

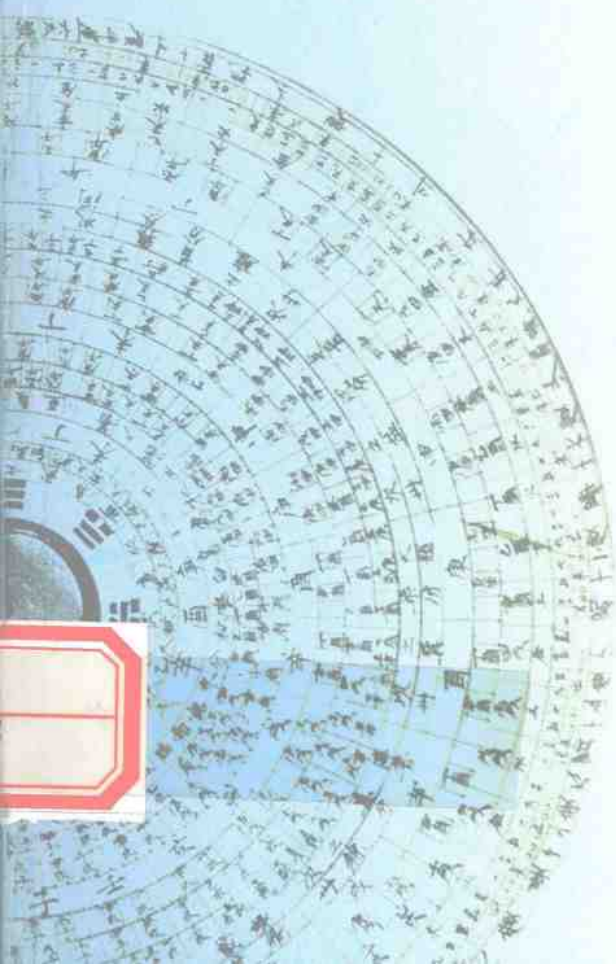
全国中等中医药教育规划教材

外科学

吴恒亚 主编

供中医药类专业用

凤凰出版传媒集团
江苏科学技术出版社





全国中等中医药教育规划教材

外 科 学

(供中医药类专业用)

主 编 吴恒亚
副主编 李 玄
编 委 (按姓氏笔画排列)
于万杰 王光晃
李 玄 吴恒亚 晏行三
主 审 邬义德

湛江师范学院
图书馆藏书专用章

图书在版编目(CIP)数据

外科学/吴恒亚主编. —南京: 江苏科学技术出版社, 2002.7

全国中等中医药教育规划教材

ISBN 978 - 7 - 5345 - 3611 - 3

I. 外... II. 吴... III. 中医外科学—专业学校—教材 IV. R26

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第050917 号

外科学

主 编 吴恒亚

责任编辑 傅永红

责任校对 苏 科

责任监制 张瑞云

出版发行 江苏科学技术出版社(南京市湖南路47号, 邮编: 210009)

网 址 <http://www.pspress.cn>

集团地址 凤凰出版传媒集团(南京市中央路165号, 邮编: 210009)

集团网址 凤凰出版传媒网<http://www.ppm.cn>

经 销 江苏省新华发行集团有限公司

照 排 南京紫藤制版印务中心

印 刷 人民日报社南京印务中心

开 本 787 mm × 1 092 mm 1/16

印 张 18.5

字 数 460 000

版 次 2002年7月第1版

印 次 2007年3月第12次印刷

标准书号 ISBN 978 - 7 - 5345 - 3611 - 3

定 价 24.00元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

中等中医药教材建设指导委员会

主任委员：李振吉

副主任委员：贺兴东 吴恒亚 胡国臣

委员：(以姓氏笔划排序)

马金生	王书林	王立坤	王学明	王明来	王宝富	王辅民
于明江	方家选	公茂有	李广才	李立	李光耀	李玉柯
李聪民	刘化侠	江世平	江震声	吉传旺	朱铁宝	杜兆雄
曲晓波	杨万英	杨静化	张为佳	张邦帅	张志峰	陈中熊
陈代启	余甘霖	苏保松	邵湘宁	尚志云	郑兴泽	郑建华
宝音	周晓明	林康球	赵文鼎	赵伟光	郭鲁义	秦国东
徐金香	阎健民	盖长清	黄吉庆	谢华民	曾庆琦	鲁昌贵
傅淑清	濮传文					

医疗类专业编审委员会

主任委员：吴恒亚

副主任委员：黄吉庆 傅淑清

委员：(以姓氏笔划排序)

王周碧	王贵英	王振亚	刘开运	刘慧瑾	邬义德	何晓晖
张清河	汪安宁	汪瀛乐	肖振辉	苏保松	邵湘宁	周力
庞景三	金晓东	侯晞	胡小怡	胡显亚	赵小平	赵体浩
秦智义	袁银根	梁伟澜	盖一峰	傅贞亮	傅国兵	彭勃
鲁昌贵	谭万信	戴万亨				

护理类专业编审委员会

主任委员：马锦璋

副主任委员：曲晓波

委员：(以姓氏笔划排序)

