

卫生职业教育配套教材

外科教学

病例分析

WAIKE JIAOXUE
BINGLI FENXI

主编 刘叔斌 宋向东

郑州大学出版社

卫生职业教育配套教材

外科教学病例分析

主 编	刘叔斌	宋向东	
副主编	孟凡勇	窦俊峰	张旭明
	杨玉南	唐 全	高明辉
	黄 革	李世富	张跃田

郑州大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

外科教学病例分析/刘叔斌,宋向东主编. —郑州:郑州大学出版社,2001. 11

ISBN 7 - 81048 - 521 - 0

I. 外… II. ①刘… ②宋… III. 外科 - 诊疗 - 病案 - 分析 IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 078281 号

出版社:郑州大学出版社

(地址:郑州市大学路 40 号

邮政编码:450052)

发行单位:郑州大学出版社

承印单位:郑州市毛庄印刷厂

开本:850 mm × 1 168 mm

1/32

印张:6.375

字数:166 千字

印数:1 ~ 5 500 册

版次:2001 年 11 月第 1 版

印次:2001 年 11 月第 1 次印刷

书号:ISBN 7 - 81048 - 521 - 0/R · 480 定价:10.00 元

《外科教学病例分析》编审委员会

主任委员	刘叔斌	党世民		
副主任委员	岳金志	刘东升	张宗业	罗全生
编委	(按姓氏笔画为序)			
	许凌峰	孙联军	宋向东	李世富
	李秀萍	杨玉南	张旭明	张跃田
	孟凡勇	武伟琦	郭方	唐全
	高明辉	黄革	焦德强	窦俊峰

编写者及其单位

刘叔斌			河南省新乡市第一卫校
宋向东	许凌峰	李秀萍	河南省周口卫生学校
窦俊峰	焦德强		河南省安阳卫生学校
孙联军			河南省安阳地区医院
孟凡勇			河南省漯河市卫生学校
张旭明			河南省许昌卫生学校
杨玉南			广州市卫生学校
唐 全	李世富		重庆市第二卫生学校
高明辉	张跃田		山西省运城地区卫生学校
黄 革			广西省柳州市卫生学校
郭 方			黄委会黄河中心医院
武伟琦			新乡市第二人民医院

前 言

病例(案)教学法(病例介绍或讨论引入到课堂教学),是启发式教学的一种模式,它由单纯的课堂传授知识向注重智能开发转变,对学生巩固理论知识、开拓思维、发展智力以及分析问题、解决问题和自学能力的提高都起着不可低估的作用。这种教学法是当前落实素质教育的一个有效举措,也是培养实用型人才教学活动中值得重视和推广的一种教学方法。我们编写的这本《外科教学病例分析》,是卫生职业教育中临床(医疗、社医)和护理专业理论联系实践的辅助教材,有助于病例(案)教学法的实施和推广。

本书以教学大纲和教材为依据,对外科常见病典型病例从临床(医疗、社医)专业和护理专业两方面分别提出问题并展开讨论。教师在理论教学、实习教学中或者学生在自学中,如能结合本书病例进行讨论,就像身临其境真实地看到病人一样。这无疑对学生理论联系实际,提高学习兴趣,提高教学质量,都会起到良好的作用。此外,本书的另一个特点是用一个简要病例,进行临床(医疗、社医)专业和护理专业两方面的讨论分析,这使该书不仅实用于医、护两个专业的学生,开拓学习的视野、扩大知识面,还有利于增进医护工作中的相互了解和配合,从而提高教学与临床医护的质量和水平。

2000年4月在平顶山市召开的河南省中等卫校第13届外科教研会上提出了《外科教学病例分析》的初步编写方案,得到了与会代表的支持和响应。2001年7月在贵阳市召开的中华医学会医学教育分会第9届外科教研会上,又对本书进行了审定。本书的编写得到了中华医学会医学教育分会中等外科教育学组副组

长、中华卫生职业教育外科教学研究会副会长、4 年制教材《外科护理学》主编、西安交通大学职业教育学院党世民高级讲师及河南省新乡市第一卫校等参编单位领导的重视和支持,在此深表谢意!

