

外科决策

(第二版)

[美]

L.W. 诺顿

主编

B. 艾斯曼

科学技术文献出版社



策 决 科 外

(第二版)

主 编:	[美]	L. W. 艾 诺	顿 曼 虞 和 藩
译 者:	李 嘉 惠	文 海 德	林 继 宝
校 者:	徐 以 浩	李 恩 欣	邓 侯
审 校:	段 开 源	李 嘉 惠	侯 树
	王 绍 仁	张 希 贤	

科学技术文献出版社

内 容 简 介

本书1978年问世后即成为畅销书，受到国际外科界的普遍赞扬。1986年第二版包括11个部分，共140个专题。分别由119位在国际外科学界各专门领域中有造诣的权威专家撰写。全书以临床统计学结果为根据，采用“决策树”加说明的格式，对各专题的决策科学地分析推理，描绘出处理各种病人的思维过程的逻辑程序，合理地运用了诊断技术和外科手术治疗方面的最新资料，是当代临床决策中难得的一本好书。有助于医生在面临具体病人时科学地制定诊治决策，使病人得到最佳处理。可供外、妇、眼、耳鼻喉、口腔等科实习医生、住院医生、医学生参考。对主治医生以上临床人员的医疗和教学亦很有帮助。

Surgical Decision Making

Second Edition

Lawrence W. Norton

Ben Eisenman

W. B. Saunders Company

Philadelphia 1986

外 科 决 策

(第二版)

李惠等 译

王绍仁 张希贤 审校

科学技术文献出版社出版

北京京辉印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

787×1092毫米 16开本 21印张 498千字

1989年12月北京第一版第一次印刷

印数：1—3000册

科技新书目，206—168

ISBN 7-5023-0931-4/R·175

定 价：12.80元

E208/23

策 决 科 外

(第二版)

主 编:	[美]	L. W. 艾 诺 斯	顿 曼 林 继 邓 侯
译 者:	李 嘉 惠	文 海 德 欣	虞 和 宝 树
校 者:	徐 以 浩	李 恩 欣	
审 校:	段 开 源	李 嘉 惠	
	王 绍 仁	张 希 贤	

科学技术文献出版社

内 容 简 介

本书1978年问世后即成为畅销书，受到国际外科界的普遍赞扬。1986年第二版包括11个部分，共140个专题，分别由119位在国际外科学界各专门领域有造诣的权威专家撰写。全书以临床统计学结果为根据，采用“决策树”加说明的格式，对各专题的决策科学地分析推理，描绘出处理各种病人的思维过程的逻辑程序，合理地运用了诊断技术、手术、外科处理方面的最新资料，是当代临床决策中难得的一本好书。有助于医生在面临具体病人时科学地制定诊治决策，使病人得到最佳处理。可供外、妇、儿、眼、耳鼻喉、口腔等科实习医生、住院医师、医学生参考。对主治医生以上临床人员的医疗和教学亦很有帮助。

Surgical Decision Making

Second Edition

Lawrence W. Norton

Ben Eisenman

W. B. Saunders Company

Philadelphia 1988

外 科 决 策

(第二版)

