

常見外科病

醫藥衛生出版社出版

常見外科病

醫藥衛生出版社出版

內 容 提 要

本書共十三章，第一章講述了麻醉術與外科手術基本操作，第二、三、四、五章講述了外科感染，損傷、腫瘤和畸形，以後各章則按系統分述外科常見病的病因、症狀、診斷、預防和治療。書中特別介紹了一些小手術的方法。

常 見 外 科 病

醫藥衛生出版社出版

香港歌賦街十七號

印刷者：劬華文化服務社

官塘偉業街116號二樓

定價中流出版社

一九七 \$ 7.00 版

版權所有·不准翻印

目 录

第一章 麻醉术与外科手术基本操作	1
第一节 麻醉术	1
第二节 外科手术基本操作	11
第二章 外科感染	20
第一节 外科感染概论	20
第二节 疖	23
第三节 痈	24
第四节 脓肿	25
第五节 丹毒	27
第六节 急性蜂窝组织炎	27
第七节 败血症与脓毒血症	28
第八节 破伤风	29
第九节 气性坏疽	32
第十节 炭疽	33
第十一节 窦道及瘘管	35
第十二节 慢性溃疡	36
第十三节 放线菌病	37
第三章 损伤	38
第一节 开放性损伤	38
第二节 闭合性损伤	46
软组织挫伤	46
关节损伤	47
棘间韧带撕裂	48
第三节 休克	49
第四节 烧伤	51

第五节	冻伤	56
第六节	电击伤	57
第七节	毒蛇咬伤	59
第四章	肿瘤	60
第五章	畸形	63
第一节	唇裂与腭裂	63
第二节	脑脊膜膨出与脊柱裂	64
第三节	多指与并指	64
第四节	先天性腕关节脱位	65
第五节	先天性肛门和直肠畸形	66
第六章	淋巴系统及血管疾病	67
第一节	急性淋巴管炎	67
第二节	急性淋巴结炎	67
第三节	结核性淋巴结炎	68
第四节	象皮病	68
第五节	下肢静脉曲张	69
第六节	血栓闭塞性脉管炎	70
第七章	手部疾病	71
第一节	手的感染	71
	甲沟炎、甲下脓肿	71
	脓性指头炎	71
	急性化脓性腱鞘炎	73
	掌间隙感染	74
第二节	手的损伤	74
	手部损伤的处理原则	75
	手指断裂伤	75
	肌腱断裂	76
	指端挫伤	76
第八章	头部疾病	77

第一节 颅脑损伤·····	77
头皮损伤·····	77
颅骨损伤·····	77
脑损伤·····	77
第二节 脓性颌下炎·····	78
第九章 乳腺疾病·····	79
第一节 急性乳腺感染·····	79
乳头炎·····	79
急性乳腺炎·····	79
第二节 慢性囊性乳腺瘤·····	80
第三节 纤维腺瘤·····	80
第四节 乳癌·····	80
第十章 胸部疾病·····	81
第一节 胸部损伤·····	81
肋骨骨折·····	82
气胸·····	84
血胸·····	86
第二节 胸壁结核·····	86
第三节 脓胸·····	86
急性脓胸·····	86
慢性脓胸·····	87
第四节 胸腔肿瘤·····	87
第十一章 腹部及直肠肛管疾病·····	88
第一节 腹部损伤·····	88
开放性损伤·····	88
闭合性损伤·····	89
第二节 急性腹膜炎·····	90
第三节 胃与十二指肠溃疡并发症·····	92
急性穿孔·····	93
幽门梗阻·····	93

大出血·····	94
恶性变·····	94
第四节 急性阑尾炎·····	94
第五节 急性肠梗阻·····	96
嵌顿疝·····	98
粘连性肠梗阻·····	99
肠扭转·····	100
肠套迭·····	100
第六节 急性胆囊炎·····	101
第七节 慢性胆囊炎与胆石症·····	102
第八节 脾肿大·····	103
第九节 消化道肿瘤·····	104
胃癌·····	104
结肠癌·····	104
第十节 疝·····	105
概论·····	105
腹股沟疝·····	106
股疝·····	107
脐疝·····	108
第十一节 直肠肛管疾患·····	108
病理解剖特点·····	108
痔·····	109
肛裂·····	113
直肠肛管周围脓肿·····	114
肛瘘·····	116
脱肛·····	118
肛门瘙痒症·····	119
肛管直肠癌·····	119
第十二章 泌尿生殖系疾病·····	119
第一节 泌尿系损伤·····	119

