

手術前準備和 手術後處理的問題

編者

В. Э. Салтцев

翻譯者

方兆麟	王贊堯	王馨生	任長裕	朱禎卿
何亮家	何粹銘	林春業	邱敬華	俞魯誼
陳化東	葛德星	裘麟	樊蘇培	錢中希

校閱者

黃家駟 教授

校訂者

王家身 張元康

人民衛生出版社

一九五六年·北京

ВОПРОСЫ
ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ
ПОДГОТОВКИ
И
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ПЕРИОДА

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР
ПРОФ. В. Э. САЛИЦЕВ

МЕДГИЗ-1953-МОСКВА

手術前準備和手術後處理的問題

開本: 850×1168/32

印張: 3 $\frac{3}{4}$

字數: 130千字

陳 化 東 等 譯

黃 家 駟 校 閱

人 民 衛 生 出 版 社 出 版

(北京書刊出版業營業許可證出字第〇四六號)

• 北京崇文區鑾子胡同三十六號 •

北京市印刷二廠印刷 • 新華書店發行

統一書號: 14048·0727

定 價: (9) 0.35 元

1956年5月第1版 第1次印刷

(北京版) 印數: 1: 5,000

作者序言

每一醫師都了解，病人術前準備與術後護理對於手術的成功有重大意義。很顯然，對於外科疾病，手術是一主要治療方法，而且時常為一具有決定性的因素。

必須認識，到今天為止，醫師在考慮病人的精神準備方面，對於語言——第二信號系統——影響的重要性重視不夠。

巴甫洛夫認為語言對於人類，和其他一切為人與動物所共有的條件刺激一樣，也是一個實在的條件刺激。

巴甫洛夫及其弟子 К. М. Быков, А. Г. Иванов-Смоленский, М. К. Петрова, М. А. Усневич, А. Э. Лератин 等氏的學說指出疾病為一全身性的過程，不只局限於一器官，而是影響整個的機體。

這些主要原則，對於術前準備與術後處理的問題具有實際的指導作用。

在外科各論教科書上，特別是在手術外科學上，對於術前準備和術後處理問題，幾乎沒有注意。關於手術後期，教科書的作者只提到一些醫囑和處方。

由於病人的準備、正常的及伴有併發症的手術後期的處理各方面知識的缺乏，促使我們將這一集體創作，作為一本手冊介紹給醫師及學生。

上述問題在過去及現在尚未在外科教科書上予以闡明，但這並不等於說，在俄國的文獻上，手術後期的問題沒有得到重視。

М. М. Дятчихе 在其 1922 年出版的「手術後期」一書的序言中寫道：「我做了一個又一個的手術，感到術後經過的問題愈來愈重要起來了。那時我會經過了多少個失眠的夜晚啊！我自覺到我的責任心，而更主要的是我相信我的經驗不足與技術欠佳，這些驅使我狂熱地在教科書、手冊及雜誌上尋找答案。經過多少的煎熬、感觸與審思啊！這已是二十五年前的事了，但回憶起來還好像在眼前一樣」。

這本書在很多方面是陳舊了，但仍有相當的用處。

第二本關於手術後期的書為 С. С. Кузьмин 所著，第一次在 1928 年出版，1937 年再版。這書的主要對象為中級醫務人員。在其再版序言中，作者述及這書對年輕的外科醫師也是有用的。

除了這二本書以外，關於手術後期的問題沒有大的著作。

至於這一問題的重要性，可以從 1932 年第 22 次外科學工作者代表大會將其列入議題這一事件中看出。該次主要報告者為 В. П. Вознесенский。

在期刊中關於手術後期問題的有 Г. В. Алипов 的「關於早期起床」(外科通報, 1933)、П. А. Куйринов 的「手術後期醫療體育的應用」、Г. А. Рейнберг 的「關於手術後肺炎」以及 М. А. Кимбаровский 的「關於早期起床」等。

本書的目的是對於病人術前準備、正常手術後過程及與手術後併發症作鬥爭諸問題提出一些基本的概念。

本書的主導思想是保持病人手術前與手術後的正常生理狀態。所謂生理狀態, 不僅指肉體的, 也指精神的狀態。我們強調這一意見, 並嘗試以巴甫洛夫學說來說明這一問題。

關於正常生理狀態, 我們認為手術後早期病人活動、有系統的醫療體育及營養具有決定性的意義。關於病人活動, 我們認為不能簡單地理解為只是早期起床, 而是與醫療體育結合的很複雜的動作, 並必須嚴格地對不同的人作不同的處理。這種活動不應有呆板的定型。與早期起床和醫療體育及早期加強營養的同時, 我們現在還採用手術後治療性藥物睡眠。保護性抑制與睡眠療法是一個極其複雜的問題。大家都知道, 臨床上正在細心地研究這一問題, 並在累積經驗。因此我們還不能作出成熟的睡眠療法公式或方案。

手術前一般準備由 А. С. Катанов 講師執筆。在該章內有關於病人精神方面的常規處理, 其中的一部分是 Н. Н. Бумаритова 所補充的。

關於手術前與手術後輸血的作用及其重要性問題, 是由 Т. А. Гладышева 寫的。

在正常手術後期部分內關於病人活動、早期進食及醫療體育一章是由中央醫師進修學院的 А. Н. Смирнов、В. П. Кизяев 及 В. М. Постникова 執筆。特殊檢查的準備的執筆者為 Е. П. Евтихеева, 青黴素治療一章的執筆者為 А. М. Рякина。

