

- 国家级特色专业建设项目
- 国家级实验教学示范中心建设成果
- 高等院校临床医学专业实践类教材系列

临床见习指南

——外科学分册

Surgery

主 编◎杨 堃

主 审◎夏立平



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

国家级特色专业建设项目

国家级实验教学示范中心建设成果

高等院校临床医学专业实践类教材系列

临床见习指南

——外科学分册

主 编 杨 堃

副 主 编 付 昆 李浩勇 贾长库 刘 苏

主 审 夏立平



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床见习指南. 外科学分册/杨堃主编. —杭州:
浙江大学出版社, 2014. 1

ISBN 978-7-308-11366-3

I. ①临… II. ①杨… III. ①临床医学—医学院校—
教学参考资料 ②外科学—医学院校—教学参考资料
IV. ①R4 ②R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 072877 号

临床见习指南——外科学分册

杨堃 主编

丛书策划 阮海潮(ruanhc@zju.edu.cn)

责任编辑 阮海潮

封面设计 黄晓意

出版发行 浙江大学出版社

(杭州市天目山路 148 号 邮政编码 310007)

(网址: <http://www.zjupress.com>)

排版 杭州金旭广告有限公司

印刷 浙江省良渚印刷厂

开本 787mm×1092mm 1/16

印张 15.5

字数 397 千

版印次 2014 年 1 月第 1 版 2014 年 1 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978-7-308-11366-3

定价 31.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行部联系方式 (0571)88925591; <http://zjdxcbbs.tmall.com>

高等院校临床医学专业实践类教材系列

编写说明

海南医学院组织编写的这套临床医学专业五年制本科实践类教材是一套以岗位胜任力为导向,以实践能力培养为核心,以技能操作训练为要素、统一规范并符合现代医学发展需要的系列教材。这套教材包括《临床技能学》、《临床见习指南》(分为外科学、内科学、妇产科学、儿科学四个分册)、《系统解剖学实验教程》、《形态学实验教程》、《生物化学与分子生物学实验教程》、《病原生物学与免疫学实验教程》、《预防医学实验教程》、《英汉对照妇产科实践指南》,共 11 部。本套教材的编写力求体现实用、可操作性等特点。在编写中结合临床医学专业教育特色,体现了早临床、多临床、反复临床的教改思想,在尽可能不增加学生负担的前提下,注重实践操作技能的培养。我们希望通过本套教材的编写及使用,不断探索临床医学实践教学的新思路,为进一步推进医药卫生人才培养模式变革做出新的贡献。

本套教材适用于五年制临床医学专业的医学生,同时也是低年资住院医师作为提高工作能力的参考书。

限于编写人员的知识水平和教学经验,本套教材一定存在许多错误,敬请各位教师、学生在使用过程中,将发现的问题及时反馈给我们,以便再版时更正和完善。

高等院校临床医学专业实践类教材建设委员会主任

陈志斌

2013 年 3 月

高等院校临床医学专业实践类教材

建设委员会

主任委员 陈志斌

副主任委员 谢协驹 林英姿

委 员 (以姓氏笔画为序)

马志健 刘云儒 吕 刚 孙早喜

李天发 李 群 杨 堃 陈 路

金 松 郝新宝 钟南田 凌 奕

常彩红 黄东爱 蒙 晶

秘 书 长 何琪懿

秘 书 廖宇航 冯 明

本套教材目录

- | | | | | |
|-------------------|----|-----|-----|-----|
| 1. 临床技能学 | 主编 | 陈 路 | 郝新宝 | 孙早喜 |
| 2. 临床见习指南——内科学分册 | 主编 | 李天发 | | |
| 3. 临床见习指南——外科学分册 | 主编 | 杨 堃 | | |
| 4. 临床见习指南——妇产科学分册 | 主编 | 金 松 | | |
| 5. 临床见习指南——儿科学分册 | 主编 | 蒙 晶 | | |
| 6. 系统解剖学实验教程 | 主编 | 马志健 | | |
| 7. 形态学实验教程 | 主编 | 李 群 | 钟南田 | |
| 8. 生物化学与分子生物学实验教程 | 主编 | 黄东爱 | | |
| 9. 病原生物学与免疫学实验教程 | 主编 | 吕 刚 | 夏乾峰 | 常彩红 |
| 10. 预防医学实验教程 | 主编 | 刘云儒 | | |
| 11. 英汉对照妇产科实践指南 | 主编 | 凌 奕 | 金 松 | |

