

外科病 最新治疗

主 编
周德义
王广田
方善德

天津科技翻译出版公司

Wai ke bing
zui xin
zhi liao



外科病最新治疗

(1)

主 编

周德义 王广田 方善德

天津科技翻译出版公司

津新登字 90(0109)号

外科病最新治疗(1)

主编 周德义 王广田 方善德

责任编辑 许钟秀 于洪涛

特约编辑 邢凤达

※ ※ ※

天津科技翻译出版公司出版

(邮政编码 300192)

新华书店天津发行所发行

永清县第一胶印厂印刷

※ ※ ※

开本 787×1092 1/32 印张:17.75 字数 384(千字)

1993年6月第一版 1993年6月第一次印刷

印数 1——6000册

ISBN 7-5433-0351-5/R·75

定价 9.50元

前 言

我公司自 1987 年以来,先后出版了三辑《内科病最新治疗》,深受读者欢迎,多次再版。这反映了广大临床医务工作者迫切需要国内外的先进医学理论和专家们的实践经验。这促使我们进而组织出版这本《外科病最新治疗》。

本书详述了基础外科、脑神经外科、胸心外科、血管外科、普通外科、骨外科、泌尿外科等 55 种疾病的最新诊断与治疗。每篇文章均由全国各地的外科专家、教授撰写,是专家们的宝贵实践经验与国内外最新外科医疗理论的结晶,都具有很强的科学性、权威性、实用性及可读性。

我们希望本书的出版能为广大外科临床医务工作者和医学院校师生增添一本有价值的参考书。本书出版过程受到郭学鹏教授大力支持,特此致谢。

由于我们的编辑水平有限,倘有不足之处,欢迎专家、读者们指正。

编 者

目 录

基础外科

外科感染性休克治疗新进展

上海第二医科大学附属瑞金医院普外科…… 曹德生(1)

急性肾功能衰竭发病机制的研究与诊治进展

河南省新乡医学院附属一院泌尿外科…… 袁九银(14)

糖尿病患者的围手术期处理

中山医科大学孙逸仙纪念医院…………… 傅祖植(26)

静脉营养治疗的进展

上海医科大学附属中山医院普外科…………… 吴肇汉(33)

烧伤治疗进展

中国人民解放军军医进修学院创伤

外科中心三〇四医院…………… 郭振荣 盛志勇(41)

脑神经外科

颅脑外伤诊断与治疗近况

上海第二军医大学附属长征医院神经外科

…………… 朱诚(52)

帕金森病治疗的新进展

首都医学院宣武医院神经外科…………… 张瓦城(61)

听神经瘤诊断与治疗进展

上海医科大学附属华山医院神经外科 徐伟民(77)

脑胶质瘤的治疗新进展

山东医科大学附属医院神经外科

..... 刘玉光 张 成(84)

脑血管疾病的栓塞治疗

贵阳医学院附属医院神经外科 吴若秋(92)

脑立体定向术在颅内疾患的应用

南京铁道医学院附属医院神经外科..... 董意如(107)

立体定向射频热凝治疗三叉神经痛

南京铁道医学院附属医院神经外科.....董意如
广东佛山市中医院.....陈小华 劳雨旋 曾令雄 (112)

胸心外科

风湿性心脏病外科治疗新进展

上海医科大学附属中山医院胸心外科..... 任长裕(115)

常见先天性心脏病治疗的进展

河南医科大学二附院胸心外科..... 庄世才(125)

肺癌外科的进展

中国人民解放军总医院胸外科..... 黄孝迈(134)

食管、贲门癌诊断治疗的进展

河南医科大学第二附属医院胸外科..... 刘芳园(141)

重症肌无力与胸腺摘除术

兰州军区总医院..... 陈文庆(154)

血管外科

腹主动脉瘤治疗的若干进展

上海医科大学附属中山医院血管外科..... 陈福真(164)

门脉高压症的现代外科治疗

白求恩医科大学一院普外科

..... 谭毓铨 陈 光(175)

巴德—希阿里氏综合征的治疗进展

河南医科大学一附属普外科..... 许培钦(188)

下肢象皮肿治疗新进展

上海第二医科大学..... 张涤生(197)

普通外科

甲状腺癌诊断与治疗进展

河南医科大学第二附属医院普外科..... 王广田(206)