第二节 非特异性感染·····	121
膀胱炎·····	121
前列腺精囊炎·····	121
第三节 结核性感染·····	122
肾结核·····	122
附睾结核·····	123
第四节 急性尿潴留·····	124
第五节 泌尿系结石·····	125
肾和输尿管结石·····	125
膀胱结石·····	126
尿道结石·····	126
第六节 包皮疾病·····	126
包皮过长·····	126
包茎·····	127
嵌顿包茎·····	127
第七节 肿瘤·····	129
阴茎癌·····	129
睾丸肿瘤·····	129
第八节 其他·····	130
精索静脉曲张·····	130
鞘膜积液·····	130
第九节 输精管结扎术·····	131
第十三章 骨及关节疾病·····	135
第一节 化脓性骨髓炎·····	135
急性血源性化脓性骨髓炎·····	135
慢性骨髓炎·····	136
第二节 急性化脓性关节炎·····	136
第三节 类风湿性关节炎·····	137
第四节 骨与关节结核·····	139
脊椎结核·····	139

髌关节结核·····	140
膝关节结核·····	141
第五节 关节扭伤·····	141
第六节 腰痛·····	142
第七节 骨折总述·····	143
第八节 上肢骨折·····	151
锁骨骨折·····	151
肱骨外科颈骨折·····	152
肱骨干骨折·····	153
髌上骨折·····	155
鹰嘴骨折·····	156
桡骨尺骨骨干骨折·····	157
桡骨末端骨折·····	157
第九节 脊椎与骨盆骨折·····	158
脊椎骨折·····	158
骨盆骨折·····	160
第十节 下肢骨折·····	161
股骨颈骨折·····	161
股骨干骨折·····	161
胫骨骨折·····	162
胫腓骨骨折·····	163
第十一节 关节脱位·····	163
肩关节脱位·····	163
肘关节脱位·····	164
髌关节脱位·····	165
〔附〕 石膏绷带术·····	166

第一章 麻醉术与外科手术基本操作

第一节 麻 醉 术

麻醉术的进步是外科迅速发展的重要因素，麻醉必须安全、无痛、无害，并能达到手术需要的目的，它可分为局部麻醉、椎管内麻醉和全身麻醉等，应根据病人情况和手术种类选择麻醉方法。

一、麻醉前准备和用药 麻醉前准备和用药是保证麻醉与手术顺利进行和减少术后并发症的重要措施。麻醉前应对病人进行解说，以消除顾虑，并取得手术时的合作。术前最好暂时禁烟，注意口腔卫生，以预防术后肺部并发症，这一点对全身麻醉的病人更为重要。麻醉前应了解病人全身情况，包括心、肺、肝和肾的功能。此外在手术麻醉当天在护理方面还要做以下几件事：(1)麻醉前4小时起禁食，用全身麻醉则应禁食6小时，以防麻醉中引起呕吐。(2)在手术前晚和当天早上应各灌肠一次，但在局部麻醉除了胃肠道和肛门部手术外，一般不需灌肠。(3)病人去手术室前要排尿。

在手术前晚开始给病人一些药物称为麻醉前用药，其目的是减轻病人的恐惧紧张情绪，使麻醉过程平稳，减少术中和术后并发症，并可减少麻药用量。常用麻醉前用药有以下几种：

(一) 巴比妥类 有催眠镇静作用，并对普鲁卡因等局部麻醉药有解毒作用。常用的巴比妥类药有戊巴比妥、苯巴比妥(鲁米那)和安密妥等，成人剂量均为0.1克，在手术前晚和

麻醉前 2 小时各服一剂。

(二) 阿片类 有很强的止痛镇静作用,但能抑制呼吸,所以不可用于婴儿和呼吸受抑制的病人。用法为术前 45~90 分钟皮下或肌肉注射吗啡 10 毫克或哌啶 100 毫克,急症可作静脉注射,剂量减半。

(三) 颠茄类 可减少口腔、呼吸道和汗液分泌,对抗吗啡与巴比妥类药物的呼吸抑制作用,并抑制胃肠道蠕动,所以能减少恶心、呕吐,但有增加心率和使分泌物变浓稠的不良作用。成人剂量为阿托品 0.5 毫克或东莨菪碱 0.35 毫克,用法同吗啡。小儿和老人宜用阿托品。