刘秀英	向承美	吕淑琴	何宝昌	李绍桂	单兆伟
殷明	顾红卫	曹秋茹	盖国忠	傅友丰	

前 言

为适应全国中等中医药教育发展的需要，根据教育部和国家中医药管理局组织制订的中等中医药专业目录和各专业教学计划，在国家中医药管理局指导下，由全国中医药职业技术教育学会组织编写了全国中等中医药教育规划教材。本次编写出版的教材有《中医基础学》《中药学》《方剂学》《人体解剖生理学》《药理学》《诊断学基础》《中医内科学》《外科学》《中医妇科学》《儿科学》《针灸学》《推拿学》《针灸推拿学》《中医伤科学》《内科学》《中医基础护理学》《内科护理学》《外科护理学》《妇科护理学》《儿科护理学》《常见急症处理》《中医学概要》《卫生防疫概论》《常用护理技术》等中医类专业主干课程教材共 24 门。

本次教材是在国家中医药管理局 1988 年统一组织编写出版的中等中医药教材基础上重新编写的全国中等中医药教育规划教材。进入 21 世纪，我国职业教育有较大的发展，人才培养模式、教学内容和课程体系的改革不断深入。为适应新形势的需要，本套教材编写出版遵循了坚持以市场为导向，岗位需要为前提，综合职业能力为基础，强化专业目标，淡化学科意识，突出职业教育特点等基本编写原则，根据中等中医药人才培养目标的要求，在教材编写形式和内容方面都有了较大的改进，在教材编写的组织管理、质量评价和出版发行上亦体现了改革意识，引入了竞争机制。为了保证本套教材的质量，国家中医药管理局科技教育司和全国中医药职业技术教育学会多次召开有关教材编写出版的会议，认真学习了教育部《关于制定中等职业学校教学计划的原则意见》等文件，制定下发了《中等中医药教育教材建设的指导性原则》《中等中医药专业教材编写基本原则》《中等中医药教育教材建设管理暂行办法》和《中等中医药教材出版基本原则意见》等相关文件，成立了各专业教材编审委员会和教材建设办公室，加强了对教材编写出版的组织与管理，力求提高本套教材质量，更好地为中等中医药教育和中医药人才培养服务。

鉴于本次教材编写从组织管理、运行机制到编写要求与内容都进行了较大改革，因此，存在不足之处在所难免，希望中等中医药教育战线的教育工作者和广大读者在使用过程中，提出宝贵意见，以利再版修订时臻完善。

全国中医药职业技术教育学会

2002 年 4 月 27 日

编写说明

本教材是国家中医药管理局科技教育司和全国中医药职业技术教育学会共同组织编写的,供全国中医药中等教育中医、中西医结合、针灸推拿、中医骨伤等医疗类专业使用。各专业可根据教学大纲对本课程的不同要求选用。

本书是按照国家中医药管理局科技教育司组织制订的教学计划的规定,将中医外科学和西医外科学合著,既避免了一些内容的重复,又有利于学生学习和掌握。遵循职业教育的特点和中医专业教育的特性,编写过程中既贯彻实用性和少而精的原则,又保持中医外科学和西医外科学知识的连贯性,并适当予以有机结合。

本书内容共 15 章,其中第一章绪论、第七章疮疡和第十四章泌尿男性生殖系统疾病由安徽省中医药学校吴恒亚同志编写,第二章无菌术至第六章外科手术基本操作由黑龙江省中医药学校于万杰同志编写,第八章瘰、第九章乳房疾病和第十五章其他外科疾病由安徽省中医药学校晏行三同志编写,第十章中的皮肤病由湖南省中医药学校李玄同志编写,第十一章肛门直肠疾病和第十章中的性传播疾病由江西省中医药学校王光晃同志编写,第十二章急腹症和第十三章腹外疝由湖北省中医药学校杜芝甫同志编写。

本书在编写和审定过程中,皖南医学院附属弋矶山医院皮肤科孟庆琴主任医师、长江航运公司芜湖长航医院外科沈亚平主任医师、芜湖市中医院肛肠科冷伟副主任医师和安徽省中医药学校药理学高级讲师胡显亚同志提出了宝贵意见,在此一并表示感谢!

本书虽经集体讨论、共同审订,但鉴于将中医外科学和西医外科学合著成为《外科学》一门教材尚属首次,同时限于编者水平,书中谬误之处在所难免,希望各学校广大师生和读者,在使用过程中,多提宝贵意见,以便教材质量能不断提高。

编者

目 录

第一章 绪 论

- 第一节 外科学的范围 (1)
- 第二节 外科学的发展 (1)
- 第三节 中西医结合在外科学的研究进展 (4)

第二章 无菌术

- 第一节 手术器械、物品、敷料的灭菌、消毒法 (6)
- 第二节 手术人员与病人手术区域的准备 (8)
- 第三节 手术进行中的无菌原则 (12)
- 第四节 手术室的管理 (13)

第三章 外科病人的体液失调

- 第一节 概述 (14)
- 第二节 体液代谢的失调 (16)
- 第三节 酸碱平衡的失调 (21)

第四章 外科休克

- 第一节 概述 (24)
- 第二节 低血容量性休克 (30)
- 第三节 感染性休克 (31)

第五章 麻 醉

- 第一节 概述 (33)
- 第二节 麻醉前准备与麻醉期间观察 (33)
- 第三节 局部麻醉 (35)