前 言

外科学临床见习是医学院校学生在临床课程学习阶段必要的、重要的学习环节,是学生从理论学习过渡到临床实践的必经过程。如何提高学生的见习效果,各医学院校均在教学实践中积极探索与改革。由于见习的学习方式既有别于课堂教学,也有别于实习阶段的学习,许多学生,甚至临床教师,乃至教学管理者有时对其认识不足、重视不够,导致见习效果往往并不理想。作为临床教师,我们有义务指导学生认真对待见习课程,重视临床实践能力的培养;同时我们在临床教学实践中也深深感到,应该为见习学生提供一套适合这一阶段学习的、与临床工作结合更为紧密的配套教材,以加强学生对临床外科常见疾病的认识以及对临床疾病诊治工作的初步了解。为此,我们组织我院外科教研室有经验的带教老师编写了这本教材,希望对临床见习的学生有所帮助。

本书所有章节的作者均有十分丰富的临床实践经验和带教经验,对医学生的外科学临床教学高度重视,并且取得了很好的教学成绩。我非常荣幸地作为本书的主编,与这些专业经验丰富的编者合作,非常感激他们在繁忙的工作之余积极参与教材的编写和审稿,这种可贵的奉献精神令我感动!在此特对他们对此项工作的贡献表示感谢!

由于时间仓促,加上编写经验所限,本教材中难免有诸多失误和不足,恳请学生和老师们以及经验丰富的专家们提出宝贵意见,以利我们及时纠正错误,不断改进!

杨 堃

于海南医学院附属医院

临床见习指南

——外科学分册

编委会

主 编	杨 堃				
副主 编	付 昆	李浩勇	贾长库	刘 苏	
主 审	夏立平				
编 委	(以姓氏笔画为序)				

马乃全	王子珍	王正文	付 昆	刘 苏
孙早喜	闫庆峰	许荣华	李 媛	李浩勇
杨 堃	吴 幸	何冬雷	孟志斌	孟 津
郑武平	周 期	欧善际	呼增吉	夏立平
贾长库	唐建建	崔海宁	梁培育	黄 涛

黄小龙 谭海涛

编辑秘书	唐建建	许荣华	谭海涛
文字秘书	杨向超	高 凤	

目 录

第一章 普通外科疾病·····	1
第一节 甲状腺功能亢进症 / 1	
第二节 腹股沟疝 / 7	
第三节 急性乳腺炎 / 12	
第四节 乳腺癌 / 16	
第五节 腹部损伤 / 21	
第六节 急性化脓性腹膜炎 / 26	
第七节 胃十二指肠溃疡的外科治疗 / 31	
第八节 胃癌 / 39	
第九节 肠梗阻 / 43	
第十节 阑尾疾病 / 48	
第十一节 结肠癌、直肠癌 / 53	
第十二节 痔、肛瘘 / 58	
第十三节 肝脓肿 / 63	
第十四节 原发性肝癌 / 66	
第十五节 胆石症与胆管感染 / 71	
第十六节 急性胰腺炎 / 76	
第十七节 胰腺癌 / 81	
第二章 胸心外科疾病 ·····	86
第一节 胸部损伤(肋骨骨折) / 86	
第二节 肺癌 / 89	
第三节 食管癌 / 94	
第四节 脓胸 / 98	
第五节 纵隔肿瘤 / 102	
第六节 先天性心脏病(室间隔缺损) / 106	
第七节 风湿性心脏瓣膜病(二尖瓣狭窄) / 109	
第三章 神经外科疾病·····	115
第一节 颅内压增高 / 115	
第二节 颅脑损伤 / 120	

