

· 人 民 卫 生 出 版 社 ·

外科治疗手册

K605

KDA

67405

外科治疗手册

(译美第四版)

作 者

R. E. 康登 L. M. 尼赫斯

译 者

孙衍庆 朱大雷 陈诚献

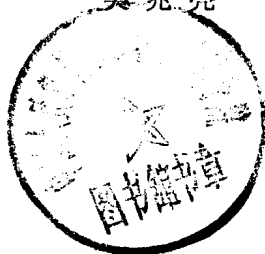
校 者

陈诚献 孙衍庆 张健美

王大觉 祝希媛 杨枕旦

特 约 编 辑

吴 兆 亮



人 民 卫 生 出 版 社

内 容 提 要

本书是美国出版的一本实用手册，讲的是外科病人的处理原则和要点。

前24章着重介绍外科临床上常见的一些问题，如休克与创伤的复苏，外科液体疗法，外科营养，急性肾功能不全和呼吸功能不全的处理，手术前后处理，以及烧伤、急腹症、小儿外科等。最后一章介绍外科常用的小操作，如清创缝合、静脉切开、静脉插管、胸腹腔穿刺插管等。

全书条理分明，重点突出，内容较新，可供我国外科实习医师和外科住院医师参考。

原书各章节后附有供进一步深读的建议读物书目，书后并有索引。这些在译本中一概删略。

MANUAL OF SURGICAL THERAPEUTICS

Fourth Edition

Edited by

Robert E. Condon, M. D. and Lloyd M. Nyhys, M. D.
Little, Brown and Company, Boston

外 科 治 疗 手 册

孙 衍 庆 等译

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里10号)

北京印刷一厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 16½印张 4插页 349千字

1982年11月第1版第1次印刷

印数：1—35,100

统一书号：14048·4219 定价：1.70元

目 录

第一章 休克与创伤的复苏	21
I. 总则	1
J. David Lewis	
II. 面部损伤	13
Richard C. Schultz	
III. 头颈部损伤	17
Osar Sugar	
IV. 胸部损伤	27
Paul Thomas	
V. 腹部损伤	33
Joseph C. Darin	
VI. 泌尿系损伤	42
Russell Lawson	
VII. 血管和四肢损伤	47
Victor Bernhard	
第二章 常见急诊	56
I. 昏迷病人	56
Ruel Wright	
II. 眼科急症	62
Frederick Reeser; Edward W. Waldeck	
III. 鼻出血	66
Roger H. Lehman	
IV. 泌尿生殖系急症	69
Samuel S. Clark; Roohallah	

V. 阴道出血和妇科其他问题	75
Harold I. Barkowf	
VI. 手的损伤和感染	82
J. Christopher Hastings	
第三章 心律失常	103
Lawrence I. Bonchek; Michael H. Keelan, Jr.	
I. 总论	103
II. 心律失常的原因	103
III. 特异性心律失常的诊断与治疗	104
IV. 电复律	111
第四章 心搏停止	113
Sidney Levitsky	
I. 定义与总论	113
II. 病因学	114
III. 诊断	115
IV. 治疗	116
V. 复苏后的治疗	120
VI. 概要	121
第五章 急性腹痛	122
Robert J. Baker	
I. 病史	122
II. 体格检查	127
III. 化验室检查	132
IV. 其他诊断方法	133
第六章 上胃肠道出血	133
Philip E. Donahue; Lloyd M. Nyhus	
I. 总论	133

II. 即刻处理	140
III. 治疗措施	143
第七章 肠梗阻	146
John Gleysteen; Robert E. Condon	
I. 总论	146
II. 单纯性机械性小肠梗阻	150
III. 单纯性机械性结肠梗阻	158
IV. 绞窄性肠梗阻	162
V. 麻痹性肠梗阻	165
VI. 急性肠血管闭塞	167
第八章 手术前后处理	172
I. 常规医嘱	172
Ruel Wright	
II. 肾脏、心脏和肺功能的评定	178
James H. Woods; Jerome J. Delosse	
III. 麻醉和麻醉前用药	191
Ernest O. Henschel	
IV. 急性精神病	197
Hyman Muslin	
V. 引流物和管子的处理	200
Robert M. Barone; Prabir Chaudhuri	
VI. 术后发热	212
Edward Felix	
VII. 肺误吸	218
Richard H. Stewardson	
第九章 液体和电解质疗法	224
Robert E. Condon	
I. 基本原则	224

