基层医生诊疗必备系列

JICENGYISHENGZHENLIAO BIBEIXILIE

# 外科疾病诊疗手册

主编 苏长顺 杜金龙 徐国江

第四军医大学出版社

需要全本请访问 www.ertongbook.com

基层医生诊疗必备系列

# 外科疾病诊疗手册


主　编　苏长顺　杜金龙　徐国江

副主编　孙福振　霍华治　周少英

编　委　（以姓氏笔画排序）

王玉宏　刘　博　李绍建　赵卫红



第四军医大学出版社·西安

**图书在版编目(CIP)数据**

外科疾病诊疗手册/苏长顺,杜金龙,徐国江主编. —西安:第四军医大学出版社,2009.7

基层医生诊疗必备系列

ISBN 978-7-81086-627-9

Ⅰ.外… Ⅱ.①苏… ②杜… ③徐… Ⅲ.外科-疾病-诊疗 Ⅳ.R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 105939 号

外科疾病诊疗手册

主　　编　苏长顺　杜金龙　徐国江
责任编辑　土丽艳
责任校对　黄　璐
出版发行　第四军医大学出版社
地　　址　西安市长乐西路 17 号(邮编:710032)
电　　话　029-84776765
传　　真　029-84776764
网　　址　http://press.fmmu.sn.cn
印　　刷　西安力顺彩印有限责任公司
版　　次　2009 年 7 月第 1 版　2009 年 7 月第 1 次印刷
开　　本　850×1168　1/32
印　　张　13.75
字　　数　340 千字
书　　号　ISBN 978-7-81086-627-9/R·525
定　　价　23.00 元

(版权所有　盗版必究)

# 前　言

临床医学是门实践性很强的学科。近年来随着医学科学技术的发展，国内医学领域新理论、新技术、新方法不断涌现，使各科疾病的基础理论研究、临床诊断和治疗均取得了巨大进展。为了便于广大临床医师尤其是基层医疗单位的医务工作者在较短时间内，系统、全面地了解掌握各科疾病的基础理论、临床诊断与治疗，我们特组织有丰富临床经验的一线专家编写这套《基层医生诊疗必备系列》。

本系列包含八分册：《呼吸科疾病诊疗手册》《消化科疾病诊疗手册》《心内科疾病诊疗手册》《外科疾病诊疗手册》《五官科疾病诊疗手册》《传染科疾病诊疗手册》《骨科疾病诊疗手册》和《临床疾病护理手册》。各分册以各科常见疾病为纲，各疾病按基本概念、临床表现、检查、诊断与诊断思维、治疗与治疗思维依次展开阐述。全书贯穿了各科疾病的基本理论、基本知识，集临床多年来的诊疗经验于一体，展现了疾病诊断与治疗过程中不同角度的思维方式，以及容易引起误诊的疾病的鉴别点及治疗中应注意的事项等，对医务人员提升医疗实践能力有很大帮助。

全套书突出了以下特点：①强调实用性，涉及内容多为临床常见病、多发病，便于临床医师的临床操作。②简明扼要，凡教科书上已阐明的内容，如病因、发病机理、病理生理等基础性内容，作为已知我们不再赘述，只就临床表现、体征特点、检查结

果等与临床工作直接相关的实际内容进行阐述。③突出临床经验，每个分册均由一线医务人员编写，在疾病的诊断与治疗中融入了各自的临床经验、思维方式，对年轻医师的提升有很好的帮助。

尽管各位编者均尽最大努力编写，但限于时间和经验，书中仍有误漏之处，请广大读者谅解，并提出宝贵意见。

需要全本请访问 www.ertongbook.com

# 目　录

**第一章　普通外科**……（1）
第一节　甲状腺功能亢进……（1）
第二节　单纯性甲状腺肿……（4）
第三节　甲状腺瘤……（6）
第四节　甲状腺癌……（8）
第五节　乳腺增生症……（13）
第六节　急性乳腺炎……（16）
第七节　乳腺癌……（19）
第八节　腹股沟疝……（24）
第九节　胃、十二指肠溃疡……（31）
第十节　胃癌……（35）
第十一节　急性阑尾炎……（41）
第十二节　肠梗阻……（48）
第十三节　结肠癌……（53）
第十四节　直肠肛管周围脓肿……（57）
第十五节　肛瘘……（60）
第十六节　痔……（63）
第十七节　直肠癌……（66）
第十八节　细菌性肝脓肿……（70）
第十九节　原发性肝癌……（74）
第二十节　肝囊肿……（81）