由于参编作者较多和我本人水平有限,书中缺点和错误在所难免,恳请外科和护理专家与广大师生在使用中多提宝贵意见,以便修订完善。希望这本书能成为学生学习和年轻医护人员投身实际工作的良师益友。

中华医学会医学教育分会中等外科教育学组组长

中华卫生职业教育外科教学研究会会长

刘叔斌

河南省中等卫校外科教学研究会主任委员

2001 年 10 月

目 录

第1章	低渗性脱水	(1)
第2章	外科休克	(4)
第3章	急性肾功能衰竭	(8)
第4章	腹股沟斜疝	(12)
第5章	腹部损伤	(15)
第6章	十二指肠溃疡急性穿孔伴急性腹膜炎	(17)
第7章	胃十二指肠溃疡大出血	(22)
第8章	瘢痕性幽门梗阻	(27)
第9章	肠梗阻	(30)
第10章	肠扭转	(33)
第11章	肠套叠	(38)
第12章	蛔虫性肠梗阻	(43)
第13章	急性阑尾炎	(47)
第14章	结肠癌	(50)
第15章	直肠癌	(55)
第16章	细菌性肝脓肿	(59)
第17章	门静脉高压症	(63)
第18章	胆道蛔虫病	(68)
第19章	胆石症	(71)
第20章	急性梗阻性化脓性胆管炎	(74)
第21章	急性胆囊炎	(78)
第22章	胰腺癌	(82)
第23章	脑震荡	(85)

第 24 章	脑挫裂伤	(88)
第 25 章	硬脑膜外血肿	(96)
第 26 章	甲状腺功能亢进	(102)
第 27 章	急性乳房炎	(107)
第 28 章	乳腺癌	(109)
第 29 章	损伤性气胸	(113)
第 30 章	急性脓胸	(117)
第 31 章	肺癌	(122)
第 32 章	食管癌	(126)
第 33 章	泌尿系损伤	(132)
第 34 章	泌尿系结石	(136)
第 35 章	肾结核	(140)
第 36 章	肾肿瘤	(144)
第 37 章	前列腺增生症	(147)
第 38 章	下肢静脉曲张	(151)
第 39 章	血栓闭塞性脉管炎	(154)
第 40 章	肱骨髁上骨折	(158)
第 41 章	股骨颈骨折	(163)
第 42 章	股骨干骨折	(167)
第 43 章	脊柱骨折	(169)
第 44 章	腰椎间盘突出症	(172)
第 45 章	急性血源性骨髓炎	(175)
第 46 章	腰椎结核	(180)
第 47 章	骨肉瘤	(185)
附录:	常用临床检验正常参考值	(189)

第1章 低渗性脱水

病历摘要:李某,男,24岁。4周前出现腹胀、腹痛,近2周呕吐频繁,进食和饮水均可引起呕吐,近1周来呕吐物为粪样,行胃肠减压治疗。现病人口渴不明显,但有软弱无力,起立时晕眩,视力模糊,尿量少。既往患过化脓性阑尾炎,于半年前手术治疗。T 36.8℃,P 85次/min,R 22次/min,BP 13.2/9.3 kPa(100/70 mm-Hg)。表情淡漠,神志清楚,面色苍白,皮肤弹性下降,眼窝凹陷。心音弱,心律齐,双肺听诊无干湿啰音。腹部略显膨胀,无明显胃肠型及蠕动波,右下腹轻度压痛,触及一包块,可移动,约鸡蛋大小,无肌紧张及反跳痛,肝脾未触及,移动性浊音(-),听诊有气过水声。血清钠 132 mmol/L,血清氯 93 mmol/L。尿比重 1.010,尿钠和尿氯均呈阴性。血常规 Hb 160g/L,RBC $5.7 \times 10^{12}/L$,红细胞比容 0.52。腹部X射线片可见多个液平面。