乳腺癌的治疗及预后指标

上海医科大学附属肿瘤医院..... 沈镇宙(218)

十二指肠溃疡治疗的新进展

白求恩医科大学第三临床学院..... 郑扶民(226)

急性胃粘膜病变的治疗进展

同济医科大学附属同济医院..... 戴植本(237)

胃癌外科治疗的进展

河南医科大学第一附属医院普外科..... 谢志征(248)

绞窄性肠梗阻的诊断与治疗

上海第二军医大学附属长征医院普外科

..... 施靖华(260)

肠外瘘治疗的进展

南京军区南京总医院…………… 李宁 黎介寿(270)

低位直肠癌经腹会阴切除会阴部结肠套叠式肛门重建术

山西省肿瘤医院外科…………… 席中义(280)

原发性肝癌外科治疗进展

河南医科大学第二附属医院…………… 王广田 孙培春(293)

胆结石诊断与治疗的新进展

同济医科大学附属同济医院外科…………… 方善德(303)

体外冲击波碎石治疗胆结石

上海医科大学附属中山医院普外科…………… 王炳生(313)

胆管癌外科治疗的“突破”和“问题”

· 中国人民解放军总医院肝胆外科

…………… 周宁新 黄志强(322)

外科治疗急性坏死性胰腺炎的探讨

上海第二医科大学附属瑞金医院

…………… 张圣道 张臣烈(330)

壶腹周围癌的诊断与治疗

中国医科大学第一临床学院…………… 何三光(340)

胰腺结石

河南新乡医学院第三附属医院

…………… 周德义 于爱华(351)

脾脏移植的进展

哈尔滨医科大学附属第一医院普外科…………… 姜洪池(363)

骨外科

颈椎椎管狭窄症及手术治疗的新进展

- 北京医科大学第三医院骨科..... 蔡钦林 党耕町(373)
- 脊柱畸形矫治的新进展**
- 北京协和医院骨科..... 吴之康(386)
- 胸腰椎损伤合并截瘫手术治疗新进展**
- 北京军区总医院骨科..... 胥少汀(398)
- 人工髋关节置换新进展**
- 郑州铁路中心医院骨科..... 陈汝芳(408)
- 脊髓灰质炎后遗症的外科治疗**
- 西安医科大学第一附属医院骨科
..... 杨杰 朱晓白(415)
- 断肢(指)再植术**
- 上海医科大学手外科研究所..... 顾玉东(426)
- 手外伤早期修复的进展**
- 河南医科大学第二附属医院骨科..... 张树栓(439)
- 急性血源性骨髓炎的诊断与治疗进展**
- 天津医学院附属医院骨科..... 郭世绶(446)
- 腰腿痛治疗的新进展**
- 河南医科大学第二附属医院骨科..... 张树栓(454)
- 复合组织游离移植术的临床应用**
- 河南省洛阳正骨医院骨科..... 张善才(462)
- 现代截肢技术与假肢装配**
- 河南医科大学骨科研究所..... 许振华(470)

泌尿外科

男性不育治疗进展

- 西安医科大学第一附属医院泌尿科..... 李永海(484)

膀胱癌治疗新进展

中山医科大学附属第一医院泌尿科..... 梅 骅(496)

泌尿系结石治疗的新进展

第一军医大学珠江医院泌尿科

..... 张兆武 潘文海(505)

隐睾诊断与治疗的进展

河南医科大学第二附属医院小儿外科白素芬⁽⁵¹⁵⁾

河南医科大学第一附属医院泌尿科苗延宗

男性尿道下裂的手术治疗

湖南医科大学一附院泌尿科..... 蒋先镇(524)

嗜铬细胞瘤的诊断与治疗

上海市第六人民医院泌尿科..... 徐月敏(542)

肾移植的新进展

上海市第一人民医院..... 吕振裕 谢 桐(550)

