

基础外科病例 分析与经验教训



主 编 解国琦
 张中海
 马象武

中国协和医科大学出版社

基础外科病例分析与 经验教训

解国琦 张中海 马象武 主编

编者 (以姓氏笔画为序)

王德豹 李风兰 李春莲 杨晓玲

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

基础外科病例分析与经验教训 / 解国琦, 张中海, 马象武
主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2003.9

ISBN 7-81072-424-X

I. 基… II. ①解…②张… III. 外科学: 临床医学
IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 067925 号

基础外科病例分析与经验教训

主 编: 解国琦 张中海 马象武
责任编辑: 张忠丽 刘建春

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京竺航印刷厂

开 本: 850×1168 毫米 1/32 开
印 张: 15
字 数: 380 千字
版 次: 2004 年 1 月第一版 2004 年 1 月第一次印刷
印 数: 1—3000
定 价: 26.00 元

ISBN 7-81072-424-X/R·419

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

内 容 简 介

本书共三章。第一章是普外科疾病的诊治要点和 136 例病例分析与经验教训。对于乳腺癌、胃癌、肝癌、胆石症、肠癌等予以重点阐述；第二章介绍常见合并症；第三章是基础外科常用术语及答疑共 274 条，重点介绍了癌症诊治的新进展，激光、内镜、超声内镜、腹腔镜等现代临床医学诊治手段与方法，及其在基础外科中的应用。本书是作者 40 余年临床教学经验的总结。本书文字简明扼要，重点突出，通俗易懂，可供基层医院外科医、护师以及高年级医学生、研究生参阅。

前 言

自古以来，人们都习惯于报喜不报忧，当今社会也司空见惯。这种现象既有社会学原因又有心理学基础，所以不足为奇。既报喜也报忧确实需要很大的勇气和魄力，对于“忧”的正确总结同样也是人类宝贵的精神财富。

一说到“经验”，人们自然想到事业的成功、成绩卓著；而一说到“教训”好像就是沉痛、失败。其实不然，两者在人生旅途中同样重要、可贵。不断总结经验教训，发扬成绩修正错误是各项事业成功的关键；回避现实、掩耳盗铃、自欺欺人，才是可怕的。古今中外一切有成就、有贡献的伟人，无一例外。

临床医疗工作是一项救死扶伤的事业，人命关天，来不得半点疏忽大意，外科手术尤其如此，因为人体组织结构和生理特性存在个体差异，病情发展千变万化，所以外科医师即使经验丰富，谨小慎微，有时还是会发生这样或那样意想不到的事情，甚至是终身憾事。为了防止这些不该发生的事故与纠纷，每位医务工作者不但要有高度的责任心、精湛的医术、良好的服务态度，而且要善于总结个案，寻找规律，积累经验，汲取教训，虚心向前人、他人、书本，向一切有益于提高自身医疗素质的人和事学习，最大限度地减少医疗服务中的失误和不足，确保每位病人安康，为社会作出更大

的贡献。这就是我们编著本书的初衷，本书旨在抛砖引玉。

本书所选病例时间跨度较大，有些病例的诊治对今天的大、中等医院的外科医师已是易事，似也不应出现差错。但是，简单病例也有可借鉴之处；再高明的医师也有“马失前蹄”的时候；青年医师需要积累多类个案资料；我国幅员辽阔，县级以上医院的设备、技术并不都很完备。据此，作者将一些早期病例一并列入、分析。

最后，我们想引用伟大的俄国外科学家彼罗果夫一段的名言，他在《手术中的错误、危险和并发症》一书中写道：“我不想写简单的结论，也不想写有趣的病案，我仅想实现自己朝思暮想的宿愿：通过真实地、毫不隐瞒地承认自己的错误，揭示其错综复杂的机制，以避免自己的学生和年轻的医生重蹈覆辙。”

