

专 科 医 师 手 册 系 列

CLINICAL
HANDBOOK OF
GENERAL SURGERY

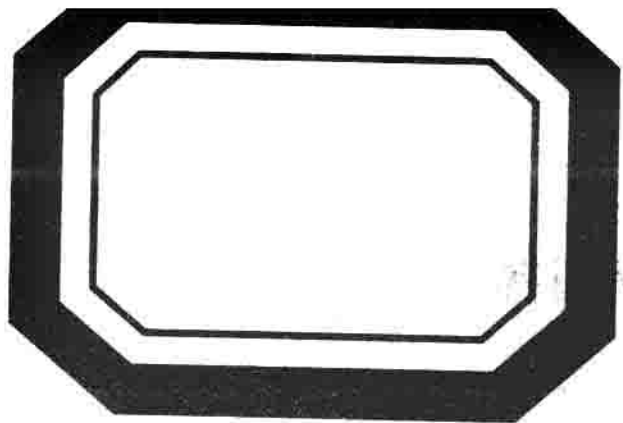
实用普外科

医师
手册

主 编
朱正纲 彭承宏
副主编
沈柏用 陈拥军

上海科学技术出版社

- 外科基本操作常规
- 手术前后处理
- 外科营养
- 颈部疾病
- 乳房疾病
- 急性腹膜炎
- 外科性黄疸
- 胰腺癌和壶腹部周围癌
- 重症急性胰腺炎
- 内分泌肿瘤
- 肝脏疾病
- 门静脉高压症
- 胃癌
- 上消化道出血
- 腹股沟疝
- 腹部肿块
- 肠梗阻
- 肠外瘘
- 血管疾病



手册系列

实用普外科

医师手册

主 编

朱正纲 彭承宏

副主编

沈柏用 陈拥军

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用普外科医师手册/朱正纲,彭承宏主编. —上海:
上海科学技术出版社,2013.1
(专科医师手册系列)
ISBN 978—7—5478—1448—2

I. ①实... II. ①朱... ②彭... III. ①外科学—
手册 IV. ①R6—62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 215102 号

上海世纪出版股份有限公司
上海科学技术出版社 出版发行

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

苏州望电印刷有限公司印刷 新华书店上海发行所经销

开本 787×1092 1/40 印张 14 字数 400 千

2013 年 1 月第 1 版 2013 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978—7—5478—1448—2/R·474

定价:48.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,请向工厂联系调换

内容提要

《实用普外科医师手册》由原上海交通大学医学院附属瑞金医院编写的《普外科诊疗常规》经几代普外科学专家修订而成,是一本规范普外科临床诊断与治疗的工作手册。

本手册的基本内容可分为三大部分。第一部分,主要介绍普外科的基本问题,如手术前后的处理、输血、外科营养、抗生素应用及特殊检查等;第二部分,重点叙述各部位组织器官的创伤、炎症、肿瘤等疾病的诊断和治疗;第三部分,主要介绍普外科及相关的手术室、SICU 的规章制度、工作方法。我们邀请了麻醉科、手术室、放射科、放化疗科、核医学科、临床营养科等相关科室的专家参与编写,着重对普外科相关的问题做了具体介绍,使本手册更科学、规范、完善和实用。

本手册对指导普外科各级医师执行医疗工作制度、提高临床诊疗水平等方面能起到十分积极的促进作用。同时,该手册在普外科临床教学方面,也不失为一本覆盖面广、实践性强的参考书。可供普外科医师、医学实习生及其他医务人员参考,是普外科同道必备的参考读物。

作者名单

主 编	朱正纲	彭承宏		
副主编	沈柏用	陈拥军		
编 者	(按姓氏笔画排序)			
丁家增	于布为	王建承	毛恩强	尹 路
许志伟	江 浩	匡 洁	汤耀卿	杨卫平
杨秋蒙	李 彪	李 琛	李勤裕	严佶祺
吴卫泽	邱伟华	狄忠民	沈坤炜	沈柏用
陆爱国	陈 曦	陈小松	陈拥军	陈明敏
金冶宁	金晓泰	郑民华	项 明	胡佳佳
赵 任	施晓群	姚学新	钱菁健	黄 洁
黄 梁	曹伟新	蒋 渝	韩天权	詹 茜
蔡 嵘	薛庆生	燕 敏		

