

避免外科常见错误

AVOIDING COMMON SURGICAL ERRORS

原著 LISA MARCUCCI
MICHAEL J. MORITZ
HERBERT CHEN

主译 吴 涛



人民卫生出版社

避免外科常见错误

Avoiding Common Surgical Errors

原著 Lisa Marcucci

Michael J. Moritz

Herbert Chen

主译 吴涛

译者 (按姓氏汉语拼音排序)

高嵩 刘占兵

叶京明 张隽

译者单位 北京大学第一医院

人民卫生出版社

敬告：本书的译者及出版者已尽力使书中出现的药物剂量和治疗方法准确，并符合本书出版时国内普遍接受的标准。但随着医学的发展，药物的使用方法应随时作相应的改变。建议读者在使用本书涉及的药物时，认真研读药物使用说明书，尤其对于新药或不常用药更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致的故事与损失负责。

Avoiding Common Surgical Errors

Lisa Marcucci, et al.

© 2006 by Lippincott Williams & Wilkins

All rights reserved. This book is protected by copyright. No part of this book may be reproduced in any form or by any means, including photocopying, or utilized by any information storage and retrieval system without written permission from the copyright owner, except for brief quotations embodied in critical articles and reviews.

避免外科常见错误

吴涛 主译

中文版权归人民卫生出版社所有。本书受版权保护。除可在评论性文章或综述中简短引用外，未经版权所有书者书面同意，不得以任何形式或方法，包括电子制作、机械制作、影印、录音及其他方式对本书的任何部分内容进行复制、转载或传送。

图书在版编目(CIP)数据

避免外科常见错误/吴涛主译. —北京：人民卫生出版社，2007.8

ISBN 978-7-117-08652-3

I. 避… II. 吴… III. 外科-错误-分析 IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 053718 号

图字：01-2006-5492

避免外科常见错误

主 译：吴 涛

出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-67616688）

地 址：北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编：100078

网 址：<http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线：010-67605754 010-65264830

印 刷：三河市富华印刷包装有限公司

经 销：新华书店

开 本：850×1168 1/32 印张：13.875

字 数：453 千字

版 次：2007 年 8 月第 1 版 2007 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号：ISBN 978-7-117-08652-3/R·8653

定 价：34.00 元

版权所有，侵权必究，打击盗版举报电话：010-87613394

（凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换）

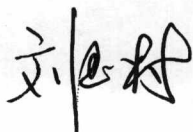
中文版序

外科医学是一门实践性非常强的科学，在实践过程中各级医生难免会遇到问题，并可能产生错误，尤其是那些刚刚接受外科训练的医学生和年轻的住院医师。经验不足出现错误并不是最可怕的，最可怕的是重复犯错误，甚至犯一些完全可以避免的错误而造成患者的痛苦或者危及患者的生命。这就需要他们从前人的经验中学习。

《避免外科常见错误》一书的编者们从实践需要出发，根据临床并发症和死亡病例讨论中遇到的真实病例，汇集了184种外科实践操作中或与外科实践操作有关的经常发生的错误，从错误发生的原因、临床表现、诊断和处理等方面进行了详细的阐述，并且配有翔实的图表，易于年轻医生的理解和学习，直接从经验中获得正确的处理方法，达到减少错误、避免错误的目的。我相信国内的教学医院都有并发症和死亡病例讨论这种固定的自我检查形式，北京大学第一医院外科就保持着这种优良的传统，但是大多数偏向于解决临床中的具体问题而缺乏教学意识。国外同行们给我们提供了一种如何利用这种形式和经验让年轻医生尽快成长、提高医疗水平的启示，我们也应适时地总结自己的经验，发表出来，让大家共享宝贵的资源。

受人民卫生出版社的委托，北京大学第一医院外科的几位中青年外科医生完成了《避免外科常见错误》一书的翻译工作，中文译本忠实于原著，文笔较流畅，并保持了原著讨论问题式的风格，相信该中文译本的出版对各级外科医生都有一定的借鉴意义，特别是对于年轻的外科医生减少工作中的错误大有裨益，并将成为其随身携带的参考书。