第六章 外科手术基本操作

- 第一节 常用手术器械和缝线 (39)
- 第二节 外科手术基本操作 (41)
- 第三节 打结 (45)

第七章 疮 疡

- 第一节 概论 (48)
- 第二节 疖 (70)
- 第三节 疔疮 (71)
- 第四节 痈 (77)
- 第五节 丹毒 (78)
- 第六节 有头疽 (80)
- 第七节 走黄与内陷 (82)
- 第八节 附骨疽 (84)

第九节 流注	(87)
第十节 流痰	(88)
第十一节 瘰癧	(92)
第十二节 破伤风	(94)
第十三节 气性坏疽	(98)
第十四节 炭疽	(100)
第十五节 抗菌药物的选用	(102)
第八章 瘰	
第一节 气瘰	(105)
第二节 肉瘰	(107)
第三节 瘰癧	(108)
第四节 石瘰	(109)
第五节 甲状腺功能亢进的外科治疗	(110)
第六节 甲状腺结节的诊断和处理原则	(113)
第九章 乳房疾病	
第一节 概论	(115)
第二节 乳痈	(117)
第三节 乳核	(119)
第四节 乳癖	(121)
第五节 乳癌	(122)
第十章 皮肤病及性传播疾病	
第一节 概论	(127)
第二节 热疮	(136)
第三节 蛇串疮	(138)
第四节 疣	(139)
第五节 黄水疮	(142)
第六节 癣	(144)
第七节 疥疮	(148)
第八节 接触性皮炎	(149)
第九节 湿疮	(151)
第十节 药物性皮炎	(153)
第十一节 瘾疹	(156)
第十二节 神经性皮炎	(158)
第十三节 白疣	(161)
第十四节 粉刺	(163)
第十五节 黄褐斑	(165)
第十六节 白癫风	(166)
第十七节 红斑狼疮	(168)
第十八节 淋病	(171)
第十九节 梅毒	(174)

第二十节 尖锐湿疣	(177)
第二十一节 非淋菌性尿道炎	(179)
第二十二节 软下疳	(182)
第二十三节 艾滋病	(184)
第十一章 肛门直肠疾病	
第一节 概论	(188)
第二节 痔	(196)
第三节 肛裂	(204)
第四节 肛痈	(207)
第五节 肛漏	(210)
第六节 脱肛	(214)
第七节 息肉痔	(217)
第八节 肛管直肠癌	(220)
第十二章 急腹症	
第一节 常见急腹症的临床表现	(223)
第二节 急腹症的诊断与鉴别诊断	(228)
第三节 急腹症的处理原则	(232)
第十三章 腹外疝	
第一节 概述	(233)
第二节 腹股沟疝	(234)
第三节 股疝	(236)
第十四章 泌尿、男性生殖系统疾病	
第一节 子痈	(238)
第二节 水疝	(240)
第三节 精浊	(241)
第四节 精瘰	(243)
第十五章 其他外科疾病	
第一节 冻疮	(246)
第二节 烧烫伤	(248)
第三节 毒蛇咬伤	(254)
第四节 脓疮	(258)
第五节 褥疮	(260)
第六节 脱疽	(261)
方剂索引	

第一章 绪 论

第一节 外科学的范围

外科学是医学科学的一个重要组成部分,包括中医外科学和西医外科学,它是在整个医学的历史发展过程中形成的,并且不断地更新变化。

一、中医外科学的范围

中医外科学是研究人体外部疾病的一门临床学科,它的范围即疾病生于人的体表,用肉眼能直接诊察得到,有局部症状的一类疾病。由于中医外科学的历史悠久,随着不同的历史发展时期和医师制度分工的不断变化,其研究的范围则不断改变。周代称外科为疡医,掌肿疡、溃疡、金疡、折疡。未溃为肿疡,已溃为溃疡,指痈、疽、疔等感染性疾病;金疡是被刀、釜、剑等物所伤;折疡是击扑、坠跌等所致的损伤。元朝危亦林著《世医得效方》,分立外科和伤科,则临床上的跌打扭挫损伤的内伤和骨折、脱臼等外伤,逐渐归骨伤科。此外,随着医事分工的愈来愈细,眼病、耳鼻咽喉病、口腔疾病等均各有专科,故如今中医外科学主要研究包括痈、疽、疔、疖、流注、流痰、瘰癧等外科感染性疾病、乳房病、瘰癧岩、皮肤病与性传播疾病、肛门直肠疾病和外科其他杂病等。

二、西医外科学的范围

随着科学技术的不断发展,现代诊疗手段和手术技术的不断改进,西医外科学所研究的范围不再局限于生于人体的外部疾病,同时也包括多系统、多脏器发病需要进行外科手术治疗的各类疾病,如损伤、感染、肿瘤、骨折、急腹症、畸形和其他性质的疾病等。

第二节 外科学的发展

一、中医外科学发展简史

我国医学史上外科学开始很早。公元前 14 世纪殷墟出土的甲骨文上就有“疾自(鼻病)、疾耳、疾齿、疾舌、疾足、疾止(指或趾)、疥、疔”等记载。《山海经·东山经》记有最早