第二十一节　门静脉高压征……（84）
第二十二节　胆囊结石……（90）
第二十三节　肝外胆管结石……（94）
第二十四节　肝内胆管结石……（97）
第二十五节　急性胆囊炎……（100）
第二十六节　慢性胆囊炎……（103）
第二十七节　急性梗阻性化脓性胆管炎……（106）
第二十八节　胆囊息肉样病变……（110）
第二十九节　胆囊癌……（112）
第三十节　胆管癌……（117）
第三十一节　急性胰腺炎……（122）
第三十二节　慢性胰腺炎……（129）
第三十三节　胰腺癌……（132）
第三十四节　急腹症……（138）
第三十五节　上消化道出血……（148）
第三十六节　下肢静脉曲张……（157）

**第二章　胸外科**……（164）
第一节　胸骨骨折……（164）
第二节　肋骨骨折……（169）
第三节　创伤性血胸、气胸……（175）
第四节　肺创伤……（181）
第五节　闭合性膈肌破裂……（185）
第六节　原发性纵隔肿瘤……（186）
第七节　脓胸……（190）
第八节　肺癌……（195）
第九节　肺脓肿……（202）
第十节　肺大疱……（205）

第十一节 食管癌……（207）
第十二节 贲门失弛缓症……（213）

**第三章 心脏外科**……（217）
第一节 房间隔缺损……（217）
第二节 室间隔缺损……（221）
第三节 动脉导管未闭……（224）
第四节 主动脉缩窄……（230）
第五节 法洛四联症……（233）
第六节 缩窄性心包炎……（238）
第七节 二尖瓣狭窄……（242）
第八节 二尖瓣关闭不全……（247）
第九节 主动脉瓣狭窄……（251）
第十节 主动脉瓣关闭不全……（257）

**第四章 神经外科**……（262）
第一节 颅脑损伤……（262）
第二节 脑脓肿……（269）
第三节 高血压性脑出血……（272）
第四节 胶质瘤……（277）
第五节 脑膜瘤……（283）
第六节 垂体腺瘤……（287）
第七节 颅内动脉瘤……（291）
第八节 帕金森病 ……（298）

**第五章 泌尿外科**……（306）
第一节 肾损伤……（306）
第二节 输尿管损伤……（311）

第三节　膀胱损伤……（314）
第四节　肾结石……（318）
第五节　输尿管结石……（324）
第六节　膀胱结石……（333）
第七节　尿道结石……（336）
第八节　膀胱炎……（339）
第九节　前列腺炎……（343）
第十节　肾结核……（347）
第十一节　肾癌……（365）
第十二节　膀胱癌……（371）
第十三节　前列腺癌……（377）
第十四节　睾丸肿瘤……（380）

**第六章　骨科**……（385）
第一节　锁骨骨折……（385）
第二节　肩胛骨骨折……（387）
第三节　肱骨干骨折……（389）
第四节　尺桡骨干骨折……（393）
第五节　股骨颈骨折……（395）
第六节　髌骨骨折……（400）
第七节　踝骨骨折……（403）
第八节　腰椎间盘突出症……（406）
第九节　类风湿性关节炎……（412）
第十节　股骨头缺血坏死……（419）
第十一节　骨肿瘤……（424）

**参考文献**……（432）

# 第一章　普通外科

## 第一节　甲状腺功能亢进

甲状腺功能亢进症（以下简称甲亢）是甲状腺分泌过多甲状腺激素引起全身代谢亢进、神经兴奋性增强为主要表现的疾病，是常见的内分泌疾病。甲亢包括原发性甲亢（或称 Graves 病）、继发性甲亢和高功能腺瘤，原发性甲亢占 85% 以上，发病年龄以 20～40 岁为多，女性多见，男女比为 1∶5～1∶4。

### 临床表现

甲状腺肿大、性情急躁、易激动、失眠、怕热多汗、食欲亢进但消瘦明显。心悸、脉快有力、脉压增大、内分泌功能紊乱（如月经失调、阳痿等）。其中脉率增快及脉压增大尤为重要，常可作为判断病情程度和治疗效果的重要依据。老年人症状不典型，心血管症状表现突出，儿童可表现为生长增快及骨成熟增快。