手術後疼痛問題與手術後脫水問題分別由 Н. С. Малугин 講師與 Р. Г. Сакаян 講師執筆。

在手術後併發症部分內有關於機體一般變化 (F. С. Шахбазан)、肺部併發症 (В. П. Стручков)、心臟血管方面與胃腸道方面的併發症 (Т. Ф. Лаврова)、泌尿系統方面的併發症 (Е. Г. Малихова) 及創口併發症 (В. П. Кизяев) 等章。

最後有 С. З. Горшков 與 Н. В. Троин 寫的靜脈注射技術。

毫無疑問, 我們還沒有寫盡這一問題的所有要點。我們希望給予做實際工作的醫師一些指導, 並在外科文獻上填補這一空白點, 使我們的集體工作對年輕的外科醫師有所幫助。

Салищев 教授

目 錄

作者序言 В. Э. Сатищев 教授	(1)
-----------------------------	-------

第一部分 手術前期

第一章 手術前準備。А. С. Каганов, Н. Н. Кумаритова	(1)
---	-------

第二章 胃液檢查, 糞內血液檢查, 胃鏡檢法, 直腸乙狀結腸鏡檢 法及胃腸道X射線檢查的病人準備。Е. П. Евтихиева	(22)
---	--------

第三章 手術前和手術後輸血。Т. А. Гладышева	(28)
-------------------------------------	--------

第四章 手術前後和手術時青黴素治療。А. М. Рякина	(39)
--------------------------------------	--------

第二部分 正常手術後期

第五章 手術後期的活動療法。А. И. Смирнов, В. И. Кижасев, В. М. Постникова	(44)
---	--------

第六章 手術後鎮痛。Н. С. Малютин	(64)
-------------------------------	--------

第七章 手術後機體的脫水及其處理。Р. Г. Сакаян	(68)
-------------------------------------	--------

第三部分 手術後期併發症

第八章 手術後機體的一般改變。Е. С. Шахбазян	(71)
-------------------------------------	--------

第九章 1, 手術後心臟血管方面的併發症。Т. Ф. Лаврова	(77)
--	--------

2, 手術後肺部的併發症。В. И. Стручков	(78)
-----------------------------------	--------

第十章 胃腸道方面的併發症。Т. Ф. Лаврова	(83)
-----------------------------------	--------

第十一章 泌尿器官方面的併發症。Е. Г. Малихова	(96)
--------------------------------------	--------

第十二章 無菌手術後創口方面的併發症。В. И. Кижасев	(98)
--	--------

附 錄

1, 靜脈給液技術。С. З. Горшков	(108)
-------------------------------	---------

2, 靜脈內液體滴入注射法。С. З. Горшков, Н. В. Троян	(112)
--	---------

譯者的話	(114)
------------	---------

第一部分 手術前期

第一章 手術前準備

蘇聯外科醫師們所積累的臨床經驗指出，任何的外科手術都影響着整個人體的生活機能。除了由於手術所致的肉體創傷以外，還應該考慮到精神創傷、疼痛、麻醉藥物對人體的影響、水分與體溫的喪失、以及一系列的其他因素。

所有這些因素都影響着整個有機體的生物學過程。這些改變引起了人體各個器官與各系統一系列的病理變化。這些因手術而產生的各器官與各系統的病理變化，稱為手術後併發症。

手術後併發症的病理解剖與病理生理的本質與後果，是極其多樣化的。

為了預防手術後併發症，外科方面已作出了一套術前制度，名之為病人的手術前準備。

我們俄國學者，在有關手術後併發症方面，在查明其產生原因以及擬定其處理方法等方面，有着不可估計的貢獻。Н. И. Пирогов 認為因有活的物質[瘴氣]存在而導致創口感染[腐化]的天才的預測，以後被 Pasteur 用實驗証明了，証實其為手術後嚴重併發症的原因之一，外科醫師們由此而找到了強有力的防止創口感染的抗菌術與無菌術。И. И. Мечников 所發現的吞噬作用，幫助了外科醫師獲得對侵入有機體的感染作鬥爭的對策。

И. П. Барулов 所發現的營養神經支配，使外科醫師們有可能尋找對術後有機體內的變化過程起良好影響的途徑。俄國醫師 В. К. Анреп 首先發現並在臨床上應用的局部麻醉，是最有效的麻醉方法之一，同時又沒有全身麻醉所產生的併發症。為 А. В. Вишневский 所詳盡研究出的局部麻醉方法，在我國，尤其在蘇維埃時代，獲得了廣泛的應用。

俄國外科學工作者代表大會，以及 С. И. Спасокукоцкий, П. Д. Соловов, А. В. Мартынов 等外科學院的聯合會，對手術後併發症的預防，提供了莫大的貢獻。

