

外科学各論实习指导

(供六年制、教师用)



中山医学院外科教研组

一九八一年十月

目 录

一、外科住院病历与体格检查.....	1
二、伤口处理.....	3
三、腹外疝.....	5
四、急性阑尾炎.....	7
五、胃十二指肠溃疡病的外科治疗.....	9
六、胃癌.....	11
七、胆道感染与胆石症.....	13
八、肠梗阻.....	15
九、急性腹膜炎.....	18
十、腹部损伤.....	20
十一、腹部包块.....	22
十二、门脉高压症.....	24
十三、原发性肝癌.....	26
十四、甲状腺肿瘤.....	28
十五、甲状腺功能亢进的外科治疗.....	29
十六、血检闭塞性脉管炎.....	31
十七、下肢静脉曲张.....	33
十八、肛门直肠疾患的检查方法.....	34
十九、痔.....	35
二十、肛瘘.....	36
廿一、直肠癌.....	37
廿二、结肠癌.....	39
廿三、乳腺癌.....	41
廿四、颅内压增高.....	42
廿五、颅脑损伤.....	47
廿六、胸壁疾患.....	52
廿七、胸部损伤.....	53
廿八、脓胸.....	56
廿九、肺化脓性感染.....	58
三十、肺结核的外科治疗.....	59
卅一、心及大血管疾病.....	60
卅二、风湿性心脏瓣膜病的外科治疗.....	64

卅三、原发性纵膈肿瘤·····	65
卅四、肺肿瘤·····	66
卅五、食管癌·····	67
卅六、骨折概论·····	69
卅七、上肢骨折·····	70
卅八、锁骨骨折·····	70
卅九、肱骨干骨折·····	71
四十、肱骨髁上骨折·····	71
四十一、前臂尺桡骨骨折·····	72
四十二、桡骨下端骨折·····	72
四十三、下肢骨折及关节损伤·····	72
四十四、脊柱及骨盆骨折·····	73
四十五、周围神经损伤·····	73
四十六、急性化脓性骨髓炎·····	74
四十七、慢性骨髓炎·····	75
四十八、急性化脓性关节炎·····	75
四十九、增生性关节炎·····	76
五十、类风湿性关节炎·····	77
五十一、骨关节结核·····	78
五十二、骨与关节结核概论·····	78
五十三、脊柱结核·····	79
五十四、膝关节结核·····	79
五十五、髋关节结核·····	80
五十六、手外伤·····	80
五十七、骨肿瘤·····	81
五十八、脊髓灰质后遗症和大脑性瘫痪·····	82
五十九、腰腿痛及颈肩痛·····	83
六十、泌尿男生殖系外科疾病的症状和检查·····	85
六十一、泌尿、男生殖系感染·····	86
六十二、泌尿男生殖系结核·····	88
六十三、尿石症·····	90
六十四、泌尿男生殖系统的损伤·····	92
六十五、泌尿系梗阻·····	93
六十六、泌尿男生殖系肿瘤·····	94
六十七、泌尿男生殖系先天性畸形·····	98

外科住院病历与体格检查

目的要求

一、病历是对病人进行诊断和治疗的依据，所以其内容必需正确、详细。入院病历要求在病人入院后24小时内完成。

二、病历书写要按医院规定的统一格式，文字要通顺、清楚整齐，每张病历均有病人姓名及住院号，病历完成后要记录人签名，作为医院的永久记录。

三、病历是临床外科研究工作的基本资料，因此要求全面，内容充实具体，以供将来科学分析之用。

指导方法与内容

一、病历的采集与体格检查：入院病历包括三部分，即病史、体格检查和外科情况。

(一) 病史：

1. 一般项目：应详细填写。包括姓名、性别、年龄、籍贯、民族、职业、地址、入院日期（年、月、日、时）、病史采集日期、病史提供人（幼儿及神智不清者才注明此项）。

2. 主诉：即病人入院的主要症状，应包括解剖部位和发生时间（急症者以小时计算），一般不用诊断代替症状，内容要简明扼要。

3. 现病史：自发病至入院的整个病情。包括发病的时期和情况，有无可追循的原因，各主要症状的发生和演变。急性病的病史短，应按日甚至小时说明过程。各症状的发生次序及其间的相互联系，以前的治疗及其效果，有何特殊反应。描述不可一般化，避免笼统含糊。对所患病症一般常有的症状而在本例没有时，或对本病的诊断有鉴别诊断意义的症状，也应扼要记明。对病人的一般情况（如睡眠、饮食、排二便、体重等）亦需记录。

4. 过去史：即过去的健康情况。按系统询问病人自幼以来患过何种病，特别注意有无出血性疾病、高血压、结核病、糖尿病、药物过敏、外伤史或手术史等。可能与本病有关的情况应详细询问与记录。

5. 个人史：包括出生地、所到地、现住地。有无烟酒嗜好，生活及工作环境有无特殊情况（注意职业性疾病）。女性病人应同时询问月经及生育情况。

6. 家族史：指直系亲属的健康状况。有无同样病史，对于一些有遗传可能的疾病，如肿瘤、血液病、或先天性畸形更应注意。

(二) 体格检查：所有病人，均应作全面有系统的体格检查，虽然有些外科疾病的最后诊断要用特殊检查方法来证实，但外科医师应有从病史和体检作出正确的初步诊断的训练，一般体检要仔细而有顺序，不要遗漏。准确记录所有的阳性体征和与本病有关

