

SHIYONG
WAIKE
ZHIBAN SHOUC

梁 斌 李宏宇 主编

实用外科 值班手册



化学工业出版社

中国医药出版社
CHINA MEDICAL & PHARMACEUTICAL PUBLISHING HOUSE
2010年10月第1版
2010年10月第1次印刷

ISBN 7-5067-4500-0

实用外科 值班手册

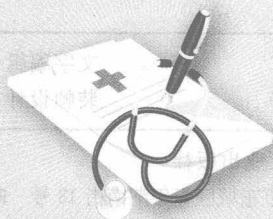


中国医药出版社

SHIYONG
WAIKE
ZHIBAN SHOUC

梁 斌 李宏宇 主编

实用外科 值班手册



化学工业出版社

北京

本书根据外科临床医生值班实际工作情况，分别阐述了常见外科急症的诊断与紧急处理、手术患者观察与处理、其他外科情况的观察与处理。该书内容与外科临床值班实际工作情况紧密结合，具有较强的指导性和参考性，适合外科医师、基层医师、医学生参考使用。

图书在版编目 (CIP) 数据

实用外科值班手册/梁斌，李宏宇主编. —北京：
化学工业出版社，2011.6
ISBN 978-7-122-11122-7

I. 实… II. ①梁…②李… III. 外科-疾病-
诊疗-手册 IV. R6-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 072572 号

责任编辑：赵兰江
责任校对：陶燕华

文字编辑：何 芳
装帧设计：张 辉

出版发行：化学工业出版社

(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)

印 装：北京云浩印刷有限责任公司

787mm×960mm 1/32 印张 9 字数 183 千字

2011 年 8 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询：010-64518888 (传真：010-64519686)

售后服务：010-64518899

网 址：<http://www.cip.com.cn>

凡购买本书，如有缺损质量问题，本社销售中心负责调换。

定 价：25.00 元

版权所有 违者必究

编写人员

主 编 梁 斌 李宏宇

编 者 梁 斌 李宏宇 刘天齐 蓝志相

陆卫军 钟晓刚 邓宏强 梁友明

徐 胜 王 贤 覃俊君 孟长峰

谢忠志

秘 书 覃俊君 谢忠志

前 言



随着医学科学技术的迅猛发展，医疗水平的不断提高，人们对疾病的认识也在不断提高。但是，医学知识浩如烟海，医学新理论、新技术层出不穷，要在短时间内掌握大量实用的临床医学知识并非易事。为了使广大医师能在短时间内学到有用的临床知识，按照卫生部颁布的《临床住院医师规范化培训试行办法》对住院医师培训的要求，为规范医师的临床诊治原则，我们编写了这本手册。

本书是以循证医学为诊治原则，由三级甲等医院有丰富临床经验的高年资深专家、教授编写，以外科值班中需要值班医师处理的外科急症的诊治、手术患者的术前准备及术后观察和处理为主要内容。本书内容实用性强、重点突出、简明扼要，适合广大基层医务工作者及年轻的住院医师值班时参考使用。由于编者水平有限，难免有不妥之处，恳请各位读者批评指正。

编 者

2011 年 5 月

目 录

第一章 常见外科急症的诊断与紧急处理	1
第一节 外伤性急症	1
一、闭合性颅脑外伤	1
(一) 头皮损伤	1
(二) 颅骨骨折	3
(三) 脑震荡	5
(四) 脑挫裂伤	6
(五) 弥漫性轴索损伤	8
(六) 脑干损伤	9
(七) 颅内血肿	12
二、开放性颅脑外伤	16
三、闭合性胸部外伤	19
四、开放性胸部外伤	22
五、闭合性腹部外伤	25
(一) 闭合性肝破裂	25
(二) 闭合性脾破裂	27
(三) 闭合性胰腺破裂	28
(四) 闭合性肾脏损伤	30
(五) 闭合性输尿管损伤	33
(六) 闭合性膀胱损伤	35
(七) 闭合性尿道损伤	36
六、脊柱骨折	38
七、骨盆骨折	40
八、闭合性四肢骨折	41
九、开放性四肢骨折	43