第三节	颅内肿瘤	/ 126
第四节	脑出血性疾病	/ 131
第五节	脑脓肿	/ 135
第六节	脑积水	/ 140
第七节	椎管内肿瘤	/ 144
第四章	泌尿外科疾病	148
第一节	泌尿系统损伤	/ 148
见习一	肾损伤	/ 148
见习二	尿道损伤	/ 152
第二节	泌尿、男性生殖系统感染	/ 157
第三节	泌尿、男性生殖系统结核	/ 162
第四节	泌尿系统梗阻	/ 167
第五节	泌尿系统结石	/ 172
第六节	泌尿、男性生殖系统肿瘤	/ 176
见习一	肾癌	/ 176
见习二	膀胱癌	/ 181
第七节	泌尿、男性生殖系统其他常见病	/ 185
见习一	鞘膜积液	/ 185
见习二	隐睾	/ 189
见习三	尿道下裂	/ 192
第五章	骨科疾病	196
第一节	四肢骨折	/ 196
第二节	关节脱位	/ 200
第三节	骨与关节结核	/ 204
第四节	急性化脓性骨髓炎	/ 207
第五节	腰椎间盘突出症	/ 211
第六节	骨肿瘤	/ 215
第七节	骨科常用治疗技术	/ 218
第六章	临床麻醉	222
第一节	麻醉前评估、麻醉前准备、麻醉前用药	/ 222
第二节	麻醉机的使用	/ 224
第三节	监护仪的使用	/ 226
第四节	常用神经阻滞和局部浸润麻醉	/ 228
第五节	气管内插管术	/ 230
第六节	椎管内麻醉	/ 233

(5)病情发展:何时出现上述情况,目前如何?

(6)诊疗情况:在何处就诊过?做过哪些检查?用过何种药物及效果如何?

(7)一般情况:精神、体力、饮食、大小便如何?体重有无变化?

2. 其他相关病史

(1)既往患有哪些疾病?有无药物过敏史?外伤史?手术史?输血史?

(2)个人史:包括患者生活史、职业史、疫水接触史及疫区生活史、月经史、生育史。

(3)家族史及遗传病史。

(二)体格检查注意事项

1. 基础体温情况?脉搏变化情况?血压、脉压差有无变化?

2. 有无呼吸困难、呼吸浅快或急促?鼻翼有无扇动?

3. 颈部有无蜘蛛痣、感染、瘢痕、瘰管?颈项有无增粗?双手是否有震颤?

4. 专科检查 ①颈部包块:注意位置、大小、质地、边界、活动度、光滑情况、数量;与皮肤及深部肌肉有无粘连;压痛;肿块随吞咽运动上下活动情况;②淋巴结:注意颈部淋巴结有无肿大;③有无 Horner 综合征(表现为同侧瞳孔缩小、上眼睑下垂、眼球内陷、同侧头面部无汗等)。

(三)辅助检查

1. 基础代谢率测定 $\text{基础代谢率}\% = (\text{脉率} + \text{脉压}) - 111$ 。正常值为 $-10\% \sim +10\%$;增高至 $+20\% \sim +30\%$ 为轻度甲亢; $+30\% \sim +60\%$ 为中度甲亢; $+60\%$ 以上为重度甲亢。

2. 血清中 FT_4 、 FT_3 检查 FT_3 、 FT_4 是循环血中甲状腺激素的活性部分,它不受血中甲状腺素结合球蛋白变化的影响,直接反映甲状腺功能状态。近年来已广泛应用于临床,其敏感性和特异性均明显超过总 T_3 (TT_3)、总 T_4 (TT_4)。

3. 甲状腺 ^{131}I 吸收试验 提供甲状腺功能活动情况,正常甲状腺 24h 内 ^{131}I 摄取量为人体总量的 $30\% \sim 40\%$ 。

4. 颈部 B 超 甲状腺弥漫增大,还是局限性肿物?甲状腺结节是囊性还是实性包块?如果是实性包块,并有强烈不规则反射,则多有甲状腺癌的可能。

5. 喉镜检查 确定声带功能,注意有无声带麻痹。

(四)诊断与鉴别诊断

1. 根据患者病史、体征、辅助检查做出诊断。主要诊断依据如下:

(1)病史:一般为年轻女性,注意有无心慌、情绪性格等变化。

(2)症状:多伴有高代谢症状,如多汗、多食、消瘦等。还可出现交感神经高度兴奋表现,如失眠、舌及手伸出时出现细微颤动等。

(3)体征:①甲状腺肿大:颈前区包块,呈弥漫性,质地软,可闻及血管杂音或扪及震颤。②可有突眼。③ Horner 综合征。

(4)辅助检查:

1)基础代谢率测定:评估甲亢程度。

2)血清中 FT_4 、 FT_3 检查:近年来已广泛应用于临床,其敏感性和特异性均明显超过总 T_3 (TT_3)、总 T_4 (TT_4)。

3)甲状腺 ^{131}I 吸收试验。

4)颈部 B 超:甲状腺弥漫增大,还是局限性肿物?甲状腺结节是囊性还是实性包块?