的阴性体征，其余作重点记录。

1. 一般情况：包括发育、营养及精神状态。病人的体温、脉搏、呼吸、血压和体重。

2. 皮肤：色泽（黄疸、发绀、苍白）、皮湿、皮疹、出血斑、色素沉着斑、疤痕、溃疡、窦道、水肿或失水、皮肤弹性和皮下脂肪。

3. 淋巴结：着重检查颈、锁骨上、腋窝、腹股沟等部位。有增大者，则需记录其数量、大小、硬度、光滑度、活动度及触痛等。

4. 头部：有无畸形、肿物、毛发情况。眼球有无突出，眼睑浮肿或陷凹，结膜有无充血、苍白、滤泡和乳头、巩膜有无黄染、瞳孔是否等圆对称，对光反射如何，眼球活动有无受限或斜视。耳、鼻外形及其功能，有无耳道溢浓。有无龋齿、义齿、松动齿。舌质及舌苔情况，是否有干裂。扁桃体有无增大和化脓，有无声嘶等。

5. 颈部：外观及活动度，有无血管怒张及异常搏动，有无肿物，气管是否居中或偏斜，甲状腺有增大时注意有无震颤及杂音。

6. 胸部：胸廓有无畸形，是否对称，呼吸情况，肋间有无增宽或变窄。用视、触、叩、听四诊详细检查心肺情况，作重点记录，心界应以图示之。乳房是否对称，有无肿物，肿物的部位、大小、表面情况、边界、软硬度、与周围组织关系、活动度、乳头有无陷凹及分泌物、乳房皮肤情况等。

7. 腹部：

（1）视诊：腹式呼吸正常、减弱或消失，腹型、腹块、肠型、胃肠蠕动波，有无腹外疝及腹壁静脉曲张。

（2）触诊：腹壁反射正常、减弱或消失。有无肿物、肿物的部位、大小、形状、硬度、表面情况、活动度、有无触痛及搏动，与腹壁及呼吸运动的关系。腹肌紧张度、有无压痛及跳痛、肝脾是否肿大、肿大程度、肾脏能否扪及、有无肾区触痛、膀胱是否膨隆，腹外疝能否回纳等。

（3）叩诊：肝浊音界正常、缩小或消失、有无转移性浊音或局限性浊音区。

（4）听诊：肠鸣音正常、减弱或消失，有无拍水音及血管杂音。

8. 外生殖器：阴茎、阴囊、睾丸、付睾及精索是否正常。如无特殊指征不应检查女性病人的生殖器。如有指征，需按妇科规定检查。阴道检查只限于已婚妇女，检查时应上级医生指导下或有女护士在旁协助下进行。

9. 肛门及直肠：有无外痔、直肠脱垂、肛裂、肛瘘，腹部外科病人应作直肠指检，以了解直肠有否狭窄、肿物、前列腺肥大、直肠内容物及其性质、直肠内压痛部位、肛门括约肌功能及指套有无脓血沾污等。

10. 脊柱及四肢：脊柱有无畸形、压痛、活动度、四肢长度、肌肉发育及各关节活动情况。有无杵状指（趾），下肢静脉曲张，异常动脉搏动及溃疡、瘰管等。

11. 神经系统：一般病人只作一般感觉、运动和膝反射、跟腱反射及常见的病理反射检查。

（三）外科情况：除上述之系统检查和描述外，将与诊断本病有关的外科局部检查所见，应放在“外科情况”此项内详细填写，必要时可用简图示之。外科情况不应写入

一般体格检查项目之内，但须在有关项目内注明“详见外科情况”。

必要的有关临床检验、生化、X线及其它特殊检查结果可写于此项目之下。

入院诊断写于病历之末，并由病历书写者签名，以示负责。

伤口处理

目的要求

要求同学们掌握外科各类型伤口的处理原则及其换药的方法。

指导方法与内容

通过临床外科各类型伤口换药的病例示教，并让同学们进行操作的练习，使同学们能掌握如下内容：

一、外科伤口的分类

(一) 缝合伤口：如手术切口或软组织创伤早期，经过彻底扩创后可进行缝合。此类多数为无菌或污染伤口，如无发生感染即可达一期愈合，呈线状疤痕。

(二) 开放伤口：多数为已感染化脓的伤口，包括不缝合或不完全缝合。其愈合过程主要靠肉芽组织和上皮生长而达到伤口闭口，疤痕较大。如在愈合过程中处理不当，则可并发脓腔或窦道形成，愈合过程较慢。

二、伤口处理的一般原则

(一) 严格执行无菌操作。

(二) 换药次序：先处理无菌伤口，后处理感染伤口，同是感染伤口，则先处理一般致病菌引起感染的伤口，后处理特殊感染伤口（如破伤风杆菌、气性坏疽杆菌、绿脓杆菌等），并严格执行隔离制度。实习同学如参加当天上午的无菌手术，对有严重感染的伤口处理，应放在手术后进行。

