

医师查房
丛书

外科

查房手册

主编 丁义涛

江苏科学技术出版社

YISHI

CHAFANG

CONGSHU

外

科

查

房

手

册

外

科

查

房

手

册

外 R6
DXT
01

外

医师查房
丛书

108397

科

科

外科

查

查

查房手册

房

房

主 编 丁义涛
副 主 编 (以姓氏笔画为序)
王 淦 李胜凡
陈承志 陈明基
林沛春 翁友然
主编助理 谢 敏

手

手

册

册

江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

外科查房手册/丁义涛主编. — 南京: 江苏科学技术出版社, 1999.3

(医师查房丛书)

ISBN 7-5345-2699-X

I. 外… II. 丁… III. 外科-手册 IV.
R6-62

**医师查房丛书
外科查房手册**

主 编 丁义涛
责任编辑 顾志伟

出版发行 江苏科学技术出版社
(南京市中央路 165 号, 邮编: 210009)
经 销 江苏省新华书店
照 排 南京展望照排印刷有限公司
印 刷 江苏新华印刷厂

开 本 850mm×1168mm 1/32
印 张 29
插 页 4
字 数 1 000 000
版 次 1999 年 3 月第 1 版
印 次 1999 年 3 月第 1 次印刷
印 数 1—10 000 册

标准书号 ISBN 7—5345—2699—X/R·477
定 价 46.00 元(精)

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

本书编著者名单(以姓氏笔画为序)

丁义涛	卫中庆	王 淦	王天路	王雪晨
尹卫民	成 军	朱伟东	乔 彤	刘长建
孙剑涛	李胜凡	杨伟民	杨定文	吴 杰
吴文溪	吴念曾	邱 勇	宋知非	陈 明
陈承志	陈明基	陈履平	林 华	林沛春
周建新	易建阳	郑黎明	骆东山	袁毅路
顾晓箭	翁文杰	翁品光	席时富	崔良顺
梁维帮	董全胜	谢 敏	熊晓明	魏静义

2215/18

序 言

查房是临床医师诊疗过程中的一个重要环节,它不仅是分析、诊断疾病、确定病人治疗措施的过程,同时也是上级医师传授知识以及下级医师学习的重要课堂。但是随着各种先进诊断手段的发展以及众所周知的原因,这个环节已在一定程度上似乎被淡化了,这是一个不好的现象,须加以纠正,老一辈专家对此责无旁贷。

对年轻住院医师来说,根据外科各种常见疾病发生、发展的规律,规范病史询问、体格检查,以及诊断、鉴别诊断和治疗措施制订的过程,有助于锻炼他们的临床思维能力,继而为进一步提高打下良好的基础。《外科查房手册》基于这样的指导思想,针对外科常见病,突出了日常查房过程中需要注意的主要问题,从整体上,动态地反映了外科临床工作的全过程,它不仅是各级医师临床工作的实用工具,同时也是年轻医师学习、培养正确临床思维习惯,以及不断提高的良好参考书。

丁义涛教授长期致力于临床实践工作,积累了丰富的经验,他一直把对年轻医师的培养作为自己的一项重要任务,在他的主持下,由江苏科学技术出版社支持,经过多位专家的共同努力,该手册终于得以面世。今有幸拜读,觉得该手册内容丰富,结构严谨,且较好地结合了相关方面的现代研究成果,故将其推荐给年轻医师们,希望该手册能对他们有所裨益。

吴孟超

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可弥补的损失。

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,作出正确的诊断。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。有鉴于此,受江苏科学技术出版社委托,邀请国内著名的专家、教授,编写本书,奉献给年轻的外科医师们。

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,放在有助于作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。内容力求实用、新颖,反映外科诊疗新观点。

本书编写过程中,曾得到南京医科大学的吴文溪教授、南京铁道医学院的黄懋魁教授的帮助;尤其是我的老师——中国科学院院士吴孟超教授亲自指导并作序,在此谨向他们表示由衷的谢意。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。

丁义涛

目 录

第一篇 普通外科

第一章 颈胸部疾病	1
甲状腺功能亢进症	1
甲状腺癌	7
乳腺癌	13
第二章 胃肠疾病	24
胃十二指肠溃疡	24
胃癌	29
结肠癌	35
急性阑尾炎	41
肠梗阻	46
肛管、直肠周围脓肿	51
肛裂	53
痔	56
第三章 肝胆胰疾病	59
原发性肝癌	59
门静脉高压症	69
急性胆囊炎	86
慢性胆囊炎	91
胆囊结石病	96
胆总管结石	104
原发性肝内胆管结石	113
急性重症胆管炎	119
原发性硬化性胆管炎	127

胆管癌	131
急性胰腺炎	137
胰腺癌	146
第四章 腹膜腔和腹壁疾病	155
腹部闭合性损伤	155
腹外疝	163
急性腹膜炎	177
腹腔脓肿	183
第五章 烧伤	187
烧伤	187

第二篇 神 经 外 科

第六章 颅脑先天畸形和损伤	209
脑积水	209
脊柱裂及脊髓相关畸形	211
颅脑损伤	214
第七章 颅内及椎管内感染	218
脑脓肿	218
脑囊虫病	221
硬脊膜外脓肿	223
第八章 颅脑及脊髓肿瘤	225
胶质细胞瘤	225
脑膜瘤	229
垂体腺瘤	233
听神经瘤	238
颅咽管瘤	242
血管网状细胞瘤	246
脑转移瘤	247
脊髓肿瘤	250