编著中承蒙王茂信、侯义芬教授的鼓励和支持，在此表示衷心的感谢。

作 者

2003年6月

目 录

1

目

录

第一章 病例分析及经验教训	(1)
一、甲状腺及甲状旁腺疾病.....	(1)
二、乳腺疾病.....	(11)
三、腹外疝.....	(24)
四、急性腹膜炎.....	(34)
五、脾脏疾病.....	(47)
六、胃十二指肠外科疾病.....	(56)
七、肠外科疾病.....	(92)
八、肝脏外科疾病及门静脉高压症.....	(137)
九、胆道疾病.....	(161)
十、胰腺疾病.....	(198)
十一、周围血管及淋巴管疾病.....	(211)
十二、其他.....	(217)
第二章 概述常见合并症	(230)
一、糖尿病 (diabetes mellitus DM)	(230)
二、高血压病 (原发性高血压)	(241)
三、颅内高压综合征.....	(260)
四、心血管疾病.....	(277)
五、老年器官生理学改变.....	(304)

六、泌尿系疾病·····	(311)
七、呼吸系疾病·····	(325)
八、其他·····	(351)
九、概述常见慢性骨外科病·····	(387)
第三章 基础外科常用术语及答疑·····	(407)
一、基础外科常用术语·····	(407)
二、基础外科答疑·····	(426)

第一章 病例分析及经验教训

一、甲状腺及甲状旁腺疾病

(一) 甲状腺疾病及甲状旁腺疾病诊治提要

1. 甲状腺疾病是常见病，从新生儿到老年，都有可能发生。出现甲状腺结节的妇女达总人数的 3%~4%，有约 1% 的妇女可能会患甲低症。

2. 甲状腺疾病外科治疗适应证 ①甲状腺肿瘤如腺瘤、腺瘤囊性变、甲状腺恶性肿瘤，甲状腺功能亢进、甲状旁腺功能亢进非手术治疗无效者；②地方性结节性甲状腺肿并发压迫神经、血管、声带、气管及食管或并发甲亢经内科治疗无效或并发恶性变者；③甲状旁腺功能亢进并有严重肾结石或骨关节疾病者。依据不同的病情可酌情行单纯甲状腺病变切除术、甲状腺腺叶部分或全切除术及甲状腺癌根治性切除术等。

3. 甲状腺与甲状旁腺疾病外科治疗时围手术期处理至关重要。首先应了解甲状腺与甲状旁腺的功能状况，只有在其功能正常或基本正常状态下才能进行手术治疗，否则术后有可能出现甲状腺功能低下或“甲状腺危象”或病变复发或电解质严重失衡等；同时也为手术方式和切除范围提供理论依据。

4. 术者应熟悉甲状腺与甲状旁腺的局部解剖及其变异，包括正常组织与病变组织的辨认；血管和神经彼此间的解剖关系，尤其是喉返神经、喉上神经与甲状腺下动脉和甲状腺上动脉的之间的解剖关系等。

5. 甲状腺与甲状旁腺疾病术后仍应注意观察其功能变化(局部及全身)如出血、呼吸、声音、吞咽、生命体征及肌力的改变等,应及时做出相应的处理;若系恶性病变应适时辅助其他疗法如放疗或化疗等,尤其是适时实施放疗,患者将有可能获得较长的存活期。

6. 甲状旁腺功能亢进(HPT)多发生于甲状旁腺瘤(83%),其中单发性腺瘤占90%;其余为腺增生(16%)和腺癌(1%)并发甲旁亢。当甲状旁腺功能亢进使机体的钙、磷代谢失调,作用于靶器官骨骼、肾脏和胃肠道时,将出现血钙 $>12\text{mg/dl}$ (3.0mmol/L)、血磷 $<3\text{mg/dl}$ (0.97mmol/L)、血清碱性磷酸酶增高及尿钙排出量 $>200\text{mg/24h}$ (5mmol/L)等。确诊时需与有关科室密切合作,尤其是与内分泌科专业医师的配合。

