

“十二五”国家重点图书

住院医师查房医嘱手册丛书

丛书主编 王宇 张淑文

实用普通外科 查房医嘱手册

主编 张忠涛

- 全程查房示教，动态情景教学
- 临床医嘱示范，规范医嘱行为
- 实际病例教学，培养临床思维
- 重点突出简明，实用小巧便携



北京大学医学出版社

“十三五”国家重点图书出版规划项目

国家卫生健康委员会住院医师规范化培训规划教材

住院医师规范化培训教材

实用普通外科 查房医案手册

主编 张进海

住院医师规范化培训
住院医师规范化培训
住院医师规范化培训
住院医师规范化培训
住院医师规范化培训

住院医师规范化培训
住院医师规范化培训
住院医师规范化培训
住院医师规范化培训
住院医师规范化培训



人民卫生出版社

“十二五”国家重点图书
住院医师查房医嘱手册丛书

实用普通外科查房医嘱手册

主 编 张忠涛

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

蔡 军	葛智成	郭 伟
韩 威	侯以岸	金 岚
李 宇	孟 化	屈 翔
滕长胜	王 今	王康里
吴国聪	薛建国	于宏志
赵晓牧	张 军	张忠涛
赵 宁		

北京大学医学出版社

SHIYONG PUTONG WAIKE CHAFANG YIZHU SHOUCHE

图书在版编目 (CIP) 数据

实用普通外科查房医嘱手册/张忠涛主编. —北京:
北京大学医学出版社, 2012.9

(住院医师查房医嘱手册丛书)

ISBN 978 - 7 - 5659 - 0456 - 1

I. ①实… II. ①张… III. 外科-疾病-诊疗-
手册 IV. ①R6 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 222345 号

实用普通外科查房医嘱手册

主 编: 张忠涛

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京东方圣雅印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 赵 爽 责任校对: 金彤文 责任印制: 苗 旺

开 本: 889mm×1194mm 1/32 印张: 14.75 字数: 415 千字

版 次: 2013 年 1 月第 1 版 2013 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978 - 7 - 5659 - 0456 - 1

定 价: 53.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

《住院医师查房医嘱手册丛书》编委会

丛书主编 王 宇 首都医科大学附属北京友谊医院
外科主任医师、教授，首都医科大学
普通外科学系副主任，北京市
消化疾病中心首席外科专家，
首都医科大学附属北京友谊医院
专家委员会委员

张淑文 首都医科大学附属北京友谊医院
感染暨急救医学内科主任医师、
教授、博士生导师，首都医科大学
中西医结合系秘书长，中国中
西医结合急救委员会副主任委员

编 委 (按姓氏汉语拼音排序):

段 婷	段美丽	龚 民	洪 旭
靳家玉	李 昂	李虹伟	蔺 莉
刘 藏	刘文虎	屈 翔	田 野
童笑梅	王 红	王 薇	王 昭
王炳强	王浩彦	王宁宇	杨传瑞
张澍田	张忠涛		

编写秘书：王海曼 刘 庚

主编简介



张忠涛，医学博士，主任医师，教授，博士生导师，卫生部有突出贡献的中青年专家，享受国务院颁发的政府特殊津贴。现任首都医科大学附属北京友谊医院普外科主任，外科教研室主任，兼任中华医学会外科分会常委、副秘书长，中华医学会外科分会外科手术学学组副组长，中国抗癌协会胃癌专业委员会常委，北京医学会外科专业委员会副主任委员。从事普外科工作二十余年，擅长肝、胆、胰及胃肠肿瘤的诊断与手术治疗，常年工作在临床第一线，专业知识全面，手术技术精湛，临床经验丰富，善于处理复杂的疑难重症，对于高难度的肝、胆、胰及胃肠手术具有丰富的经验。长期从事肝、胆、胰及胃肠外科的基础与临床研究，学术造诣深厚，在这些领域中，以第一作者发表论文 50 余篇，主编或参编专著 12 部，获部、市级科研成果奖 9 项。在胃癌及结直肠癌的治疗方面，积累了丰富的经验，手术精湛，并潜心研究胃肠道肿瘤的微创治疗及综合治疗。

