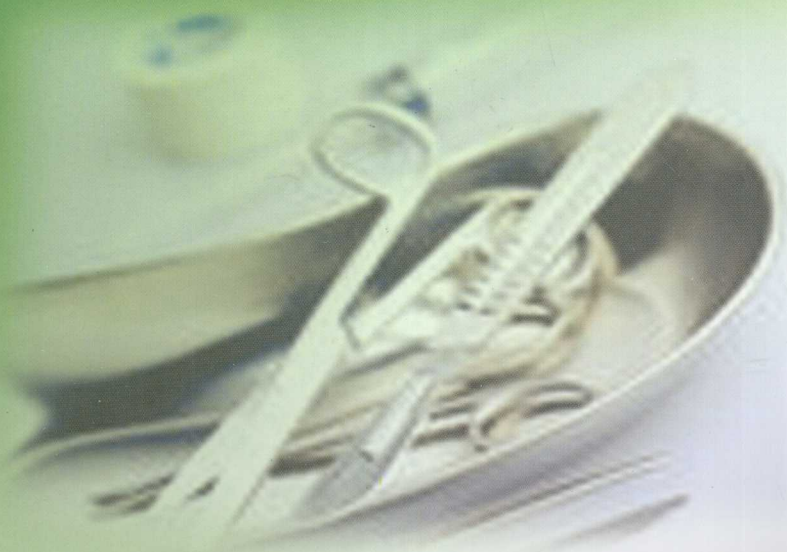


实用临床

外科治疗学

SHIYONG LINCHUANG WAIKE ZHILIAOXUE

主 编：张建波 龚 洋 黄 铄



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

实用临床外科治疗学

SHIYONG LINCHUANG WAIKE ZHILIAOXUE

- 主 编 -

张建波 龚 洋 黄 铎

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用临床外科治疗学/张建波,龚洋,黄铄主编. —上海:第二军医大学出版社,2009.7

ISBN 978 - 7 - 81060 - 953 - 1

I. 实… II. ①张…②龚…③黄… III. 外科学:治疗学
IV. R605

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 106574 号

出 版 人 石进英

责任编辑 王 勇

实用临床外科治疗学

主 编 张建波 龚 洋 黄 铄

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

电话/传真:021 - 65493093

全国各地新华书店经销

京南印刷厂印刷

开本:850 × 1168 1/32 印张:12 字数:305 千字

2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 次印刷

印数:0001 ~ 3500

ISBN 978 - 7 - 81060 - 953 - 1/R · 763

定价:25.00 元

(版权所有 盗版必究)

编著者名单 (排名不分先后)

主 编: 张建波 龚 洋 黄 铄

副主编: 甄新乐 韩志敏 姚 军 武 懿

宋朝彦 宋建立 王建忠 刘远光

郑清存 赵文江

编 委: (以姓氏笔画为序)

王丽文 付 刚 刘勤英 孙淑文

孙树梅 闫剑平 安树昌 朱润芬

李春红 李鹏辉 张淑艳 张卓奇

张军华 张占海 范凤萍 孟连柱

赵秀艳 耿 焱 秦秋菊 徐 曼

黄凤娥 靳占永

内 容 提 要

本书共 8 章,主要介绍了普通外科、神经外科、胸外科、泌尿外科、骨外科、心脏外科等 6 个外科科室常见疾病的诊断和治疗方法,同时还简要阐述了麻醉及外科手术常规等内容。全书紧密结合临床实践,尽力突出新技术、新方法在临床外科的应用。

本书内容丰富,主次分明,重点突出,语言简明扼要、通俗易懂,方法具体、实用,有较强的科学性、先进性、指导性及可操作性。可作为基层医务人员、社区医护人员的临床指导用书,亦可供医学院校学生学习参考。