甲状旁腺功能亢进肾型临床表现占80%,骨型和胃肠型各占10%。手术切除治愈率为95%。病变的定位诊断(术前和术中)有时很难,尤其是再手术时定位诊断更要谨慎。CT的确诊率为79%,B超检查确诊率为56%~89%。病变组织的辨认在很大程度上取决于术者的临床经验和术中介入医学检查的应用。若是再手术,同时还要复习首次手术记录及病理组织学切片,术后应注意钙、磷代谢的重分布,要及时调整和补充。

颈部无瘢痕内镜下切除甲状腺肿瘤,是目前国际上刚刚兴起的微创技术,具有美容效果好、创伤小、恢复快等优点。方法是在病人乳头旁和乳沟等隐蔽处打3个5mm~10mm的小孔,通过小孔经“皮下隧道”将内镜和超声刀“延伸”到肿瘤处,在内镜的引导下进行切除。手术约2个小时,2天后基本恢复正常。

(二)病例分析与经验教训见以下6个病例:甲状腺腺瘤内出血;甲状腺结核误诊为甲状腺癌;转移性甲状腺癌误

诊为颈淋巴结炎；甲状腺术后并发急性呼吸窘迫综合征（ARDS）；甲状腺癌误诊为甲状腺腺瘤；甲状腺手术中急性窒息。

1. 女性，30岁，发现颈前部有一肿物一年多，突然胀大一天。无明显不适，月经正常，肿块与经期无关；无声音嘶哑及吞咽困难，饮食正常；无外伤，不发热，无偏头痛，大小便无异常。无肝炎、结核及心血管疾病史。

查体：一般情况好，生命征稳定，头、眼、胸腹及四肢无异常。常规化验、肝功能、 T_3 （三碘甲状腺原氨酸）、 T_4 （甲状腺素）、ECG、X线胸腹部检查等未见异常。颈前右侧有一表面光滑、随吞咽活动，有轻微触痛的 $2\text{cm} \times 3\text{cm}$ 大小实质性肿块。

思考要点 ①如何诊断？ ②如何处理？

(1) 诊断 甲状腺腺瘤并发腺瘤内出血（右侧）。

(2) 诊断依据 ①发现颈前部有一肿物一年多，突然胀大一天，平日无任何自觉症状，因此，从未为此就诊过；②颈前右侧有一表面光滑、随吞咽活动，有轻微触痛的 $2\text{cm} \times 3\text{cm}$ 大小实质性肿块，说明该肿物不是颈部肿大的淋巴结和急性化脓性炎症，而是甲状腺肿瘤；③无声音嘶哑，无呼吸、吞咽困难，说明病变未侵及喉返神经、喉上神经、气管和食管；④无外伤，不发热，无偏头痛，说明该肿物不是外伤性血肿，亦不是甲状腺炎。

B超一般即可明确诊断。必要时可行穿刺术镜检，进一步除外单发性甲状腺癌，但在穿刺术中必须严格执行无菌操作，防止发生继发性感染。

(3) 若病情不紧急，一般可先观察治疗；如肿块逐渐胀大，且出现压迫症状者，应立即行手术切除；无论用何种治疗方法（非手术或手术），只要条件允许（病人及设备）术前都必须明确甲状腺功能状况，紧急情况例外；为治疗方案

的制定和实施（如术式及手术范围等）提供临床依据。

3个月后以甲状腺腺瘤行甲状腺右叶切除术，经病理组织学检查证实上述诊断。

2. 女，26岁，已婚，农民。颈前发现一肿物逐渐长大2个月。无明显不适，月经正常，肿块与经期无关。局部无外伤史及炎症表现，无声嘶音嘶哑、吞咽困难及心悸憋气，饮食及精神正常。不发热，无偏头痛，大小便无异常。未经治疗就诊。无肝炎、结核及心血管疾病史。

查体：一般情况好，生命征稳定，头、眼、胸腹及四肢无异常。尿、粪常规化验、肝功能、ECG、X线胸腹部检查未见异常。颈前肿物约4cm×5cm大小，位于颈右侧随吞咽活动、表面光滑、质硬、边界清、无触痛，与周围组织有粘连，颈右后可触及两个大小不等的淋巴结。肿物X线示有点状钙化灶，B超示实质性肿块，甲状腺放射性核素扫描示冷结节，甲状腺吸碘率3小时为7.6%、24小时11.3%， T_3 1.3ng/ml、 T_4 36ng/ml，Hb 110g/L，WBC $3.9 \times 10^9/L$ ，N 0.75，L 0.25。

