药是全身麻醉重要辅助用药，但不是麻醉药，无镇痛、催眠作用。由于箭毒能释放组织胺，对循环影响甚大，已被潘侃朗宁(Pancuronium)所替代，目前在临床上已使用对循环影响更小的药物，如去甲潘侃朗宁、埃库溴林等。

全身麻醉的诱导插管技术也有了很大改进，惯用的硫喷

需要全本请访问 www.ertongbook.com