

【临床常见疾病诊疗思维技巧丛书】

外科

诊疗思维技巧

WAIKE ZHENLIAO SIWEI JIQIAO

主 编 宫明智 孙大庆 张建良



人民軍醫出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

临床常见疾病诊疗思维技巧丛书

外科诊疗思维技巧

WAIKE ZHENLIAO SIWEI JIQIAO

主 编 宫明智 孙大庆 张建良
副主编 丁印鲁 王继锋 刘中浩 武士清
编 者 (以姓氏笔画为序)
马天加 王大伟 王若义 由清涌
付勤焯 邢德国 吕艳锋 许运宾
孙金龙 李志银 张晓鹏 周春文
孟彦 赵坤 赵海军 唐立群
崔庆轲 彭传亮 蹇令国



人民军医出版社

People's Military Medical Press

北京

图书在版编目(CIP)数据

外科诊疗思维技巧/宫明智,孙大庆,张建良主编. —北京:人民军医出版社,2007.2
(临床常见疾病诊疗思维技巧丛书)

ISBN 978-7-5091-0749-2

I. 外… II. ①宫…②孙…③张… III. 外科—诊疗 IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 000106 号

策划编辑:丁金玉 文字编辑:路弘 责任审读:余满松

出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

电话:(010)66882586(发行部) 51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部) 66882583(办公室)

网址:www.pmp.com.cn

印刷:北京天宇星印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:21.25 字数:512千字

版、印次:2007年2月第1版第1次印刷

印数:0001~4500

定价:38.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

电话:(010)6688258 51927252

内 容 提 要

本书由临床经验丰富,表达能力强的专家组织编写。全书共分7部分,内容包括普通外科、神经外科、胸外科、心脏外科、泌尿外科、骨科、小儿外科常见病、多发病的概述,诊断依据,诊断中的临床思维,治疗及治疗中的临床思维。不仅写出了疾病的诊断标准和治疗原则,更重要的是从不同的侧面写出了如何理解这些标准和原则,对帮助临床医学生、住院医师、低年资主治医师迅速提高诊断、治疗水平,在医疗实践中提高思维能力,少走弯路,减少误诊有很大帮助,是一本不可多得的好书。

前 言

疾病的诊断就像法官破案一样,如何从病人提供的病史、医生的体格检查、辅助检查获得的信息中剔除无用的、甚至是假象的信息,通过医生丰富的临床经验,符合逻辑的推理判断,得出正确的临床诊断,体现了医生的水平。疾病的治疗遵循一定的原则,同一疾病的不同阶段、病人的年龄、合并症情况不同,治疗方法不同。为帮助临床医学生、住院医师、低年资主治医师迅速提高诊断、治疗水平,在医疗实践中提高综合思维能力,少走弯路,减少误诊、漏诊率,我们组织高等医学院校附属医院有丰富临床经验、表述能力强的专家,编写《外科诊疗思维技巧》一书。该书包括外科常见病、多发病的诊断标准和治疗原则,诊疗过程中的临床思维,容易引起误诊的疾病的鉴别点及治疗中应该注意的事项等。该书的特点是突出作者的实践经验,不仅写出了疾病的诊断标准、治疗原则,更重要的是从不同的侧面写出了如何理解这些标准和原则,而不是机械的去死记、照搬、套用这些标准和原则。相信本书对临床医学生实习、研究生入学考试、住院医师规范化培训及外科医师业务水平的提高大有益处。

由于本书各个专业编写人员较多,作者水平所限,书中错误及不妥之处恳请广大读者批评指正。

编 者

2006年7月

目 录

第 1 章 普通外科	(1)
一、单纯性甲状腺肿	(1)
二、甲状腺功能亢进	(2)
三、甲状腺瘤	(3)
四、甲状腺癌	(4)
五、乳腺囊性增生病	(5)
六、乳腺癌	(6)
七、腹外疝	(9)
八、腹部损伤	(11)
九、急性化脓性腹膜炎	(15)
十、胃、十二指肠溃疡	(18)
十一、胃癌	(23)
十二、肠梗阻	(24)
十三、阑尾疾病	(28)
十四、结肠癌	(33)
十五、直肠癌	(34)
十六、细菌性肝脓肿	(37)
十七、肝血管瘤	(39)
十八、原发性肝癌	(41)
十九、肝囊肿	(46)
二十、肝硬化门静脉高压症	(47)
二十一、胆囊结石	(50)
二十二、肝外胆管结石	(53)
二十三、肝内胆管结石	(54)
二十四、急性胆囊炎	(56)
二十五、慢性胆囊炎	(57)
二十六、急性梗阻性化脓性胆管炎	(58)
二十七、胆囊息肉样病变	(60)
二十八、胆囊癌	(61)
二十九、胆管癌	(62)
三十、上消化道大出血	(65)
三十一、下消化道大出血	(68)
三十二、急腹症	(69)



