

R6
59
S

外科概要

[澳] P. 雷昂 著
张 祖 荀 译

江苏科学技术出版社



B

162500

Peter Ryan

A Very Short
Textbook Of Surgery

Dennis & Ryan 1990

责任编辑 顾志伟

外 科 概 要

〔澳〕P. 雷昂 著

张 祖 荀 译

出版、发行：江苏科学技术出版社
经 销：江苏省新华书店
印 刷：南京五四印刷厂

开本 787 × 1092毫米 1/32 印张 4 插页 4 字数 81,000

1991年1月第1版 1991年1月第1次印刷

印数 1 - 5,500 册

ISBN 7-5345-1097-X

R · 172 定价(精)：8.00元

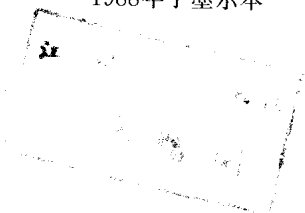
第一版前言

医学生在学习外科前已学过解剖学、生理学、生物化学、微生物学和病理学，因此本书不包括这些内容。医学生不需要知道手术细节，故此书也不包括在内。实习医师轮转到外科的最初几周即会学到手术前后的处理，因此，将其罗列于只涉及症状、诊断和常见外科疾病的处理原则的《外科概要》并不合适。本书尽可能采用简洁的叙事体，不附照片、插图和表格。总之，疾病是以症状归类，即患者求医的原因，而不是根据器官和系统分类。

这本《外科概要》并非包罗万象，只不过是一个骨架，由外科学的骨骼组成，而每个医学生应该把肉加上去。

P. 雷昂

1988年于墨尔本



第二版前言

本版改动不大，增加章节有颞颌部疼痛(“关节痛”)、疼痛性甲状腺肿、疼痛性乳房包块、潜毛窦、截肢、急性肢体缺血、冻伤(唯一有冻伤危险的澳大利亚人为南极工作者)，某些保留的章节已加苦心修订或予更新，诸如胆石症的治疗、消化性溃疡出血的非手术处理、细菌性和原虫性腹泻、直肠癌的治疗、睾丸肿瘤的治疗、慢性尿潴留的原因、骨折固定。上述内容的增补并不增加本书篇幅，本书仍不附图表，保持短小精悍的特点。

P. 雷昂

1990年于墨尔本

第二版中译本前言

中国产生了世界上最早的内、外科医师。我作为一个来自世界上最年轻国家之一的外科医师，谨以此书奉献给中国医师和医学生。我感谢好友——南京张祖荀医师在百忙中耐心、确切地翻译了本书。虽然每个国家的病种和治疗有所不同，但我相信外科基本原则是一致的。澳中协会外事、外贸部也持同样看法，协会还对本书出版提供了赞助，特致谢意。

P. 雷昂

1990年2月于墨尔本

目 录

头面部疼痛.....	1
口腔溃疡和肿块.....	5
颈部肿块.....	8
乳房肿块和乳头溢液.....	13
咳嗽、呼吸困难和胸痛.....	16
吞咽困难.....	21
消化不良.....	24
呕吐.....	28
呕血和黑粪.....	34
黄疸.....	37
腹部肿块.....	40
急腹症.....	44
腹泻.....	50
直肠出血.....	54
便秘.....	58
肛门疼痛和分泌.....	61
腹股沟-阴囊部肿块.....	64
尿频和尿潴留.....	67

血尿.....	71
背痛.....	75
肢体损伤.....	79
肢体疼痛.....	85
体表肿块和溃疡.....	95
伤口和烧伤.....	101
严重损伤.....	110

头面部疼痛

头痛

头痛是最常见的主诉。许多疾病都伴有头痛。它并非非常是疾病严重的表现，但一些危重疾病可有头痛的症状。

无神志障碍

非器质性(无中枢神经异常)

焦虑或抑郁患者常有紧张性头痛，它象带子紧捆在头部，伴有头颈部肌肉痉挛。

伴有眩晕和抑郁的外伤后头部隐痛在头部外伤后可持续数月之久。

该类头痛的主要治疗在于心理疏导。

炎症性

由鼻窦炎、中耳炎、牙齿感染和颞动脉炎所致的炎症性头痛，在上述炎症区域常有触痛。细菌性感染需行抗生素治疗。颞动脉炎系侵犯颅内动脉的巨细胞性动脉炎的表现之一，一经活检证实后即应给予大剂量的类固醇药物，以免由于眼部缺血而失明。

