

44056

外科手术前后的处理

（第三版 增订本）

邱少陵 周正清 編 著

人民衛生出版社

外科手術前后的处理

(第三版 增訂本)

周正清 編著

人民衛生出版社

一九五七年·北京

內 容 提 要

本書簡單扼要地敘述了外科手術前后的处理。計有总論、腹部、胸腔、妇科、其他外科五章。可作为一般从事外科工作的医师和医士的手头参考書。本書为第三版增訂本，除了大量修改外，还增加了胰腺外科、小儿外科、老年人外科各節；妇科一章已全部重寫。

外科手術前后的处理

开本：787×1092/32 印張：6 1/4 字數：138 千字

邱少陵 周正清 編 著

人 民 衛 生 出 版 社 出 版

(北京書刊出版業營業許可証出字第〇四六号)

• 北京崇文區校子胡同三十六号 •

新光明記印刷所印刷 • 新華書店發行

統一書号：14048 • 0042

定 价：(9) 0.75 元

1952年4月第1版—第1次印刷

1957年6月第3版—第7次印刷

(上海版) 印數：22,001—29,500

序

一般人說到外科治療，常归功于外科手術。当然，手術的重要是不可否認的，手術的优良与否常为病人生死的因素。但外科手術如含棄診斷和手術前后的处理，虽技術超群也无济于事；故外科手術的功能，实僅占外科治療的四分之一而已。

在整个外科診療过程中，診斷实屬首要。治療方法的進退，均以診斷为依据，故詳察根源，研究病情的經過与变化，均不容忽視。至于外科病人手術前后的处理，为治療外科病的始終。以往医者治病，僅以疾病为对象，每多偏差，目前則应以病人为对象。凡一切与病人安全及體質有关者，均应予以注意。所以手術前后处理的重要性，与外科手術及診斷并駕齐驅，不能有所軒輊。

本書大部分为本人與周医师任住院医师时个别研究所得，并加歷年工作經驗彙集而成。至于整形科一章为上海第二医学院院長倪葆春医师手稿；泌尿科为上海市第一公費医院夏其昌医师所作；骨科为同济医院屠开元医师所作，妇科为第一勞工医院王湘蘭主任所作，特此提及。

本書內容分总論、腹腔外科、胸腔外科及其他外科手術的前后处理。每章皆先有概論、适应証、禁忌証，繼以外科手術的原則、手術前后的处理，并參以圖解若干，因此本書目的乃在說明手術的原則及手術前后的处理；至于診斷一項則不在本書範圍之內。惟本書乃百忙中所湊成，或有語意不詳之处，尚希医界同仁不吝賜教是幸。

邱少陵 上海第二医学院

第三版增訂本序

本書初版至今已四年余，承蒙各同道的愛護，以致能有機會數度再版再印貢獻同道。本次為適應各方面的需要，將一些比較新的材料，如小兒外科、胰腺外科及老年人外科等手術前后的處理加入。其中小兒外科手術前后的處理是小兒外科專家馬安權教授所寫的；胰腺外科是腹部專家董方中教授的貢獻。至於其他方面，亦予部分補充和修改。所有名詞已尽可能地根據標準加以更正。但其中缺點及文字之錯誤在所不免，希同道隨時予以指正。

邱少陵

目 錄

第一章 总論	1
第一節 外科手術前后的一般处理	1
第二節 液体注射的理論和应用	8
第三節 麻醉前后的处理	11
第四節 伤口的处理	25
第二章 腹部外科	30
第五節 米阿氏解压管应用法	30
第六節 闌尾炎的处理	33
第七節 疝的处理	36
第八節 胃的外科处理	38
第九節 胆囊、胆管、肝的外科处理	43
第十節 胰腺的外科处理	50
第十一節 脾的外科处理	54
第十二節 小腸的外科处理	57
第十三節 腸套叠手術前后的处理	60
第十四節 大腸的外科处理	62
第十五節 急性腹部症候概論	64
第十六節 痔和肛瘻的处理	71
第十七節 直腸癌的处理	73
第三章 胸腔外科	77
第十八節 胸腔外科手術前后一般的准备和处理	77
第十九節 胸廓成形術	81
第二十節 肺及肺叶切除術	90
第二十一節 支气管及食管鏡檢術	97
第二十二節 胸膜腔內粘連烙断術	99
第二十三節 膈神經阻斷術	102