三十三、急性胰腺炎	(76)
三十四、慢性胰腺炎	(79)
三十五、假性胰腺囊肿	(81)
三十六、胰腺癌	(82)
三十七、胰岛素瘤	(86)
三十八、胃泌素瘤	(87)
三十九、单纯性下肢静脉曲张	(89)
四十、下肢深静脉血栓形成	(91)
第2章 神经外科	(94)
一、脑疝	(94)
二、胶质瘤	(95)
三、脑膜瘤	(97)
四、垂体腺瘤	(98)
五、外伤性硬膜外血肿	(100)
六、外伤性硬膜下血肿	(101)
七、高血压性脑出血	(102)
八、动脉瘤	(104)
九、帕金森病	(106)
第3章 胸外科	(109)
一、胸部损伤总论	(109)
二、肋骨骨折	(110)
三、创伤性气胸	(112)
四、创伤性血胸	(115)
五、创伤性窒息	(116)
六、肺挫伤	(117)
七、肺爆震伤	(117)
八、穿透性心脏损伤	(118)
九、钝性心脏损伤	(120)
十、胸部大血管损伤	(121)
十一、穿透性胸腹联合伤	(122)
十二、闭合性膈肌破裂	(123)
十三、胸壁结核	(124)
十四、脓胸	(125)
十五、肺癌	(126)
十六、肺大疱	(129)
十七、支气管扩张	(130)
十八、肺脓肿	(132)

十九、肺包虫囊肿	(133)
二十、食管癌	(134)
二十一、贲门失弛缓症	(136)
二十二、原发性纵隔肿瘤	(137)
第 4 章 心脏外科	(139)
一、动脉导管未闭	(139)
二、肺动脉狭窄	(141)
三、继发孔型房间隔缺损	(142)
四、室间隔缺损	(144)
五、主动脉缩窄	(145)
六、主动脉窦动脉瘤破裂	(146)
七、法洛四联症	(147)
八、慢性缩窄性心包炎	(149)
九、二尖瓣狭窄	(150)
十、二尖瓣关闭不全	(151)
十一、主动脉瓣狭窄	(152)
十二、主动脉瓣关闭不全	(153)
十三、冠状动脉粥样硬化性心脏病	(155)
十四、心脏黏液瘤	(157)
第 5 章 泌尿外科	(159)
一、肾损伤	(159)
二、输尿管损伤	(161)
三、膀胱损伤	(162)
四、尿道损伤	(164)
五、急性肾功能衰竭	(166)
六、慢性肾功能衰竭	(167)
七、神经源性膀胱	(168)
八、肾结石	(170)
九、输尿管结石	(173)
十、膀胱结石	(174)
十一、肾细胞癌	(175)
十二、肾血管平滑肌脂肪瘤	(176)
十三、尿路上皮性肿瘤	(176)
十四、睾丸肿瘤	(177)
十五、上尿路感染	(178)
十六、下尿路感染	(179)
十七、前列腺炎	(180)



