

主编 刘会锋 等



外科查房手册

waikechafang
shouce

● 南海出版公司

外科查房手册

主编 刘会锋 等

南海出版公司

2006·海口

图书在版编目(CIP)数据

外科查房手册/刘会锋等主编. —海口:南海
出版公司, 2006. 7
ISBN 7-5442-3473-8

I. 外… II. 刘… III. 外科学—诊疗—技术操
作规程 IV. R655.65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 148953 号

WAIKECHAFANGSHOUCE

外科查房手册

主 编 刘会锋 等

责任编辑 陈 弥

封面设计 韩志录

出版发行 南海出版公司 电话(0898)66568511(出版) 65350227(发行)

社 址 海南省海口市海秀中路 51 号星华大厦五楼 邮编 570206

电子信箱 nhcbgs@0898.net

经 销 新华书店

印 刷 山东省泰安市第三印刷厂

开 本 850 × 1168 毫米 1/32

印 张 8

字 数 200 千字

版 次 2006 年 7 月第 1 版 2006 年 7 月第 1 次印刷

印 数 1 ~ 500 册

书 号 ISBN 7-5442-3473-8/R · 149

定 价 18.00 元

南海版图书 版权所有 盗版必究

主 编 刘会锋 李锋先 苏 莉 徐贵星 朱桂彩

副主编 (按姓氏笔画顺序排列)

马光旭 王 富 王丰霞 仝仲亮 汉 利

卢金芳 李 杰 李承学 陈淑香 陈乾德

杨文峰 董桂霞

前 言

医院各项工作正常地运行,必须依赖许多基本的医疗规章制度,其中,查房制度尤其重要,它是医院和临床科室的一项最基本的制度。查房制度能否坚持并做好,还关系到其他医疗制度的执行。

做好查房工作是服务于病人的需要。临床医师服务的对象是人,是失去健康的人。疾病是千变万化的,稍有不慎就可能造成无法弥补的损失。

做好查房工作是医院管理的需要。查房工作是医院基础管理的一部分,查房的质量反映了一个医院和一个科室的管理水平,也直接关系到医疗水平和医疗安全。

做好查房工作既是培养年轻医师的需要,也是年轻医师锻炼成长的需要。临床医学涉及的知识面很宽,在学校里不可能都学到,诸如临床心理学等新知识,往往需要在实践工作中才能获得。就是书本知识,也还需要通过实践,才能转化为实际的医疗工作能力,才能形成临床思维方法。查房工作正是这样一个良好的实践机会。外科医师应全面、辩证地分析病史和各种辅助检查资料,经过体格检查,做出正确的诊断。在疾病的发生、发展过程中,外科医师应用动态的观点密切观察病情,抓住时机,判明手术指征,选择最恰当的治疗方案,把疾病向最好的结果转归。这一切对于年轻的外科医师来讲,需要经验的积累,需要培养和提高自身的逻辑思维能力,需要上级医师的指导。

本书与通常的外科诊疗手册不同,对于教科书中已阐明、外科

医师已掌握的内容,不再赘述或仅一带而过,相关的理论略而不谈或点到为止。每一种病包括入院评估、病情分析、治疗计划、术后处理和住院小结五部分,描述的重点,放在有助于做出正确诊断和鉴别诊断上,放在治疗方案的选择上,放在外科医师查房时应解决和掌握的疑点、难点和重点上,力求动态地反映查房全过程。本书内容力求实用、新颖,反映外科诊疗新观点。

对于书中存在的不足之处,恳请广大读者批评指正,以便进一步改进。

刘会锋

2006年5月

目 录

第一章 颈胸部疾病	1
第一节 甲状腺功能亢进症	1
第二节 甲状腺癌	9
第三节 乳腺癌	17
第二章 胃肠疾病	31
第一节 胃十二指肠溃疡	31
第二节 胃癌	37
第三节 结肠癌	45
第四节 急性阑尾炎	54
第五节 肠梗阻	60
第六节 肛管、直肠周围脓肿	66
第七节 肛裂	69
第八节 痔	72
第三章 肝胆胰疾病	77
第一节 原发性肝癌	77
第二节 门静脉高压症	91
第三节 急性胆囊炎	114
第四节 慢性胆囊炎	121
第五节 胆囊结石病	127
第六节 胆总管结石	137
第七节 原发性肝内胆管结石	149
第八节 急性重症胆管炎	158