II. 平衡失调的诊断	229
III. 液体和电解质平衡失调的临床状态	239
IV. 在治疗过程中附加的丢失	250
V. 维持的需要量	252
VI. 输液医嘱准则	254
VII. 液体治疗范例	258
第十章 外科病人的营养	263

William J. Schulte

I. 管理营养需要的一般原则	263
II. 营养支持的适应证	265
III. 管道喂饲	266
IV. 胃肠道外营养	269
V. 适应于各种治疗类型的检查	275
第十一章 急性肾功能不全	276

Neil A. Kurtzman

I. 肾功能衰竭的类型	276
II. 急性肾功能衰竭的处理	280
第十二章 呼吸功能不全	286

Gordon N. Olinger; William J. Schulte

I. 概论	286
II. 基本知识	286
III. 换气的机械支持	293
IV. 特殊考虑	300
第十三章 外科内分泌学	302

I. 糖尿病病人	302
----------------	-----

Gerald A. Williams

II. 服用甾族化合物的病人	307
----------------------	-----

Gerald A. Williams

III. 急性高钙血症 (高钙血危象)310

Stuart D. Wilson

IV. 甲状旁腺功能不全313

C. Thomas Bombeck

V. 甲状腺危象314

C. Thomas Bombeck

第十四章 外科感染316

Ronald L. Nichols

I. 诊断316

II. 治疗总则318

III. 特异性细菌322

IV. 抗菌素类329

V. 抗菌素的预防性使用343

VI. 伤口和软组织感染346

VII. 败血症354

VIII. 隔离355

第十五章 血液成分治疗和输血反应360

Robert J. Baker

I. 可提供的血液成分360

II. 输血的即刻反应363

III. 后期输血反应368

IV. 大量输血的并发症370

第十六章 急性凝血障碍374

Clara Hussey, Stuart D. Wilson

I. 止血的机制374

II. 异常出血的诊断375

III. 疑及急性凝血病的外科病人的处理	384
第十七章 肺栓子	387
John D. saletta; C. Thomas Bombeck	
I. 病因和影响	387
II. 临床表现	389
III. 治疗方法	392
IV. 肺栓子的预防	398
V. 肺栓子的处理	399
VI. 脓毒性肺栓子	400
VII. 骨髓和脂肪栓子	400
第十八章 烧伤的处理	403
William F. McManus	
I. 初步管理	403
II. 液体的需要	406
III. 镇静和镇痛	407
IV. 焦痂切开术	408
V. 吸入损伤	408
VI. 烧伤创面	409
第十九章 小儿外科	416
Hernan Reyes	
I. 总论	416
II. 新生儿的外科情况	425
第二十章 器官移植	443
Martin F. Mozes; Olga Jonasson	
I. 肾移植	443
II. 其他器官的移植	449
第二十一章 癌的化学疗法	451
Richard S. Stein; Gale L. Mendeloff	

I. 总论	451
II. 化疗药物的使用	453
第二十二章 下肢的静脉疾病	461
Donald K. Wood	
I. 论据和定义	461
II. 原发性静脉曲张	463
III. 继发性静脉曲张	468
IV. 浅静脉血栓形成	468
V. 静脉血栓形成	469
VI. 血栓性静脉炎	472
VII. 静脉炎后综合征	475
第二十三章 肛门直肠的常见疾病	477
George F. Flynn	
I. 临床检查	477
II. 肛门直肠疾病	479
III. 治疗总则	486
IV. 手术前和手术后处理	487
第二十四章 皮肤和皮下肿瘤	489
Paul Natvig	
I. 总论	489
II. 活组织检查	489
III. 麻醉	490
IV. 特殊考虑	490
V. 良性肿瘤	490
VI. 恶性前期肿瘤	494
VII. 恶性肿瘤	494
第二十五章 外科小操作	497
Robert E. Condon	