第二十四節	膿胸的處理	106
第二十五節	食管外科	109
第二十六節	心病患者外科手術前後的處理	113
第二十七節	心外科手術前後的處理	118
第四章	婦科手術前後的處理	121
第二十八節	概論	121
第二十九節	婦科腹部手術前後的處理	121
第三十節	婦科陰道手術前後的處理	129
第五章	其他外科	141
第三十一節	甲狀腺外科的處理	141
第三十二節	泌尿外科手術前後的處理	144
第三十三節	矯形外科手術前後的處理	157
第三十四節	成形外科手術前後的處理	162
第三十五節	小兒外科手術前後的處理	167
第三十六節	老年人外科手術前後的處理	175
第三十七節	神經外科手術前後的處理	179
第三十八節	糖尿病患者外科手術前後的處理	184
第三十九節	癌症概論——乳癌	188
附：	度量衡及溫度對照表	193

第一章 总 論

第一節 外科手術前后的一般处理

外科的成功不僅有賴于施行手術时的技術，而尤賴于手術前后对于病人的照料。

謹慎的准备以及对病人狀況的徹底明了，不但可保證病人在受熟練手術时的安全，亦能使其安度手術后的反应，并使切口良好愈合，及早恢复健康。

外科病人入院时的处理

一、入院許可書和手術預定書（过去为手術志愿書），于入院时簽好。病情之嚴重性及外科手術之所可能發生之意外应对病人家屬詳予解釋。

二、正确的病歷記錄和完全的体格檢查，注意心、肺、肝的功能。

三、血、尿和大便的常規檢驗，包括瓦氏及康氏反应。如后者为陽性則須妥为治療，至陰性方可施行手術，急症例外。紅血球标准应超过四百万；血紅蛋白 70%。如小便有異常之成分应予治療或会診。

四、臨床鑑別診斷。

五、如需要，進行証实性的試驗如X射綫的、化学的、細菌学的和組織切片檢查；內腔鏡檢法如膀胱鏡、乙狀結腸鏡、食道鏡、胃鏡，和气管鏡檢驗法。

六、一般的外科病人經過上述的步驟，可以決定施行手術与否，有时須行探索性的手術。

手術前的处理

一、注意病人的一般狀況、年齡、性別、营养状态和心理特征。

二、注意病人体内水和鹽类物質的平衡狀況。

三、注意病人体内重要器官的情况，如心肺与肝功能。并有否肺結核病、慢性腎炎、糖尿病、梅毒，和有无潛伏性病灶存在。

四、注意急症和重伤出血病人有无休克現象。如有休克应先矯正，待血压达 100 毫米汞柱时始可施行手術。

五、血型的檢定。

六、注意出血与凝血時間。

七、注意輸血：应于手術前一星期內分期行之。不可等待手術时一次行之。

医 学 会 診

外科手術的成功，往往并非只賴外科医师一人的学識和技能所能獲得，因为病人的全部狀況和其可兼有的其他併發因素，或其他器官系統可能併發的疾患，各該因素，均非外科医师單獨所能兼顧，必須由各該病症的專科医师会同診療。因此，凡在施行大手術之前应考虑征詢各有关專科医师的意見，以便明了病人体内狀況，予以必要之准备。

手術前一天的处理

一、替病人沐浴准备手術部位的周圍皮膚，注意必須无斑疹或瘡子，剃淨汗毛，搽醚和酒精，复以消毒巾。

二、供給营养丰富、无渣滓和易于消化的食物。

三、手術前午夜以後，不可再進流質，如確手術時間是在上午11時以後，則病人可于早上6時以前吃輕流質的食物。大的小孩于術前4小時，嬰兒2小時禁進流質。急症手術須先行洗胃，或應用胃管除去其胃內積液；急症如有感染性，應即行注射抗生素及破傷風血清等。