在任何外科手術之前，均需有適當的準備。僅在特別緊急即將危及生命的情況下進行手術時，才能准許給予最低限度的準備，因為在這種情況之下，延誤手術，將威脅病人的生命。

手術的準備可分為兩種：在任何手術之前皆須進行的一般的準備，與特殊的為特殊手術之前所必需的準備。

一般的準備

在任何非急症手術之前，均須進行下列四類措施：

1. 確定病人無手術禁忌證。
2. 病人神經系統與精神的準備。
3. 內臟方面的準備。
4. 手術野的準備。

用下列方法可以查明病人是否有手術禁忌證：甲、觀察病人外表，乙、查明其既往病歷，丙、分析其化驗結果，丁、經過一個時期的臨床觀察。

甲 觀察外表 對每個住院施行手術的病人，在進入醫院時，應脫去其衣服，仔細檢查其軀體各部的皮膚。如有濕疹、化膿性創口、瘡、膿皰或任何發疹時，應先轉門診部治療各該病症。如有上述疾病徵象發現，應向病人說明延期（在三、四星期後）施行手術的必要性。雖然在上述疾病中，很少在血液裏找到化膿菌，但是豐富的臨床經驗說明了在這種情況之下，細菌是集居於機體內的，而手術之後，由於手術創傷使局部抵抗力減弱，細菌最易在施行過手術的器官出現，有時可導致全身性感染。檢查時亦應注意是否有寄生蟲病（虱病）存在。

乙 查明既往病歷 在討論手術適應證與禁忌證問題時，應該重複地仔細查明其既往病歷，詳細詢問過去得過何種疾病，特別需查明病人曾否患瘧疾、梅毒或膿性感染。在女性病人中，尚須查明其上次月經的準確日期。

預防瘧疾復發 手術創傷引起機體內急劇改變時，常使潛伏在脾臟內的瘧原蟲重又活動起來，結果手術後瘧疾發作。在多數病例，這種發作很不典型。病人體溫上升，有寒顫，但規則的發作間期交替則不常見。也可能把此體溫上升及寒顫的現象誤認為係創口的化膿性感染，因而拆開縫線，進行創口排膿。祇有在血液中找到瘧原蟲時，方能闡明病變的真象。

爲了預防手術後瘧疾復發，應該仔細詢問既往病史。如有瘧疾歷史，應檢驗血液。

在血液中很少發現瘧原蟲，如有發現，應進行治療。治療時，給予病人鹽酸奎寧 0.3 克，每日兩次，共服三日；繼之，每日一次，再服二日，或服瘧疾平 0.1 克，每日二或三次，共服三日。

有梅毒感染的病人，在手術前須經抗梅毒治療。

預防靜止的感染加劇 與瘧疾相同，手術創傷常使集居在舊有瘢痕、粘連及以前的膿性感染病灶中的致病細菌，再行活動化。

微生物能在上述地區相當長期地居留而不活動，即處於潛伏狀態。瘢痕、粘連或其他膿性病變的殘跡，如骨髓炎與膿性蜂窩織炎的瘢痕，有時胃潰瘍穿

孔後或闌尾膿腫後的粘連與瘢痕等，一旦破壞，都有使感染活動化的危險，甚至產生全身性感染。

爲了證明感染是否存在，建議進行靜止性感染激發法。用刺激性方法使原膿性病灶的血流增加，每日施用二、三次熱泥敷，或進行一、二次超短波照射等。

如有反應發生（體溫上升、局部或全身白血球增高、局部發紅、腫脹或疼痛），說明手術禁忌。

無反應時，可進行手術，但建議先給予病人一個治程的青黴素治療。

月經 月經來潮，僅是整個複雜生物學過程的局部表現。這種女性機體的生物學變化，主要受卵巢內衝動的影響。

Ott 教授發現了女性機體中的 [波浪式功能活動規律]，指出在經期中婦女的各種生活機能的強度會發生一系列的變化，並有一定的週期性。

這種被觀察到的生活力減低的生物學變化，有時幾乎達到病理變化的程度。Ott 教授和其學派的臨床觀察確定，婦女整個機體中的身體改變，毫無疑義的，是與月經有關的。這種改變在任何器官中，皆可看到。

肌肉力量，呼吸量，血壓，氣體交換以及神經系統的刺激感應能和傳導能，也都有所改變。

整個造血機構進入興奮狀態。一系列研究說明：月經來潮時，紅血球數量減少，其抵抗力減低，嗜中性白血球的數量亦有絕對的和相對的減少。同時，細胞核有左移現象，說明有再生性變化；淋巴球在比例上以及絕對數量上皆有增加。血小板顯著減少，凝血時間延長，主要是血液凝固終期延長。血液中鈣游離子增加，鉀游離子在血漿中減少，但在組織中增加。血液中的膽鹼及凝脂亦有增加。

血糖過多，血內醣體亦有增加。

血液對溶血性鏈球菌的殺菌力減弱。

上述血液成分和性能的改變，不是因爲流血，而是因爲造血作用（骨髓、淋巴組織以及網狀內皮系統的功能）的改變而發生的。

神經系統的狀態與緊張度亦有改變。婦女的一般自覺有所失調：情緒發生改變，有些婦女感覺不適、心悸、胃口不佳以及其他一系列神經性的失調。

綜上所述，可見在月經來潮時，婦女的整個機體中發生着深刻的變化，因此，她亦最易遭受損傷。在這時期，須使生殖器保持應有的衛生狀態，而這在手術後早期是有困難的。根據以上所述，在婦女月經來潮時，不宜施行手術，因此，在接收女病人住院施行手術時，應該詳細詢問其經期，再決定手術日期，勿使手術在經期內施行。