北京大学第一医院院长
外科学教授



2007年7月

前 言

所有的人都犯错误，但只有聪明的人从错误中学习。

Winston Churchill

专家就是那些知道在其学科内可能发生的最糟糕错误，并且知道如何避免他们发生的人。

Werner Karl Heisenberg

专家就是那些在很窄领域里犯过所有能犯错误的人。

Niels Bohr

并发症和死亡病例讨论是教学医院外科的固定项目。这种数十年前产生的探讨回顾、自我检查和自我批评性的活动，越来越成为一种正式的评估和改进医疗质量的方法。编者参加并发症和死亡病例讨论的总时间超过50年，本书包含的所有错误都是从并发症和死亡病例讨论中收集而来，选中这些错误包括多种原因：非常容易预防而且绝不应该再犯的错误（任何人都不应该遗失导丝）、实际工作方式的改变（麻醉诱导之前开始深静脉血栓形成的预防）以及仍然反复发生但是可以预防的错误（受损害患者的腹部症状）。

编者希望本书被当作与所有努力为患者提供最好服务的行医者之间的一种交流。我们并不是本书内容涉及的每一个领域内的专家，但我们是努力帮助其他人减少错误和改善结局的同行。我们不会天真到相信这些并发症再也不会发生，但是我们坚定地相信所有医生都希望进一步提高自己，从而使这些并发症的发生率减到最低。我们希望通过提供一本便携的手册，其内容精练，涉及外科可避免的错误，达到使医学生和医生中的优秀成员对外科实践更感兴趣的目的，从而整体改善患者的治疗。只要有可

能，我们努力尝试提供包含循证医学证据的处理建议。但是遗憾的是，由于医生在医学实践中所做的事情很少具有循证医学的证据（因为数据根本不存在），所以在许多情况下我们不得不采用实践经验性的建议。我们希望在今后版本中能够增加以循证医学为基础的结论。

如果让我们用一句经典的话概括编写本书的动机，那就是：

从别人的错误中学习——与从自己的错误中学习相比，对患者而言更安全，对外科医生而言更明智。

Lisa Marcucci

Michael J. Moritz

Herbert Chen

目 录

急诊室	1
第 1 章 牢记腹主动脉瘤破裂三联症——低血压、腹部搏动性 肿块和严重的腹痛或背痛	2
第 2 章 对主诉肋腹部疼痛的患者应考虑主动脉瘤破裂或 夹层动脉瘤	5
第 3 章 患者发生第一或第二肋骨骨折时应考虑有无主动脉或 胸腔大血管损伤	8
第 4 章 患者出现胸骨骨折时应评估有无纵隔或心脏损伤	10
第 5 章 肱骨骨折或脱位时应高度怀疑神经的损伤	14
第 6 章 初步诊断开放性骨折后应该预防性使用抗生素	17
第 7 章 胫骨骨折后要高度警惕筋膜室综合征	19
第 8 章 在修复唇部撕裂伤的时候要对齐唇红线	21
第 9 章 在修复眉部撕裂伤的时候不要剃除眉毛	23
第 10 章 在修复年幼儿童撕裂伤的时候使用可吸收的缝线	25
第 11 章 在修复面部撕裂伤的时候不要使用钉皮器	26
第 12 章 如果未能完成动脉造影以除外腘动脉损伤，应将 膝关节脱位的患者留院观察	27
第 13 章 不要在急诊室切开和引流肘前窝、腹股沟或 颈部的脓肿	29
第 14 章 按外科急症治疗糖尿病患者的肛周脓肿	31
第 15 章 引流脓肿的时候要施行宽阔的切口	34
第 16 章 不要缝合手部的人咬伤	36

