

小儿外科
实习医生手册

北京第二医学院

1984

(编写人员依姓氏笔划为序)

王 汉	王东方	王燕霞	刘凤藻	李秀珍
李跃荣	陈晋杰	陈幼蓉	姚慧筠	贺延儒
贾和庚	梅中奎	梁若馨	黄澄如	薛 峰
董毓珍	魏临洪			

小儿外科实习医师手册

前 言

实习医师的学习任务是把几年来医学院学习的知识具体联系到临床实践，这是一个飞跃的过渡。对儿科系学生来说，小儿外科只是在培养儿科医师知识中比较小的一个部分。因此，一般安排实习时间较短，只是几个星期。所以为了能使学生得到完整、具体的小儿外科工作知识，我们主张宁可少看几个病种，一定要求把对病人的全部工作都经历一遍。即使是只管一个病人，也是从收入院、诊断、手术、术后治疗，到出院全面体会一下细节工作。使学生知道理论知识怎样才能用到病人身上，才能成为一个医生。至于他如果有志作一名小儿外科大夫，那就可以在此基础上，一个病人一个病人的经验逐渐积累，这将是一生永远学不完的。适应这个目的的要求，我们选了一些常见的小儿外科病，简单深入而具体的突出对病人的工作提纲，成为小儿外科实习手册。这种短期实习方法是比较独特的，我们导师们也缺乏经验。第一次写这样的手册，当然免不了缺点很多。又因为目前小儿外科分科很细、很专，各有专人钻研。为使实习参考材料尽量与实际工作符合，所以各个专业均由各专业具体负责人编写。写的人多，也就不可避免有不一致或重迭之处。以上种种均有待以后再版逐渐修订。还希望读者、用者不断提出改进意见。一本书的从无到有就算一个成功，全科教学人员付出劳动和努力就值得称赞与鼓励。各有关方面对此书出版的支持，我这里也谨致衷心的感谢。

张金哲

1984年2月22日

目 录

第一章 实习医生工作守则及病历书写

第二章 手术前后处理

第一节 手术前准备

第二节 手术后观察与处理

第三章 水与电解质平衡

第四章 急诊原则

第一节 创伤

第二节 感染

一 颌下蜂窝织炎

二 皮下坏疽

三 髂窝脓肿

第三节 急腹症

第四节 小儿消化道出血的诊断与处理

第五节 烧伤

第五章 小儿呼吸循环停止和复苏

附：抢救时常用技术

第六章 伤口处理

第七章 外科常用诊疗技术

第一节 静脉切开

第二节 胸腔穿刺 闭式引流

第三节 诊断性腹腔穿刺

第四节 肛门指检

第五节 乙状结肠镜检查

第六节 洗肠

第七节 胃肠减压

第八节 导尿

第九节 切开引流

第十节 牵引疗法—下肢皮牵引

第十一节 牵引疗法—下肢骨牵引

第十二节 石膏疗法

第八章 门诊疾病索引

一 皮下慢性无痛性肿物

二 各部位皮下肿物

三 腹内肿物

四 皮下急性肿痛

五 皮肤病变

六 四肢脊柱障碍

七 口部

八 肛门

九 生殖泌尿器官

十 胸部

十一 头部

十二 人体“中线”疾病与异常

第九章 小儿外科常见病

第一节 头颈部

一 脑脊膜膨出

二 颈部先天性囊肿与瘘管

第二节 胸部

一 先天性膈疝

二 纵隔肿块

三 先天性膈膨升

四 先天性食管闭锁及食管气管瘘

第三节 腹部

- 一 先天性肥大性幽门狭窄
- 二 先天性肠闭锁及肠狭窄
- 三 先天性肠回转不良
- 四 消化道重复畸形
- 五 肠套迭
- 六 蛔虫引起的外科合併症
- 七 急性阑尾炎
- 八 原发性腹膜炎
- 九 肠梗阻
- 十 先天性巨结肠
- 十一 先天性胆总管囊肿
- 十二 先天性肛门和直肠畸形
- 十三 腹股沟斜疝