第九节	原发性硬化性胆管炎·····	169
第十节	胆管癌·····	173
第十一节	急性胰腺炎·····	181
第十二节	胰腺癌·····	194
第四章	腹膜腔和腹壁疾病·····	206
第一节	腹部闭合性损伤·····	206
第二节	腹外疝·····	217
第三节	急性腹膜炎·····	235
第四节	腹腔脓肿·····	243

第一章 颈胸部疾病

第一节 甲状腺功能亢进症

甲状腺功能亢进症(简称甲亢)可分为原发性、继发性和高功能腺瘤三类。原发性甲亢又称突眼性甲状腺肿,最常见,占85%~90%,多见于女性,男女发病比率约为1:3.5,80%发生于21~50岁之间。

一、入院评估

(一)病史询问要点

1. 甲状腺肿大 甲状腺呈弥漫性对称性肿大,质中等;继发性者呈结节性肿大。
2. 精神症状 出现精神紧张、过敏、易怒、多疑、失眠、手指震颤,女性月经可停止。
3. 消化道症状 食欲增加,一日多餐仍感饥饿,体重减轻,日益消瘦,全身软弱无力,可有呕吐或腹泻。

(二)体格检查要点

1. 一般情况 有无眼球突出、血压增高、脉压增大和心率增快。
2. 颈部检查 甲状腺呈弥漫性肿大,质地软,病程长者质地硬;有时可扪及结节,左右上下极有震颤伴血管杂音。
3. 眼球突出及凝视 典型的是双眼球突出、眼裂增宽和瞳孔散大。其他较少见的有 von Graefe 征、Stellwag 征、Möbius 征和 Joffe 征。

froy 征。

4. 心血管系统症状 脉搏增速,可达 100 ~ 120 次/min 或者更多,兴奋或运动后脉搏常常急剧增快。病人感心慌,重者可发生心房纤颤和心力衰竭。

(三)门诊资料分析

1. 总三碘甲腺原氨酸(TT_3)、总甲状腺素(TT_4)检查 采用放免法测定甲亢时, TT_2 可高于正常 4 倍而 TT_4 仅高于正常 2 倍,故 TT_3 更为敏感,只有游离 TT_3 、 TT_4 才能进入靶细胞发挥生物效应,因此测定游离 TT_3 、 TT_4 更能反映甲状腺功能状态。

2. 基础代谢率测定(BMR) 需空腹、清醒但在完全安静状态下进行,使用基础代谢率测定器较可靠,也可根据脉压和脉率来计算,简便易行,常用计算公式

$$\text{基础代谢率} = (\text{脉压} + \text{脉率}) - 111$$

基础代谢率的正常范围为 $-10\% \sim +15\%$,临床上以 $+15\% \sim +30\%$ 为轻型, $+31\% \sim +60\%$ 为中型,大于 $+61\%$ 为重型。

3. 甲状腺摄碘率测定 正常状态下 24 小时摄碘率在 $30\% \sim 40\%$,如 2 小时内甲状腺摄碘率超过 25% ,或 24 小时内摄碘率超过 50% ,且吸碘高峰提前出现,表示有甲亢。

(四)继续检查项目

1. 促甲状腺激素(TSH)测定及促甲状腺激素释放激素(TRH)兴奋试验对不能确诊者,可选用放免法测定 TSH 及 TRH 兴奋试验。甲亢病人血中 TSH 不高或降低,静脉注射 TRH 后,如果 TSH 不升高,则 TRH 试验阴性,可诊断为甲亢。

2. 颈部 X 线摄片 了解气管有无受压移位,对甲状腺肿大明显,病程较长或有呼吸道症状者摄气管 M-V 片,了解有无气管软化现象。

3. 喉镜检查 了解声带状况。

二、病情分析

(一) 诊断

1. 临床表现 有怕热、多汗、易倦、烦躁、心悸、手抖、纳亢、消瘦、大便次数增多或月经紊乱病史等。体格检查有心动过速、心音增强、脉压增大、早搏、房颤，甲状腺呈弥漫性肿大，可有血管杂音及震颤，伴有或不伴行突眼症、舌手震颤。

2. 实验室检查 BMR 增高，甲状腺摄碘率 2 小时大于 25%，24 小时大于 50%，高峰值提前。血清 TT_3 、 TT_4 、血清游离三碘甲状腺原氨酸 (FT_3)、血清游离甲状腺素 (FT_4) 均升高。血清 TSH 水平降低，对 TRH 兴奋试验无反应。