血管性

反复发作的剧烈头痛常由一过性颅外动脉扩张所引起。偏头痛常有感到闪光、刺麻感和呕吐等前驱症状。由过敏所致的组织胺或组织胺类头痛呈阵发性,并伴有面部血管扩张、流泪和流鼻涕。可用麦角胺(Ergotamine)和羟甲丙基甲基麦角酰胺(Methysergide)等血管收缩剂进行治疗。

高血压性

高血压伴有剧烈头痛提示嗜铬细胞瘤(一种分泌儿茶酚胺的嗜铬细胞瘤,患者同时有心悸、出汗和震颤)。采用核磁共振(MRI)或电子计算机断层造影(CT)确定肿瘤位置后,切除相应的肾上腺。

较严重的原发性高血压患者的头痛比较轻微,常有出血和渗出等眼底改变。

有神志障碍而颅内压(ICP)正常

出血性中风前常有突然剧烈的头痛和呕吐。昏迷可立即发生,或迟至脑肿胀后才发生。此时需行MRI或CT检查以除外颅内肿瘤。

有神志障碍且颅内压升高

在头痛和呕吐进行性加重的同时,可发现视乳头水肿和瞳孔(眼球运动)麻痹、瞳孔先收缩后散大、ICP升高、舒张压上升、脉率减慢。

创伤性

如有近期外伤史应疑及急性硬脑膜外或硬脑膜下血肿,经MRI或CT确诊后经颅骨钻孔或开颅去血肿。

慢性硬脑膜下血肿可在轻微头部外伤后数周、数月乃至数年之久出现头痛、精神错乱和轻度偏瘫。

炎症性

上呼吸道感染(URTI)或颅骨特别是颅底骨折可继发脑膜炎。表现为剧烈头痛、假性脑膜炎和发热。感染可扩散到大脑(脑炎)。脑膜炎双球菌是非创伤性脑膜炎常见的致病菌,该病系败血症波及脑脊髓膜所致。作血培养后先给予青霉素治疗,再根据细菌敏感试验选用其他抗生素。腰穿时发现脑脊液(CSF)压力升高、脑脊液混浊、脑脊液多形核白细胞计数高、蛋白升高、糖下降。在常规染色或培养时发现多种微生物(病毒除外)。该病死亡率仍达10%。

头痛、发热而无假性脑膜炎可能是由于脑脓肿所致,可有局部轻瘫和抽搐。由MRI或CT确诊本病后,最终需经钻孔吸引浓液和局部抗生素滴注以及立即全身应用抗生素。脑脓肿50%继发于乳突炎,死亡率为50%。大的脓肿酷似脑肿瘤。

血管性

突发性剧烈头痛,不发热而伴有假性脑膜炎和昏迷,往往是由位于大脑半球下方的颅底动脉环(Willis)的先天性颅内“浆果”样动脉瘤破裂蛛网膜下腔出血所致。腰穿可确诊。放出少量脑脊液有利于降低颅内压,但若脑脊液放出太多太快可使一部分大脑通过幕切迹形成脑疝,致使脑干生命中枢受压导致昏迷和突然死亡。首次出血时,2/3患者可以存活。处理可开颅结扎该动脉瘤的颈部。

肿瘤

若头痛(早晨更严重)而不伴发热,则可能是由颅内肿瘤所引起。脑膜瘤均为良性。胶质瘤为恶性但不转移,其致死原因并非由于转移而是因为切除不完全、局部复发、神经组织的局部毁损和颅内压的增高。脑膜瘤和能切除的听神经瘤

可手术治愈。恶性肿瘤则常采取姑息性手术，但孤立的转移灶切除后常可获得长期生存。

面部疼痛

炎症性

急性面部疼痛多由炎症所致，如腮腺炎(继发于脱水或低血容量患者)、上颌窦炎(当X线显示窦内充满液体时需经鼻或唇下行引流术)、牙齿感染(通常经抗生素治疗后拔除引起齿槽或牙根脓肿的病牙)。

神经性

最剧烈的面部痛是三叉神经痛，由局部曲张的小血管压迫三叉神经所引起。这是一种沿着三叉神经某一支(常系支配面部的上颌支)分布区域的突发的剧烈的放射痛，往往由触碰舌头、牙齿和面部而促发。疼痛侧的面部无感觉障碍，否则提示三叉神经或其脑干起始部为肿瘤所侵犯。