序 言

早在 20 世纪 50 年代,在瑞金医院普外科学奠基人傅培彬、董方中教授的带领下,老一辈的外科医生就编写了指导普外科临床诊治工作的第一版《普外科诊疗常规》(简称《常规》)。70 年代后期、90 年代初期与 2002 年,普外科学科带头人林言箴、张圣道、李宏为等教授相继组织修订工作,对《常规》进行了多次修改。在数十年的临床实践中,外科各级医师都感到,《常规》这本小册子无论对执行医疗工作制度,提高临床诊疗水平,还是临床教学以及启发临床科研思路,都起到了十分重要的指导作用。并且,《常规》还受到所有在临床工作的医学生、研究生以及进修医师的欢迎。

进入 21 世纪,国内外的医学科学得到了快速发展,临床诊疗技术不断更新,尤其是微创技术,从腹腔镜下胆囊切除术起步,延伸扩展到了普外科所有手术,包括肝脏、胃肠道恶性肿瘤、甲状腺、乳腺手术,乃至胰十二指肠切除术。随着肝移植技术在国内的广泛开展,以及机器人外科技在普外科领域的应用和迅速推广等,使得前版《常规》实难满足当前普外科医师的需求。经过全科各级医师的共同努力,结合近年来外科取得的医疗、科研成果和各领域已常规开展的、成熟的临床诊疗新技术,对第四版《常规》做了较大程度的补充和修正,并更名为《实用普外科医师手册》。与以往各版在院内印刷后使用不同的是,本次改版得到了出版社的大力支持,得以正式出版。这样,不但使本手册在医

院方便外科医师使用,同时通过出版发行,使上海乃至全国的外科医生都能获益。在此,希望全国的外科同道关心本手册,提出宝贵意见,还望对不足之处予以补充和指正。

李宏为

2012 年 8 月

前 言

在全体作者的共同努力下,原上海交通大学医学院附属瑞金医院编写的《普外科诊疗常规》改版为《实用普外科医师手册》,即将首次正式出版。

本手册的基本内容涵盖三部分:第一部分的重点是普外科的基本问题,如术前准备与术后处理、输血、外科营养、抗生素应用及特殊检查等;第二部分为普外科范围所涉及疾病的诊断与治疗,包括各脏器的创伤、感染、肿瘤等;第三部分是普外科以及手术室、麻醉科的操作常规与工作方法。为使《实用普外科医师手册》更趋科学、规范、完善和实用,我们还特别邀请医院的麻醉科、手术室、放射科、放化疗科、核医学科、临床营养科等相关科室的专家参与编写,具体详细地介绍了外科处理中所遇到的本专业问题。

医疗质量和安全是医院服务于患者的核心和灵魂,要提高质量,自然需要规范医疗质量安全的各项制度和诊疗行为。这就要求我们在日常工作中既要注重过程环节的管理,又要注重结果的评价;既要考虑诊断是否正确和全面,又要考虑治疗是否有效和彻底;既要流程合理,诊疗便捷,又要尽力避免因医疗措施不当给患者带来不必要的心理、生理痛苦损害或差错事故。规范的临床诊疗常规对于临床科室的重要性不言而喻。

感谢每一位参与修改、增补的普外科医师,以及所有参与编写的普外科相关学科的专家同道在繁忙紧张的临床、教学和科研工作之余对本书作出的奉献,同时感谢上海科

学技术出版社编辑对本书出版的支持和帮助。

书中难免不足之处,敬请广大读者本着对外科事业的关怀之心,提出宝贵意见。

朱正纲 彭承宏

2012 年仲夏

目 录

一、外科基本操作常规	1
(一) 胃肠减压 /1	
(二) 导尿 /3	
(三) 中心静脉置管 /8	
(四) 双气囊三腔管应用 /15	
(五) 中心静脉压测定 /17	
(六) 气管切开术 /19	
二、普外科麻醉概要	26
(一) 全身麻醉 /26	
(二) 椎管内麻醉和外周神经阻滞 /35	
(三) 术中监测 /36	
(四) 术后镇痛 /39	
(五) 普外科各类手术的麻醉要点 /41	
三、外科护理要点	51
四、特殊检查和治疗	54
(一) 临床常用生化、免疫指标和肿瘤标志物 /54	
(二) 内镜胰胆管疾病的诊断和治疗 /54	
(三) PTC 和 PTCD /101	
(四) 胃镜 /105	
(五) 纤维结肠镜 /108	
(六) 胆道镜 /117	
(七) PET-CT /119	
(八) 腹部 MRI /125	
(九) 放射性核素治疗 /128	
(十) 放射治疗 /132	
五、手术前后处理	147
六、输血	154
(一) 概论 /154	
(二) 自体输血 /157	
(三) 血液成分输血 /157	