丙 分析化驗材料 對所有病人，在入院的第一天即應作血與尿的檢驗。

白血球計數與血紅蛋白的百分量，除有助於診斷外，對於決定手術日期以及手術前的準備方法等問題，有特殊的有時爲決定性的意義。

尿糖檢驗亦有同樣的意義。

貧血病人的準備 病人的血紅蛋白低於36—40%時，頗難以忍受手術。爲這種貧血病人施行手術時，常併發休克。傷口的癒合與結疤極爲遲緩，創口邊緣經久不癒合，即使癒合，亦極不牢固，且傷口有時能再度裂開。

這種病人需要特殊準備，可以利用輸血；對於急性出血的病人，爲了挽救其生命而必須施行手術者，如子宮外孕或有新鮮創傷者，在手術進行中，待出血停止後，即開始輸血。貧血的病人，如無緊急手術的指徵時，應先重複輸血。開始輸血即給予兩安瓿(450毫升)血量，間斷一個時期後，再用點滴法輸血，持續一、二日。在24小時內，共給予4—5安瓿血液(900—1,125毫升)，外加含5%葡萄糖的生理鹽水約一升。

經過這樣準備後，血紅蛋白常能很快地增高。必須認識這種血紅蛋白的增高，並不穩定，因此，手術不可延遲而必須在次日進行。在手術終了後，再用點滴法輸血與葡萄糖注射。施行時間長的手術時，在手術檯上就應開始輸血。

白血球增多 造血器官對於侵入機體內的感染的反應，表現在周圍血液循環與局部病灶內白血球的大量增加；噬菌作用對與感染的鬥爭是有利因素。

在發炎的正常過程中，白血球在整個發炎期間都是增高的，其增高程度與發炎的強度成正比。因而，根據白血球數字的增高，尤其是它的變動狀況，可以判斷發炎的動態，並能對手術治療的適應性與緊急性，做出適當的結論。

當討論手術的適應證與禁忌證問題時，白血球計數常有決定性的意義。這就使外科醫師必須再次地分析及仔細估量病情的全部臨床現象。

糖尿病病人的準備 尿中發現糖質，外科醫師就必須格外慎重地考慮手術適應證問題，如屬必須，應有特殊的手術前準備。如衆週知，糖尿病病人的傷口癒合能力極差。此外，這種病人的網狀內皮系功能極低，抵抗感染的能力薄弱。因之，糖尿病病人必須有特別的手術前準備。

準備的目標是要使因糖類物質未能完全燃燒而產生的酸性物質(酮醯、醯醯醯酸、羥油酸)不積聚於有機體內，以免手術後可能發生酸中毒現象。

經過內科醫師會診後，給予病人30—60單位或更多一點的胰島素，每日二、三次，並規定特別飲食(並不需要嚴格限制碳水化合物)。在準備期間應重複地進行血糖測定。俟醯醯醯與其他醯基自尿中消失，尿中僅有極微量糖時，可認爲是手術準備成功的標準；血糖不應高於150—160毫克%，血液氫游子指數不應低於7.3。

丁 臨床觀察 現在醫院與門診部有了聯繫，外科醫師對於一切不急於需要施行手術的疾病的病人，應儘可能地使其所需的化驗與特殊檢查，在門診部進行。這樣可大大地縮短病人手術前住院期與等待手術期，並可免除病人

精神不安。

同時，應該強調指出，不應把手術前時間縮得過短。應該根據手術的性質，給予病人一些時間，使病人習慣於醫院環境，瞭解手術的意義，並給外科醫師一些時間來做最後的檢查與臨床觀察。在此期間應查明體溫與脈搏以及病人的狀況如睡眠、食慾、反應，並進行適當的功能檢查。

這一切都是爲了最後確定有無手術禁忌證，選擇手術及麻醉方法以及進行必要的手術準備工作。如果不需要特種準備，二、三日的時間已足夠。

體溫昇高 體溫上升，如與該病無關，則對手術應有所警惕。應該查明體溫上升的原因，或是否有間發病。常可發現病人係在流行性感冒的初期或終期入院。在病人患流行性感冒時施行手術，病人有遭受嚴重術後併發症的危險。

同時，醫師應研究病人的狀況及反應，以考慮麻醉的選擇及手術後護理的組織。

在這期間，進行一切內臟的手術前準備。

病人神經系統與精神的準備 精神對於肉體的影響，早被注意到了。Hippocrates在所著的「教言」一書中曾寫道：「假若醫師在建立正確治療時能不斷地鼓勵病人，使其精神不過度激動，並力求恢復健康，那就是他的醫療藝術高明而偉大的証據」。我國卓越的學者 Г. А. Захарьин, В. А. Манассеин, В. М. Бехтерев 等經常在他們的著作中強調在治療疾病時精神因素的重大意義。Н. Н. Петров 教授在他的「外科醫師倫理學」一書中云：「我們認爲進行治療時經常估計病人的精神狀態，是我們外科工作中增加安全與減少危險的主要方法。」