(三) 外层敷料用手除去，内层敷料用消毒器械除去，如粘连紧时，应以生理盐水浸湿敷料后才轻柔除去，以减轻痛苦，防止伤口肉芽组织出血。

(四) 换药时一般宜在换药室进行，特殊者例外。

(五) 换药动作要轻巧、减轻痛苦，有计划地使用敷料，严禁浪费。

(六) 换下的敷料放入污物桶内、器械清洗干淨。以后尚可再次应用之管道（如“T”管、胸腔引流管、长胶管、导尿管等）应清洗干淨后泡于来苏溶液中。

三、伤口处理的方法

(一) 缝合伤口：

1. 缝合后伤口除有特殊指征，如敷料浸湿或脱落，或疑有伤口感染外，可不必要更换敷料，直至拆线时始作初次更换。

2. 皮肤缝线一般在术后第6～7天拆除；头、面、颈部可提前2～3天；四肢及背部可推迟2～3天才拆除。

3. 皮肤缝线拆除后，如有裂开或张力过大，可用蝶形胶布固定。

4. 如伤口放置引流物，应加厚敷料，敷料浸湿时，应随时更换外层敷料。引流物

一般在术后24~48小时拔除，过久会增加伤口感染机会。

5. 手术后如有持续性发热，伤口疼痛，应即检查伤口有无感染化脓，疑有化脓，则先行穿刺，证实后切开引流。

(二) 开放伤口

1. 肉芽组织的观察：健康肉芽加以保护，病态肉芽组织需通过合理的换药，使其转变为健康肉芽组织。

(1) 健康肉芽：创面呈鲜红色，有光泽，颗粒状且大小较均匀，有一定紧张度，不易出血，分泌物少，无坏死组织及异臭，生长适度。

(2) 病变肉芽：创面呈黑暗红或苍白，颗粒不明显或呈片状，如水肿呈透亮，松弛易出血，有较多分泌物或坏死组织，有臭味、肉芽生长不足或过度生长。

2. 敷料的选择：

(1) 油剂：有保护和刺激肉芽的生长作用，凡伤口分泌物多者不宜使用，以免妨碍引流。常用油剂有：

①凡士林：对一般新鲜出血性伤口或健康肉芽面有保护和轻微刺激性作用，防止创面与敷料粘连。

②苏联油膏 (Вишневский)、秘鲁香脂 (Balsam of peru) 或鱼肝油软膏：其刺激肉芽生长能力较凡士林强，鱼肝油软膏对结核性溃疡较好。

③锌氧膏 (有软及硬膏)：伤口有刺激性渗出液时 (含有胆汁、胰液、肠液)，可用它作保护伤口周围皮肤用。

(2) 水剂：

①75%酒精、3%碘酊和3%红汞溶液：一般用于消毒伤口周围皮肤，切勿流入伤口。红汞用于粘膜，面部及会阴部皮肤消毒。

②生理盐水：用于清洗伤口或湿敷伤口 (分泌物多而粘稠，或用作脱腐)。

③优素溶液 (Eusol)、德根溶液 (DaKius') 及双氧水：适用于伤口有大量脓性分泌物、坏死组织多且带臭味的伤口。双氧水还可用于有厌氧菌感染的伤口。

④0.5%腐植酸钠：可用于小面积Ⅱ度烧伤的创面，有控制感染、收敛、生肌作用。

⑤其它如雷佛奴尔、1/5000%呋喃西林和高锰酸钾溶液可用于洗液和浸泡伤口用。

(3) 粉剂：常用有磺胺结晶，对伤口有消毒作用，但脓性分泌物多时则效果不佳。

3. 引流的放置：

(1) 遇下列情况需放置引流：

①有较大的死腔同时有分泌物积存，如脓肿。

②有再出血或穿孔可能。

③去除病灶后尚有另一病灶存在可能时。

(2) 放置引流注意点：

①放置引流不宜过紧，以便利引流物流出 (但用作填塞止血的例外)。

②引流物必需放置在死腔底部。体腔内的引流物最好不要经过手术切口，以免发生

感染、切口裂开或切口疝，应在其旁另作一小戳口引出。

③引流物尽量避免放置在重要的血管、神经旁边。

④引流物放置后需固定，记录引流物数目，以免遗留致伤口经久不愈。

⑤引流物一般在24~48小时后拔除，特殊情况下可酌情适当延长。

(3) 引流物选择：一般常用的有纱布类、胶类及二者混合。

①纱布类：适用于创底浅及创面宽伤口，不宜用于张力大而分泌物粘稠的创口。常用的有凡士林油纱、苏联油膏油纱、碘仿纱、生理盐水纱、优素及硼酸溶液纱布等。

②胶类引流：可用于伤口深而细，有张力及分泌物粘稠而多。常用有胶片及胶管引流。

③纱布与胶类混合引流：如香烟引流，适用于器官旁引流，如腹腔引流。

4. 影响伤口愈合的因素：

(1) 全身因素：年老、贫血、低蛋白血症、恶液质、休克、糖尿病等。

(2) 局部因素：伤口血运不足、神经营养障碍、血肿、异物残留、不正确的缝合等。

5. 拆除皮肤缝线的方法：先用碘酒、酒精消毒缝线及周围皮肤，用镊子夹住线结轻轻向上牵拉，把原埋藏在皮下之部分缝线（约0.2厘米）牵出，用剪在牵出部分剪断，在皮肤无张力情况下轻柔拉出。拆除后再用酒精消毒针眼处。