前 言

随着医学科技的飞速发展,辅助诊断技术的日益增多,治疗方案和药物选择的余地也越来越广。同时,对临床医师的工作也提出了新的更高要求,就是以最适应特定病例特点、情况的原则,在短时间内就诊断和治疗做出最佳的决策。本书结合临床实践经验,遵循实用的原则,系统地总结了外科常见疾病的诊断和治疗方案,旨在帮助基层医务工作者,特别是外科主治医师及时诊断和规范化治疗疾病,以更大限度解除患者的痛苦,挽救患者生命。

本书以科学性、指导性、实用性为宗旨,对外科常见疾病的最新诊断标准和治疗方案进行归纳,目的在于为外科医师提供一本既具有临床实用价值,又能反映当今外科诊疗水平的工具书。全书共8章,主要介绍了普通外科、神经外科、胸外科、泌尿外科、骨外科、心脏外科等6个外科科室常见疾病的诊断和治疗方法,同时还简要阐述了麻醉及外科手术常规等内容。全书紧密结合临床实践,尽力突出新技术、新方法在临床外科的应用。

本书内容丰富,主次分明,重点突出,语言简明扼要、通俗易懂,方法具体、实用,有较强的科学性、先进性、指导性及可操作性。可作为基层医务人员、社区医护人员临床指导用书,亦可供医学院校学生学习参考。

本书在构思和编写过程中,参阅了众多医学著作和文献,力求在继承的基础上创新和发展。但由于篇幅有限,时间紧迫,难免在编写过程中出现疏漏,甚至错误之处,诚恳期望广大同仁和读者批评指正,以便修订时改进。

编 者

2009 年 4 月

目 录

第一章 普通外科	1
第一节 甲状腺功能亢进	1
第二节 甲状腺癌	7
第三节 急性乳腺炎	10
第四节 乳腺癌	12
第五节 消化性溃疡	19
第六节 胃癌	25
第七节 先天性肥厚性幽门狭窄	31
第八节 腹股沟疝	32
第九节 股疝	39
第十节 急性阑尾炎	40
第十一节 结肠癌	47
第十二节 直肠癌	51
第十三节 细菌性肝脓肿	57
第十四节 原发性肝癌	59
第十五节 门静脉高压症	63
第十六节 胆石病	68
第十七节 胆道感染	77
第十八节 急性胰腺炎	84

2 实用临床外科治疗学

第十九节 慢性胰腺炎	90
第二十节 胰腺癌和壶腹周围癌	93
第二章 神经外科	98
第一节 颅内压增高	98
第二节 急性脑疝	104
第三节 颅脑损伤	107
第四节 颅内肿瘤	110
第五节 自发性蛛网膜下隙出血	115
第六节 血栓性脑梗死	116
第七节 颅内和椎管内动静脉畸形	125
第三章 胸外科	130
第一节 原发性纵隔肿瘤	130
第二节 胸部损伤	131
第三节 脓胸	137
第四节 肺癌	140
第五节 食管癌	143
第四章 泌尿外科	148
第一节 泌尿系统损伤	148
第二节 泌尿、男生殖系统感染	155
第三节 尿石症	167
第四节 泌尿男性生殖系统肿瘤	173
第五节 泌尿系结核	179
第六节 泌尿系先天性疾病	181
第五章 骨外科	188
第一节 常见骨、关节损伤	188

第二节 骨与关节化脓性感染	196
第三节 骨肿瘤	205
第四节 骨与关节结核	209
第六章 心脏外科	217
第一节 先天性心脏病	217
第二节 后天性心脏病	225
第七章 麻醉	233
第一节 总论	233
第二节 常用麻醉方法	237
第三节 麻醉期间和麻醉恢复期的监测和管理	273
第四节 术后疼痛治疗	278
第五节 癌痛的治疗	284
第八章 外科手术常规	289
第一节 手术室管理	289
第二节 无菌术	290
第三节 手术基本操作	294
第四节 常规术前检查	298
第五节 常规术前准备	299
第六节 手术者术前准备	304
第七节 病情估计	307
第八节 常规术后处理	310
第九节 术后不良反应	313
第十节 引流物处理	315
第十一节 病理检查	317
第十二节 术后并发症防治	322