Г. А. Захарьин 寫過：「應該切記，舉凡重篤病人，少有例外，皆因其本身的痛苦，感覺精神低落，情緒愁悶，對前途茫然」。

爲了很好地瞭解病人及明確地估計病人的情緒及狀況，應經常地記住肉體疾病對人體精神狀態的影響。

巴甫洛夫用許多實驗卓越地證明了精神對肉體的影響。他證實用暗示的方法，能够在螢光板上看出胃腸的劇烈痙攣現象，亦可看到一個無緊張力的胃臟，在暗示的影響下恢復其正常狀態或往更壞的方向發展。

巴甫洛夫用暗示的方法，獲得了人工的胃臟無緊張力現象。在敘述1924年9月23日列寧格勒大水對實驗狗的影響時指出：在狗身上可以看到機能性神經紊亂現象。興奮與抑制過程的衝突和特別強烈的刺激，都是人們神經與精神病的通常原因。

各方面的學者用實驗的觀察和研究，證實了最精密的生命過程，如水代謝、體溫與碳水化合物調節等，皆密切地與機體的精神狀態有關，即在中樞

神經系統中引起極複雜的變化，而在此過程中受中樞神經系統的高級中樞所管轄。

每個醫師在其實際日常工作中，常可看到很多精神性功能紊亂的臨床症狀，它們常能使器質性疾病的面貌發生改變。

因此，顯然地，醫師不應該僅僅是個學者或技術員，其活動不應該僅限於對病人的實在疾病，且亦須顧到病人的精神狀況，瞭解病人，同情病人。要在治療上得到成功，醫師要靈活地接近病人，用有威信的語詞鼓勵他，使他對痊癒和恢復健康產生希望。

巴甫洛夫說：「語言對於人類，和其他一切為人類與動物所共有的刺激一樣，也是一個實在的條件刺激。但同時，語言的範圍是極其廣泛的，沒有任何其他動物的條件刺激，在質與量上，可以與其比擬。語言藉個人的全部過去生活而與所有傳導至大腦的內外刺激發生聯系，成為這些刺激的信號，並改變這些刺激，因而它才能使機體發生與那些刺激引起的相同的反應。」⁽¹⁾

從患者的精神與肉體不可分離的概念出發，機能病理學教導我們重視病人有機體的整體性，重視其主要系統間、內分泌與神經裝置間的複雜的相互關係。醫師應該不僅治療疾病，而且要從認識病人的第一天就和他建立聯繫，從他的初步實際工作中，學會認識病人的個性，作個別對待。每個醫師皆應學習基本的精神治療。精神治療對於任何病人都不是多餘的。А. А. Остроумов 曾寫過：「神經系統的情況對整個有機體及各個器官的作用表現為能引起功能的失調和一般營養的紊亂。精神情況能很急劇地影響到很多器官的功能」。

以不同的態度對待不同的病人，是一個醫師特有的才能。

В. М. Бехтерев 曾說：「假若醫師與病人會談後，不能使病人感到輕鬆愉快，那麼他就不是個醫師」。簡單說來，每個醫師都應該是個精神治療家，並非因其本人要如此，而是為了病人的需要，必須如此。病人常向醫師徵詢意見，以便醫師協助病人和其家屬消除與疾病有關的不良因素：恐懼感與絕望感等。在這種情況之下，醫師個人的品質、對待病人的技巧、敏感性及同情心等無疑地對病人及其家屬，都是有利的影響，能使病人愉快並產生信心。醫師輕率而不經心的言語能使病人難以忍受，從而在某些病人中引起新的疾病即所謂精神性（醫源性）疾病。消除這種疾病是相當困難的。

因此，任何專科的醫師，都應該在一定的程度上，是個心理學家和精神治療家，唯有這樣才能勝利地完成他的崇高任務。

從醫師在門診部初次提出手術治療時開始，外科病人的精神上就遭受到創傷。急診室的異常環境，病室中有些病人已經施行過手術，有些正在等待手

⁽¹⁾巴甫洛夫著大腦兩半球機能講義，蘇聯科學院 1952 年版，原文第 273 頁。

術，這些都使病人的精神繼續遭受創傷。決定手術日期、手術前的準備、手術後的併發症以及手術後的特殊制度等，都是重要因素，它們強力地影響着病人的精神狀況。

在候診室內長時間的等待，尤其是在門診部，常使病人焦急煩惱。至於談到診斷，此時醫生往往就會忘記病人的心理作用，例如：在診斷惡性腫瘤時，有些醫師立即洩露給病人「癌」、「肉瘤」、「毒瘤」等診斷。很顯然這種病人會用各種方法來瞭解這些名詞的意義，這樣，當進入醫院時，自然對自己的前途悲觀。

當接待病人時，醫師對病人關心的態度是一重要因素，尤其是醫師的親切而又有威信的言語，和急診室護理人員對待病人有禮貌的態度，都無疑地能保證相互之間親密的關係。

必須注意到，在病人易於看到的文件中（如體溫表、入院證、病程記錄、化驗單等），不應含有大多數病人所通曉的有關「癌腫診斷」（癌、肉瘤、惡性瘤）的名詞。在這些文件中，如必須註明診斷時，可用對病人威脅較小的名詞代替，例如：潰瘍或待查等普通名詞，或用其最特殊的症狀之一——幽門狹窄、乳腺浸潤等——作為診斷。