十八、前列腺增生症	(181)
十九、嗜铬细胞瘤	(183)
二十、皮质醇症	(185)
二十一、原发性醛固酮增多症	(186)
二十二、精索静脉曲张	(188)
二十三、膀胱异物	(189)
二十四、前列腺癌	(190)
第6章 骨科	(192)
一、锁骨骨折	(192)
二、肩胛骨骨折	(193)
三、肩关节脱位	(194)
四、肩锁关节脱位	(194)
五、肱骨外科颈骨折	(195)
六、肱骨干骨折	(196)
七、肱骨髁上骨折	(197)
八、肱骨髁间骨折	(198)
九、肱骨外髁骨折	(199)
十、桡骨小头骨折	(200)
十一、肘关节脱位	(201)
十二、尺骨鹰嘴骨折	(202)
十三、桡骨小头半脱位	(203)
十四、尺桡骨干双骨折	(203)
十五、孟氏骨折	(205)
十六、桡骨远端骨折	(206)
十七、手舟骨骨折	(207)
十八、掌骨骨折	(208)
十九、腕关节后脱位	(209)
二十、股骨颈骨折	(209)
二十一、股骨粗隆间骨折	(211)
二十二、股骨干骨折	(212)
二十三、股骨下端骨折	(213)
二十四、髌骨骨折	(213)
二十五、胫骨平台骨折	(215)
二十六、胫腓骨双骨折	(215)
二十七、踝部骨折	(216)
二十八、距骨骨折	(217)
二十九、跟骨骨折	(218)
三十、脊柱骨折	(219)

三十一、脊髓损伤	(221)
三十二、骨盆骨折	(223)
三十三、周围神经损伤	(224)
三十四、腰肌劳损	(226)
三十五、狭窄性腱鞘炎	(228)
三十六、肩周炎	(229)
三十七、腰椎间盘突出症	(230)
三十八、腰椎管狭窄症	(232)
三十九、腰椎峡部裂和脊椎滑脱	(234)
四十、颈椎病	(235)
四十一、颈椎后纵韧带骨化症	(239)
四十二、急性血源性骨髓炎	(242)
四十三、慢性骨髓炎	(243)
四十四、化脓性关节炎	(244)
四十五、类风湿关节炎	(245)
四十六、强直性脊柱炎	(247)
四十七、股骨头缺血坏死	(248)
四十八、髋关节结核	(250)
四十九、脊柱结核	(251)
五十、痛风性关节炎	(253)
五十一、骨性关节炎	(255)
五十二、骨瘤	(258)
五十三、骨样骨瘤	(259)
五十四、骨软骨瘤	(260)
五十五、软骨瘤	(261)
五十六、骨巨细胞瘤	(262)
五十七、骨肉瘤	(265)
五十八、软骨肉瘤	(268)
五十九、骨纤维肉瘤	(270)
六十、尤文肉瘤	(271)
六十一、非霍奇金淋巴瘤	(274)
六十二、骨髓瘤	(275)
六十三、脊索瘤	(276)
六十四、转移性骨肿瘤	(277)
六十五、特发性脊柱侧凸	(279)
第7章 小儿外科	(285)
一、脑积水	(285)
二、脊膜膨出	(287)



三、先天性肌斜颈	(289)
四、尿道下裂	(290)
五、隐睾	(291)
六、漏斗胸	(293)
七、先天性食管闭锁及气管食管瘘	(293)
八、肠套叠	(295)
九、先天性巨结肠症	(299)
十、先天性肥厚性幽门狭窄	(303)
十一、先天性直肠肛门畸形	(304)
十二、胆道闭锁	(306)
十三、腹股沟疝	(307)
十四、脐炎	(307)
十五、脐疝	(308)
十六、脐膨出	(310)
十七、脐肠瘘	(311)
十八、臂丛神经麻痹	(312)
十九、产伤骨折	(313)
二十、新生儿坏死性小肠结肠炎	(314)
二十一、先天性肾盂输尿管连接处梗阻所致肾积水	(316)
二十二、鞘膜积液	(318)
二十三、后尿道瓣膜症	(319)
二十四、肾母细胞瘤	(320)
二十五、先天性髋关节脱位	(322)
二十六、大脑性瘫痪	(324)
二十七、先天性马蹄内翻足	(326)

普通外科

一、单纯性甲状腺肿

【概述】

多数人认为结节性甲状腺肿是由单纯性甲状腺肿发展而来,分为散发性和地方性甲状腺肿。但结节性甲状腺肿的病因并不完全清楚,主要是由于碘缺乏,但是其他因素(如碘摄入过多、营养状况差、某些致甲状腺肿物质等)与散发性甲状腺肿的发生有关。甲状腺肿的甲状腺内细胞及滤泡增生,但不同区域其增生的程度不完全相同,有的区域过度增生,形成结节,而血液供应不足的区域则发生坏死、变性、萎缩或钙化等病变。结节性甲状腺肿有自主性高功能区,可出现继发性甲状腺功能亢进。结节性甲状腺肿有恶变的可能。