第 17 章	在整形外科医生评估再植可能性之前不要丢弃外伤性截断的身体部分（手指、耳、唇）	39
第 18 章	不允许将外伤性截断的组织块未加保护地浸泡在冰或冷盐水中	41
第 19 章	治疗手损伤、软组织感染或者骨折时应该建议患者停止吸烟	42
第 20 章	抬高受伤或感染的手	43
第 21 章	将足背二度烧伤的患者收住院	44
第 22 章	应积极考虑为遭受吸入性损伤或者面、口严重烧伤的患者进行择期气管插管	46
第 23 章	对于刺伤和枪击伤伤口、烧伤、冻伤、伴有金属植入的角膜损伤以及咬伤伤口，要保证破伤风的预防是最近更新的措施	48
第 24 章	除非冻伤出现周边感染的迹象，否则初步评估冻伤患者时不要清除组织	50
第 25 章	在等待眼科医生或者整形外科医生评估眼睑撕裂伤患者的时候应该及时使用湿敷料覆盖伤口	52
第 26 章	警惕面部和颊部撕裂伤中的导管和面神经损伤	55
第 27 章	牢记上颌面创伤之后要查明所有丢失牙齿的去向	58
第 28 章	检查创伤患者时要完全脱去患者的衣服	60
第 29 章	对存在或可能存在面部或颅骨骨折的患者，不要进行经鼻气管插管或放置鼻胃管	62
第 30 章	在创伤情况下不要将低血压归咎于颅内损伤，除非已除外了其他所有原因	64
第 31 章	钝性创伤或摔伤时需要进行胸部、骨盆以及侧位、前后位和张嘴的颈椎放射照片检查（或相应的 CT 检查）	66

第 32 章	如果患者存在令人精神涣散的疼痛或处于醉酒状态， 不要仅凭缺少压痛就除外颈部损伤·····	69
第 33 章	安全带征阳性的患者要进行腰椎放射照片检查·····	72
第 34 章	在给男性创伤患者插入导尿管之前要进行直肠检查·····	74
第 35 章	如果患者醉酒或者有神志改变，不要通过临床体检 排除腹腔内创伤·····	76
第 36 章	要意识到头皮伤口出血可以导致死亡·····	77
第 37 章	在修补头皮全层撕裂伤的时候要将帽状腱膜作为单独 一层进行缝合·····	79
第 38 章	除非你具备术中直视和直接控制，否则不要拔出 穿透组织的刀·····	81
第 39 章	探查创伤引起的进行性腹膜后血肿·····	82
第 40 章	不要给体内有酒精的患者应用双硫仑（戒酒硫）或 甲硝唑（灭滴灵）·····	85
第 41 章	为 Ludwig 咽峡炎患者进行机械通气的阈值极低·····	87
第 42 章	静脉输注大量的含盐溶液治疗肌红蛋白尿·····	89
第 43 章	对伴有胆汁性呕吐的婴儿应该考虑并除外高度致死性 中肠肠扭转的诊断·····	91
第 44 章	在治疗女性乳腺炎症或脓肿的时候，应考虑潜在恶性 疾病的可能性·····	93
第 45 章	在急诊室检查患者时应该戴手套·····	96
第 46 章	在进行床旁或急诊室操作之后，要及时处理自己的 锐利物品·····	99
手术室	·····	101
第 47 章	麻醉诱导前制定预防深静脉血栓形成的计划·····	102
第 48 章	不要用氯己定进行面部消毒（避免角膜及中耳损伤）·····	105
第 49 章	当进行一侧下肢血管手术时，需要消毒和铺单覆盖 双下肢至足中段·····	107

第 50 章	细致入微地纠正处于侧卧位的患者的姿势	109
第 51 章	在告知麻醉医生之前不要在手术室给患者注射 任何药物	111
第 52 章	没有得到麻醉医生许可时不要搬动带有气管插管的 患者（尤其是患者的头部和颈部）	113
第 53 章	尽可能靠近肝门部修补胆总管损伤	115
第 54 章	牢记 Pringle 手法（在肝脏创伤中使用该手法的效果比 通常想象的要差）不能控制副肝左动脉或肝静脉出血	117
第 55 章	不要让患者因肝脏损伤出血而死	119
第 56 章	降低腹腔镜胆囊切除术转为开腹胆囊切除术的标准	122
第 57 章	当“迷失”于肠袢之中时，要知道发现小肠对系膜缘 脂肪的三处位置	124
第 58 章	修补肠切开时要充分游离肠管的远近端以避免 肠痿的形成	126
第 59 章	确保 Witzel 空肠造痿术中的红色橡胶导管进入 远端小肠管腔	128
第 60 章	显露主动脉瘤颈部时避免过度牵拉左肾静脉	130
第 61 章	牢记右肾下极动脉跨过肾下腔静脉	132
第 62 章	在靠近可能使用血管阻断钳的位置要有节制的 小心使用钛夹止血	134
第 63 章	在使用血管阻断钳之前检查钳齿	136
第 64 章	在探查血管创伤之前先控制损伤血管的远近端	139
第 65 章	不要使用永久性不可吸收缝线缝合膀胱或输尿管	141
第 66 章	永远不要假定你知道膀胱在哪里——它可以看起来 很像结肠	143
第 67 章	进行腹腔镜阑尾切除术时不要在最初就抓持阑尾或 阑尾尖端	145