(二) 鉴别诊断

1. 单纯性甲状腺肿 无甲亢症，摄碘高峰不前移， TT_3 、 TT_4 正常或 TT_3 偏高，TSH 及 TRH 兴奋试验正常。

2. 神经官能症 精神神经症状相似，但无甲亢的高代谢症状，食欲不亢进，入睡时心率正常，无甲状腺肿、突眼，甲状腺功能试验正常。

此外，本病还需与其他原因引起的甲亢相鉴别，垂体性甲亢需测 TSH 水平方可确诊，异位性 TSH 甲亢则更困难。鉴别甲状腺炎伴甲亢需做吸碘测定与抗甲状腺球蛋白或微粒体抗体试验，病史体征也重要。

三、治疗计划

(一) 治疗原则

甲亢病人经过术前充分的准备，即可进行手术治疗，一般行双侧甲状腺次全切除术，达到根治甲亢的目的。

(二) 术前准备

1. 镇静 消除病人紧张情绪，必要时给予镇静剂及安眠药。

2. 测定基础代谢率 了解甲亢的程度及选择恰当的手术时机。

3. 喉镜检查 了解声带的功能。

4. 检查心脏 心脏有无扩大,有无杂音及心率失常等,并做心电图检查。

5. 颈部 X 线摄片 了解气管有无受压移位,对甲状腺肿大明显、病程较长或有呼吸道梗阻症状者摄气管 M - V 片,了解有无气管软化现象。

6. 药物准备 药物准备是术前准备的重要环节,通过控制甲亢症状,降低基础代谢率,使手术得以顺利进行,并减少术后并发症。常用方法有:

(1) 碘剂:应用碘剂 2 ~ 3 周后甲亢症状基本得到控制(情绪稳定,睡眠增加,脉搏控制在 90 次/min 以下,基础代谢率在 + 20% 以下),便可进行手术。常用的碘剂是复方碘化钾溶液($L\mu\text{gol}$ 液),每日 3 次,每次从 3 滴开始,逐日增加 1 滴,至 16 滴为止,维持此剂量直至手术。

(2) 硫氧嘧啶类药 + 碘剂:先用硫氧嘧啶类药物,通常 2 ~ 4 个月,症状控制后停用;再用碘剂 2 周左右手术。

(3) 普萘洛尔(心得安):经以上方法处理后甲亢症状尤其心率控制不理想,可加用普萘洛尔,剂量为(40 ~ 60mg)/d,每 6 小时给药 1 次。

一般而言,经过以上术前准备后病人情绪稳定,睡眠良好,基础代谢率在 + 20% 以下,脉搏控制在 90 次/min 以下,此时进行手术比较合适。

(三) 治疗方案

1. 非手术治疗 抗甲状腺药物主要有丙基硫氧嘧啶和他巴唑或甲亢平等,通过抑制过氧化酶阻止甲状腺内的无机碘转化为有机碘,即阻止无机碘与酪氨酸的合成。但抗甲状腺药物不能根治甲亢,也不能代替手术,据统计,单纯以抗甲状腺药物治疗的病例,约有 50% 不能恢复工作。因此,应用抗甲状腺药物治疗 4 ~ 5

个月疗效不能巩固,应考虑手术治疗。

应用半衰期为 8 日的放射性碘治疗原发性甲亢效果良好,功能亢进的甲状腺组织能摄取 70% ~ 80% 进入体内的碘,放射性碘在甲状腺内放出 β 射线,有效疗程为 2mm,因此能破坏功能亢进的甲状腺组织而不能破坏邻近组织。估计放射性碘的剂量应根据甲状腺体的大小或重量、基础代谢率的高低、原发性或继发性病人的年龄等因素,通常剂量为每克甲状腺组织投放放射性碘 $370 \times 10^4 \text{Bq}$ ($100\mu\text{Ci}$),空腹 1 次口服。根据国内资料,78% 的病例可获得完全缓解。

2. 手术治疗

(1) 手术指征:①高功能腺瘤;②中度以上的原发性甲亢;③腺体较大,伴有气管食管压迫症状或胸骨后甲状腺;④抗甲状腺药物或放射性碘治疗后复发者;⑤妊娠期甲亢,因为甲亢对妊娠能产生不良影响,如流产、早产,而妊娠又可加重甲亢,因此妊娠前 4 ~ 6 个月,仍应考虑手术治疗;⑥甲亢性心脏病伴心室扩大、心律失常,甚至心力衰竭者,应排除甲亢因素后,心脏功能才能改善,故必须手术治疗。