第一章 休克与创伤的复苏

I. 总则

A. 初步处理

1. 优先考虑 治疗伤员的首要目的是保存生命,而且常常是在尚未确切了解具体病因时,就需要开始治疗呼吸道梗阻、休克或心肺功能衰竭。诊断与治疗措施要同时进行,而不是按顺序进行。一旦病人情况稳定,下一个任务才是进行病因的诊断。

a. 建立和保持呼吸道通畅

(1) 观察梗阻的体征:喘鸣(stridor)、内陷、哮鸣(wheezing)或青紫。把手指伸入伤员的口咽部,清除口内凝血块、粘液、呕吐物以及任何松动的牙齿或托牙。

(2) 如果伤员迟钝,或由于面部不稳定骨折造成呼吸道梗阻,则插入一个口咽气导管,此时就有可能用口罩进行辅助呼吸。如果伤员挣扎要坐起来,应允许坐起,因为这一动作常常是保持呼吸道开放的反射性反应。

(3) 气管内插管可减少昏迷病人的误吸,并便于进行呼吸支持。对于神志足够清醒以致不必要插管的病人,必须仔细观察并经常吸引。

(4) 检查有无开放性胸部伤、连枷胸、张力性气胸或肺损伤的征象。治疗呼吸道梗阻(吸引和插管)与呼吸功能不全(给氧和辅助呼吸)。喉部或气管直接损伤,可形成不可能施行气管内插管的局面。在这种少见情况下,要做好施行急诊气管造口术的准备。

(5) 体位的重要性：有颈或脊髓损伤可能者，需要制动并禁止考虑变更其他体位。否则，宜保持伤员处于半俯卧位，不应水平仰卧或约束于此体位。

b. 鉴定与维护心肺功能

(1) 低氧症和酸中毒可致心搏停止。如果发生心搏停止，则立即进行口对口呼吸与胸外心脏按摩。对大多数伤员，采用口咽气导管与口罩呼吸即可奏效(参阅第四章)。在心搏停止早期复苏时，不应勉强进行气管内插管而浪费时间。如果胸壁不稳定(连枷胸)或有胸廓强硬(晚期肺气肿)，则胸外按摩无效，可能需要开胸施行直接手法心脏按摩。

(2) 代谢性酸中毒 对每一个低灌注的伤员，应事先想到会出现代谢性酸中毒，并应静脉注射重碳酸钠加以纠正。早期动脉血血气分析颇有帮助。心电图监测对于特异性心律失常(参阅第三章)的诊断很重要。

c. 控制出血

(1) 外出血最好用直接压迫出血部位的方法控制。压迫应一直持续到在手术室内的有效治疗下，控制了近侧端的出血为止。用止血带或在伤口深部盲目用止血钳钳夹是不恰当的，因为可能造成进一步的损伤。

(2) 内出血可用胸腔穿刺或腹腔穿刺鉴定。由有经验的医师判断腹腔灌洗液，能提高诊断的准确率。由骨折引起的失血，即便没有大血管损伤，也会是可观的。

d. 治疗休克

(1) 低血容量休克最好用补充血液的方法治疗。失血少于1,500毫升可用晶体溶液替代，但更多的失血则必须补充血液。伤员失血超过血容量的45%可造成严重低血压与低氧血症，如不采取有力的复苏措施，则将发展到心肺功能停止。

判断失血的临床指标如第 233 页表 9-4 所示。

(2) 处理出血性休克的基本步骤如下：

(a) 放置静脉内导管 在无菌操作下插入数根导管，至少有一根导管必须放置到中心静脉池。避免使用因创伤而可能受到损伤的血管。根据临床情况来决定采用哪些静脉，几乎都可以采用在乳头线以上的静脉。