一、临床病例讨论(供医疗、社医专业)

(一)讨论问题

1. 本病例除有粘连性肠梗阻外,还存在何种并发症?其依据是什么?
2. 计算补充钠盐的量有几种方法?
3. 按补钠公式计算,第1天共应补钠量为多少?(按 17 mmol Na^+ = 1 g 钠盐计算补给氯化钠的量)。

(二)参考答案

1. 还伴有低渗性缺水。

依据:本患者原发病为肠梗阻,频繁呕吐2周,并行持续性胃

肠减压,使钠随大量消化液丧失。口渴不明显,手足麻木,视觉模糊,血压不稳,脉搏细速都是低渗性缺水的临床表现。实验室检查血钠 132 mmol/L,尿钠和尿氯呈阴性,尿比重低均证明低渗性缺水水的存在。

2. 计算补充钠盐有 2 种方法

(1)轻度缺钠病人,每公斤体重缺钠量为 0.5 g,本患者 60 kg,缺钠量为 30 g,当日补给缺钠量的一半和日需量 4.5 g,当日补钠量共为 19.5 g。

(2)按公式计算需要补钠量:

需钠量(mmol) = [血钠正常值(mmol) - 血钠测定值(mmol)]
× 体重(kg) × 0.60(女性为 0.50)。本病人按公式计算结果为 360 mmol,按 17 mmol Na⁺ = 1 g 钠盐计算,约为 21 g 钠盐,当天补给 1/2 ~ 2/3 量,加上日需量 4.5 g,补钠量共为 15 ~ 18.5 g。

二、护理病例讨论

(一)讨论问题

1. 疑有脱水和电解质紊乱的病人,入院后应注意询问和观察哪些情况及作哪些检查?

2. 病人入院后在未确定是何种脱水时应立即输入哪种液体?

3. 请拟定该病人术前的护理计划?

(二)参考答案

1. 应首先询问病人大小便、呕吐的次数和量,观察病人神志、皮肤弹性、粘膜等情况,应测量 T、P、R、BP,抽血查血清 Na、K、Cl、Ca、CO₂CP 等,以确定水、电解质紊乱的程度。

2. 应立即输入等渗盐水,待化验结果出来后,结合病情估计脱水程度,再根据“缺什么、补什么,缺多少、补多少”的原则,纠正脱水和电解质紊乱。

3. 护理计划

P₁ 体液不足,与肠梗阻液体丢失和体液补充不足有关。

【预期目标】 病人脱水征基本消失,生命体征趋于正常,尿量恢复正常。

【护理措施】

- (1) 监测病人神志、生命体征、口渴程度、皮肤弹性及尿量。
- (2) 评估体液不足的原因和程度。
- (3) 遵医嘱给予液体疗法,并根据病人病情,及时调整输液速度。
- (4) 监测电解质,记录出入水量,维持水、电解质平衡。
- (5) 做好皮肤护理,以防褥疮。

P₂潜在并发症—电解质及酸碱平衡紊乱,与电解质摄入不足或丢失过多、体内酸性物质积聚多或碱性物质丢失或摄入过少有关。

【预期目标】 ①病人能表述电解质紊乱及酸、碱中毒的主要表现;②病人保持电解质及酸碱平衡。

【护理措施】

- (1) 向病人及家属讲述电解质和酸碱平衡紊乱的主要表现,以便及时发现、及时处理。
- (2) 监测呼吸频率、深度、节律及神志变化,并做好详细记录,必要时作心电图检查。
- (3) 使用利尿剂患者,宜进含钾丰富而低钠的食物。
- (4) 病人少尿期禁食蛋白质及含钾食物,以防高血压。
- (5) 密切观察病情,出现低血钾症状者应及时补钾,能口服尽量口服,不能口服静脉滴注 10% 氯化钾,千万不能直接静脉注射。
- (6) 遵照医嘱进行补液,并记录 24 h 出入水量。
- (7) 定时化验血液生化指标,了解电解质和酸碱平衡的变化。