4 实用临床外科治疗学

第十三节	术前护理	325
第十四节	术中护理	328
第十五节	术后护理	333

第一章 普通外科

第一节 甲状腺功能亢进

一、概念

甲状腺功能亢进(简称甲亢)是由多种原因导致正常甲状腺素分泌的反馈控制机制丧失,引起循环中甲状腺素异常增多而出现以全身代谢亢进为主要特征的疾病总称。甲亢按引起原因可分为原发性、继发性和高功能腺瘤三类。其中原发性甲亢最常见,是指在甲状腺肿大的同时,出现功能亢进症状;患者年龄多在20~40岁;腺体肿大为弥漫性,两侧对称,常伴有眼球突出,故又称“突眼性甲状腺肿”。

原发性甲亢的病因迄今尚未完全明了。由于患者血中的促甲状腺素(TSH)浓度不高,有的还低于正常,甚至应用促甲状腺素的促激素(TRH)也未能刺激这类患者血中促甲状腺素浓度升高,以后在患者血中发现了两类刺激甲状腺的自身抗体,因此可以确定原发性甲亢是一种自身免疫性疾病。在这两类抗体中,一类是能刺激甲状腺功能活动、作用与促甲状腺素相似但作用时间较其持久的物质(促甲状腺素半衰期仅30 min,而该物质为25 d),因此称为“长效甲状腺激素”(LATS);另一类为“甲状腺刺激免疫球蛋白”(TSI),两类物质都属于G类免疫球蛋白,来源于淋巴细胞,都能抑制促甲状腺素,而与促甲状腺素受体结合,从而加强甲状腺细胞的分泌功能,分泌大量 T_3 和 T_4 。

二、临床表现

主要临床表现可归纳为下列 5 方面,其中除基础代谢率增高外,其他 4 方面的症状可能不全存在。

1. 甲状腺方面 体积略肿大,一般不引起压迫症状。由于腺体的血管扩张和血流加速,扪诊时可有震颤,听诊时可有杂音,尤其在甲状腺上动脉进入上极处更为明显。

2. 神经系统方面 表现为交感神经功能的过度兴奋,尤其在原发性甲亢更为显著。患者多言,性情急躁,易激动,且常失眠。患者常有热感,容易出汗,皮肤常较温暖,这都说明血管舒缩功能的异常兴奋。

3. 眼睛方面 典型的是双侧眼球突出、眼裂增宽和瞳孔散大。个别患者突眼严重,上、下眼睑闭合困难,甚至不能盖住角膜。但突眼的严重程度与甲亢的严重程度并无关系。

突眼的病理特征是眼球后脂肪组织和肌肉的水肿、肥厚,有显著的淋巴细胞浸润和亲水性黏多糖沉积。引起突眼的原因仍未明了,长效甲状腺刺激素是否参与突眼的发生也不清楚。有人认为,自腺垂体分泌出一种“致突眼成分”,这种成分不同于促甲状腺激素,可诱发眼眶周围水肿,也会引起胫前黏液水肿。近年则认为是由另一种称为眼病性免疫球蛋白(OIg)的自体抗体所引起的。OIg 的抗原是眼球后组织,突眼就是 OIg 不断作用于眼球后组织自体抗原的后果。因此,突眼是与甲亢不同的另一种自体免疫性疾病。

对于眼裂增宽和瞳孔散大,一般认为是由于丘脑下部颈交感神经中枢的过度兴奋引起的。上、下睑板肌和瞳孔开大肌均为由交感神经支配的平滑肌,二肌的紧张性收缩会引起眼裂增宽和瞳孔散大。

其他不常出现的眼征有:①眼向下看时,上眼睑不随眼球下闭,在角膜上方露出巩膜一条;②凝视时极少瞬眼;③两眼集合能力甚差。

4. 循环系统方面 由于代谢的全面增高以及交感神经的过度兴奋,以致心动强而有力,心率加速;脉率每分钟常达 100 次以上,在睡眠时亦然。多数患者诉有心悸和胸部不适感。日久,左心逐渐扩张并肥大,且伴有收缩期杂音。在严重病例(多为继发性甲亢)出现心律失常,而以心房颤动为最常见,最后发生心力衰竭。