第四节 泌尿生殖系统

- 一 鞘膜积液
- 二 隐辜
- 三 先天性肾盂积水
- 四 尿道下裂

第五节 运动系统

- 一 骨折概论
- 二 几种常见骨折的处理
- 三 几种常见脱位的处理
- 四 急性骨髓炎
- 五 慢性骨髓炎
- 六 化脓性关节炎

- 七 骨关节结核概论
- 八 常见的骨关节结核
- 九 先天性肌性斜颈
- 十 先天性髋关节脱位
- 十一 先天性马蹄内翻足
- 十二 佝偻病性膝内翻和膝外翻
- 十三 脊髓灰质炎后遗症
- 十四 脊柱侧弯

第六节 肿瘤

- 一 血管瘤
- 二 淋巴管瘤
- 三 腹膜后肿瘤

第一章 实习医生工作守则及病历书写

一、实习医生守则

(一) 全心全意为病儿服务，发扬救死扶伤实行革命人道主义精神。

(二) 关心爱护病儿，对病儿要进行认真细致的检查和操作，不要因检查和操作增加病儿的痛苦。

(三) 实习医师在实习期间执行24小时一贯负责制，在上级医师指导下参加病房（管理病床4~6张）、门诊、急诊及值班等工作。对自己所管的病人要全面负责，认真系统观察。

(四) 每天早晨提前半小时进病房，星期日和节假日上午必须来院查房。遇重危病人应在床旁守护，平日离开病房应留去向，以便随叫随到。

(五) 实习医生接收新病人后，要求24小时以内完成病历的书写，每天记录病程日志，对重危病人要随时记录，对慢性病人2~3天记录一次。

(六) 在上级医师指导下学会开医嘱，开处方，写接班志，交班志、转科志、手术志、出院志、死亡志及各种申请单。以上各项要求字迹清晰工整，内容准确，各项病史资料均应保持完整，对各项检查报告单应及时贴在病历上。

(七) 实习医生应遵守医院及科室规章制度，积极参加各种学术活动及查房，查房时应认真背诵报告病历、病情变化及病例分析。

(八) 实习期间不得任意请假，若须请假者应按规定办理批准手续。

(九) 在实习期间，对一些特殊疾病的护理，亦应注意学习。除经上级医师指示之外，不得单独接待病人家长及解释病情。实习医生无处方权，凡处方各种申请单、证明书等，均须由上级医师复核签字后方为有效。

(十) 实习期间，应尊重老师，注意和周围同志搞好团结，虚心向周围同志学习。

二、病历书写

(一) 住院病历排列次序：

1. 体温单（把近期的放在前面，按页序逆排）。
2. 医嘱单（按页序逆排）。
3. 实习医师书写的住院病历。
4. 住院医师书写的人院记录。
5. 病程记录及住院期间的其他记录。
6. 特殊治疗记录单（包括科研表格）。
7. 会诊单（按日期先后排列）。
8. 特殊检查报告单（包括X线、病理、骨髓片、心电图、超声波、肺功能等报告单，按报告日期先后顺序排列）。
9. 化验记录单：血、尿便常规报告结果均须抄于化验记录单上，其他检验报告单按报告日期贴于化验记录单背面。每张报告单上缘要注明检查日期、项目和结果。
10. 护士记录单，按日期顺排。
11. 病历首页及入院通知单。
12. 门诊病历。
13. 既往住院病历，其他医院的病情介绍或有关材料。

(二) 外科病历书写的特点：外科病历的书写格式和内

科病历基本相同，仅在病历的最后增加“外科情况”一项，急症病人须抢救或立即手术者，应在术前写一份抢救记录及简单病历摘要，术后再完成住院病历。

1. 外科情况：主要记录与这次疾病有关的体征与检查。例如急性原发性肠套叠病人，要记录其脱水情况，神智、面色，腹部外形、膨胀程度，有无压痛，压痛范围，有无肌肉紧张，肝脾触诊结果，能否触及肿物，肿物部位、大小、活动度，肿物上有无压痛，肠鸣音增强还是减弱，有无肠型。直肠指诊有无肿物触及，若有血便，注意血便颜色及其量的多少。为避免重复，在原病历体检记录的相应项目内可写见外科情况。