以甲状腺癌及轻度甲状腺功能低下行根治术，术中所见同上。切除右侧甲状腺及峡部，并清除同侧淋巴结。术后病理诊断：甲状腺结核、颈部淋巴结慢性炎症。出院后继续抗结核治疗1年多，随访3年未见病变复发。

经验教训：

(1) 甲状腺癌并发甲状腺功能低下示病情已属晚期，可该病人发病仅有2个月，而且年轻的甲状腺癌病人多为乳头状癌，生长缓慢，淋巴结转移晚，而该病人已有邻近淋巴结肿大。

(2) 忽略了甲状腺结核可并发甲状腺功能低下及肿物X线检查示有点状钙化灶。

(3) 对于甲状腺结核的临床表现认识不够，况且甲状腺

癌多发生于中老年人。

(4) 最重要的是术前和术中未能进行穿刺细胞学检查和术中冷冻病理学检查。

(5) 本来非手术或小手术即可治愈的病人，却进行了不该进行的扩大根治术，造成不应有的损伤和负担，应引以为戒。

3. 女，35岁，农民。10年前发现右颈前有一肿块，在当地按颈淋巴结结核治疗6年，无效。无明显不适，月经正常，肿块与经期无关；无声音嘶哑及吞咽困难，饮食正常；无外伤，不发热，无偏头痛，大小便无异常。4年前同侧颈部又出现两个肿块，生长较快，经抗生素及抗结核治疗均无效，包块病理组织学检查诊断为转移性甲状腺乳头状腺癌，住院手术治疗。

查体：一般情况好，生命征稳定。头、眼、心肺及四肢均无异常。右颈前有一2cm长手术切口瘢痕，其下方可触及5cm×3cm×4cm较硬的肿块、表面不光滑、活动受限、不随吞咽活动，两侧甲状腺未见异常。Hb 130g/L，X线胸腹部检查未见异常，右颈部超声探查甲状腺区内及其峡部发现1.0cm×0.6cm和0.6cm×0.5cm两个实质性低回声区，边界清，形态不规则，未见包膜。甲状腺下探及多个大小不等类圆形实质性低回声区，边界清，最大有5cm×4cm。颈部血管明显受压和移位。左侧甲状腺未发现明显异常。术前准备一周后在全麻下以转移性甲状腺癌行甲状腺右叶全切除及淋巴结清除术，甲状腺峡部及左侧甲状腺部分切除。术后病理学诊断同上并淋巴结转移。10天出院，继续放疗、化疗及激素治疗。随访5年健在。

经验教训：

(1) 甲状腺乳头状腺癌生长较慢，病程长，但淋巴结转移较早，而且发病率高。

(2) 隐性甲状腺癌原发肿瘤直径小于 1cm, 而且原发灶的临床表现也不明显, 但淋巴结转移灶出现的较早, 并生长较快, 在基层或缺医少药的地区易将其按慢性淋巴结炎或结核来进行诊治, 往往延误治疗, 该病人的诊治过程应引以为戒。

4. 女, 53 岁, 农民。以双侧结节性甲状腺肿 20 年入院手术治疗。患者系边缘山区中年农家妇女, 20 年前曾以地方性甲状腺肿进行长期食疗, 后逐渐形成双侧结节性甲状腺肿, 并出现声音轻度嘶哑。平日无心悸、憋气, 只有在平仰卧时有轻度憋气感。食欲及情绪无异常。已绝经。经一年多的中西医结合治疗无好转入院。无肝炎、结核及心血管疾病史。