四、灌腸和導尿，插胃管或米阿氏減壓管。

五、考慮輸血。配血應當詳慎，反復檢查，最好有二人共同負責檢定。若手術重大，病人可能失血較多，應準備1,000—2,000毫升血液。

六、藥療包括特效藥和安撫劑。

七、麻醉法和麻醉藥的選擇。

八、如須用瀉藥（如蓖麻油之類），至少應該于手術前一天給予；但不可在晚上給予，以免病人整夜大便，疲勞不堪而減少抵抗力。

未進手術室前的處理

一、負責護士應將病人的假牙、飾品及貴重物品取去妥予保存；

二、將病歷、記錄、實驗報告、X射綫照相等準備好，帶進手術室；

三、病人自行小便，或予導尿，安置導尿管、胃管等；

四、術前藥療：全麻的給予嗎啡、阿托品（或不用）；脊麻的給嗎啡及麻黃素；局麻的給嗎啡、東莨菪鹼；心臟病的只給嗎啡。在蘇聯也有人主張廢除手術前的嗎啡常規注射，因為嗎啡能引起嘔吐及降低血壓，對脊髓麻醉的病人尤其不利。故手術前也可免除給予嗎啡。作者認為如能推廣此點，還可以節約不少嗎啡（以下各節雖然提到嗎啡之應用，這是因為此點

尚未普及。讀者如同意，可自行取消嗎啡）。

施手術时应考慮的事項

一、手術的部位和手術時病人的位置，並如何墊好某部，妥加保護，以免壓傷而致癱瘓、痛苦等情。

二、病人狀況的改變，如血壓降低，脈搏變化等等。

三、靜脈滴入治療法和輸血。

四、急救藥品的應用。

五、注意手術的規則。

六、麻醉的記錄，手術時的情況與治療應妥予記載，以作醫學甚至法律上的參考。

手術後的處理

在手術室施行手術的時候，就應該開始注意，尤其是預防肺不張行氣管內抽液法。搬動病人時，施用全麻的病人可能發生休克、窒息、外傷等意外，應當小心注意。

在病人將醒的時候，可能嘔吐及吸入嘔吐物，以致引起呼吸道的意外，此點應予注意。應將頭部托起，使轉向一側，吐出液體。在病室裡應保持病人溫暖、安靜；同時對水鹽平衡、飲食、大小便、傷口的處理、用藥、早期離床，都需要隨時作適當的決定。

一、臥式——酌情使病人頭低位平臥、半坐式或側臥。

二、飲食——無惡心嘔吐後3小時，可給少量開水或流質。

三、止痛劑——嗎啡0.01—0.008克需要時每4小時一次，或用安撫劑。

四、特效藥（磺胺制劑、青霉素、鏈霉素和氯霉素）。

五、血压、脈搏和呼吸的記錄在最初 3 小时内可按每 $\frac{1}{2}$ 小时 1 次；以后可以改为每小时 1 次，如繼續正常則可以改至普通常规。

六、鼓励病人作深呼吸及手按刀口作咳嗽，每小时行数次，以清除支气管積液。行胸部手術病人，应行腹式深呼吸。

七、輪流側臥和仰臥。

八、如血压低于 100 毫米汞柱者，抬高其床脚 20—40 厘米，視其情况而定。

九、随时报告病况变化，并应用急救藥品。

十、靜脈滴入療法，有生理鹽水、葡萄糖水和血漿，或輸血。速度：

1. 营养：为繼續 24 小时靜脈营养法，健全人体重 120 磅每分鐘 2 毫升；160 磅以上每分鐘 2—3 毫升。視其液体排泄量而定。如为一次注射則每小时 300 毫升。最好以含 5 % 葡萄糖生理鹽水及 5 % 葡萄糖溶液交替注射，以免組織積水。这最要紧，体液平衡切要注意。

2. 休克及出血：視血压高低而定，血压愈低輸血愈速。有时因血管收縮血液不易輸入，可注射 1 % 奴佛卡因 10 毫升于靜脈內以舒張之。

十一、氧气療法，普通用導管插入鼻咽。氧必須通过水瓶然后導入鼻咽，以免發生意外。

十二、心臟或呼吸系統的兴奋剂于必要时給予注射。

十三、胃腸膨脹应用十二指腸管，或米勒-阿博脫(Miller-Abbott)氏管抽吸；肛管放气。如非腹膜炎、闌尾炎、机械性腸梗阻、胃腸切除吻合手術等，可用松節油甘油灌腸法，同时可注射毒扁豆素衍化物(Prostigmine)或腦垂体后叶素等藥物，但是此等藥物必須詳加考慮后才可使用。