李嘉惠等 译

王绍仁 张希贤 审校

科学技术文献出版社出版

北京京辉印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

787×1092毫米 16开本 21印张 498千字

1989年12月北京第一版第一次印刷

印数：1—3000册

科技新书目：206—168

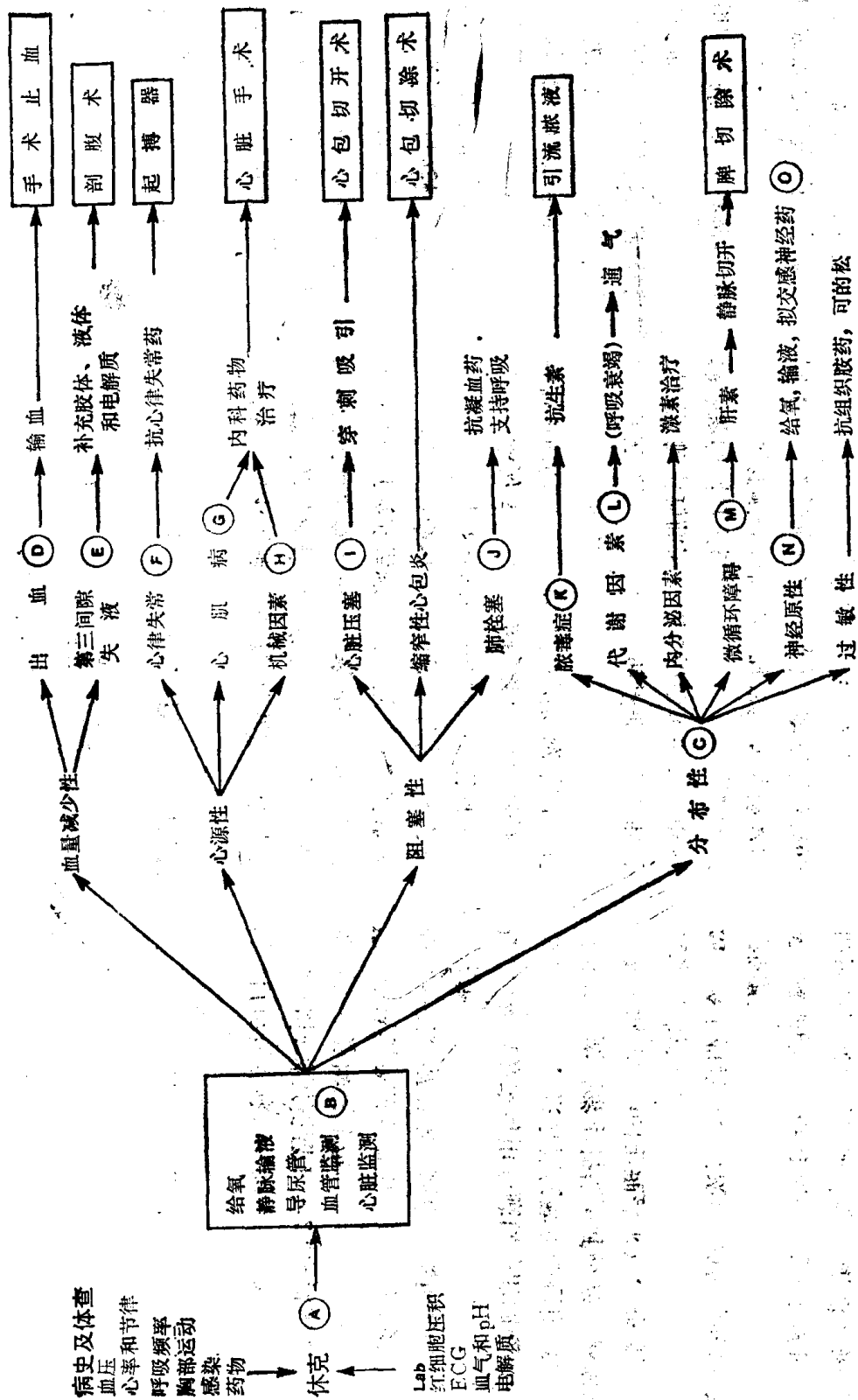
ISBN 7-5023-0931-4/R·175

定 价：12.80元

原
书
缺
页

原
书
缺
页

休克



病史及体查
血压
心率和节律
呼吸频率
胸部运动
感染
药物

巴胺 (Dopamine) 最受欢迎, 因其剂量小的可能性差别很大。
于每分钟6mg/kg时即能增加肾血流。上述
各种药物的肾上腺素能效应和引起心律失常

(文海德译)

心肺复苏

ARTHUR SANDERS 和 GORDON EWY 著

A 对昏迷患者首先要评估其气道情况。如果颈部损伤不足为虑的话，把头颈与下颌骨放在适当的位置，用一手指扫清或用喉镜检查口腔，并予吸引以保证上呼吸道通畅。

B 如果在清理上呼吸道后，自发性呼吸得以恢复，即应监测脉搏、血压及神经病学方面的情况。

C 如自发性呼吸未能恢复，应即开始人工呼吸。如没有带囊面罩装置给氧，就必须进行口对口呼吸，并尽可能地开始气管内插管，用100%氧维持呼吸。

D 通过胸壁活动和双侧肺野呼吸音评估通气是否充分。

E 如上述措施不能产生足够的气体交换，而上气道阻塞仍旧存在，就必须行环甲软骨切开术。用针刺入环甲软骨可作为一种临时性急救措施，但确定性的治疗措施是切开环甲软骨膜，置入气管内插管或气管切开术套管。