第 68 章	筋膜室综合征行筋膜切开后早期不要完全缝合 皮肤切口	147
第 69 章	进行急诊静脉切开时使用钝性分离	150
第 70 章	缝合之前确保乳腺活检部位绝对干燥	152
第 71 章	切除可能为恶性肿瘤的病变之前在标本上用缝线为 病理检查做标记	154
第 72 章	不要在怀疑为黑色素瘤的病变表面做刮除活检	156
第 73 章	按照正确的技术进行缝合以减少伤口裂开	160
第 74 章	未经允许不要将手伸到器械护士的台面上	162
第 75 章	不要称呼麻醉医生或麻醉护士为“麻醉”或 “麻醉医生”	164
药物治疗		165
第 76 章	保证静脉内药物不要误用于静脉外，静脉外药物 不要误用于静脉内	166
第 77 章	在询问患者过敏史之前不要给出口头的用药医嘱	169
第 78 章	不要给肾移植患者使用聚丙烯磺酸钠- 山梨醇灌肠剂	171
第 79 章	将器官移植患者的免疫抑制剂或其他药物由静脉剂型 改为口服剂型时应注意调整剂量	173
第 80 章	不要将圣约翰草与环孢菌素、他克莫司或西罗莫司等 联合使用	177
第 81 章	禁止给肝硬化患者应用非甾体类抗炎药或 氨基糖苷类药物	179
第 82 章	肾功能不全患者应用盐酸哌替啶时应小心	181
第 83 章	牢记即使是短期应用抗生素也可能引起严重和 不可逆的副作用	183

第 84 章	当患者使用任何剂量的抗生素时, 应该考虑使用 乳酸杆菌制剂 (或其他生物制剂)	186
第 85 章	使用氨基糖苷类药物时应监测峰值浓度和谷值浓度 (如果不是按照药物代谢动力学或每日一次的剂量 使用), 使用万古霉素时应选择性地监测谷值浓度	189
第 86 章	避免长期使用具有明显抗厌氧菌活性的抗生素, 以减少 产生万古霉素耐药性肠球菌的危险	193
第 87 章	治疗难辨梭状芽孢杆菌时不要静脉使用万古霉素	197
第 88 章	假单胞菌属的感染应该考虑双重覆盖性抗生素治疗	199
第 89 章	牢记为脾切除患者接种流感嗜血杆菌、脑膜炎球菌和 肺炎球菌疫苗, 并对脾切除术后凶险脓毒症时刻保持 高度警惕	202
第 90 章	对于重症胰腺炎、腹腔感染性脓毒症, 或需要多个腹部 手术的重症监护患者考虑预防性应用氟康唑	205
第 91 章	不要给应用硝酸酯类药物的患者使用西地那非, 反之亦然	207
第 92 章	对应用氟西汀、帕罗西汀或大剂量舍曲林的患者不要 使用氢可酮或曲马多	210
第 93 章	对应用选择性血清素再摄取抑制剂的患者不要使用 单胺氧化酶抑制剂	212
第 94 章	存在心肌缺血危险的患者应该围手术期预防性应用 β -受体阻滞剂	214
第 95 章	为降低造影剂诱导的肾病发生率, 应考虑在充分水化 情况下预防性使用 <i>N</i> -乙酰半胱氨酸或碳酸氢钠	217
第 96 章	不要使用“肾剂量”的多巴胺	219
第 97 章	在所有择期手术 (无论大小) 或血管内造影检查之前 停用二甲双胍, 以避免乳酸性酸中毒	221
第 98 章	如果患者被诊断为肝素诱导的血小板减少, 应该确认 去除了静脉内冲洗中的肝素和肝素化的输液管	223