各种麻醉的麻醉前用药见下表:

麻 醉 种 类		麻 醉 前 用 药
局 部 麻 醉		一般小手术可免用,较大手术应给巴比妥类和吗啡类药物
椎 管 内 麻 醉		巴比妥类、吗啡类和小量莨菪碱类药物
全身麻醉	乙醚	巴比妥类、吗啡类和莨菪碱类药物
	硫喷妥钠	巴比妥类、小量或不用吗啡类药物

二、局部麻醉 局部麻醉是使身体一定部位的痛觉暂时消失的麻醉方法,它的优点是:所需设备简单,操作较易掌握;如使用得法,适用于大小手术;对身体各部的机能影响小,所以使用安全;术后恢复也快,并发症少。但对小儿和精神紧张的患者以及进行较大手术时,局部麻醉受到一定限制。

(一) 局部麻醉的种类和具体操作 局部麻醉又可分为局部浸润、区域封闭、神经阻滞、表面涂布、表面冷冻、骨折端

血肿内麻醉等。常用的局部麻醉药为普鲁卡因(奴佛卡因)，可用于上述前三种麻醉及腰髓麻醉。其次为地卡因(潘妥卡因)，多用于表面涂布麻醉和腰髓麻醉；可卡因毒性大，只限于表面涂布麻醉。

1. 局部浸润麻醉：普通所谓局部麻醉就是指局部浸润麻醉。

(1) 用具：5毫升和10毫升注射器各1~2副(较大手术时，供手术者与第一助手同时注射用)；5厘米长的24号针头和7~10厘米长的20~22号针头各1~2个；50~100毫升搪瓷杯1只，供盛麻醉药用，也可用普通酒盅代替。

(2) 方法：局部浸润用的麻醉药是0.5~1%普鲁卡因，大量应用时则用0.25%的稀溶液。注射开始先在预定的切口线上或伤口周围用短针头作皮内浸润，使成0.5~1厘米直径的皮丘，继作连续皮丘使成浸润带，以后改用长针作分层浸润，依次浸润皮下、筋膜、肌肉、腹膜或骨膜等层，肌层一般只需注入少量麻醉药。在皮下或向深层浸润时可作扇形阻滞，

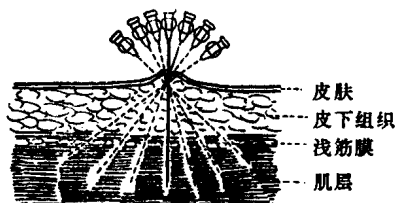


图1 扇形浸润的剖面图

即用长针头经皮丘刺入，在皮下不同方向注射麻醉药，或向深层作同样扇形浸润(图1)。浸润范围根据手术区域的大小来确定。

在手术区域较大时，可用大量0.25%普鲁卡因分层分次

浸润,使局部组织积存大量药液,造成水肿,产生组织内张力,这种张力能加速麻醉药进入神经组织,延长麻醉时间,并使毛细血管不易出血,较大的血管易于分离,便于结扎切断。

局部浸润时在每 100 毫升 0.5~1% 普鲁卡因中加入 4~8 滴(0.25~0.5 毫升) 1:1,000 肾上腺素,可使局部血管收缩,手术区渗血减少,麻醉药吸收缓慢,延长麻醉时间。但在高血压、心脏病、甲状腺机能亢进、周围血管疾病(如血栓闭塞性血管炎)的病人、手指、足趾的手术或用大量普鲁卡因溶液浸润时,禁忌加用肾上腺素。

普鲁卡因局部浸润的一次用量不应超过 1 克。用 0.25% 溶液作分层分次浸润时,一次可用 500 毫升(1.25 克)。以后根据需要每隔 30~60 分钟,可增用与第一次等量的麻醉药,但在 1 小时内不宜超过 1 克。浸润用普鲁卡因的总量也根据手术需要而定,在一个时间长的大手术中最多可用到 3~4 克。年老、幼小或体弱、重危病人的用量应适当减少。