七、外科营养	163
(一) 概论 /163	
(二) 营养支持或治疗 /167	
八、外科感染	179
(一) 常见软组织急性化脓性感染 /179	
(二) 手部急性化脓性感染 /185	
(三) 器官移植后感染 /188	
(四) 全身感染 /194	
(五) 外科真菌感染 /195	
(六) 医用装置相关感染 /196	
(七) 特异性感染 /199	
九、外科抗生素使用	205
(一) 预防性抗生素应用 /205	
(二) 经验性抗生素治疗 /206	
(三) 针对性抗生素治疗 /209	
十、液体和电解质治疗	216
(一) 概论 /216	
(二) 维持正常需要 /220	
(三) 液体和电解质平衡失调的诊断 /222	
(四) 临床常见体液平衡失调类型 /229	
(五) 补充额外丢失 /237	
十一、器官功能障碍	240
(一) 原发性器官功能障碍 /240	
(二) 多器官功能障碍综合征(MODS) /250	
十二、休克	257
十三、心肺复苏	262
十四、常见体表肿块	269
(一) 体表囊肿 /269	
(二) 纤维瘤及纤维瘤样病变 /270	
(三) 脂肪瘤 /271	
(四) 浸润性脂肪瘤 /272	
(五) 棕色脂肪瘤 /272	
(六) 脂肪肉瘤 /272	
(七) 神经纤维瘤及神经纤维瘤病 /273	
(八) 血管瘤 /274	
(九) 淋巴管瘤 /276	
十五、颈部疾病	278
(一) 甲状腺疾病 /278	

(二) 原发性甲状旁腺功能亢进症 / 286	
附 1 甲状腺肿大的分级 / 289	
附 2 突眼程度的分级 / 289	
十六、乳房疾病	290
(一) 概论 / 290	
(二) 急性乳腺炎 / 293	
(三) 乳腺囊性增生症(小叶增生) / 294	
(四) 乳腺纤维腺瘤 / 295	
(五) 乳腺分叶状肿瘤 / 295	
(六) 导管内乳头状瘤 / 296	
(七) 乳腺癌 / 296	
十七、胸腹联合伤	306
十八、急性腹膜炎	309
十九、胆道疾病	313
(一) 急性胆囊炎 / 313	
(二) 慢性胆囊炎和胆囊结石 / 316	
(三) 胆总管结石 / 318	
(四) 急性化脓性胆总管炎 / 321	
(五) 肝内结石 / 322	
二十、外科性黄疸	323
二十一、胰腺癌和壶腹部周围癌	326
二十二、重症急性胰腺炎	330
二十三、内分泌肿瘤	337
(一) 概述 / 337	
(二) 胰岛素瘤 / 338	
(三) 胃泌素瘤 / 341	
(四) 胰高糖素瘤 / 342	
(五) 胰血管活性肠肽瘤(VIP 瘤) / 342	
(六) 无功能性胰岛细胞瘤 / 343	
二十四、肝脏疾病	344
(一) 原发性肝癌 / 344	
附 3 肝癌治疗效果判定标准 / 347	
(二) 继发性肝癌 / 348	
(三) 肝血管瘤 / 348	
(四) 肝囊肿 / 350	
(五) 肝棘球蚴病 / 351	
(六) 细菌性肝脓肿 / 352	
(七) 阿米巴肝脓肿 / 355	

(八) 肝外伤 / 336

二十五、门静脉高压症	360
附 4 经内镜注射硬化剂治疗食管胃底曲张静脉破裂出血 操作常规 / 367	
二十六、外伤性脾破裂	370
二十七、胃、十二指肠溃疡	374
二十八、胃癌	381
二十九、上消化道出血	393
三十、急性阑尾炎	408
三十一、腹股沟疝	414
三十二、腹部肿块	418
三十三、肠梗阻	426
(一) 小肠梗阻 / 426	
(二) 结肠梗阻 / 432	
三十四、结肠癌	435
三十五、直肠癌	450
附 5 直肠癌肝转移的治疗规范 / 469	
附 6 局部复发直肠癌的治疗规范 / 473	
三十六、乙状结肠扭转	475
三十七、肛管疾病	480
(一) 肛裂 / 480	
(二) 痔 / 481	
(三) 肛瘘 / 484	
(四) 肛管直肠周围脓肿 / 485	
三十八、肠外瘘	487
三十九、血管疾病	499
(一) 下肢静脉曲张 / 499	
(二) 下肢深静脉血栓形成 / 501	
(三) 急性动脉栓塞 / 504	
(四) 下肢动脉硬化性狭窄与闭塞症 / 507	
(五) 腹主动脉瘤 / 510	
附录一 外科基本工作常规	512
附录二 手术室工作常规	538
附录三 SICU 工作常规	543