〔附〕外科切口愈合的记录及统计

一、切口分类：分三类。

(一) 无菌切口：以“Ⅰ”代表。如疝、甲状腺手术切口。

(二) 可能沾染切口：以“Ⅱ”代表。如阑尾、胃、胆、肺、阴囊、会阴部手术等。

(三) 沾染伤口：以“Ⅲ”代表。即在邻近感染区或直接暴露于感染区的组织切口。如腹膜炎、肠坏死、窦道手术等。

二、愈合情况：分三级。

(一) 甲级：即没有不良反应的初期愈合，以“甲”代表。

(二) 乙级：愈合欠佳，但未化脓，以“乙”代表。

(三) 丙级：切口化脓，要切开或引流者，以“丙”代表。

三、记录统计：按上述分类分级法于拆线时记录在病历上，切口分类为分子，愈合级别为分母。如Ⅰ/甲、Ⅱ/丙。

腹 外 疝

目的要求

一、了解腹外疝的检查与诊断方法。

二、可复性与嵌顿性腹外疝的治愈原则。

三、通过腹外疝的手术示教，从而了解腹股沟管的解剖结构与疝修补术的原理、注

意事项、术前后之处理。

指导方法与内容

一、检查与诊断:

(一) 病史: 注意成年病人疝发生的诱因 (如慢性咳嗽、便秘、腹水、腹腔肿瘤及腹部手术等, 妊娠、排尿困难), 疝发生的时间、发展情况及既往有否发生疝嵌顿。

(二) 一般检查: 腹部应特别注意有无腹胀、腹水、腹块等; 肺部有无肺气肿、支气管炎; 老年病人注意有无前列腺肥大。

(三) 局部检查: 应与腹股沟部及阴囊其它肿物鉴别。疝的位置, 能否复位, 疝环大小、冲击感、透光试验情况以及局部组织的强度。腹股沟疝仅能部分复位者, 可能为滑动性疝 (Richter氏疝), 或因疝内容物肠袢或网膜与疝囊发生粘连所致。疝有绞窄而无肠梗阻之症状者, 则考虑疝囊内仅含网膜。有绞窄之症状, 而检查时未能发现有疝者, 应考虑为闭孔疝滑动性疝或内疝的可能。

(四) 注意区分先天性或后天性疝; 腹股沟斜疝、直疝或股疝; 可复性、难复性或嵌顿性疝。

(五) 较大之腹股沟疝, 常不易区分为直疝或斜疝, 最可靠的鉴别方法为手术时检查疝囊颈与腹壁下动脉的关系。

二、腹股沟管之解剖概要:

此管实为自皮下环到腹环的斜行裂隙, 长约3~4厘米, 男性有精索、女性有子宫圆韧带由此通过, 管可分为上下前后四个壁及内外两个口。

(一) 上壁: 为腹内斜肌及腹横肌的弓形下缘, 在管的中部形成腹股沟镰 (亦称联合肌腱)。

(二) 下壁: 为腹股沟韧带。

(三) 前壁: 主要为腹外斜肌腱膜, 在内口处有腹内斜肌下缘来加强。

(四) 后壁: 主要为腹横筋膜, 在外口处, 有腹股沟镰来增强。

(五) 内口: 即腹环, 位于腹股沟韧带中点上方一横指, 环之内界为腹壁下动脉。

(六) 外口: 即皮下环。

三、治疗原则:

(一) 大多数均应行疝修补术。婴儿先天性腹股沟疝, 出生六个月后, 如无自愈的趋势, 可作疝囊高位结扎术。年老并非外科手术的禁忌症。较小的先天性脐疝, 用宽橡皮带压复法。多数可以自愈。

(二) 青年人较小的腹股沟斜疝, 修补时无需将精索移位。腹股沟直疝、较大或复发性斜疝, 最好在修补时将精索移至腹外斜肌腱膜下或移至皮下, 腹股沟腱膜镰亦可缝于髂耻韧带 (Cooper氏韧带)。如局部肌腱组织不坚强或缺损时, 可将腹直肌前鞘一三角形瓣片翻转向下缝于腹股沟韧带, 或移植一片阔筋膜, 以增强腹股沟管的后壁。如为滑动性疝, 则将疝囊壁上的肠段与囊外的组织分开, 小心勿损伤该肠段的血运, 然后将肠还入腹腔内再行疝修补。