【诊断依据】

1. 女性多见,一般无全身症状,基础代谢率正常。
2. 甲状腺不同程度的肿大能随吞咽上下移动,对周围器官引起的压迫症状是本病主要的临床表现。如单纯性甲状腺肿体积较大时可压迫周围的气管、食管和喉返神经,可出现呼吸困难、声音嘶哑或吞咽困难。
3. 病程较长、体积巨大的甲状腺肿可下垂于颈下胸骨前方,甲状腺肿向胸骨后延伸生长形成胸骨后甲状腺肿,压迫颈深部大静脉,引起头颈部静脉回流障碍,出现面部青紫、肿胀及颈胸部表浅静脉扩张。

【诊断中的临床思维】

1. 甲状腺触及明显的多发结节,兼有囊实性,但无局部硬结,病史长,增大缓慢,特别是来自甲状腺肿流行区,颈部淋巴结不大,气管可受压,但无声音嘶哑,结节性甲状腺肿(地方性)当可诊断。如非来自流行区,具有上述典型症状和体征,也可做出诊断。
2. 甲状腺结节触诊不明显,但影像学检查可发现多个结节,具备上述良性结节性甲状腺肿的病史和体征,也可确诊。
3. 细针穿刺活组织检查(fine-needle aspiration biopsy, FNAB), FNAB 显示标本中含有大量胶样物质和少量滤泡细胞,临床上可诊断结节性甲状腺肿,但由于标本量等技术原因,约 20% 不能确定病理性质;另外也有一定的假阳性和假阴性,假阳性率约在 22% 以下,假阴性率为 5%~10%,故最终仍需依靠手术标本的病理检查确定。



【治疗】

有以下情况时,应及时施行甲状腺大部切除术的治疗。

1. 因气管、食管或喉返神经受压引起临床症状者。
2. 胸骨后甲状腺肿。
3. 巨大甲状腺影响生活和工作者。
4. 结节性甲状腺肿继发功能亢进者。
5. 结节性甲状腺肿疑有癌变者。

【治疗中的临床思维】

1. 生理性甲状腺肿,可以不用药物治疗,宜多食含碘丰富的食物(海带及紫菜)。
2. 对20岁以下弥漫性单纯甲状腺肿病人,手术治疗不但妨碍了此时甲状腺的功能,复发率也高。可给予小量甲状腺素,抑制促甲状腺素的分泌,缓解甲状腺的增生和肿大。

二、甲状腺功能亢进

【概述】

甲状腺功能亢进(简称甲亢)分为原发性、继发性和高功能腺瘤三类,以原发性甲亢最常见,占85%~90%,表现为双侧甲状腺弥漫性肿大,约70%的病人有突眼或其他眼征。继发性甲亢较少见,继发于多年存在的结节性甲状腺肿。高功能腺瘤更为少见,近5%~10%的腺瘤为高功能性。

【诊断依据】

1. 甲状腺弥漫性肿大,患者性情急躁、易激动、失眠、双手颤动、怕热、多汗、食欲亢进但消瘦、心悸、脉快有力及脉压增大。
2. 脉率增快及脉压增大尤为重要,常可作为判断病情程度和治疗效果的重要标志。
3. 基础代谢率测定:基础代谢率=(脉率+脉压)-111。正常值为±10%;增高至+20%~30%为轻度甲亢,+30%~60%为中度,+60%以上为重度。
4. 甲状腺摄碘率测定:正常24h内摄¹³¹I为人体总量的30%~40%。
5. 全血中T₃、T₄含量测定。

【诊断中的临床思维】

1. 存在基础代谢增高所造成的临床症状。
2. 甲状腺呈弥漫性肿大,或呈结节性甲状腺肿,或有单个、多个腺瘤。
3. 基础代谢率增高。
4. 血清T₃、T₄、FT₃、FT₄升高。
5. 具备各种类型甲亢的临床特点。

【治疗】

1. 手术治疗指征
 - (1)继发性甲亢或高功能腺瘤。
 - (2)中度以上的原发性甲亢。
 - (3)腺体较大,伴有明显症状,或胸骨后甲状腺肿等类型甲亢。
 - (4)抗甲状腺药物或¹³¹I治疗后复发者或坚持长期用药有困难者。
 - (5)妊娠早、中期的病人凡具有上述指征者,仍应手术治疗。