序

临床医学是实践性、技能性很强的学科，临床医师的成长不仅要有广博的知识，而且要有扎实熟练的临床能力。住院医师培训是临床医师提高诊断和治疗能力的必需阶段，也是临床医学人才成长的特有阶段。我国不同层次医疗机构的临床医生的实际工作能力差距较大，其原因与我国缺乏完善的住院医师培养体系制度及相关教材有重要的关系。故建立和完善符合我国国情的住院医师培养制度，编纂适用于住院医师的教材是提高临床医师素质、保障医疗质量的根本措施，也是实现医疗卫生事业可持续发展的根本保证。本手册即以此为主要目的，希望对住院医师的培训、基础知识及技能的掌握起到抛砖引玉的作用。

本套丛书包括消化科、心内科、肾内科、血液科、呼吸科、内分泌科、风湿科、感染科、重症医学科、骨科、普通外科、泌尿外科、神经外科、胸外科、心脏外科、妇产科、眼科、耳鼻喉科、口腔科等各临床学科；各科内容均介绍常见病及多发病。对每种疾病的介绍，均有两大部分：其一为疾病的临床分析、诊断及相关医嘱的处理，另一部分为具体病例分析及相关问题解答。本书的特色有二：首先阅读对象比较特殊，主要针对刚刚涉入临床的住院医师；其次能够做到充分立足临床，不仅介绍疾病本身，而且涉及疾病的临床分析与实际的医嘱处理。本套丛书可作为住院医师在全方位学习基础知识与理论，以及在轮转过程中具有实用价值信息的独立资料来源。

丛书中医嘱部分采用了临床常用的缩写，说明如下：

im，肌肉注射；iv，静脉注射；ih，皮下注射；iv gtt，静脉滴注；po，口服；prn，必要时；sos，需要时（限用1次）；st，立即执行1次；qd，每日1次；bid，每日2次；qid，每日4次；q6h，每6小时1次；qn，每晚；tid，每日3次；qod，隔日1次。

本书在编写的过程中，各科均参考大量文献资料，又结合本单位的临床经验，尽量做到简明扼要又紧扣临床。但由于水平有限，难免会出现漏洞及不尽如人意之处，敬请读者批评与指正。

王 宇 张淑文

前 言

查房是医师临床诊疗过程中的重要环节，一个医师的查房水平及熟练程度，集中反映了他的临床思维能力和诊疗水平，而对于年轻的住院医师，查房也是学习上级医师诊疗经验的有效途径。本书正是基于这样的考虑，针对临床常见病，突出查房过程中需要注意的问题，从整体上动态反映查房的全过程。它有别于市场上已有的同类图书之处就在于其主要针对住院病例，与“门急诊手册”形成互补；同时与“诊疗手册”也不尽相同。对于教科书中已阐明的内容本书不再赘述或仅一带而过；相关理论略而不谈、点到为止，书中内容更加注重临床实用性和可操作性。同时，鉴于很多年轻医生初入临床，往往不知如何开医嘱，或所开医嘱挂一而漏万的特点，本书在编写过程中特别注重在各章节中穿插各期医嘱示范（包括门诊医嘱、术前医嘱、术后医嘱、出院医嘱），涵盖患者不同诊疗阶段的临床医嘱供年轻医师参考。

总之，本书的编写目的旨在为年轻的住院医师提供查房、开医嘱时处理各种疾病的思路及方法，让大家了解如何规范地进行查房，如何开出正确的医嘱，在学习专家临床诊断思路的同时，培养自身良好的临床思维习惯，以达到掌握相应疾病诊疗技巧的目标。希望本书能成为年轻医师工作中的良师益友。