第 99 章	不要轻易静脉使用维生素 K	225
第 100 章	在没有监测患者心律和血压时不要静脉推注 维拉帕米	227
第 101 章	给患者静脉使用苯妥英钠时要小心	229
第 102 章	使用鱼精蛋白逆转肝素作用时应监护患者	232
第 103 章	使用昂丹司琼之前应该检查偏头痛病史	234
第 104 章	熟悉常用处方药的解毒剂	236
第 105 章	考虑药物是白细胞增多的可能原因	242
输液管、引流管、导管		245
第 106 章	不要从正在输液的静脉输液管近心端抽取血样	246
第 107 章	沿肋骨上缘向胸腔内放置胸管或穿刺针	247
第 108 章	不要将脱出的胸管推送回胸腔	249
第 109 章	不要让放置鼻胃管的患者呕吐	251
第 110 章	通过尿液的回流确定 Foley 尿管的正确放置	253
第 111 章	勉强可以接受从新放置的导管或引流管一次 引流超过 500ml	255
第 112 章	当脓肿腔的引流量突然减少时应该检查引流管	257
第 113 章	移除 Jackson-Pratt 引流装置之前先断开球部吸引	258
第 114 章	为实施胃肠外营养应该使用专门的、放置于躯干 上部的单腔中心静脉导管	260
第 115 章	在重症监护室放置和护理中心静脉导管时, 应该 谨慎细致的操作以降低感染发生率	262
第 116 章	对于透析或可能透析的患者, 避免使用锁骨下 静脉作为任何类型的中心通路	264
第 117 章	进行套管针插入尝试时不要从腹股沟韧带上方进入 股动脉或股静脉	267

第 118 章	对于既往留置腔静脉滤网的患者, 应用 Seldinger 手法放置中心静脉导管时不要使用 J 型头的导丝	269
第 119 章	经颈内静脉放置中心静脉导管时应朝同侧乳头方向穿刺	271
第 120 章	进行中心静脉穿刺时, 刺入静脉的同时应轻轻地回抽针栓	273
第 121 章	应用 Seldinger 手法放置中心静脉导管时应该保持对导丝的控制	275
第 122 章	放置中心静脉导管时, 应该在扩张轨迹之前确认是静脉血	277
第 123 章	使用 Seldinger 手法放置中心静脉导管时, 不要将扩张器全长插入	280
第 124 章	用四点固定缝合法固定中心静脉导管	282
第 125 章	除非患者处于平卧位或 Trendelenberg 体位, 否则不要放置、拔除或更换躯干上部的中心静脉导管	284
第 126 章	换边尝试选择性锁骨下或颈静脉中心静脉置管之前进行胸部放射照相检查	286
第 127 章	肺动脉插管之前利用心电图检查左束支传导阻滞	288
第 128 章	操作用于肺动脉插管的球囊要非常谨慎	291
伤口		295
第 129 章	牢记伤口感染的首要症状是疼痛, 首要体征是压痛 (而非红斑)	296
第 130 章	对难处理的伤口考虑真空辅助闭合型敷料	298
第 131 章	当患者出现高热时, 特别是术后 12 到 24 小时之内, 检查伤口	300
第 132 章	对于没有潜在蜂窝织炎证据的卧床患者, 不要对褥疮表面干燥/黑色的焦痂进行清创	302

第 133 章	当伤口引流液呈粉色或洗肉水样时, 强烈考虑伤口裂开.....	303
出血		307
第 134 章	在上消化道寻找下消化道出血的来源.....	308
第 135 章	牢记通过出血扫描诊断的右上象限出血可能来自结肠肝曲或十二指肠.....	309
第 136 章	识别预兆性出血并制定适当的诊断与治疗方.....	311
第 137 章	和手术团队中高年资成员讨论术后何时以及如何重新开始患者的抗凝治疗.....	314
第 138 章	如果患者出现新发作的肋部疼痛、瘀斑或背痛, 应考虑腹膜后出血.....	316
第 139 章	不要假定已知患有肝硬化患者的消化道出血来自静脉曲张.....	318
第 140 章	对接受胸外按压的儿童要高度怀疑肝损伤.....	321
胃肠道		323
第 141 章	因食管穿孔导致的纵隔炎应该按急诊治疗.....	324
第 142 章	在直肠检查过程中, 开始时应该轻柔插入指尖并维持数秒.....	326
第 143 章	常规完成直肠检查.....	327
第 144 章	不要相信以下古老的外科格言: 如果包含坏死肠管, 进行疝回纳是不可能的.....	329
第 145 章	怀疑胃肠道穿孔或漏时不要用高密度的钡进行对比造影.....	332
第 146 章	为使用皮质激素的患者检查腹部时应小心.....	333
第 147 章	如果临床发现支持阑尾炎的诊断, 不要让“阴性 CT”结果阻止你将疑似患者送入手术室.....	335