5)喉镜检查:确定声带功能,注意有无声带麻痹。

2. 需与下面疾病进行鉴别:

(1)单纯性甲状腺肿:甲状腺肿大,但无高代谢症状,各种甲状腺功能检查均属正常范围。

(2)神经官能症:神经官能症临床表现与甲亢相似,但无甲亢的高代谢症候群,食欲不振,休息后脉率正常,无甲状腺肿大和突眼,甲状腺功能检查正常。

(3)其他原因引起的甲亢:如垂体性甲亢、自身免疫性甲状腺炎、亚急性甲状腺炎等,均可通过原发病的检查加以鉴别。

(4)其他:消瘦、低热要与结核、晚期癌症等鉴别;腹泻需要与慢性结肠炎鉴别;心律失常须与风心病、心肌炎及冠心病等鉴别。单侧突眼应考虑与眼眶内或头颅肿瘤鉴别。

(五)治疗

1. 非手术治疗方法

(1)抗甲状腺药物治疗:所有患者均可抗甲状腺药物所控制。应作为甲亢的首选治疗方法。常用的为硫脲类中的甲硫氧嘧啶和丙硫氧嘧啶;咪唑类中的他巴唑与卡比马唑等。

(2)放射性 ^{131}I 治疗:甲状腺有高度浓聚 ^{131}I 能力, ^{131}I 衰变时放出 β 和 γ 射线(其中99%为 β 射线), β 射线在组织内的射程仅为2mm,故辐射作用仅限于甲状腺局部而不影响邻近组织。甲亢患者 ^{131}I 在甲状腺内停留的有效半衰期平均为3~4d,因而可破坏部分甲状腺上皮组织,从而减少甲状腺激素的分泌、降低甲状腺功能,达到治疗的目的。

2. 手术治疗 甲状腺次全切除是治疗甲亢的有效方法之一,患者可得以根治,且可使自身免疫反应减弱,复发率较低。

(1)适应证:①继发性甲亢或高功能腺瘤;②中度以上的原发性甲亢;③腺体较大,伴有压迫症状或胸骨后甲状腺肿等类型的甲亢;④内科治疗,包括抗甲亢药物或 ^{131}I 治疗后复发者;⑤早孕或中孕的甲亢患者。凡具有上述指征均应考虑手术治疗。

(2)禁忌证:①青少年患者;②甲状腺肿大不明显,症状亦较轻者;③年老体弱,合并有心、肝、肾等疾病,不能耐受手术者。

(3)术前准备:甲亢患者在高基础代谢率的情况下,手术风险很大。因此,充分而完善的术前准备极其重要。①消除患者的顾虑和恐惧心理:精神紧张、不安和失眠者可给予镇静剂和安眠药;发生心力衰竭者,应给予洋地黄制剂;伴有心房颤动者,可给予普萘洛尔或奎尼丁治疗。②药物准备:降低基础代谢率是术前准备的必要环节。术前必须用抗甲状腺药物控制甲亢,在甲亢症状基本控制后,即可改用口服碘溶液(Lugol液)每日3次口服,从每次3滴开始,每日每次增加1滴,至每次16滴止,维持此量3~5d。

对于常规应用碘剂或合并应用抗甲状腺药物不能耐受或效果不明显的病例,可使用碘剂与普萘洛尔合用术前准备,普萘洛尔使用剂量每6h给药一次,口服,每次40~60mg。普萘洛尔半衰期3~6h。因此,手术前最后一次口服普萘洛尔要在术前1~2h;术前不能用阿托品,以免心动过速。术后继服普萘洛尔4~7d。