(刘叔斌 郭 方)

第2章 外科休克

病历摘要:杨某,女,48岁。被汽车撞伤2h伴腹痛、胸闷气短。查体:T 36℃,P 120次/min,R 22次/min,BP 9.3/6.7 kPa (70/50 mmHg)。意识尚清楚,面色苍白,全身冷汗,四肢发凉。左季肋区可见皮肤撞伤,挤压胸廓在胸左侧壁第7、8肋处疼痛。全腹有压痛、反跳痛、肌紧张,移动性浊音(+),肠鸣音减弱。其他查体未见异常。

一、临床病例讨论(供医疗、社医专业)

(一)讨论问题

1. 为病人进一步确诊和抢救治疗,急需作哪些检查?
2. 该病的诊断有哪些?其诊断依据是什么?
3. 请拟定一份抢救治疗方案(治疗原则)?

(二)参考答案

1. 因病人处于休克状态,病情严重,急须查血常规、血型 and 交叉配血试验,以了解病人失血情况,及时补血、补液抢救休克。为抓紧时间确诊和抢救,尽量减少不必要的检查和移动病人,最简单易行的是作左下腹穿刺,若抽出不凝固血液,即可确诊。若不能确诊待病情稳定后,可作B超、CT助于确诊。

2. 诊断

(1) 出血性休克。

诊断依据有:①面色苍白,全身冷汗,四肢发凉,脉搏增快;②BP下降,9.3/6.7 kPa (70/50 mmHg)。

(2) 脾破裂?

诊断依据有:①有外伤史(汽车撞伤),病人有腹痛,胸闷气短(膈肌上移所致)症状;②左季肋区可见皮肤擦伤,挤压胸廓在胸左侧壁第7、8肋处有疼痛;③有腹膜刺激征,全腹有压痛、反跳痛、肌紧张;④移动性浊音(+),肠鸣音减弱。

3. 治疗方案(治疗原则)

(1) 暂禁食,胃肠减压,密切观察病情。

(2) 抗休克,立即补血、补液,纠正休克,必要时使用血管活性药物。

(3) 真性脾破裂立即行剖腹探查术,根据损伤程度和范围,行缝合修补、部分切除、全脾切除及脾条移植术。

二、护理病例讨论

(一) 讨论问题

1. 如果你是急诊科护士,应考虑目前危及病人生命(造成死亡)的原因是什么?

2. 你认为病人目前还急需哪些必要检查?

3. 该病人如需手术治疗,你能拟出一份术前护理计划吗?(请写出3~4条护理诊断及其相关预期目标和措施)。

(二) 参考答案

1. 该病人目前最危及病人生命(造成死亡)的原因是失血性休克。

2. 急需作必要的检查:①查血常规、血型 and 交叉配血试验;②左下腹穿刺。

3. 术前护理计划

P₁ 组织灌流量改变,与内脏损伤失血有关。

【预期目标】 病人各脏器功能维持在正常状态,表现为神志清楚、四肢温暖、生命体征稳定和尿量正常。

【护理措施】

(1)一般护理措施:①病人取平卧位或休克卧位(头部和躯干抬高 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$,下肢抬高 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$,以利于脑部血液供应,利于呼吸和下肢静脉回流;②保持病人安静,减少搬动;③保持呼吸通畅,持续吸氧 $6 \sim 8 \text{ L/min}$ 。

(2)观察记录:严密观察病情变化,建立观察记录表,详细记录生命体征,每 $15 \sim 30 \text{ min}$ 记录1次,若有恶化趋势,立即报告医生处理。