(2) 手术方法:通常采用气管插管全身麻醉,尤其对腺体较大并有气管软化或气管狭窄及胸骨后甲状腺肿者,以保证术中呼吸通畅。腺体较小者可采用颈丛阻滞麻醉。手术操作应轻柔细致,必须做到严格止血,保护甲状旁腺,避免损伤喉返神经。手术方法是行双侧甲状腺次全切除术。手术要点如下:

①取颈前部弧形切口,分离颈部各层次,于甲状腺外科包膜和真包膜之间处理甲状腺血管,分离腺体。

②切除腺体的多少,应根据腺体大小或甲亢程度决定。通常切除腺体的 80% ~ 90%,同时切除峡部,或保留 6 ~ 8g 甲状腺组织。在一般情况下,每侧残留腺体以如成人拇指节大小为恰当。腺体切除过少容易引起复发,过多又易导致甲状腺功能低下(黏

液性水肿)。

③严格止血,对较大血管应采用双重结扎,以防滑脱出血,手术野放置皮管引流 24 ~ 48 小时,以观察切口内出血情况和及时引流切口内积血。

四、术后处理

(一)一般处理

术后密切注意病人呼吸、体温、脉搏、血压的变化。病人采用半卧位,以利呼吸和引流切口积血,保持呼吸道通畅,床边常规备气管切开包。术后要继续口服复方碘化钾溶液,仍为每日 3 次,每次 5 ~ 10 滴;或由每日 3 次,每次 16 滴开始,逐日每次减少 1 滴,至病情平稳为止。

(二)并发症处理

1. 术后呼吸困难 呼吸困难是术后最危急最严重的并发症,如不及时发现恰当处理可发生窒息而危及生命。多发生在术后 48 小时内,常见原因有:

(1) 出血及血肿压迫:出血来源多数为甲状腺残面渗血(多由于未结扎甲状腺下动脉),其次为甲状腺血管结扎线脱落。一般在术后 24 ~ 48 小时内,病人颈部迅速肿大、紧张、呼吸困难,甚至发生窒息。出现以上情况者必须及时处理,可在床边进行,拆开切口缝线,清除血肿,彻底止血。

(2) 气管软化及气管塌陷:气管壁长期受压发生软化,甲亢术后气管失去周围组织的支撑,随吸气运动可发生塌陷。主要表现为进行性呼吸困难、烦躁不安,严重者窒息死亡。往往在术后 24 小时内发生,多数发生在手术结束后近期内,也有在术中或气管导管拔除后即刻出现症状。处理方法是立即施行气管插管或气管切开。

(3) 喉头水肿:主要是手术刺激及局部创伤后组织反应,也可以是气管插管引起。主要表现为逐渐加重的呼吸困难,其高峰在

术后 48 ~ 72 小时。处理原则:症状轻者给予半卧位、吸氧、雾化吸入及激素等治疗,症状加重致严重呼吸困难则需气管切开。

(4) 双侧喉返神经损伤:双侧喉返神经损伤是造成术后呼吸困难的原因之一,检查见声带处于旁中位,应立即行气管切开或气管插管,并需终身带管。

2. 甲亢危象 甲亢危象是甲亢手术死亡的主要原因之一,发生率在 1% 以下,发生机制尚未肯定。过去认为甲亢危象的发生与术前准备不充分和术中过度挤压甲状腺组织使血中甲状腺激素增高有关,近年否定了这种观点。现认为甲亢危象的发生是由于肾上腺皮质激素分泌不足,手术的应激诱发了危象。甲亢危象多发生于术后 12 ~ 36 小时,表现为高热、心率加快、烦躁不安、谵妄,重者出现昏迷,常伴有腹泻和呕吐。治疗方面包括镇静、吸氧、物理降温或冬眠以及应用碘剂,同时可大量补充葡萄糖溶液和肾上腺皮质激素,注意水、电解质平衡。

3. 喉返神经损伤 多为手术操作的直接损伤,如切断、缝扎、钳夹或牵拉过度,切断缝扎等为永久损伤,钳夹牵拉或血肿压迫所致的多为暂时性,经理疗后一般在 3 ~ 6 个月内可逐渐恢复。一侧喉返神经损伤表现声音嘶哑、发音无力。双侧喉返损伤会导致双侧声带的麻痹引起失音及呼吸困难,需做气管切开。预防喉返神经损伤极为重要,关键是术者必须熟悉喉返神经的解剖走向及变异。喉返神经损伤的处理:①术中发现喉返神经误扎者需松解,切断者则行端端吻合;②术后发现喉返神经损伤者,一般认为在术后 4 ~ 5 个月内探查为宜,也有人认为要早期探查,即术后 5 ~ 7 日内手术。