查体: 中年女性, 一般情况可, 生命征稳定。头、眼、心肺、腹部及四肢未见异常。颈前有一结节状肿块约 10cm × 8cm × 6cm 大小, 质较硬, 边界清楚, 随吞咽活动, 喉镜见两侧声带轻度受压, 颈两侧未触及肿大的淋巴结。常规化验检查、X 线胸部片、ECG、T₃、T₄ 等检查均无明显异常。B 超示实质性肿块, 肿块针吸细胞学检查未发现癌细胞。其他组织及器官未发现肿瘤灶。

一周后以双侧结节性甲状腺肿, 在颈丛阻滞麻醉下行双侧甲状腺大部切除术。麻醉用 0.375% 丁哌卡因 15ml, 麻醉生效后不久病人出现声音嘶哑、呼吸困难、烦躁不安, 立即面罩加压吸氧, 15 分钟后病人稍安静, 开始手术。术后回病房不久即出现呼吸急促, 发绀, 心率 150 次/分, 面罩加压吸氧亦不能缓解。X 线胸部片示肺水肿, 考虑可能出现 ARDS。立即进行气管插管, 见有大量粉红色泡沫样液溢出, 接麻醉机进行呼气末正压通气, 用多巴胺维持血压, 快速输入白蛋白及血浆, 用适量的肾上腺皮质激素和有效的抗生素。4 小时后气管插管内粉红色泡沫样液溢出明显减少, 继续 ICU 监护。24 小时后病人的呼吸和循环逐渐平稳并趋于正常。半月后病人痊愈出院。

经验教训:

(1) 本例术后并发 ARDS, 可能是由于膈神经被阻滞抑制呼吸运动, 引起低氧血症和二氧化碳血症, 进而导致体液的酸碱平衡失调, 损伤肺泡膜, 使肺泡膜渗透性增加致肺水肿。

(2) 如在麻醉时先进行气管插管, 首先确保病人的呼吸道通畅, 再用麻醉机进行辅助呼吸, 上述的并发症可能发生的较轻或不可能发生。更何况病人在术前已有轻度声音嘶哑, 并查出有气管轻度受压, 此时先进行气管插管也是确保术中安全的有效措施之一。

(3) 病人的抢救成功是 ARDS 及时被发现, 抢救措施得力。尤其是先进行气管插管, 辅助呼吸机进行呼气末正压通气。随后进行一系列防治肺水肿的方法并进行重症监护, 使得病人才转危为安。

5. 女, 40 岁, 农民。颈前发现一肿物约乒乓球大小 5 年, 生长慢, 无痛。无心悸、憋气、声音嘶哑, 无盗汗、发热, 食欲、大小便、月经正常。曾在当地诊断为地方性甲状腺肿及甲状腺腺瘤, 未经特殊治疗, 仅食用海带等物无效。平日健康, 无肝炎、结核及心血管疾病史。

查体: 中年女性, 一般情况好, 生命征稳定, 头、眼、心肺、腹部、四肢无异常。颈前右侧有一随吞咽活动的肿物约 $4\text{cm} \times 5\text{cm}$ 大小, 表面光滑, 质韧, 无触痛, 与皮肤无粘连。颈淋巴结不肿大, 咽峡部无异常, 气管正中。X 线胸部透视、ECG、 T_3 、 T_4 均正常, B 超示右侧甲状腺腺瘤, 肿瘤细胞学检查为甲状腺腺瘤囊性变。

3 天后以地方性甲状腺肿及甲状腺腺瘤, 在颈丛麻醉下行右侧甲状腺大部切除术, 手术顺利, 恢复良好, 5 天拆线、出院。术后病理学诊断为甲状腺癌。1 月后行右侧甲状腺全切并同侧颈淋巴结清扫, 左侧甲状腺大部切除术。术后

继续放疗、化疗等，随访 5 年仍健在。

经验教训：

(1) 甲状腺癌 (80% 以上是乳头状、滤泡状癌) 有如下生物学特征：①甲状腺癌发病多为中青年女性，并非像一般癌症那样多为中老年人；②甲状腺癌病程相对较长而且癌转移的较晚，而不像一般癌症那样发展迅速；③甲状腺癌不像一般癌性肿块那样表面不光滑、质硬、活动性差。该病人的术前误诊就是对上述生物学特性了解、认识不足造成的。