目 录

第 1 章 颈部疾病	1
第一节 结节性甲状腺肿	1
第二节 甲状腺腺瘤	7
第三节 甲状腺炎	12
第四节 原发性甲状腺功能亢进	13
第五节 甲状腺癌	20
第六节 原发性甲状旁腺功能亢进	29
第 2 章 乳腺疾病	38
第一节 急性乳腺炎	38
第二节 乳腺囊性增生病	39
第三节 乳腺纤维瘤	41
第四节 乳管内乳头状瘤	43
第五节 乳房肉瘤	45
第六节 男性乳腺发育	51
第七节 乳腺癌	53
第 3 章 腹部损伤	60
第一节 概述	60
第二节 常见内脏损伤的特征及处理	67
第 4 章 腹外疝	73
第一节 腹股沟疝	73
第二节 股疝	81
第三节 切口疝	84
第四节 脐疝	88
第 5 章 急性化脓性腹膜炎	92
第一节 解剖生理概要	92
第二节 急性弥漫性腹膜炎	93
第三节 腹腔脓肿	98

第6章 胃十二指肠疾病	100
第一节 胃十二指肠溃疡	100
第二节 胃癌及其他胃肿瘤	108
第三节 良性十二指肠淤滞症	121
第7章 小肠疾病	125
第一节 小肠解剖生理概要	125
第二节 Crohn 病	126
第三节 肠结核	128
第四节 急性出血性肠炎	130
第五节 肠伤寒穿孔	132
第六节 肠梗阻	134
第七节 肠扭转	140
第八节 肠套叠	141
第九节 肠系膜血管缺血性疾病	143
第十节 短肠综合征	145
第十一节 小肠肿瘤	148
第十二节 肠外瘘	150
第十三节 小肠疾病入院医嘱示范	153
第8章 阑尾炎	160
第9章 结直肠与肛管疾病	169
第一节 结直肠癌	169
第二节 结直肠息肉与息肉病	184
第三节 肛管及肛周恶性肿瘤	191
第四节 乙状结肠扭转	197
第五节 溃疡性结肠炎的外科治疗	202
第六节 痔	207
第七节 肛裂	214
第八节 直肠肛管周围脓肿	219
第九节 肛瘘	225
第十节 便秘的外科治疗	232
第十一节 直肠脱垂	236
第10章 肝疾病	242
第一节 解剖生理概要	242

第二节	肝囊肿	243
第三节	肝脓肿	251
第四节	肝良性肿瘤	263
第五节	肝恶性肿瘤	272
第 11 章	门脉高压症	287
第 12 章	胆道疾病	295
第一节	成人先天性胆管囊状扩张症	295
第二节	胆道蛔虫症	300
第三节	胆石症	306
第四节	胆道感染	322
第五节	原发性硬化性胆管炎	335
第六节	胆道疾病的常见并发症	340
第七节	胆道肿瘤	354
第八节	胆道损伤	369
第 13 章	胰腺疾病	375
第一节	急性胰腺炎	375
第二节	慢性胰腺炎	382
第三节	胰腺癌	387
第四节	胰腺假性囊肿	394
第五节	胰腺内分泌肿瘤	397
第 14 章	脾疾病	404
第一节	概述	404
第二节	脾主要相关疾病	408
第三节	脾切除的适应证及疗效	413
第 15 章	急腹症	416
第 16 章	上消化道出血	428
第 17 章	腹部肿块	436
第 18 章	外科黄疸的诊断与处理原则	443

颈部疾病

第一节 结节性甲状腺肿

概述

由于甲状腺在 TSH 的刺激下增生和代偿性肿大，甲状腺内扩张的滤泡聚集成多个大小不等的结节，形成结节性甲状腺肿。本病发病既有地方性流行特点也有散发特点，女性发病率高于男性。其发病原因有：①甲状腺素原料碘的缺乏；②甲状腺素需要量增加；③甲状腺素合成和分泌障碍；④近年也有文献报道由于补碘过量造成碘中毒。

入院评估

一、病史询问要点

（一）主要表现 本病病程长，进展缓慢，就诊多发现甲状腺结节或颈部增粗，由于 B 超的广泛使用，并且其可发现 2mm 以上的结节，所以，临床症状及体征阴性而由于 B 超发现甲状腺结节而就诊的病例逐年增多。

（二）其他症状 本病除合并甲状腺功能亢进患者有甲亢症状外，少有特殊不适主诉。在甲状腺结节增长到一定程度对周围组织器官产生压迫时可有以下症状：①呼吸困难，由于甲状腺结节的压迫可使气管弯曲、移位、狭窄、甚至软化，患者可有明显的活动性气促，特别是在并发上呼吸道感染时呼吸困难可明显加重，甚至可引起窒息；②吞咽困难；③神经受压，喉返神经受压可有声音嘶哑，颈交感神经节受压引起霍纳综合征。