的外科手术器械砭针。周代,外科已成为独立的专科,在《周礼·天官篇》中有食医、疾医、疡医、兽医之分,指出疡医主治肿疡、溃疡、金创和折疡,并开始升丹的炼制和应用。

春秋战国时期,中医外科学逐渐形成,1973年出土的马王堆文物《五十二病方》系春秋时期所写,这是我国目前发现最早的一部医学文献,其中有很多外科病,如创伤、冻疮、诸虫咬伤、痔漏、肿瘤等。并有“骨疽倍白藜,肉疽(倍)黄芪,肾疽倍芍药”,“杀狗,取其脬(膀胱),以穿籥(竹管)入臄(直肠)中,吹之,引出,徐以刀割去其巢,治黄芩而屢傅之”,以及用滑润的“铤”作为检查治疗漏管的探针等记载,可见当时外科已有一定的治疗水平。战国时出现了有记载的第一个外科名医叫医洵,据《尸子》中说,曾“为宣王割疮,为惠王割痔,皆愈”。这时已经有了系统的理论著作《内经》,其中《灵枢·痈疽篇》所载的外科病名虽只有17种,但对痈疽的病因病机已有相当的认识;在其他各篇中尚有针砭、按摩、猪膏外用等多种疗法,并最早提出用截趾手术治疗脱疽。说明当时外科从理论到实践都有了较大的提高。

汉代出现了我国历史最著名的外科医生华佗,他创制“麻沸散”用于麻醉,并施行死骨剔除术和剖腹术,这在世界上也是最早的。张仲景的《金匮要略》所载治疗肠痈、寒疝、浸淫疮、狐惑等病的辨治体系和方药,至今仍为临床所应用。

晋代有了我国现存的第一部外科学专著《刘涓子鬼遗方》(成书于公元499年),主要内容有痈疽的鉴别诊断,总结了许多治疗金疮、痈疽、疮疖、皮肤病等经验,有内外治法处方140个。外伤用止血、收敛、止痛药,痈疽用清热解毒药,肠痈用大黄汤、脓成不可服,都是符合客观实际的;有使用水银膏治疗皮肤病的记载;对辨别有脓无脓和脓肿切开方法的描述,有实用价值。葛洪在《肘后备急方》中总结了一些有科学价值和现实意义的经验,如用海藻治疗瘰疾,用疯狗脑敷治疯狗咬伤等。

隋代外科学有了进一步的发展,巢元方等编撰的《诸病源候论》是我国第一部病因病机学专著。其中有不少外科内容,包括瘰瘤、丹毒、疔疮、痈疽、痔瘕、兽蛇虫咬伤等和40多种皮肤病。对病因的认识已显示出一定的科学水平,如指出疥疮由疥虫引起等;对腹部手术已有一定的经验,有“腹珊瑚”(网膜)脱出手术和肠吻合术的记载。

唐代孙思邈的《千金方》记载了许多脏器疗法,如食牛羊乳治疗脚气病,食羊膈治疗甲状腺肿大。治疗尿潴留,以葱管作导尿器械,是世界上最先应用导尿术的记载。王焘的《外台秘要》载方6000多个,有不少外科方剂,是外科方药的重要参考文献。

宋代外科发展较快,在病因病机分析上重视整体与局部的关系,治疗上注重扶正祛邪、内治与外治相结合。《太平圣惠方》指出应鉴别“五善七恶”,总结了内消、托里等内治方法。《圣济总录》具体提出了疡科“五善七恶”。其他如砭剂治疗痔疮、蟾酥酒止血止痛、烧灼法消毒手术器械等,都是这一时期的经验总结。公元1227年魏岷的《魏氏家藏方》已载有治疗痔核时,先在其周围涂以膏剂,以免灼痛,使枯痔疮法日趋完善。外科专著增多,其中《卫济宝书》专论痈疽,记载了很多医疗器械,如灸板、消息子、炼刀、竹刀、小钩等的用法。李迅的《集验背疽方》对背疽的病因、症状、治疗作了较全面的论述。陈自明的《外科精要》强调对痈疽要辨证施治、区分寒热虚实,载有托里排脓的多个方药,至今仍在临床应用。

元代的外科著作有朱震亨的《外科精要发挥》、危亦林的《世医得效方》等。齐德之的《外科精义》总结了元以前各种方书的经验,认为外科病是阴阳不和、气血凝滞所致,指出“治其外而不治其内,治其末而不治其本”的方法是不对的,治疗疮疡应辨别阴阳虚实,采取内外结合的方法。在使用全身麻醉方面,该书对麻醉药的组成、适应证、剂量均有具体的说明。

明代中医外科获得了很大发展,外科专著增多,如薛己的《外科枢要》记载了有关外科病的理论、经验、方药,第一次详细地记述了新生儿破伤风的诊治和预防。汪机的《外科理例》提出了“治外必本诸内”的思想,创制了玉真散治疗破伤风。王肯堂的《证治准绳·疡医》内容丰富。窦梦麟的《疮疡经验全书》,申斗垣的《外科启玄》,张景岳的《外科铃》等,亦各有特点。此期以陈实功的《外科正宗》成就最大,该书细载病名,各附治法,内容丰富,善于应用刀针手术及腐蚀药,自唐到明的外科治法,大多收录,故后人“列证最详,论治最精”的评价,誉为中医外科“正宗派”的开山。陈司成的《霉疮秘录》是我国第一部论述梅毒的专著,指出本病由传染所得,且可遗传。治疗主张用丹砂、雄黄等含砷的药物,是世界上最早使用砷剂治疗梅毒的记载。