(三) 绞窄性疝需按急性肠梗阻的原则处理。早期者应立即施行手术, 防止肠坏死。晚期者应注意做好手术前治疗, 如纠正休克、脱水、电解质紊乱等情况。手术时需注

意疝内肠段的活力，如肠段未坏死，或仅疑有坏死而无穿孔及感染，则可将疝环切断，但必需将嵌顿肠段提出切口外检查其活力，观察其颜色、光泽、蠕动、肠壁或肠系膜小动脉的搏动情况。若不能确定，则可用0.25%普鲁卡因溶液封闭肠系膜或用温热生理盐水纱布热敷复裹肠段，10~15分钟后，再行检查。肠壁小区域坏死，可用埋藏缝合法将该处翻入肠腔内；整段肠坏死，则作肠切除吻合术。如病人一般情况不良，或有高度肠梗阻时，可作肠外置手术。如肠段已明显坏死、穿孔或疝囊内已有感染积脓存在，则仅作切开疝囊引流并先作肠造瘘，切勿将疝环切断或将肠段与疝环分开，以免引起严重的腹腔感染。

四、手术示教：着重介绍腹股沟疝的局部麻醉方法，切口的选择、手术步骤、手术时的注意事项、术式的选择（精索移位与不移位的修补法）及其适应症。

五、手术前、后处理：

（一）术前准备：选择性疝修补术与一般手术同。绞窄性疝手术同肠梗阻手术前准备。

（二）术后处理：无并发症的疝修补术。

1. 术后三天可离床活动。
2. 半流饮食，2~3天后改为普通饮食。
3. 注意伤口及阴囊血肿形成。术后24小时可在伤口置一沙袋（一公斤重），并提吊阴囊。
4. 术后五天可拆除切口缝线，七天出院。
5. 手术后三个月内避免重体力劳动。

急性阑尾炎

目的要求

- 一、了解急性阑尾炎的检查、诊断与鉴别诊断。
- 二、急性阑尾炎之处理原则。
- 三、通过阑尾切除手术示教（急性或慢性阑尾炎），从而了解其手术方法及术前、后处理。

指导方法

一、检查与诊断：

（一）注意腹痛初起时的部位、性质、有无出现转移性右下腹痛或弥漫至全腹痛，其出现时间，有无放射痛、牵涉性痛、恶心呕吐、尿频、尿痛、发热及胃寒等症出现。如有腹泻，注意大便性质，排便时有无下坠感，排便或排气后腹痛是否减轻。既往有无同样腹痛史。

（二）起病后曾否用过止痛药（特别是吗啡、杜冷丁类）、泻剂或灌肠，如已用过则注明其时间。

（三）女性病人应详细询问月经情况，诊断有疑问时，需请妇科会诊，以排除妇科

疾患。

(四) 腹部检查, 注意压痛范围及最痛点, 背部有无压痛, 腹壁肌肉的抵抗程度, 有无出现腰大肌刺激现象, 结肠充气试验是否阳性。直肠指检注意有无压痛及其部位有无隆起及硬结触及。

(五) 实验室检查: 白细胞增高情况, 有无左移。尿液检查注意有无红细胞, 以除外输尿管石(但输尿管炎症刺激亦可出现少量红、白细胞)。

二、鉴别诊断: 临床上常需与下列疾病鉴别, 如急性肠系膜淋巴结炎, 右输尿管结石, 胃十二指肠溃疡穿孔、急性胆囊炎、肠伤寒溃疡穿孔、局限性回肠炎、末段回肠憩室炎; 妇科急性盆腔炎、卵巢滤泡破裂、宫外孕或卵巢囊肿扭转, 内科的急性胃肠炎、肺炎等。

三、治疗原则:

(一) 急性单纯性阑尾炎可应用中西医结合治疗(包括中药、针灸、抗菌素等), 也可手术治疗(阑尾切除术)。

(二) 其它类型阑尾炎或已穿孔, 而有局部或弥漫性腹膜炎, 应于适当准备后, 及早施行阑尾切除术。手术时腹腔内脓液不多则于手术时吸净, 腹腔内无须放置引流物。如果脓液较多, 或阑尾残端水肿严重, 应于局部及盆腔放置香烟引流。腹壁切口可按污染程度决定是否放置引流, 缝合, 或作延期缝合。

(三) 阑尾肿胀, 全身中毒症状不严重者, 可应用中西医结合治疗, 治疗过程中密切观察, 如脓块增大, 压痛显著, 体温及白细胞增高, 或腹痛加剧而并发弥漫性腹膜炎时应即行切开引流术, 如阑尾脓腔内, 可同时作阑尾切除术, 否则只作单纯引流, 待伤口愈合2~3个月后, 再考虑作阑尾切除术。

(四) 特殊性阑尾炎: 如小儿阑尾炎、妊娠期阑尾炎、老年人阑尾炎、复发性阑尾炎等, 一旦诊断明确, 应及早手术为宜。

四、阑尾切除术的手术示教: 主要介绍手术麻醉方法、切口选择、手术步骤(介绍顺行法与逆行法切除阑尾)、手术注意事项、术后并发症的防止。

五、术前、后处理:

(一) 术前准备: 急性阑尾炎除不灌肠外, 与一般手术前准备同; 如阑尾已穿孔有弥漫性腹膜炎时, 按腹膜炎处理。

(二) 术后处理: 无并发症阑尾炎。

1. 早期离床活动。

2. 饮食: 术后第一、二日少渣半流膳食, 后改普通半流, 第六日可进普通饮食。并发有弥漫性腹膜炎者处理与“急性腹膜炎”同。

3. 术后5~7天可拆除伤口缝线。

胃十二指肠溃疡病的外科治疗

目的要求

- 一、了解溃疡病的检查与诊断。
- 二、熟悉溃疡病采用外科治疗的原则。
- 三、通过胃大部分切除的手术示教，介绍两种常用的基本手术方式。
- 四、介绍胃大部分切除术的术前后处理。

指导方法与内容

一、检查与诊断

(一) 病史及症状:

1. 长期慢性、周期性、节律性的上腹痛，胃溃疡常在饭后半小时~1小时发生，持续1~2小时后逐渐缓解；十二指肠溃疡多在饭后2~3小时开始，持续至下次进食缓解。痛往往在进食过硬难消化、酸辣等刺激性食物后；或过饥、精神紧张或过份劳累等可诱发。常伴有嗝酸、嗝气、胸骨后烧灼痛。用制酸药后可缓解。
2. 急性穿孔多有溃疡病史而出现突然上腹剧痛。
3. 并发大出血时有呕吐咖啡样物或鲜血，并鲜柏油样大便。应与食道下段静脉曲张破裂出血、胃痛出血相鉴别。
4. 并发幽门梗阻时有呕吐宿食，多于夜间出现。
5. 溃疡发生恶变时，病者常出现痛性质改变，食欲下降，消瘦、贫血、呕吐，大便经常潜血阳性等情况。

(二) 体征:

上腹部较局限压痛。急性穿孔时全腹肌强直板硬、压痛、反跳痛、肝浊音界缩小或消失，肠鸣减弱或消失。幽门梗阻时上腹可有拍水音，或可见胃蠕动波。

(三) 实验室检查:

胃酸测定：部分十二指肠溃疡患者胃酸分泌物增高。幽门梗阻者可有营养不良，贫血，血液生化检查可出现低钾低氯性硷中毒。出血者血色素下降，大便潜血阳性。

(四) X线检查:

钡餐可见胃或十二指肠龛影或十二指肠球部变形、刺激性变。急性穿孔腹部透视有膈下游离气影。急性大出血者，原则上不应在出血期作钡餐检查，如有特殊情况，应与放射科医师协商同意后慎重进行。

二、治疗原则:

(一) 慢性胃、十二指肠溃疡病经严格系统内科治疗无效者可作外科手术治疗。

(二) 急性穿孔的治疗:

1. 单纯性穿孔：病人一般情况好，病史短，空腹穿孔，无明显并发症症状，压痛为限右上腹，或穿孔已超过48小时，腹膜炎已趋局限时，病人无休克者，可考虑中西医

结合非手术治疗，但要密切观察病情变化。

2. 溃疡病史短，穿孔小，无明显疤痕者，或穿孔已在8小时以上且感染明显，或患者不能耐受胃大部分切除者，可作穿孔单纯修补术。

3. 穿孔前已有外科手术适应症，或疑有胃癌穿孔，穿孔时间在8小时以内，腹腔感染不明显，患者能耐受胃大部分切除，而施手术者在进行胃大部分切除技术上无困难，则可作一期胃大部分切除胃空腹吻合术。

(三) 大出血者经保守治疗无效，应作手术治疗。

(四) 疤痕性幽门梗阻应手术治疗。

(五) 位于胃幽门前区、胃底部或胃大弯的溃疡，其恶变可能性较大，应考虑手术治疗。

三、胃大部分切除手术示教：

(一) 讨论胃大部分切除术治疗溃疡病的理论根据。

(二) 通过手术示教，着重了解胃的临床解剖，胃十二指肠的血液供应及淋巴引流情况，胃的迷走神经支配。

(三) 介绍胃大部分切除术，临床上常采用的两大术式(Billroth I、II式)，术式之选择及其优缺点。

(四) 胃大部分切除术后常见的并发症。

四、胃大部分切除术的术前后处理。

(一) 术前准备：

1. 急性穿孔：手术前准备同急性腹膜炎。

2. 大量出血：备同型血900~1200毫升，迅速补充血容量，积极抗休克治疗，及时进行手术。

3. 幽门梗阻：

(1) 高热量、高蛋白质、高维生素流质饮食。

(2) 纠正体液酸碱平衡失调。

(3) 术前三日，每晚用温生理盐水洗胃。梗阻严重时，术前1~2天可禁食，持续胃肠减压，静脉补液。

(4) 术前配血300~600毫升。

4. 择期手术与一般腹部手术同。

(二) 术后处理：

1. 病者清醒、血压稳定后取半坐卧位，持续胃肠减压(注意抽出液之性质及量)，至肠蠕动恢复后(一般2~3天)，有肛门排气，腹不胀，可拔除胃管。急性穿孔术后应用抗菌素。