P_2 心输出量减少,与血容量不足有关。

【预期目标】 病人血压、脉搏和心电图恢复正常。

【护理措施】

(1)置病人于休克卧位,保持静脉输液通畅,按医嘱补血、补液、应用血管活性药物等抗休克治疗。

(2)密切观察病人脉搏、血压和呼吸等变化。

(3)注意中心静脉压(CVP)的变化,维持在 $0.588 \sim 1.18 \text{ kPa}$ 。

(4)心电图检测。

P_3 体液不足,与失血失液有关。

【预期目标】 病人及时得到体液补充,表现为血压平稳,尿量 $>30 \text{ ml/h}$ 。

【护理措施】

(1)严密观察病情,每 $15 \sim 30 \text{ min}$ 测量P、BP各1次,待血压平稳后每 $4 \sim 6 \text{ h}$ 测量1次。

(2)禁食禁饮,胃肠减压,保持引流通畅,观察引流量和性状。

(3)及时送验血标本,查红细胞计数、血红蛋白、电解质、出凝血时间等,如发现异常,立即报告医师。

(4)立即静脉快速补血、补液,纠正体液不足。

(5)准确记录 24 h 出入水量,保持尿量 $>30 \text{ ml/h}$ 。

(6)测量CVP,判断补液是否足够。

P₄焦虑或恐惧,与意外事故和惧怕手术有关。

【预期目标】 病人情绪安定,能正确对待疾病,配合治疗与护理,乐意接受手术治疗。

【护理措施】

(1)耐心向病人解释疾病情况,解释时既要合乎实际,又要注意保护性医疗制度,减少病人疑虑。

(2)主动安慰同情病人,认真解答病人疑问和输血、补液,用药及手术的目的,以增强病人的信任感和安全感。

(3)在护理操作时,动作轻柔熟练,严肃认真使病人产生信赖感。

(4)遵医嘱使用镇静、安眠药,但忌用麻醉镇痛剂,以免掩盖病情。

(刘叔斌 郭 方)

第3章 急性肾功能衰竭

病例摘要:王某,男,25岁,公司职员,以摔伤6h为主诉入院。其同事叙述:6h前患者骑摩托车下乡途中,不慎翻入约2m深沟,右大腿根部撕裂,出血汹涌,在其同事及周围群众帮助下,抬入当地卫生院治疗,患者BP 9.5/7 kPa(70/50 mmHg),卫生院经简单处理(包扎、补液约500 ml)后转入我院,查体:T 36℃、P 100次/min、R 22次/min、BP 8/5 kPa(60/38 mmHg),精神萎靡,瞳孔等大、等圆,对光反应好,颈部软、气管居中,胸部听诊呼吸音清较快,心率齐100次/min,腹平软,无压痛及反跳痛,无移动性浊音,肝脾未触及,脊柱活动正常,四肢多处擦伤,但无畸形无活动障碍,右股部处有一约12 cm向内斜行不整齐裂口,出血迅猛,急行手术探查止血,并行抗休克治疗。术中见右股静脉撕裂并皮下广泛软组织挫裂伤,手术行右股静脉缝合及软组织缝合后,病人送入病房,查BP 12/9 kPa(90/68 mmHg)。术中术后共补液2900 ml,其中输血400 ml。入院至手术后,小便一次约50 ml。尿常规:尿酸性色黄,尿比重1.012,红细胞2个,蛋白:(+)。血生化:全血尿素氮(BUN)6.5 mmol/L,肌酐(Cr)168 μ mol/L。5h后,病人又补液2500 ml,排尿约60 ml,BP 16/11 kPa(120/82 mmHg),经补液实验后尿量不增。尿常规:酸性,尿比重1.012,尿中红细胞多个,蛋白(+),可见肾小管上皮细胞。血生化:BUN 7.2 mmol/L,Cr 176 μ mol/L。10h后查尿常规:酸性,尿比重1.010,尿中大量红细胞,棕色管型,蛋白(+)。血生化:BUN 7.4 mmol/L,Cr 180 μ mol/L。