此外,由于心输出量增多,因而收缩期血压升高;由于周围血管舒张,因而舒张期血压降低,于是脉压增大。

5. 基础代谢方面 基础代谢率显著增高,其程度与临床症状的严重程度平行。患者形容消瘦,体质量减轻,易感疲乏,工作效率减低,但食欲多亢进。

三、诊断

主要依靠临床表现及一些特殊检查进行诊断。甲亢常用的特殊检查方法有:

1. 基础代谢率测定 可根据脉压和脉率计算,或用基础代谢率测定器测定。前者简便,后者较可靠。

常用计算公式为:基础代谢率 = (脉压 + 脉压差) - 111。

测定基础代谢率要在完全安静、空腹时进行。

2. 甲状腺摄¹³¹I 率的测定 正常甲状腺 24 h 内摄取的¹³¹I 量为人体总量的 30% ~ 40%。如果在 2 h 内甲状腺摄取¹³¹I 量超过人体总量的 25%,或在 24 h 内超过人体总量的 50%,且吸¹³¹I 高峰提前出现,均可诊断为甲亢。

3. 血清中 T₃ 和 T₄ 含量的测定 甲亢时,血清 T₃ 含量高于正常 4 倍左右,而 T₄ 含量仅为正常的 2.5 倍,因此 T₃ 测定对甲亢的诊断较敏感。

四、治疗

甲状腺大部切除术对中度以上的甲亢仍是目前最常用而有效的疗法,能使 90% ~ 95% 的患者获得痊愈,手术病死率较低。该术的缺点是有一定的并发症和,4% ~ 5% 的患者术后甲亢复发,也有少数患者术后发生甲状腺功能减退(简称甲减)。

(一) 手术适应证

- (1) 继发性甲亢或高功能腺瘤。
- (2) 中度以上的原发性甲亢。
- (3) 腺体较大,伴有压迫症状,或胸骨后甲状腺肿等类型甲亢。
- (4) 抗甲状腺药物或 ^{131}I 治疗后复发者或坚持长期用药有困难者。

此外,鉴于甲亢对妊娠可造成不良影响(流产、早产等),而妊娠又可能加重甲亢,因此,妊娠早、中期的甲亢患者凡具有上述指征者,仍应考虑手术治疗。

(二) 手术禁忌证

- (1) 青少年患者。
- (2) 症状较轻者。
- (3) 老年患者或有严重器质性疾病不能耐受手术者。

(三) 术前准备

1. 一般准备 对精神过度紧张或失眠者可适当应用镇静和安眠药以消除患者的恐惧心理。心率过快者,可口服利舍平(利血平)0.25 mg 或普萘洛尔(心得安)10 mg, 3/d。发生心力衰竭者,应予以洋地黄制剂。

2. 术前检查 除全面体格检查和必要的实验室检查外,还应包括:①颈部透视或摄片,确定食管的受压程度;②详细检查心脏有无扩大、杂音或心律不齐等,并做心电图检查;③喉镜检查,确定声带功能;④测定基础代谢率, T_3 、 T_4 检查,了解甲亢程度,选择手术时机。

3. 药物准备 是术前用于降低基础代谢率的重要环节。有两种途径:①可先用硫脲类药物,通过降低甲状腺素的合成,并抑制体内淋巴细胞产生自身抗体,从而控制因甲状腺素升高引起的甲亢症状,待甲亢症状得到基本控制后,改服2周碘剂,再行手术。主要是由于硫脲类药物甲基或丙基硫氧嘧啶,或甲巯咪唑、卡比马唑能使甲状腺肿大和动脉性充血,手术时极易发生出血,增加了手

术的危险性,因此服用硫脲类药物后必须加用碘剂2周,待甲状腺缩小变硬、血管数减少后手术。②开始即用碘剂,2~3周后甲亢症状得到基本控制,便可进行手术。但少数患者,服用碘剂2周后,症状减轻不明显,此时,可在继续服用碘剂的同时,加用硫氧嘧啶类药物,直至症状基本控制,停用硫氧嘧啶类药物后,继续单独服用碘剂1~2周,再进行手术。