F 一旦建立起充分的通气，就必须评估循

环情况。如不能触到脉搏，应立即开始胸外心脏挤压并且心搏骤停急救组即刻行动。胸外挤压至多可提供正常心输出量的30%，但在采取更有效的治疗以前，此量可供冠状血管和大脑充分灌流以维持患者生存。成年人的胸部挤压每分钟应进行60次，按压与通气的次数比为5:1。挤压持续时间应为挤压-松弛周长的50%。胸骨压下深度应为胸廓前后径的20~25%。

G 电机械分离 (EMD) 的特征是有心电图合波但触不到脉搏。象心搏停止一样，电机械分离的预后不良。

H 心室纤颤是心搏骤停时心律方面最突出的反应。除颤是根本的治疗。应立即用200焦耳 (Joules) 行电击除颤，如果无效，应重复进行。

I 静脉内或气管内给予肾上腺素0.5~1.0mg可增加主动脉搏舒张压，改善冠状动脉灌注。在心搏停止期间，此量可每5分钟重复一次。开始时，按1mEq/kg给予碳酸氢

钠，以后按动脉血气测定结果给予。

J 静脉注射阿托品1~2mg以阻断胆碱能神经活动并增强节律。

K 明显低平的心电图实际上可能是微小的心室纤颤。应考虑接通电极或用200焦耳电击除颤。

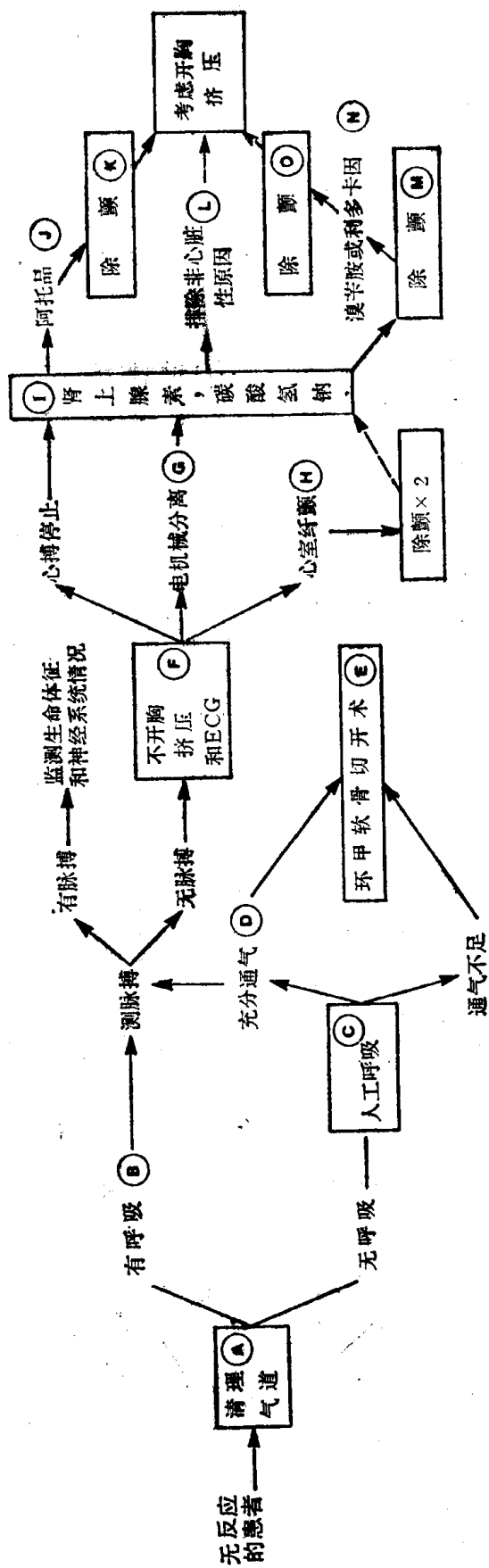
L 电机械分离可由心脏以外的问题引起。如低血容量、张力性气胸和心包压塞。对于这些患者应经常重新检查呼吸音，补充液量 (静脉输注500ml生理盐水)，并考虑行心包穿刺抽液术。

M 给予药物后，再次以400焦耳的较高能量除颤。

N 溴苄胺 (Bretylum) 是一种辅助除颤的抗心律失常药。应从静脉给药，剂量为5mg/kg。必要时重复应用10mg/kg。利多卡因 (Lidocaine) 是一种在除颤成功后协助维持正常心律的抗心律失常药。剂量为1mg/kg，静脉给予，以后每分钟输注2mg。