2. 饮食：

(1) 手术后，胃肠减压期间禁食，静脉输液。

(2) 术后第三天拔除胃管后进流质半量，并酌情从静脉输部分液体。

(3) 术后第四天，如病者进食后无特殊不适，可改进食流质全量。

(4) 术后第五天，可进食低渣半流饮食，少量多餐。

(5) 术后第八天, 可开始试行进食碎肉菜软饭。

3. 注意胃切除早期并发症 (吻合口出血、吻合口梗阻、十二指肠残端瘘、倾倒综合征等), 并给予及时处理。

胃 癌

目的要求

一、了解胃癌的检查和诊断方法 (特别是早期的诊断方法)。

二、了解我国对胃癌的分期。

三、介绍胃癌的处理原则。

指导方法与内容

一、检查与诊断

(一) 病史注意症状及其性质, 如饮食习惯有无改变, 有无食欲突然减退, 厌食肉类, 疼痛性质的改变, 由有规律性而变为无规律、持续性, 出血有无变为经常性和持续性及腹部出现包块。有无出现贲门幽门梗阻的症状。一般身体情况 (顽固性的消瘦和贫血)。过去史中有无慢性胃溃疡及饮酒史。家族中有无同样病史。

(二) 注意病人的营养状况, 有无腹部肿块、腹水、肝肿大、锁骨上淋巴结和直肠前凹的淋巴结肿大。

(三) 血液及粪便的检查: 特别注意有无贫血及大便持续性的潜血阳性。

(四) 胃液的检查: 空腹时胃液存量、潜血、乳酸、八叠菌属在显微镜下发现或胃游离酸度的明显降低或消失。

(五) X线钡餐的检查及肺部的透视或照片。

(六) 胃癌的治愈率与胃癌能否早期诊断有着十分密切的关系。介绍胃癌早期诊断方法如下:

1. 免疫学的诊断: α_2 , G, P.

2. 生化上的检查: 如血清铜蓝蛋白测定、蓝色反应、水试验、尿吡啶乙酸测定、尿中性醛沉淀。

3. 胃脱落细胞检查。

4. 胃纤维内窥镜检查。

5. 胃双重空气钡造影。

二、我国对胃癌的分期: 在国际抗癌协会关于胃癌 TNM 分类基础上, 对原发肿瘤的浸润深度及转移程度进行分类。

T——原发肿瘤情况。

T₁: 肿瘤不论大小, 其浸润深度仅限于粘膜及粘膜下层的表浅癌。

T₂: 肿瘤侵及肌层, 但大小不超过一个分区的1/2。

T₃: 肿瘤侵及浆膜层, 或虽未侵及浆膜层, 但超过一个分区1/2而未超过一个分区。

T_{4a}: 肿瘤侵出浆膜或占一个分区以上。

T_{4b}: 肿瘤已侵及周围脏器。

N——淋巴结转移情况。将胃引流淋巴结分为三组：第一组是贴于胃壁上的浅组淋巴结，如胃大小弯、幽门上下、贲门旁等各组淋巴结。第二组是引流浅组的深组淋巴结，如脾门、脾、肝总、胃左动脉干及胰、十二指肠后淋巴结。第三组包括腹腔动脉旁、腹主动脉、肝门、肠系膜根部及结肠中动脉周围淋巴结。

N₀: 无淋巴结转移。

N₁: 肿瘤邻近部位浅组淋巴结转移。

N₂: 第二组淋巴结转移，或肿瘤远隔部位淋巴结转移，如胃窦部癌有贲门旁淋巴结转移。

M₃: 第三组淋巴结转移。

M——远处转移情况。

M₀: 无远处转移。

M₁: 有远处转移。

根据上述分类，将胃癌分为四期：

(一) 第Ⅰ期: T₁ N₀ M₀

T₂ N₀ M₀

(二) 第Ⅱ期: T₂ N₁ M₀

T₃ N₀₋₁ M₀

(三) 第Ⅲ期: T₂₋₃ N₂ M₀

T_{4a} N₀₋₂ M₀

(四) 第Ⅳ期: T₁₋₄ N₃ M₀

T₁₋₄ N₀₋₃ M₁

T_{4b} N₀₋₃ M₀

三、处理原则：

(一) 如无远处转移癌或其它手术禁忌症，所有病人均应行剖腹探查术。

(二) 探查手术时发现腹腔内无转移癌，且瘤体未侵及附近重要器官（如主动脉、总胆管、胰腺头部），应将瘤及附近之网膜及其内的淋巴结广泛切除；如癌在胃底或贲门部，往往需作全胃或胃、食管部分切除及附近淋巴结广泛切除术，宜采用胸腹联合切口。

(三) 有高度贲门或幽门梗阻时，虽肝内有1~2个小转移癌，若病人一般情况尚佳且瘤体切除无困难时，仍可作姑息性胃部分切除术。

(四) 有高度幽门梗阻而瘤体不能切除时，可仅作胃空肠吻合术解除梗阻。

胆道感染与胆石症

目的要求

- 一、使同学们掌握急性胆管炎、胆管结石、急性及慢性胆囊炎、胆囊结石以及急性阻塞性化脓性胆管炎的检查与诊断要点。
- 二、通过急性胆囊炎胆结石症的学习，与农村常见的胆道蛔虫病进行鉴别诊断。
- 三、介绍急性胆囊炎和急性胆道感染以及胆结石症的治疗原则。
- 四、手术前后之处理原则。