外科感染性休克治疗新进展 新的基本概念

上海第二医科大学 曹德生

感染性休克(简称感休):主要是由细菌和它的毒素所引起。近年来感休发生率的增多与以下因素有关:严重创伤、移植、糖尿病及癌肿等重危病人存活时间延长、手术种类和范围扩大、静脉导管和导尿管留置时间过长以及免疫抑制剂和糖皮质激素的应用增多等。在外科疾病中,其原因以化脓性胆管炎、弥漫性腹膜炎、绞窄性肠梗阻最多见。其次为尿路感染、重度烧伤。致病细菌以大肠杆菌、产气杆菌、变形杆菌等最多见。病死率则以绿浓杆菌为首位,这是由于感染多发生在原发病较重而体质又较衰弱的病人身上,且有效抗生素较少。

休克毒素:当组织严重创伤、感染、缺血导致休克时,可释放出对肌体有害的许多体液因子即所谓休克毒素或称毒性介质,随之进入血循环。这些毒素有内毒素、血管活性物质、烧伤毒素、网状内皮系统抑制因子、肺疾患致病因子、心肌抑制因子、前列腺素、内啡肽等。上述体液因子的大量释放与休克的严重程度和休克的不可逆性有着密切的关系,它们直接影响血液动力学,影响细胞的代谢和功能。

休克细胞:关于休克发病机理的研究已由微循环阶段进

入细胞、亚细胞和分子水平。目前认为休克是生命器官的血流量不足和细胞对营养物质不能进行正常代谢所致。这也可解释高动力性脓毒性休克其微循环血流虽不减少、供氧不缺,但还是发生休克。其主要问题在于细胞对氧和营养物质的摄取和利用发生障碍,细胞代谢异常和结构改变。休克时细胞结构的改变即所谓休克细胞,其病理生理异常主要在于:(1)在缺血、缺氧和继发酸中毒情况下,影响细胞膜功能, Na^+ 与水进入细胞内, K^+ 移向细胞外,发生渗透压改变;(2)线粒体发生肿胀、破裂,影响 ATP 生成,导致严重乳酸血症,更加重细胞缺氧;(3)溶酶体破裂,导致细胞自溶,并向周围扩散引起广泛坏死。

现代感染性休克的监测

一、血液动力学的监测

感染性休克血液动力学变化有两种类型:(1)高排低阻型(暖休克),特点是高心脏指数(CI)、低体循环阻力(SVR)、高中心静脉压(CVP)。(2)低排高阻型(冷休克),特点是低 CI、高 SVR、低 CVP。一般监测指标有:动脉血压、脉压、CVP、心率(HR)。更准确的指标是通过 Swan - Ganz 导管测定右心房压(RAP)、肺动脉压(PAP)、肺动脉楔压(PAWP)、肺动脉阻力(PAR)、体循环阻力,从而获得心输出量(CO)和 CI。

$\text{BP} = \text{CO} \times \text{SVR}$, CO 的正常值为 $5 \sim 6 \text{ L/min}$, SVR 的正常值为 $800 \sim 1200 \text{ 达因} \cdot \text{秒} \cdot \text{cm}^{-5}$,影响血压的主要因素是 CO 和 SVR,CO 的改变受每搏输出量(SV)的影响,即 $\text{CO} = \text{HR} \times \text{SV}$ 。

$\text{CI} = \text{CO} \times \text{BSA}$ (体表面积,成人为 $1.6 \sim 1.7 \text{ m}^2$),CI 的正

常值为 $2.2 \sim 3.5$ 升/(分·米²)。感休期间, $CI > 2.5$ 时死亡率为 15%; $CI < 2.5$ 时死亡率为 75%。

$$SVR = \frac{MAP - RAP}{CO}$$

其中:

MAP —— 平均动脉压 = 舒张压 + 脉压/3, 正常值为 12.7kPa 或 95mmHg

RAP —— 右心房压, 以 CVP 表示, 正常值为 0.195 ~ 0.784kPa (2 ~ 8cm H₂O)

二、呼吸功能的监测

主要作血气分析以指导治疗。正常 PaO_2 为 10.67 ~ 13.33kPa (80 ~ 100mmHg), 低于 10.67kPa (80mmHg) 提示需要给氧。如吸氧不能升高 PaO_2 , 应正压给氧, 人工辅助呼吸。低于 9.34kPa (70mmHg) 提示肺功能不全, 低于 8kPa (60mmHg) 提示肺功能至衰竭边缘。 $PaCO_2$ 的正常值为 5.33kPa (40mmHg)。如大于 6kPa (45mmHg) 提示肺换气不足, 或有“呼酸”, 应作辅助呼吸。如肺换气良好而 $PaCO_2$ 上升, 则提示存在严重肺衰。低于 4kPa (30mmHg), 为“呼碱”或“代酸”引起的呼吸代偿所致。