O 在抗心律失常药物治疗后，应重复用

心肺复苏



400焦耳除颤。

(文海德译)

心脏病患者的术前评估

GORDON E W Y 著

A 急性心肌梗塞患者接受全身麻醉的危险性为已确诊的局部缺血性心脏病患者的40倍。普通外科手术的最大危险之一是近期发生心肌梗塞。根据三组研究结果表明,对患心肌梗塞3个月以内的患者施行手术,其中有31%发生复发性心肌梗塞或死亡。而在梗塞以后3~6个月内手术的患者中,只有15%发生以上情况。梗塞发生6个月以后,普通外科手术的危险性降至5%。充血性心力衰竭;年龄70岁以上;病情急剧;手术位于腹腔内、胸腔内或主动脉部位,这些因素都能增加为心脏病患者施行非心脏手术时的危险性。心绞痛病史、晕厥或近似晕厥、气促或乏力都提示需要进行更为广泛的术前评估。

B 所有的心脏病患者在术前都应做胸部X线检查,以评定心脏大小及排除肺充血,并做心电图以查出传导异常、ST或T波的异常改变、心房或心室的节律障碍,以及提示近期或远期发生过心肌梗塞的改变。踏旋器练

习和蛇运动试验(thallium stress test)有助于评估可疑冠状动脉疾病的患者。二维超声心动描记法对测定心室及瓣膜功能有超声心动描记法对测定心室及瓣膜功能有应用。所有心脏病患者均应测定电解质。对疑有肺或肝脏疾病的患者,应做动脉血气分析或肝功能测定。

C 术前心血管检查的目的是评估患者的全身情况,查找充血性心力衰竭、明显的心律失常、瓣膜疾病和一些易罹心律失常的患者。颈静脉怒张合并第三心音的存在,使患者处于比近期内发生的心肌梗塞更加危险的状态。为确定第三心音,患者必须取左侧卧位,将听诊器头轻放在心尖搏动部位,其边缘在皮肤上做出一个印记。第三心音为低音,大约发生于第二心音之后0.15秒。为了使患者的颈静脉怒张更清楚可见,必须将其胸部或头部抬高或降低,直至可见到最大的静脉搏动。颈动脉搏动应予触诊,当其升起缓慢或可触及升线一波脉切迹(Anacrotic notch)时,提示有主动脉瓣狭窄。主动脉瓣

狭窄时的收缩期杂音常位于主动脉区并向颈动脉放散,但在心尖部可能听得最清楚。

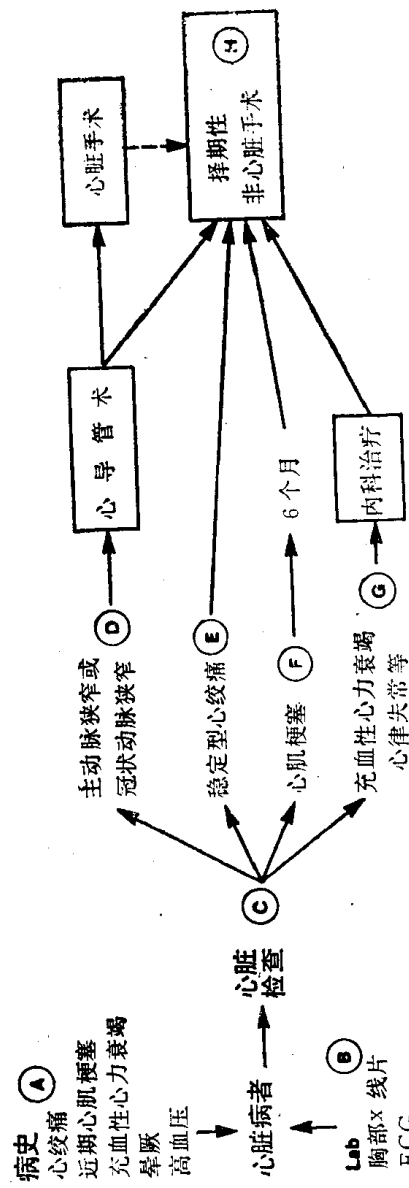
D 在进行择期性非心脏外科手术之前,如果从病史、查体、实验室及心导管检查发现有主动脉瓣狭窄或明显的冠状动脉狭窄时,可能需要先做矫正性心脏手术。