十、肌肉、肌腱切割伤	45
十一、肌肉、肌腱钝性损伤	46
十二、外周血管损伤	48
十三、外周神经损伤	49
十四、手外伤	51
十五、烧伤	53
十六、失血性休克	55
第二节 炎症性急症	58
一、浅部化脓性感染	58
二、手部化脓性感染	60
三、急性脓胸	62
四、急性胰腺炎	63
五、急性化脓性腹膜炎	65
六、急性肝脓肿	67
七、急性胆囊炎	70
八、急性梗阻性化脓性胆管炎	73
九、急性阑尾炎	75
十、直肠肛管周围脓肿	77
十一、急性化脓性关节炎	79
十二、感染性休克	80
第三节 机械性急症	84
一、主动脉夹层	84
二、急性幽门梗阻	87
三、急性肠梗阻	89
四、胆管结石	91
五、胆囊结石	92
六、绞窄疝	93
七、尿路结石	95
(一) 上尿路结石	95
(二) 膀胱结石	99
(三) 尿道结石	100
八、周围神经卡压综合征	100

第二章 手术患者观察与处理	104
第一节 术前患者观察	104
一、术前一般情况观察与处理	104
二、颅脑手术患者术前观察与处理	106
三、甲状腺手术患者术前观察与处理	107
四、肺部手术患者术前观察与处理	112
五、食管手术患者术前观察与处理	113
六、心脏手术患者术前观察与处理	114
七、胃肠道手术患者术前观察与处理	114
八、肝胆手术患者术前观察与处理	116
九、泌尿系手术患者术前观察与处理	118
十、骨科手术患者术前观察与处理	122
第二节 术前准备	123
一、术前合并症处理	123
二、术前一般准备	127
三、颅脑手术前特殊准备	130
四、颈部手术术前特殊准备	131
五、胸部手术术前特殊准备	133
六、心脏手术术前特殊准备	134
七、腹部手术术前特殊准备	135
八、泌尿系手术术前特殊准备	139
九、骨科手术术前特殊准备	144
第三节 术后观察与处理	148
一、麻醉术后问题	148
二、术后发热问题	152
三、术后营养问题	153
四、术后疼痛问题	155
五、术后刀口问题	156
六、术后引流问题	157
七、术后感染问题	159
八、术后出血问题	161
九、颅脑术后常见问题及处理	163

十、颈部术后常见问题及处理	172
十一、胸部术后常见问题及处理	173
十二、心脏术后常见问题及处理	175
十三、腹部术后常见问题及处理	180
十四、泌尿系术后常见并发症及处理	186
十五、骨科术后常见问题及处理	196
十六、其他特殊手术术后问题及处理	200
第三章 其他外科情况的观察与处理	205
第一节 外科非手术治疗问题	205
一、疼痛治疗	205
二、输血	210
三、肠营养	216
四、药物不良反应	224
第二节 体腔引流术患者的观察与处理	236
一、胸腔引流术后观察与处理	236
二、脑室引流术后观察与处理	237
三、脑血肿引流术后观察与处理	238
四、腹腔引流术后观察与处理	239
第三节 腔镜检查或手术后患者的观察与处理	241
一、胸腔镜术后观察与处理要点	241
二、腹腔镜术后观察与处理要点	242
三、关节镜术后异常情况诊断与处理要点	246
四、肠镜术后观察与处理要点	248
五、胃镜术后观察与处理要点	249
第四节 各种穿刺术后患者的观察与处理	250
一、股静脉穿刺术后观察与处理要点	250
二、锁骨下静脉穿刺术后观察与处理要点	250
三、股动脉穿刺术后观察与处理要点	251
四、脓肿穿刺术后观察与处理要点	252
五、浅表肿块穿刺术后观察与处理要点	254
六、淋巴结穿刺术后观察与处理要点	255
七、胸腔穿刺术后观察与处理要点	256

八、腹腔穿刺术后观察与处理要点	257
九、膀胱穿刺术后观察与处理要点	259
十、关节穿刺术后观察与处理要点	259
十一、前列腺穿刺术后观察与处理要点	261
十二、盆腔穿刺术后观察与处理要点	263
十三、肝穿刺术后观察与处理要点	264
第五节 外科小手术后患者的观察与处理	266
一、气管切开术后观察与处理要点	266
二、夹板固定后观察与处理要点	268
三、石膏固定后观察与处理要点	268
四、牵引后观察与处理要点	269
五、脓肿切开引流术后观察与处理要点	271
六、清创术后观察与处理要点	272