2. 术前小结：包括：

(1) 简单病史及体征，常规检查结果如血生化、血气、血常规、胸腹透视和照片结果及其它有关的检查结果。

(2) 临床诊断简单分析。

(3) 拟施手术名称，麻醉方法，手术初步方案。

(4) 手术后的效果，手术远近期并发症，手术危险性，预后，

(5) 术前均须向家长交待病情、术中术后可能发生的问题，要记录家长对以上情况的理解程度，若有签字手续，应注明是否已签字。

3. 术后病程日志：首次要记录何时何种麻醉下作什么手术，手术所见，术中变化，引流管条放了几条，放在何处，病人回病房后的神智血压、脉搏、呼吸，何种体位以及护理和观察的注意事项。

4. 手术记录：由手术者或第一助手24小时以内完成，其书写的规格如下：

(1) 手术日期及时间, 住院日期。

(2) 术前诊断。

(3) 术后诊断。

(4) 手术名称。

(5) 手术人员。

(6) 麻醉方法。

(7) 麻醉人员。

(8) 手术经过: 叙述的主要内容有:

① 术时体位、皮肤消毒方法及部位、切口位置及长度。

② 主要病变的部位, 范围与邻近脏器的关系。

③ 实施手术的理由、手术的具体步骤、方法、吻合口大小、切除组织多少, 所用缝线及缝合方法, 是否放置引流, 何种引流及引流物数目。

④ 术中患儿血压、脉搏、呼吸的情况, 输血量。有无特殊处理及抢救措施。

⑤ 麻醉是否满意。

⑥ 切除标本的肉眼所见, 是否已送病理检查。

⑦ 记录者签字。

5. 出院志: 除记录姓名、性别、年龄、出入院诊断和日期外, 作为外科出院记录中要包括术前治疗, 手术日期, 麻醉方法, 手术方法, 病理报告结果和手术后恢复情况, 以便复诊时作参考。

6. 切口愈合的记录方法:

(1) 切口分类: 以罗马字区分伤口性质。

“Ⅰ”表示无菌伤口, 如甲状腺囊肿切除术、疝修补术。

“Ⅱ”表示可能有污染的切口, 如胃切除术、尾路肛门

成型术。

“Ⅲ”表示有污染的切口，如阑尾穿孔腹膜炎手术。

(2) 切口愈合的分级。

甲级愈合，无不良反应的愈合。

乙级愈合，愈合不良，如切口周围红肿、有硬结或血肿，但未化脓。

丙级愈合，切口化脓、裂开，或需切开引流处理。每个手术切口最后表示法：是上述切口分类和切口愈合分级的综合，斜线分母代表切口愈合的分级，斜线分子代表切口分类。如阑尾穿孔术后，伤口愈合良好，应写为Ⅲ/甲。