(b) 抽取血样进行血型鉴定和交叉配血 在给予血浆增容剂以前，抽取血样进行血型鉴定与交叉配血。此时进行动脉血血气分析与血细胞压积测定，能提供一些基础数值，并确定重碳酸盐缓冲剂的需要量和支持呼吸的疗效。

(c) 静脉输入液体 首先以很快速度输入等渗晶体溶液，在血压与中心静脉压开始升高时再减慢速度。

(d) 输血 尽快输注交叉配血结果相符的血液。对于一些严重病例，输入晶体溶液不足以复苏，或者其血细胞压积低于 15% 者，可给与特定血型的或万能供血者的浓缩红细胞，以维持最低的携氧能力，直到能提供交叉配合的血液为止(参阅第十五章)。

(e) 监测中心静脉压

1) 压力计上的生理盐水柱随呼吸而浮动是一项很好的标志，说明中心静脉导管顶端位于中心静脉池。导管顶端需位于胸内而又在心包外。与心搏一致的搏动说明导管顶端位于右心室，应把导管拉出至相当位置。临床上如有可能，全部导管均应用X线检查核对位置。

2) 中心静脉压监护 需要在液体替代治疗过程中系统观察变化。测量低血容量病人中心静脉压的绝对值，不如在治疗中测量中心静脉压的变化的意义大。在容量替代充分时，可见到中心静脉压与收缩压平行升高。在容量替代治疗后，

中心静脉压仍保持低水平，说明可能还有潜在的持续出血。持续低血压而中心静脉压明显升高，提示有心包填塞、心肌梗死或充血性心力衰竭。虽然肺动脉漂浮导管(斯-甘二氏导管)可能有助于以后治疗发生心力衰竭或心肌梗死的病人，但一开始没有必要放置此种导管。

(f)弗利氏导管导尿 每小时测量尿排出量。尿量减少而尿比重升高(>1.030)或渗克分子浓度升高(>700 毫渗克分子/公斤)都反映低血容量。以后，低尿量伴低比重与低渗克分子浓度，而生命体征正常，可能是肾小管受损的反映(参阅第十一章)。

(g)固定骨折 “按原位夹板固定”仍是最好的守则。保护伴行的软组织，特别是保护神经血管结构极为重要(参阅Ⅶ)。

(h)处理软组织伤 抬高伤处，压迫止血和无菌包扎，以防止进一步的损伤和污染。在有效麻醉下进行确切的治疗，如充分的清创术与修复术。需要时应给予破伤风预防措施和抗菌素。

(i)确定休克的病因 采用充分的血容量替代疗法仍不能恢复血压与循环血容量者，则说明还有未能控制的出血源。血尿、咯血、经鼻胃管吸出血液或直肠出血，均提示体内失血。胸腔穿刺、腹腔灌洗、肾盂造影术或内窥镜检查，能查明隐藏的出血部位。骨盆骨折往往是多达10个单位潜在失血的原因。持续大出血经常要求手术探查。对这些病人拖延术前时间，企图稳定其血循环，可能会造成复苏的失败。

2. 即刻复查

a. 反复检查病人，并特别注意脉率、脉压、皮肤温度和颜色以及病人的神志状态。脉速、脉压窄、皮肤凉而苍白、

烦躁不安，都是再发低血容量与低氧血症的征象。

(1) 在复苏成功后，伤员进入一个危重时期，需要继续观察并进行全面估计，注意神志状态的变化、四肢的自发活动、胸部的呼吸动作和腹型的变化。经鼻插入胃管抽空胃内容，观察吸出物，并保持间隔吸引。