### 体格检查

1. 甲状腺肿大　原发性甲亢表现为甲状腺弥漫性肿大，颈部听诊有血管杂音；继发性甲亢表现为甲状腺结节，多个结节为主；高功能腺瘤则为单个结节，质地软。

2. 突眼　原发性甲亢多见，伴有多泪、畏光、眼胀、眼内特异感以及眼睑肿胀，严重者眼球活动障碍、固定，角膜干燥、

溃疡等。

3. 胫骨前黏液性水肿　2% ~3% 的甲亢患者有此改变，表现为胫骨下段皮肤变厚而硬，多伴有突眼。

4. 心动过速　脉压增大，心律失常等表现。

## 辅助检查

1. 实验室检查

（1）血清 $T_4$ 检测：$T_4$ 增高可以诊断甲亢，游离 $T_4$ 较总 $T_4$ 更有意义。

（2）血清 $T_3$ 检测：甲亢早期或复发性甲亢 $T_3$ 增高，游离 $T_3$ 比 $T_4$ 敏感。

（3）TRH 促甲状腺激素释放激素刺激试验：血清 $T_3$、$T_4$ 不增高而疑有甲亢的患者给予 TRH，无反应者多为甲亢。

2. 特殊检查

（1）甲状腺摄 $^{131}I$ 率测定：摄碘率增高伴有高峰前移者可诊断为甲亢。

（2）甲状腺扫描：甲状腺扫描能区分甲亢类型，原发性甲亢表现为甲状腺两叶碘均匀分布，而继发性甲亢或高功能腺瘤则表现为“热结节”。

## 诊　　断

1. 诊断思维　有典型临床表现的甲亢的诊断并不困难；不典型者经以上诊断步骤仍不能确定者，则可进行抗甲状腺药物试验性治疗，在治疗过程中病情好转则有助于诊断。

2. 鉴别诊断

（1）原发性神经性肌病：甲亢患者主要表现为肌萎缩者应与原发性神经性肌病相鉴别。

（2）老年人心脏疾病：高输出量的心力衰竭、慢性心房纤



需要全本请访问 www.ertongbook.com

颤，并对地高辛不敏感是老年人甲亢的特点，需与其他类型心脏病相鉴别。

## 治疗与治疗思维

甲亢的治疗可分为药物治疗、放射性同位素治疗及手术治疗，其中甲状腺大部切除术仍然是目前治疗甲亢的一种常用而有效的疗法。

1. 手术指征　①继发性甲状腺功能亢进或高功能腺瘤；②中度以上的原发性甲状腺功能亢进；③腺体较大伴有压迫症状者；④药物治疗效果不佳或多次复发者；⑤有恶变可能者；⑥甲状腺功能亢进并发妊娠，不适宜药物治疗者。

2. 手术禁忌证　①年龄小、病情轻、甲状腺肿大不明显者；②年龄大，并发有严重心、肝、肾疾病，无法耐受手术者；③并发有恶性突眼者；④手术后复发者。

3. 术前准备　甲状腺功能亢进患者在基础代谢率较高的情况下实施手术，危险性很大。因此，充分而完善的术前准备是保证手术顺利和预防术后并发症的关键。降低基础代谢率是术前准备的重要环节。常用方法为：

（1）复方碘溶液的准备：开始即服用碘剂，2～3 周后甲状腺功能亢进的症状基本得到控制（患者情绪稳定、睡眠好转、体重增加、脉率稳定在 90/min 以下，基础代谢率在 +20% 以下），即可进行手术。常用的碘剂是复方碘化钾溶液，每日 3 次，第 1 日 3 滴/次，第 2 日 4 滴/次，以后逐日每次增加 1 滴，至 16 滴/次为止，然后维持此剂量。也可 10 滴/次，每日 3 次，持续 2 周后手术。

（2）抗甲状腺药物和复方碘溶液的准备：单独服用碘剂症状减轻不明显的患者，可在继续服用碘剂的同时，加用抗甲状腺药物，直到症状基本控制后，再停用抗甲状腺药物，继续服用碘