三、肾功能的监测

主要测定尿量 (正常值为 30 ~ 70ml/h)。它反映肾和内脏血液的灌流量。如有尿少 (< 25ml/h), 应区别肾前性或肾性。前者常与血容量不足有关, 后者则是因肾缺血、中毒导致肾实质损害的结果。二者的区别是: (1) 肾前性尿少输液后尿量增加, 肾性的不增加; (2) 尿比重: 肾前性的大于 1.020, 肾性的为 1.010; (3) 尿镜检: 肾前性的正常, 肾性的有管型或肾上皮

细胞;(4)尿与血尿素量的比值:肾前性的大于 10 : 1,肾性的小于 10 : 1;尿与血肌酐量的比值:肾前性的大于 20 : 1,肾性的小于 20 : 1;(5)肾前性的血钾缓慢上升,肾性的迅速上升。

四、组织细胞功能的监测

可测定乳酸脱氢酶、SGPT 和乳酸量。前二者提示细胞坏死程度,因为这二个酶是细胞坏死后的产物。乳酸含量对判断预后具有重要性。严重持久的休克使组织缺氧,糖进行无氧代谢,乳酸生成增多。乳酸的正常值为 2mmol/L 以下。如大于 5mmol/L,则死亡率高达 75%。作电解质测定阴离子间隙,如大于 16mmol/L,亦提示有乳酸聚集。

总之,最近国外大多数医师采用以下检查以监视休克:
(1)动脉压;(2)脉搏与心律;(3)CVP 或 PANP;(4)CO(包括 CI、SVR、SV……);(5)血气分析;(6)血红蛋白;(7)尿量与比重、尿与血浆肌酐浓度比值、尿钠浓度;(8)动脉血乳酸量;(9)精神状态;(10)血浆电解质浓度。

尚需指出:(1)血压:它不是诊断休克的唯一指标,但如收缩压低于 10.67kPa (80mmHg),脉压小于 2.67kPa (20mmHg),并有组织灌流减少的表现(意识障碍、皮肤湿冷等),即可诊断为休克,脉压小于 2.67kPa (20mmHg),提示心排出量降低。(2)脉搏:儿茶酚胺除了使周围血管收缩外,还使心率加快,脉搏快而弱。这种改变往往出现在血压改变之前。脉搏是否清楚也很重要,有时血压虽低,但脉搏清楚,手足温暖,说明休克在好转。(3)精神状态:能反映出脑组织血液灌流情况,脑组织仅占体重的 2%,但却占全身耗氧量的 20%以上,对缺氧十分敏感。烦躁不安是脑组织血液灌流不足,高级神经中枢缺氧的早期反应。在动脉压尚未明显下降时即出现。

病情加重时由兴奋转变为抑制,出现反应迟钝,表情淡漠,甚至昏迷。(4)凝血功能障碍:休克时伴有脏器功能衰竭和出血倾向,应考虑为弥漫性血管内凝血(DIC)。出血是由于大量凝血因子的消耗和血小板减少所引起。如检测,以下各项都异常:血小板小于10万(肝病病人小于5万)、凝血酶元时间比正常延长3秒以上(肝病患者延长一倍以上)、纤维蛋白原小于2g/L(肝病患者小于1.25g/L),表示已有DIC。如仅二项异常,则下列三项中有一项存在时也可诊断为DIC:3P试验(鱼精蛋白副凝试验)阳性;凝血酶时间比正常延长3秒以上(正常为16~18秒);优球蛋白溶解时间缩短(小于70分钟)。

治疗进展

治疗原则:(1)必须以治本为主,所谓治本就是要阻断或解除造成休克的病因和休克向恶化发展的重要环节。前者是指要控制感染、清除原发病灶;后者是指要迅速改善有效血循环量和微循环血流阻滞。(2)治疗必须坚持一个整体概念,单纯着重于某一项措施决不能纠正休克的发展。合理的综合措施才是唯一的正确方向,并应同时进行,感休治疗的现代概念可归纳如下。