第一章

常见外科急症的诊断与紧急处理

第一节 外伤性急症

一、闭合性颅脑外伤

(一) 头皮损伤

【诊断要点及鉴别诊断】

1. 头部外伤史。
2. 可见头部外伤灶或皮下血肿。

(1) 擦伤：仅为表皮受损脱落，有少量渗血或渗液。

(2) 挫伤：除表皮局限擦伤外，可有皮下组织肿胀、淤血，并发血肿。无明显裂口，多为钝器伤或撞击伤。

(3) 裂伤：头部有明显裂口。帽状腱膜完整者，皮肤裂口小而浅；帽状腱膜损伤者，裂口可深达骨膜。锐器伤创缘较整齐，钝器伤或撞击伤创缘不齐且形状不规则，多伴有挫伤。

(4) 头皮血肿：分为皮下、帽状腱膜下和骨膜下血肿三种类型。

① 皮下血肿：局限于头皮伤部，波动感不明显，周围水肿、质硬、中心软，易误诊为凹陷性骨折。

② 帽状腱膜下血肿：可波及整个头部，不受颅

缝限制，有波动感，严重出血时可致休克。

③ 骨膜下血肿：血肿边缘不超过颅缝，张力大、有波动感，常伴有颅骨骨折。

(5) 撕脱伤：头皮自帽状腱膜下部分或全部撕脱，多为头皮受强烈暴力牵拉所致。伤情重、出血量大，易发生休克。

【处理要点】

(1) 擦伤：清洗消毒伤口，不需包扎。

(2) 挫伤：清洗消毒伤口后暴露或包扎。

(3) 裂伤：伤口清创后给予一期缝合并包扎。

(4) 血肿：皮下血肿不需处理。帽状腱膜下血肿和骨膜下血肿应早期行加压包扎。若伤后 5~7 天血肿仍无自行吸收倾向时，应在无菌条件下穿刺抽吸血肿，并加压包扎。若反复穿刺无效者，应考虑以下处理。

① 凝血功能障碍：做相应检查和处理。

② 大血管伤：手术止血。

③ 有感染者尽早切开引流。

(5) 撕脱伤

① 伤口处理：部分头皮撕脱伤、蒂部有动脉血供者，清创复位后缝合。完全性头皮撕脱伤、污染不严重者，行显微手术吻合血管头皮再植术；不能吻合血管时，可将撕脱的头皮制成中厚皮片，回植于裸露的骨膜或筋膜上。若无条件行上述手术，可酌情行转移皮瓣术或植皮。若伤口严重污染，可先行清创包扎，待创面肉芽形成后再植皮或在裸露无骨膜颅骨上钻孔至板障或锉除颅骨外板，待肉芽形成后再植皮。

② 止痛、止血、加压包扎。

③ 必要时输血、补液、抗休克。

④ 防治感染。

(二) 颅骨骨折

颅骨分为颅盖和颅底，其分界线为眉间、眶上缘、颧弓、外耳孔、上项线及枕外粗隆，以上为颅盖，以下为颅底。颅骨骨折常反映脑损伤部位和程度，按解剖部位分为颅盖骨折、颅底骨折和颅缝分离；按骨折形态分为线性骨折、粉碎性骨折、凹陷性骨折和穿洞形骨折。

【诊断要点及鉴别诊断】

(1) 有头部外伤史。

(2) 常伴有头皮软组织损伤。

(3) 若伴有颅内血肿或脑损伤时，可出现头痛、呕吐及神经功能障碍等症状。

(4) X线检查：可明确颅盖骨折的部位、类型和严重程度。对凹陷性骨折需加切线位摄片；疑有枕骨骨折或人字缝分离，行额枕位（汤氏位）摄片；疑有视神经损伤时，行视神经孔位摄片。眼眶部骨折行柯氏位摄片。

(5) CT扫描：可见明确的颅骨骨折，并可显示脑损伤情况及并发的颅内血肿、气颅等。

(6) 颅底骨折诊断：颅底骨折的诊断主要依靠临床表现。根据解剖部位分为颅前窝骨折、颅中窝骨折和颅后窝骨折。

① 颅前窝骨折：眼睑青紫肿胀、呈“熊猫眼”，脑脊液鼻漏，常伴有额叶损伤Ⅰ、Ⅱ对脑神经损伤。

② 颅中窝骨折：颞肌下出血压痛、耳道流血、脑脊液耳漏或脑脊液鼻漏，常伴有颞叶损伤和Ⅲ～Ⅵ对脑神经损伤。

③ 颅后窝骨折：乳突皮下出血（Battle斑）、咽

后壁黏膜下出血，常伴有脑干损伤和Ⅸ～Ⅻ对脑神经损伤。

【处理要点】

(1) 线性骨折无需处理。应重点处理伴发的脑损伤、颅内血肿和脑水肿等。

(2) 颅底骨折伴脑脊液漏时，一般在伤后 3～5 天自行停止。若 2 周后仍不停止，应行硬脑膜修补术。

(3) 脑脊液漏患者注意事项

① 严禁堵塞、冲洗鼻腔、外耳道。避免擤鼻等动作，以防逆行感染。

② 保持鼻部与耳部清洁卫生。

③ 应用适量抗生素预防感染。

④ 禁忌腰椎穿刺。

(4) 伴有口鼻大出血时，应行紧急气管切开，使用带气囊的气管导管。鼻出血可行鼻腔填塞暂时压迫止血。有条件时可行急症颈内外动脉血管造影及血管内栓塞治疗以闭塞破裂血管。