(四) 手术方法

1. 麻醉 一般采用全身麻醉,尤其对巨大胸骨后甲状腺肿压迫气管,或精神异常紧张的甲亢患者,以保证呼吸道通畅和手术的顺利进行。

2. 注意事项 手术应轻柔、细致,认真止血,注意保护甲状旁腺和喉返神经。同时还应注意:

(1) 充分暴露甲状腺腺体:应紧贴甲状腺上极结扎、切断甲状腺上动静脉,以避免损伤喉上神经。

(2) 切除腺体数量:应根据腺体大小或甲亢程度决定。通常需切除腺体的80%~90%,并同时切除峡部;每侧残留腺体以成人拇指末节大小为恰当。但必须保存两叶腺体背面部分,避免损伤喉返神经和甲状旁腺。

(3) 严格止血:对甲状腺上动、静脉,甲状腺中、下静脉较大血管,应分别采用双重结扎,防止滑脱出血。切口应常规放置橡皮管引流24~48h,以及时引流切口内的积血,预防积血压迫气管,引起窒息。

3. 术后观察和护理 术后当日应密切注意患者生命体征的变化,预防甲亢危象发生。若患者脉率过快,可使用利舍平肌内注射。患者采用半卧位,以利呼吸和引流切口内积血;帮助患者及时排出痰液,保持呼吸道通畅。此外,患者术后要继续服用复方碘化钾溶液。

(五) 手术并发症

1. 术后呼吸困难和窒息 多发生在术后48h内,是术后最危

急的并发症。

患者表现为进行性呼吸困难、烦躁、发绀,甚至发生窒息。若伴有颈部肿胀,切口渗出鲜血时,多为切口内出血所引起者。此种情况,必须立即行床旁抢救,及时剪开缝线,敞开切口,迅速除去血肿;若患者呼吸仍无改善,则应立即施行气管切开;情况好转后,再送手术室做进一步的检查、止血和其他处理。因此,术后应常规地在患者床旁放置无菌的气管切开包和手套,以备急用。

2. 喉返神经损伤 发生率较低。大多数是因手术处理甲状腺下极时,不慎将喉返神经切断、缝扎或挫夹、牵拉造成永久性或暂时性损伤所致。由于手术操作直接损伤喉返神经者,术中立即出现症状;而因血肿压迫、瘢痕组织牵拉等所致者,则可在术后数日才出现症状。切断、缝扎引起者属永久性损伤,挫夹、牵拉、血肿压迫所致则多为暂时性,经理疗等及时处理后,一般可能在3~6个月内逐渐恢复。

3. 喉上神经损伤 主要是由于术中分离不仔细或将神经与周围组织一同大束结扎所引起。喉上神经分内(感觉)、外(运动)两支。若损伤外支会使环甲肌瘫痪,引起声带松弛、音调降低;损伤内支,则喉部黏膜感觉丧失,进食特别是饮水时,容易误咽发生呛咳。一般经理疗后可自行恢复。

4. 甲状腺危象 是甲亢的严重合并症。此危象发生与术前准备不充分、甲亢症状未能很好控制及手术应激程度有关。危象时患者主要表现为:高热($>39^{\circ}\text{C}$)、脉快(>120 次/分)同时合并神经、循环及消化系统严重功能紊乱(如烦躁、谵妄、大汗、呕吐、水泻等)。本病是因甲状腺素释放过量引起的暴发性。若不及时处理,可迅速发展至昏迷、虚脱、休克甚至死亡,病死率为20%~30%。处理措施包括:

(1)肾上腺素能阻滞剂:可选用利舍平肌内注射或胍乙啶口服。前者用药4~8 h后危象可有所减轻;后者在12 h后起效。还可使用普萘洛尔加葡萄糖溶液静脉滴注以降低周围组织对肾上腺素