指导方法与内容

一、检查与诊断

(一) 病史：应详细询问腹痛的部位（多发生在右上腹或剑突下）、性质（突然发生、绞痛呈间歇性，可向背及右肩部放射），有无恶心、呕吐，有无伴有发热、寒战、黄疸出现（有则多为胆总管及壶腹部结石）。发作与饮食关系（多于饱餐或进食含脂肪多的食物后出现）。过去有无同样发作及蛔虫病史。注意病者的性别与年龄。

(二) 体检：注意巩膜、皮肤有无黄疸，右上腹及剑突下有无压痛及腹肌紧张的程度。如胆囊管或胆总管下段有阻塞时则可扪及肿大胆囊。合并化脓性胆管炎时，常可出现尿少、血压下降、中毒性休克等。

(三) 实验室检查：血、尿常规；血、尿黄疸常规（血胆红质，1毫克%，尿胆元减少，提示有胆总管阻塞）；慢性黄疸病人应作肝功能检查，凝血酶原时间，肾功能等检查。必要时考虑作十二指肠引流检查。

(四) X线检查：慢性胆囊炎应作腹部平片和胆道造影检查。

二、通过临床病例示教，讨论急性胆囊炎胆石症与胆道蛔虫病的鉴别诊断：

	急性胆囊炎胆石症	胆 道 蛔 虫
1. 年龄	成人多见	小孩多见
2. 痛性质	阵发性绞痛，间歇期较长，间歇期痛虽减轻但仍有疼痛。	阵发性绞痛，痛甚剧，痛间歇期较短，间歇期可完全无痛。
3. 呕虫史	呕吐物内一般无蛔虫。	呕吐物内常有蛔虫。
4. 体温	常有发热	无并发症存在时常无发热
5. 黄疸	常有黄疸出现	常无黄疸出现
6. 体征	右上腹或剑突下有压痛、反跳痛、腹肌紧张，或可扪及肿大之胆囊。	往往仅有剑突下深压痛，腹膜刺激征不明显。
7. 血像	白细胞计数常增高或左移	无并发症存在时，血像变化不明显。
8. 吞钡十二指肠检查	一般于十二指肠内无蛔虫影发现。	于十二指肠内可见蛔虫所致的充盈缺损。

三、治疗原则:

(一) 急性胆囊炎及急性胆道感染有下列情况者, 适合早期手术。

1. 诊断确定, 发病在72小时以内, 病人情况良好者。
2. 经非手术治疗, 病情加重者。如腹痛加剧, 发热增高, 胆囊肿大, 局部压痛和腹肌紧张加重, 白细胞增高或左移明显。
3. 胆囊坏疽或穿孔。
4. 急性阻塞性化脓性胆管炎, 尤其合并中毒性休克, 经短期处理休克仍未改善者。

(二) 慢性胆囊炎胆石症诊断明确, 有反复发作或慢性症状明显者, 宜作手术治疗。

(三) 手术方法: 要求手术示教, 讲述胆囊切除胆总管探查的手术步骤及注意事项。

1. 单纯急性胆囊炎一般作胆囊切除术。若胆囊炎引起充血水肿明显致局部解剖不清, 切除胆囊有困难时, 可作胆囊造瘘术, 待三个月后再施行胆囊切除术。
2. 急性阻塞性化脓性胆管炎合并中毒性休克时, 一般宜作简单的胆总管切开引流术。

3. 慢性胆囊炎胆石症, 作胆囊切除术。

4. 有下列情况时应作胆总管切开探查。

- (1) 病者现在或过去有黄疸史。
- (2) 胆总管有增粗、增厚者。
- (3) 胆总管内扪及结石或蛔虫。
- (4) 胆总管内为脓性胆汁。
- (5) 胆囊内有多数小结石或泥沙样结石。
- (6) 合并有慢性复发性胰腺炎。

(四) 非手术治疗:

1. 急性胆囊炎发病已超过72小时, 且经治疗后症状已减轻, 或考虑为肝内结石, 复发性结石, 或症状轻诊断尚不肯定。
2. 慢性胆囊炎而症状不明显, 胆囊结石而无症状。
3. 急性胆囊炎的非手术治疗方法: 包括中西医结合治疗、禁食、胃肠减压、静脉补液、止痛解痉、应用抗菌素、维生素K、中药等。急性期过后4~6周再作胆囊切除术。

四、术前后处理:

(一) 术前准备:

1. 急性胆囊炎术前准备同急性腹膜炎, 有明显黄疸者应肌注大量维生素K。
2. 急性阻塞性化脓性胆管炎患者, 除了抗休克, 纠正水、电解质平衡和酸碱平衡紊乱, 以及控感染外, 关键是解除梗阻, 胆道减压。一般主张在积极抗休克治疗的同时, 早期进行胆道减压手术。
3. 慢性胆囊炎胆石症如有黄疸时, 术前注意肝功能, 凝血酶原检查。护肝治疗,