剂 1～2 周,再进行手术。

（3）普萘洛尔准备：普萘洛尔用量为每 6h 60～80mg，持续至少 4d，术前 2h 及术后 8h 均再给一剂量，无法口服者可经静脉给药。

4. 注意事项

（1）麻醉：颈丛神经阻滞麻醉或气管插管全麻。

（2）手术要求：操作轻柔，止血严密，防止误伤。一般切除腺体的 80%～90%。术毕应放置引流物，切口处适当加压包扎。

（3）术后处理：除一般术后处理外，术后应继续服用复方碘化钾溶液，每日 3 次，10 滴/次，共 1 周左右；或由每日 3 次，16 滴/次开始，逐日每次减少 1 滴。

5. 主要并发症　包括术后呼吸困难和窒息，喉返神经损伤导致声音嘶哑，喉上神经损伤导致饮水呛咳，甲状旁腺损伤导致的手足抽搐以及甲状腺危象。

甲亢手术治疗后并发症的早发现和诊断很重要，术后危急的并发症如呼吸困难和甲亢危象等通常发生在 48h 内，因此此时间段内必须严密观察，认真分析不可掉以轻心。

## 第二节　单纯性甲状腺肿

单纯性甲状腺肿是机体缺碘、存在致甲状腺肿物质，以及甲状激素合成酶缺陷而引起代偿性甲状腺增生肿大，一般无甲状腺功能异常。根据发病的流行情况，可分为地方性和散发性甲状腺肿两种。前者流行于离海较远，海拔较高的山区，是一种多见于世界各地的地方性多发病，我国西南、西北、华北等地均有分布；后者散发于全国各地。任何年龄均可患病，但以青少年患病率高，女性多于男性，男女发病率之比为 1∶3～1∶1.5。

## 临床表现

早期症状不明显，甲状腺呈弥漫性肿大，以后继续发展，逐渐形成结节，可为单个或多个结节。巨大者可有压迫症状：压迫气管出现呼吸困难；压迫食管可致吞咽困难；压迫喉返神经引起声嘶；压迫上腔静脉则出现上腔静脉综合征而出现面部及上肢水肿。

## 体格检查

除甲状腺肿大外，体检无其他阳性体征。

## 辅助检查

1. 甲状腺激素及 TSH 测定　基本正常，部分缺碘患者 $T_4$ 偏低。甲状腺摄碘率常偏高，但 $T_3$ 抑制试验正常，少数有功能自主性结节者 TSH 降低，TRH 兴奋试验反应降低。

2. 甲状腺同位素扫描　可见弥漫性甲状腺肿，结节囊性变者示“冷结节”，功能自主性结节示“热结节”。

## 诊　　断

1. 诊断思维

（1）甲状腺弥漫性肿大，甲状腺功能基本正常。

（2）尿碘排出量减少；甲状腺对 $^{131}I$ 的摄取率（RAIU）增高，正常为 10% ~25%，本病可高达 70% ~95%。

（3）是否生活在流行地区，可作诊断参考。

2. 鉴别诊断　单纯性甲状腺肿伴神经官能症患者，应与甲亢鉴别，甲亢患者有心慌、兴奋、多汗、怕热及甲状腺功能亢进。甲状腺如发生出血、疼痛，应与甲状腺炎鉴别。如有压迫症状，应与颈部或上纵隔肿瘤鉴别。单纯性甲状腺肿结节内出血时，扫描示冷结节，易误诊为亚急性甲状腺炎、甲状腺癌，应作甲状腺穿刺活检。

## 治　疗

1. 散发性甲状腺肿　Ⅰ度大小的患者，不需要治疗，常食用海带即可。甲状腺肿大明显，常用甲状腺素片治疗。口服小至中量的甲状腺素片，每日 20 ~ 60mg。或左旋甲状腺素片每日 50 ~ 150μg,促使甲状腺缩小，但对病程长者则不能使之缩小。