E 稳定型心绞痛,轻度血压增高,无重要潜在心脏病患者的室性早搏,都不是择期性外科手术禁忌症。

F 如患者在近六个月内有过心肌梗塞,手术应予取消。如需行紧急的或急诊手术,必须权衡做与不做手术的危险性。这些患者在术中和术后通常需行广泛的血流动力学监测。

G 对充血性心力衰竭、明显的心律失常、恶性高血压、贫血或感染的患者,在进行外科择期性手术之前,要求进行全面的内科治疗。在这些情况下,手术应延期进行。伴有或不伴有一度心传导阻滞的束支传导阻滞,当病人无症状时,在进行择期性非心脏手术以前并无安放临时性起搏器的指征。

心脏病患者的术前评估



预防性抗生素。

H 如果有器质性心脏病，如二尖瓣或主动脉瓣反流等，根据要做的手术类型可使用预防性抗生素。

(文海德译)

术后发热

LAWRENCE KOEP 著

A 发热的来源几乎总是能通过病史和体格检查得到确定。手术后的体温类型应与手术前的体温相比较，以确定是否存在术后发热。检查应包括咽部及耳道的望诊。

B 术后发热应通过白细胞计数、尿化验和胸部X线检查及时加以评估。

C 肺部有浸润时，痰液革兰染色阳性菌提示为肺炎，而革兰染色阴性菌则提示为吸入性肺炎。用甾体激素(steroid, 亦称类固醇)治疗吸入性肺炎是有争论的。

D 对血培养阳性而没有其他感染证据的患者，必须寻找其来源。腹部术后血培养阳性的常见来源是腹腔内脓肿。探寻这种脓肿的首要步骤是超声或腹部CT扫描。有格言说“有脓不见脓，脓在横膈下”，此语强调了腹内化脓病变的微妙处。