2. 手术禁忌证

- (1) 青少年病人。
- (2) 症状较轻者。
- (3) 老年病人或有严重器质性疾病不能耐受手术者。

【治疗中的临床思维】

1. 良好的术前准备是保证手术顺利进行及减少术后并发症的关键。
2. 应采用气管插管全身麻醉,以保证术中呼吸道通畅。
3. 手术操作一定要轻柔细致,解剖层次要清楚,严密止血,避免损伤神经及甲状旁腺。
4. 术后应密切观察病人呼吸、体温、脉搏、血压的变化。帮助病人咳痰,保持呼吸道通畅。

三、甲状腺瘤

【概述】

是甲状腺最常见的良性肿瘤,多见于中青年女性。其病因尚不完全清楚。病理上分为滤泡状腺瘤和乳头状腺瘤。滤泡状腺瘤分为五种亚型:微滤泡型、大滤泡型、小柱状型、非典型型和嗜酸细胞型,某些亚型与滤泡状癌有相似的组织结构。乳头状瘤较少见,需注意与乳头状癌相鉴别。一般均为甲状腺腺体内的圆形单发结节,常有囊性变,多无症状,如囊内发生出血,则结节突然增大,并有疼痛。

【诊断依据】

1. 病史 病人自己偶然发现或例行体检时发现的甲状腺肿块,大多无不适感,如果突然增大伴有疼痛,提示瘤内出血的可能,随着时间的变化甲状腺结节数目并不增加,如肿块在短时间内增大迅速,则考虑恶变的可能。

2. 体检 注意甲状腺单个结节的部位、大小、质地软硬度、囊性或实性、境界是否清楚、有无触痛及周围甲状腺是否肿大。

3. 影像学检查

(1) B超:作为常规检查手段,对确定肿块的大小和部位有帮助,并可确定是否为囊性。

(2) 核素检查:对怀疑有甲状腺功能亢进者应行此项检查,甲状腺扫描为“热结节”,提示为高功能性腺瘤,如扫描显示“冷结节”则应进一步检查,以排除甲状腺癌。

4. 细针穿刺活检(FNAB) 有助于诊断良、恶性肿瘤。

【诊断中的临床思维】

临床上甲状腺腺瘤与结节性甲状腺肿鉴别较困难,尤其是后者为单发结节时,另外应与甲状腺癌尤其是滤泡状癌相鉴别。

1. 结节性甲状腺肿 甲状腺结节多发,或在随访中结节数目增加,临床上单个结节者鉴别较困难,须依靠病理检查结果做出诊断。病理上结节性甲状腺肿的结节没有完整的包膜或仅有假性包膜,即纤维结缔组织包绕,周围腺体多增生,常有多个结节形成,结节周围组织无受压征象。

2. 甲状腺癌 甲状腺结节质地硬、与周围组织浸润性生长、境界不清、活动度差、表面不光滑,应想到癌的可能。细针穿刺细胞学检查对诊断有意义,影像学检查有参考价值,B超呈低回声或境界不清、或有细密的钙化点等,实质性结节核素扫描呈“冷结节”。但应注意腺瘤有囊性变时,也可表现为“冷结节”。确诊需有病理学证据。



3. 有无高功能腺瘤的可能 通常甲状腺腺瘤的甲状腺功能正常,高功能腺瘤则伴有甲状腺功能亢进的表现,血清 T_3 和(或) T_4 增高,促甲状腺素(TSH)降低,核素扫描显示“热结节”。

【治疗】

1. 能否采用药物治疗 有报道促甲状腺素(TSH)抑制治疗后肿瘤有缩小,但远期疗效不确定,因此不主张使用。

2. 有无手术适应证 甲状腺腺瘤为新生物,药物治疗无效,而10%可发生癌变,因此应行手术治疗。

3. 采用何种手术 腺瘤较小,包膜完整,可行摘除术,如瘤体较大,已累及一叶的1/2或更多,则应行甲状腺腺叶次全切除术或一叶切除术。不能完全排除恶性者,术中应行冷冻切片检查,如为恶性或有恶变则按甲状腺癌处理。

【治疗中的临床思维】

1. 切勿把甲状腺腺瘤误诊为癌,或把癌误诊为腺瘤,以致造成误治。
2. 术中未做冷冻切片检查,术后病理报告为癌,不得不行二次手术根治。
3. 高功能腺瘤的漏诊,主要是未深入采集病史,也未做甲状腺功能检查。