2. 缺碘所致者，应补充碘剂　但注意过量碘可抑制甲状腺素的合成，使 TSH 升高、甲状腺肿增大，甚至诱发碘甲亢。

3. 手术治疗　适用于甲状腺明显肿大有压迫症状，经甲状腺激素替代治疗后结节增大疑有恶变，以及有功能自主性结节的患者。术后应常规服用甲状腺制剂以防复发。

## 治疗思维

应用替代治疗要防止过量引起药源性甲亢。

单纯性甲状腺肿可分为地方性和散发性两种类型，而后者病因又包括：生理性、药物性、先天性，所以散发性甲状腺肿病因繁多，劝患者必须在专科医生的指导下选择适宜的治疗方法，决不能乱投医、乱服药。而地方性甲状腺肿，主要是由于缺碘所致，因此坚持长期足够的补碘，就能预防本病的发生。正常人每天最低需要碘 50 ~ 100μg，青少年每天最少需要 160 ~ 200μg，过多的碘则由尿及粪便排泌。所以补碘不必过多，以免造成浪费。预防以碘化食盐最有效且方便。

# 第三节　甲状腺瘤

甲状腺瘤是甲状腺最常见的良性肿瘤，多见于中青年女性，其病因尚不完全清楚，和其他肿瘤一样，环境、家族等因素与本病的发生有一定的关系。病理上分为滤泡状腺瘤和乳头状腺瘤。滤泡状腺瘤分为五种亚型：微滤泡型、大滤泡型、小柱状型、非

典型型和嗜酸细胞型，某些亚型与滤泡状癌有相似的组织结构。乳头状瘤较少见。

## 临床表现

颈部肿块，大多无不适感，偶然发现，如果突然增大伴有疼痛则提示瘤内有出血可能，随着时间的变化甲状腺结节数目并不增加。如肿块在短时间内增大迅速则考虑恶变可能。

## 体格检查

单个结节，质地柔软，境界清楚，无触痛，周围甲状腺不肿大。

## 辅助检查

1. 实验室检查　$T_3$、$T_4$测定如升高则提示为高功能腺瘤，或表现为TSH降低，而$T_3$、$T_4$正常的亚临床甲状腺功能亢进。

2. 特殊检查　B超对确定肿块大小和部位有帮助。ECT通常表现为温结节或凉结节，热结节提示高功能腺瘤。

## 诊　　断

1. 诊断思维　术前诊断较困难，尤其是与其他单发结节的鉴别，必要时需行病理学检查。与单个结节的结节性甲状腺肿的区别在于腺瘤有完全的包膜，周围为正常的甲状腺组织，或有肿瘤周围甲状腺组织受压征象。

病理上分为滤泡状腺瘤和乳头状腺瘤两类。有时与甲状腺乳头状癌和甲状腺滤泡状癌难以鉴别，后者有包膜或血管的侵犯。

2. 鉴别诊断

（1）结节性甲状腺肿：甲状腺结节多发，或随访中结节数目增加；临床上单个结节者鉴别较困难，需病理检查结果。病理

上结节性甲状腺肿结节没有完整包膜，或仅有假性包膜即纤维结缔组织包绕；周围腺体多增生，常有多个结节形成；结节周围组织无受压征象。

（2）甲状腺癌：甲状腺结节质地硬、与周围组织浸润性生长、境界不清、活动度差、表面不光滑。结合细针穿刺细胞学检查帮助术前诊断；另外影像学检查有参考价值，B 超呈低回声或境界不清，或有细密的钙化点等，ECT 呈冷结节。确诊需有组织病理学资料。

### 治疗与治疗思维

最有效的方法是手术切除，一般应做甲状腺次全切除或一侧腺叶全切除术，有条件者，应常规做术中冷冻切片检查，本病恶变者约 10%，甲状腺功能亢进者约 20%，若一旦证实，则应进一步扩大手术范围。若有下列情况时，更应及早手术：

1. 20 岁以下年轻人，40 岁以上的成年人，尤其是男性患者。

2. 患者在幼年时，因面颈部或上纵隔某些疾病进行过放射治疗的。

3. 肿块增大迅速，质地坚硬，活动受限，伴颈淋巴结肿大者。

4. 核素扫描提示为冷结节，B 超证实为实质性肿块者。

## 第四节　甲状腺癌

甲状腺癌是甲状腺最常见的恶性肿瘤，多见于女性。其中乳头状癌多见于 30～45 岁的妇女，占成人甲状腺癌的 60%，预后较好。滤泡状腺癌多见于 50 岁左右中年人，占 2%。未分化癌多见于 70 岁左右老年人，约占 15%。髓样癌来源于滤泡旁降钙素分泌细胞（癌细胞），预后不如乳头状癌，但较未分化癌好。



需要全本请访问 www.ertongbook.com