E 如果停用药物或输液后仍持续发热，应考虑一些罕见的原因。发热可能来自手术中发生心肌梗塞，或者其它部位的坏死组织或局部缺血组织(如肿瘤)引起。如无其它明

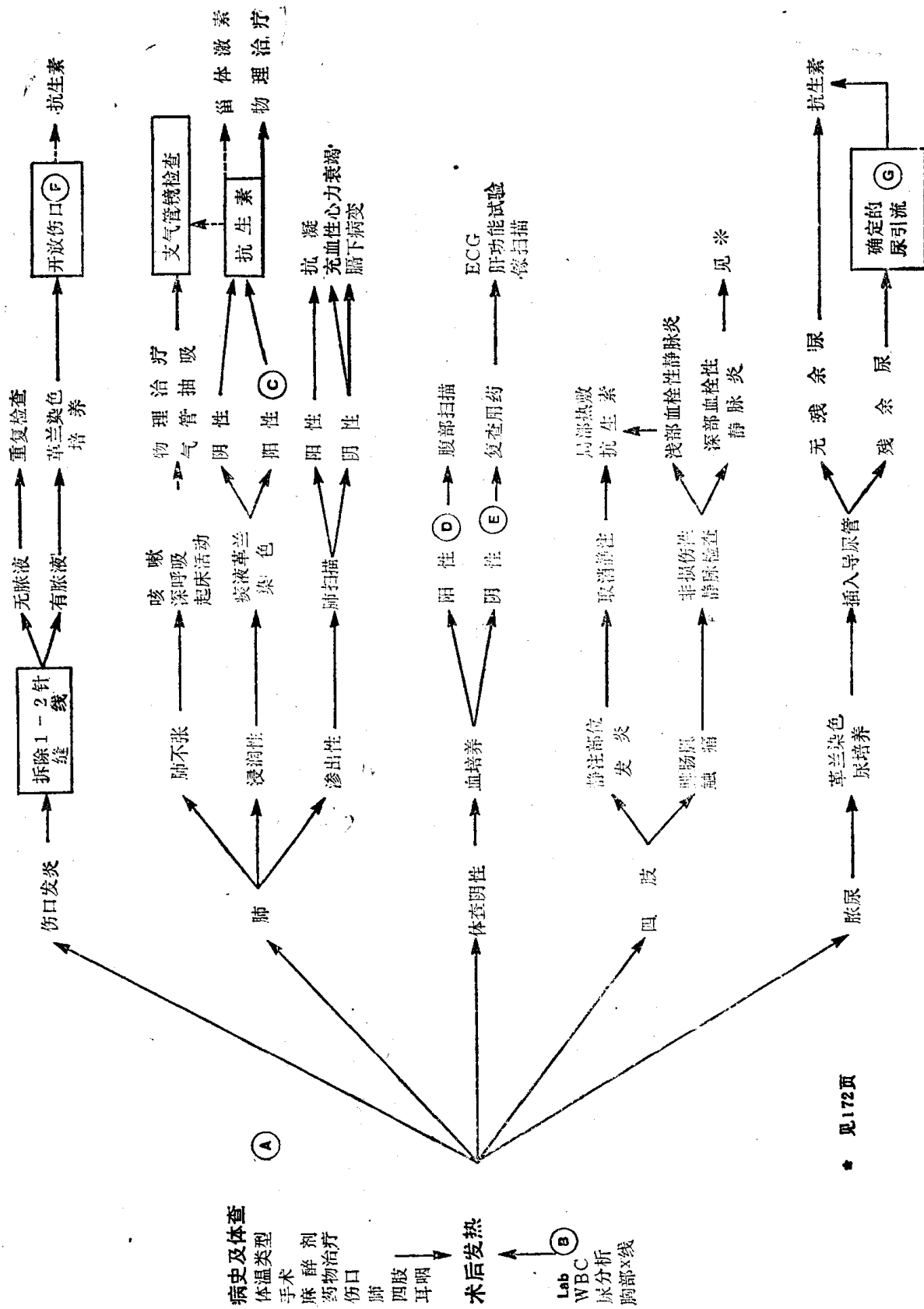
确的解释，应想到人为发热的可能性。

F 因感染而开放的伤口需要反复检查，以防止过早闭合或形成小脓腔。已充分引流的浅表感染伤口不需使用抗生素。

G 经膀胱插管确定有脓尿且有残余尿时，需留置导尿管充分引流。膀胱冲洗仅在防止导尿管堵塞或血凝块停滞时有用。

(文海穗译)

术后发热



* 见172页

出血性疾病

JAMES CORRIGAN, JR. 著

A 当病史中有以下情况时,是血凝固和血小板筛选检查的指征:容易发生淤伤,反复粘膜出血,或在创伤、活检或以往手术后发生出血;患有与出血性疾病有关的全身性疾病;表现有出血的体征(如瘀点、瘀斑、血肿)。常规的筛选检查包括:凝血酶原时间(PT)、激活部分凝血酶时间(APTT)、血小板计数(PC)和出血时间(BT)。凝血酶原时间评估外凝血系统(纤维蛋白原,凝血因子II、V、VII和X);激活部分凝血酶时间测定内凝血系统(纤维蛋白原,凝血因子II、V、VIII、IX、XI、XII)。没有一项试验测定因子XIII的活性,它要通过血块稳定试验来测定。出血时间测定血小板的总功能,但在患血小板减少时,出血时间也不正常。

B 当血小板计数低于 $50\,000/\mu\text{l}$ 时即发生异常出血。当出血时间延长而血小板计数正常时,即可推测有血小板质量的异常,并可通过一些试验进一步判定血小板的粘附、聚