第二章 手术前后处理

第一节 手术前准备

一、详细了解病史，全面进行体格检查。

二、术前需查血、尿常规、出凝血时间、血小板及血型。必要时查便常规。

三、大手术或需要全麻的病人术前需查心、肺、肝、肾功能。

四、根据不同病人的情况做必要的辅助检查，如钡餐、钡灌肠、胆道造影、静脉肾盂造影、血管造影、超声波、电子计算机断层扫描等。

五、如果有贫血、营养不良、各种维生素缺乏需积极矫正，待一般情况改善后方能手术。

六、脱水酸中毒患儿需查血钾、血钠、血氯、血二氧化碳结合力以及血气测定，根据结果进行补液及矫正电解质失衡。

七、术前要详细向家长交代病情、手术方案以及术中、术后可能发生的问题。

八、术前小结：参见第一章术前小结之内容。

九、术前禁食6小时。腹部手术前需放置胃管，根据需要洗胃或洗肠。结肠手术术前2—3天开始用控制肠道细菌的抗菌素。例如新霉素（50—100毫克/公斤）口服。

十、麻醉前用药：全麻患儿选用下列三种药，非全麻患儿选用下列三种药中的前二种即可。

1. 杜冷丁：1—2毫克/公斤/次（一岁以内小儿禁用）
2. 非那更：1—2毫克/公斤/次
3. 东莨菪碱：0.01毫克/公斤/次

第二节 手术后观察及处理

一、术后未完全清醒的病儿需密切观察以防发生意外。全麻术后病儿需仰卧，头偏向一侧，以防止呕吐物吸入呼吸道。腰麻术后患儿需平卧6—8小时。

二、卧位：术后常用的卧位有平卧位、俯卧位、头高位、头低位等，根据病情需要而定。

三、定时测体温、脉搏、呼吸、血压至平稳。

四、观察尿量、要求每小时至少20毫升尿量，尿比重1.010—1.020之间。

五、观察伤口出血和渗出情况。

六、观察各种引流管是否通畅以及引流液的性质和数量。一般橡皮片引流24—48小时拔除。香烟引流2—3天拔除。胆道引流管2周拔除。

七、腹部手术后要观察肠功能的恢复，了解腹胀及肠鸣音的恢复情况，是否排气以及有无食欲等。术后进食时间视具体情况而定，肠切除吻合术后3—4天如果减压液中无胆汁即可进食，非胃肠道手术术后4—6小时即可进食。

八、术后能进食者，根据病儿年龄、食欲予以合适之饮食和奶方。食欲不佳入量不足者，要适当补液以维持水及电解质平衡，长时间禁食或营养不良病儿要注意补充足够的热卡和蛋白质，必要时可间断输血和血浆，以加强支持治疗。

九、一般切口术后3—4天更换敷料。并检查伤口情况。拆线时间根据手术类别和部位而定。

十、大手术和污染手术，术后应使用抗菌素3—5天或更长的时间。

十一、术后给予各种维生素以利伤口愈合。

（以下文字因图像模糊无法准确识别，疑似为手术护理或术后观察的详细说明，包含关于敷料、伤口、拆线、抗菌素使用及维生素补充等方面的描述。）

第三章 水与电解质平衡

体液是人的主要组成部分，其数量，分布和电解质的相对恒定，是维持正常生命机能的重要条件。任何病病均可不同程度的干扰这种恒定状态，进而引起水与电解质失衡。小儿体表面积大，新陈代谢快，每日需水分多；另一方面身体组织含水分亦多，其神经、内分泌系统、肺、肾等发育尚未完善，故其调节水与电解质平衡能力差，容易发生水电解质失衡。

一、正常体液：

(一) 体液的总量

新生儿体液占体重的	80%
生后一月降至	75%
婴儿约占	70%
学龄儿童约占	65%
成人约占	60%

(二) 体液的分布

细胞外液之血浆区占5%，间质区占25~30%；细胞内液又称细胞区占35~40%。间质区的液量伸缩力较大，犹如一水库，可以调节其他两个区的液体相对恒定。

(三) 体液的成分及各区体液阴阳离子的平衡

细胞外液的阴离子以 Cl^- 、 HCO_3^- 为主，阳离子以 Na^+ 为主；细胞内液的阴离子以蛋白质和有机磷酸盐为主，阳离子以 K^+ 、 Mg^{++} 为主。在正常情况下阴阳离子的总量成平衡状态。正常血浆内电解质浓度参见下表：

阳离子	毫克%	毫克当量/升
Na ⁺	327	142
K ⁺	18	4.5
Ca ⁺⁺	10	5
Mg ⁺⁺	3.6	3.5
		155.0
阴离子	毫克%	毫克当量/升
Cl ⁻	365	103
Hco ₃ ⁻	160	27
Hpo ₄ ⁼	9.6	2
so ₄ ⁼	4.8	1
有机酸	—	6
蛋白质	6000	16
		155.0

(四) 酸硷平衡

体液的酸硷平衡可参考以下的生化指标确定：pH (7.35~7.45)，二氧化碳分压PaCO₂ (40±5 mmHg)，标准重碳酸盐SB (24±2 mEq/L)，碳酸氢根BB (21~27 mEq/L)，二氧化碳结合力Co₂CP (50~60vol%)。目前最常用者为pH和Co₂CP。体内酸碱平衡靠体内一系列缓冲系统通过肺的呼吸和肾脏的排泄来维持。

二、外科病儿的水与电解质失衡

常见的失衡情况为脱水、酸硷中毒。