现多用复方碘溶液加普萘洛尔做术前准备,术中出血少,术后不易发生甲状腺危象。

(4)手术时机的选择:经上述药物准备2~3周后。甲亢症状得到基本控制(患者情绪稳定、睡眠好转、体重增加),脉率稳定在每分钟90次以下,早、中、晚脉率波动不超过10次/min,基础代谢率在+20%以下或 T_3 、 T_4 值在正常范围。腺体缩小变硬,血管杂音减少,便可进行手术。

(5)加强术后生命体征观察和护理,密切注意观察患者呼吸、脉搏、体温、血压的变化。术

后继续服用复方碘化钾溶液,每日3次,从每次16滴开始,逐日逐次减少1滴。如术前合用普萘洛尔做术前准备,术后继续服普萘洛尔4~7d。患者应取半卧位,以利呼吸及切口引流。帮助患者排痰,床旁常规放置气管切开包,窒息时及时做气管切开。

(6)手术并发症及其预防与治疗:术后并发症主要有伤口出血、感染、甲状腺危象、喉返神经损伤、手足抽搐症、甲状腺功能低下(约10%~15%)等。

1)术后呼吸困难和窒息:这是术后最危险的并发症,多发生在术后48h以内。临床表现为进行性呼吸困难、烦躁、发绀甚至窒息。如因出血所引起者,通常颈部肿胀、皮下瘀斑、引流口渗出鲜血等。如发生上述情况,应立即在床旁拆除缝线,敞开引流,清除血肿;如情况仍无改善,应立即做气管切开,待患者情况好转后,再送手术室做进一步检查处理。

2)喉返神经损伤:通常是手术操作直接损伤引起,例如切断、缝扎、挫夹或过度牵拉、电导热损伤;少数是由于血肿压迫或瘢痕粘连而引起。前者在术后立即出现症状,后者在术后数天或数周才出现症状。如完全切断或缝扎喉返神经,损伤是永久性的,其他损伤多为暂时性,经针灸、理疗等治疗后,一般可在3~6个月内逐渐恢复。单侧喉返神经损伤所引起的声音嘶哑,可由声带过度地向患侧内收代偿而好转,术后喉镜检查虽仍见患侧声带外展,但患者并无明显声音嘶哑。两侧喉返神经损伤会发生两侧声带的麻痹,引起失音或呼吸困难,需立即做气管切开。

3)喉上神经损伤:多由于结扎、切断甲状腺上极时,离开腺体上极较远,未加仔细分离,连同周围组织大束结扎所引起。若损伤喉上神经外支,会使环甲肌瘫痪,引起声带松弛,音调降低。分离向上延伸很高的甲状腺上极时,有时可损伤喉上神经的内支,导致喉黏膜的感觉丧失,患者失去喉部的反射性咳嗽,进食时,特别是饮水时,就可引起呛咳。一般经针刺、理疗等可自行恢复。

4)手足抽搐:手术时甲状旁腺误被一并切除,挫伤或其血液供应受累时,都可引起甲状旁腺功能不足,引起手足麻木、抽搐。症状多在手术后1~2d出现。

治疗:发作时立即静脉推注10%葡萄糖酸钙或氯化钙10~20ml。口服葡萄糖酸钙或乳酸钙2~4g,每日3~4次。同时加用维生素D,每日5万~10万u,以促使其在肠道吸收。最有效的方法是口服二氢速固醇(AT10)油剂,有提高血钙的特殊作用,从而降低神经、肌肉的应激性。近年来,同种异体的甲状旁腺移植,亦有疗效,但不持久。

5)甲状腺危象:甲状腺危象是由于肾上腺皮质激素分泌不足引起的,甲亢时肾上腺皮质激素的合成、分泌和分解代谢加速,久之,使肾上腺皮质功能减退,而手术创伤应激诱发危象。同时,危象多与术前准备不充分,甲亢症状未能很好控制有关。

临床表现多于术后12~36h内发生高热,脉快而弱(每分钟120次以上),患者烦躁、谵妄,甚至昏迷,并常有呕吐和水泻。因此危象一旦发生,应及时予以抢救治疗。

甲状腺危象的治疗措施包括:

复方碘溶液3~5ml口服,紧急时可用10%碘化钠溶液5~10ml加入10%葡萄糖液500ml中静脉滴注,以减少甲状腺素的释放。

β 受体阻滞剂或抗交感神经药,常用普萘洛尔5mg,加入5%葡萄糖液100ml中静脉滴注,或口服40~80mg,每6h一次。利血平2mg肌肉注射,每6h一次。

激素:常用氢化可的松每日200~400mg,分次静脉滴注。

镇静:常用苯巴比妥钠100mg或冬眠合剂Ⅱ号半量,肌肉注射,每6~8h一次。

配合冬眠药物进行物理降温,使患者体温尽量保持在 37°C 左右。

静脉输入大量葡萄糖液并保持水、电解质及酸碱平衡。

吸氧,以减轻组织的缺氧。

如有心衰者可给予洋地黄制剂,如有肺水肿可给予呋塞米减轻水肿。

6)术后复发:术后复发的再次手术常常带来难以估计的困难,而且容易损伤喉返神经和甲状旁腺。因此,对复发的甲亢,一般以非手术治疗为主。

7)甲状腺功能减退:由于腺体切除过多、腺体分泌功能不足所引起。表现轻重不等的黏液性水肿,皮肤和皮下组织水肿,面部尤甚,按之不留凹痕,皮肤干燥,毛发疏落,患者常感疲乏,性情淡漠,智力较迟钝,动作缓慢,性欲减退。此外,脉率慢、体温低、基础代谢率降低。治疗方法是长期服用甲状腺干制剂或甲状腺素,一般有较好疗效。

(六)预后

甲亢内科治疗有一定复发率,要注意随访,外科治疗复发率低。

五、典型病例资料

王××,女,29岁,入院时间:2010年9月21日17时50分。

病史采集记录时间:2010年9月21日18时10分。

病史提供者:患者本人/家属/陪伴。

可靠程度:可靠。

主诉:颈部增粗伴多食、乏力1年余,加重伴心悸3个月。

现病史:患者1年前出现饭量逐渐增多,且易饥饿。同时发现颈部增粗、消瘦、疲乏,情绪不稳定,易激动,怕热多汗。稍劳作即觉心悸、气促。曾到当地医院就诊,经检查诊断为“原发性甲状腺功能亢进”。予以口服丙基硫氧嘧啶治疗($0.1\text{g}/\text{次}$,每日3次),症状有所改善。半年后,因未能坚持服药,症状再次出现。继续同前口服丙基硫氧嘧啶治疗,但效果欠佳,且出现白细胞减少。改用卡比马唑(甲亢平)治疗,无明显效果。近三个月来,稍活动即出现心悸、呼吸急促。偶伴右上腹胀痛、食欲不振、消化不良、腹泻,并发现口唇经常发绀,双下肢水肿等变化。今来我院就诊,门诊以“甲状腺功能亢进”收住院。患病以来,精神欠佳、食欲亢进、体重较前明显减轻,夜间睡眠差,大小便尚正常。

既往史:既往健康,无肝炎、结核病史,无慢性支气管炎病史,无食物、药物过敏史,无外伤史及手术史。

个人史:原籍出生、长大,否认近期有流行病疫水接触史,无烟、酒嗜好,无其他不良卫生习惯。

月经史及婚育史:已婚已育,现有一子一女,均体健。既往月经正常,近1年来出现经量减少、经期不规律。末次月经来潮时间(LMP)2010年8月18日。

家族史:父母健康,家庭成员中无肝炎、肺结核、高血压、糖尿病及甲亢患者,无家族遗传性疾病。

体格检查:T 37.5°C ,R 30次/min,P 110次/min,BP 142/78mmHg。

神志清楚,精神倦怠,情绪亢,语言流畅,步行入院,步态正常。发育正常,体型消瘦,营养一般。全身皮肤无黄染,浅表淋巴结无肿大。头颅形态正常,毛发无异常脱落。手心温暖,面部潮红,五官端正。双侧外耳道通畅,听力正常;眼部体征见专科情况。口唇轻度发绀,牙齿