（三）特殊情况 部分囊性结节可因囊内出血而出现甲状腺结节突然增大伴有颈部疼痛。

二、体格检查要点

触诊甲状腺可呈单侧或双侧弥漫性改变，甲状腺结节为多

发,也可单发。查体时注意甲状腺结节的大小、边界是否清晰、硬度、是否随吞咽活动,气管是否受压移位,听诊有无血管杂音。

三、分析门诊资料

除询问病史和体格检查外,还需做一些辅助检查。

(一) 放射性核素扫描

以 ^{131}I 和 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ 最常用。通过摄取核素,可以显示出摄取能力增高的热结节和无放射性摄取的冷结节等,从而对结节性质作出诊断。在甲状腺结节中80%~90%是冷结节,其中多数是良性结节,包括囊肿、腺瘤、结节性甲状腺肿或甲状腺炎等,仅10%~20%是恶性结节。而99%的热结节是良性结节,包括高功能腺瘤或毒性多结节性甲状腺肿等,也有1%~2%为恶性可能。放射性核素扫描还可检测出异位甲状腺。

(二) 超声检查

高频超声对甲状腺疾病的敏感性在97%以上,区分结节囊实性的符合率亦在90%以上。因其可清楚分辨小至直径2mm的结节,故常可发现早期体检不能触及的隐匿性病灶。超声检查除可检测出甲状腺结节的大小、数量外,还可显示结节的形态是否规则、包膜是否完整、境界是否清晰、是否伴有晕环以及有无钙化,以鉴别结节的良恶性。

(三) X线片

颈部和胸部X线片的主要目的是了解甲状腺部位有无钙化影,以提示是否为恶性结节,了解有无气管受压移位情况。

(四) 细针穿刺细胞学检查

对临床上怀疑为恶性的甲状腺结节如结节质地硬,界限不清的,可采取细针穿刺细胞学检查(fine needle aspiration cytology, FNAC),FNAC不仅可以诊断结节的良恶性,还可区分恶性结节的病理类型。FNAC是诊断甲状腺结节最精确、最可靠的检查方法之一,诊断甲状腺癌的正确率达98%。但还有1%~11%的假阴性率,多见于囊性结节,也与穿刺技术有一定关系。

四、实验室检查

血FT3、FT4、TSH水平可了解甲状腺功能状态,血TGA、

TMA 或 Anti-TPO 等自身抗体滴度明显升高者考虑为桥本病或结节性甲状腺肿合并桥本病。

五、门诊医嘱

- + 左甲状腺素钠 50~100 μ g, po, qd。可用药 6 个月, 剂量以 TSH 轻度抑制为准。
- + 中医中药治疗, 以活血化瘀, 消肿散结为主, 如: 夏枯草膏 9g, bid。

病情分析

一、初步诊断

诊断依赖于病史、体格检查、放射性核素扫描、超声检查、FNAC 以及实验室检查结果等, 由于本病往往以甲状腺结节为单一特征, 所以需和以下疾病鉴别。

二、鉴别诊断

(一) 甲状腺腺瘤 女性, 40 岁以下较为多见, 临床常无自觉症状, 腺瘤较大时可产生气管压迫症状, 查体为圆形或椭圆形单发结节, 质地柔软或中等、光滑、边界清楚, 可随吞咽活动, B 超可为带晕环的界限清楚的实性结节, 核素扫描为冷结节或温结节。

(二) 桥本病 是一种自身免疫性疾病, 也是甲状腺肿合并甲状腺功能减退最常见的原因。临床表现为无痛性弥漫性甲状腺肿, 对称、质地硬、表面光滑, 可有气管压迫症状。多伴有甲状腺功能减退, FNAC 可确诊。