十四、必要时每小时導尿 1 次，然須視实际情况决定時間。可酌予安撫剂以減膀胱反射性刺激。

十五、呃逆时可試飲熱開水、洗胃、胃減压、呼吸二氧化碳气；否則作小便檢驗和血內非蛋白氮試驗。如必要时經 X 射綫透視决定后可施行膈神經麻痺術。

十六、保持温暖，但勿过热。

十七、早期离床；但有营养不良、器官性疾病、腹膜炎或寒熱的病人，不可作此吩咐。

十八、甲狀腺手術后应作气管切开術的准备，以防万一。

十九、如有肺不張征象，或气管內有積液，可施行气管鏡檢術及抽液；如无气管鏡，可用導管由鼻傳入气管吸出積液。必要时行气管切开術。胸腔手術后，应繼續給予氧气，至手術医师吩咐停止时为止。

二十、飲食：首重口進，比任何注射都要緊。

1. 非腹腔手術的全身麻醉或脊髓麻醉后，如病人 3 小时內无惡心，可給以少量開水，漸次增为流質，次日可進軟飲食。

2. 胃腸手術或食道手術的進取流質，于手術后 1—2 天可供給少許。阿-饒 (Abboff-Rawson) 氏管既可为減压，又可为餵养之用。

二十一、預防靜脈血栓形成。

1. 运动：下肢，自由車式运动，每半小时 1 次。

2. 緩呼吸 20 次。

3. 中間時間，下肢用枕垫高。

併發症

一、休克(精力衰竭)常發生于手術后 2—6 小时。

二、出血；原發性者由于止血不完全，或縫合时不慎刺破

血管所致；繼發性出血發生于手術后 5—6 日，由于血管的腐敗或糜爛。

三、肺不張多發生于病人离手術室時，由于支气管分泌積滯所致。

四、腹部膨脹，由于反射性腸的抑制、体内尤其消化道内食鹽減少或腹膜炎所致。

五、割口化膿，或其他部位膿腫。

六、尿閉可能由于反射性抑制、不習慣臥式小便、失水或出血所致。

七、血栓通常發生于手術后 10—14 天。

但是在慢性脾大症或脾功能亢進症患者施行脾切除手術后 2 月左右，仍有死于門循环血管栓塞症的。近年提倡手術后早期离床，对血栓意外已大为少見；可是对脾功能亢進症患者施行脾切除術后，可能併發血管栓塞病变，仍須警惕。預防方法着重于手術后注意。

1. 檢驗出血和凝血時間，每 4 小时 1 次。

2. 檢驗凝血酶原時間，隔日 1 次。

3. 于 1,000 毫升生理鹽水內含有 50—100 毫克的肝素溶液于 4 小时內徐徐注入靜脈。必要时可重复注射以期出血与凝血時間較正常延長 4—6 分鐘。

4. 另用双香豆素，剂量：

第一日 300 毫克；

第二日 200 毫克；

第三日 100 毫克。

以后以每日 50—100 毫克为維持剂量。

5. 用肝素和敗坏翹搖素時，必須隨時檢驗出血，凝血時間和凝血酶原時間，以維持較正常延長 4—6 分鐘為原則。

- 八、肺炎和肺膿腫，可能因气管吸入物或肺不張所致。
- 九、腮腺炎、膈下膿腫、結腸旁溝積膿和導尿性尿道炎。
- 十、褥瘡和热水壺燙傷。

記 錄

詳盡和明确的病況進展記錄，無論普通的或特殊的手術，均應善加保存。能做到此點，就是促進外科手術進步的優良方法。

(邱少陵 周正清)