【胃肠减压管常用种类】

1. 普通胃管 导管长 130 cm, 起始刻度标记为 45 cm, 之后标记分别是 55 cm、65 cm 和 75 cm。

2. 双腔胃管导管 也称为 Miller-Abbott 管, 是一长度为 300 cm 的双腔导管, 顶端有一带孔的铜头, 并附有气囊。当导管头部通过幽门后, 于气囊内注入气体或水 20 ml, 在肠蠕动的作用下, 可使气囊及导管移至肠道梗阻点以上的扩张肠段, 通过吸引达到肠道减压作用, 使可逆转的因粘连引起的肠管倾折成角或扭曲, 从而缓解梗阻。

3. 水银袋肠减压管 也称为 Cantor 管, 管长 300 cm, F16, 导管顶端附有装 5 ml 水银的乳胶袋。距导管顶端 40 cm 和 60 cm 处分别标有贲门和幽门的记号, 之后每一刻度标记间隔 10 cm。此导管内腔大, 减压效果好。操作者可借助患者的体位、水银袋的重力及肠蠕动的推力使 Cantor 管下行, 亦可在 X 线的监视下放置。

【操作过程】

(1) 根据病情需要选用相应的导管。

(2) 操作者洗手, 备齐用物, 携至患者床旁, 核对患者信息, 向患者及其家属解释操作的目的及配合方法, 戴口罩, 戴手套。

(3) 协助患者取半卧位或坐位, 铺治疗巾, 置弯盘于口角, 检查患者鼻腔, 清洁鼻孔。取出胃管, 测量胃管插入长度。成人插入长度为 45~55 cm。测量方法有以下 2 种: ① 从前额发际至胸骨剑突的距离。② 由鼻尖至耳垂再到胸骨剑突的距离。

(4) 用石蜡油棉球滑润胃管插入段。沿选定的鼻孔插入胃管, 先稍向上而后平行, 再向后下缓慢轻轻地插入, 插入 14~16 cm(咽喉部)时, 嘱患者做吞咽动作, 当患者吞咽时顺势将胃管向前推进, 直至预定长度。初步固定胃管, 检查胃管是否盘曲在口中。

(5) 定胃管位置。通常有 3 种方法: ① 抽取胃液法,

这是确定胃管是否在胃内最可靠的方法。② 听气过水声法,即将听诊器置于患者胃区,快速经胃管向胃内注入 10 ml 空气,可听到气过水声。③ 将胃管末端置于盛水的治疗碗内,无气泡逸出。确认胃管在胃内后,用纱布拭去口角分泌物,撤弯盘,摘手套,用胶布将胃管固定于面颊部。将胃管末端反折,用纱布包好,撤治疗巾,用别针固定于枕旁或患者衣领处。

(6) 助患者取舒适卧位,询问患者感受。整理患者床位及用物。

【注意事项】

(1) 插管时动作要轻稳,特别在通过咽喉、食管的 3 个狭窄处时,应避免损伤食管黏膜。操作时强调的是“咽”而不是“插”。

(2) 插管过程中患者出现恶心时应暂停片刻,嘱患者做深呼吸,以分散患者的注意力,缓解紧张情绪,减轻胃肌收缩。如果出现呛咳、呼吸困难,提示导管误入喉内,应立即拔管重插。如果插入不畅时,切忌硬性插入,应检查胃管是否盘在口咽部,可将胃管拔出少许后再插入。

(3) 昏迷患者插管时,应将患者的头向后仰,当胃管插入会厌部约 15 cm 时,左手托起头部,使下颌靠近胸骨柄,加大咽部通道的弧度,使管端沿后壁滑行,插至所需长度。