(三) 甲状腺癌 发病男女之比为 1:2, 以 40~50 岁为多见, 病理类型以乳头状癌、滤泡状癌为常见。多以甲状腺结节就诊, 病史较长。多数患者无症状, 偶然发现颈前区有一包块或体检发现甲状腺结节, 有的甲状腺结节持续数年近期突然迅速增大, 晚期甲状腺癌增大产生压迫症状, 可以出现声音嘶哑、吞咽困难、呼吸困难、霍纳综合征等。体检甲状腺结节可以为单发也可以为多发, 结节一般质硬、界限不清、固定。FNAC 可明确诊断, 部分病例需术中冰冻或术后石蜡病理确诊。

三、甲状腺肿大临床分度标准

1978 年在北方食盐加碘防治地方性甲状腺肿专业会议上, 制定

甲状腺肿大分度标准, I°可看到甲状腺肿大; II°脖根粗; III°颈变形, 并伴结节形成; IV°甲状腺大于本人一拳, 多带有大小不等的结节。

治疗计划

结节性甲状腺肿经过流行地区加碘盐的集体性预防, 其发病率已大幅下降, 对于已出现的结节除应用甲状腺素抑制 TSH 的释放及中医中药治疗外, 还应随访观察病情变化, 必要时采取手术治疗。

一、手术治疗

(一) 适应证

1. 有气管、食管、喉返神经等压迫症状
2. 胸骨后甲状腺肿
3. 巨大甲状腺肿影响生活及美观
4. 结节性甲状腺肿继发甲状腺功能亢进
5. 甲状腺结节怀疑有恶变

(二) 禁忌证

生理性甲状腺肿

(三) 术前准备

术前对全身身体状况进行评估, 有心脑血管病服阿司匹林等抗凝剂的, 需术前 5 天停药抗凝剂, 对巨大甲状腺结节压迫气管的患者, 要向患者及家属告知术后由于气管塌陷需行气管切开术等。

二、手术入路及特点

(一) 手术入路 一般常规采用颈部顺皮纹方向的弧形切口, 此切口可以很好地暴露甲状腺结节, 便于手术操作, 在胸骨切迹上方 1~2 cm 沿皮纹方向做衣领状与皮纹平行的弧形切口。避免切口与局部皮纹不平行形成交叉。在不影响操作的前提下, 切口应尽量短, 以满足患者的美观需求, 一般至胸锁乳突肌内侧缘或中部即可。对于巨大甲状腺肿, 有时需要将颈部弧形切口沿患侧胸锁乳突肌向上延长以便充分显露。近十年来, 有采用经胸或经腋窝入路的腔镜下甲状腺结节切除术, 该种手术借助腔镜手术创口小、长臂器械远离目标器官操作即可获得良好的解剖暴露特点, 在取得与传统开放手术切除病灶一样效果的同时, 最大限度将切口缩小、隐蔽, 因而深得年轻女性患者的欢迎。该手术需要一定的腔镜手术经验, 手术适应证一般为结节直径 $<4\text{cm}$ 。

(二) 注意要点 由于甲状腺周围有气管、食管、喉上神经、喉返神经、甲状旁腺、颈内静脉、颈总动脉等重要的组织器官,操作不当容易造成声音嘶哑、呛咳、抽搐等并发症,所以,术者应熟悉颈部解剖结构,操作轻柔细致,仔细止血,避免大块地钳夹切断组织,以免损伤神经,特别是处理甲状腺下极血管时注意喉返神经的走行。

(三) 术前准备 履行手术告知义务,签手术知情同意书。颈部皮肤清洁准备。颈过伸体位练习。

三、术前医嘱示范

(一) 长期医嘱

- + 外科护理常规
- + 三级护理
- + 普通饮食

(二) 临时医嘱

- + 血、尿、便常规+血型
- + PT、APTT
- + 血生化
- + 甲状腺功能系列
- + 乙肝五项
- + HCV
- + HIV
- + RPR
- + 心电图
- + 胸部 X 线片及气管像
- + 甲状腺及腹部 B 超
- + 与家属及病人谈话并签字
- + 局麻加强化下行单侧或双侧甲状腺次全切除术
- + 备皮
- + 青霉素皮试
- + 术前晚安定 5mg 口服
- + 术晨禁食水
- + 生理盐水 250ml 加头孢拉定 2g, ivgtt, 术前 1 小时。