四、甲状腺癌

【概述】

甲状腺癌临床上并不少见,占全身恶性肿瘤的0.2%(男性)~1%(女性)。国内普查报道,其发生率为11.44/10万,其中男5.98/10万,女14.56/10万。约80%的甲状腺癌为分化较好的腺癌,早期予以手术治疗,5年生存率可高达75%以上。

【诊断依据】

1. 甲状腺结节明显增大,质变硬,腺体在吞咽时的上下移动性减少。这三个症状如果在短时期内迅速出现,则多为未分化癌;如果是逐渐地出现,而病人的年龄在40岁以下,则腺癌的可能很大。

2. 颈淋巴结的转移在未分化癌很早,在腺癌则多较晚。晚期出现波及至耳、枕部和肩的疼痛,声音嘶哑,继之发生压迫症状如呼吸困难、吞咽困难和明显的Horner综合征。远处转移主要至扁骨(颅骨、椎骨、胸骨、盆骨等)和肺。

3. 近年多行针吸细胞学检查,方法简单易行。以10ml注射器,配以细针,直径为0.7~0.9mm。一般不需局部麻醉,直接刺入结节内,即将注射器塞向外拉,在注射器腔内造成负压,然后在结节内以2~3个不同方向进行穿刺吸取。需要注意的是,在拔出穿刺针前,一定要让注射器塞慢慢地向前退至原处,以消去注射器腔内的负压,这样,在拔出穿刺针时不会将结节周围组织的细胞群混着被吸入,而又避免了已吸入的结节细胞群自穿刺针腔内进入注射器腔内。检查这样吸取的细胞群才有诊断价值,诊断正确率可高达80%以上,但最终确诊应由病理切片检查来决定。

【诊断中的临床思维】

1. 病史方面要警惕下列情况 ①地方性甲状腺肿非流行地区的儿童甲状腺结节;②成年男性甲状腺内的单发结节;③多年存在的甲状腺结节,短期内明显增大。

2. 体检时要注意 甲状腺结节有时很小,不易触及;体检时要认真做好扪诊。一般来说,

多个结节多为良性病变,而单个的孤立结节中约有4.5%为甲状腺癌。进一步明确单个结节的性质:①应首选B型超声探测以区别结节的囊肿性或实体性。实体性结节并呈强烈不规则反射,则恶性的可能更大;②实体性结节,应常规地行核素扫描检查;如果为冷结节,则有10.2%可能为癌肿。

3. 在诊断方面要与下列三种甲状腺疾病鉴别:

(1)亚急性甲状腺炎:由于在数日内发生甲状腺肿胀,可以引起误诊。要注意病史中多有上呼吸道感染。值得注意的是,血清中 T_3 、 T_4 浓度增加,但放射性碘的摄取量却显著降低,这种分离现象很有诊断价值。试用小剂量泼尼松(强的松)后,颈部疼痛很快缓解,甲状腺肿胀接着消失,也是值得推荐的鉴别方法。

(2)慢性淋巴细胞性甲状腺炎:由于甲状腺肿大,质又较硬,可以误诊为甲状腺癌。此病多发生在女性,病程较长,甲状腺肿大呈弥漫性、对称,表面光滑。试用甲状腺制剂后腺体常可明显缩小。

(3)乳突状囊性腺瘤:由于囊内出血,短期内甲状腺腺体迅速增大,特别是平时忽略了有甲状腺结节,更易引起误诊。追问病史常有重体力劳动或剧烈咳嗽史。

【治疗】

外科手术切除原发灶和转移灶,是甲状腺癌手术的基本原则。但不同类型的甲状腺癌其治疗又有差别。

1. 乳头状腺癌 恶性程度低、癌肿局限腺体内无颈淋巴结转移,则切除患侧、峡部及对侧大部分,不必清除颈淋巴结。已有颈淋巴结转移,同时清除患侧淋巴结。

2. 滤泡状腺癌 早期原则同上。如颈淋巴结已有转移则大多已有远处转移,清除颈淋巴结,疗效仍满意。已有远处血运转移,则在先全切甲状腺后试用放射性碘治疗。对于摄取放射性碘很少的腺癌则应早期给予足量的甲状腺干制剂,通过对腺垂体的负反馈,使转移灶缩小。