清代亦出现一批杰出的外科医生和著作,如祁广生的《外科大成》,陈士铎的《外科秘录》,顾世澄的《疡医大全》,以及《医宗金鉴·外科心法要诀》等。王洪绪的《外科全生集》创立了以阴阳为主的外科辨治法则,其言:“凭经治症,天下皆然;分别阴阳,唯余一家。”治疗主张以消为贵,以托为畏,反对滥用刀针,而以温通法为主要大法,载有阳和汤、醒消丸、小金丹、犀黄丸等,至今仍在临床上运用,被誉为“全生派”的代表作。高锦庭的《疡科心得集》,立论以鉴别诊断为主,辨证立法受到温病学说的影响,应用犀角地黄汤、紫雪丹、至宝丹等治疗疗疮走黄,疗效显著。同时,强调“审部求因”,认为“疡科之证,在上部者,属风湿风热;在下部者,属湿火湿热;在中部者,多属气郁火郁”。并提出毒气内陷是疮疡的严重变证,将之分为火陷、干陷、虚陷的三陷变局,被后世誉为“心得派”的代表。吴师机的《理渝骈文》专述药膏外治法的理论、方药与方法,可谓集外治法之大成。另有余听鸿的《外证医案汇编》,每病后列有附论,指出病因、辨证、内服方药,可供参考。

近代中医外科专著不断涌现,如《疡科纲要》、《外科日十三方》、《马培之外科医案》、《外科摘要》等。其中张山雷《疡科纲要》,立论简明,辨证用药都有特色,对外科的发展有一定的影响。

二、西医外科学的发展概况

西医外科学起于西方医学,从19世纪中叶才奠定了基础并发展起来。

第5至15世纪漫长的中世纪时代,欧洲封建社会迷信保守,医学完全由教会控制,外科虽属一个行业,但大多由教堂的教士或理发员兼任,直到1745年外科医生才有了自己的独立团体。17世纪,欧洲从封建社会过渡到资本主义社会,物理学、化学、天文学、生物学等迅速发展,从而影响了医学的发展。但直到19世纪中叶由于解剖学、病理学、生理学、麻醉学、抗菌术与无菌术等学科的发展才促使了外科学的突飞猛进的发展。

西医外科学不仅与这几个学科有关,而且几乎和所有的基础学科与临床学科都有密切关系,并随这些学科的发展而发展。例如1872年的止血技术,1915年的输血和输液技术,1929年继青霉素发现之后,抗菌药物的陆续发现和应用等,都增加了手术的安全性,并进一步扩大了手术的范围。20世纪50年代初期,低温麻醉和体外循环的研究成功,为心脏直视手术开辟了发展道路。20世纪60年代以来,由于医学基础理论、实验外科和显微外科技术的发展又建立了组织和器官移植的新学科,电子计算机技术、生物医学工程等学科的迅速进展也将使外科学不断发展和更新。

西医外科学范围的扩大、水平的提高,要求外科医生进一步分工、分科,因而出现了腹部外科、胸心外科、脑外科、骨外科、泌尿外科、神经外科、血管外科、显微外科、整复外科、小儿

外科、老年外科等。学科愈发展分科愈精细,科学技术水平就愈高。西医外科学已显示蓬勃发展的势态,但也暴露了某些不足,促使其同中医中药学相结合,以使全面发展。

第三节 中西医结合在外科学的研究进展

目前,我国医学已形成中医、西医和中西医结合三支力量,中西医结合是以中医、西医、中西医结合的医学理论为指导,以古今中外的医学实践和科技成果为基础,以现代多学科的先进技术为手段,充分运用中医、西医和中西医结合的知识和方法,通过综合分析各个专业学科临床上的各种问题,从而获取对患者的最佳治疗方案,并且是较中医或西医任何一门单一学科都更有明显优越性的新兴应用学科。因此,建国以来,尤其是近30年,这个学科发展迅猛,医、教、研成绩显著。全国已有中西医结合医院和研究所87个,全国大陆30个省市自治区均设有中西医结合学会。拥有会员2.7万并下属急腹症、骨伤科、活血化瘀、急救医学等27个专业委员会。在医学科研及其所取得的科研成果中,中西医结合方面占有很大比重,尤其是中西医结合对急腹症、针麻、骨伤、手术后腹胀等许多外科病的治疗与研究在国内外均处领先地位,并为广大医患所欢迎。

在中西医结合医学体系中,外科学领域的结合所取得的成就较大,主要体现在以下几个方面:

首先,按照中西医结合“辨病与辨证”相结合的临床新思维,在疾病的诊断上建立了中西医结合的诊断模式,其基本内容包括西医病名、中医病名、西医病理(或功能)、分期(或分级)、中医辨证(或分期、或分型)。例如肠痈病,按这种模式与要求,除标明诊断与分证依据外,形式上亦应写明:急性阑尾炎——肠痈;单纯性(或化脓性等)——瘀滞型(或成脓型)。显然这种诊断模式不仅有助于中医病证诊断规范化,亦有助于中西医病名的统一。