在為病人做臨床檢查時，包括實驗室檢驗與X射線檢查在內，頗為重要。在X射線室中，醫師之間或有時在同學之間，不慎地談到有關粘連、癥痕、原發病灶，充盈缺損、壁龕等詞句。這種疏忽的談話，對病人的心理是有不良的影響的。醫師應該切記，他的言語、舉動可能幫助病人，或者相反地，傷害病人。病人應該感覺到他是被注意的，他是在關心他的人的手中，而這人能解除他就診所要求解除的苦痛。

為了照顧病人的心理，不許在病室中批評工作人員關於執行任務中的錯誤。

未經思考的語言、巡視病室時的表情，或談起不關心與不願意瞭解病人的體驗與心情，常使病人憂鬱不樂。

為了教學而進行巡查病室時，在言語方面，須特別注意。當時該病人不僅是講課的目標，而且是講課的主題，和他周圍的其他病人都極為敏感。當在病室中實習時及帶着學生進行教學性查房時，你從旁邊看一下便能指出最專心聽講的是「被研究」的病人。他諦聽教學中的每一句話；其次，所有鄰近的病人都都懷有興趣地聽講。待講課完畢後，病人們向醫師提出對他們有興趣的各項問題，請求解答。因此，對臨床教學要妥善地安排教學程序，以免使病人在肉體上或精神上遭受損傷。須使同學們瞭解，在講課時，有些話不是為了學生，而是專對病人說的。

簡單地談一下手術指徵問題。Н. Н. Петров 寫道：「不僅醫師須要清楚地了

解手術指徵，病人也須明白。醫師的注意中心應該是病人，而非手術。在個別情況下，必須向病人解釋，手術對他是有益的。很有技巧地和病人談話，可以提高外科醫師的威信，增強病人對醫師的信心。

手術時所擬採用的麻醉方法，亦須在事前和病人說明。告訴他在局部麻醉下，他將會聽到一切，但不致感覺疼痛。若用全身麻醉進行手術，事先須與病人說明在麻醉開始時的感覺。須和病人談妥，使病人同意醫師所認為適合的麻醉方法。在事前的談話中，須和病人詳細解釋某種麻醉的必要性。開始給麻醉之前，須先獲得病人的同意，切忌突然將面罩蓋上，或突然刺入注射針頭等。這種作法，對於任何病人，皆應避免。

在手術前夕及手術日，應特別注意病人，鼓勵他，詢問其睡眠情況及一般感覺，並加以安慰。檢查手術野是否已剃毛，皮膚上有無變化，檢查病人的咽喉、心與肺等。

過早地到達手術室，常能造成病人不愉快的印象。病人在等待手術時，可能聽到其他手術枱上病人的呻吟，看到染了血的紗布，或聽到周圍不必要的談話。凡此種種，對病人的心理都有不良影響。在手術之前，若是使病人聽到從與其施行手術的術者口中說出離奇的談論，是不可容忍的。

病人到達手術室時，那裏的一切應該是既有秩序而又肅靜。醫師們須穿好消毒衣在等待着病人，而非使病人等待醫師。有時在手術室內外科醫師發現病人的手術前準備不足，須將病人送回病室。住院醫師這種不經心的情況，是不能容忍的。

在局部麻醉下進行手術時，醫師祇可以和病人談話，而對學生的講解，應在手術前或手術後進行。醫師用平靜、鼓舞性的語言，對病人精神上有良好的影響。在任何情況之下，也不應在手術進行時高聲與病人談話。常會聽到醫師回答病人說：「快了！快了！」，而這個「快了！」在個別情況下，竟延長很久。當病人提出問題時，外科醫師却回答說：「難道你痛嗎？」當然是痛的，否則病人不會妨礙外科醫師的工作。尖銳的批評，如「請安靜些，你妨礙了我！」等類的語氣，是決不能容許的。

假若手術有困難，不能在局部麻醉下完成時，應及時改用全身麻醉，使病人不致遭受到不必要的痛苦，及免使病人看到醫師所處的困難情況。

在局部麻醉下進行手術時，不可大聲談論手術發現，如「不是炎症，是腫瘤」或「不是潰瘍，是腫瘤」等。這一切被病人聽到後，都會被記住，而在手術後，到處詢問，終於有人會告訴他是什麼腫瘤。

手術結束後，外科醫師必須檢查病人，數他的脈搏，並對他說幾句鼓舞的話。這些都能提高病人的情緒，此時病人與其說遭受了很大的疼痛，毋寧說是

在肉體上，尤其在精神上，已經極度疲乏了。

手術之後，在病室裏，應當小心照顧病人，並給予必要的護理。在手術的第一日，假使病人因疼痛而不安，應該注射嗎啡，它可以止痛和改進呼吸，從而避免一系列的併發症，對病人的精神上，起保護性作用。爲了使手術後病人精神愉快，手術後一再地去探望是外科醫師的責任。晚間的探望，尤其有價值。有些現象，如敷料染血，即使程度不重，亦常使病人不安。而醫師有安慰病人的義務，告訴他那是沒有危險的。病人對拆除縫線，常不寒而慄。在進行這個醫師認爲很簡單的操作時，也必須注意對病人的精神安慰。