(4) 长期置胃管可导致中耳炎、肺炎、鼻咽部黏膜损伤或感染,因此当肠蠕动恢复、梗阻解除时应及时拔管。

(5) 置管期间要保证导管内畅通,需定时用少量生理盐水行导管内冲洗,每 4 h 一次。

(6) 置管期间应加强口腔内护理。

(7) 对长期置管的患者,在拔管时可口服石蜡油后再拔管,以减少导管对黏膜的损伤。

(二) 导 尿

导尿是指在无菌条件下,经尿道插入不同种类、粗细适

宜的导尿管,自膀胱内引流尿液,以达到临床诊断或治疗的目的。

【适应证】

1. 诊断目的

(1) 在无菌条件下,直接从膀胱内吸取尿液,进行尿液分析或细菌培养。

(2) 为尿潴留患者引流尿液,减轻痛苦,了解尿道有无狭窄,判断狭窄的部位和程度,判断造成尿潴留的可能原因。

(3) 排尿后导尿,以测定膀胱内的残余尿量。经导尿管,分次向膀胱内注入液体,测定膀胱内的容量和压力,判断膀胱的功能状态。

(4) 经导尿管注入水溶性造影剂或气体进行膀胱造影检查,有助于诊断尿道或膀胱疾病。

(5) 当骑跨伤、骨盆骨折以及腹部闭合性损伤的患者不能自行排尿时,应放置导尿管,观察有无阻力,以确定有无尿道断裂。若尿管顺利进入膀胱,则观察有无肉眼血尿,可及时明确肾挫裂伤的诊断。注水试验可帮助诊断有无膀胱破裂。

(6) 正在抢救的休克危重患者、拟施行大手术的患者,或已有严重水和电解质失衡的患者,或已昏迷的患者,均需留置尿管,记录单位时间的尿量,测定尿比重和尿液成分,及时了解肾功能损伤情况。

(7) 鉴别是因容量不足还是因肾功能衰竭所引起的无尿或少尿。可快速扩容,半小时后观察尿量和尿比重。

2. 治疗目的

(1) 盆腔手术、腹股沟区域手术时留置导尿,可有利于手术操作,避免误伤膀胱等器官。腹会阴联合直肠癌根治术(Miles 手术)和直肠低位前切除术(Dixon 手术)等盆腔手术后留置导尿,可防止尿潴留和神经性膀胱功能障碍等。

(2) 经导尿管向膀胱内注入抗生素,用于治疗膀胱炎。

注入化疗药物进行局部化疗,用于治疗早期膀胱癌或预防肿瘤术后复发。

(3) 对于由于尿道狭窄、前列腺增生、前列腺癌或神经性膀胱功能障碍等原因引起的急性或慢性尿潴留,均应首先采用放置导尿管的方法引流尿液。

(4) 在施行各种尿道及膀胱手术后,均应留置导尿管,起到支撑尿道气囊压迫止血、引流尿液和冲洗膀胱的作用,防止术后尿液外渗,可预防感染以利于伤口愈合。

【导尿管常用种类】

1. 软性导尿管 目前临床上最常用的是经无菌包装的一次性硅胶导尿管,它对尿道的刺激性小且使用方便。

(1) 普通导尿管:常用型号是 F14~F18,适用于暂时性导尿。在其向心端的侧面有一光滑的孔洞,尾端有喇叭状开口,通过无菌接头接于无菌袋。除有尿道外伤、狭窄和前列腺增生等导致的急性、慢性尿潴留外,该导尿管均可顺利地经尿道置入膀胱。

(2) 尖头弯形导尿管(前列腺导尿管):主要用于前列腺增生的患者。此种导尿管的向心端逐渐变细,有呈近直角的钩状弯曲。因导尿管有较细的喙状部,故能够顺利地通过后尿道和膀胱颈部受前列腺压迫变形的腔隙。

(3) 气囊导尿管(Foley 导尿管):当尿管插入膀胱后,可在气囊内注水,将尿管轻轻向外拔出时,气囊便可准确地放置在膀胱颈部,不易脱出。适用于年老体弱、神志不清或对胶布过敏而又需要较长时间留置尿管的患者,或用于前列腺手术后压迫止血。

(4) 蕈状导尿管:适用于膀胱造瘘,亦可用于胃、肠造瘘等。

2. 金属导尿管 对于尿潴留患者,当软性导尿管放置失败后,可临时采用金属导尿管导尿,但必须选用粗细适宜的导管,操作一定要轻柔,注意防止损伤。金属导尿管只能进行一次导尿,且无法保留和固定。