3. 未分化癌 恶性度高,手术切除反可促使癌肿扩散。通常采用放射治疗。

【治疗中的临床思维】

1. 需要指出的是,在施行甲状腺腺体全部切除时,最好施行所谓“囊内切除”,也就是说要尽量保留腺体背面的囊壁。囊壁上面残留的腺体组织可用锐缘的刮匙刮去,这样可避免喉返神经的损伤,也能保护甲状旁腺。文献统计,行囊内腺体全部切除时,双侧喉返神经麻痹的发生率仅为0.2%(囊外切除约为2%),手足搐搦的发生率也降至1%(囊外切除约为10%)。要知道,喉返神经麻痹和手足搐搦的术后处理远比甲状腺癌复发的处理困难得多。

2. 再次甲状腺手术操作比较困难,甚至可发生难以预计的困难。周围组织结构、器官的损伤较易发生,特别是喉返神经、喉上神经损伤,甲状旁腺损伤,气管损伤较易发生。尤其是近期内的再次甲状腺手术。由于首次手术中对颈白线部位的操作,致使气管前粘连、瘢痕形成,使气管前间隙不清晰,再次甲状腺手术时造成切开颈白线困难。因此,手术时应谨慎注意。

3. 术中对可疑甲状旁腺样组织应保留,不可把甲状旁腺组织误为是瘢痕、脂肪、甲状腺小结节而予以切除。

五、乳腺囊性增生病

【概述】

本病也称慢性囊性乳腺病(简称乳腺病),是妇女多发病,常见于中年妇女。是乳腺实质的



良性增生,其病理形态复杂,增生可发生于腺管周围并伴有大小不等的囊肿形成;或腺管内表现为不同程度的乳头状增生,伴乳管囊性扩张。也有发生于小叶实质者,主要为乳管及腺泡上皮增生。

【诊断依据】

1. 多见于中年妇女。
2. 突出表现是乳房胀痛和乳房肿块。胀痛具有周期性,常发生或加重于月经前期。
3. 肿块常为多发,在月经期后可能缩小。肿块或局部乳腺增厚与周围乳腺组织分界不明显。
4. 病程较长,发展较慢,有时可有乳头溢液,呈黄绿色、棕色或血性等。

【诊断中的临床思维】

根据以上的临床表现,乳腺囊性增生病的诊断并不困难。由于本病的临床表现有时与乳腺癌有所混淆。因此正确认识本病十分重要。

1. 纤维腺瘤

- (1) 常见于青年妇女。
- (2) 常无自觉症状。
- (3) 好发乳腺外上象限,多单发。
- (4) 肿瘤大多为圆形或椭圆形,边界清楚,活动度大,发展缓慢。

2. 浆细胞性乳腺炎是乳腺组织的无菌性炎症,炎性细胞中以浆细胞为主。

(1) 临床上多呈急性炎症表现,肿块大时皮肤可呈橘皮样改变或开始即为慢性炎症,表现为乳晕旁肿块边界不清,可有皮肤粘连和乳头凹陷。

(2) 治疗:急性期应予抗感染治疗,炎症消退后若肿块仍存在,则需手术切除。

3. 乳腺结核杆菌所致乳腺组织的慢性炎症

- (1) 好发于中、青年女性。
- (2) 局部表现为乳房内肿块,肿块质硬偏韧,部分区域可有囊性感。
- (3) 肿块境界有时不清楚,活动度可受限。
- (4) 可有疼痛,但无周期性,据此与囊性增生鉴别。

【治疗】

本病的治疗主要是对症治疗。可用中药或中成药调理,包括疏肝理气,调和冲任及调整卵巢功能。对局限性乳腺瘤性增生病,应在月经后1周至10天内复查,若肿块变软、缩小或消退,则可予以观察并继续中药治疗。

【治疗中的临床思维】

1. 在观察过程中,对局部病灶有恶性病变可疑时,应予切除并做快速病理检查。
2. 如果有不典型上皮增生,同时有对侧乳腺癌或有乳腺癌家族史等高危因素者,以及年龄大,肿块周围乳腺组织增生也较明显者,可做单纯乳房切除术。若无上述情况,可作肿块切除后密切随访。

六、乳 腺 癌

【概述】

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一,其发病率尚在递增中,在我国占全身各种恶性肿瘤