不可使病人知道在手術後的護理工作中的錯誤和缺點。這些缺點須立即予以糾正，但不應使病人精神上受到傷害，因爲病人怕這種缺點會引起嚴重後果。工作人員之間的一切談話和批評，皆應在病室之外進行。應該確切和及時地教導工作人員，幫助他們在手術後期間正確地照料病人。從一開始就應該教導病人活動與飲食常規。由於懼怕引起不良後果而造成的過分被動，與違犯其它的制度一樣，是有害處的。

照料重篤病人，主要是患痲痺的病人，是醫師的艱巨任務。很顯然，此時應隱諱其疾病的真相。

可能有這種情況：當病人到其他專科會診，或去理療室時，偶然能獲得自己的病歷。閱讀後，得知他的手術並非如醫師所說，是爲了胃潰瘍，而是爲了胃痛。這樣，由於工作人員的疏忽，使病人遭受了嚴重的精神創傷。

假使需要延遲手術日期，應該說服病人，使他瞭解暫不施行手術的原因，必須用精神治療影響他，給予相應的藥物治療，支持他對恢復健康的希望。

從以上的敘述出發，應該作出以下結論：

1. 外科醫師必須善於認識病人的個性，瞭解其心理與狀況。
2. 建立威信和獲得病人的完全信任，是手術前準備工作中最重要的步驟。
3. 外科醫院中醫務人員從事任何工作時，都應該考慮到如何保護病人的精神。
4. 外科醫院，應當在形式及院規上，給予病人尤其是手術病人以鎮靜的作用。

俄國生理學家巴甫洛夫院士首先確定了病人的中樞神經系統對肉體的影響的科學根據。巴甫洛夫發現了中樞神經系統（通過加強與減弱神經）對器官的營養作用，爲這門醫學知識，打下了鞏固的科學基礎。巴甫洛夫學派對這問題更詳細地研究，使外科醫師在對手術後機體修復過程的影響方面，獲得了強有力的工具。

貝柯夫院士證實從大腦皮層傳導出的刺激，影響到全身生理與病理過程。在條件反射的影響下，甚至組織氧化作用或動物膜的滲透能等，亦可改變。因此，來自皮層與皮層下的刺激，對肉體變化，包括有機體的修復過程在內，有巨大影響。故而對創口癒合與戰勝手術後創傷，也有影響。

爲了正確地瞭解病人，瞭解他的態度與行爲，必須記住人的心理是受着肉體的疾病的影響的。

有機體的生理過程，對於正常人心理上的影響，是早已知道了的。牙痛、癰疽、癰等表面上沒有危險的疾病，也經常地影響到病人的心理，並剝奪其勞動力與安寧。

雖然精神作用在人的生活上的意義和它對內臟功能的影響是早已知道了的，但是詳細的研究，僅在最近二三十年間才開始。巴甫洛夫用許多實驗卓越地證實了精神對肉體的影響。

病人們對於自己的疾病，自然極有興趣，渴求準確地了解其疾病的過程與結局。這種合法而自然的興趣，必須予以滿足。病人在手術與肉體遭遇疼痛前，已經感受到難以忍受的恐懼。有些病人就心不能從麻醉中甦醒，另些病人想到手術後的致命結局，或怕有併發症。醫師必須消除病人的這些疑慮，轉移他的思想。同時，也不容許醫師對手術採取輕率的態度。任何手術都有併發合併症的危險，因而它是一件嚴肅的工作。

須用簡明的言語，易於瞭解的方式，向病人說明疾病的本質。與患惡性腫瘤的病人談話時，必須避免使用衆所周知的名詞（癌腫、肉瘤、毒瘤等），而用威脅性較小的名詞，例如：炎症、狹窄等。同時應該避免過分泰然，因爲病人在自以爲無礙的基礎上，可能拒絕手術或延遲手術，因而失去了良好時機。

如果患惡性腫瘤的病人，對於手術治療猶豫不決時，就該較率直地和他說明，目前尚非癌腫，但有浸潤，經過一個時期後，可能變質。對不同意手術治療的病人說，他的病有癌的可疑，或說確係癌，但僅是在早期，因此應該及早用手術治療，如延誤了就會不宜於手術。

事實上很難列舉病人可能提出的問題，並給予現成的對付方策。僅能介紹一般性的方針，如：醫師須盡全力說服病人，使他同意手術治療；向病人說明手術治療的必要性；並保證給予病人正確熟練的手術治療與細心的手術後護理。