(5) 脑神经损伤

① 视神经管骨折压迫视神经时，应争取在伤后 4～5 天内开颅行视神经管减压术。

② 大部分脑神经损伤为神经挫伤，属部分性损伤，应用促神经功能恢复药物如 B 族维生素、地巴唑、神经节苷脂等，配合针灸理疗，可以逐步恢复。完全性神经断裂恢复困难，常留有神经功能缺损症状。

③ 严重面神经损伤，可暂时缝合眼睑以防止角膜炎和角膜溃疡发生。

④ 吞咽困难及饮水呛咳者，置鼻饲管。长期不

恢复时可做胃造口。

(6) 凹陷性骨折手术指征：①颅骨陷入 1cm 以上。②位于重要功能区。③开放性凹陷性骨折。④位于上矢状窦表面的凹陷性骨折并引起颅内压增高。⑤严重影响美容。

(7) 凹陷性骨折复位方法：①边缘完整的凹陷性骨折应采用钻孔直接抬起复位。②粉碎性凹陷性骨折应采用骨片去除复位法。③手术时应特别注意有无伴发脑损伤或颅内血肿。④矢状窦区压迫性凹陷骨折，应在充分准备条件下手术（有大量输血条件、有修补矢状窦破裂或吻合的设备和技术条件）。手术时先环形游离陷入骨片，再逐步取出骨片后止血，充分止血后再放回骨片。

(三) 脑震荡

【诊断要点及鉴别诊断】

- ① 有明确的头部外伤史。
- ② 有短暂意识丧失，一般不超过 30min，或有逆行性（近事）遗忘，即清醒后患者不能回忆受伤情况，但对以往事情能记忆。
- ③ 头痛、头晕、恶心、呕吐、乏力、失眠、畏光、耳鸣、心悸及怕噪声等症状。
- ④ 神经系统检查无阳性体征。
- ⑤ 脑脊液检查正常。

【处理要点】

- ① 伤后早期严密观察意识、生命体征及瞳孔变化，必要时行头颅 CT 扫描检查。
- ② 卧床休息 7~14 天，症状好转后逐渐起床活动。
- ③ 对症处理，给予止痛、镇静及安眠等药物。

④ 耐心细致做解释工作，使患者消除顾虑。

(四) 脑挫裂伤

脑挫裂伤为脑实质损伤。发生在着力部位称冲击伤，发生在对冲部位称对冲伤，两者可单独发生，也可同时存在。肉眼可见脑组织点状、片状出血及脑组织挫裂等。显微镜下见皮质失去正常结构，神经元轴突碎裂、胶质细胞变性坏死及点状或片状出血灶等。脑挫裂伤昏迷时间不超过 12h，有轻度生命体征改变和神经系统阳性体征，而无脑受压症状者属中度脑损伤。泛脑挫裂伤昏迷时间超过 12h，有较明显生命体征改变或脑受压症状者属重型脑损伤。

【诊断要点及鉴别诊断】

① 意识障碍：持续时间较长，甚至持续昏迷。

② 生命体征改变：轻中度局灶性脑挫裂伤患者生命体征基本平稳，重度脑挫裂伤患者可发生明显的生命体征改变。急性颅内压增高的典型生命体征变化特点是“两慢一高”，即呼吸慢、脉搏慢、血压升高。

③ 定位症状：伤灶位于脑功能区会出现偏瘫、失语及感觉障碍等。

④ 精神症状：多见于双侧额叶、颞叶挫裂伤，表现为情绪不稳定、烦躁、易怒、骂人或淡漠、痴呆等。

⑤ 癫痫发作：多见于运动区挫裂伤。

⑥ 脑膜刺激征：由于蛛网膜下腔出血所致，表现为颈项强直、克氏征阳性，腰椎穿刺为血性脑脊液。

⑦ 颅内压增高症状：意识恢复后仍有头痛、恶心、呕吐及定向力障碍等。

⑧ CT 扫描：挫裂伤区呈点状、片状高密度区，