第 148 章	如果患者在腹主动脉修补术后 24 小时内出现排便， 应该高度怀疑缺血性结肠炎	337
第 149 章	不要为肝硬化患者进行择期疝修补术或者痔切除术	339
第 150 章	患者出现呼吸困难时应考虑胃扩张	341
第 151 章	如果患者既往没有腹部手术史而出现肠梗阻， 应该高度怀疑嵌顿或者绞窄疝	343
第 152 章	如果腹部手术后出现液体治疗无效的心动过速 和/或呼吸急促，应该考虑吻合口漏、 肠管误伤或肠祥失活	347
病房		351
第 153 章	请精神科会诊评估入院患者的知情同意能力	352
第 154 章	不要为违背医疗建议要求离开患者办理出院	354
第 155 章	为患者施行手术之前了解心脏装置（起搏器）情况	356
第 156 章	对于行乳腺改良根治术、肿物切除术以及腋窝 淋巴结清扫术的患者，术后医嘱应包括“不要 在手术侧臂进行医疗操作”	358
第 157 章	为使用患者自控镇痛或接受持续硬膜外镇痛的患者 开医嘱时，应在床旁准备一支纳洛酮	360
第 158 章	用指尖按压进针点 20 秒以缓解患者的不适	362
第 159 章	不要同时在同侧的桡、尺动脉插管	363
第 160 章	根据患者全面的临床情况作出气管插管的决定	366
第 161 章	不要试图解释左束支传导阻滞心电图出现的 缺血性改变	368
第 162 章	密切关注与软组织感染相关捻发音的处理，可能最终 需要手术治疗	370
第 163 章	不要静脉输注无菌水纠正高钠血症	373
第 164 章	对具有攻击性的肝性脑病患者，可以实施身体限制	375

第 165 章	牢记糖尿病患者心肌梗死时经常不伴有胸痛, 没有心绞痛时也不能排除严重的冠状动脉疾病.....	378
第 166 章	评价多普勒超声结果时, 牢记股浅静脉是深静脉系统中的一部分.....	380
第 167 章	对免疫抑制或患有心脏瓣膜病的患者, 应积极治疗静脉注射部位的静脉炎.....	382
第 168 章	如果患者术后恢复不好, 除非证明存在其他原因, 否则应该假定发生了未被证明的手术并发症.....	384
第 169 章	为主诉疼痛不能缓解的患者更换止痛药前应该对患者进行检查.....	386
第 170 章	不要忽视患者颈痛和背痛的主诉.....	387
第 171 章	对于病态肥胖的患者, 要警惕腹部脓毒症.....	390
第 172 章	如果患者“看起来和闻起来都像脓毒症”, 但无法确定任何致病微生物, 应该考虑 Addison 病状态.....	392
第 173 章	不要给脆性皮肤患者使用粘性胶带.....	394
第 174 章	当在颈前部发现肿物时, 应彻底检查头、颈部, 并且进行肿物细针穿刺作为首选的组织诊断性检查.....	396
第 175 章	关注最新的高级心脏病生命支持方案.....	398
第 176 章	如果你不能确定最佳的处理办法, 一定要寻求帮助.....	399
重症监护室		401
第 177 章	不要尝试给带有腹带的患者撤除呼吸机.....	402
第 178 章	当为急性肺损伤和急性呼吸窘迫综合征患者进行机械通气时, 强烈推荐使用低潮气量.....	404
第 179 章	允许使用镇静剂的患者每 24 小时清醒一次	406
第 180 章	对重症监护患者维持严格的血糖控制.....	408
实验室		411
第 181 章	每一位年龄在 10 至 50 岁的女性患者均要作妊娠试验.....	412