第九章 脑及脊髓血管神经性疾病	260
脑血管疾病	260
脊髓动静脉畸形	264
脊髓空洞症	266

第三篇 胸 心 外 科

第十章 胸部损伤	269
肋骨骨折	269
创伤性血气胸	271
心脏损伤	274
第十一章 胸壁及胸膜腔疾病	277
漏斗胸	277
胸壁肿瘤	278
急性脓胸	280
第十二章 肺脏疾病	284
支气管扩张	284
肺结核的外科治疗	288
肺脓肿	294
肺大疱症	297
肺癌	301
第十三章 食管及纵隔疾病	309
食管癌	309
贲门癌	314
食管异物	316
食管自发性破裂	318
食管裂孔疝	321
原发性纵隔肿瘤	324
重症肌无力	328
第十四章 心包疾病	332
急性化脓性心包炎	332

缩窄性心包炎	336
第十五章 心脏疾病	341
动脉导管未闭	341
心房间隔缺损	344
心室间隔缺损	347
肺动脉狭窄	350
法洛四联症	353
三尖瓣下移畸形	356
完全性肺静脉异位连接	361
主动脉窦瘤破裂	364
风湿性二尖瓣狭窄	368
风湿性二尖瓣关闭不全	372
风湿性主动脉瓣狭窄	376
风湿性主动脉瓣关闭不全	379
心脏黏液瘤	381
冠状动脉粥样硬化性心脏病	383
预激综合征	388
第十六章 血管淋巴疾病	391
动脉瘤	391
急性动脉栓塞	396
血栓闭塞性脉管炎	402
单纯性下肢静脉曲张	407
原发性下肢深静脉瓣膜功能不全	411
下肢深静脉血栓形成	416
淋巴水肿	422

第四篇 泌 尿 外 科

第十七章 泌尿生殖系先天性畸形及其他	427
多囊肾	427
隐睾症	430

先天性尿道下裂	433
鞘膜积液	437
精索静脉曲张	441
第十八章 泌尿生殖系感染	445
肾感染	445
膀胱炎	450
前列腺炎	452
睾丸及附睾炎	456
泌尿系结核	459
男生殖系结核	464
第十九章 尿路梗阻	468
肾盂输尿管交界处梗阻	468
输尿管狭窄	472
前列腺增生症	475
尿道狭窄	485
第二十章 泌尿生殖系损伤	490
肾损伤	490
膀胱损伤	496
阴囊及其内容物损伤	499
尿道损伤	502
第二十一章 尿石症	507
肾结石	507
输尿管结石	512
膀胱结石	515
尿道结石	517
第二十二章 泌尿生殖系肿瘤	520
肾癌	520
肾盂肿瘤	525
肾母细胞瘤	529
肾血管平滑肌脂肪瘤	533

输尿管肿瘤	536
膀胱肿瘤	541
前列腺癌	549
睾丸肿瘤	558
第二十三章 肾上腺疾病	565
皮质醇增多症	565
原发性醛固酮增多症	573
嗜铬细胞瘤	578
肾上腺无功能性肿瘤	583

第五篇 骨 科

第二十四章 骨折及脱位	587
肱骨外科颈骨折	587
肱骨干骨折	589
肱骨髁上骨折	592
前臂双骨折	596
桡骨远端骨折	599
股骨颈骨折	603
股骨粗隆间骨折	609
股骨干骨折	615
髌骨骨折	622
膝关节半月板损伤	626
胫腓骨干骨折	633
踝关节骨折	636
脊柱脊髓损伤	639
肩关节脱位	645
肘关节脱位	648
髋关节脱位	650
膝关节脱位	655

第二十五章 周围神经损伤	658
桡神经损伤	658
正中神经损伤	667
尺神经损伤	671
正中神经及尺神经合并损伤	674
腋神经损伤	675
肌皮神经损伤	678
臂丛神经损伤	679
副神经损伤	690
腓总神经损伤	692
胫神经损伤	695
坐骨神经损伤	698
股神经损伤	699
腕管综合征	701
旋前圆肌综合征	707
前臂掌侧骨间神经卡压综合征	711
前臂背侧骨间神经卡压综合征	713
肘管综合征	716
腕尺管综合征	720
梨状肌综合征	723
踝管综合征	726
趾底总神经卡压综合征	728
第二十六章 骨及关节感染性疾病	730
骨与关节化脓性感染	730
骨与关节结核	751
第二十七章 骨及关节非化脓性疾病	772
类风湿性关节炎	772
骨关节炎	795
第二十八章 颈及腰痛疾病	817
颈椎病	817

脊椎滑脱	825
腰椎间盘突出症	830
第二十九章 骨科畸形疾病	847
脊髓灰质炎后遗症	847
脊柱侧凸	869
跖外翻	877
第三十章 骨肿瘤	883
骨肿瘤	883

第一篇 普通外科

第一章 颈胸部疾病

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。

【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,1 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、脉压差增大和心率增快。

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 Joffroy 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_3 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,也可根据脉压差和脉率来计算,简便易行,常用计算公式:

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

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。

【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、脉压差增大、早搏、房颤,甲状腺呈弥漫性肿大,可有血管杂音及震颤,伴有或不伴有突眼症、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;异源性TSH甲亢则更困难。鉴别甲状腺炎伴甲亢需作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。