由于现代科学技术的引进与使用,在疾病的诊断方法与手段方面,使我们的认识深度与水平大大超过传统的四诊范围,达到了细胞水平、亚细胞水平,甚至分子水平。如何按照中医学理论去认识与分析这些资料,就是微观辨证的内容和范围。例如按结石成分辨证论治尿路结石、胆道结石,按精液成分与质量改变辨证治疗男子不育,按cAMP/cGMP比值高低辨识肾阴虚或肾阳虚等等。如果与宏观辨证相结合,我们不难理解,某一证的微观变化实际上就是辨别该证的客观指标。目前中西医结合外科临床通常采用辨病与辨证、宏观与微观辨证相结合的方法,对于辨证水平的提高起到很大的推动作用。

其次,在疾病的治疗方面,初步建立了中西医结合的治疗新体系,有的已达到比较成熟与完美的程度。例如对于外科感染,采用扶正与祛邪并举、外治与内治结合,合理使用抗生素;对于烧伤,采用消肿止痛、祛腐生新的外治原则,选用有效的中药制剂,结合补液疗法与抗生素治疗;对于急腹症,采用通里攻下与手术治疗相结合;对于恶性肿瘤,采用早期手术治疗,结合中医药抗癌、防转移、防复发及康复治疗;对于胆道结石,采用手术或内镜治疗,结合中药利胆、溶石、排石治疗;对于毒蛇咬伤采用辨证论治与抗蛇毒血清结合治疗;对于破伤风采用辨证论治与抗破伤风抗毒素、控制痉挛发作等治疗;对于肛瘘采用挂线与手术相结合的治疗等等,都是根据中西医有关理论而制定出来的一整套治疗原则与方法,并经实践证明确有良效。

第三,在理论探索方面亦开展了初步的工作。通过动物试验的方法,初步阐述了一些治

法与药物的治疗机制。动物试验证明,中药泻下具有增进肠胃蠕动,增加肠道内容,改善肠管血液循环及降低毛细血管通透性等作用。进一步的研究表明,泻下还具有泄浊、排毒的作用,调节体内电解质浓度。这提示泻下法还可用于急腹症以外的其他病症,如生大黄灌肠治疗肾功能衰竭,其作用还优于结肠透析;而且在方药的选择上由过去复方制剂简化为单味药物,如单味生大黄、单味甘遂末等内服,对于急性胰腺炎的治疗效果并不逊于复方。又如,对于结石总攻疗法的机制研究,对于溃疡“煨脓长肉”治法本质的了解,对于烧伤湿润疗法机制的阐述,对于“收敛固脱”法治疗脱肛等肛门疾病机制的探索等,在理论上都有新的建树。伴随着理论探索,出现了不少外科病症的新药,如治疗内痔的消痔灵注射液,治疗结石的金钱草类冲剂,治疗烧伤的湿润烧伤膏、康复新滴剂,治疗胆道结石、胆囊炎的各种利胆、排石、消炎止痛制剂等。

毫无疑问,上述研究结果对于中西医结合外科的进一步发展与提高奠定了可靠的基础,今后要取得更大的成就,首先不容忽视的仍然是临床医疗实践。中西医诊治疾病有许许多多的结合点,过去的成绩与经验只提示我们找到了部分结合点,还有更新的领域有待于开拓与探索。例如内镜外科、器官移植外科发展非常迅速,怎样在这些领域寻找中西医结合点,需要长时间的探索。可喜的是已有人开始初步的工作,如采用活血化瘀、泄浊排毒法治疗肾移植出现的排斥反应,取得了一定的效果。总之,在这方面仍然要遵循辨病与辨证相结合的思路,筛选证型客观指标,逐步建立辨证病理学,使宏观辨病与微观辨证达到有机的统一,继而建立较为系统的中西医结合的治疗学,在辨病用药式、辨证药理学的指导下,中西医并举,各取所长,手术与药治结合,外治与内治结合,局部与整体结合,可以说是中西医结合外科治疗的精髓所在。

同时,要继续在理论上进行研究与探索。理论来源于实践,又依赖于实践的检验与补充,而一旦成熟,对实践具有巨大的推动作用。例如根据“六腑以通为用”,以及对泻下法的新认识,对各类急腹症采用“通里攻下”法治疗,取得显著的疗效。根据“酸可收敛,涩可固脱”理论,应用消痔灵治疗脱肛、内痔、体表血管瘤等,效果十分显著。可通过建立“证”的动物模型,药证结合,建立辨证药理学(药效学),这样不仅可以提出一些新的理论观念,还可研制出不少新药。

中西医结合外科的研究领域相当广泛,各个领域的发展还不平衡,有些领域尚在起步,有的还是一片空白,中西医结合是我国临床医学发展的必然趋势,在中西结合医学发展的总体趋势下,中西医结合外科学必将以崭新的姿态屹立于医学之林,造福于全人类。