第二節 液体注射的理論和应用

人体內水、鹽类和蛋白質的正常含量

一、正常人体內水分含量約占体重 70% 左右，分布在細胞內的水分約为体重的 40—50%，約有 30 升，約重 60 磅；分布在細胞外的水分約为体重的 20% 左右，其中 12—18% 存在于組織或細胞間隙內，其余約 4—5% 的水分存在于血液，內約 3 升，重約 6 磅。

二、正常人体內鹽的含量約为体重的 1/400；約 5 噸，其中 2/3 分布在細胞液外，1/3 集中于消化道的分泌液內、汗分泌內，和小便內；細胞內的鹽类多屬鉀、鎂、磷和硫化合物。

三、組織間隙內液体約含蛋白質 1—2%；血液內約含蛋白質 7—8%。

体液的調節

一、体液平衡状态的保持由肺、皮膚、消化道和腎來調節。

二、調節的原理，主要的由細胞內和細胞外所含的水、鹽类和蛋白質所產生的滲压的等滲作用來維持和酸鹼平衡的作

用。

三、單純性的水分缺乏產生細胞外液体的滲压高于細胞內的，因此循环系統內的血量仍旧維持原狀；惟細胞有失水的現象，臨床上覺得有口渴的感覺，失水占體重 2% 有口渴和心神不安；若占 6%，可能神志昏迷。

四、單純性的食鹽缺乏，產生細胞外液体的滲压減低，細胞吸收水分。同時腎為保持細胞內、外的滲压的原來等滲狀態，亦排泄細胞外的一部分水分，結果使循环的血量減少，形成休克狀態。所以在單純性的食鹽缺乏時，細胞內的滲透壓力几乎沒有改變，臨床上病人無口渴的感覺，小便排泄量亦正常，病人只覺得疲乏、無神、頭昏、頭痛；繼之以惡心、嘔吐、小腿肌痙攣，以至于神志昏迷不清，人體內鹽的含量約為 5—6 噸，每 100 毫升的血漿約含 560—620 毫克的氯化鈉。若含量降至 320—350 毫克時，腎即起調節作用，停止鹽的排泄，其重要性可知。鹽的損失在 1 噸左右即有反應，如達到 2 噸以上即有昏迷現象。另一方面如體內貯鹽過多，可以引起全身水腫現象，因為貯鹽平均每 6—7 克須同時貯水 1 升于體內。結果病人有水腫現象，同時細胞內可能有缺水現象。

五、蛋白質的缺乏使細胞外的滲压相對的增高，結果循环系統內的水分容易由毛細血管滲入組織或細胞間隙，而形成水腫，所以血液內的蛋白質含量低于 5 % 時，即可有水腫發生。間接的影響各器官的生理作用。

体液的排泄和分泌

一、每日水量的正常排泄，由肺和皮膚約占 1,000 毫升，小便約占 1,500 毫升，大便約占 100 毫升，總計約為 2,600 毫升。換言之，每人每日需進 2,600 毫升的水分才有合理的体

内液体的平衡。

二、消化道分泌的估計：

唾液每日約1,500毫升，含鹽量8克，等于1升生理鹽水。

胃液每日約2,500毫升，含鹽量18克，等于2升生理鹽水。

胆汁每日約500毫升，含鹽量4克，等于半升生理鹽水。

胰液每日約700毫升，含鹽量6克，等于 $\frac{3}{4}$ 升生理鹽水。

腸液每日約3,000毫升，含鹽量22克，等于 $2\frac{1}{2}$ 升生理鹽水。

三、病态排泄的估計：

出汗若有14,000毫升，含鹽量約35克，等于4升生理鹽水。

嘔吐若有6,000毫升，含鹽量約40克，等于 $4\frac{1}{2}$ 升生理鹽水。

腹瀉若有7,000毫升，含鹽量約50克，等于6升生理鹽水。

液体治療

一、手術后病人每日（指24小时計算）飲食中应含有水分2,500毫升左右。

二、如不能口服，用靜脈、皮下或肌肉注射代替。

三、如大手術后多給500—1,000毫升。

四、如有高热，多給1,000毫升左右，根据病况而增減。

五、如有失水現象，多給2,000—3,000毫升。

六、如有嘔吐、腹瀉、胆管瘻管，或小腸瘻管或置有引流管，均应酌量实际損失，补入適當量的生理鹽水。