局部浸润时为了达到无痛安全的目的,必须注意:(1)严格遵守无菌操作。(2)采用“一针技术”,即在开始麻醉注射第一针作皮丘时有轻微疼痛,以后作连续皮丘就在第一个皮丘的基础上进行,不应在未麻醉的皮肤上另作穿刺,以免疼痛。深部浸润时,可采取边注射边进针与边退针边注射相结合的方法。(3)在皮内、皮下、筋膜、肌腱外、骨膜外、以及腹膜等神经末梢丰富的区域应作重点浸润。皮内注射必须确实,皮内浸润后的皮丘发白,呈橘皮状。(4)避免将麻醉药注入血管、神经或骨膜下。大量麻醉药进入血液循环,可引起中毒,所以应采取边抽边注的方法。麻醉药只可注在神经干周围,若注入神经组织或鞘内,可能引起永久性损伤和退化。骨膜下注射则使骨膜与骨质分离而引起长期疼痛。

2. 封闭麻醉:

(1) 区域封闭麻醉: 区域封闭麻醉是在手术区的周围用 0.5~1% 普鲁卡因浸润, 使进入该区的神经阻滞, 从而得到手术区域内麻醉的方法。本法常用于范围较大的手术, 恶性肿瘤的活组织检查、感染区的手术、植皮取皮以及一些整形手术等。方法与局部浸润麻醉基本相同, 先在手术区作方形、三角形或环形连续皮丘, 再向手术区深部四壁及其底部作扇形浸润。

(2) 套式封闭麻醉: 套式封闭麻醉是把大量普鲁卡因稀溶液注射于肢体, 使麻醉沿筋膜弥散造成远端肢体的麻醉, 适用于上下肢手术。操作方法是在肢体根部上止血带后, 在其稍下方作 2~3 个皮内小泡, 用 10~12 厘米长的 18~20 号针垂直刺入, 到达骨后, 稍退出一些(以免进入骨膜), 加压注射 0.25% 普鲁卡因, 上肢需 150~300 毫升, 下肢 300~500 毫升, 约等 5 分钟, 深部组织即得麻醉。等候期间在肢体手术切口部位作皮内及皮下浸润, 即可进行手术。

3. 神经阻滞麻醉: 神经阻滞麻醉是用 1~2% 普鲁卡因注射在主要神经干或神经丛的周围, 产生这些神经所支配区域的麻醉。

(1) 臂丛神经阻滞: 用于上肢手术。在锁骨下动脉外侧, 锁骨中点一指宽以上处作皮肤麻醉, 用针经此麻醉点朝第一肋骨方向刺入, 如果尺侧皮肤有异样感觉, 可知针尖已触到臂丛神经下缘, 将针保持在这个位置, 用另一针经同一点向前或后刺入与第一针成叉形, 经此第二针注入 2% 普鲁卡因 5~10 毫升, 等 10~15 分钟后, 麻醉渐产生(图 2)。

(2) 肋间神经阻滞: 用于胸壁或上腹壁手术, 或肋间神经痛等。普通注射在肋骨角处的肋间神经。在脊椎棘突外侧约

2.5 厘米作皮内麻醉，经此麻醉点用 22 号 5~7 厘米长的针与脊椎棘突平行方向刺入，直至肋骨外面，把针稍拔出些，针头改向下方，继续刺入，经肋骨下面刺入筋膜时有特殊感觉，这时针头已在内外肋间肌间的神经附近；注入 1~2% 普鲁卡因 3~5 毫升。

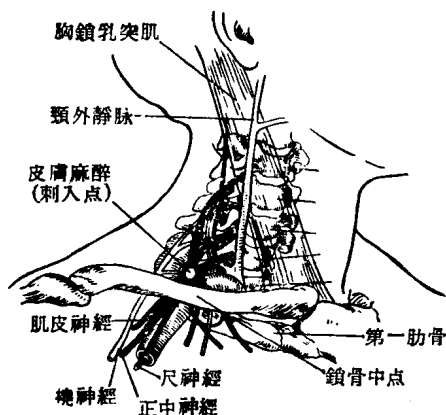


图 2 臂丛神经阻滞法

(3) 手指与足趾神经阻滞：用 4 厘米长针头在指（趾）根部背侧两旁作皮内小泡，继刺向指（趾）骨旁，边进针边注射，使根部指神经麻醉，每指（趾）需 2~4 毫升 1~2% 普鲁卡因。

4. 表面麻醉：用 1~4% 可卡因或 0.5~2% 地卡因（潘妥卡因）涂布在粘膜或浆膜上，使表面神经麻醉。适用于眼、耳、鼻、喉科的手术。方法是取棉花浸透麻醉药后，敷于手术区域，也可采用喷雾或滴入法。