第二章 无 菌 术

无菌术是临床医学的一个基本操作规范。在广泛的医疗实践中,对防止感染的发生,是极其重要的。细菌普遍存在于自然环境及人体皮肤、口鼻咽喉、胃肠道等部位中,在手术、穿刺、注射、插管、换药时,如违反无菌操作技术,细菌便可通过直接接触、空气或飞沫侵入伤口,引起感染。无菌术就是针对这些感染来源采取的一系列防御措施。包括消毒法、灭菌法、操作规程及管理制度等。消毒法是指选用化学药物为主的方法,将病原微生物的数量减少到无害的程度,主要消除手术室、手术人员手臂、病员创口和手术区皮肤上的细菌,临床又称抗菌法。灭菌法是指采用物理方法为主的措施,杀灭一切活的微生物(含致病菌的繁殖体和芽孢),使与手术区或伤口接触的物品(如器械、敷料、布巾、手套、药液等)绝对无菌。操作规程及管理制度目的在于避免已消毒的部位或已灭菌的物品发生再污染。

第一节 手术器械、物品、敷料的灭菌、消毒法

手术用品必须绝对无菌,术前应按照其材料构成及性能,分别采用物理或化学方法进行灭菌。

一、物理灭菌法

为最主要的灭菌法,分高压蒸汽、煮沸、火烧灭菌三种,其中以高压蒸汽灭菌法效果最佳,故目前最常用。

(一) 高压蒸汽灭菌法 高压下水的沸点相应增高,高温蒸汽的穿透力也增强,可在短时间内杀灭金属器械、布单、敷料、玻璃器皿、乳胶手套等物品上的致病微生物。高压蒸汽灭菌器有手提式、立式和卧式三种(图2-1)。

各种高压蒸汽灭菌器的原理相同,手提式轻便易携带,更适用于农村基层医疗单位和个体卫生所。

灭菌时将物品分类打包放入高压灭菌蒸汽锅(灭菌器)的内层容器里,密闭加热,当压力升至104.0~137.3kPa下灭菌,因各种物品传热速度不同,所需时间亦不相同(表2-1)。

表2-1 各类物品灭菌所需的压力、温度与时间

物 品	蒸汽压力(kPa/cm ²)	温 度(℃)	灭菌所需时间(分钟)
玻璃、器械、搪瓷	1.05	121	20~30
药液、橡胶	1.05	121	15~20
敷料	1.40	126	30~45

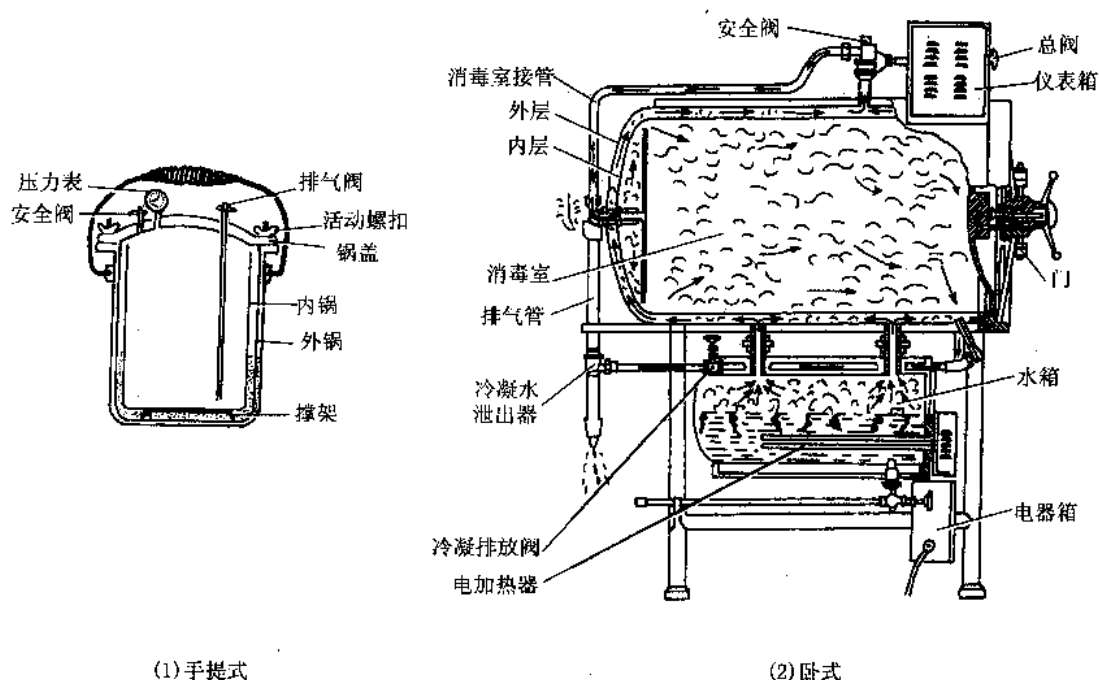


图 2-1 高压灭菌蒸汽锅

注意事项:① 需灭菌的物品打包不易过大,体积常为 $40\text{cm} \times 30\text{cm} \times 30\text{cm}$ 。② 灭菌器内的包裹排列不宜过密,以免妨碍蒸汽透入,影响效果。③ 易爆易燃物品如碘仿、苯类等,禁用高压蒸汽灭菌。④ 瓶装液体灭菌时,只能用纱布包扎瓶口,如果要用橡皮塞,应插入针头排气。⑤ 已灭菌的物品应注明有效期,并与未灭菌的物品分开放置,避免混淆。⑥ 检验灭菌效果时,可用指示纸带完成,在预消毒包内放指示纸带,在压力及温度达到灭菌标准条件并维持 15 分钟,指示纸带即出现黑色条纹,表示已达到灭菌要求。