(2) 对于甲状腺单个、实质性肿块应怀疑甲状腺癌，术时最好行快速冷冻切片来证实临床诊断，无条件者应在术前行肿块部分切除病理学检查。

(3) 原发性甲状腺癌不同与原发甲状腺结核。后者发病虽亦多见于青年人，但颈前单个肿块生长的快，肿块周围淋巴结肿大出现的较早，多为血行感染，所以病灶可出现在甲状腺任何部位，而甲状腺癌病变多位于甲状腺一叶的上后方；原发性甲状腺癌多伴有甲低，原发甲状腺结核较少见。术前、术时行肿块病理组织学检查有助于两者的鉴别。

(4) 甲状腺癌诊断时应将临床表现与辅助检查相结合。甲状腺癌的误诊有临床误诊和病理学检查误诊。临床误诊的原因：①上述甲状腺癌生物学特性，使其无特征性临床表现，易被忽略；②甲状腺单个结节常被误认为是良性病变，很少再进一步检查；③颈前肿块可为炎症、结核或转移癌。微小原发性甲状腺癌有淋巴结转移，常误认为是其他组织、器官的癌转移，而忽略了微小原发性甲状腺癌的淋巴结转移；④一般认为年轻单个结节性甲状腺肿，生长较快、质较硬、固定或周围淋巴结肿大，或伴有声音嘶哑、呛咳、呼吸道压迫症状等提示有原发性甲状腺癌的可能。

(5) 甲状腺放射性核素扫描诊断率为 70% ~ 80%。一般认为甲状腺冷结节多为恶性，热结节多为良性。其实不尽

然,当甲状腺囊性变时,囊肿血液供给减少,扫描时为冷结节;甲状腺癌血运丰富时,反而呈热结节表现;B超检查可确定肿块的形状、包膜、囊性或实质性、单发或多发、癌浸润程度等,但直径小于1cm的肿块分辨率不高,对鉴别甲状腺肿块的性质无帮助; T_3 、 T_4 吸碘率检查只对甲状腺功能亢进有诊断意义,对甲状腺癌无特征性;X线颈片可与地方性结节性甲状腺肿并钙化进行鉴别;甲状腺淋巴造影有助于肿块性质的鉴别。

(6)病理学检查误诊:①穿刺细胞学检查是简便易行的方法,穿刺针吸甲状腺癌确诊率高于良性肿瘤,但有一定盲目性,针刺面积小,仍不理想;②术中冷冻切片取材不正确可误诊。因此应做到:肿块腐烂、坏死呈浸润性生长多为恶性;在肿块较硬、有坏死及有周边浸润处取材阳性率较高;甲状腺不大、结节不明显,周围有坚硬的淋巴结时,在此取材阳性率较高;③未进行连续切片,直径0.1~0.5cm的微小癌易被遗漏;④制片的质量亦影响确诊。因此对于原发性甲状腺癌的误诊应全面、具体地分析,不能轻易说是谁的责任。

6.女,60岁,农民。颈前发现一肿物30年,近5年生长较快,无痛。活动量大时或平卧时有心悸、憋气感,有轻度声音嘶哑,无盗汗、发热,食欲可,大小便正常。曾在当地诊断为地方性结节性甲状腺肿并轻度甲状腺功能亢进,食用海带等物无效。平日健康,无肝炎、结核及心血管病史。

查体:老年女性,一般情况好,生命征稳定。头、眼、心肺、腹部、四肢无异常。颈前有一巨大肿物约20cm×16cm×10cm大小,表面光滑呈结节状,质韧,无触痛,与皮肤无粘连。颈淋巴结不肿大,咽峡部无异常,气管正中。X线胸部透视、ECG、 T_3 、 T_4 无明显异常,B超示两侧结节性巨大甲状腺肿,穿刺细胞学检查未见癌细胞。

由于患者无明显甲状腺功能亢进的症状及体征,所以术