4. 喉上神经损伤 喉上神经与甲状腺上动脉伴行,喉上神经损伤多为处理甲状腺上极时远离腺体,盲目钳夹出血点,并大块结扎所致。喉上神经内侧支损伤表现为咽部感觉迟钝、喝水呛咳。外侧支损伤致环甲肌麻痹、声带紧张度降低、声音低钝。喉上神经

损伤多不需特殊处理,症状可自行消失。

5. 手足抽搐 手术时甲状旁腺被切除、挫伤或其血液供应受累,都可引起甲状旁腺功能低下。发生率为 0.9% ~ 25.9%,症状多在手术后 1 ~ 2 日出现,轻者仅有面部或手足的强直感或麻木感,重者发生面肌或手足的抽搐,每日可发作数次,每次 10 ~ 20 分钟,或数小时,甚至可发生喉及膈肌痉挛,引起窒息死亡。临床检查深部腱反射亢进,Chvostek 征阳性,Trousseau 征阳性,心电图示 QT 间期延长,血钙低于 2mmol/L,甲状旁腺素降低,同时尿中钙和磷的排出量都减少。此并发症重在预防。一旦出现症状应立即给予处理,适当限制肉类食品和蛋类食品。口服乳酸钙或葡萄糖酸钙,同时给予维生素 D₃、促进钙自肠道吸收,最有效的治疗是口服双氢速甾醇油剂,近年来甲状旁腺移植取得一定疗效。

6. 甲状腺功能减退 多由于甲状腺组织切除过多所引起,也可能由于残留腺体的血液供应不足所致。临床上出现轻重不等的黏液性水肿症状,皮肤和皮下组织水肿,面部尤甚,且较干燥,毛发稀疏。本并发症重在预防,每侧残留腺体要大于拇指末节,而且要保证残留腺体的血液供应。治疗方面给予甲状腺制剂。

7. 术后复发 复发率为 4% ~ 5%,影响甲亢术后甲状腺功能的因素较多,包括性别、年龄、术前抗微粒体抗体滴度、甲状腺切除量、保留甲状腺量、淋巴细胞浸润程度等因素。术后复发多见于年轻病人,或在妊娠和闭经期妇女。对年轻病人术后口服甲状腺制剂。

五、住院小结

(一)疗效

手术治疗甲亢有 100 多年历史,手术操作不断完善,手术死亡率在 1% 以下。由于手术直接切除了功能亢进的原发灶,减少了导致甲亢的自身免疫反应器官,因而手术是治疗甲亢的最有效方法。手术后除眼球突出症状外,其他症状都能消失或减轻,工作效

率增加。据统计,手术治愈率达 90% ~ 95%。甲亢术后复发率在 5% 以下,多见于年轻者或妊娠和闭经期妇女。

(二) 出院医嘱

针对并发症带药治疗,如喉返神经损伤,可行理疗,同时服神经营养药物;甲状腺功能减退,可口服甲状腺制剂;甲状旁腺功能减退,可补充钙剂。

第二节 甲状腺癌

甲状腺癌是头颈部常见的恶性肿瘤,占全身恶性肿瘤的 1% ~ 2%,女性多见。绝大多数甲状腺癌发生在青壮年。高恶性度的甲状腺癌可以在短期内死亡。上海市 1988 年报道,发病率为男性 12/10 万,女性 2.9/10 万。

一、入院评估

(一) 病史询问要点

1. 颈部肿块出现的时间,是在短期内迅速出现,还是逐渐出现,是否伴有疼痛。

2. 有无呼吸困难,有无耳、肩和枕部疼痛。

3. 有无声音嘶哑,何时出现。

(二) 体格检查要点

1. 有无面色潮红,颈前区有无局限性隆起。

2. 颈部肿块的部位、大小、质地及其与周围组织的关系如何,气管有无移位。

3. 颈部有无肿大淋巴结,部位、数量、质地如何。

4. 气管有无推移。

(三) 门诊资料分析

1. 甲状腺功能测定 如 TSH、TT₃、TT₄、抗甲状腺球蛋白 (TG) 抗体测定、抗甲状腺微粒体 (TM) 抗体测定,有助于鉴别诊