(二) 煮沸灭菌法 简便易行,在 100°C 的沸水中,持续 15 ~ 30 分钟可杀死一般细菌,持续 1 ~ 2 小时则能杀灭芽孢细菌。若水中加入碳酸氢钠使之成为 2% 碱性溶液,沸点将提高到 105°C ,煮沸时间可缩短 10 分钟,并能防止金属器械生锈。高原地区气压低,沸点可下降至 85°C 以下,需延长煮沸时间:海拔每增高 300m,需延长灭菌时间 2 分钟;若用高压煮锅,压力锅的蒸汽压力一般为 129.5kPa ,水的沸点温度可达到 124°C ,10 分钟即可达到灭菌效果。

注意事项:① 仅用于金属器械、搪瓷、玻璃及橡胶类物品灭菌。② 消毒的物品必须擦去油脂、洗刷干净。③ 灭菌的物品必须全部浸于水下。玻璃类用纱布包好、注射器拔出内芯、有轴节的器械应将其张开,从冷水煮起,以防骤热破裂。④ 橡胶、丝线类应于水沸腾后放入,经 15 分钟取出以免影响质量。⑤ 严密关闭锅盖,防止漏气,保持沸水温度。⑥ 水沸腾后方计时,若中途加入物品,须重新开始计时。

(三) 火烧灭菌法 将需灭菌的金属器械放置在搪瓷或铝盆中,然后倒入适量 95% 酒精,点燃后待酒精烧尽即可,虽简便迅速,但因酒精消耗大,器械易变钝或损坏,效果不一定完全可靠,仅在特殊情况下或紧急需要时才采用。

二、化学药液消毒法

用于无菌术的化学药液习惯上统称消毒剂。临床上常用于不耐高温的物品,如利器、缝线、内镜、有机玻璃制品等。

(一) 阳离子表面活性消毒剂 刺激性小、抗菌谱广,与脓血接触杀菌力也不降低。每1000ml溶液中加入亚硝酸钠5g,能防止金属生锈。用于刀片、剪、缝针、硬膜外麻醉导管等物品的浸泡,常用浸泡液:①0.1%氯己定(洗必泰)溶液仅需浸泡30分钟,灭菌效果满意。②0.1%苯扎溴铵(新洁尔灭)溶液作用较弱,应浸泡30~60分钟,感染手术器械宜浸泡60~120分钟,芽孢菌感染手术用品需浸泡4小时,故某些医院已作淘汰处理。上述浸泡液每周更换1次。

(二) 70%酒精 适用于锐器、塑料管等,浸泡30分钟以上可消灭一般细菌。每周过滤并核对浓度1次。

(三) 络合碘(聚维酮碘、PVP—iodine、碘络酮、碘伏) 为碘的有机复合物,广谱强效消毒剂,能杀灭病毒、真菌、致病菌及其芽孢,作用持久、毒性低、不致敏,对皮肤、粘膜、伤口无刺激,不需脱碘,容易洗去。7.5%络合碘(含有效碘0.75%)用于医疗器械浸泡灭菌,10~30分钟即可,铜银质器械不宜长期浸泡。

(四) 醛类制剂 广谱消毒剂。①甲醛液:对皮肤粘膜刺激性强。10%浓度适用于输尿管导管、塑料、有机玻璃等灭菌,需浸泡30分钟,用时需冲洗干净;40%浓度的福尔马林,可用于熏蒸手套、丝线,1小时可达灭菌。熏蒸时用24cm有蒸格的铝锅,格上放手套等,格下放一杯,内装高锰酸钾2.5g,倾入福尔马林5ml生烟雾,并加盖。②戊二醛:较甲醛杀菌力强而刺激小,能迅速杀死包括芽孢在内的各种微生物,常用2%浓度,最适宜于浸泡内镜和刀剪,不损坏光学仪器,不影响锋利,30分钟可灭菌。

注意事项:①浸泡前,器械应予去污、擦净油脂。②拟予消毒的物品应全部浸入溶液内。③剪刀等有轴节的器械,消毒时应把轴节张开;管、瓶类物品的内面亦应浸泡在消毒液中。④使用前,需用灭菌盐水将消毒药液冲洗干净,因该类药液对机体组织均有损害作用。

第二节 手术人员与病人手术区域的准备

一、手术人员的术前准备

(一) 一般准备 进入手术室的人员,先进入更衣室,换上专用的鞋和衣裤,戴好帽子及口罩,戴帽头发不外露,口罩应盖住鼻孔。修剪指甲,除去甲缘下的积垢,避免影响手臂消毒的效果。凡手臂皮肤有破损或化脓性感染者,不宜参加手术。

(二) 手臂消毒 传统上采用洗手、泡手法,现因涂擦络合碘法更简便有效,传统法已渐有被取代的趋势。认真洗手可去除手臂上95%的细菌,再经化学消毒液浸泡,使手臂达到相对无菌要求。

1. 肥皂水刷手、酒精浸泡法 ①先用普通肥皂清洗手臂,再用无菌手术刷蘸软皂冻,交替刷洗双侧手臂,从指尖依次刷至肘上10cm,要特别注意甲缘、甲沟、指蹼、皮肤皱纹等易