无脱离和松动,咽部无充血,扁桃体不肿大,声带发音清晰。鼻翼无扇动,鼻腔通畅,无异常分泌物。颈部见专科情况。双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音。心脏检查见专科情况。腹部平坦、柔软,无腹肌紧张,肝脾肋弓下未触及,无压、叩痛,腹腔无移动性浊音,肠鸣音较活跃,无气过水声。脊柱、四肢无畸形,活动不受限。肛门、外生殖器未查。神经系统检查:颅神经正常,四肢肌力、肌张力正常,膝腱反射及跟腱反射均亢进。病理征未引出。

专科情况:双侧上睑挛缩,睑裂增宽,眼球轻度突出。视力正常,无复视,眼球辐辏试验阳性。颈静脉充盈,气管居中,呼吸较急促,无三凹征。双侧甲状腺弥漫性、对称性Ⅱ度肿大,质软、表面光滑,未及明显结节,可闻及血管杂音。心尖搏动增强,心浊音界向左偏移,心率110次/min,偶有心律不齐,心音亢进,肺动脉瓣听诊区有收缩期杂音。双手轻度震颤,双下肢腱反射亢进。

辅助情况:

1. 血常规 红细胞 $4.33 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 133g/L, 白细胞 $3.2 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.56, 血小板 $10 \times 10^9/L$ 。

2. 甲状腺功能检查 总甲状腺素(TT_4) 261nmol/L, 三碘甲状腺原氨酸(TT_3) 6.1nmol/L。

3. 彩超 显示甲状腺弥漫肿大,无结节及肿块,甲状腺血流丰富。

4. 心电图 提示房性早搏,P波改变。

5. 基础代谢率(格氏法) +60%。

初步诊断:甲状腺功能亢进症(原发性)

住院医师:吴××

上级医师:许××

六、病例临床特点分析

结合上述典型病例分析如下:

(一)病史特点

甲亢患者可因体内甲状腺激素释放增多而出现下列症状:

1. 代谢率增高症候群 患者怕热多汗,体格检查时可发现皮肤温暖潮湿,手掌、足心、脸面、颈胸及腋下较明显,体温升高,可有低热。患者体重减轻,消瘦软弱,倦怠无力,工作时注意力涣散,效率减低。

2. 胃肠系统 患者消化功能增强,食欲亢强,食量与餐次增多,但体重却明显减轻。

3. 心血管系统 患者感心悸,活动后加重。体格检查可发现心动过速,每分钟可至90~130次,睡眠时脉率仍可每分钟80次以上,且脉搏洪大有力。血压可呈收缩性高血压,可达22.7kPa(170mmHg)以上,而舒张压可下降至9.33kPa(70mmHg)以下,脉压差增大。

4. 神经肌肉系统 患者一般表现为肌无力,倦怠,手震颤,腱反射亢进。在儿童可出现舞蹈手足徐动症。

5. 精神系统 易怒,好与人争吵,神经质,焦虑,失眠,猜疑等。偶可出现幻觉、躁狂或抑郁状态。

(二)体征特点

1. 甲状腺肿大 是原发性甲亢的典型体征,一般呈弥漫性对称性肿大。因甲亢状态下甲

甲状腺血流量较正常明显增高,故在甲状腺区域听诊时可闻及血管收缩期杂音,触诊可有收缩期细震颤,主要见于重症患者。

2. 眼征 甲亢患者的眼征主要有上眼睑挛缩、睑裂增宽、眼球突出、辐辏运动不良。

3. 局部的黏液性水肿 非凹陷性水肿,多见于胫骨前。

4. 甲状腺性杵状指 男女均可发生,指端皮肤粗厚,指(趾)增大,软组织肿胀,末端指(趾)肥大呈杵状。

本例患者具有上述多种表现,符合原发性甲状腺功能亢进的常见临床症候和体征特点。

【观看手术或录像】

见习中可以让同学们观看并讲解甲状腺功能亢进症体格检查录像。

【思考题】

1. 甲状腺功能亢进症的术前准备有哪些?
2. 甲亢手术后的常见并发症及处理方法。

(孟 津)

第二节 腹股沟疝

一、见习目的

1. 熟悉腹股沟区解剖,腹股沟疝的临床表现、诊断及治疗原则。
2. 掌握腹股沟斜疝和直疝的鉴别诊断。
3. 了解嵌顿性疝与绞窄性疝的处理原则。

二、见习准备(患者和资料)