5. 表面冷却麻醉：用氯乙烷喷射于手术区的皮肤，此药迅速蒸发，局部温度接近零度而产生麻醉作用。本法适用于浅部脓肿的切开排脓手术。

6. 骨折端血肿内麻醉：在严密无菌技术下用 1~2% 普鲁卡因 10~50 毫升(由骨的大小而定)注入骨折处的血肿内，可产生良好的麻醉以利进行闭锁复位。骨折端血肿内抽出的血与血管内的不同，前者常是暗黑色，并可能含脂肪小滴。若怀疑针头进入血管，注射可以很慢进行，如果无反应便知针头不在血管内，可把所需剂量完全注入血肿内。

(二) 局部麻醉药的中毒反应 普鲁卡因、可卡因、地卡因等局部麻醉药的中毒症状相同，多因用药过量，或误注入血液循环所致。中毒初期常有精神抑制或兴奋、头晕、头痛、恶心、呕吐、心前驱不适、疼痛或窒息感。初时皮肤苍白，出冷汗，可有寒战、心率快；严重时发绀，心律变慢，血压急剧下降或休克；常发生惊厥，甚至呼吸循环衰竭而死亡。

预防中毒的方法是：(1)术前给巴比妥类药物；(2)严重感染或维生素缺乏病人对局部麻醉药的耐力降低，可在术前应用维生素 C，急症病人静脉注射 500~1,000 毫克；(3)大量应用局部麻醉药时，要用稀浓度的(普鲁卡因 0.25%)；(4)在血管丰富的部位作手术时，麻醉药中要加些肾上腺素以延缓吸收；(5)对年老、幼小、重危体弱者，局部麻醉药用量应减少；(6)应密切注意早期中毒症状及时发现，及时停止注射，并作适当处理；(7)采用边抽边注的方法，以防大量麻醉药误入血管。

发生中毒现象时，应立即停止注入。轻度中毒，给氧吸入，常很快恢复；也可肌肉注射巴比妥类药物，如鲁米那钠 0.1~0.2 克；血压下降可注射麻黄硷；呼吸衰竭病人，应行人工呼吸，惊厥用 2.5% 硫喷妥钠静脉缓慢注射，惊厥停止即停注，一般 4~6 毫升已足够。

应用极少量局部麻醉药发生过敏反应时，症状和急救方法都与中毒反应一样。

三、腰髓麻醉 腰髓麻醉是椎管内麻醉方法之一，即经第二、三或四腰椎间隙注射麻醉剂入蛛网膜下腔内，产生腹部以下的半身麻醉；如果使用得当，相当安全，肌肉完全松弛。这是现今最常用的麻醉法之一；适用于腹部、盆腔、会阴及下肢的手术，麻醉时间可维持 1~2 小时。

(一) 禁忌证 腰部中央皮肤疾病、腰椎骨髓炎或结核，中枢神经系统疾病，败血症，严重的心脏血管循环系统疾病如动脉硬化、高血压、休克、低血压等；年龄在 60 岁以上的老人和 10 岁以下的儿童，神经非常过敏和常头痛或背痛的病人；以及时间很长的手术，都不宜用腰髓麻醉。

(二) 方法 腰髓麻醉时，先进行腰椎穿刺(方法见“常用医护技术”)。常用的麻醉药是普鲁卡因，剂量为体重每公斤 0.5 毫克，最大总量不得超过 200 毫克。普通以脊髓液溶解成 5~10% 的溶液。脊髓液可用空针筒抽出或直接滴在盛普鲁卡因结晶的小瓶中(100 毫克普鲁卡因需 1~1.5 毫升的脊髓液)。普鲁卡因完全溶解后，把溶液吸入空针筒内，以每秒 0.5 毫升的速度注入蛛网膜下腔内。注射需无阻力，如果不很畅快，可试抽脊髓液，抽不出来，表示针头在腔外，须重行调节或另做穿刺后再注射。注射后 2~3 分钟麻醉作用即开始。若麻醉平面不够高，可将手术台头端放低些，若麻醉平面已超过所需范围，则将手术台头端抬高些。普鲁卡因腰髓麻醉的时间约 1~2 小时。在普鲁卡因溶液内加 0.5 毫升 1:1,000 肾上腺素一同注入蛛网膜下腔，可延长麻醉时间。地卡因麻醉时间为 3~4 小时，但毒性较大。腰髓麻醉期间应常测量病人血压，在最初 20 分钟内更应注意。

(三) 反应和并发症

1. 血压下降：由于下半身血管扩张，血压下降，甚至发