一、抗起始因子

主要是清除原发灶和控制感染。

(一)清除原发灶

外科感休必需争取时间尽早手术,否则即使积极地采用各项措施,仅能使病情暂时好转,不能制止再度休克。外科医师必须掌握:

(1)手术时间的选择:过去强调术前必须待休克稳定

后再行手术,但有延误手术的危险。目前认为术前准备应尽快,争取在 2~3 小时内手术。

(2) 手术前准备:实质上就是抗休克的综合措施,包括迅速扩容、纠正酸中毒、应用血管活性药物和大剂量抗生素和激素。同时应作留置导尿,测 CVP 和必要的各项化验检查。病人应立即送手术室,由麻醉师协助,边准备麻醉边抗休克。临床表现有以下改善即可手术:血压回升(收缩压 13.3~14.7kPa);脉压增宽($>4.0\text{kPa}$, 30mmHg);心率减慢(100 次/分),呼吸平稳(低于 30 次/分);指甲床和口唇色泽改善,尿量增多(30ml/h)。

(3) 手术治疗原则:力求简单、有效。它不同于一般的急症手术,应把抢救病人的生命放在第一位。“彻底”的手术只会加重病情,增加死亡率。

目前,对于深部的感染可用镓标记的白细胞、B 超、CT 等新方法明确脓肿的存在以及部位和大小,协助引流手术。还可在 CT 或 B 超引导下经皮穿刺引流,避免手术切开。今介绍几种重症疾病的手术原则。

(1) 急性化脓性胆管炎。它具有 Charco+四联或五联征(三联征+血压下降、休克+神经症状)。病变特点是胆管完全梗阻和具有脓性胆汁,因此必须立即作胆总管切开减压, T 管引流术。如情况许可则清除结石,解除梗阻。如伴有胆囊结石梗阻或化脓,不可强行切除,可加作胆囊造口,数周后再作胆囊切除。

(2) 化脓性腹膜炎。以阑尾穿孔和溃疡病穿孔最多见,其次为小肠、结肠穿孔。手术原则:按病变作局部切除或修补缝合,在病灶附近加作腹腔引流。结肠穿孔应在其近端加作结

肠造口。对内脏穿孔或弥漫性腹膜炎,Mc Kema 建议作连续腹腔灌洗,灌洗液为生理盐水加钾(10mmol/L),最初 48 小时速度为 400ml/h ,洗出液作细菌培养,待洗出液澄清、细菌数小于 $10^4/\text{ml}$ 可停止灌洗。灌洗液内不必加抗生素,因静脉应用抗生素后腹腔内已达到高浓度。

(3) 绞窄性肠梗阻。手术原则是解除梗阻,恢复肠道通畅,避免腹腔污染。为有利于术后肠段功能恢复,可在梗阻肠段远端戳创而插入多孔吸引管,吸尽积气积液,使肠腔萎瘪,再缝合戳创。如为乙状结肠坏死,切除后应加作近端结肠造瘘。如病情不允许,可作结肠造口或肠外置术。

(4) 急性坏死性胰腺炎。尽量在发病后 3~7 天内进行手术,过晚要延误病情,发生广泛胰外侵犯,过早坏死组织不够清楚。手术尽量清除坏死组织,但也不强行彻底切除,以免增加手术难度和大出血等并发症。可在二周后通过 CT 等检查作再次清创手术。术中按病变范围在胰头、胰尾处分别置双腔吸引管和塑料滴入管以便术后持续灌洗。同时加作减压性胃造口、营养性空肠造口、胆道减压引流。

(5) 严重烧伤。烧伤后肌体丧失天然屏障,创面和皮下大量细菌繁殖和释放毒素,足以致命。治疗原则是及时切除脓痂,引流坏死组织,覆盖肉芽创面。反复作细菌培养及药敏化验,保持抗生素在血内的有效浓度。

(二) 抗生素控制感染

原则是要用得早、用得足、选药要有针对性。作细菌培养帮助选药,无细菌资料时可按临床判断菌种。胸部以上大多为 G^+ 菌感染,胸部以下都是 G^- 菌。肠道、女性盆腔常为厌氧菌为主的混合感染。混合感染中需氧菌和厌氧菌同时存在,且有