在某種情況之下，還須和病人說明手術實質、結果與豫後。

若是病人看到醫務人員的嚴肅認真的態度，他能很快安下心來，將自己的命運託付於醫師。

在何處與病人會談？有些外科醫師請病人到辦公室或治療室單獨地和他談話。我們認爲在病室中，當着其他病人的面，公開會談，最爲合理。但對少數

的個別病人，如有特殊問題需要說明，或要談到手術的特殊後果，在這種情況下，可在治療室內進行談話。

我們不同意在巡視病室時進行這種談話。最好在巡視病室以外的時間，特意來到病室，反覆檢查病人後，坐在病人床旁，沉着而從容地和他談話。

是否宣告手術日期呢？在我們的醫院裏，這問題取決於病人的情況、情緒和他對手術所採取的態度。有一類型的病人，急不可耐地等待着手術的到來，以便得以將他從長期苦痛中解放出來。另一類型的病人，雖然是爲了要施行手術而入院，並同意手術治療，但是却畏懼手術的來臨，懷着恐懼的心情進入手術室。

對於第一類型的病人，我們宣佈手術的日期，並力求其早日來臨。對第二類型的病人，特別是甲狀腺機能亢進的病人，我們不確定手術的日期，給予他們一些時間，使他們在思想上習慣於手術。我們常對這種病人說：「在目前準備階段結束後，即將進行手術。」

對每個病例，皆須注意到病人在手術前夜要有良好的睡眠。在等待手術來臨的那幾天中，病人的心理特別緊張，因而也最容易受損傷。

在病人住在外科醫院的整個時期中，醫師最應注意的一點是保護病人的心理。在手術前期，病人心情極其驚惶不安之際，更有特殊意義。醫師的任務是及時看出這種心情。有時外科醫師說一兩句話，就足以消除其沉重心情，使他相信手術能勝利地完成。

病人對醫師和其他人員的信仰，對外科醫師威信和能力的信任，在安定心理方面，有重大作用。

和病人談話時，務必坐下，從容不迫而不在急忙中進行，對病人指出爲治療所需的準備及方法。客氣而親切，要善於避免能使病人不安的一切因素，建立病人應有的心理狀態，這些因素，在進行治療中，極爲重要。在爲病人治療及和他談話時，應稱呼病人的名字。

醫師特別要注意本部門內一切人員之間的相互關係。須注意到一切人員都能嚴格遵守正確的護理常規。絕對不在病人面前提出批評或指出工作中的缺點。這些意見會立即爲病人所注意，使病人猜想可能有因大意或技術不熟練而致的不良後果。此外，這也會損害外科部的威信及病人對治療的正確性的信心。

在科內須有充分的文娛活動設備（無線電、報紙、遊戲等）。應靈活地進行衛生教育工作。

應該向護理人員闡明，病人的寧靜與他們的行爲有關，而治療的結果又有賴於病人的寧靜。應該向工作人員指出，病人的「退性」是由於他的疾病，決不

能對他發怒，更不能粗暴地拒絕他的請求。如果提出無理要求時，應該有禮而溫柔地說明，任何操作皆須遵循醫師的指示，並說明立即將他的請求告訴醫師。同時，工作人員應經常地力求使病人遵守醫院內一切常規與制度。

除了一般地巡視病室外，建議個別地再看重篤病人。在我們的醫院裏，每日進行兩次查房：早晨——在到達醫院後立即進行，與在工作結束後——在離開醫院前。這不僅對該重病病人的心理有良好的影響，就是對病室中一切其他病人，雖然在當時醫師並沒有走近他們，也有良好的影響。病人們感覺到外科醫師記得並關懷每個病人，特別是在需要的時候。病人們會深信護理工作是完善的；在最困難的時刻，他們也未被遺忘。因此，我們建議在假日亦須看望病人。這樣可以提高病人對外科醫師的信任，能使病人安心，對優良的治療結果也提示了希望。此外這種行動特別教導了護理人員們要用和藹關心的態度對待病人。

爲了這些目的，建議值班的醫師晚間到在次日將行手術的病病人的病室去，檢查病員是否安睡，手術前的準備是否全部完成，對不安的病人用言語使其安靜。

手術日應看望病人，檢查手術前的準備情況，並鼓勵病人。

應該特別注意病人的睡眠。睡眠對病人的精神和一般情況有良好影響，是衆所周知的。須採取一切措施，使病人安睡，尤其是在手術前夕。如果病人不能安睡，可給予溴化物、巴比土酸衍化物或魯米那等。

呼吸器官的準備

在有些醫院裏，手術前外科病人常規地由內科主任醫師會診。這種常規是值得歡迎的，但必須指出，外科醫師本身亦必須主動地研究病人情況，作出有關病人身體內各器官如心臟、肺及胃腸道等的機能及情況的結論，親自確定手術治療的適應證和禁忌證。

呼吸器官最易在手術後產生併發症，這應引起外科醫師的特別注意。根據報告數字，手術後肺部併發症爲 8—11%，其中 10—14% 死亡。

預防肺部併發症，爲外科醫師所關心的主要問題之一。

肺部併發症預防措施之一，爲在手術時，尤其是在手術後，保持正常呼吸，手術後在床上活動及早期起床。外科手術產生了一系列妨礙正常呼吸的條件。外科醫師的責任是在手術前教導病人正常呼吸動作，使其在手術後新的情況要求之下，亦能依樣進行。

肺部已有病變的患者（支氣管炎、肺氣腫），併發症的威脅勢必增加。因此，手術前外科醫師有責任先將其治癒，或儘量地使其減輕。如非急症手術，急性支氣管炎爲一禁忌症。慢性支氣管炎須先予治療。根據具體臨床情況，可分別