外科手术(即紧靠三叉神经节处切断相应的感觉神经根)的疗效并不理想。有人在X线控制下用射频探针(radio frequency probes)毁损三叉神经根或节。卡马西平(Tegretol)通常可以缓解症状。

关节痛

青春期颞颌关节区疼痛多由智齿阻生后感染引起，青年期则多由疼痛障碍(pain dysfunction)综合征(为一可疑病变)引起，老年患者常由颌肌缺血伴巨细胞动脉炎所引起，颞颌关节痛和颞颌关节炎罕见。

口腔溃疡和肿块

口腔溃疡

疼痛性

舌部浅表疼痛性溃疡常见于消化不良，但克隆(Crohn)病也可发生。唇部日晒性溃疡疼痛、柔软，痂皮脱落时易出血。

无痛性

舌部慢性创伤性(由牙齿引起)溃疡柔软而无痛，与唇、舌、口腔的白斑病(Leukoplakia)的边缘不规则的白色斑块状溃疡相类似。唇部(不要忘了角化棘皮瘤和下疳，见体表肿块和溃疡章)或口腔硬而无痛性溃疡常为鳞状细胞癌。活检证实后应予切除，切口愈合后6周淋巴结依然肿大者也应切除。但在作整块切除前，最好先对一个肿大的淋巴结作冰冻切片，假如肿瘤已累及下颌(如在舌或口腔癌时)，应在部分或全部切除下颌的同时作整块切除术。否则，“预防性”切除扪不到的淋巴结就没有必要。

口腔肿块

柔软的

口腔底部柔软而透明的肿块为舌下囊肿(“凹陷性”舌下囊肿可出现在颌下区),面颊部的肿块为颊粘膜囊肿。肿块可手术切除或仅作顶部切除。蓝色而能压缩的肿块为海绵状血管瘤(如出血可手术切除);白色不透明的肿块为皮样囊肿,以颌下三角区最为明显,皮样囊肿因易于恶变应予手术切除。

坚硬的

舌背盲孔处的硬而光滑的肿块应考虑为舌甲状腺。舌甲状腺可能是唯一的甲状腺组织。齿槽部硬而光滑的肿块为纤维龈瘤(纤维性牙龈肥大),此瘤良性无害。硬腭上类似的肿块可能系唾液腺混合瘤,应予切除。颊粘膜上硬而不规则的肿块可能系鳞状细胞癌。

唇或口腔内每一个硬的病灶均应作活检,以免遗漏癌肿。

颌部肿块

上颌

无痛静止性肿块应考虑为纤维性或骨性结构不良。增大性肿块常为上颌肿瘤(腺癌、腺样囊性癌、鳞状细胞癌、移行细胞癌),活检证实后予以手术切除^①。

上颌窦感染可引起上颌部疼痛和肿胀,在X线平片上见到有液平时需作上颌窦造口术。上颌部牙齿根尖周围脓肿可引起类似肿胀,牙齿X线摄片即可确诊,治疗可先用抗生素,

^①术后加放射治疗最好。——译注

待病情缓解后拔除病牙。

下颌

下颌骨无痛性肿块可由 Paget 病引起，此病有时可同时有成骨肉瘤，如有其他骨骼受累时则诊断更为明确。X线示骨皮质缺损，髓质呈“棉花”样。下颌孤立性肿块，X线呈多叶状系“巨细胞瘤”或“成釉细胞瘤”，前者可予刮除和骨片填塞治疗，后者为一种局部破坏性的基底细胞瘤，应作局部手术切除。如为单叶性肿块则多为软骨瘤或软骨肉瘤。