1. 典型的腹股沟斜疝及直疝患者各 1 人及患者病历。
2. 腹股沟疝的解剖图谱及模型 1 套。
3. 无张力疝修补手术录像 1 部。

三、见习方案

1. 带教老师讲解病史采集要点,模拟示范体格检查。
2. 学生分组,进病房采集病史,并做体格检查。
3. 学生回示教室汇报所采集的病史及体检结果,提出必要的辅助检查,带教老师展示典型的辅助检查资料。
4. 学生归纳、总结、分析病例,作出初步诊断及鉴别诊断。
5. 带教老师组织学生讨论治疗原则和常用的治疗方法。
6. 带教老师总结见习内容。

四、见习内容

(一)病史采集

1. 现病史采集需注意的几个方面

(1)发病情况:缓慢或急骤起病。

(2)发病的原因或诱因:先天性或后天性? 外伤性? 嵌顿性疝多有剧烈咳嗽、用力排便等腹内压骤然增高的诱发因素。

(3)主要症状:询问肿物出现的部位、形状、大小,平卧或休息后肿物能否回纳? 询问肿物的出现是否与增加腹压、长时行走或体力活动有关? 是否坠入阴囊? 能否还纳?

(4)伴随症状:是否伴有腹股沟区疼痛? 有无并发腹胀、腹痛、呕吐、发热等表现?

(5)病情演变:肿物有无进行性增大或嵌顿? 有无习惯性脱出?

(6)诊疗情况:是否就诊过? 在何处就诊? 做过何种检查及检查结果情况? 做过何种治疗及治疗效果如何?

(7)一般情况:精神、体力、饮食、大小便如何?

2. 其他相关病史

(1)既往患有哪些疾病,有无药物过敏史、外伤史、手术史、输血史? 有无长期咳嗽、便秘、排尿困难等病史?

(2)个人史:包括患者生活史、职业史、疫水接触史及疫区生活史、月经史、生育史(女性)。

(3)家族史及遗传病史。

(二)体格检查注意事项

1. 一般情况、生命体征和全身重要脏器的检查 无嵌顿疝患者一般情况良好;嵌顿疝除局部体征外,可伴有急腹症、肠梗阻等表现,严重者可出现发热、休克等全身性变化。

2. 专科情况 重点了解疝囊、疝环内外口特点,鉴别斜疝、直疝。

(1)一般表现:疝囊肿块多为带蒂柄的梨形、条索状或半球形。肿物可回纳至腹腔并消失,当疝囊内容物回纳后,用食指尖经阴囊皮肤沿精索向上伸入扩大的外环口,嘱病人咳嗽,指尖有冲击感。无阳性体征的隐匿性腹股沟斜疝,可以通过此检查,确定其存在。

(2)内环压迫试验:用手指紧压腹股沟管内环,然后嘱病人站立并用力咳嗽,疝内容物不再突出,移开手指则可见肿块从腹股沟中点自外上方向内下突出。内环压迫试验可用来鉴别斜疝和直疝,后者在疝块回纳后,用手指紧压住内环嘱病人咳嗽时,疝块仍可出现在手指内侧。

(3)嵌顿疝:平卧或用手推送肿块不能使之回纳,肿块紧张发硬,且有明显触痛。

(三)诊断和鉴别诊断

1. 根据患者病史、体征、辅助检查做出诊断。主要诊断依据如下:

(1)病史:先天性或后天性发病,有无外伤,有无剧烈咳嗽、用力排便等腹内压骤然增高的诱发因素。

(2)症状:询问肿物出现的部位、形状、大小,平卧或休息后肿物能否回纳? 询问肿物的出现是否与增加腹压、长时行走或体力活动有关? 是否坠入阴囊? 能否还纳? 是否伴有腹股沟区疼痛? 有无并发腹胀、腹痛、呕吐、发热等表现?

(3)体征:疝囊肿块多为带蒂柄的梨形、条索状或半球形。肿物可回纳至腹腔并消失,当疝囊回纳后,用食指尖经阴囊皮肤沿精索向上伸入扩大的外环口,嘱病人咳嗽,指尖有冲击感。