(2) 这种病人全部都必须完全脱去衣着，进行损伤范围的迅速鉴定。要轻而稳地接触躯体各部位，特别是怀疑受伤的部位。需要特别注意明显的畸形、不对称、撕裂和挫伤。颅骨、面骨、气管和脊柱的触诊，以及轻轻按压胸廓、骨盆和四肢，常可发现隐藏的骨折或脱位。必须进行细致的腹部检查，要特别注意有无压痛和肠鸣音的性质。所有伤员均要进行直肠检查，并特别注意有无血液存在。要鉴定周围脉搏和四肢的神经肌肉状态。胸部听诊和叩诊可提示胸膜萎陷、摩擦或积液，以及与损伤相应的心脏变化。

b. 尽可能详细地了解病史。既往病史、变态反应史和药物史，以及与意外创伤有关的情况，都很重要。除病人以外，采取一个全面病史可能需要询问其他人。在这期间要进行连续的血气测定、血细胞压积测定和相应的实验室检查与X线检查。

B. 休克的病理生理

1. 定义 休克是继发于有效循环血容量减少的低灌注状态。由于交感神经的反应，使血液转移，以维持生命器官组织的灌注，这使灌注不良的组织产生一系列生理与代谢的变化，最后造成严重的全身性后果。

2. 分类 伴发于创伤的休克是原发性低血容量性休克；同时或随后可诱发其他类型的休克。

a. 低血容量性休克是由于血容量的丢失所致；或者是

出血时的全血丢失，或者是由于血浆进入第三液腔所造成的血容量丢失（见于腹膜炎、胰腺炎、肠梗阻和烧伤）。

b. 内毒素性休克是由于血液郁积在周围容量血管（初级静脉）中，降低了有效循环血容量，而无实际的血容量丢失。内毒素对心肌和周围血管的直接影响更大大增加了临床表现的复杂性。

c. 心源性休克代表伴有心排血量不足的泵衰竭，因此，尽管血容量正常而组织灌注不足。

d. 神经源性休克是因阻力血管失去交感神经控制，因而小动脉与小静脉扩张，降低了有效循环血容量而产生的休克。脊髓麻醉时的低血压是这一现象的例证。

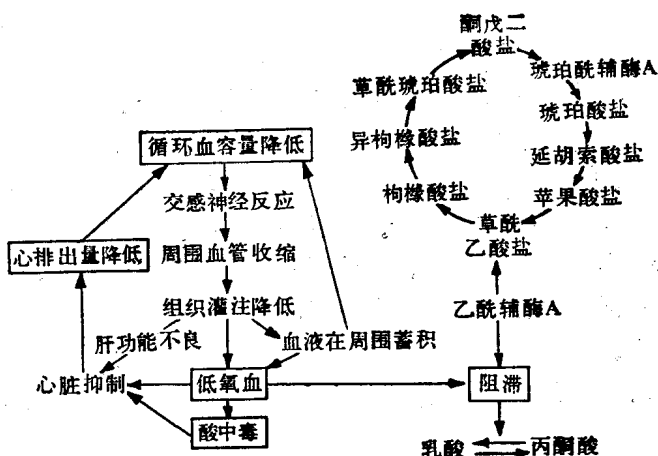
3. 内分泌的反应

a. 低血压时促肾上腺皮质激素、抗利尿激素以及醛甾酮的释放导致肾性钠、氯化物 and 水的潴留，并有钾丢失和排尿量降低。

b. 肾上腺髓质释放肾上腺素和去甲肾上腺素，使周围血管收缩，同时减少血管腔容量，并把周围组织的血管内液体转移至中心血池以维持血压。长时间的周围血管收缩和无氧代谢导致酸性代谢产物的蓄积（图 1-1）。

c. 休克时发生血糖过高症，一般认为是皮质类固醇和肾上腺素的糖原分解性能造成的。近来的研究证明，休克时胰岛素分泌的抑制具有更复杂的关系。

4. 代谢的变化 一个灌注正常的细胞利用葡萄糖是经糖分解与枸橼酸径路生成三磷酸腺甙而提供能的。无氧时丙酮酸盐转化为乳酸（参阅图 1-1），然后乳酸蓄积而产生酸中毒。正常时进入产能氧化过程的氨基酸和脂肪酸，休克时也蓄积起来而参与代谢性酸中毒。缺氧与酸中毒最后干扰细



胞膜的功能。细胞内钾丢失；钠与水转入细胞内而产生细胞水肿。

C. 血容量减少时输液的选择