上、下颌

齿槽疼痛性肿胀局部常有阻生牙，可由于发育性囊肿或牙瘤所引起。齿槽局部肿胀牙齿松动可诊断为骨膜纤维瘤，如呈蓝色巨大肿块后期发生溃疡者则为纤维肉瘤。

颈部肿块

前方的肿块

囊肿

环状软骨以下

大多为甲状腺囊肿，甲状舌骨囊肿在吞咽和伸舌时可向上活动。

环状软骨以上

舌骨以上的囊肿为颌下皮样囊肿，肿大的舌骨下囊在舌骨下呈囊性肿块者罕见。

应切除皮样囊肿和甲状舌骨囊肿(包括甲状舌骨囊肿的管道)，以防止癌变。

实质性

弥漫性甲状腺肿

除了少数肿大淋巴结外，颈部前方的肿块多数为甲状腺。原发性毒性甲状腺肿整个甲状腺肿大坚实(伴有眼球突出、肌肉软弱特别是股四头肌、反射亢进)，治疗可用甲亢平(Carbimazole)和放射性碘，后者用7~9毫居里一剂量即已足够，可能需要6个月才能治愈，因此患者常同时用甲亢平。

突眼性甲状腺肿(Graves病)需要手术(甲状腺次全切除术)者约10%以上,年龄20~40岁,特别是药物难以控制或对抗甲状腺药物有过敏者更有必要。

自身免疫性甲状腺炎(Hashimoto病)的特点是整个甲状腺硬而分叶,发病多在绝经期,甲状腺功能稍低下,免疫球蛋白G和免疫球蛋白M滴度高,锝扫描出现“热”结节,可用甲状腺素治疗。

结节性甲状腺肿

单个性

50%“单个性”结节为多结节性甲状腺肿,另50%为囊肿、良性肿瘤(滤泡性腺瘤)和恶性肿瘤(10%)。缓慢生长的乳头状癌肿多发生于20~30岁,转移至淋巴结较迟(20%)。滤泡性癌局限于甲状腺内而且未侵及血管,与乳头状癌的预后同样良好。年老者这两种类型的癌肿均易侵犯至甲状腺包膜外,此类病人约半数死于本病,但局限于甲状腺内者死于本病仅占3%。有些来自甲状腺“C”细胞的散发性髓样癌,90%分泌降钙素,均为多中心且易向淋巴结转移。本病的年轻患者(伴有面部、口腔和肠道神经瘤)较年老的伴或不伴有嗜铬细胞瘤(分泌血清素)或甲状旁腺腺瘤的家属性肿瘤患者恶性度要高。自身免疫性甲状腺炎如应用甲状腺素不当可发生淋巴瘤,可用小范围的外科手术和放射疗法治疗。未分化癌常表现为50~60岁病人的甲状腺内有一硬块,随即出现局部扩散现象(喉返神经麻痹、声音嘶哑、局部疼痛、吞咽困难),如有可能,应作甲状腺全切除术。

孤立性结节病人作细针穿刺细胞学检查(FNAC)对囊肿、乳头状癌和滤泡性肿瘤的诊断很有价值。若病灶为乳头状癌,由于常在甲状腺内扩散,应作甲状腺全切除,并清除

肿大淋巴结。若病灶为滤泡性肿瘤，应作单侧甲状腺切除并作冰冻切片，如证实为恶性，即作甲状腺全切除术。

甲状腺全切除术后，患者若呈甲状腺功能低下状态，应进一步作扫描以检测残留甲状腺，然后用放射性碘灭活，有功能的甲状腺癌转移灶可用放射性碘治疗。乳头状癌病人由于对促甲状腺激素(TSH)有依赖性，应每天口服甲状腺素3毫克以抑制TSH。

多结节性

多结节性甲状腺肿(由超声和核素扫描证实)，仅在压迫症状、可能有癌变、胸骨后生长或(“继发性”)毒性甲状腺肿时，才需作外科手术(包括甲状腺二叶大部 and 峡部的甲状腺次全切除术)。

疼痛性甲状腺肿

甲状腺结节出血可引起持续数天的突发疼痛，不需治疗。可能由病毒引起的亚急性甲状腺炎可发生部分或整个甲状腺疼痛，并有压痛。数天或数周后(不治疗)可缓解。甲状腺癌可引起持续性局部疼痛。

颈侧方肿块

囊性

腮裂囊肿位于前上颈三角，发生于中年，因有癌变危险，应予切除。喉膨出即喉粘膜疝入甲状腺膜，多见于管乐器吹奏者，可不予处理。咽囊为甲状咽肌和环状咽肌间的憩室，是男性患者吞咽困难罕见的原因，如咽囊范围过大，为了防止误吸咽囊内容物可予手术切除。囊性水瘤可能是由于淋巴管先天性梗阻所致，见于婴儿，很少持续存在至成人，除非囊性水瘤太大，可不予处理。