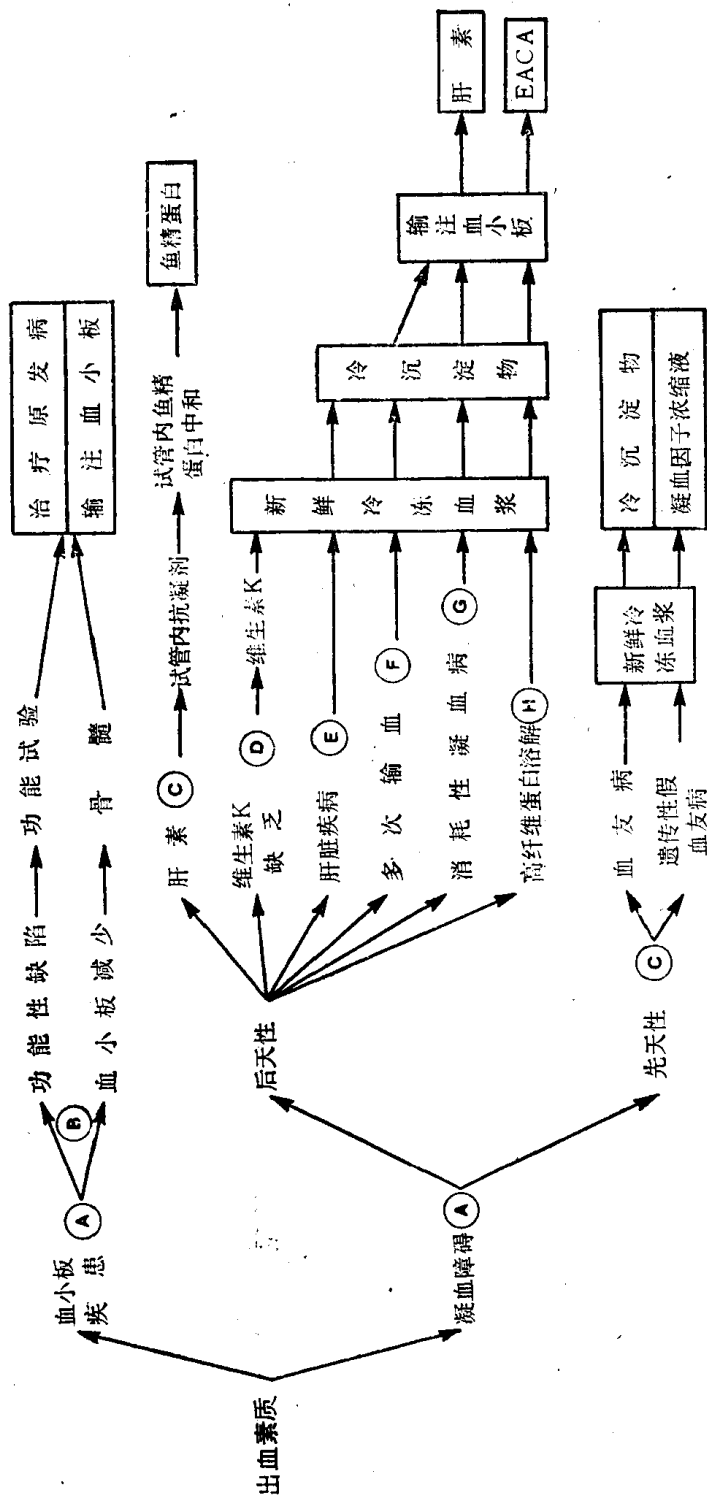
集、释放及血块收缩功能。血小板功能异常最常见的是后天获得的,它常由药物、免疫复合物和尿毒症引起。有些药物,如水杨酸盐和非甾体抗炎药(如消炎痛、保泰松、苯磺唑酮、布洛芬)均能抑制血小板前列腺素的作用。各种药物作用的持续时间不同,阿斯匹林可持续7~10天。近年的研究表明,交换输血、输血浆、血浆交换等治疗血栓性血小板减少性紫癜(TTP)患者的效果,优于使用留体激素及脾切除术。由于未知的因素,某些血小板质量缺陷的患者(如尿毒症、先天性缺陷)输注冷沉淀物有效,他们可不必输血小板。

C 激活部分凝血酶时间延长,而凝血酶原时间、血小板计数和出血时间正常,提示为血友病或肝素抗凝(如标本取自输注肝素的管道,可能为肝素沾染)。将血友病人的血浆与正常血浆进行混合,可使不正常的激活部分凝血酶时间得到纠正,但在有肝素存在的情况下,这种混合血浆的激活部分凝

血激酶时间仍然是延长的。血友病时有必要做特殊因子的测定以确定其缺陷类型与严重程度。Von Willebrand病(遗传性假血友病——译者注)与血友病A不同,前者为常染色体显性遗传疾病,其出血时间延长。血友病A为因子VIII缺乏,属性联隐性遗传。D 在外科患者中,维生素K缺乏是后天性凝血病的常见原因。有些正在接受抗凝治疗的患者存在维生素K缺乏的危险性。因其肠功能已有改变,而在其饮食和高营养液中又未同时给予维生素K。香豆素类药物亦能引起维生素K缺乏。

E 在晚期肝脏疾病时,除因子VIII以外,由肝脏合成的大多数凝血因子均减少。这些患者用维生素K治疗无效。他们也可能有轻度的高纤维蛋白溶解状态和血小板减少症,特别是继发于门静脉高压的脾肿大患者。F 多次快速输血(在12小时内超过10单元)可使一些不稳定的凝血因子(V、VIII)和血小板被冲掉。这些物质在库血中也是缺

出血性疾病



乏的，除非是新抽的血液。为防止这种凝血病，每输5单元库血就应输给1单元新鲜冷冻血浆。必要时输给几单元浓缩血小板，以维持血小板计数在5万以上。（在美国每单元库血为500ml——译者注）

G 播散性血管内凝血（DIC）引起的消耗性凝血病，可见于脓毒性休克和其他类型休克、组织坏死、大量的大血管血栓形成以及

严重的过敏反应。其致病过程中所消耗的是某些凝血因子（特别是纤维蛋白原、因子V、VIII和血小板。纤维蛋白的溶解机制被激活，它移除纤维蛋白，并产生纤维蛋白裂解产物。后者能形成纤维蛋白原和纤维蛋白单体复合物，产生称为可溶性纤维蛋白复合物（SFCs）的不凝性物质。SFCs可通过鱼蛋白沉淀试验或乙醇胶试验之类的副凝试验

加以测定。

H 原发性纤维蛋白溶解是罕见的，但前列腺手术时最常促使其发生。开胸术和体外循环时亦可偶尔发生。6-氨基己酸（EACA）抑制纤维蛋白溶解，可能是通过直接对抗纤维蛋白溶酶原的活性。如使用过量，可引起病理性凝血。

（文海德译）

急诊室的昏迷患者

PETER ROSEN 和 STEVEN SILVERSTEIN 著

A 病史可从医疗助理人员、家属和旁观者采获。有关内科疾病的既往史(如糖尿病、发热、用药情况)都是有用的。神经病学检查可评估颈椎的稳定性、脑干功能[瞳孔反应、玩偶眼(Doll's eye,即延髓反射——译者注)、角膜反射和冷热水试验(检查耳迷路障碍——译者注)],以及病灶性体征。

B 昏迷的定义是一种无意识状态,患者不能从这种状态被唤醒,甚至不能被强有力的刺激所唤醒。这种情况按Glasgow昏迷计分法属6分或6分以下。

C 取血测定全血细胞计数(CBC),电解质、血糖、尿素氮(BUN)、血清钙、动脉血气及一氧化碳(CO)和氯化物(CN)浓度。

D 如无病史可供,应假定原因是创伤。头部外伤所致的昏迷,其中15~20%与颈椎的损伤有关。这种患者在气管插管以前需要做固定术。

E 至少应予以面罩给氧。大多数患者需要插管给氧。

F 心室性心搏过速、心室纤颤或心搏过缓,一旦做出诊断,立即予以治疗。

G 治疗剂量为:纳络酮(Narcan),成人2~5mg静脉注射;50%葡萄糖,成人50ml、儿童按1~2ml/kg给予。3岁以下小儿用25%葡萄糖2~4ml/kg。

H 癫痫发作时用安定(diazepam)控制,5~10mg静脉注射。苯妥因钠(大仑丁,Dilantin)成人按10mg/kg给予。儿童可用苯巴比妥10mg/kg。

I 在血流动力学稳定的患者中,如因过度换气导致pH升高达7.5, P_{CO_2} 25~30mmHg时,可使用吠喃苯胺酸(速尿Lasix)20~40mg静脉注射及甘露醇2.0g/kg 20分钟以上静脉注射。

J 神经病学检查未发现定位症状,说明有非器质性疾病(如中毒、代谢障碍、感染)存在。

K 情况迅速恶化,或因其他损伤需立即手术的患者,不必做CT扫描。

L 对无发热、亦无病灶性症状且实验室检查正常的昏迷患者,必须查找有无器质性病变或感染。

M 复温措施除用毯子和热灯以外,还包括

吸入水蒸气。静脉输入加温的液体,以及用加温液体灌洗胃或腹腔。

N 糖尿病酮症酸中毒时,需给予补液和静脉注射胰岛素(开始用大剂量0.1u/kg,以后每小时0.1u/kg静脉滴注。还必须仔细注意钾的补充。

O 血清葡萄糖浓度过高可引起高渗性昏迷,而无明显酸中毒。初步治疗应快速输给不含胰岛素的生理盐水。

P 对大多数由于药物过量所引起的昏迷进行对症治疗。用大剂量纳络酮(可达10mg)治疗右旋丙氧酚(propoxyphene)中毒,并且常常用其治疗其它麻醉剂过量引起的中毒,因为纳络酮的半减期约为45分钟。

Q 高钙血症的患者常处于脱水状态。重要的是在给速尿之前要补充晶体溶液以纠正脱水。

R 对一氧化碳和氰化物中毒的患者,最适宜的是用高压氧治疗。

S 对高热而有病灶性症状的患者,治疗有困难。如怀疑有感染,一个方法是使用抗生素治疗并立即做CT扫描评估器质性病变。